МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ
ГБОУ ВПО «ДАГЕСТАНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
СОВЕТ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ И СПЕЦИАЛИСТОВ
СОВЕТ СТУДЕНЧЕСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА
им. Р.П. АСКЕРХАНОВА

Аспирантские чтения
МАТЕРИАЛЫ 62-й ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ И СТУДЕНТОВ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

Махачкала 2014

УДК 61(061.2) "70" (470.67)
ББК 5425

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:
проф. Д.Р. Ахмедов – и.о. ректора Дагестанской государственной медицинской академии (ДГМА),
доц. Е.А. Арбулиева – и.о. проректора по НИР ДГМА,
доц. М.Н. Меджидов – научный руководитель СМУ и С и СНО ДГМА,
Р.А. Койчуев – председатель СМУ и С ДГМА,
Н.Б. Гамзалова – председатель Совета СНО ДГМА.

Под общей редакцией научного руководителя Совета молодых ученых и специалистов и студенческого научного общества ДГМА, д.м.н., доцента Меджидова Меджида Нисрединовича

Материалы 62-й Всероссийской научной конференции молодых ученых и студентов с международным участием. – Махачкала: ИПЦ ДГМА, 2014.

В сборник вошли материалы научной конференции молодых ученых и студентов Дагестанской государственной медицинской академии, Пермской государственной медицинской академии, Тверской государственной медицинской академии, Омской государственной медицинской академии, Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, Волгоградского государственного медицинского университета, Самарского государственного медицинского университета, Таврического национального университета им. В.И. Вернадского (г. Симферополь), Таджикского государственного медицинского университета им. Абу Али ибн Сино (Авицены).

К Л И Н И Ч Е С К А Я М Е Д И Ц И Н А

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО КОРИ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

Магомедова А.Ш., студентка 518 гр. леч. фак-та,
Эмирова Э.Г., студентка 506 гр. леч. фак-та
Кафедра инфекционных болезней им. Г.П. Руднева ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., проф. Ахмедов Д.Р.

Актуальность проблемы. В последние годы эпидемиологическая ситуация по заболеваемости корью в мире существенно осложнилась. По данным Всемирной организации здравоохранения в 2013 году в 37 странах Европейского региона было выявлено более 26 тысяч случаев коревой инфекции. К концу года ухудшилась эпидемиологическая обстановка в Турции и Индонезии – странах, которые традиционно посещают российские туристы. Участились случаи завоза кори в Россию из Таиланда и Китая. Заболеваемость корью зарегистрирована также в Кыргызстане (221 сл.), Узбекистане (468 сл.), Беларуси (55 сл.), Украине (173 сл.), Казахстане (30 сл.). Данные молекулярно-генетических исследований, проведенных на базе Национального научно - методического центра по надзору за корью и краснухой, Референс- лаборатории ВОЗ по кори и краснухе (ФГУН "Московский научно - исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им.Г.Н. Габричевского" Роспотребнадзора), подтверждают преимущественно завозной характер кори: в 2011 году на территории Российской Федерации отмечалась циркуляция штаммов вируса кори генотипов D4, B3, G3 и D9, не эндемичных для Российской Федерации. В Российской Федерации в 2013 году случаи кори зарегистрированы в 58 субъектах. Среди заболевших дети составляют около 45%, заболевают преимущественно не привитые против кори лица. Групповые очаги кори регистрировались в ряде образовательных учреждений, в том числе медицинского профиля, в Астраханской области и Республике Дагестан. Вспышки кори, обусловленные отсутствием прививок, отмечались среди мигрирующего цыганского населения в Рязанской, Ярославской, Тульской, Калужской, Оренбургской, Саратовской, Нижегородской областях, республиках Башкортостан и Адыгея, Ставро-

польском крае. В настоящее время крупная вспышка кори с числом пострадавших свыше 90 человек, зарегистрирована в Курской области среди членов религиозной общины, которые отказываются от профилактических прививок по религиозным убеждениям.

Цель работы. Оценка эпидемиологической ситуации по кори в республике Дагестан.

Материалы и методы. Нами были использованы статистические данные и эпидемиологические карты обследования очагов заболевания корью, предоставленные эпидемиологическим отделом Республиканского центра инфекционных болезней.

Результаты исследования. Заболеваемость **корью в республике Дагестан** с осени 2010 года. За 2013 год зарегистрировано 323 лабораторно подтвержденных случаев кори в том числе у детей до 17 лет – 120 сл. (37,2 %). Показатель заболеваемости на 100 тыс. населения составил 11,02 и превысил среднефедеративный уровень в 6,8 раза. Удельный вес заболевших среди сельских жителей составил 26,9% (87 сл.). Случаи заболевания зарегистрированы на 32 административных территориях республики (в 7 городах и 22 районах). На 13-ти территориях уровень заболеваемости корью превысил среднереспубликанский показатель: в гг. Кизилюрте (5 сл. – ИП на 100 тыс. населения-11,4), Буйнакске (33сл.- ИП-52,59), Ю-Сухокумске (2сл- ИП-17,84), Махачкале (145сл.- ИП-20,7), Буйнакском(8 сл.- ИП-10,69), Кизилюртовском (7сл.- ИП-10,97), Дербентском(11сл- ИП-10,98), Кумторкалинском (10сл.- ИП-39,76), Сергокалинском (7сл.-ИП-25,55), Карабудахкентском (8 сл.-ИП-10,72), Табасаранском (7 сл.- ИП-13,4), Тарумовском (4 сл.-ИП-20,79) районах. Из общего числа зарегистрированных случаев кори удельный вес заболевших этой инфекцией по г. Махачкала в 2013 году составил 45%, по г. Каспийску-14% и по г. Буйнакску-10,2%.

Анализ иммунной структуры заболевших корью выявил, что 81,3% (165 чел.) заболевших – это лица, не привитые или не имевшие сведения о проведенных прививках против кори. Соответственно на долю заболевших корью, получавших прививки, пришлось 18,7%, имеют вакцинацию 14 чел. (6,8%), ревакцинацию – 24 чел. (11,6%).

Среди заболевших корью доля не привитых против кори детей составила – 26% (84 чел.), из которых 33 (10,2%) не достигли прививочного возраста, остальные не были привиты по причине отказов и медицинских отводов.

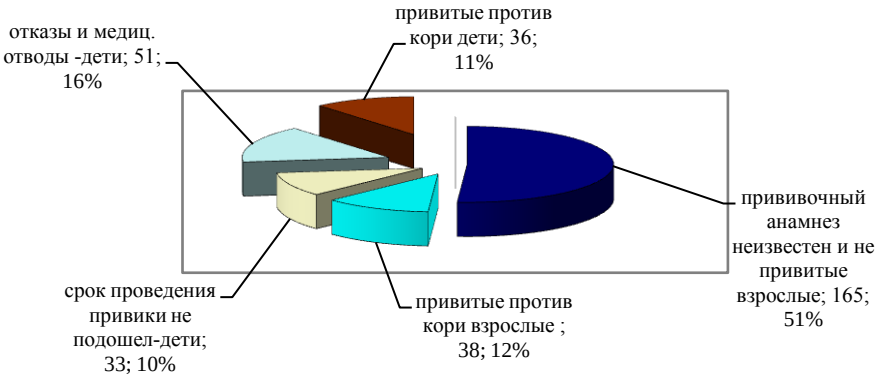


Рис.1 Иммунный статус заболевших корью в 2013 г.

Всеми зарегистрированными с подозрением на корь случаями образован - 361 очаг, в том числе по г. Махачкала -160. В организованных коллективах: 2 школы (№39 г. Махачкала и ср.шк. с.Петраковское Хасавюртовского района), 4 учебных заведения (ДГМА, Исламский Университет, ПУ № 26 г. Дербент, колледж г. Буйнакска) и 5 ЛПУ (ДРКБ, РДПЦ, ЦГБ г. Даг.Огни, ЦРБ Табасаранского района, ЦГБ г. Кизилюрт). Общее количество контактных в очагах кори по республике– 12719, в т. ч. детей 4181.

В связи с осложнением эпидемической ситуации по кори, в 2013 году по эпидемическим показаниям было привито 15560 чел., в т.ч. вакцинировано против кори взрослых 9980 человек, ревакцинировано 5680, детей - 1564 чел. Во исполнение постановлений Главного государственного врача по РД на отдельных административных территориях в ноябре-декабре 2013 года было начато проведение реиммунизация взрослого населения в возрасте 20-29 лет. В общей сложности в г. Махачкала было привито 18614 чел., 7500 студентов, обучающихся в 8 ВУЗах и Сузах республики. По эпидпоказаниям проводилась реиммунизация взрослого населения с. Шиле Табасаранского района - 832 чел.

Выводы. Таким образом, лица, не болевшие корью и не привитые против нее, остаются высоко восприимчивыми к кори в течение всей жизни и могут заболеть в любом возрасте. Наиболее эффективной ме-

рой профилактики кори является иммунизация. Роспотребнадзор рекомендует проведение прививок детям и взрослым, не болевшим и не привитым против этой инфекции, в сроки, предусмотренные Национальным календарем профилактических прививок.

ПОРАЖЕНИЕ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ БРУЦЕЛЛЕЗОМ

Гаджиева Л.А., аспирант, Гасанова И.Г., студентка 601 гр. леч.фак-та,
Гиравова Ф.М., 606 гр. леч. фак-та
Кафедра инфекционных болезней им. Г.П.Руднева ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., проф. Ахмедов Д.Р.

Актуальность. Бруцеллез является одной из актуальных проблем здравоохранения повсеместно, особенно регионов (республик, краев, областей и т.п.) с животноводческой ориентацией сельского хозяйства. Заболеваемость бруцеллезом в России остается высокой, а на отдельных территориях Северо-Кавказского Федерального Округа - в республике Дагестан, Ставропольский край, Ростовская область, в отдельные годы, в 10 и более раз превышает таковую в целом по России. Известно, что для бруцеллеза характерно вовлечение в патологический процесс почти всех органов и систем. По данным ряда авторов изменения со стороны мочевыделительной и половой системы характерны для больных хроническим бруцеллёзом и встречаются, в 48,8% случаев (Е.С. Белозеров, Е.И. Змушко, 2000), а у 18,7% больных в моче обнаруживался белок, у 11,6% - преходящие нарушения концентрационной функции почек, у 11,63% женщин нарушением менструального цикла, сальпингоофоритами и метритами и у 5,3% больных привычным невынашиванием беременности.

Цель работы. Определить клинические проявления поражения почек у женщин детородного возраста больных бруцеллезом.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 142 больных бруцеллезом с различными клиническими формами болезни. Распределение больных бруцеллезом по формам заболевания проводилось с учетом клинико-патогенетической классификации бруцеллеза Г.П. Руднева (1955) и В.И. Покровского (2003). Острый бруцеллез был диагностирован у 55, подострый – у 31, хронический – у 56 больных. Диагноз бруцеллеза был выставлен на основании клинико-

эпидемиологических данных и подтвержден результатами лабораторного исследования - серологических реакций Хеддльсона, Райта, РПГА с бруцеллезным эритроцитарным диагностикумом, постановкой внутрикожной аллергической пробы по Бюрне.

Результаты исследования. У 96,4% больных острым и 41,7% больных подострым бруцеллезом начало заболевания характеризовалось выраженными проявлениями синдрома интоксикации. У остальных больных отмечалось постепенное развитие болезни с наличием продромального периода длительностью 1-2 недели, нарастанием общетоксических симптомов и болей различного характера. Продолжительность лихорадочного периода у 41,8 % наблюдаемых больных ОБ и у 38,7% больных ПБ не превышала 1 месяца, у 21,8% больных ОБ и 35,5% - ПБ длилась от 1 до 2 месяцев, у 9,1% больных ОБ и 25,8% - ПБ длилась более 2 месяцев. Наиболее часто (в 61,8% у больных ОБ и 58,1% - ПБ) отмечался ремиттирующий характер температурной кривой. У остальных больных с температурной реакцией лихорадка имела субфебрильный и неправильный тип. В большинстве случаев лихорадка сопровождалась выраженным ознобом, 89,1% больных ОБ и 83,3% больных ПБ отмечали недомогание, слабость, 16,4% при ОБ и 10,2% - при ПБ - ухудшение аппетита, снижение массы тела на 5-10 кг, головные боли, хотя в целом общее самочувствие больных страдало мало, и они сохраняли активность. Нами было обследовано 56 больных хроническим бруцеллезом, в 57,1% встречалась локомоторная форма, в 42,9% - клинически комбинированная (локомоторная + висцеральная – 8,9%; локомоторная + нейробруцеллез – 25%, локомоторная + урогенитальная – 8,9%, локомоторная + висцеральная + нейробруцеллез + урогенитальная - у 14,3%). У 96,4% из них заболевание было в стадии субкомпенсации, у 3,6% - декомпенсации.

В наших наблюдениях у 14,8% больных ОБ и 12,5% ПБ отмечалась умеренная протеинурия, у 12,7% и 20,0% - преходящие нарушения концентрационной функции почек.

Поражение половой системы, более характерное для хронического бруцеллеза, у наблюдаемых нами больных ОБ и ПБ проявлялось развитием орхитов, эпидидимитов у 9,1% и 4,2% больных ОБ и ПБ, дисменореей, сальпингоофоритами – у 7,2% и 12,5% соответственно.

Изменения со стороны мочевыделительной и половой систем характерны для хронического бруцеллёза и встречаются, по данным разных авторов (Е.А. Арбулиева, 1985; А.З. Кутманова с соавт., 1999;

А.З. Кутманова, 2001), в 10-48,8% случаев. По нашим данным, у 17,9% больных ХБ в моче обнаруживался белок, у 10,7% - преходящие нарушения концентрационной функции почек. Поражение половой системы у больных хроническим бруцеллёзом проявлялось развитием орхитов, эпидидимитов – у 3,6% больных, нарушением менструального цикла – у 1,8%, сальпингоофоритами – 7,1%, метритами – 5,4%, привычным невынашиванием беременности – у 5,4% больных.

Таким образом, проведенные исследования показали, что поражения мочеполовой системы встречаются у больных как при остром так и при хроническим бруцеллезе. Выявленные нарушения могут приводить к нарушению репродуктивной функции больного в катамнезе, что требует дальнейших исследований в данной области для совершенствования терапии.

ПРИЗНАКИ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ БРУЦЕЛЛЕЗОМ

Рустамов Г.Ш., студент 508 гр. пед. фак-та
Кафедра инфекционных болезней им. Г.П. Руднева ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., проф. Ахмедов Д.Р.

Актуальность проблемы. Исследованиями ряда отечественных и зарубежных исследователей показано, что вовлечение сердечно-сосудистой системы (ССС) в патологический процесс при бруцеллезной инфекции характеризуется кардиогемодинамическими изменениями, определяющими, наряду с другими факторами, тяжесть и исход заболевания. При этом бруцеллёзная инфекция во всех фазах своего течения может служить причиной не только функциональных, но и органических поражений сердечно-сосудистой системы.

Цель работы. Оценить клинико-функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у больных бруцеллезом.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 22 больных с различными клиническими формами бруцеллеза с поражением ССС в возрасте от 18 до 60 лет (средний возраст 35,9±0,7 года). Из них 11 больных острым бруцеллезом (ОБ) (средний возраст 33,8±1,2 лет) и 11 больных бруцеллезом (ХБ) (средний возраст – 37,9±0,7 лет).

В соответствии с целями и задачами исследования нами было изучено состояние ССС у наблюдаемых больных, при этом было проведено, кроме рутинных общеклинических исследований: ЭКГ, определение маркера некроза - тропонина I.

Результаты исследования. Проведенные исследования выявили изменения со стороны ССС у 8 (72,7%) больных острой и у 6 (54,5%) хронической формой бруцеллеза. При этом у 68,2% больных острым и 53,6% хроническим бруцеллезом развивается кардиомиопатия, у 6,4% больных острым и у 0,9% хроническим бруцеллезом развивается миокардит, у 0,9% больных ХБ развивается эндокардит и у 1,8% больных ХБ развивается перикардит.

При этом анализ клинической картины поражения ССС у наблюдаемых нами больных бруцеллезом показал, что с наибольшей частотой больные, как острым, так и хроническим бруцеллезом жаловались на боли в сердце и учащенное сердцебиение. Боли в сердце носили неопределенный характер, чаще всего это были боли ноющего характера, длительностью до 2-3 часов и более, некупирующиеся нитроглицерином, т.е. отсутствовал стенокардический характер болей. На слайде представлена частота клинических симптомов поражения ССС у обследованных нами больных ОБ.

Таблица 1

Частота клинических симптомов поражения сердца у больных острым бруцеллезом (n=11)

Симптомы	абс.число	%
Кардиалгия	3	27,2
Тахикардия	5	45,5
Расширение границ сердца влево	2	18,1
Глухость сердечных тонов	6	54,5
Систолический шум на верхушке	2	18,1
Гипотония	7	63,6

Как видно из таблицы, среди больных ОБ кардиалгия встречалась у 3 (27,2%) больных, учащенное сердцебиение – у 5 (45,5%). Аускультативно у 6 (54,5%) больных выявлялась глухость сердечных тонов и у 2 (18,1%) – систолический шум на верхушке сердца. Перкуторно у 2 (18,1%) пациентов со сформировавшимся миокардитом выявлялось расширение левой границы относительной тупости сердца. Умеренное

снижение артериального давления выявлялось у 7 (63,6%) исследованных больных. У 2 (18,1%) больных ОБ был диагностирован миокардит.

На следующем слайде представлена частота клинических симптомов поражения сердечно-сосудистой системы у обследованных нами больных ХБ.

Таблица 2

Частота клинических проявлений поражения сердца у больных хроническим бруцеллезом (n=11)

Симптомы	абс. число	%
Кардиалгия	2	18,2
Тахикардия	2	18,2
Отечность ног	1	9,0
Расширение границ сердца влево	5	4,5
Глухость сердечных тонов	5	45,5
Систолический шум	2	18,2
Гипотония	6	54,5

Как видно из таблицы, среди больных ХБ кардиалгия встречалась у 2 (18,2%), учащенное сердцебиение – у 2 (18,2%). Аускультативно у 5 (45,5%) больного выявлялась глухость сердечных тонов и у 2 (18,2%) – систолический шум на верхушке сердца. Перкуторно у 5 (4,5%) пациентов выявлялось расширение левой границы относительной тупости сердца. Умеренное снижение артериального давления выявлялось у 6 (54,5%) исследованных больных.

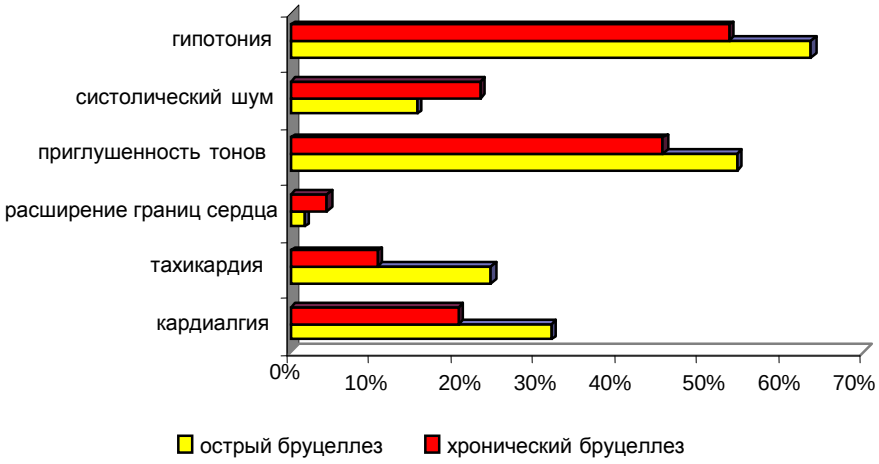


Рис. 1. Частота кардиальных проявлений у больных бруцеллезом

Для определения очагов некроза в миокарде и подтверждения диагноза миокардита нами проводилось исследование тропонина I. На слайде представлена частота обнаружения тропонина I в крови больных различными клиническими формами бруцеллеза.

Таблица 3

Частота обнаружения тропонина I в крови больных различными клиническими формами бруцеллеза, %

Форма бруцеллеза	Тропонин I
Острый бруцеллез, (n= 11)	1 (9,0%)
Хронический бруцеллез, (n=11)	1 (9,0%)

Как видно из слайда, повышение уровня тропонина I в крови было выявлено у 1 (9,0%) больных ОБ и у 1 (9,0%). Ими оказались больные с тяжелым течением бруцеллезной инфекции, у которых был диагностирован миокардит.

Поражение ССС при бруцеллезной инфекции является закономерным и патогенетически обусловленным. По данным ряда авторов, поражение ССС у больных бруцеллезом характеризуется развитием миокардитов, миокардиодистрофий, перикардитов. Нередко эти изменения носят функциональный характер и могут быть выявлены только по результатам специальных исследований. В связи с этим для выяв-

ления характера и степени функциональных изменений сердечно-сосудистой системы при инфекционных заболеваниях, в том числе и при бруцеллезе, целесообразно использовать различные инструментальные методы исследования, прежде всего, электрокардиографию.

Таблица 4

Электрокардиографические синдромы у больных различными клиническими формами бруцеллеза

Показатель	Острый бруцеллез (n=11)		Хронический бруцеллез (n=11)	
	n	%	n	%
Синусовая брадикардия (чсс < 60 в мин)	-	-	1	9,0
Синусовая тахикардия (чсс > 90 в мин)	5	45,5	2	18,2
Синусовая аритмия	2	18,2	1	9,0
Желудочковая экстрасистолия	1	9,0	-	-
Атриовентрикулярная блокада I ст.	-	-	1	9,0
Внутрижелудочковая блокада	2	18,1	-	-
Диффузные изменения миокарда	3	27,2	4	36,7
S-T ниже изолинии (более 2 мм)	1	9,0	-	-
S-T выше изолинии (более 2 мм)	-	-	1	9,0

Проведенный нами анализ результатов электрокардиографических исследований больных различными клиническими формами бруцеллезом показал, что ЭКГ-изменения различного характера зарегистрированы у 14 (63,6,5%) обследованных больных. Характер изменений отдельных элементов ЭКГ у больных ОБ и ХБ представлен на слайдах.

Как видно из представленной табл. 4, у больных бруцеллезом наиболее часто появляются нарушения ритма сердца, проявляющихся нарушениями автоматизма синусового узла в виде синусовой тахикардии, синусовой брадикардии и синусовой аритмии, реже встречалась желудочковая экстрасистолия. Тахикардия чаще выявлялась при ОБ и встречалась у 5 (45,5) больных, при ХБ – у 2 (18,2%) больных. Это, видимо, объясняется более интенсивной и длительной лихорадкой, наблюдающейся у больных ОБ. Брадикардия же наоборот чаще выявлялась при ХБ и встречалась у 1 (9%) больных Синусовая аритмия встречалась практически с одинаковой частотой и выявлялась у 2

(18,2%) больных острым и у 1 (9%) – хроническим бруцеллезом. Несколько чаще выявлялись метаболические нарушения, встречавшиеся больше в группе больных ХБ. При остром бруцеллезе метаболические нарушения в миокарде выявлялись у 3 (27,2%) больных, а при хроническом - у 4 (36,7%). Изменения конечной части желудочкового комплекса чаще выявлялись у больных острым бруцеллезом, что связано с появлением при острой форме бруцеллеза очагов некроза в миокарде при развитии миокардита. У 1 больного ОБ при этом выявлялась депрессия сегмента ST ниже изолинии > 2 мм. При ХБ у одного пациента выявлялся подъем сегмента ST выше изолинии > 2 мм.

Выводы. Таким образом, наличие нарушений состояния сердечно-сосудистой системы у больных бруцеллезом не вызывает сомнений. Результаты проведенных нами исследований свидетельствуют о необходимости комплексного исследования состояния ССС у больных бруцеллезом с использованием современных способов диагностики в комплексе с другими методами оценки патологических изменений, что позволит глубже осветить отдельные вопросы патогенеза бруцеллеза и разработать способы диагностики и коррекции выявленных нарушений для своевременного проведения адекватной терапии.

СЕРОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА БРУЦЕЛЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

Магомедов М. Н. студет 309 гр. леч. фак-та
Кафедра инфекционных болезней им. Г.П. Руднева ДГМА,
кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., проф. Ахмедов Д.Р.,
к.м.н., доцент Саидов М.С.

Актуальность проблемы. Бруцеллез является наиболее распространенным зоонозом на территории Республики Дагестан, где показатели заболеваемости бруцеллезом из года в год превышают среднефедеративные в десять и более раз и не имеют тенденции к снижению. Наибольшая заболеваемость среди лиц трудоспособного возраста, большая частота неблагоприятных исходов болезни определяют значительный социально-экономический ущерб, наносимый бруцеллезом, и требуют углубленного изучения отдельных звеньев его патогенеза с целью совершенствования терапии. Важным моментом являет-

ся своевременная диагностика бруцеллеза у больных на ранних этапах. Так серологический метод исследования имеет ряд достоинств, в связи с чем получил широкое применение в диагностике инфекционных болезней. Серологические реакции просты в постановке и учете, являются более доступным методом лабораторной диагностики, чем выделение возбудителя. В ряде случаев положительная серологическая реакция является единственным доказательством встречи организма с соответствующими возбудителями инфекционного заболевания (Ахмедов Д.Р. с соавт., 2012).

Серологические исследования в случаях латентно протекающего бруцеллеза позволяет установить наличие бессимптомного инфекционного процесса. Метод основан на взаимодействии (Саидов М.С. с соавт., 2012).

Цель работы. Оценить серологические методы исследования у больных бруцеллезом.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 32 больных с различными клиническими формами бруцеллеза в возрасте от 18 до 60 лет (средний возраст 35,9±0,7 года). Из них 7 больных острым бруцеллезом (ОБ) (средний возраст 33,8±1,2 лет) и 25 больных бруцеллезом (ХБ) (средний возраст – 37,9±0,7 лет).

В соответствии с целями и задачами исследования кроме рутинных исследований нами былы проведены серологические исследования у наблюдаемых больных: реакция Хеддльсона, реакция Райта, РПГА с эритроцитарным бруцеллезным диагностикумом, ИФА. Исследование проводилось на кафедре инфекционных болезней Дагестанской Государственной медицинской академии на базе Республиканского центра инфекционных болезней.

Профессиональный состав наблюдаемых больных бруцеллезом характеризуется постоянной или временной занятостью 83,1% в животноводстве или на предприятиях, перерабатывающих животноводческое сырье, 91,2% наблюдаемых больных имели в личном хозяйстве крупный и мелкий рогатый скот, 90,8% проживали в сельской местности, 9,2% – жители городов. Основной путь заражения бруцеллезом у наблюдаемых больных - контактный (47,9%), в 40,8% случаев был предположен смешанный (алиментарный+контактный), в 11,3% - алиментарный путь передачи инфекции. Диагноз бруцеллеза был выставлен на основании клинико-эпидемиологических данных и подтвержден результатами лабораторного исследования

Результаты исследования. Проведенные исследования выявили, что реакция Хеддльсона была отрицательной лишь в одном случае, реакция Райта в титре 1:100 (8 сл.), 1:200 (12 сл.), 1:400 (5 сл.), 1:800 (2 сл.) и отрицательный результат был получен в 5 случаях. При этом ИФА было положительно у всех больных и соответствовало времени патологического процесса в организме, т.е. Ig M выявлялись у больных острым бруцеллезом, что указывает на недавнее заражение, а высокие титры IgG на активный и давний процесс. Серологические реакции делятся на простые и сложные, а также скрининговые и подтверждающие. При бруцеллезной инфекции к скрининговым можно отнести реакции Хеддльсона и Райта, а к подтверждающим ИФА.

Выводы. Таким образом, результаты проведенных нами исследований свидетельствуют о необходимости комплексного исследования у больных бруцеллезом с использованием современных способов диагностики в комплексе с другими методами оценки патологических изменений, что позволит глубже осветить отдельные вопросы патогенеза бруцеллеза и разработать способы диагностики и коррекции выявленных нарушений для своевременного проведения адекватной терапии.

КЛИНИКО – ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В РЕСПУБЛТКЕ ДАГЕСТАН

Гамзалова Н.Б., студентка 401 гр. стом. фак-та
Кафедра инфекционных болезней им. Г.П. Руднева ДГМА
Научный руководитель: к.м.н., доц. Пашаева С.А.

Актуальность проблемы парентеральных вирусных гепатитов, в том числе вирусного гепатита С (ВГС) объясняется, прежде всего, повсеместным их распространением, их значимой ролью в формировании неблагоприятных исходов (цирроз печени и первичная гепатоцеллюлярная карцинома), а также увеличивающейся частотой регистрации среди лиц молодого возраста.

Общее число больных хроническим гепатитом С составляет около 2 млн человек.

В России заболеваемость острым гепатитом С снижается (в 2000г – 22,2 на 100 тыс. населения, в 2011г – 1,8 на 100 тыс. населения), а

хроническим гепатитом С напротив увеличивается (в 2005г. – 32,0 на 100 тыс. населения; в 2011г. – 39,9 на 100 тыс. населения) (Ющук Н.Д. с соавт., 2013).

Известно, что вирус гепатита С имеет 6 генотипов и большое число подтипов. В европейских странах генотип 1в ВГС составляет 50-91%, в США превалирует субтип 1а, который получил обозначение как «американский» генотип ВГС. В Японии, Тайване и Китае, Сингапуре, Индонезии и Южной Корее доминирует генотип 1в «японский» генотип. В России распространены по убывающей частоте генотиты 1, 3,2. Среди подтипов встречаются чаще 1в, 1а, 3а, что аналогично европейской популяции.

Считается, что больные инфицированные генотипом 1в ВГС имеют более тяжелое течение инфекции и заражение им происходит при гемотрансфузиях. Установлено, что эффективность специфической противовирусной терапии во многом зависит от генотипа вируса гепатита С и больные инфицированные генотипом 1в ВГС хуже поддаются лечению этиотропными препаратами.

Целью работы явилось изучение генотипа вируса гепатита С у больных хроническим гепатитом С в республике Дагестан.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 92 больных хроническим вирусным гепатитом С, из них мужчин 56 (61%) и женщин 36 (39%) в возрасте от 19 до 56 лет. Диагноз всем больным был выставлен на основании анамнестических, клинико-лабораторных и инструментальных данных (биохимические, серологические, ПЦР, УЗИ печени, фиброэластометрия).

Результаты исследования. Клинические признаки хронического гепатита С отличались малосимптомностью. Наиболее часто больные предъявляли жалобы на немотивированную слабость (89%), повышенную утомляемость (76%) тянущие боли в правом подреберье (64%), диспепсические симптомы (снижение аппетита, тошнота, горечь во рту) – 38%, боли в суставах (22%).

При изучении генотипов ВГС было установлено преобладание 1в генотипа – 52%; 3а генотип выявлен в 38% случаев; 2 генотип – у 5 обследованных (4%), 1а – у 3 (3%) обследованных, генотип не определялся в 3% случаев.

Генотип 1в чаще регистрировался у пациентов, инфицированных в результате медицинских парентеральных вмешательств, 3а генотип у лиц с половыми и наркотическими контактами.

Выводы. Хронический гепатит С остается серьезной проблемой в связи с латентным прогрессирующим течением на фоне минимальных изменений клинических показателей. Результаты генотипирования ВГС на территории республики показали, что у наблюдаемых нами больных преобладающими генотипами ВГС являются 1в и 3а.

ОЦЕНКА ВЫРАЖЕННОСТИ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ БРУЦЕЛЛЕЗОМ ПО СОДЕРЖАНИЮ СРЕДНЕМОЛЕКУЛЯРНЫХ ПЕПТИДОВ В ПЛАЗМЕ КРОВИ

Умарова П.А., студентка 506 гр. леч.фак-та
Кафедра инфекционных болезней им. Г.П.Руднева ДГМА
Научный руководитель: к.м.н., Тагирбекова А.Р.

Проблема бруцеллеза в течение долгих лет сохраняет свою актуальность на территории Республики Дагестан. Высокая заболеваемость бруцеллезом, большая частота хронизации с частичной, а нередко и полной потерей трудоспособности больных, отсутствие эффективных методов лечения и профилактики определяют необходимость дальнейшего изучения его патогенеза с целью совершенствования терапии.

В механизмах поражения органов и систем при бруцеллезе основная роль отводится токсико-инфекционным процессам, а также выраженному угнетению клеточного и гуморального звеньев иммунитета (Ю.Ф. Щербак, 1967, 1983; Е.С. Белозеров, 1985; Курманова Г.М. с соавт., 2002 и др.). Известно, что одним из проявлений эндогенной интоксикации является повышение в крови уровня среднемолекулярных пептидов (СМП) – группы веществ преимущественно белковой природы с молекулярной массой 300-5000 Дальтон (С.Г. Галактионов с соавт., 1983; В.И. Гудим с соавт., 1985; А.С. Владыка с соавт., 1987; И.А. Волчегорский с соавт., 1995). Основным источником образования средних молекул в организме является патологическая белковая деградация в результате гидролиза белков протеазами (В.В. Кирковский, 1982; С.Г. Галактионов с соавт., 1983), причем состав фракций средних молекул зависит от вида патологии, ее течения, характера осложнений, поскольку спектр активирующихся при этом протеаз и кинетические параметры процесса различны. Так, при острых патологических процессах, когда активируются протеазы, содержащиеся в

больших концентрациях (плазмин, лейкоцитарные протеазы), процесс носит нестационарный характер, и уровень средних молекул различен на разных стадиях его развития (А.С. Владыка с соавт., 1987; Н.С. Немченко с соавт., 1992). В случае хронических заболеваний поддерживается постоянный уровень средних молекул, по-видимому, вследствие вовлечения в процесс «малых» протеаз плазмы, лизосом и пептидаз (В.М. Провоторов, Л. В. Бильченко, 2001).

СМП вызывают множество патофизиологических эффектов на молекулярном, клеточном, системном уровнях, их концентрация в крови больных служит критерием характеристики клинического течения и оценки эффективности лечения целого ряда заболеваний.

В этой связи **целью** настоящей работы явилось определение содержания средномолекулярных пептидов в плазме крови больных различными клиническими формами бруцеллеза.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 55 больных острым, 35 подострым и 56 больных хроническим бруцеллёзом в стадии субкомпенсации. Диагноз был выставлен на основании клинико-эпидемиологических данных и результатов лабораторного исследования: серологических реакций Райта, Хеддльсона, РПГА с эритроцитарным бруцеллезным диагностикумом, аллергологической внутрикожной пробы с бруцеллином по Бюрне. Забор крови для исследования производили при поступлении больных в стационар до начала лечения. Группу сравнения составили 30 практически здоровых лиц – доноров РСПК.

Результаты исследования приведены в таблице 1.

Таблица 1

Содержание СМП у больных бруцеллёзом, г/л, (M±m)

Больные, n	**Содержание СМП**
Острый, n=55	1,63 ± 0,01
Подострый, n=31	1,53 ± 0,12
Хронический, n=56	1,01 ± 1,01
Доноры, n=30	0,64 ± 0,01
P	< 0,01
P_1	< 0,01
P_2	< 0,01
P_3	> 0,05
P_4	< 0,01
P_5	< 0,01

Примечание. *Р – достоверность различий показателей у больных острым бруцеллёзом по отношению к донорам;* P_1 *- достоверность различий показателей у больных подострым бруцеллёзом по отношению к донорам;* P_2 *- достоверность различий показателей у больных хроническим бруцеллёзом по отношению к донорам;* P_3 *- достоверность различий показателей у больных острым и подострым бруцеллёзом;* P_4 *- достоверность различий показателей у больных острым и хроническим бруцеллёзом;* P_5 *- достоверность различий показателей у больных подострым и хроническим бруцеллёзом.*

Как видно из представленной таблицы, содержание СМП в плазме крови больных бруцеллёзом достоверно превышало показатели группы доноров, причем максимальное отклонение показателей отмечено у больных острым бруцеллёзом, меньшее - подострым. Различия показателей у больных хроническим бруцеллезом и группы доноров минимальные, однако, и между ними разница была достоверна. Очевидно, такая динамика содержания СМП отражает выраженность интоксикационного синдрома у больных различными формами бруцеллёза. Статистическая обработка данных не выявила достоверных отличий содержания СМП у больных острым и подострым бруцеллезом ($p>0,05$), в то же время они существенно превышали показатели в группе больных хроническим бруцеллезом ($p<0,01$).

Таким образом, проведенные нами исследования показали, что содержание СМП в плазме крови больных различными клиническими формами бруцеллёза возрастает по сравнению с таковым у доноров, при этом достигая максимума у больных острым бруцеллезом, и снижается по мере хронизации инфекционного процесса.

Это позволяет рекомендовать определение содержания СМП у больных бруцеллезом в качестве диагностического критерия для оценки уровня эндогенной интоксикации, эффективности проводимой терапии, прогнозирования направленности патологического процесса.

ТЕРАПИЯ

ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Ганиева Ж.А., аспирант
Кафедра госпитальной терапии №1
Научный руководитель: д.м.н., профессор Маммаев С.Н.

Актуальность. Ревматоидный артрит (РА) – одно из наиболее распространенных хронических воспалительных заболеваний человека, частота которого в популяции, согласно данным ВОЗ, составляет от 0,6 до 1,3 %. Ежегодно в Российской Федерации регистрируется около 300 тысяч больных РА, а болезненность по этому заболеванию по данным статистики составляет 2,75 на 1000 у лиц 18 лет и старше.

Многочисленные исследования последних лет демонстрируют возрастающее влияние ишемической болезни сердца (ИБС) на летальность больных РА. Кардиоваскулярная патология является ведущей причиной смерти данной категории больных. В генезе поражения сосудов при ревматических заболеваниях одно из важнейших мест отводится повреждению эндотелия. Установлено, что эндотелий является важным фактором регулирования коронарного сосудистого тонуса путем образования и высвобождения вазодилататорных и вазоконстрикторных веществ. Эндотелиальная дисфункция является одним из самых ранних маркеров и важных патогенетических звеньев атеросклероза, при котором нарушается баланс между гуморальными факторами, оказывающими потенциально защитное действие (оксид азота (NO), эндотелиальный фактор гиперполяризации, простагландин), и факторами, повреждающими стенку сосуда (эндотелин-1 (ЭТ-1), тромбоксан А2, супероксид-анион).

Однако, отступая на второй план по сравнению с выраженностью суставного синдрома, состояние эндотелия у больных РА остается мало изученным.

Цель: изучение функции эндотелия сосудов у больных РА в сочетании с ИБС.

Материал и методы исследования:

В настоящей работе проводилась оценка состояния эндотелнальной функции у больных РА в сочетании с ИБС, которая сравнивалась с данными показателями у больных РА и у пациентов с ИБС.

Было обследовано 128 пациентов, находившихся на стационарном лечении в отделении ревматологии и кардиологии «Республиканской клинической больницы» г. Махачкалы Республики Дагестан. Больные были разделены на 3 группы. В первую группу вошли 40 больных РА в сочетании с ИБС (32 женщин и 8 мужчин) в возрасте от 40 до 65 лет (средний возраст 48,3±1,6 лет). Вторую группу составили 48 пациентов РА (36 женщин и 12 мужчин), средний возраст на момент обследования 46,8±4,3 лет. В третью группу вошли 40 больных ИБС (28 женщин и 12 мужчин), средний возраст которых на момент обследования составил 46,8±1,3 лет. В контрольную группу вошли 25 практически здоровых человек: 16 женщин и 9 мужчин, сопоставимых по полу и возрасту с обследованными группами больных. Среди клинических форм ИБС у больных первой группы были выявлены: стенокардия напряжения II функционального класса (ФК) у 20 (50%) человек, у 10 (25%) больных – безболевая ишемия, у 6 (15%) пациентов – нарушение ритма по типу фибрилляции предсердий, у 4 (10%) больных имелся перенесенный инфаркт миокарда в анамнезе.

Диагноз РА был верифицирован на основании критериев, предложенных Американской коллегией ревматологов (АКР) в 1987г и классификационных критериев РА ACR/EULAR (2010 г.) у больных с длительностью заболевания до трех лет. Диагноз ИБС был установлен в соответствии с критериями рабочей группы экспертов ВОЗ (1979). От всех пациентов было получено информированное согласие на участие в исследовании.

Все больные первой группы (РА с ИБС), ранее получавшие в качестве базисной терапии метотрексат, прошли период «отмывки» в течение двух месяцев.

Всем пациентам проводилось клинико-лабораторное и инструментальное исследование. Уровень РФ IgM (МЕ/мл) и СРБ (мг/л) определяли в сыворотке крови методом иммунонефелометрии. Для исследования эндотелиальной функции определяли уровень ЭТ-1 в сыворотке крови. Исследование концентрации ЭТ-1 проводили иммуноферментным методом с использованием набора «Эндотелин 1–21» («Biomedica Medizinprodukte GmbH&co», Австрия) в медицинском центре «Гепар» г. Махачкала.

Полученные результаты обработаны статистически по стандартной программе с вычислением достоверности различия по критерию t Стьюдента.

Результаты и их обсуждение:

В исследуемых группах больных и в группе контроля были оценены традиционные факторы риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Частота встречаемости таких традиционных ФР, как избыточный вес, СД, отягощенная наследственность, была выше в группе больных ИБС по сравнению с больными РА в сочетании с ИБС и в контрольной группе.

При изучении уровня ЭТ-1 в сыворотке крови исследуемых пациентов было выявлено достоверное ($p<0,01$) повышение уровня ЭТ-1 во всех группах обследуемых больных по сравнению с контрольной группой (Таблица 1). При оценке показателя ЭТ-1 в исследуемых группах наибольшая его концентрация была выявлена в группе больных с сочетанием РА и ИБС.

Таблица 1

Содержание ЭТ-1 в сыворотке крови обследованных больных

Группы обследованных	**Количество обследованных (n)**	**Содержание ЭТ-1, фмоль/мл**	**p**
Больные РА	48	9,8±2,4	<0,01
Больные РА в сочетании с ИБС	40	17,5±3,4	<0,01
Больные ИБС	40	7,6±2,2	<0,01
Контрольная группа	25	1,6±0,5	<0,01

У пациентов первой исследуемой группы (РА с ИБС) было отмечено увеличение показателя ЭТ-1 по мере нарастания тяжести ФК стенокардии напряжения: 15,9±0,2 фмоль/мл при I ФК, 17,3±0,6 фмоль/мл – II ФК и 18,1±1,7 фмоль/мл при III ФК ($p<0,05$). Кроме того, при сравнительной оценке в группе больных с сочетанием РА и ИБС установлено достоверное повышение уровня ЭТ-1 у больных с нарушением ритма (17,3±1,3 фмоль/мл, $p<0,01$) по сравнению с пациентами с перенесенным ИМ в анамнезе (12,4±1,6 фмоль/мл, $p<0,01$) и с безболевой формой ишемии (11,8±1,4 фмоль/мл, $p<0,01$). У больных третьей исследуемой группы (ИБС) также была отмечена прямая корреляция между уровнем ЭТ-1 и нарастанием тяжести ФК стенокардии напряжения (6,7±0,2 фмоль/мл при I ФК, 7,3±0,5 фмоль/мл – II ФК и 9,4±0,7 фмоль/мл при III ФК ($p<0,05$)).

При исследовании корреляционных связей между уровнем ЭТ-1 и клинико-лабораторными показателями активности у больных РА установлено наличие достоверных связей с показателями индекса ак-

тивности DAS28 (r=0,9, p<0,05), ВАШ (r=0,8 , p<0,05), СОЭ (r=0,33, p<0,05), СРБ (r=0,24, p<0,05), серопозитивностью по РФ (r=0,23, p<0,05).

Полученные нами данные свидетельствуют, что высокий уровень ЭТ-1 у пациентов с РА, с одной стороны, является предиктором развития и тяжести течения ССЗ, с другой стороны – отражает влияние иммунного воспаления на нарастание эндотелиальной дисфункции.

Выводы:

1. У больных РА, РА в сочетании с ИБС и у пациентов с ИБС установлено достоверное повышение уровня эндотелина-1 в сыворотке крови по сравнению с контрольной группой.

2. Установлено достоверное увеличение уровня эндотелина-1 у больных с сочетанием РА и ИБС по мере нарастания клинико - лабораторной активности РА, функционального класса стенокардии напряжения и при нарушении сердечного ритма.

3. У больных с ИБС обнаружено повышение уровня эндотелина-1 по мере нарастания функционального класса стенокардии напряжения.

АНЕМИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Панахова Д.З., студентка 414 гр. леч. фак-та
Кафедра пропедевтики внутренних болезней
Научные руководители: д.м.н., проф. Шамов И.А., д.м.н., проф. Казиева Х.Э.

Актуальность. В структуре заболеваемости населения большинства экономические развитых стран хроническая сердечная недостаточность (ХСН) как осложнение или sui generalis занимает одно из первых мест. Важной проблемой является своевременное выявление и терапия состояний, усугубляющих тяжесть ХСН, в частности - анемии. Анемия любой этиологии способна сама приводить к застойной сердечной недостаточности (ЗСН). Кроме того, анемия нередко возникает при ХСН.

По данным литературы, распространенность анемии у пациентов с ХСН составляет от 4% до 61% и более [2, 3]. В любом варианте анемия, несомненно, ухудшает прогноз, осложняя течение заболевания и увеличивая смертность. В связи с этим изучение характера анемии

при ХСН имеет несомненный интерес.

Цель. Изучить распространенность, структуру и особенности клинического течения анемий у больных с хронической сердечной недостаточностью. Дать обзор литературы для последующего проведения исследования.

Изложение материала.

Этиология и патогенез анемии при ХСН. Снижение уровня гемоглобина способствует уменьшению оксигенной функции легкого, особенно на фоне имеющейся патологии сердца [1].

Причины анемии у пациентов кардиологического профиля столь же разнообразны, как и в общей популяции. Однако, если рассматривать группу больных ХСН, то основными этиопатогенетическими факторами анемии, можно считать следующие [3]:

1. Гемоделюция (псевдоанемия); 2. Воздействие сопутствующих хронических заболеваний; 3. Недостаток железа/витаминов; 4. Нарушение функции почек – снижение продукции эритропоэтина; 5. Действие лекарственных препаратов.

Ниже излагаются краткие характеристики этих форм анемий.

Анемия за счёт гемодилюции (псевдоанемия). Данная форма анемии связана с задержкой воды, наблюдающейся при ХСН и ведущей к повышению объёма плазмы.

Анемия, связанная с наличием сопутствующих хронических заболеваний. При сопутствующей (или фоновой) инфекцией, воспалении, опухолях, хронической почечной недостаточности и продолжающейся более 1 мес., обозначается как анемия хронических заболеваний (АХЗ). При ХСН данный вид анемии является самым распространённым и отмечается у 58% пациентов.

Анемия при недостатке железа и витаминов. Этиология данной формы анемии при ХСН ясна по названию заболевания. В патогенезе может участвовать патология ЖКТ, в том числе кровотечения, связанные с применением антикоагулянтов и антиагрегантов и ряд других факторов.

Поскольку железо участвует в энергетическом метаболизме, образовании активных форм кислорода и АТФ, пролиферации клеток, активности мышц и т.д., то данная форма влияет на диастолическую функцию, провоцирует сердечную недостаточность, фиброз миокарда и т.д. В ряде регионов при данной форме нередко встречается и дефицит витаминов [4].

Данная форма анемии при ХСН встречается у 21% пациентов [6].

Анемия при почечной недостаточности. Основной причиной этой формы анемии может быть снижение выработки эритропоэтина, связанное с ишемией эндотелиоцитов перитубулярных капилляров, обусловленная гипоперфузией почечной ткани в рамках ХСН, что и приводит к снижению выработки эритропоэтина.

Действие лекарств. Среди большого количества фармакологических препаратов, обычно применяемых у пациентов с ХСН для лечения основного и сопутствующих заболеваний, можно выделить 2 основных лекарственных воздействия, которые могут провоцировать возникновение и поддержание анемии:

1. Ингибиторы АПФ и антогонисты к рецепторам ангиотензина могут уменьшать продукцию эритропоэтина и чувствительность к нему костного мозга, так как ангиотензин является мощным стимулятором синтеза эритропоэтина и эритропоэза;

2. НПВС, мерказолил, метамизол и др. – могут вызвать непосредственное подавление костного мозга (вплоть до апластической анемии).

Диагностика. Трафаретные для нашего времени анализы: сывороточное железо, ферритин, трансферрин, витамин B^{12}, фолиевая кислота, эритропоэтин позволят в значительной мере диагностировать и провести дифференциальную диагностику.

Для выявления непосредственной причины анемии у больных ХСН необходимо проведение обследования ЖКТ (эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия), изучение состояния функции почек, белкового обмена, у женщин – гинекологическое обследование.

Лечение. Зависит от формы анемии и причины, её вызвавшей.

Лечение при железодефицитных анемиях. Оптимальная тактика ведения больных с ЖДА при ХСН включает купирующую, насыщающую и поддерживающую терапию препаратами железа.

Лечение препаратами железа при ХСН важно даже в случаях отсутствия анемии, но при наличии железодефицита. В этом случае отмечается увеличение фракции выброса левого желудочка, снижение функционального класса ХСН, улучшение функции почек и качества жизни, а также уменьшение частоты госпитализаций в связи с декомпенсацией ХСН.

В ряде случаев, наряду с препаратами железа возможно применение витаминов – B^{12}, фолиевой кислоты или поливитаминных комплексов.

Эритропоэтины. Эритропоэтин – ценный лечебный фактор для лечения пациентов с ХСН и анемией [3]. При применении эритропоэтина у больных ХСН было установлено снижение смертности и частоты госпитализаций, положительное влияние на систолическую и диастолическую функцию желудочков, дилатацию камер сердца, гипертрофию левого желудочка, функциональный класс сердечной недостаточности, переносимость физических нагрузок.

Очень редко – при анемии тяжёлой степени (Hb < 70-60г/л) в качестве неотложной меры допустимо переливание эритроцитарной массы.

Выводы:

1. Анемия является довольно распространённым состоянием у пациентов с ХСН.
2. Наслоение анемии на ХСН ухудшает качество жизни таких больных и прогноз болезни.
3. Коррекция анемии проводится в соответствии с её формой.
4. Оптимальным уровнем Hb при ХСН является 120г/л.
5. Коррекция анемии не заменяет лечения ХСН, а является жизненно необходимым дополнением к терапии [5].

Литература.

1. Аветян Н.Г. Анемия у больных с хронической сердечной недостаточностью: особенности клинического течения, подходы к лечению – автореф. дис… канд. мед. наук. М., 2012. 15с.
2. Дятлов Н.В. Хроническая сердечная недостаточность в сочетании с анемическим синдромом: диагностика, лечение и прогноз – автореф. дисс… канд. мед. наук. М., 2012. 17 с.
3. Копылов Ф.Ю., Щекочихин Д.Ю. Анемия при хронической сердечной недостаточности // Рус. медиц. журн. 2011. N 7/ С. 440-445.
4. Шамов И.А. и соавт. Железодефицитная анемия. Махачкала. Юпитер.1994. – 108 с.
5. Шилов А.М., Мельник М.В., Ким И.Р., Ретивых О.Н., Сарычева А.А. Хроническая сердечная недостаточность и железодефицитная анемия // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2007. Т. 3, N 1. С. 9-14.
6. Эттингер О.А., Ускова О.В., Гендлин Г.Е., Сторожаков Г.И. Анемия у больных с хронической сердечной недостаточностью: роль дефицита железа и его коррекция // «CONSILIUM MEDICUM». 2011. Т. 13, N 5. С. 121-127.

ХРОНИЧЕСКИЙ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ В С АУТОИММУННЫМ КОМПОНЕНТОМ

Абасова А.С., ассистент; Алиева М.Д., врач-интерн
Кафедра госпитальной терапии № 3
Научный руководитель: д.м.н., проф. Эседов Э.М.

Наличие аутоантител хотя является отличительной чертой аутоиммунных заболеваний печени, они могут обнаруживаться и при других заболеваниях печени, в том числе при вирусном гепатите. Вирусы гепатитов являются индукторами ряда аутоиммунных заболеваний. Благодаря способности вирусов индуцировать поликлональную активацию В-лимфоцитов, на фоне хронической инфекции нередко отмечается появление аутоантител, моноклональных парапротеинов и криоглобулинов. В подтверждение этого положения приводим клинический случай.

Больная М., 34 года, поступила в гастроэнтерологическое отделение РКБ 23 октября 2013 года с жалобами на кожный зуд, чувство тяжести в правом подреберье, иногда и в левом подреберье, желтушность кожи и склер, обесцвечивание кала, выпадение волос, быструю утомляемость, общую слабость, снижение памяти.

В 2002 году впервые появилась желтушность кожи и склер, при обследовании выявлено 2-кратное повышение уровня общего билирубина, в связи с чем была госпитализирована в инфекционную больницу г. Кизляр. Так как маркеры вирусов гепатита были отрицательными, больную перевели в отделение общей терапии, где ей проводилась дезинтоксикационная, гепатопротекторная терапия, получала витамины группы В, на фоне чего уровень билирубина нормализовался. В 2005 году вновь появилась желтушность кожи, при обследовании маркеры вирусов гепатита отрицательные. Проводилось такое же лечение с положительным эффектом.

В 2008 году возник повторный желтушный синдром, кровь на HBsAg положительна, в связи с чем госпитализирована в инфекционное отделение, противовирусную терапию не получала. До 2013 года чувствовала себя удовлетворительно.

Зимой 2013 года отмечает появление быстрой утомляемости, слабости, кожного зуда, боли и тяжести в правом подреберье. В июне больная отправилась в г. Ростов, где при обследовании были выявлены следующие изменения: Anti HBe IgG – 1,1400 (положительно), Anti

HBsAg - 1,3000 (< 10 не имеет практического значения), ПЦР: ДНК HBV – отриц., сыв. Fe – 3,8 мкмоль/л, СОЭ – 38 мм/ч. В о/а мочи: уробилин–34,01мкмоль/л, УЗИ выявило гепатомегалию. Показатель непрямой эластометрии печени соответствовал стадии F=4 по шкале METAVIR. Ультразвуковое исследование глубоких абдоминальных сосудов системы полой и воротной вен без особенностей.

После возвращения была госпитализирована в инфекционное отд. РЦИБ, где при обследовании: Hb - 104 г/л, СОЭ – 22 мм/ч; АЛТ - 95,3 ед/л, АСТ – 140,4 ед/л, общ. билирубин – 29,25мкмоль/л, прямой – 20,93 мкмоль/л, холестерин – 7,6 ммоль/л, общ. белок – 77,4 г/л, ЩФ - 490 ед/л. Кровь на маркеры вирусов гепатита: Анти HBe IgG – положит., Анти HAV IgG – положит., методом ПЦР ДНК HBV не обнаружена. После выписки было рекомендовано сдать кровь на антимитохондриальные (АМА) и антинуклеарные (АНА) антитела: АМА – 10240 (норма < 40), АНА – 10240 (норма <160). Для назначения глюкокортикостероидной терапии больная была госпитализирована в отд. гастроэнтерологии РКБ.

Объективные данные при поступлении в клинику: состояние больной средней степени тяжести. Рост – 170 см, m – 65 кг, ИМТ=22,49. Кожа с участками пигментации на спине и локтевых сгибах, видимые слизистые чистые, нормальной окраски и влажности. Ксантелазмы на левом веке. Мечевидный отросток отсутствует, межпальцевые перегородки высокие, высокое небо, одинаковая длина указательного и безымянного пальцев. Дыхание через нос затруднено, носовая перегородка искривлена.

Печень выступает на 3-4 см из-под края правой реберной дуги, плотноватая, чувствительная. Пальпируется край селезенки. По остальным органам и системам без патологии.

Данные обследования: в общем анализе крови: гемоглобин - 86 г/л, СОЭ - 25 мм/ч, общий белок - 76 г/л, глюкоза - 4,9 ммоль/л, билирубин общ. - 42 мкмоль/л, прямой -12, непрямой – 30, ЩФ – 899, АСТ - 140 ед/л, АЛТ - 108 ед/л, холестерин - 6,4 ммоль/л, белковые фракции: a2 - 9,68% (8,2 – 12,5%), b - 15,15% (7,2- 14,2%), g - 29,14% (11,5-18,6%). Кровь на маркеры вирусов гепатита - отриц.

Заключение ФЭГДС: Гастрит. Дуодено-гастральный рефлюкс. УЗИ: Печень: размеры увеличены, передне-задний размер – 15,8 мм, контур гладкий. Структура сохранена. Отражения от паренхимы печени усилены, диффузно неоднородны. Внутрипеченочные вены расширены, правая ветвь портальной вены – 9 мм, НПВ – 20 мм, VP – 13 мм.

Селезенка увеличена, пониженной эхогенности, 13*6,0 см. VL – 9 мм. Межпетельно незначительное количество свободной жидкости.

Пациентке был выставлен следующий диагноз: Хронический вирусный гепатит В с аутоиммунными проявлениями по типу аутоиммунного гепатита с умеренно выраженными холестатическим и цитолитическим синдромами. Спленомегалия. Портальная гипертензия, асцит.

Сопутствующий диагноз: Хронический рефлюкс-гастрит, стадия обострения. Железодефицитная анемия средней степени тяжести. Синдром дисплазии соединительной ткани, недифференцированный вариант.

Было назначено следующее лечение: метипред – 24 мг (3 табл. утром, 2 - в обед и 1 – вечером) с последующим снижением дозы по 1 табл. в 2 недели до окончательной отмены препарата, гептрал - 400 мг 2 р/д, сорбифер дурулес - 1 табл. 2 р/д, омез 20 мг 2 р/д, аскорбиновая кислота и витамины группы В. Через месяц после отмены метипреда было рекомендовано сдать повторно кровь на АМА и АНА антитела.

Таким образом, периодичность возникновения клинической симптоматики у данной больной обусловлена, вероятно, репликацией вируса гепатита В. В то же время повышенные титры АМА и АНА, возможно, связан с наличием аутоиммунного компонента. Данный клинический пример доказывает вероятность индукции вирусами гепатита аутоиммунных процессов в печени.

МЕСТО ДЕПРЕССИЙ В ТЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНОСОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Давыдова Э.В., аспирант
Кафедры госпитальной терапии №1
и психиатрии, наркологии и медицинской психологии ДГМА
Научные руководители: д.м.н., проф. Маммаев С.Н.,,
д.м.н., доц. Моллаева Н.Р.

Болезни сердечнососудистой системы занимают ведущее место в структуре общей заболеваемости и инвалидности населения. К наиболее распространенным из них относятся ишемическая болезнь сердца (ИБС), гипертоническая болезнь и церебральный атеросклероз.

Депрессия - это состояние человека, сопровождающееся чувствами тоски, подавленности, бессилия, мрачным настроением, плохим

самочувствием, слабостью, нежеланием что-либо делать, равнодушием к происходящему, ощущением собственной никчемности и ненужности.(1). Это далеко не полный список симптомов, сопровождающих депрессию.

Сложность и многогранность проблемы депрессии определяется, с одной стороны, причастностью ее ко многим нозологическим формам, а с другой, большим разнообразием проявлений депрессивных состояний (степень выраженности, характер течения, продолжительность, влияние на трудоспособность и проч.). Различные проблемы депрессии освещены в ряде монографических работ.(2)

Несмотря на значительное количество работ, посвященных клинике, дифференциальной диагностике, патогенезу, лечению и профилактике депрессивных состояний, многие вопросы остаются либо не исследованными, либо чрезвычайно дискуссионными. Даже при диагностике самого депрессивного состояния возникают определенные трудности в связи с большим количеством атипичных, соматизированных, маскированных форм депрессий. (3)

Цель исследования: изучение распространенности депрессий среди больных сердечнососудистыми заболеваниями.

Материал и методы исследования: Для достижения цели исследования нами проведено обследование 122 мужчин и женщин с с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в возрасте от 18 до 65 лет. В качестве контрольной группы были обследованы 56 здоровых мужчин и женщин в возрасте от 18 до 65 лет. Диагностика депрессии проводилась с помощью анкетирования при использовании опросника депрессивности А. Бека.

Результаты обследования испытуемых представлены ниже.

Таблица 1.

Результаты опросника Бека у группы "Гипертония"

депрессия отсутствует, либо незначительна	20%
депрессия минимальна	10%
легкая депрессия	40%
умеренная депрессия	20%
выраженная или глубокая депрессия	10%

Можно видеть, что умеренная депрессия проявляется у 20% больных, у 10% больных она сильная.

Таблица 2

Результаты опросника Бека у группы "ИБС"

депрессия отсутствует, либо незначительна	10%
депрессия минимальна	10%
легкая депрессия	30%
умеренная депрессия	30%
выраженная или глубокая депрессия	20%

Можно видеть, что умеренная депрессия проявляется у 30% больных, у 20% больных она сильная.

Таблица 3

Результаты опросника Бека у группы "Здоровые"

депрессия отсутствует, либо незначительна	40%
депрессия минимальна	30%
легкая депрессия	10%
умеренная депрессия	10%
выраженная или глубокая депрессия	10%

Можно увидеть, что у здоровых людей умеренная депрессия у 10%, у 10% она сильная, подавляющее большинство – 70% - не имеет признаков депрессии.

Графически это может быть выражено следующим образом:

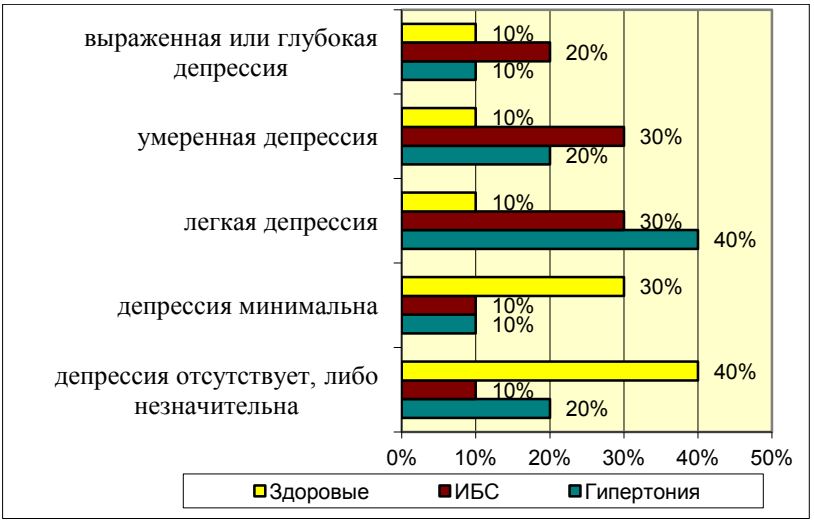


Рис. 1. Сравнение выраженности депрессии в группах

Выводы:

Исходя из сказанного, можно заключить, что сердечнососудистые заболевания приводят к достаточно выраженным изменениям психического статуса больных, их уровня тревожности, приводя иногда к значительной социальной дезадаптации. Уровень дезадаптации зависит от стажа заболевания, от особенностей личности больного до заболевания, от самой нозологии, а также от эффективности лечения и прогноза. Несомненно, большое влияние на психологическое состояние больных оказывает их качество жизни, изменившееся в связи с заболеванием, и угроза заболевания жизни, трудоспособности или социальным функциям индивида.

Можно рекомендовать больным с сердечнососудистой патологией некоторые виды психотерапии, которые должны оказать на них положительное воздействие и улучшить их жизненную ситуацию и снизить психологический дискомфорт. Психотерапия показана с целью воздействия на личность больного, снятия настроенности организма на извращенную реактивность, нормализации психосоматических взаимоотношений.

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ: ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ.

К.Т. Сунгуров, М.Н Магомедов, студенты 3 курса лечебного факультета

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия МЗ РФ»

Научный руководитель проф. И.А.Шамов

Актуальность. Железо — один из ключевых микроэлементов, играющее важнейшую роль в жизнедеятельности живого. Оно принимает участие во многих процессах обмена веществ. В живом организме железо можно обнаружить во многих протеинах и ферментах, в том числе, в первую очередь – в гемоглобине [1].

Гемоглобин – белок эритроцитов, выполняющий функцию переноса кислорода из альвеолярного воздуха во все ткани организма. Он состоит из 94% белка-глобина и **6% железа - гема.** Именно в этом про-

теине сконцентрировано основное количество железа организма, масса которого достигает у здорового взрослого человека 2000-2500 мг.

Вторым белком, играющим большую роль в обмене железа, является ферритин. - комплекс, состоящий из белка - апоферритиновой оболочки и находящихся внутри нее водорастворимых комплексов гидроксида железа (FeOOH. Ферритин отражает запасы железа в организме.

Есть ещё целый ряд белков, играющих роль в обмене железа, но эти 2 белка играют главную роль в выявлении анемии и железодефицитной анемии (ЖДА).

ЖДА - одна из наиболее распространённых в мире болезней. По данным ВОЗ в мире насчитывается около 1,8 миллиарда больных этой формой анемии[2].

Из сказанного следует высокая актуальность исследований проблем ЖДА.

Цель исследования. В работе поставлена цель: анализировать общепринятые гематологические показатели, в том числе и белой крови и тромбоцитарного звена при ЖДА, а также оценить степень эффективности короткого стационарного лечения.

Материалы и методы: Работа ретроспективная. Анализированы истории болезни 58 больных ЖДА, находившихся на лечении в гематологическом отделении РКБ РД.

Результаты исследования. Группа в целом. Результаты данной группы изложены в таблице 1.

Таблица 1

	Среднее значение	**Стандартное отклонение**	**Медиана**	**Квартиль 25%**	**Квартиль 75%**	**n**
Пол						
Возраст (лет)	33,98	13,79	35	21,25	43,75	
Время пребывания в больнице (дней).	14,77	3,05	15	14	16	
Железо **П** (при поступлении)	3,73	1,95	3,1	2,625	4,375	46
Железо **В** (при выписке)						
Ферритин **П**	36,72	104,52	3,7	1,7	6,525	36
Ферритин **В**						
ЦП **П**.	0,70	0,10	0,705	0,6525	0,79	58
ЦП **В**	0,81	0,10	0,8	0,78	0,87	55

						57
Hb **П**	60,32	15,41	58	48	71,5	58
Hb **В**	80,61	14,02	78	71	88	57
Эритр. **П**	2,59	0,53	2,7	2,1725	2,8	58
Эритр. **В**	2,91	0,27	2,8	2,765	3	55
Лейк. **П**	4,82	2,15	4,3	3,4	5,65	58
Лейк. **В**	5,07	2,00	4,75	3,85	6	54
Ретик. **П**	1,50	0,79	1,35	0,9	1,625	52
Ретик **В**	2,97	1,77	2,65	1,425	3,875	42
Тромб. **П**	170,22	53,43	157	147	199	57
Тромб. **В**	196,09	61,87	200	175	230	44
Лейкоформула						0
Эоз. **П**	2,62	1,45	2	2	4	13
Эоз**. В**	3,57	2,14	2	2	4,75	14
Палочк. **П**	1,89	0,93	2	1	2	9
Палочк. **В**	1,64	0,50	2	1	2	14
Сегментояд. **П**	63,46	10,26	63,5	59,75	70	56
Сегментояд. **В**	63,46	8,30	64	60	68,25	52
Лимфоц. **П**	29,16	7,56	29	24,25	35	58
Лимфоц**. В**	29,44	7,43	29,5	23	33	54
Мононц. **П**	4,69	2,22	4	3	6	58
Моноц. **В**	4,87	2,36	4	3	6	54

Из приведенной таблицы видно, что нами проведена статистическая обработка полученных данных. При этом для получения параметрического распределения из анализируемых данных отсечены 25-й и 75 квартили. Поэтому как достоверные сведения здесь представлена медиана со среднеквадратическим отклонением.

Результаты в целом по группе.

При поступления.

Как можно видеть из представленных в таблице данных все больные были женского пола, что соответствует и литературным данным. Как известно – ЖДА – болезнь с «женским характером» - ею в подавляющем большинстве болеют женщины.

Все больные были молодыми людьми - средний возраст равнялся 33,98 ± 13,79 лет, что также согласуется с литературными данными.

При поступлении гемоглобин (Hb) равнялся 60,32±15,41 мк моль/л, а железо сыворотки крови (ЖСК) - 3,73 мкмоль/л, что верифицирует

диагноз ЖДА. Однако важнейшим подтверждающим фактором является уровень ферритина, который у наших больных оказался 36,72 ± пмоль/л. Это свидетельствует о том, что при ЖДА уровень ферритина не всегда снижается коррелятивно с ЖСК. ЦП соответствовал известным данным о нём при ЖДА – он равнялся 0,7±0,10.

Эритроцитов было 2,59 ± 0,53x10^{12}/л, показывая, что в условиях Дагестана снижение количества эритроцитов чётко коррелирует со снижением Hb.

Ретикулоцитов было 1,5 ± 0,79 %, показывая, что регенеративные способности костного мозга при ЖДА не нарушены.

Интерес представляет анализ лейкоцитарного звена, на который обычно при ЖДА обращают мало внимания.

Количество лейкоцитов было равно 4,82 ± 2,15x10^9/л, свидетельствуя, что они при ЖДА имеют тенденцию к снижению.

Лейкоформула: эозиноф. 2,62 ± 1,45 %; палочк. 1,89 ± 0,93 %; сегмент. 63,46 ± 10,26 %; лимфоц. 29,16 ± 7,56 %; мон. 4,69 ± 2,22 %. Тромбоциты 170,22x10^9/л – в норме.

Из вышеуказанного можно видеть, что, действительно, при ЖДА белый и тромбоцитарные ростки кроветворения остаются в пределах нормы.

Лечение

54 больных из 58 получали лечение препаратами железа. 4 больных по невыясненным обстоятельствам лечение железосодержащими препаратами не получали.

Из 54 леченных препаратами железа пациентов только сорбифер 2 таблетки в сутки получали 39 человек, только венофер внутривенно 5 человек и венофер в сочетании с сорбифером 10 человек.

В 5 мл венофера содержится 100 мг закисного (3-х валентного) железа. В 1 таблетке сорбифера – также 100 мг, только 2-х валентного железа. Таким образом, внутривенно вводилось 100 мг 3-х валентного железа, который обычно плохо всасывается из кишечника. С сорбифером пациенты получали внутрь 100 мг легко всасывающегося

2-х валентного железа в комплексе с 60 мг аскорбиновой кислоты, улучшающей всасывание, 2 раза в сутки. За 14,77 (15) дней лечения пациенты, которым вводили венофер, получили 1,477 г железа. Пациенты, принимавшие сорбифер получили 2, 954 г железа.

Данные, представленные ниже, дают возможность оценить эффективность стационарного этапа лечения ЖДА.

При выписке

Время пребывания в стационаре – 14,77 ± 3,05 дней.

Hb – 80,61 г/л, то есть ежедневное прибавление Hb было равно 1,37 г.

Эритр. 2,91 ± 0,27х10^{12}/л ; ретикулоц. 2,97 ± 1,77%. Лейкоц. 5,07 ± 2х10^{9}/л; эозин. 3,57±2,14 %; палочк. 1,64 ± 0,5 %; сегмент. 63,46 ± 8,30 %, лимф. 29,44 ± 7,43 % и мон. 4,87 ± 2,36 %.

Т.о. за 14 дней лечения во всех ростках крови произошли положительные сдвиги. Вся группа целиком из разряда «тяжелая ЖДА», перешла в разряд «среднетяжёлая». Улучшилась регенерационная функция костного мозга – повысился ретикулоцитоз. Более «нормальными» стали белый и тромбоцитарный ростки.

Экономические расчёты

Как известно, лечение ЖДА внутривенно вводимыми препаратами является эффективным методом [3,4]. В то же время, сегодня бюджет здравоохранения является мизерным, а Правительство РФ намечают ещё его сокращение на грядущие близкие годы. В связи с этим каждый медик должен знать экономические выкладки своего лечения. Приводим расчёты по лечению в нашем случае.

Одна ампула венофера стоит примерно 817 рублей. Следовательно за 14 дней пребывания будет израсходовано 11438 рублей. 1 таблетка сорбифера стоит 23,3 рубля. За 14 дней по 2 таблетки в день – итого 653 рубля.

Лечение венофером обходится государству в 17,5 раз дороже!

Выводы:

1. Лечение пациентов с тяжёлой и среднетяжелой формами анемий в течение 14 дней пребывания в стационаре не приводит к излечению болезни.

2. В то же время этот период лечения можно характеризовать как «эффективный». В этот срок все больные из категории «тяжелой» степени анемии переходят в категорию «средней» тяжести.

3. Таким образом, эти пациенты с полным основанием могут через такой срок выписываться на долечивание в условиях местной больницы или в домашних условиях.

4. При отсутствии противопоказаний лечение ЖДА следует проводить лишь пероральными препаратами. Такое лечение обходится государству в 17,5 раз дешевле.

Литература

1. Шамов И.А. и соавт. Железодефицитные анемии Дагестана. Махачкала: Юпитер, 1994. 109 с.

2. Шамов И.А.и соавт. Железодефицитная анемия: фенотипические и генетические аспекты. Махачкала: ООО «Деловой мир», 2007. 117 с.

3. Onken J.E. et al. A multicenter, randomized, active-controlled study to investigate the efficacy and safety of intravenous ferric carboxymaltose in patients with iron deficiency anemia // Transfusion. 2014. Vol. 54, N 2. P. 306-15.

4. Van Assche G**.** Intravenous iron for the treatment of iron deficiency in IBD: the pendulum is swinging // Am J Gastroenterol. 2013. Vol. 108. N. 12. P.1889-90.

ДАГЕСТАНСКИЕ ЭТНОСЫ И ЦВЕТОВОЕ ЗРЕНИЕ

Адамов А.А., студент 3 курса леч. фак-та
Кафедра пропедевтики внутренних болезней ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., проф. Шамов И.А.

Дагестан представляет из себя один из тех регионов мира, где на небольшой территории сосредоточено значительное число этнических групп. Генез этого феномена не очень ясен ни в эволюционном, ни в историческом аспекте. Возможно, что стремительно развивающиеся в настоящее время генетические исследования (Раджабов М. и соавторы, Булаева К.Б.) внесут ясность в данный вопрос. Пока же **эту** истину следует рассматривать как данность. А она позволяет проводить целый ряд научных исследований, в том числе и по накоплению патологических генов.

По имеющимся к настоящему времени данным переписи населения в Дагестане в имеются следующие этнические группы.

Национальный состав населения Дагестана по переписям 2002 и 2010 годов:

Народ	Численность в 2002 году, %	Численность в 2010 году,	%
ВСЕГО	2 576 531; (100)	2910249	100,
Аварцы	758 438 (29,4)	850011	29,2
Аварцы собственно	701 760 (27,2)	801827	27,5
Андо-цезские народы	56 671 (2,2)	48178	1,66
Андийские народы	33 707(1,3)	28716	0,99
Андийцы	21 270 (0,8)	11448	0,39
Ахвахцы	6 362 (ОД)	7923	0,27
Каратинцы	6019 (0,2)	4761	0,16
Тиндинцы (тиндалы)	33 (0,0)	634	0,02
Багулалы	18 (0,0)	0	0,00
Чамалинцы (чамалалы)	3 (0,0)	16	0,00
Годоберинцы	2 (0,0)	426	0,01
Ботлихцы	0 (0,0)	3508	0,12
Цезские народы	22 964 (0,9)	19462	0,67
Дидойцы (цезы)	15 176 (0,6)	11623	0,40
Бежтинцы	6i84(0,2;	5956	0,20
Гунзибцы	972 (0,0)	918	0,03
Гинухцы	525 (0,0)	439	0,02
Хваршины	107 (0,0)	526	0,02
Арчинцы'	7 (0,0)	6	0,00
Даргинцы'	425 526 (16,)	649038	16,8
Даргинцы собственно	425 465 (16,5)	490279	16,8
Кубачинцы	57 (0,0)	101	0,00
Кайтагцы	4 (0,0)	4	0,00
Кумыки	365 804 1(14,2)	431736	14,8
Лезгины	336 698 **(13,1**)	385240	13,2
Лакцы	1402361(5,4)	161276	5,54
Азербайджанцы	111 561(4,3)	130919	4,50
Табасаранцы	110 152(4,3)	118848	4,08
Русские	120 875 (4,7)	104020	3,57
Чеченцы	87 867 (3,4)	93658	3,22
Ногайцы	38 168(1,4)	40407	1,39
Агулы	233141(0,9)	28054	0,96

Рутульцы	24298*(0,9)	27849	0,96
Цахуры	8 168 (0,3)	9771	0,34
Армяне	5 702 (0,2)	4997	0,17
Татары	4 659 (0,2)	3734	0,13
Евреи	1 478 (0,0)	1739	0,06
Украинцы	2 869(0,1)	1511	0,05
Осетины	897 (0,0)	886	0,03
Грузины	876 (0,0)	687	0,02
Казахи	619(0,0)	522	0,02
Персы	719(0,0)	503	0,02
Таты (таты-мусульмане)	825 (0,0)	456	0,02
Узбеки	245 (0,0)	418	0,01
Белорусы	547(0,0)	290	0,01
Горские евреи (таты-иудаисты)	1 066 (0,0)	196	0,01

Как можно видеть из вышеуказанных данных, за 8-летний срок население Дагестана увеличилось на 333 718 человек. Можно также констатировать, что все коренные национальности и народности также выросли в числе.

Из этого факта следует вывод о том, что демографическая ситуация в Республике остаётся благоприятной. Хотя в отношении этого факта могут быть и другие суждения. В 1917 году нас было всего 450 000 человек. И Мы не могли сами себя прокормить. 40% взрослых мужчин занимались отходничеством. Как это делают сегодня таджики. Не стоит ли нам задуматься над тем, как кормит нынешние 3 миллиона человек?.

В то же время динамика численности пришлых групп Дагестана заставляет задуматься. Практически все пришлые этносы за эти 8 лет сократили свою численность. А это означает, что в какие-нибудь 50-100 лет мы можем стать мононациональной республикой или республикой лишь коренных этносов.

Что едва ли украсит нас и сделает жизнь более лучшей.

Вторая часть данной работы - цветовое зрение.

Актуальность исследования. Доказывать значимость для человека цветового зрения едва ли есть необходимость. Если через зрительный анализатор к нам поступает 80% всей информации, то вся

красота мира в свою очередь воспринимается нами из-за наличия у нас цветового зрения. Отсюда ясно насколько ухудшается качество жизни любого человека, имеющего аномалии цветового зрения. Но дело даже не в этом - люди, болеющие данной патологией и, не зная этого, работающие на ряде производств (водители наземного транспорта и др.) могут стать причиной серьезных трагических событий. В свете этого представляется, что изучение носительства нарушений цветового зрения в различных этнических группах Дагестана представляет несомненный интерес.

Расстройства цветоощущения делятся на врожденные и приобретенные.

Врожденные нарушения цветового зрения генетически обусловлены и рецессивно связаны с полом. Они встречаются у 8% мужчин и 0,4% женщин. Хотя у женщин нарушения цветового зрения наблюдаются значительно реже, они являются носителями патологического гена и его передатчиками.

Способность правильно различать основные цвета называется **нормальной трихромазией, поскольку основными составляющими всех остальных цветов - три цвета - красный, зелёный и синий.** В соответствии с этим и выделяют три типа врожденных дефектов цветового зрения: дефект восприятия красного цвета (протан-дефект или **протанопия),** зеленого (дейтер-дефект или дейтеронопия) и синего (тритан-дефект или **тританопия).** В целом же расстройства цветоощущения называют дальтонизмом по имени ученого Дальтона, который впервые описал это явление.

При нарушении восприятия всего лишь одного цвета (чаще встречается пониженное различение зеленого, реже - красного) изменяется все цветоощущение в целом, так как не происходит нормального смешения цветов.

Приобретенные расстройства цветоощущения обусловлены патологическими процессами в сетчатке вследствие приобретенных заболеваний сетчатой оболочки, зрительного нерва, вышележащих отделах зрительного анализатора в центральной нервной системе и могут возникать при соматических заболеваниях организма. Факторы, вызывающие их, разнообразны: токсические воздействия, сосудистые нарушения, воспалительные, демиелинизирующие процессы и др.

В отличие от врожденных приобретенные дефекты цветового зрения, по крайней мере в начале заболевания, проявляются на одном глазу.

Материалы и методы.

Исследование было проведено на студентах 3 курса ДГМА. Обследовано 223 человек всех дагестанских коренных и пришлых групп.

Методика. Исследование цветового зрения произведено с помощью полихроматических (многоцветных) таблиц. Фельхагена.

Исследование проводили при дневном освещении. Обследуемого сажали спиной к свету. Таблицы предъявляли на расстоянии вытянутой руки (66-100 см) с экспозицией 1-2 с, но не более 10 с. Определяли цветоощущение обеих глаз одновременно

Первые две таблицы являются контрольными, их читал автор вместе с обследуемым, остальные таблицы читал только обследуемый.

Результаты.

Данное наше научное исследование можно считать классическим научным исследованием. Доказывающим. Что в науке и отрицательный научный результат - тоже результат.

Нарушения цветового зрения нами выявлено лишь у 3 из 223 человек, то есть в 1,3 % случаев. Как уже говорилось выше, среди других наций этот процент значительно выше и достигает 8% у мужчин и 0,4% женщин. Наши факты о распространенности дальтонизма среди этнически групп Республики Дагестан разнятся также и по вопросу пола: женский пол превалировал в пропорции 2:1

1 даргинка (из 43 обследованных). Ошибки в определении данных таблиц Фельхагена - во всех случаях, то есть она страдает дальтонизмом (не различает все 3 цвета).

1 аварка (из 49 обследованных) страдает протанотопией - т.е. не различает красный цвет.

1 лакец (из 39 обследованных) - не различает красный цвет т.е. также является протонатопом.

Выводы.

1. За последние 8 лет (2002-2010 гг.) в Республике Дагестан шло равномерное увеличение популяций всех коренных этнических групп.

2. В эти же годы отмечено снижение популяционного числа всех пришлых этнических групп, проживающих в Дагестане.

3. Нарушение цветового зрения среди всех коренных и пришлых этнических групп встречается в значительно меньшем проценте, чем в других странах.

4. Отмечается также преобладание женского пола, что также противоречит литературным данным.

5. Наши выводы второй части работы являются предварительными и относительными. Расчёт необходимой для доказательности выборки показал, что она равняется 1500 человек. Наше же исследование пока основано на обследовании 220 человек.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ

Кавхаева С.К., студентка
Кафедра естественнонаучных и медико-биологических дисциплин НОУ ВПО «Дагестанский медицинский стоматологический институт»
Научный руководитель – асс. Магомедова Р.А.

Внебольничная пневмония (ВП) – острое инфекционное заболевание, которое возникает во внебольничных условиях и проявляется большим разнообразием клинической картины (кашель, выделение мокроты, одышка, боль в грудной клетке, лихорадка) и рентгенологическими признаками «свежих» очаговых и инфильтративных изменений в легких при отсутствии очевидной диагностической альтернативы. В последние годы продолжает сохраняться тенденция к увеличению числа случаев с затяжным течением, тяжелыми формами пневмоний. К сожалению, до настоящего времени отсутствует «золотой стандарт» диагностики и дифференциальной диагностики ВП и других (непневмонических) внебольничных инфекций нижних дыхательных путей.

Цель работы: определить диагностическую ценность физикальных, лабораторно-рентгенологических данных и наиболее эффективные подходы к комплексной терапии ВП.

Материал и методы. Анализированы 64 амбулаторные карты больных ВП легкой и средней степени тяжести, которые лечились на дому в районах обслуживания двух городских поликлиник г. Махачкала. Мужчин было 35, женщин – 29. Возраст больных составлял от 18 до 65 лет. У 15 (23,4%) пневмония развивалась на фоне острой респираторной вирусной инфекции. Во всех случаях она локализовалась в нижних долях легких (в 56,3% в нижней доле правого легкого и в 43,7% – в нижней доле левого легкого). Средний срок от начала заболевания до обращения за медицинской помощью составил 3,2 дня.

Результаты исследования. Наиболее частыми симптомами ВП были кашель (96,5%), отделение слизистой, слизисто-гнойной мокро-

ты (79,2%), повышение температуры тела (53,4%) (лихорадочный период продолжался в среднем 3,7 дня), боль в грудной клетке, особенно при кашле, глубоком дыхании (54,2%). Симптомы общей интоксикации организма наблюдались у 29%, одышка – у 12,9%, а примесь крови в мокроте – у 3,2% больных. Укорочение (притупление) перкуторного звука отмечалось в 33,9% случаев. У 69,4% больных выслушивалось жесткое и ослабленное везикулярное дыхание, а у 4,8% – шум трения плевры. Рентгенологически, в том числе и при рентгенографии легких в двух проекциях, признаки ВП выявлены у 91,9% больных. Из лабораторных показателей в 67,7% случаев наблюдался умеренный лейкоцитоз (в 51,6% случаев с нейтрофильным сдвигом), в 9,6% случаев – снижение количества лейкоцитов (ниже 4,0х109/л), в 22,7% случаев количество лейкоцитов было в пределах нормы. Увеличенная СОЭ отмечена у 61,3% больных, а повышение С-реактивного белка – у 68,9%.

Для лечения ВП выбор антибактериального препарата проводился эмпирически. У большинства больных (58,1%) применялся антибиотик пенициллинового ряда (пенициллин, ампициллин, ампиокс, оксамп), у 12,9% – цефалоспорины первого (цефазолин), второго (цефотаксим) и третьего (цефтриаксон) поколений, у 11,3% – аминогликозиды (гентамицин, амикацин). В единичных случаях в качестве стартовой терапии применялись амоксиклав, доксициклин, ципрофлоксацин, сумамед. У 15% больных препараты пенициллинового ряда назначались в сочетании с бисептолом. Антибактериальная терапия сочеталась с противовоспалительными и гипосенсибилизирующими средствами (ацетилсалициловая кислота, диазолин, супрастин и др.). В комплексную терапию ВП также включались бронхолитические, разжижающие слизь и отхаркивающие средства (эуфиллин, теопек, мукалтин, амбробене, лазолван, бромгексин и др.), препараты, повышающие неспецифическую резистентность организма (поливитамины и др.). В период реабилитации неотъемлемой частью комплексной терапии были физиотерапевтические методы лечения. Средняя длительность лечения составила 14,9 дней. У подавляющего большинства пациентов наблюдалось полное клиническое и рентгенологическое выздоровление от пневмонии, в трех случаях при выписке рентгенологически отмечалось локальное усиление легочного рисунка. Все больные взяты на диспансерное наблюдение.

Таким образом, результаты исследования показывают, что при диагностике ВП участковый врач должен учитывать не только рентге-

нологические данные, но и результаты клинического течения заболевания, физикального, лабораторного и рентгенологического исследований. Антибактериальная терапия не во всех случаях соответствует современным клиническим рекомендациям, что необходимо учитывать при оценке качества работы участковых врачей-терапевтов.

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ И ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ В ИНФАРКТНОМ ОТДЕЛЕНИИ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ БОЛЬНИЦЫ №2 (г. МАХАЧКАЛА)

Абдуллаев А.М., студент III курса леч. фак-та
Кафедра патологической физиологии ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., проф. Саидов М.З.

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

Цель: получить объективную и достоверную информацию о демографических, анамнестических характеристиках больных с ОКС, а также о реальном повседневном лечении больных с ОКС в Республиканской больнице №2 (РБ №2), г. Махачкала; на основании полученной 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 согласно протоколу анализа. Для исследования выбраны медицинские стационарные карты пациентов, поступивших в I квартале 2013 г. (сплошная выборка).

Результаты исследования. Всего проанализировано 136 медицинских 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 стационар пациенты страдали артериальной гипертензией и сахарным диабетом (в 90% случаев 2 типа). Курение имело место в 32% случаев.

В первые дни наблюдения показатели биохимического лабораторного исследования повышались: АСТ у 8%, АЛТ у 12%. Положительный тропониновый тест регистрировался у 4% поступивших лейкоцитоз – 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
Артериальная гипертензия	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 ингибиторы АПФ. Кроме этого в 54% случаев пациентам назаначались статины, 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) – ангиопластика 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 стенокардия (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 пациенты с нестабильной стенокардией: прогрессирующая стенокардия – у 43%, впервые возникшая стенокардия – у 33%.

Клинические диагнозы, не относящиеся к ИБС – в 4% случаев.

В такой небольшой выборке из 136 пациентов в течение трехмесячного периода анализа медицинских карт случаев смерти не наблюдалось.

Выводы:

1. У пациентов с ОКС наиболее часто применяемыми препаратами являются β-адреноблокаторы и антиагреганты, реже применяются статины 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% впервые возникшая), инфаркт миокарда развился только у 5% пациентов.

3. Отразилась часть недостатков лечения больных ОКС, являющихся типичными для всего лечения ОКС в нашей стране – недостаточное полное следование современным руководствам по лечению, что пагубно отражается на исходах.

КОРОНАРОАНГИОГРАФИЯ – МЕТОД ВЫБОРА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИБС

Ю.Л. Бурхонзода, студент 64 группы мед. фак-та
Кафедра внутренних болезней №3 Таджикского государственного медицинского университета им. Абу Али ибн Сино (Авицены)
Научный руководитель: к.м.н., старший преподаватель *Хотамов Ю.Х.*

Актуальность: Ишемическая болезнь сердца (ИБС) остаётся одной из главных причин смертности. В развитых странах мира, в том, числе и в Республике Таджикистан, отмечается ежегодный рост сердечно - сосудистых заболеваний (ССЗ).

Несмотря на то, что в 1929 г. Frossman проводил коронаро - ангиографию (КАГ) на себе, в первые, этот метод был использован на животных в 1844 году.

Проведённые исследования в последующих годах показывают, что с изменением подхода к лекарственной терапии и внедрением в повседневную практику, максимально ранней диагностики поражений коронарных сосудов и их своевременной реваскуляризацией являются главной причиной снижения показателей смертности и инвалидности от ССЗ.

Цель: определить соотношение между нормальными и пораженными коронарными артериями у больных ИБС.

Материал и методы исследования. На базе Республиканского клинического центра кардиологии (РКЦК) с целью диагностики состояния коронарных сосудов у больных ИБС была выполнена коронароангиография (КАГ) у 406 пациентов с января 2013 по февраль 2014 г.г.; мужчин 62,3% (253) и женщин 37,7% (153) в возрасте от 43 до 71 года (57$\pm$14).

Клинические проявления ИБС были: болевая форма у 77.7% (318) и безболевая форма у 22.3% (88) больных.

КАГ выполнялась радиальным доступом в 94.6% (384) случаях и феморальным доступом в – 5.4% (22) случаях.

Результаты исследования: При исследовании были выявлены следующие значимые гемодинамические поражения сосудов: однососудистое поражения – 22.7% (92), двухсосудистое поражение – 14.3% (58) и многососудистое поражение – 27% (110). Не значимые гемодинамические поражения сосудов проявлялась в 18% (73) случаев и, наконец, в 18% (73) случаях у пациентов были нормальные коронарные

сосуды. Из 333 пациентов с поражённой коронарной артерией в 41.6% (169) случаях было рекомендовано коронаро - ангиопластика (КАП) и в 26.3% (107) случаях было выполнено КАП; в 23.4% (95) случаях рекомендовано Аорто-коронарное шунтирование АКШ.

Вывод. Использование интервенционных методов исследования позволяет своевременно выявлять характер и степень поражения коронарных сосудов и исходя из этого выработать дальнейшую тактику лечения больных ИБС.

ХИРУРГИЯ

УСТРОЙСТВО ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У ЛИЦ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Курбанисмаилова Р.Р., соискатель
Кафедра общей хирургии ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., проф. Меджидов Р.Т.

Актуальность. Распространенность желчнокаменной болезни (ЖКБ) весьма велика и увеличиваемся с возрастом: около 33% старше 70 лет имеют камни в желчевыводящей системе. Таким образом, данное заболевание приобрело статус социальной проблемы и для его лечения предложены различные методики. Общепризнанным вектором развития современной хирургии является принцип малой инвазивности. Широкое распространение получила лапароскопическая техника. Однако сдерживающими моментами метода является наличие специфических противопоказаний, применительно к лапароскопии в целом. Несомненными преимуществами в этом отношении обладает минилапаротомный метод с применением устройства мини-ассистент. Таким образом, вопрос повышения эффективности хирургического лечения ЖКБ, внедрение новых малоинвазивных методов, разработка и совершенствование тактических и технологических решений представляется актуальным.

Цель исследования. Для совершенствования лечебной тактики разработать лопатку-ретрактор к устройству мини-ассистент, которая бы обеспечивала достаточную зону операционного действия при холецистэктомии из мини-доступа.

Материал и методы. Нами разработано и изготовлено устройство, представляющееся собой лопатку-ретрактор, та его часть, которая вводиться в рану сделана в виде вилки с двумя браншами, причем длина браншей выполнена с ориентировкой на средний длинник желчного пузыря. После установки кольца-ранорасширителя, лопатки - ретракторов в типичных позициях, устанавливают предлагаемое устройство таким образом, чтобы при этом желчный пузырь (ЖП) выпячивался между браншами устройства в раневую апертуру на всем протяжении путем инвагинации околопузырной паренхимы печени от ее висцеральной поверхности к заднему скату. Разработанное нами устройство использовано при холецистэктомии из мини-доступа у 26 больных с калькулезным холециститом (КХ) у лиц старческого возраста. Оперативные

вмешательства выполнялись под ЭТН и местной анестезией + НЛА. Неосложненные формы хронического КХ отмечены у 9(34%) больных. Осложненное течение КХ наблюдалось у 17(65,4%) пациентов.

Результаты исследования. Медиана длительности холецистэктомии составила 40,6±4,2мин. Конверсия на широкую лапаротомию имело место в 1(3,8°/о) случае при осложненной ЖКБ у пациента с перивезикальным инфильтратом. Интраоперационные осложнения не отмечены. В раннем послеоперационном периоде осложнения отмечены у 3-х (11,5%) пациентов, в виде развития серомы – 2-х (7,7%), нагноение послеоперационной раны в 1-м (3,8%)случае, связано по видимому со снижением иммунитета у больных старческого возраста. Общесоматического характера осложнения отмечено в 2-х (7,7%) случаях: развитие гипертонического криза у 1 (3,8%) больного, обострения хронического бронхита-1 (3,8%)пациента. Средний койко-день в этой группе больных был 12,4 ± 1,8 суток, послеоперационный 7,8 ± 1,6 койко-дня. Летальных случаев не отмечено.

Выводы. При использовании предлагаемого устройства увеличивается свобода оперирования из малых разрезов и обеспечивает достаточную зону операционного действия печени в раневой апертуре. Это особенно важно при внутрипеченочном расположении ЖП. При увеличении угла операционного действия, лучше визуализируются элементы треугольника Кало. Предлагаемое устройство значительно облегчает работу хирурга и позволяет ему выполнить все этапы ХЭ надежными способами.

СОСТОЯНИЕ ПИЩЕВАРЕНИЯ ПРИ ПОЛНОМ НАРУЖНОМ ОТВЕДЕНИИ ЖЕЛЧИ

Насибова У.А. аспирант
Кафедра общей хирургии ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., проф. Меджидов Р.Т.

Введение. При механической желтухе опухолевого генеза, как первый этап поэтапного лечения, так и как окончательный вариант лечения, нередко выполняется наружное дренирование билиарного тракта. Естественно, при этом возможны существенные изменения в нутритивном статусе пациентов. Более того, при отсутствии в двенадцатиперстной кишке желчи происходит нарушение кислотно - щелочного баланса и запирательной функции пилорического жома, ко-

торые приводят к выраженным морфо-функциональным изменениям в верхнем отделе желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Цель исследования. Оценить морфо-функциональное состояние верхних отделов желудочно-кишечного тракта и степени нарушения нутритивного статуса пациентов с полным наружным отведением желчи.

Материалы и методы. Проведен анализ комплексного обследования 237 больных с полным наружным отведением желчи по поводу механической желтухи опухолевого генеза. В 93 (39,2%) наблюдениях декомпрессия билиарного тракта была проведена путем выполнения перкутанной чрезпеченочнойхолангиостомии и в 144 (60,8%) – холецистостомия из мини-доступа с лапороскопическимассистированием. Наряду с изучением гемостаза больным выполняли фиброгастродуоденоскопию, суточное РН-мониторирование верхних отделов ЖКТ, копрологические исследования, определение индекса массы тела. Статистическая обработка материала проводилась с использованием программы «Биостатистика».

Результаты исследования. Эрозивно-язвенное поражение верхних отделов ЖКТ выявлено у 64,5% больных. Почти у всех пациентов имелись высокие показатели РН в желудке и двенадцатиперстной кишке. Больные жаловались на изжогу, тошноту и рвоту. У 3,4% больных отмечено гастро-дуоденальное кровотечение. У 18,9% больных имели место стеаторея и креаторея. Гипопротеинемия наблюдалась у 49,8% больных. Водно-электролитные нарушения отмечены у 93,6% больных. Почти у всех пациентов имелась тенденция к гиповолемии и гипокалиинемии. Индекс массы тела пациентов до декомпрессии билиарного тракта составила 22,6 кг/м², на 10-12-е сутки после декомпрессии – 17,6 кг/м².

Больным проводилась комплексная терапия с коррекцией водно-электролитного обмена, назначением ингибиторов протеиновой помпы, сбалансированных нутриентов, а так же пациентам налаживали пероральное поступление желчи.

Заключение. При полном наружном отведении желчи меняется модель пищеварения, возникают эрозивно-язвенные изменения в желудочно-кишечном тракте, особенно в верхнем его отделе. Следовательно, должна быть заместительная терапия, которая направлена на коррекцию возникающих нарушений.

ВЫСОКИЕ ТЕХНОЛОГИИ: ВАЖНЕЙШАЯ РОЛЬ В ЛЕЧЕНИИ

И ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВА АБДОМИНАЛЬНОГО ЭХИНОКОККОЗА

Султанова Р.С., аспирант
Кафедра общей хирургии ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., проф. Меджидов Р.Т.

Введение. Ежегодно в республике Дагестан проводится более 500 операций по поводу эхинококкоза и столько же пациентов выезжают за пределы республики для проведения оперативных вмешательств. Совершенствование методов профилактики эхинококкоза проводится не регулярно, а методов диагностики и лечения осуществляется постоянно. Достигнутые успехи мало сказались на решении проблемы рецидива эхинококкоза и частота его колеблется в пределах 3- 54%. Радикальные хирургические вмешательства при абдоминальном эхинококкозе имеют явные преимущества в плане профилактики эхинококковой болезни и выполнение их с использованием высоких технологий значительно повышает качество жизни пациентов.

Цель исследования. Уточнить эффективность и оценить возможности выполнения радикальных хирургических вмешательств с применением современных резекционных технологий при абдоминальном эхинококкозе.

Материал и методы. Проведен анализ хирургического лечения 720 больных с абдоминальным эхинококкозом. Всего у этих пациентов имелось 947 кист. Закрытая эхинококкэктомия была проведена 231(32,1%) больному и у них удалено 289(30,6%) кист. Открытая эхинококкэктомия выполнена 489(67,9%) пациентам. При этом удалено 658(69,4%) кист. В 37 наблюдениях был использован ультразвуковой деструктор-аспиратор Sonoca- 300 фирмы «Söring».

Видеолапароскопическая эхинококкэктомия и эхинококкэктомия из мини-доступа выполнена в 173(18,2%) случаях.

Результаты и их обсуждение. Интраоперационные осложнения отмечены у 6(0,8%) больных. Из них при малоинвазивном варианте эхинококкэктомии – 2. Послеоперационные местные осложнения возникли у 13(1,7%) пациентов. Из них желчеистечение, улавливаемое страховочным дренажем – 4, жидкостные скопления в зоне операции – 6, нагноение раны – 3. Общие послеоперационные осложнения отмечены у 11(1,5%) пациентов. Пневмония – 2, правосторонний эксудативный плеврит – 6, тромбофлебит вен нижних конечностей – 3.

Рецидив заболевания при открытой эхинококкэктомии отмечен у 18,6% больных, при закрытой – 3,1%. Различные патологические состояния функционального и органического характера среди пациентов, оперированных закрытым путем отмечены у 6,4%, при открытых операциях – 16,8%. Интегральный показатель качества жизни при открытых операциях составил 66,5±1,9 баллов, а при закрытых – 72,6±2,1 балла.

Заключение. При абдоминальном эхинококкозе предпочтение должны отдавать закрытой эхинококкэктомии. Открытая эхинококкэктомия должна выполняться в исключительных случаях, когда киста имеет центральную локализацию, либо имеется тяжелая сопутствующая патология. Закрытая эхинококкэктомия должна выполняться с использованием современных резекционных технологий.

НЕНАТЯЖНАЯ БЕСШОВНАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА ПО ТРАБУККО ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Меджидов М.Дж., соискатель
Кафедра общей хирургии ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., проф. Р.Т. Меджидов

Актуальность. С применением сетчатых имплантов для пластики паховых грыж, снизилась частота послеоперационных осложнений. Однако проблема выбора рационального способа хирургического лечения была и остается актуальной. Актуальность проблемы обусловлена еще и широким распространением данного заболевания у мужчин трудоспособного возраста (до 7%) и у пожилых людей (до 60%) имеющих по нескольку сопутствующих заболеваний, а также довольно высокую частоту рецидивов. Улучшение результатов лечения паховых грыж следует искать в оптимизации выбора хирургической методики. Именно проблема определения наиболее рациональной хирургической тактики лечения паховых грыж является актуальной.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения пациентов пожилого и старческого возраста с паховыми грыжами выполняя герниопластику по методике Трабукко.

Материалы и методы. За период с 2009 - 2011г в клинике кафедры общей хирургии на базе ГВ РМЦ, нами было оперировано 168 пациентов с паховыми грыжами. Из них 52 (31,0%) пациента с односто-

ронними прямыми паховыми грыжами, 98 (58,3%) пациентов с односторонними косыми паховыми грыжами и 18 (11,7%) пациентов с двусторонними паховыми грыжами. Все оперативные вмешательства выполнялись в плановом порядке. По методике Трабукко оперировано 108 (64,3%) пациентов, которые и составили основную группу, а по методике Лихтенштейн – 60 (35,7%)пациентов, которые вошли в контрольную группу. В методике Трабукко нами использовались сетки-заготовки Т2 и Т4 фирмы"Herniomesh" (производство Италия). Послеоперационном периоде болевой синдром купировался применением не наркотических анальгетиков в течении 2-х суток, в последующем болевой синдром не потребовал анальгезирующей терапии.

Результаты и обсуждение. Осложнений в раннем послеоперационном периоде, потребовавших удаления эндопротеза не было ни в одной группе пациентов. Медиана длительности стационарного лечения пациентов, которым применена методика Трабукко составило 7,3 – 1,4 койко-дня, а в случаях применения методики Лихтенштейн 8,1 – 1,6 койко-дня. Сроки активации в сравниваемых группах пациентов достоверно не отмечались: 1,5 – 0,2 и 1,8 – 0,3 соответственно. Миграция протеза при применении методики по Трабукко не отмечена, а при методике Лихтенштейн она имело место 2-х ( ) наблюдениях. Рецидив заболевания отмечен в двух случаях применения методики Лихтенштейн. Лучшие результаты по методике Трабукко связаны с тем, что сетка лежит плоско, не сморщивается и не образует мертвых пространств, которые могут повести за собой такие осложнения как серома, гематома и случаи рецидива. Отдаленные результаты пластики пахового канала по Трабукко изучены в сроки от 6-месяцев до 3-х лет при непосредственном осмотре пациентов, а также методом анкетирования.

Выводы:

1) Применение жестких эндопротезов Т2 и Т4 фирмы «Herniomesh» (производство Италия), обладающих достаточной прочностью, макропористые быстро фиксируются к тканям, обладают стабильностью плоского расположения позволяют снизить уровень послеоперационных осложнений у больных с паховыми грыжами.

2) Способ герниопластики по Трабукко надежен и должен стать методом выбора при лечении пациентов с паховыми грыжами, так как он технически прост, легко выполним, позволяет проводить раннюю активизацию больных, что существенно для больных пожилого и старческого возраста с различной сопутствующей патологией.

МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Магомедов Н.М., ординатор
Кафедра общей хирургии ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., проф. Магомедов М.Г.

Актуальность. Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей (ХВН НК) является распространенной патологией взрослого населения, преимущественно встречается среди лиц пожилого возраста, у женщин в 25-35%, у мужчин в 10-20% случаев.

Ведущим разделом флебологии остается лечение гнойно-воспалительных процессов нижних конечностей при ХВН.

По нашим данным, при ХВН НК гнойно-воспалительные процессы на фоне трофических расстройств кожи и подкожной жировой клетчатки встречаются в 75,8% случаев. Обусловлены они нарушениями магистральной и местной гемодинамики (артериальной, венозной и лимфатической) и наличием местного инфекционного процесса.

При ХВН НК различаем два типа трофических язв (ТЯ) голени: поверхностные и глубокие. Поверхностная язва осложняет хроническую экзему, разрушает толщу дермы и поверхностный слой подкожной жировой клетчатки. Глубокая язва возникает в результате деструкции инфильтрата в типичном месте по внутренней поверхности голени, перфорирует кожу, подкожную клетчатку, разрушает фасцию голени.

Лечение пациентов с тяжелыми трофическими расстройствами на фоне гнойно-воспалительного процесса представляет собой трудную задачу. Нередко на предоперационную подготовку, для улучшения трофики тканей и заживления трофических язв, уходят несколько недель и даже месяцев.

Путь к максимальному сокращению сроков заживления язв и улучшению трофики тканей, на наш взгляд, лежит через совершенствование методики предоперационной подготовки и проведения малотравматичных хирургических вмешательств.

Традиционное применение различных консервативных методов лечения с использованием лекарственных препаратов, имеющих значительное количество побочных эффектов и аллергических реакций не удовлетворяет клиницистов в связи с недостаточной эффективностью и длительностью лечения.

Выполнение хирургических вмешательств на голени в условиях гнойно-воспалительного процесса на фоне ТЯ чревато развитием краевых некрозов, инфекционных, тромботических и других осложнений.

Несмотря на многообразие средств, применяемых для лечения этого вида патологии, количество препаратов, эффективно влияющих на образование грануляций и эпителизацию (вторая и третья фазы раневого процесса), очень невелико. Мы обратили внимание на новый препарат для лечения гнойно-воспалительного процесса на фоне ТЯ при ХВН НК - средства «Ихтиосин», предложенный нами впервые.

Целью исследования является улучшение результатов лечения больных с трофическими язвами на фоне гнойно-воспалительного процесса нижних конечностей при ХВН.

Материал и методы. Трофическая язва – это та же самая раневая поверхность, и она подчиняется всем законам течения раневого процесса. В первую фазу – фазу расплавления некротических масс и очищения от них раневого дефекта (первые трое суток) – клиническая картина довольно характерна: отекшие, инфильтрированные ткани; обширная зона индурации и пигментации; ТЯ с некротическими массами; большое количество отделяемого. Во вторую фазу - фазу пролиферации соединительнотканных элементов с формированием грануляционной ткани (4-12 сутки) – клиника другая: купируются воспалительные явления; ТЯ чистая, видны активные грануляции. В третью фазу – фазу эпителизации – клинически мы видим зажившую ТЯ.

Анализированы результаты лечения 26 больных в возрасте от 57 до 93 лет с ХВН НК в основе которых у 17 (65,4%) выявлена посттромбофлебитическая болезнь (ПТФБ), а у 9 (34,6%) – варикозная болезнь (ВБ). Продолжительность существования язв составляла от 1 года до 27 лет. Площадь их варьировала от 1 до 330 см^2. Сопутствующая патология выявлена у всех больных. 14 пациентов обратились за медицинской помощью впервые, остальные получали лечение неоднократно. Оперативное вмешательство на венозной системе выполнено 23 (88,5%), местнопластические операции – 12 (46,2%) больным.

Лечение проводилось комплексно, по трем направлениям: общая консервативная терапия; местное лечение гнойно-воспалительного процесса нижних конечностей при ХВН на фоне трофических нарушений, оперативная коррекция флебогипертензии и дефекта кожных покровов. Общая медикаментозная терапия включала применение

традиционных лекарственных средств и антибактериальных препаратов. Объем и продолжительность его варьировали в зависимости от состояния больного. Местное лечение основывалось на применении средства «Ихтиосин». Объем оперативного вмешательства определялся этиологией и степенью хронической венозной недостаточности.

Оценку эффективности лечения проводили при контрольном осмотре на 7, 14, 21-е сутки на основании изменения клинических проявлений заболевания, степени бактериальной обсемененности, цитологической картины и показателей качества жизни, при этом учитывали длительность заболевания, частоту рецидивов, эффективность предыдуших видов лечения и размеры трофического дефекта.

Результаты исследования. В результате лечения у всех больных основной группы удалось добиться полной эпителизации язвенного дефекта, а «спонтанное» заживление отмечено в 69,2% больных, а у пациентов контрольной группы – в 25,4%. Уже в первые дни лечения количество раневого отделяемого уменьшилось, а к окончанию практически отсутствовало у 98% больных, получивших средство «Ихтиосин», в то время как в контрольной группе только у 59% пациентов.

Местное применение препарата способствовало более быстрому регрессу отека. Выраженность последнего исходно имевшегося у 97% больных основной группы, быстро регрессировала, и к 21-м суткам отек наблюдался лишь у 4% больных (для сравнения, в контрольной группе – у 35% пациентов).

Больные с ТЯ имеют всегда той или иной степени выраженности болевой синдром, чаще постоянный. Суспензия «Ихтиосин» обладает хорошим обезболивающим эффектом. До лечения суспензией «Ихтиосин» боль в ране отсутствовала у 8% больных, после лечения – у 96% пациентов; в контрольной группе этот показатель составил 6 и 32% соответственно.

Трофические язвы полностью очищались от гнойно - некротического отделяемого в основной группе на 4,1±0,9 сутки, сроки появления грануляций составили 3,4±0,6 суток, срок начала эпителизации – 6,1±0,6 суток, скорость заживления раневой поверхности трофической язвы составила 7,2±0,8%. Кожная пластика выполнялась на 7,0±1,2 сутки. Полное приживление лоскутов при атутодермопластике отмечено в 98,5% случаев, а в контрольной группе эти показатели были худшими в 2-2,5 раза.

Отдаленные результаты в основной группе в сроки от 6 мес. до 1,5

года прослежены у 25 больных (судьба 1 больного не известна). ТЯ зажили тонким, подвижным рубцом. Отмечено значительное уменьшение степени дерматосклероза параязвенных тканей и гиперпигментации. Рецидив язв не было.

Выводы. Местное лечение ТЯ при ХВН НК средством «Ихтиосин» в сочетании с оперативными вмешательствами, направленными на нормализацию гемодинамики в микрогемолимфоциркуляторном русле дистальных отделов нижних конечностей, является эффективным; позволяет повысить количество положительных исходов лечения; предупреждает возникновение рецидивов и улучшает качества жизни больных.

СРЕДСТВО «ИХТИОСИН» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ТРОФИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ И ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Магомедов Н.М., ординатор
Кафедра общей хирургии ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., проф. Магомедов М.Г.

Актуальность. Трофические нарушения и язвы на фоне лимфовенозно-артериалной недостаточности – частое осложнение сосудистых заболеваний нижних конечностей. Лечение больных с трофическими язвами (ТЯ) имеющих противопоказания к оперативному лечению и больных с аллергическими дерматитами представляет значительные трудности для ангиологии (3).

Наиболее доступным по своей простоте и экономическим затратам методом, служит местное лечение ТЯ под повязкой с предварительным нанесением на нее того или иного лекарственного средства. Число препаратов за последние полвека для местного лечения существенно увеличилось, но сроки заживления язв у большинства пациентов в среднем остается около 2-3 месяцев, а у некоторых они не заживают годами, а частота рецидивов при консервативном лечении достигает 60-70% (6).

Отличительной особенностью ТЯ является полиморфность морфологических изменений, т.е. на язвенной поверхности одномоментно можно наблюдать явления воспаления, некроза, грануляции и элементы эпителизации. Это делает оправданным применение комбинированных препаратов, обладающих многонаправленным действием на раневой процесс. Наряду с хорошо известными препаратами многона-

правленного действия (мази на гидрофильной основе, аэрозоли, пены, гели) для лечения трофических нарушений и язв в последнее время нами чаше используется комбинированный препарат - новое средство «Ихтиосин».

Целью исследования является улучшение результатов местного лечения больных с трофическими нарушениями и язвами нижних конечностей путем использования нового комбинированного средства «Ихтиосин».

Материал и методы. Анализированы результаты комплексного лечения 45 больных с трофическими нарушениями и язвами нижних конечностей на фоне лимфо-венозно-артериалной недостаточности с помощью средства «Ихтиосин».

Лечение проводилось по трем направлениям: общая консервативная терапия, местное лечение трофических нарушений, оперативная коррекция дефекта кожных покровов.

Общая медикаментозная терапия включала применение традиционных лекарственных средств. Объем и продолжительность его варьировал в зависимости от состояния больного.

Местное лечение основывалось на применении средства «Ихтиосин», состоящего из ихтиоловой мази 5-7 частей; стрептоцида 1-2 частей и масла касторового 92-93 частей. Перед перевязкой язвенная поверхность обрабатывается 3% раствором перекиси водорода.

Объем оперативного вмешательства определялся этиологией и степенью хронической недостаточности гемодинамики.

Средство «Ихтиосин» был применен у 4-х групп больных с трофическими язвами голеней и стоп. У 20 из них причиной деструкции явилось лимфовенозная недостаточность (ЛВН) на фоне первичного варикоза или рецидива болезни (1-я группа), у 8 человек - на почве посттромбофлебитической болезни (2-я группа), у 10-ти - в результате ЛВН и сахарного диабета (СД-II)(3-я группа), у 7- вследствие несостоятельности обеих звеньев притока и оттока (венозная и артериальная окклюзии)(4-я группа). Возраст больных - от 58 до 92-х лет, средний - 75 лет. Соотношение между мужчинами и женщинами - 1:3. Большинство (89,4%) пациентов были старше 60 лет. У 58,5% человек отмечено поражение левой конечности. Приоритетную локализацию имели язвы голени (94,6%). Давность процесса - от 2-х недель до 17-ти лет. Средний «возраст» язв составил 3 года и 5 мес. Все пациенты длительно и безуспешно пытались избавиться от язв. Средние, большие и обширные язвы (по В.Я.Васюткову, Н.В.Проценко,1993) встре-

тились у 25 пациентов (55,6%). По 2 и более язв в пределах одной анатомической области имели 9 человек (20 %). В 6 наблюдениях поражение было двухсторонним. Способ нанесения суспензии на деструктивный очаг и режим перевязок проводится традиционно. В 4-й группе больных местное лечение осуществлялось на фоне ангиотропной терапии.

В схему лечения входило компрессионное бинтование конечности. У больных с СД-II иногда язву орошали раствором простого инсулина, в случаях чрезмерной протеолитической активности процесса язвенный очаг орошали раствором контрикала. При значительных нарушениях лимфо-венозного оттока местную терапию сочетали с приемом детралекса.

Лечебный эффект оценивали по бактериологическим, цитологическим, планиметрическим показателям, данным ультразвукового ангиосканирования.

Результаты исследования. В результате проведенного клинического исследования выявлено положительное влияние средства «Ихтиосина» на репаративные процессы у всех пациентов. Активная фармакокинетика и синергизм действия ингридиентов представленного средства способствуют быстрому «оживлению» вялотекушего очага деструкции. Благодаря литическому эффекту уже после первых перевязок язвы активно освобождаются от некротического субстрата, на месте подрытых краев появляется «слоеная» полоска краевой эпителизации. Динамика этих положительных изменений нарастает по мере приближения этапа заживления. Сроки полной эпителизации язв зависели от их размеров, состояния регионарной микроциркуляции, состава и морфофункциональных особенностей микрофлоры.

Во всех клинических наблюдениях удалось получить положительный исход, рецидивы язв отмечены в 2 случаях. Кроме того, под влиянием «Ихтиосина» без дополнительной терапии удалось купировать явления острого индуративного целлюлита и экзематозного дерматита почти у всех больных. После полного их заживления по показаниям выполнялись флебэктомия, поясничная десимпатизация и другие вмешательства. Побочных эффектов лечения, аллергических реакций и других осложнений отмечено не было.

Выводы. Полученные результаты местного применения средства «Ихтиосин» содержащий в своем составе известные препараты в удачно подобранном соотношении, свидетельствуют о его эффективном лечебном воздействии на раневой процесс, безопасности для больного

и поэтому может быть рекомендован к широкому применению его в клинической практике при трофических нарушениях и язвах.

Литература.

1. Липницкий Е.М. Лечение трофических язв нижних конечностей. – М., 2001. – 160 с.

2. Савельев В. С., Гологорский В. А., Кириенко Л. И. и др. Флебология. Руководство для врачей. Под ред. акад. В.С. Савельева. - М., Медицина, 2001. - 664 с.

3. Baccaglini U/ Эпидемиология венозных язв нижних конечностей в Европе. Медикография 22. - №3, 2000. - 43.

4. Levy E. P. Клинические и эпидемиологические особенности венозных язв нижних конечностей во Франции. Медикография 22. - №3, 2000. - 35 с.

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ НАПРЯЖЕННОГО АСЦИТА

Чуркин А.А., клинический ординатор
Кафедра госпитальной хирургии с курсом урологии
ГБОУ ВПО Тверской ГМА Минздрава РФ
Научные руководители: к.м.н., доцент Ломоносов А.Л.,
к.м.н., доцент Еремеев А.Г.

Актуальность. В настоящее время актуальной представляется разработка новых малоинвазивных подходов к диагностике и лечению напряженного асцита, что особенно важно в группе пожилых больных с декомпенсированной соматической патологией. Асцит развивается на поздних стадиях заболевания (портальной гипертензии) и считается признаком декомпенсации патологического процесса в печени. С течением времени асцит становится резистентным к консервативной терапии, что требует всё более частых лапароцентезов, приводящих к быстрому истощению больных, развитию асцит – перитонита и летальному исходу. Одним из путей решения этих проблем является разработка методики пункции брюшной полости внутривенным катетером (ВВК).

Цель исследования: изучить возможность применения малоинвазивных способов пункции брюшной полости с диагностической и/или лечебной целью.

Материалы и методы исследования. В качестве аналога тради-

ционного троакара для пункции брюшной полости использовали канюлю (внутривенный катетер) для одноразового использования №№ 18G, 17G, 16G и 14G с наружным диаметром 1,3; 1,5; 1,8; 2,1 мм соответственно. В период с 2011г. по март 2014 г. нами проведена пункция брюшной полости ВВК с целью эвакуации асцитической жидкости у 15 пациентов, 8 из которых - мужчины (53,3%), 7 - женщины (46,7%). Оборудование для пункции: антисептик для обработки кожи (1% раствор йодопирона), стерильные перчатки и салфетки, перевязочный материал, внутривенный катетер, шприцы емкостью 10 – 20 мл, 0,5% раствор прокаина или 2% раствор лидокаина - с учетом индивидуальной непереносимости, одноразовая система для внутривенных инфузий, стерильный лоток, стерильный хирургический пинцет или зажим, лейкопластырь, стерильные пеленки. Место проведения манипуляции – процедурный или перевязочный кабинеты, у тяжелых больных – возможно в палате. Положение больного: манипуляция производилась в положении больного сидя, у тяжелых больных – в положении лёжа на боку. Методика пункции заключалась в следующем: перед манипуляцией мочевой пузырь должен быть опорожнен. Точка для пункции передней брюшной стенки (ПБС) располагается по срединной линии на 2,0 см ниже пупка или параумбиликально. Точка для пункции выбирается индивидуально для каждого пациента с учетом местного статуса (перенесенных ранее оперативных вмешательств (герниопластика пупочной грыжи, наличие имплантов)), состояния кожных покровов, наличия и расположения послеоперационных рубцов и др. Кожа ПБС трехкратно обрабатывается антисептиком (1% раствор йодопирона). Операционное поле ограничивают стерильными пеленками. Проводят послойную инфильтрационную анестезию ПБС Sol. Procaini 0,5% - 20,0 ml по Вишневскому в точке пункции. Выполняют аспирационную пробу при прохождении иглы через париетальную брюшину ПБС, при этом получают в цилиндре шприца асцитическую жидкость. Хирург берет ВВК в правую руку, левой - смещает кожу ПБС. Затем производят прокол внутривенным катетером кожи ПБС. Направление пункции – перпендикулярно коже. Последовательно продвигая иглу через слои ПБС следили за контрольной (прозрачной) камерой катетера. Также необходимо производить аспирационную пробу путем соединения коннектора ВВК со шприцем и создавая в последнем вакуум. При появлении в контрольной (прозрачной) камере ВВК, а при проведении аспирационной пробы – в цилиндре шприца асцитической

жидкости продвижение иглы прекращали с целью профилактики повреждения органов брюшной полости (большого сальника, мочевого пузыря, петель тонкого кишечника и т.д.). Затем извлекали иглу из ВВК. ВВК фиксировали к коже с помощью лейкопластырной повязки. С помощью одноразовой системы для внутривенных инфузий через коннектор ВВК удлиняли систему, дистальный конец которой помещали в емкость для сбора асцитической жидкости. Асцитическую жидкость брали на цитологическое и биохимическое исследования в начале и в конце пункции в стерильные пробирки. Во время эвакуации асцитической жидкости следили за состоянием пациента, жалобами, показателями гемодинамики (АД, ЧСС). Чтобы избежать быстрого падения внутрибрюшного давления во время извлечения асцитической жидкости, что может привести к коллапсу, систему для внутривенных инфузий в случае необходимости можно перекрывать специальным замком, который входит в стандартный состав. После окончания процедуры ВВК извлекали из ПБС, на место инъекции накладывали стерильную лейкопластырную повязку.

Результаты исследования. В результате пункции брюшной полости ВВК происходит более медленная эвакуация асцитической жидкости при напряженном асците, что особенно важно у тяжелых и ослабленных больных с декомпенсированной соматической патологией.

Выводы. Таким образом, способ лечения напряженного асцита путём пункции ПБС ВВК имеет следующие положительные характеристики: 1. Минимальное травмирование ПБС (отсутствие разреза). 2. Снижение расхода перевязочного материала. 3. Более щадящая эвакуация асцитической жидкости, чем при лапароцентезе традиционным троакаром. 4. Отсутствие необходимости наложения швов на кожу. 5. Возможность использовать способ с диагностической и/или лечебной целью.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ЗВЕНЬЯ РАЗВИТИЯ НЕДЕРЖАНИЯ У БОЛЬНЫХ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА

Багаудинова С.Г., старший лаборант
Кафедра факультетской хирургии №2 с лабораторией инновационных клеточных технологий ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., проф. Газиев Р.М.

Актуальность. Физиология и патология прямой кишки до на-

стоящего времени остается одной из наименее изученных проблем современной медицинской науки.

Общеизвестно, что основным функциональным предназначением прямой кишки является накопление и эвакуация кишечного содержимого, осуществляемые при условии координированной работы сфинктерного аппарата. Однако спорными остаются вопросы о роли отдельных составляющих сфинктерного аппарата и прямой кишки в обеспечении функции удержания кишечного содержимого.

Цель исследования: Установить основные патогенетические звенья развития недержания у больных с функциональной формой недостаточности анального сфинктера.

Материал и методы исследования. Клиническая часть работы включала анализ 240 функциональных исследований 60 пациентов, находившихся на обследовании и лечении в хирургическом отделении ЖДБ в период с 2010 по 2013 годы.

Биомеханические методы исследования:

- сфинктерометрия, выполнялась на аппарате «Тоносфинктерометр», регистрация данных проводилась в покое и при произвольном сокращении сфинктера;

- леваторометрия, определялась отношением величины перемещения уровня промежности при натуживании к величине перемещения, зарегистрированной при сокращении промежности;

- дилятометрия, определялась по величине силы, затраченной на увеличение диаметра анального кольца на каждые 0,5 см.

Электромиография внутреннего анального сфинктера проводилась на биофизическом блоке полиграфа «RM-150» с полосой пропускания частот от 0,01 - 0,5 Гц с использованием внутрианального электрода.

Результаты исследований больных с функциональной формой недостаточности анального сфинктера показали, что при данном заболевании имелось несколько вариантов патогенеза развития недержания, которые и определяли различные проявления недержания. Среди обследованных 60 больных в 37 (61,66 %) случаях были жалобы на недержание газов, причем в 25 случаях наблюдалось самопроизвольное «неконтролируемое» выделение газов, а у 12 больных была нарушена удерживающая реакция при ощущении подхождения газов - «контролируемое» недержание.

Патогенез в случаях «неконтролируемого» недержания заключался в дисфункции внутреннего сфинктера, которая проявлялась сниже-

нием его тонуса в среднем на 26,2 % и увеличением рефлекторной релаксации внутреннего сфинктера. Эти нарушения способствовали беспрепятственному выделению газов из прямой кишки в момент ректо-анального рефлекса, порог которого был ниже порога субъективных ощущений. В то же время нормальная сила волевых сокращений сфинктера обеспечивала у этих больных полноценную возможность удержания кишечного содержимого при ощущении позывов.

Напротив, «контролируемое» недержание газов было обусловлено нарушением сократительной способности мышц наружного сфинктера и тазового дна. В результате электрофизиологических исследований были выявлены признаки нейропатии этих мышц: снижение электрической активности наружного сфинктера почти в два раза, времени волевого сокращения в три раза, анального давления в момент волевых сокращений на 22,5 % и увеличение латентного периода анального рефлекса в 1,5 раза. Кроме того, отмечено увеличение коэффициента леваторометрии и дилятометрии. Нейропатия мышц запирательного аппарата у этих больных, вероятно, обусловлена хроническим повреждением пудендального нерва при длительных натуживаниях (78 % больных страдали запорами) и осложненных родах.

В то же время у всех больных с недержанием газов не было выявлено нарушений моторной и накопительной функции прямой кишки.

Функциональная форма недержания газов и жидкого кала наблюдалось у 23 больных, из них у 8 больных была «неконтролируемая» форма недержания по типу «каломазания», а 15 больных имели жалобы на недержание газов и жидкого кала в момент ощущений.

Основными патогенетическими звеньями «каломазания» у 8 больных являлись дисфункция внутреннего сфинктера в сочетании с повышением моторной активности прямой кишки. Дисфункция внутреннего сфинктера у больных с «каломазанием» заключалась в появлении его «спонтанной» релаксации в момент возникновения высокоамплитудных волн в моторной активности прямой кишки. В результате сочетания этих факторов градиент аноректального давления резко снижался, что и являлось причиной выделения небольших количеств кала.

Дисфункция внутреннего сфинктера имела место, в основном, у лиц молодого возраста, что позволило предположить нарушение нейро-гумораль-ной регуляции внутреннего сфинктера, в частности изменение симпатико-адреналовой системы, которая регулирует уровень его тонического напряжения.

Сочетанные нарушения наружного и внутреннего сфинктеров явились причиной недержания газов и жидкого кала у 15 больных. Эти явления наблюдались, преимущественно, у женщин старше 55 лет, страдающих запорами с явлениями нарушения моторной функции прямой кишки.

Вывод. В патогенезе функциональной формы недостаточности анального сфинктера дисфункция внутреннего сфинктера имела место у 67,6% больных, нейропатия мышц наружного сфинктера - в 27,1% случаев и сочетанные нарушения - у 40,5 % больных.

РОЛЬ ПОЛОВЫХ ГОРМОНОВ ПРИ ВАРИКОЦЕЛЕ В КАЧЕСТВЕ ДИСТАНТНЫХ РЕГУЛЯТОРОВ В РАЗВИТИИ ГИНЕКОМАСТИИ

Исаева Н.Д., стажер-исследователь
Кафедра факультетской хирургии №2 с лабораторией инновационных клеточных технологий ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., проф. Газиев Р.М.

Актуальность. В последние десятилетия в ангиологии активно обсуждается роль половых гормонов в ангиогенезе и регуляции тонуса сосудистой стенки. Патогенез варикоцеле тесно связан с половой функцией: расширение вен семенного канатика чаще всего возникает в возрасте от 16 до 30 лет, а пик заболеваемости приходится на 14-18 лет. После 40 лет частота варикоцеле снижается. Таким образом, динамика заболеваемости и прогрессирования варикоцеле соответствует физиологической динамике уровня тестостерона в крови у мужчин.

Целью настоящего исследования является оценка роли половых гормонов при варикоцеле в качестве дистантных регуляторов в развитии гинекомастии.

Материалы и методы исследования. Рандомизированное исследование было проведено в двух группах пациентов, оперированных в хирургическом отделении НУЗ ОКБ СТ МАХАЧКАЛА с 2011 по 2013 гг. одной и той же операционной бригадой. Первая (испытуемая) группа была представлена 22 мужчинами в возрасте от 15 до 18 лет, оперированных по поводу левостороннего варикоцеле III степени. У них исследован уровень половых гормонов (тестостерона, эстрадиола и прогестерона) в крови, полученной из локтевой вены. Для исключения влияния циклических изменений гормонального фона забор крови из указанных венозных бассейнов проводили одномоментно во время

операции Иванисевича и микрохирургической варикоцелэктомии по способу Мармара-Гольдштейна. Во вторую (контрольную) группу был включен 31 человек в возрасте от 16 до 48 лет, оперированных по поводу патологии яичек, не связанной с варикоцеле: водянка оболочек, паховая грыжа и др. Концентрацию гормонов определяли на базе лаборатории «Тафи-диагностика» методом электрохемилюминесценции, на аппарате Elecsis 2010. Полученные результаты обрабатывали методом вариационной статистики с использованием критерия Стьюдента. Критерий Манна-Уитни (Mann-Whitney) для сравнения двух независимых выборок оценивался с помощью компьютерной программы анализа данных - Statistics 7.0.

Результаты исследования. Уровни половых гормонов в крови, взятой из локтевой вены в контрольной группе (тестостерон 14,224 ± 0,869 нг/мл; эстрадиол 27,958 ± 1,560 пг/мл; прогестерон 0,646 ± 0,034 нг/мл) ив группе испытуемых (тестостерон 11,664 ± 0,118 нг/мл; эстрадиол 21,886 ± 1,856 пг/мл; прогестерон 0,634 ± 0,012нг/ мл) находились в пределах референсных значений, которые прилагались к анализатору Elecsis 2010.

Проведенный анализ показателей уровня тестостерона выявил высокую значимость уровня достоверности по критерию Манна-Уитни, уровень половых гормонов, взятых из локтевой вены в контрольной группе достоверно выше, чем в испытуемой (таблица).

Таблица

Анализ достоверности различий показателей половых гормонов в испытуемой и контрольной выборке по непараметрическому критерию Манна-Уитни

Шкалы	Сумма ранков контрольной группы	Сумма ранков исследуемой группы	U	Z	P
Тестостерон	1227,500	1050,500	384,5000	-2,18174	0,029129
Эстрадиол	1279.500	998,500	332,5000	-2,83564	0.004574
Прогестерон	1073,500	1204,500	538.5000	-0.245210	0,806294

Примечание: U - значение критерия Mann-Whitney, P - коэффициент значимости, уровень значимости при $p < 0,05$.

Среди больных варикоцеле выделена группа с гинекомастией (12 пациентов), которым в послеоперационном периоде проведена гормо-

нальная коррекция. Назначали гормоностимулирующую терапию препаратами человеческого хорионического гонадотропина в дозе 1500 МЕ внутримышечно, 2 раза в неделю, в течение 8 недель. По истечению 6 месяцев после лечения у 8 больных (66,66%) наступила инволюция молочных желез. Отсутствие эффективности лечения мы наблюдали у 33,34% пациентов. У данной группы больных мы не выявили значимых изменений со стороны гормонального фона и была выполнена подкожная мастэктомия.

Выводы. Падение уровня тестостерона и повышение уровня эстрогенов стимулирует доступного для клеток-мишеней (т. е. свободного и связанного с альбумином), еще больше снижается. Из-за дефицита физиологически активного тестостерона у больных развивается гинекомастия, снижение функции яичек вплоть до атрофии яичек.

Застой венозной крови в лозовидном сплетении при варикоцеле и повышение уровня половых гормонов, особенно эстрогена и прогестерона, вызывает состояние гормонозависимой гинекомастии, могущей претерпевать обратное развитие по мере стабилизации и снижения уровня половых гормонов.

СТЕНТИРОВАНИЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Магомедов К.Г., студент 3 курса леч. фак-та
Кафедра патологической физиологии ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., проф. Саидов М.З.

Актуальность: Проблема лечения такой сердечной патологии как ишемическая болезнь сердца (ИБС) на сегодняшний день остается одной из наиболее приоритетных задач не только отечественного, но и мирового здравоохранения. Если обратиться к статистике, то в системе общей смертности населения болезни системы кровообращения, в большинстве экономически развитых странах занимают первое место. Не обходится и без колоссальных материальных издержек, связанных с заболеваниями сердечно - сосудистой системы. Материальные потери связаны не только с лечением больных, но и с финансированием временной нетрудоспособности и инвалидности больных.

К одному из самых современных способов лечения ИБС относится метод коронарного стентирования.

Целью работы является: Оценка эффективности и непосредст-

венного результата стентирования коронарных артерий, а также оценка достигнутого клинического успеха.

Материал и методы исследования: Исследование было проведено в отделении инвазивной рентгенкардиоангиологии Дагестанского центра кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии. В исследование включены 24 пациента с ИБС. У всех пациентов наблюдались локальные поражения различных сегментов коронарного русла.

Всем пациентам в плановом порядке было проведено эндохирургическое вмешательство - стентирование коронарных артерий, с целью реваскуляризации, т.е. восстановления коронарного кровообращения миокарда. При стентировании использовались различные стенты с лекарственным покрытием (Promus Element;Amega и др.)

Большинство операций выполнялось трансрадиальным доступом, и лишь некоторые трансфеморально. Показанием к эндоваскулярному лечению было наличие приступов стенокардии и объективных признаков ишемии миокарда при проведении нагрузочных проб. Основными методами диагностики являлись

- Коронарография
- Мониторирование ЭКГ
- УЗИ (эхокардиография)
- КТ – ангиография

До проведения эндохирургических манипуляций всем пациентам проводили лабораторные исследования, включающие исследование сыворотки крови измерением: гемоглобина, гематокрита, общего белка, глюкозы, АСТ, АЛТ, билирубина (общего, связанного), мочевины, креатинина, ПТИ, холестерина, амилазы сыворотки, щелочной фосфатазы, ионов (Ca, Na, K) и др.

Так же проводилось исследование свертывающей системы крови – коагулограмма, общий анализ крови и мочи. Обязательным являлись и антропометрические измерения с оценкой общего ожирения по ИМТ. В период пребывания больных в лечебном учреждении оценивалось летальность, неблагоприятные кардиологические и цереброваскулярные исходы. В послеоперационном периоде отслеживалось выживаемость пациентов, субъективные признаки рецидива стенокардии и связанные с ним реваскуляризации, осложнения. Срок послеоперационного наблюдения составил от 14 дней до 5 лет.

Результаты исследования: клиническая характеристика больных представлена на таблице №1. Из таблицы видно, что средний возраст

обследуемых больных составил 58,3 года. Судя по таблице можно сказать, что основным осложнением ишемической болезни сердца является инфаркт миокарда (44,5%). У большинства обследованных отмечено снижение фракции выброса левого желудочка (55,7%). Нарушения углеводного обмена обнаружено у 12,5% больных.

Таблица 1

Показатель	**%**
Распределение по полу	М-83,3% Ж-16,7%
Возраст (средний)	58,3
ИМ в анамнезе	44,5%
ФВ ЛЖ	55,7±5,8%
Сахарный диабет	12,5%

Примечание. ИМ - инфаркт миокарда; ФВ ЛЖ - фракция выброса левого желудочка.

Распределение пораженных артерий в зависимости от локализации представлено на таблице №2.

Анализируя таблицу можно сказать, что наиболее часто поражению подвергается пмжв (55,1%). Вторым по числу поражений является пка /змжв (27,6%). Эндохирургические вмешательства из-за многососудистых поражений миокарда проводились в 20,8% случаях. И на долю ов /втк приходится 17,3% случаев.

Таблица 2

Показатель	**%**
ПМЖВ	55,1%
ОВ/ВТК	17,3%
ПКА/ЗМЖВ	27,6%
Многососудистые Поражения	20,8%

Примечание. ПМЖВ - передняя межжелудочковая ветвь; ОВ/ВТК - огибающая ветвь/ветвь тупого края; ПКА/ЗМЖВ - правая коронарная артерия/задняя межжелудочковая ветвь.

Непосредственный результат стентирования коронарных артерий показан на таблице №3.

Таблица 3

Непосредственный результат	
Ангиографический успех 29/29	100%
Клинический успех 24/24	100%
Осложнений* 0/24	0%

**При оценке осложнений у пациентов, в расчет не принимались такие показатели как: гематома; ложная аневризма сосудов; психо-эмоциональное состояние после операции.*

На контрольной ангиограмме которая была проведена всем больным, артерии проходимы, достигнут, оптимальный результат. Клинический успех так же сопутствовал всем больным. Следует отметить, что блестящие результаты были достигнуты, без всяких осложнений для пациентов, благодаря слаженной работе и высоким профессиональным уровнем врачей – хирургов центра.

В периоде пребывания больных в стационаре летальность составила 0%, неблагоприятных кардиологических и цереброваскулярных исходов не было зафиксировано.

Выводы: 1. В клинической характеристике больных, внушительная часть это больные с инфарктом миокарда в анамнезе (44,5 %) и по данным эхокардиографии со сниженным ФВ ЛЖ; 2. По данным коронарографии большая часть поражений (55%) приходится на ПМЖВ; 3. Результаты стентирования оказались более чем успешными (100% ангиографический и клинический успех). Таким образом проведенное исследование показывает, что рентгеноэндоваскулярная хирургия является высокоэффективным и надежным методом лечения ИБС.

ПЕДИАТРИЯ

ХАРАКТЕР ТЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ У ДЕТЕЙ

Магомедова П.Г., студентка 401 гр. пед. фак-та
Кафедра факультетской и госпитальной педиатрии ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., проф. Алискандиев А.М.

Актуальность. Со второй половины XX в. отмечается постепенный, но неуклонный рост распространенности аллергических заболеваний (АЗ) у детей. По данным эпидемиологических исследований, АЗ страдают от 15 до 25% детского населения. Это в значительной степени связано с экологическим дисбалансом, повсеместной химизацией быта и сельского хозяйства, широким и часто бесконтрольным применением антибиотикотерапии, проведением вакцинопрофилактики детских инфекций, ранним прекращением грудного вскармливания. Более того, в последние десятилетия наблюдается значительное «омоложение» АЗ, то есть смещение их начала на более ранний возраст, и склонность к учащению тяжелых клинических форм. Таким образом, проблема аллергии у детей является одной из наиболее актуальных в современной клинической медицине.

Детям раннего возраста свойственны лабильность и функциональная незрелость многих органов и систем, что, в свою очередь, обусловливает особенности иммунорегуляторных процессов. Часто это предопределяет развитие сенсибилизации, резистентности к традиционной медикаментозной терапии и сложность выбора оптимальной тактики лечения заболевания.

Для отражения существующих особенностей АЗ у детей в последнее время предложен термин «аллергический, или атопический, марш», означающий хронологическую последовательность формирования сенсибилизации и клинической трансформации симптомов аллергии в зависимости от возраста ребенка с атопической конституцией: атопического дерматита (АД), бронхиальной астмы (БА), аллергического ринита (АР) и др. «Атопический марш» формируется еще в период внутриутробного развития, а клинически проявляется в период раннего детства и часто сопровождает больного в течение всей жизни.

В 1906 г. К. Пирке предложил термин «аллергия» (от греч. allos

ergon – другое действие) для характеристики измененной чувствительности к веществам, с которыми организм сталкивался ранее.

Термин «атопия», под которым понимают наследственную предрасположенность к формированию аллергических реакций реагинзависимого типа в ответ на сенсибилизацию аллергенами (АГ), предложили в 1923 г. американские ученые А. Кока и Р. Кук.

Цель настоящего исследования. Изучить причину возникновения и характера течения аллергических реакций у детей, поступивших в диагностическое отделение ДРКБ за 8 месяцев 2013 г. (январь - август).

Материалы и методы исследования. Проведен анализ 23 больных с аллергическими реакциями, поступивших в диагностическое отделение ДРКБ за 8 месяцев текущего года. Из поступивших детей мальчиков 12 (52,2%), девочек 11 (47,8%), возраст детей составлял от 1,5 до 15 лет, большинство детей было до 5 лет (19 детей - 82,6%). Из них городских жителей было 11человек, сельских 12 человек. Большинство детей поступали за летние месяцы (июль - 6 чел; август - 10чел), что составило около 70%.

Результаты исследования. Из всех поступивших детей 21 человек дали аллергическую реакцию на пищевые продукты, всего двое на медикаменты. Из пищевых продуктов следует отметить продукты первой группы: цельное молоко, яйцо, рыбу, цитрусы, мед, растишку, менди, денеб и другие. Из лекарственных препаратов причинно значимыми в возникновении аллергических реакций были аскорбиновая кислота и фуразолидон. Клинические проявления аллергии по типу крапивницы с отеком Квинке отмечалось у 13 детей (56,5%), у 6 больных (17,3%)крапивница, отек Квинке с проявлениями реактивного артрита. У 20 детей (86,9%) отмечалось повышение температуры до фибрильных цифр. Клинические проявления атопии сопровождались повышением общего иммуноглобулина Е в сыворотке крови у 19 пациентов (82,6%).

Все наблюдаемые дети получали гипоаллергенную элиминационную диету, энтеросорбенты, десенсибилизирующие препараты. В результате лечения улучшение общего состояния наступало в период от 3 до 7 дней, выписаны с рекомендациями наблюдения у врача аллерголога-иммунолога.

Заключение. Таким образом, чаще всего аллергические реакции наблюдались в летние месяцы (июль, август), у детей в возрасте до 5 лет, с пищевой сенсибилизацией, преимущественным преобладанием

больных проявлениями крапивницы, отека Квинке и повышенным уровнем содержания иммуноглобулина Е в сыворотке крови. Полученные данные свидетельствуют о том, что необходимо выделять детей группы риска по развитию атопии, которые требуют правильного подбора продуктов питания. Очень важно исключить из рациона облигатные, консервированные продукты и напитки, содержащие различные пищевые добавки.

ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В УСЛОВИЯХ ДОМА РЕБЕНКА

Пиримагомедова А.А., аспирант
Кафедра факультетской и госпитальной педиатрии ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., проф. Алискандиев А.М.

Актуальность. Безнадзорность и социальное сиротство продолжают оставаться одной из наиболее тревожных характеристик современного российского общества. Сегодня в домах ребенка РФ, а это 255 учреждений, воспитываются 20 000 детей, из них 75% социальные сироты, от 20 до 23% дети, помещенные на воспитание в дом ребенка временно, и лишь 3-5% истинные сироты. Здоровье детей раннего возраста во многом определяется влиянием биологических, психофизиологических и социальных факторов при неодинаковом доминирующем их значении в разные возрастные периоды. Рост и развитие ребенка во многом зависят от характера вскармливания и питания, что играет ключевую роль в формировании здоровья детей уже на первом году жизни. Физическое развитие - одно из наиболее важных критериев для определения качества здоровья детей. Поступление ребенка в новую микросоциальную среду сопровождается изменением сложившегося ранее динамического стереотипа. Это вызывает необходимость приспособления к новым условиям жизни с мобилизацией механизмов, обеспечивающих адаптационный процесс. У части детей напряжение психических и физиологических функций превышает индивидуальную меру защиты и может закончиться срывом адаптации с исходом в острое заболевание или в невротическую реакцию. Вот почему улучшение состояния здоровья детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, особенно раннего возраста является на сегодняшний день актуальной проблемой. Об актуальности свидетельствует разработка правительствен-

ных программ, таких как «Улучшение состояния здоровья детей-сирот России». В Республике Дагестан состояние физического развития детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей остается до настоящего времени не изученной.

Цель работы: изучение физического развития детей раннего возраста, воспитывающихся в условиях дома ребенка.

Материал и методы исследования. Физическое развитие определяли с помощью антропометрических данных - вес, рост, окружность головы и грудной клетки, центильных таблиц (показатель и расположение коридора в таблице: 1-область очень низких величин; 2-область низких величин; 3-ниже средних величин; 4- средних величин; 5- выше средних величин; 6- высоких величин; 7-очень высоких величин), определения пропорциональности развития и групп здоровья.

Объектом нашего исследования были дети-сироты и дети, оставшихся без попечения родителей – 113 детей, из них число девочек составляло -53 (47%); число мальчиков составляло – 60 (53%)

В результате проведенного исследования, получены следующие данные физического развития детей раннего возраста:

1. Ростовые показатели по центильным коридорам: 1 - 26.7%; 2 - 7.9%; 3 – 15.8%; 4 – 38.6%; 5 – 9.9%; 6 – 0%; 7 – 0.9%.

Показатели роста у половины обследуемых детей (57 чел. – 50,6%) имели место показатели роста выше 4го коридора, у второй половины детей отмечался дефицит роста, показатели которого были ниже средних величин.

2. Весовые показатели по центильным коридорам:: 1 – 41.5%; 2 – 14.1%; 3- 16.9%; 4 – 21.6%; 5 – 4.7%; 6- -0%; 7 – 0.9%;

Только у 1/3 детей (31человек – 27%) имели место показатели веса выше 4го коридора, у остальных 2/3 (82 человек- 72.5%) отмечался дефицит веса в той или иной степени, причем у 47чел (41%)был патологически низким.

3. Показатели окружности головы по центильным коридорам: 1–22.8%; 2–17.1%; 3–22.8%; 4–28.8%; 5–2.8%; 6–0.95%; 7–4.7%

Исходя из анализа данного исследования у 71 человек (62.7%) из обследуемых окружность головы ниже средних величин.

4. Показатели окружности груди по центильным коридорам: 1 – 14%; 2- 20.5%; 3 – 38.3%; 4 – 27%; 5 – 0%; 6- 0%; 7 – 0%;

Таким образом, установлено, что окружность груди у 82 детей (72.8%) отстает в развитие от значения средних величин.

При изучении показателей среди воспитанников раннего возраста наблюдалось:70 детей(62%) - гармоничное физическое развитие; 26 детей (23%) - дисгармоничное; 17детей (15%) - резко дисгармоничное.

По результатам анализа медицинской документации истории развития ребенка – ф № 112/у, контрольной карты диспансерного больного – ф № 030у прослеживается преобладание 3 группы здоровья, что составляет 59 детей(52%) (дети с хронической патологией).

Выводы. Таким образом, у детей раннего возраста отмечаются дефицит массы тела, роста, окружности головы и груди. Среди них у 62% детей наблюдалось гармоничное физическое развитие. По результатам анализа показателей групп здоровья выявлено преобладание 3 группы здоровья (52%) с хронической патологией, связанной со спецификой учреждения, где находятся эти дети.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ И ПРИЧИНЫ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ СРЕДИ ДЕТЕЙ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ОТДЕЛЕНИЕ ПАТОЛОГИИ НОВОРОЖДЕННЫХ И ОРИТ НОВОРОЖДЕННЫХ ДРКБ

Болдырева В.В., аспирант
Кафедра факультетской и госпитальной педиатрии ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., проф. Алискандиев А.М.

Актуальность проблемы определяется высокой распространенностью в последнее время внутрижелудочковых кровоизлияний (ВЖК) у новорожденных, частой смертностью, инвалидизацией и развитием осложнений среди детей, перенесших данную патологию. Клиницисты, как отечественные, так и зарубежные, давно обратили внимание на важность этой проблемы.

ВЖК являются одной из основных причин летальности среди новорожденных и тяжелой инвалидизации у детей в дальнейшем. Поэтому важно не только изучить проблемы ВЖК у новорожденных, но и возможности прогнозирования формирования заболеваний нервной системы у детей, перенесших данную патологию до 1 года. Внедрение в практику ранней диагностики, прогнозирование состояния новорожденного еще на антенатальном этапе развития, контроль течения беременности являются важными мерами профилактики тяжелых осложнений.

Целью настоящей работы является изучение частоты встречаемости и причины ВЖК у детей, находившихся на стационарном лечении в отделении патологии новорожденных (ОПН) и отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) новорожденных ДРКБ.

Задачи исследования:

1. Выявить частоту встречаемости перинатальных гипоксически-травматических поражений ЦНС с развитием ВЖК среди госпитализированных детей в ОПН и ОРИТ новорожденных ДРКБ.

2. Определить причинные факторы развития ВЖК.

Материалы и методы исследования:

Группа из 197 детей с ВЖК, находившихся на стационарном лечении в ОПН и ОРИТ новорожденных ДРКБ за период 2012 года. Во время нахождения в стационаре было проведено полноценное обследование и лечение на этапе ДРКБ и в дальнейшем адекватная реабилитация после выписки.

Работа с данной группой заключается в изучении историй болезни. Для предварительного анализа отобрано 70 историй болезни детей с ВЖК. Проведены следующие методы исследования:

1. Анализ анамнестических данных, по разработанной схеме.

2. Оценка физического развития новорожденного по стигмальным и перцентильным оценочным таблицам.

4. Общеклиническое обследование детей с использованием параклинических методов, в том числе лабораторных.

5. Инструментальные методы: нейросонография новорожденного, доплерометрическое исследование кровотока в сосудах мозга, ЭЭГ.

Результаты исследования:

Нами были проанализированы 2133 истории болезни, выписанных в 2012 году детей. Среди них доношенных новорожденных 1501 (70,4%), недоношенных – 632 (29,6%); с ВЖК всего 197 (9,2%) детей, из них недоношенных - 129 (6,6%).

В результате анализа анамнестических данных 70-ти историй болезни определены основные причинные факторы развития ВЖК в данной выборке. Изучив течение беременности и родов матерей, выделены основные периоды, оказавшие влияние на развитие тяжелой гипоксии: отрицательное влияние на плод в наибольшей степени зафиксировано в раннем и позднем фетальных периодах (38,4% и 37,8% соответственно); на итранатальный период приходится 23,7%. В 64,3% случаев ВЖК развивалось после естественных родов, в 27,1% случаев на сроке 32-37 недель гестации; преимущественный возраст

матерей 20-40 лет - 92,9%; у 32,9% новорожденных масса при рождении от 2001 до 2500гр.; из общего числа детей 58,6% недоношенные, 90% - с признаками незрелости. Этиопатогенестический механизм поражения: гипоксия составила 75,7%, родовая травма – 24,3%. Большинству новорожденных (84,3%) сразу после рождения проводилось кратковременное оживление в течение одной минуты; 15,7% новорожденных нуждались в более длительном (от двух до пяти минут) проведении реанимационных мероприятий. На первой минуте жизни 65,7% новорожденных были оценены в 5-7 баллов; 12,9% - 8-10 баллов; 10% - 4-5 баллов. На второй минуте – 67,1% - 6-8 баллов; 12,9% - 0-2 балла; 10% - 3-5 баллов. При анализе имеющейся сопутствующей патологии было выявлено её отсутствие у 62,9% детей; наличие анемии легкой и среднетяжелой степени у 21,4% новорожденных, РДС и Пневмопатия у 7,1%, Гемолитическая болезнь новорожденных – у 2,9%. ЗВУР, гипотрофический вариант I степени зарегистрирован у 4,3%, а II степени – у 1,4% новорожденных. Также проанализированы лабораторные данные: в общем анализе крови уровень гемоглобина 120-160 г/л - у 51,4% детей, 80-120 г/л – у 38,6%, 160-200 – у 10%; в биохимических анализах крови отмечен нормальный уровень белка, кальция, фосфора, билирубина (у 58%), конъюгационная гипербилирубинемия с повышенным уровнем непрямого билирубина у 38,6 % детей, у 2,9% был повышен прямой билирубин. На фоне лечения отслежена положительная лабораторная и клиническая динамика в течение 12-15 дней. По данным УЗИ мозга у 43,9% детей выявлена перивентрикулярная ишемия, у 15,8% - лейкомаляция, у 40,2% кисты диаметром 2-4 мм. По данным контрольного УЗИ мозга перед выпиской у всех детей выявлено явное улучшение ультразвуковой «картины» - тромбы в стадии лизиса, участки перивентрикулярной ишемии менее выражены, кисты, в большинстве случаев, рассосались. При проведении статистического анализа удалось установить зависимость развития перивентрикулярной лейкомаляции с таким фактором, как недоношенность (p=0,2980), и зависимость длительности беременности от стационарного лечения при угрозе прерывания (p=0,4498). Стремительные роды имеют зависимость с травматическим характером повреждения нервной системы (p=0, 00257), а Кесарево сечение с гипоксическим (p=0,00062).

Выводы: определены причинные факторы развития ВЖК среди выбранных в случайном порядке семидесяти новорожденных, выявлена частота встречаемости ВЖК среди госпитализированных детей, в

том числе отдельно у доношенных и недоношенных.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТРОГО ЛИМФОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗА У ДЕТЕЙ В ДЕБЮТЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Гордиенко Н.Ю., студентка 5 курса леч. фак-та
Туркина М.С., студентка 6 курса леч. фак-та
Кафедра педиатрии лечебного и стоматологического факультетов
г. Тверь, ГБОУ ВПО Тверская ГМА
Научный руководитель: д.м.н., проф. Иванова О.В.

Актуальность. Острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ) является самым распространенным онкологическим заболеванием детского возраста (6, 8, 9). Согласно данным литературы, среди детей с впервые выявленным онкологическим диагнозом больные гемобластозами составляют от 25 до 47,8% (1, 7). Заболеваемость ОЛЛ в экономически развитых странах составляет в среднем около 3,74-4:100 000 детей в возрасте от 0 до 15 лет (3, 5, 7, 8).

Последние десятилетия ознаменовались значительными успехами в лечении детей с ОЛЛ, что обеспечивает пятилетнюю выживаемость, приближающуюся к 70-90% (1, 6, 8). В большинстве случаев именно своевременно начатое лечение позволяет добиться ремиссии более чем у 90% больных (2), что актуализирует проблему ранней диагностики данной патологии.

Цель исследования: определение частоты основных клинических признаков ОЛЛ у детей в дебюте заболевания.

Материалы и методы. Проведена выкопировка данных из медицинской документации 50 пациентов с ОЛЛ, состоявших на диспансерном учете у врача-гематолога ОДКБ г. Твери в период с 2002 по 2013 год. Карты для исследования отобраны методом случайной выборки. Проанализирована частота жалоб и изменений объективного статуса, относящихся к дебюту ОЛЛ. Полученные данные обработаны статистически, для оценки достоверности результатов использовался параметрический критерий Стьюдента. Различия считали достоверными при вероятности 95% ($p \leq 0.05$).

Результаты и их обсуждение. Наиболее часто дебют ОЛЛ имел место у детей в дошкольном возрасте (56%). Число заболевших мальчиков и девочек было практически одинаковым (соответственно, 48% и 52%).

Данные о частоте основных проявлений ОЛЛ в дебюте заболевания представлены в таблице.

Таблица

Частота клинических синдромов в дебюте ОЛЛ у детей, n и %

Синдром	Частота
Гиперпластический	46 (92,0)
Интоксикационный	44 (88,0)
Анемический	33 (66,0)
Геморрагический	31 (62,0)
Поражение кожи и слизистых оболочек	19 (38,0)
Костно-суставной	15 (30,0)
Поражение внутренних органов	11 (22,0)
Поражение ЦНС	9 (18,0)

Как видно из данных, представленных в таблице, ОЛЛ у детей манифестировал проявлениями гиперпластического, интоксикационного, анемического, геморрагического синдромов, поражением кожи и слизистых оболочек, патологическими симптомами со стороны костно-суставной системы и внутренних органов. Следует отметить, что в дебюте ОЛЛ отмечались и признаки поражения ЦНС (9 детей - 18%) в виде рвоты и головной боли, свидетельствующих о развитии внутричерепной гипертензии. На высокую вариабельность клинических проявлений ОЛЛ, обусловленную опухолевой инфильтрацией и нарушением функции внутренних органов, указывает большинство авторов (2, 3, 5). Суммарная частота выявленных признаков ОЛЛ значительно выше 100%, то есть для большинства детей характерно сочетание нескольких синдромов в дебюте болезни, на что также указывает К.С. Казначеев (2008).

Наиболее часто в качестве первых признаков заболевания у пациентов с ОЛЛ отмечались гиперпластический, интоксикационный, анемический и геморрагический синдромы. Гиперпластический синдром (ГС), включающий увеличение периферических лимфоузлов в виде плотных конгломератов, безболезненных при пальпации, а также гепатоспленомегалии, обусловленной инфильтрацией данных органов опухолевыми клетками, был зарегистрирован у 46 (98%) детей, с одинаковой частотой у мальчиков в девочек. При этом у 23 (50%) детей с ГС отмечались боли в животе, тошнота, снижение аппетита и увеличение живота в объеме. Интоксикационный синдром (ИС) с лихорад-

кой субфебрильного характера, жалобами на недомогание, слабость, астенизацией, снижением массы тела отмечался у 44 (88%) пациентов: у мальчиков - несколько чаще, чем у девочек (соответственно, 92,3% и 83,3%, p>0,05). Анемический синдром (АС), обусловленный дисфункцией костного мозга, с бледностью, неспособностью выполнить привычную физическую нагрузку, тахикардией, имел место в дебюте болезни у 33 (66%) детей. Признаки АС относительно чаще выявлялись у девочек (соответственно, 73,1% и 58,3%, p>0,05). Начало заболевания, сопровождающееся признаками геморрагического синдрома в виде кровотечений (чаще - носовых, желудочно-кишечных) и кровоизлияний (в кожу, слизистые оболочки, склеры), было характерным для 31 (62%) ребенка. Гендерных различий в частоте геморрагических проявлений ОЛЛ не выявлено.

Значительно реже у детей с ОЛЛ в начале заболевания регистрировались поражение кожи и слизистых оболочек (38%), костно - суставной синдром (30%) и поражение внутренних органов (22%). Появление болей в костях и суставах, отек суставов, обусловленные, как правило, лейкемической инфильтрацией надкостницы и суставной капсулы и опухолевым увеличением объема костного мозга, отмечались у мальчиков более чем в 2 раза чаще по сравнению с девочками (соответственно, 41,7% и 19,2%, p>0,05).

Анализ частоты проявлений ОЛЛ у детей различных возрастных групп не выявил каких-либо особенностей клинической картины дебюта заболевания от возраста.

Выводы.

1. Клиническая картина ОЛЛ в дебюте заболевания характеризуется неспецифичностью и полиморизмом.

2. Наиболее часто первыми признаками заболевания являются проявления гиперпластического, интоксикационного, анемического и геморрагического синдромов, при этом у большинства детей отмечается сочетание нескольких клинических синдромов

3. Частота и характер дебютных признаков ОЛЛ не зависят от возраста и пола пациентов.

4. Выявление у детей признаков гиперпластического, интоксикационного, анемического и геморрагического синдромов обусловливают необходимость обязательного комплексного обследования детей с учетом данных клинического анализа крови.

Литература:

1. Дурнов Л.А., Курмашов В.Н., Махонова Л.А. Злокачественные

новообразования кроветворной и лимфоидой ткани у детей. - Москва: Медицина, 2001.- 272 с.

2. Казначеев К.С. Отсроченные миелосупрессивные и проапоптотические изменения клеток периферической крови и костного мозга у детей // Бюллетень СО РАМН.- 2008.- №1 (107).- С.32-34

3. Карачунский А.И. Острый лимфобластный лейкоз детей / лекции по актуальным проблемам педиатрии.- РГМУ, 2000.- С.245-258

4. Клиническая гематология / руководство для врачей под ред. А.Н. Богданова и В.И. Мазурова.- С.-Пб: «Фолиант», 2008.- С.254

5. Масчан М.А., Мякова Н.В. Острый лимфобластный лейкоз у детей // Онкогематология.- 2006.- №1-2.- С.50-61

6. Румянцев А.Г., Масчан А.А., Самочатова Е.В., Чернов В.М. Достижения и перспективы детской гематологии // Гематология и трансфузиология.- 2008.- т.83, №5.- С.49-53

7. Стандарты оказания специализированной помощи детям и подросткам с гематологическими и онкологическими заболеваниями.- Москва: «Медпрактика», 2009.- С.238

8. Ткаченко И.В., Тесленко Б.В., Румянцев А.Г. Комплексная реабилитация детей с острым лимфобластным лейкозом в состоянии длительной ремиссии // Онкогематология.- 2009.- №2.- С.42-51

9. Hoelzer D., Gorbuget N., Ottman O. et al. Acute lymphoblastic leukemia. Hematology. American Society of Hematology, Education Program Book, 2002. - P.162-192 .

НЕКОТОРЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ОСТРОГО ЛИМФОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗА У ДЕТЕЙ

Туркина М.С., студентка 6 курса леч. фак-та
Гордиенко Н.Ю., студентка 5 курса леч. фак-та
Кафедра педиатрии лечебного и стоматологического факультетов
г. Тверь, ГБОУ ВПО Тверская ГМА
Научный руководитель: д.м.н., проф. Иванова О.В.

Актуальность. Наиболее распространенными онкологическими заболеваниями у детей являются опухоли кроветворной ткани, среди которых ведущее место занимают лейкозы (1, 10). Острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ) представляет собой заболевание, в основе которого лежит неконтролируемая клональная пролиферация незрелых

лимфопоэтических предшественников в костном мозге, на морфологическом уровне определяемых как лейкемические лимфобласты, приводящая к вытеснению клеток нормального кроветворения и при естественном течении ведущая в каждом случае к смерти больного (3). По данным разных авторов, в структуре всех гемобластозов ОЛЛ составляет от 75 до 90% (4, 7).

Применение современных протоколов лечения при ОЛЛ обеспечивает высокие показатели выживаемости, однако успех лечения зависит не только от варианта лейкоза (1, 8). Появление первых клинических проявлений лейкоза обусловлено увеличением массы опухолевых клеток выше критических значений – 10^{12}-10^{13} клеток (4). В более ранние сроки обнаружение ОЛЛ крайне проблематично, что актуализирует проблему выявления детей группы риска по возникновению данной патологии. Факторы риска ОЛЛ у детей активно изучаются с начала 70-х годов прошлого века (1, 2, 7). Согласно результатам многочисленных исследований, риск развития ОЛЛ у детей ассоциирован с рядом факторов, таких как: мужской пол, возраст от 2-х до 5 лет, высокий социально-экономический статус родителей, лучевая терапия, синдромы Дауна, Блума, Швахмана-Даймонда, большая масса тела при рождении, естественное вскармливание и рядом других (7, 11). Однако ряд исследователей подчеркивает, что ряд этих факторов риска со временем теряет свое прогностическое значение. В связи с этим представляется важным определение значимости отдельных факторов риска ОЛЛ на современном этапе.

Цель исследования: определение частоты некоторых факторов риска у детей с ОЛЛ.

Материалы и методы. Проведена выкопировка данных из медицинской документации 50 пациентов с ОЛЛ, состоявших на диспансерном учете у врача-гематолога ОДКБ г. Твери в период с 2002 по 2013 год. Карты для исследования отобраны методом случайной выборки. Проанализирована частота особенностей биологического анамнеза, традиционно рассматривающихся в качестве факторов риска данного заболевания. Полученные данные обработаны статистически, для оценки достоверности результатов использовался параметрический критерий Стьюдента. Различия считали достоверными при вероятности 95% ($p \leq 0.05$).

Результаты и их обсуждение. Распределение пациентов с ОЛЛ в зависимости от возраста и пола представлено в таблице.

Таблица

Распределение детей с лейкозами в зависимости от пола и Возраста на момент дебюта заболевания, n и %

Возрастная группа	Пол		Всего
	Мальчики	Девочки	
Младенческий возраст	0 (0,0)	1 (100,0)	1 (2,0)
Ранний детский возраст	4 (36,4)	7 (63,6)	11 (22,0)
Дошкольный возраст	16 (57,1)	12 (42,9)	28 (56,0)
Младший школьный возраст	4 (40,0)	6 (60,0)	10 (20,0)
Итого	24 (48,0)	26 (52,0)	50 (100,0)

Как видно из данных, представленных в таблице, в большинстве случаев (56%) дебют ОЛЛ приходился на дошкольный возраст, что подтверждает данные литературы о пике заболеваемости, приходящемся на возрастной период от 2-х до 5 лет (9). Пациенты с дебютом ОЛЛ в возрасте до 3-х лет и от 7 до 10 лет встречались с одинаковой частотой (соответственно, 22% и 20%, p>0, 05). Большинства авторов также указывают на то, что наибольшее число заболевших ОЛЛ приходится на возраст от 1 до 10 лет (5, 6). В возрасте до 1 года заболевание было диагностировано только у одного ребенка.

Мальчики и девочки болели ОЛЛ практически с одинаковой частотой (соответственно, 48% и 52%, p>0,05). Полученные данные не соответствуют представлениям о несколько более частой заболеваемости ОЛЛ среди мальчиков (7. 9) и обусловлены, вероятно, малым объемом выборки. Следует отметить, что среди заболевших детей девочки преобладали во всех возрастных группах за исключением дошкольного возраста. Среди дошкольников первые проявления ОЛЛ отмечались у мальчиков в 1,3 раза чаще, чем у девочек (соответственно, 57,1% и 42,9%, p>0, 05).

Анализ данных о месте проживания детей с ОЛЛ свидетельствует о том, что на территории Тверской области ОЛЛ регистрируется чаще среди городских детей: 37 (74%) пациентов являлись жителями городов и только 13 (26%) детей проживали в сельской местности. Среди пациентов преобладали жители областного центра – г. Твери – 17 (34%) детей. Данные показатели могут быть обусловлены рядом причин, таких как экологические факторы, различие возрастного состава городского и

сельского населения, а также неодинаковой настороженностью городских и сельских врачей по отношению к данной патологии.

По данным ряда авторов высокая масса тела при рождении является фактором риска заболевания ОЛЛ (7, 11). Анализ полученных данных свидетельствует о том, что 14 (28%) детей родились с массой тела 2000-3000 г, 19 (38%) пациентов – с массой тела 3000-3500 г, 14 (28%) детей – с массой тела 3500-4000 г и только один ребенок имел при рождении вес более 4000 г, то есть относился к категории крупноплодных новорожденных.

Большинство детей с ОЛЛ имели II (А) группу крови – 26 (52%) человек, 12 (24%) пациентов - I (0) группу крови, 10 детей (20%) - III (В) группу крови, 2 (4%) ребенка – IV (АВ) группу крови. Среди пациентов с ОЛЛ преобладали дети с резус-положительной (Rh+) кровью - 84%, в то время как отрицательный резус-фактор (Rh-) выявлен только у 8 (16%) больных.

Выводы:

1. В качестве факторов риска возникновения ОЛЛ у детей можно рассматривать: возраст от 1 года до 10 лет (особенно период от 2-х до 5 лет), проживание в городе, наличие II (А) группы крови и (Rh+) фактора.

2. Целесообразно проведение гематологического контроля у пациентов группы риска при развитии интеркуррентных заболеваний, маскирующих клиническую картину дебюта ОЛЛ.

Литература:

1. Исаева Е.А., Жаринов В.С., Наседкина Т.В. и соавт. Хромосомные аберрации при остром лимфобластном лейкозе у детей // Детская онкология.- 2004.- №3-4.- С.12-18.

2. Казначеев К.С. Отсроченные миелосупрессивные и проапоптотические изменения клеток периферической крови и костного мозга у детей // Бюллетень СО РАМН.- 2008.- №1 (107).- С.32-34.

3. Карачунский А.И. Острый лимфобластный лейкоз детей / лекции по актуальным проблемам педиатрии.- РГМУ, 2000.- С.245-258.

4. Клиническая гематология / руководство для врачей под ред. А.Н. Богданова и В.И. Мазурова.- С.-Пб: «Фолиант», 2008.- С.254.

5. Кривцова Л.А., Осмульская Н.С., Коцкая И.Н. Острый лимфобластный лейкоз у детей Омской области: клиника и исход в зависимости от его иммунологического фенотипа // Мать и дитя в Кузбассе.- 2010.- №3 (42).- С.22-25.

6. Курдюков В.В. Иммунофенотип бластных клеток как фактор

прогноза при остром лимфобластном лейкозе у детей // Детская онкология.- 2004.- №3-4.- С.41-44.

7. Масчан М.А., Мякова Н.В. Острый лимфобластный лейкоз у детей// Онкогематология.- 2006.- №1-2.- С.50-61.

8. Сергеев А.Г., Иванов Р.А. Генодиагностика лейкозов.- Екатеринбург: Уральская государственная Медицинская академия, 1998.

9. Стандарты оказания специализированной помощи детям и подросткам с гематологическими и онкологическими заболеваниями.- Москва: «Медпрактика», 2009.- С.238.

10. Pui Ch.-H., Crist W.M. Acute lymphoblastic leukemia. In: Childhood Leukemias / Ed. by Ch.-H. Pui.- New York.- Cambridge University Press, 1999.- P.288-312.

11. Spector LG Ross JA Robinson LL Epidemiology and Etiology. In: Childhood Leukemias / Ed. by Ch.-H. Pui.- New York.- Cambridge University Press, 1999.- P.143-159.

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ АНЕМИЙ У ДЕТЕЙ С КРУПНОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ В ДИНАМИКЕ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Иванова И.С., студентка 505гр. леч. ф-та,
Иванова А.С., студентка 505гр. леч. ф-та,
Ефимова М.С., молодой ученый
Кафедра педиатрии лечебного и стоматологического факультетов
г. Тверь, ГБОУ ВПО Тверская ГМА
Научный руководитель: д.м.н., проф. Иванова О.В.

Актуальность. По данным Министерства здравоохранения и социального развития РФ частота анемии увеличилась в 6 раз за последние 10 лет [8]. Анемия является одним из наиболее часто встречающихся патологических состояний грудного возраста [1,5]. Из всех анемий самой распространенной является железодефицитная, частота которой достигает 40-60% у детей раннего возраста [3,5,6]. Перинатальный дефицит железа способствует нарушению миелинизации нервных волокон [8]. Недостаток железа у младенцев сопровождается задержкой психомоторного развития, запаздыванием речевых навыков, нарушением координации движений, снижением когнитивных функций [7,8]. У детей раннего возраста в связи с быстрыми темпами роста и развития наблюдается повышенная потребность в железе [2]. В этот период жизни запасы железа быстро истощаются из-за усилен-

ного его потребления из депо. Одной из причин анемии у новорожденных считается снижение уровня гемоглобина у матери во время беременности[1,4,5]. Традиционно в группу риска в связи с недостатком неонатальных запасов железа относят недоношенных и маловесных новорожденных, детей от многоплодной беременности. Крупновесные дети включаются в группу риска в связи с ускоренными темпами роста в постнатальном периоде [3,4]. Однако, крупновесным детям по сравнению с недоношенными и маловесными в настоящее время уделяется меньше внимания, и их не рассматривают как группу риска развития анемии в связи с недостатком депо железа в антенатальном периоде.

Цель работы: оценить частоту выявления анемий у детей, рожденных с крупной массой тела, в соответствии с декретированными сроками диспансерного наблюдения.

Материалы и методы. Обследовано 66 детей, рожденных с крупной массой тела (4000 и более граммов) и 72 ребенка, рожденных со средней массой тела (3000-3999 граммов), в возрасте 3 и 12 месяцев жизни. В группе детей, рожденных с крупной массой тела, было выделено 2 подгруппы: крупновесные дети с гармоничным физическим развитием и крупновесные дети с дисгармоничным физическим развитием. В подгруппу крупновесных детей с гармоничным развитием включены дети, имевшие при рождении все антропометрические показатели (массу и длину тела, окружность грудной клетки) выше $P_{75,}$ в подгруппу крупновесных детей с дисгармоничным развитием – младенцы, имевшие при рождении либо дину тела, либо окружность грудной клетки ниже P_{75} перцентиля. Определение показателей периферической крови изучали с использованием общепринятых методов лабораторной диагностики и автоматического гематологического анализатора. Диагностика анемий у детей первого года жизни осуществлялась согласно критериям, разработанным Н.П. Шабаловым (2001). Анамнестические данные матерей обследованных детей были получены путем анализа медицинской документации («Индивидуальная карта беременной, родильницы» (ф. 111/у), «История родов» (ф. 096/у)).

Результаты исследования. Анемии диагностировали как у детей с крупной, так и со средней массой тела при рождении, в декретированные сроки диспансерного наблюдения. Степень тяжести анемии не была выше первой у младенцев групп обследования.

В трехмесячном возрасте у детей, рожденных с крупной массой тела, анемии регистрировались в 2 раза чаще по сравнению с детьми

со средней массой тела при рождении (соответственно, 20,9% и 10,6%, $p>0,05$).

В возрасте 12 месяцев частота анемий снизилась в обеих группах, но у детей с крупной массой при рождении по сравнению с младенцами со средней массой тела анемия выявлялась в 4,3 раза чаще (соответственно, 17,3% и 4,0%, $p<0,05$).

Внутригрупповой анализ показал, что в трехмесячном возрасте крупновесные дети с дисгармоничным развитием имели анемию в 33,3% случаев, что в 3,6 раза чаще, чем у детей с гармоничным развитием – 9,1% ($p<0,05$).

В возрасте 12 месяцев анемию в 2,7 раза чаще диагностировали у крупновесных младенцев с дисгармоничным развитием по сравнению с крупновесными детьми с гармоничным развитием (соответственно, 25,0% и 9,1%, $p>0,05$).

Учитывая то, что не у всех крупновесных детей выявлялась анемия на первом году жизни, проанализирована частота снижения уровня гемоглобина у матерей во время беременности в группе детей с выявленными анемиями.

У матерей трехмесячных младенцев, имевших при рождении как крупную, так и со среднюю массу тела, диагностировали анемию во время беременности одинаково часто (соответственно, в 66,7% и 60%, $p>0,05$). У годовалых детей с анемиями выявлено, что матери младенцев, рожденных с крупной массой тела, имели снижение уровня гемоглобина во время беременности в 75,0%, а матери детей со средней массой при рождении – в 100% ($p>0,05$).

В группе крупновесных детей младенцы с гармоничным развитием, у которых в трехмесячном возрасте диагностировалась анемия, имели матерей со снижением уровня гемоглобина во время беременности в 100% случаев, в то время как у матерей младенцев с дисгармоничным развитием анемия диагностировалась только в 57,1% ($p>0,05$). У матерей крупновесных детей с дисгармоничным развитием, имевших в годовалом возрасте анемию, снижение уровня гемоглобина выявлялось в 66,7%, а у крупновесных детей с гармоничным развитием матери во время беременности имели анемию в 100% случаев ($p>0,05$). Степень анемии у матерей крупновесных младенцев с дисгармоничным развитием, у которых снижение уровня гемоглобина сохранялось до года, варьировала от легкой до средней, а у всех матерей детей со средней массой тела была средней.

Выводы. У детей с крупной массой тела при рождении по срав-

нению с детьми со средней массой анемии диагностировались чаще, степень снижения уровня гемоглобина не превышала легкую в динамике первого года жизни.

В группе крупновесных детей частота анемий была выше у младенцев с дисгармоничным развитием.

Возможно, длительное сохранение снижения уровня гемоглобина у крупновесных детей с гармоничным развитием связано с наличием анемии средней степени тяжести у матерей во время беременности, т.е. недостаточным накоплением фондов железа. У крупновесных детей с дисгармоничным развитием, имевших снижение уровня гемоглобина на первом году жизни, матери имели анемию лишь в 60-70% и ее степень тяжести варьировала, в связи с чем причинами длительной анемии могли быть не только недостаточное формирование запасных фондов, но и другие факторы внутри- и внеутробного развития, требующие дальнейшего изучения.

Литература:

1. Анастасевич Л.А., Малкоч А.В. Железодефицитная анемия у детей грудного и младшего возраста.// Лечащий врач.- 2006.-№ 7

2. Жетищев Р.А., Архестова Д.Р., Жетищева И.С., Камышова Е.А. Дефицит железа и железодефицитная анемия у детей первого года жизни. // Педиатрия.-2014.-№1.-С.89-94

3. Захарова И.Н., Горяйнова А.Н., Мачнева Е.Б. и соавт. Дефицит железа у детей раннего возраста и способы его коррекции. // Вопросы современной педиатрии. – 2013. - №2.- С.52-58

4. Колосова Н.Г. Железодефицитная анемия у детей раннего возраста. // Педиатрия. Приложение Consilium Medicum. - 2013.- №4.-С.22-25

5. Краснов М.В. Железодефицитные анемии у детей. // Практическая медицина.-2006.-№ 5 (19) ноябрь.- С.4-6

6.Мальцев С.В., Шакирова Э.М., Халитова Д.И., Сафина Л.З. Безопасный способ профилактики дефицита железа у матерей и их новорожденных. // Практическая медицина.-2012.-№ 7 (62) ноябрь.- С.109-113

7.Мальцева Т.В., Репина С.П. Особенности терапии железодефицитных анемий у детей первого года жизни при различных видах вскармливания. // Вопросы практической педиатрии.-2012.-№4.-С.57-59

8.Тихомиров А.Л., Сарсания С.И., Ночевкин Е.В. Некоторые аспекты диагностики и лечения железодефицитных состояний в практической деятельности на современном этапе. //Трудный пациент. – 2011.- №11.- С.26-38

9.Шабалов, Н. П. Детские болезни. – СПб: Питер, 2001. – 1088 с.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИУТРОБНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ПО ДАННЫМ ОТДЕЛЕНИЯ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ДРКБ Г. МАХАЧКАЛЫ ЗА 2010 г.

Рамазанова З.М., молодой учёный,
Гаджикулиева Ф.Н., клинический интерн
Кафедра педиатрии ФПК и ППС ДГМА
Научные руководители: д.м.н., проф. Алискандиев А.М. и к.м.н. Израилов М.И.

Актуальность. Внутриутробные инфекции (ВУИ) – это группа инфекционно-воспалительных заболеваний плода и детей раннего возраста, вызываемые различными возбудителями, но характеризующиеся сходными эпидемиологическими параметрами и нередко имеют однотипные клинические проявления.

В структуре перинатальной заболеваемости и смертности ВУИ занимают одно из ведущих мест. Частота ВУИ не имеет тенденции к снижению и на протяжении последних десятилетий произошли существенные сдвиги в структуре спектра возбудителей инфекционно – воспалительных заболеваний новорожденных и детей грудного возраста.

Характерной особенностью этиологического спектра ВУИ на современном этапе являются смешанные ассоциации, при этом значительно возросла роль цитомегаловирусной и герпесвирусной инфекции.

Установлено неравномерное распространение заболеваемости среди разных возрастных групп населения, жителей городов и сельских населенных мест.

Актуальность данной проблемы определяется, прежде всего, высоким уровнем заболеваемости, тенденцией к росту и широким их распространением, что обусловлено высоким уровнем заболеваемости беременных с поражением плодов и новорожденных и значительным удельным весом бактериально - вирусных заболеваний в структуре материнской и перинатальной смертности, а также и тем, что ВУИ играют существенную роль в патогенезе многих патологических состояний, формирующихся в последующие годы жизни детей.

Целью нашего исследования является выявление этиологиче-

ских особенностей течения внутриутробных инфекций у детей грудного возраста.

Материал и методы исследования. Настоящее исследование выполнено на базе Детской Республиканской Клинической больницы (ДРКБ) г. Махачкалы с использованием данных архивного материала, историй болезней детей, находящихся на госпитализации в грудном отделении за 2010 г.

Нами было проанализировано 880 историй болезни грудного отделения за 2010 г., среди которых производилась выборка историй с выставленным диагнозом – ВУИ (как основным, так и сопутствующим). Сбор и анализ материала осуществлялся по анкетам.

Результаты исследования. Проведенный анализ историй болезни показал, что за 2010г. в отделение грудного возраста ДРКБ было госпитализировано 880 детей, 162 (18,4%) из которых был выставлен диагноз «ВУИ» различной степени активности. Среди выявленных детей с ВУИ число девочек - 85(52,5%); мальчиков - 77(47,5%).

Анализ распространенности данной патологии по климато - географическим зонам показал, что наиболее высокий процент заболеваемости отмечался в низменной зоне 97 (59,8%), затем в горных районах 46 (28,4%) и предгорье – 19 (11,7%). Также вывлено, что среди заболевших детей большее число составляют дети, проживающие в сельской местности - 72,3% ,нежели в городской – 27,7%.

В этиологической структуре можно выделить как изолированные виды инфекций, так и их сочетанные формы.

Среди 162 выявленных случаев ВУИ наибольший процент приходится на долю цитомегаловируса - 68 (41,9 %), второе и третье место занимают - сочетание вируса простого герпеса и цитомегаловируса - 40 (24,7%) и вирус простого герпеса 37 (22,8 %). Также были выявлены следующие сочетания вирусов, имеющие незначительный процент:

вирус простого герпеса + токсоплазма - 6(3,7%); цитомегаловирус + вирус простого герпеса + токсоплазма - 6(3,7%); вирус простого герпеса + токсоплазма + краснуха - 3(1,8 %); вирус простого герпеса + хламидия - 1 (0,61%); вирус простого герпеса + токсоплазма + хламидия - 1 (0,61%).

Из них большее число выявлено в хронической форме и составило - 98 (60,4 %),а в острой форме - 64 (39,5%).

У 98 (60,4 %) детей диагноз звучал как «последствия внутриут-

робной инфекции», к чему относилась хроническая форма течения заболевания.

Среди них изолированная форма цитомегаловирусной инфекции встречалась у 28 (28,5%) детей, и клинически проявлялась чаще в виде перинатального гипоксического поражения ЦНС, токсического гепатита, анемии; изолированная форма вируса простого герпеса у 27 (27,5%) детей - в виде перинатального гипоксического поражения ЦНС, токсического гепатита, анемии, врожденных пороков сердца, гипотрофии.

Сочетания цитомегаловируса и вируса простого герпеса у 25 (25,5%) детей - в виде перинатального гипоксического поражения ЦНС, токсического гепатита, дефицитной анемии, гипотрофии; вируса простого герпеса + цитомегаловируса + токсоплазмы у 6 (6,1%) детей - в виде перинатального гипоксического поражения ЦНС, анемии, пиелонефрита; вируса простого герпеса + токсоплазмы у 6 (6,1%) детей - в виде перинатального гипоксического поражения ЦНС; анемии, пиелонефрита; вируса простого герпеса + токсоплазмы + краснухи у 3 (3,1%) детей - в виде перинатального гипоксического поражения ЦНС, врожденных пороков сердца.

Острая форма внутриутробной инфекции выявлена у 64 (39,5%) детей**,** среди которых изолированная форма цитомегаловирусной инфекции занимает первое место - 39 (60,9%) и проявляется чаще в виде перинатального гипоксического поражения ЦНС, гепатитов, анемии, врожденных пороков сердца, гипотрофии, пиелонефрита и гидронефроза. Второе место занимает сочетание цитомегаловируса и вируса простого герпеса 15 (23,4%) и проявляется в виде перинатального гипоксического поражения ЦНС, токсического гепатита, анемии, гипотрофии, гидронефроза, гипербилирубинемии. На третьем месте расположилась изолированная форма вируса простого герпеса, что составляет 10 (15,6%)и проявляется в виде перинатального гипоксического поражения ЦНС, гепатитов.

Выводы. Таким образом, в этиологической структуре ВУИ среди детей грудного возраста чаще всего встречается изолированная форма ЦМВ - 68 (41,9 %); на втором месте расположилась сочетанная форма ЦМВ + ВПГ - 40 (24,7%); и на третьем месте - изолированная форма ВПГ - 37 (22,8 %). Заболевание встречалось чаще среди детей, проживающих в сельской местности, с преобладанием у девочек и проявлялось в виде хронической формы.

ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ

МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ОБРЯДА ОБРЕЗАНИЯ

Муртузаалиев З.Н., аспирант
Кафедра детской хирургии ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., проф. Махачев Б.М.

Актуальность. По литературным данным в мире ежегодно 13 миллионам мальчикам производят обряд обрезания. В отдельных регионах ритуальному обрезанию подвергаются 100% детей мужского пола. Около 10% мальчиков имеют врожденный фимоз, который подлежит оперативному лечению – обрезанию. К медицинским аспектам обряда обрезания относятся: подготовка полового члена к обрезанию, методика обрезания, уход после операции, осложнения, недостатки и преимущества различных методик, кем, в каком возрасте и под каким обезболиванием желательно проводить данную операцию. Особо следует отметить, что слабая осведомленность родителей в перечисленных аспектах обряда обрезания приводит к частым, в отдельных случаях тяжелым осложнениям.

Цели и задачи. Изучение причин осложнений после операции циркумцизии и обрезания. Разработка методики подготовки к обрезанию и уходу после него. Совершенствовать технику операции, а также повысить уровень медицинской осведомленности родителей.

Материалы и методы исследования. В период с 2000г по 2013г в урологическое отделение ДРКБ обратилось 198 детей с осложнениями после обрезания дома, в районах и других лечебных учреждениях. Из них с кровотечением – 156 детей, с рубцовым фимозом – 14, нагноение раны – 19, меатальным стенозом – 3, повреждением головки полового члена – 4 и 2 больных с повреждением уретры с последующим образованием свища. Всем детям оказана квалифицированная помощь. Больным с кровотечением произведено лигирование кровоточащих сосудов и при отсутствии гемодинамических нарушений дети отпущены домой. 14 детям с рубцовыми изменениями произведено иссечение рубцовой ткани под общим обезболиванием. Больным меатальным стенозом произведена меатотомия. 2 больным с повреждением уретры произведено иссечение рубца на вентральной поверх-

ности полового члена с пластическим закрытием дефекта встречными лоскутами. При повреждении головки полового члена, в 2 случаях при полной ее ампутации, через 30 минут, произведено сшивание и фиксация головки на уретральном катетере, в двух случаях наложены швы на края наружного отверстия уретры и кожи.

Выше перечисленные осложнения намного чаще встречаются в районах. Вследствие чего нами было решено совершенствовать методику обрезания. С этой целью в клинике детской хирургии ДГМА разработан бесшовный метод операции циркумцизии, методы подготовки к нему и уходу после него. Получены рационализаторские предложения и авторское оформление. За последние 3 года нами произведено обрезание 3223 детям в возрасте от 1 месяца до 14 лет по принятой нами методике. За основу взят исторический опыт профессиональных обрезал, плюс точные расчеты, а также метод местного обезболивания лидокаином. Разработанный в клинике бесшовный метод обрезания имеет ряд преимуществ перед традиционными: 1 – точный расчет удаляемой кожи препуция, позволяет избежать деформации полового члена, 2 – при сохранении около 1 см внутреннего листка препуциального мешка и отсутствии швов, сохраняются эрогенные зоны, 3 – использование анатомического пинцета исключает вероятность повреждения головки полового члена, 4 – значительно сокращается время операции и составляет в среднем 5 - 7 минут.

Результаты исследования. Осложнения наблюдали в двух случаях кровотечения, обусловленным срыванием лигатур по неосторожности и неправильным уходом произведено повторное лигирование сосуда.

Выводы. В заключении необходимо отметить, что обрезание можно проводить в любом возрасте, если головка полового члена освобождена от синехий. Однако низкий уровень медицинской осведомленности наших родителей в вопросах ухода за детьми после обрезания, позволяет сделать вывод, что желательно ритуальное обрезание проводить после 3-х лет. Также для предотвращения всевозможных осложнений, необходимым является не только соблюдение принятых в клинике методик, но и проводить обрезание должны только детские хирурги и детские урологи.

НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ У НОВОРОЖДЕННЫХ. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ

Магомедов Р.Р., студент 606 группы пед. фак-та
Кафедра детской хирургии ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., проф. Махачев Б. М.

Актуальность. Некротический энтероколит (НЭК) – одно из наиболее сложных полиэтиологических заболеваний и крайне тяжелых осложнений критических состояний периода новорожденности. НЭК встречается спорадически с частотой 2,4:1000 новорожденных, что составляет 2,1% среди детей, поступающих в неонатальные отделения интенсивной терапии.

Наиболее часто он развивается у недоношенных новорожденных с низкой массой тела и экстремально низкой масса тела при рождении, однако, в ряде случаев, возникает и у доношенных новорожденных.

Цель и задачи. Изучение причин и факторов риска развития некротического энтероколита. Оптимизация сроков хирургического вмешательства и улучшение результатов лечения больных.

Материалы и методы исследования. В нашей клинике за период (с 2009-2013гг..) наблюдалось 223 ребенка с НЭК, доставленные в реанимацию новорожденных в возрасте от нескольких часов до одного месяца. Недоношенные дети с весом (от 800 – 2500 гр.) составили 175 (78,5 %). В клинике применяется установленный алгоритм обследования и лечения. Обследование включает в себя: обзорная рентгенография органов грудной и брюшной полости, УЗИ печени, системы воротной вены и кишечника, термометрию, общие анализы и посевы крови, коагулограмма, биохимию крови. Основными компонентами консервативной терапии являются: отмена энтерального питания; декомпрессия желудка и кишечника; полное парентеральное питание в течение 7-10 дней; антибактериальная терапия; медикаментозное воздействие на парез кишечника; ферментотерапия, биопрепараты; иммуномодулирующая терапия.

Результаты исследования. Консервативное лечение получали - 156 (70%) новорожденных, из которых 137 (64,1%) - выписаны с вы-

здоровлением. Умерло - 19 (8,5%) детей от различных септических осложнений, развившихся на фоне ВУИ и иммунодефицита. Оперировано на стадии перфоративного перитонита - 67(30%) детей, в сроке от 18 часов до 20 суток с момента госпитализации. Объем оперативного вмешательства зависел от распространенности и тяжести процесса, с выведением стом и резекции пораженных участков кишечника. Из оперированных детей выжило - 38(56,7%), в послеоперационном периоде умерло - 29(43,3%) новорожденных от различных осложнений.

Общая летальность среди новорожденных составляет - 21,5%, и остается очень высокой среди оперированных больных - (43,3%).

Выводы. Таким образом, решить проблемы с НЭК очень сложно. Совершенствуя совместную работу акушеров-гинекологов, неонатологов, реаниматологов, детских хирургов, применяя современные методы антенатальной охраны плода, безопасное ведение родов, диагностику, своевременное лечение и профилактику, можно улучшить показатели выживаемости среди новорожденных с некротическим энтероколитом.

ГЛАЗНЫЕ БОЛЕЗНИ

ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ ПРИ НАРУЖНОЙ ДАКРИОЦИСТОРИНОСТОМИИ

Абдулаев А.Б., аспирант, Алиев А. А-Г., молодой учёный,
Шихунов Д.Ш., молодой учёный
ГБУ НКО "Дагестанский Центр Микрохирургии глаза", г.Махачкала
Научный руководитель: д.м.н., проф. Алиев А-Г.Д.

Актуальность. В общей массе глазной патологии воспалительные заболевания вертикального отдела слезоотводящего тракта составляют от 2 до 7,6%.

Воспаления слезного мешка (дакриоциститы) составляют основу всей патологии вертикального отдела слезоотводящего тракта. Дакриоцисториностомия остается основным способом лечения непроходимости слезоотводящих путей. Проблема повышения результативности дакриоцисториностомии, которая чаще проводится наружным (чрескожным) доступом и реже – внутриносовым (эндоназальным), продолжает интересовать офтальмохирургов. Частота рецидивов после этой операции, по данным разных авторов, в отдаленные сроки варьирует в довольно больших пределах – от 1 до 25%, составляя в среднем 13% . Основными причинами неудовлетворительного исхода операции являются несовершенство техники операции, заращение образованного соустья рубцовой тканью, а также неблагоприятное воздействие ринопатологии.

Целью настоящей работы явилась оценка эффективности применения бинарного стента для временной интубации соустья при наружной дакриоцисториностомии.

Материалы и методы. В исследование мы включили 135 больных с патологией слезоотводящих путей, среди которых преобладают пациенты женского пола - 112(82,9%), лиц мужског пола - 23(17%). Возраст пациентов от 19 до 75лет. Всем пациентам проведена дакриоцисториностомия по Дюпюи-Дютану. Хронический дакриоцистит был у 69 пациентов, посттравматический дакриоцистит у 14 пациентов, хронический гнойный дакриоцистит у 38 пациентов. В анамнезе у 6 пациентов наблюдалась флегмона слезного мешка, у 9 пациентов искривление перегородки носа, у 4 пациентов хронический ринит.

Больные были разделены на две группы, сопоставимые по тяжести, локализации, длительности и этиологии заболевания. В основной группе (68 пациентов) после формирования соустья между слизистым носа и слезным мешком, соустье тампонирована бинарным стентом. Начиная со второго дня промывали слезоотводящие пути раствором антибиотиков. Пациенты выписаны на 3-4 день. Бинарный стент удален на 14-16 день после операции. В контрольной группе, состоящей из 67 больных, в послеоперационном периоде проводили промывание слезоотводящих путей раствором антибиотиков в течении 3-4 дней. Пациенты выписаны на 3-4 день после операции.

Эффективность лечения оценивали по следующим критериям: стихание воспалительного процесса, восстановление проходимости слезоотводящих путей, сокращение сроков лечения и снижения рецидивов дакриоцистита.

Всем пациентам перед операцией проводили обследование по стандарт ной схеме: сбор анамнеза, осмотр, проба Ширмера, цветные пробы, риноскопия и рентгенография пазух носа. Восстановление слезопроведения в нос определяли с помощью цветных проб: канальцевой и носовой проб, путем оценки времени прохождения по слезоотводящим путям 3% раствора колларгола. Проходимость слезоотводящих путей определяли с помощью промывания слезоотводящих путей.

Результаты и обсуждение. При оценке исходов лечения отмечено, что применение бинарного стента для временной интубации соустья при наружной дакриоцисториностомии способствовало более быстрому стиханию воспалительного процесса (исчезновение припухлости в области слезного мешка, отсутствие инъекции глазного яблока) и восстановлению проходимости слезооотводящих путей.

В основной группе уменьшение воспалительного процесса происходило в среднем 2,4 дня, в контрольной группе в среднем 4,5 дня.

До операции у всех пациентов основной и контрольной группы канальцевая и носовая пробы были отрицательны. У всех больных основной группы, после удаления стента (10-14дней) носовая и канальцевая проба положительная (эвакуация красителя из конъюнктивальной полости менее 5 минут).У 4 больных контрольной группы, после оперативного вмешательства и послеоперационного лечения (10-14дней) носовая проба отрицательная, у 6 больных замедленная эвакуация красителя из конъюнктивальной полости (10-25минут). Было отмечено сокращение сроков лечения в основной группе 4,5 койко-

дня, в контрольной 6,7 койко-дня. Также отмечено снижение рецидивов дакриоцистита в основной группе. В сроки наблюдения 1-6 мес., в контрольной группе 3 пациента обратились с рецидивом, в основной группе не наблюдалось пациентов с рецидивом. В сроки 6 мес.-1 год, в контрольной группе 5 пациентов, в основной 1 пациент.

Выводы. Таким образом, предлагаемый способ лечения позволяет сократить сроки лечения, быстро купировать воспалительный процесс, восстановить проходимость слезных путей, тем самым повышая эффективность операции наружной дакриоцисториностомии.

РЕВАСКУЛЯРИЗИРУЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРИНЦИПОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ПРИ ВОЗРАСТНЫХ МАКУЛЯРНЫХ ДИСТРОФИЯХ

Тидулаева А.П., молодой учёный,
Алиев А. А-Г., молодой учёный
ГБУ НКО "Дагестанский Центр Микрохирургии глаза",
г. Махачкала
Научный руководитель: д.м.н., проф. Алиев А-Г.Д.

Актуальность. Возрастные макулярные дистрофии (ВМД) являются одним из наиболее частых заболеваний у лиц пожилого возраста и ведущей причиной необратимой потери зрения вплоть до профессиональной слепоты. По данным разных авторов частота дистрофических поражений макулярной зоны в старческом возрасте достигает 30-46%.

Целью настоящей работы явилось улучшение зрительных функций у больных с возрастными макулярными дистрофиями.

Для этого нами разработана новая патогенетически ориентированная комплексная хирургическая методика лечения пациентов с ВМД – метаболическая хирургия – состоящая из следующих процедур:

1) пересечение поверхностной височной артерии (по Г.А. Шилкину),

2) введение в субтеноново пространство к заднему полюсу глаза с помощью специальной канюли взвеси лекарственных веществ (ретиналамин, кортексин, церебролизин, плацентарный гомогенат) на вискоэластическом препарате (2% раствор метилцеллюлозы или гиалуроната натрия),

3) меридиональная бинарная склеропластика с имплантацией разработанного нами бинарного аллотрансплантата (патент РФ на изобретение №2447828), компонентами которого являются твердая мозговая оболочка и коллагеновая губка, обладающие в силу своих гистоморфологических свойств различными сроками резорбции и, соответственно, замещения васкуляризированной соединительной тканью.

Результаты. Данная методика была апробирована при лечении 146 больных (157 глаз) с сухой формой ВМД в развитой и начальной стадиях. Средний возраст пациентов составил 67,6 ± 5,7 лет.

В исследуемой группе больных острота зрения до лечения составляла в среднем 0,21 ± 0,03, после комбинированного вмешательства возросла на 0,33 ($p<0,001$), составив 0,54 ± 0,03.

Суммарные границы поля зрения увеличились в среднем на 86 градусов ($p<0,05$) – с 401,5 ± 9,3 до 488,4 ± 15,1 градусов. В 89% случаев нами отмечалась положительная динамика центрального поля зрения, из них в 57% случаев у пациентов 2-й группы мы отметили исчезновение относительных и абсолютных центральных скотом.

Показатель критической частоты слияния мельканий (КЧСМ) возрос на 8,3 Гц. Необходимо отметить, что полученные послеоперационные результаты сохранялись в течение 1,5 лет в 86% случаев.

Частотно-контрастные характеристики (ПКЧ) в области высоких пространственных частот составили до лечения в среднем 46,7 ± 1,4, а после комбинированного хирургического лечения – увеличились на 42,4% ($p<0,05$), достигнув 89,1 ± 1,8.

Положительная динамика фотостресс-теста составила 35,7±2,15 сек.

Прирост линейной скорости кровотока в ветвях глазничной артерии после сочетанного реваскуляризирующего вмешательства по данным УЗ-допплерографии составил в среднем 4,4 ± 0,79 см/с.

Анализируя полученные данные, мы пришли к следующим **выводам**:

1) разработана новая хирургическая методика лечения макулярных дистрофий, включающая одновременное выполнение операции реваскуляризации хориоидеи с использованием бинарного аллотрансплантата (патент на изобретение № 2447828 от 20.04.2012 г.), пересечения поверхностной височной артерии и введения в субтеноново пространство к заднему полюсу глаза лекарственных взвесей на вискоэластике, и обозначенная нами как метаболическая хирургия;

2) метаболическая хирургия ВМД улучшает регионарную гемодинамику глаза и способствует повышению зрительных функций у 86% с сухой формой ВМД, а различные резорбционные свойства компонентов бинарного аллотрансплантата позволяют добиться реваскуляризирующего эффекта в первый же месяц после операции со стабилизацией процесса в сроки до 1,5 лет.

СИСТЕМА НЕПРЕРЫВНОГО ОТТОКА АСПИРАЦИОННОЙ ЖИДКОСТИ (СНОЖ)

Бутаева П.Ш., ординатор, Джаруллаев Н.Ш., интерн
Кафедра глазных болезней №2 ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., проф. Исмаилов М.И.

Минимизация сроков и способов микрохирургического лечения является одним из важнейших вопросов современной офтальмохирургии. Внедрение нашего предложения в повседневную практику микрохирургического операционного блока позволяет сократить длительность объемных офтальмологических операций, а так же сократить сроки подготовки медицинского оборудования между операциями.

С целью оптимизации рабочего процесса офтальмологического операционного блока в условиях эксплуатации современного микрохирургического медицинского оборудования нами была разработана и предложена система непрерывного оттока жидкости (СНОЖ).

Материал и методы исследования

Под нашим наблюдением были проведены 100 микрохирургических операций факоэмульсификации катаракты (ФЭК) – базовый малоинвазивный метод в микрохирургии катаракты. Новое поколение ультразвуковой аппаратуры, позволяет в широком диапазоне изменять параметры ультразвуковой энергии и проводить эмульсификацию хрусталиковой субстанции при катаракте различной степени плотности с минимальной травмой для окружающих тканей.

В работе современной микрохирургической операционной, операция ФЭК является наиболее частой хирургической процедурой (более 50% объема работы операционного блока). Невозможно представить себе работу микрохирургической операционной без современного оборудования, сбалансированных растворов, ирригации и аспирации в большом объеме. Одной из причин увеличения времени опера-

тивного вмешательства, является ограниченная емкость вакуумного контейнера для сбора аспирационной жидкости (далее «Емкость»: 200 мл в микрохирургической системе Millennium и 300 мл в системе Stellaris (Baush&Lomb, США).

Как известно операция ФЭК состоит из следующих этапов:

1. Формирование тоннельного разреза
2. Введение вискоэластика.
3. Формирование переднего капсулорексиса
4. Гидродиссекция – гидроделиниация
5. Фрагментация ядра хрусталика
6. Удаление хрусталиковых масс
7. Ирригация – аспирация остаточных хрусталиковых масс
8. Введение вискоэластика
9. Имплантация ИОЛ
10. Удаление вискоэластика
11. Гидратация разрезов

Во время всего хода операции необходимо постоянное поддержание тонуса передней камеры, путем создания в ней необходимого давления потоком жидкости. Успех послеоперационного периода находится в прямой зависимости от продолжительности интраокулярных манипуляций, в частности времени и скорости поступления ирригационной жидкости.

Операции ФЭК проводятся с использованием микрохирургических систем Stellaris и Millennium (Baush&Lomb, США) имеющие герметичные кассеты для сбора аспирационной жидкости. Объем одной Емкости, зачастую, бывает недостаточен даже для проведения одной операции ФЭК. По мере заполнения и при каждой последующей операции данные кассеты требуют замены, а также следующего за этим тестирования и калибровки всей микрохирургической системы, что неизбежно увеличивает время операции и сопряжено с дополнительными манипуляциями медицинского персонала.

Результаты исследования:

В связи с изложенным выше, нами предпринята попытка оптимизировать работу микрохирургической операционной без остановки работы на смену Емкости и калибровку системы. С этой целью нами разработана система непрерывного оттока аспирационной жидкости из вакуумной кассеты (емкости) офтальмо-микрохирургической установки.

Емкость, в нашей модификации, представляет собой штатную кассету (Рис. 2, А) для сбора аспирационной жидкости аппаратов фирмы Baush&Lomb с отводом из ПВХ-трубки (Рис. 2, Г) сечением 5мм и длинной 1 метр, конец которой открывается в емкость объемом 5 литров.

Технически данное решение реализуют следующим образом:

1. В нижней трети фронтальной поверхности штатной кассеты для аспирационной жидкости (Рис. 1, А) аппарата Stellaris (Baush&Lomb) на 10мм выше дна выполняют отверстие диаметром 5 мм;

2. В данное отверстие помещают коннектор (Рис. 1, В), который герметично фиксируется к стенкам кассеты с помощью цианокрилатного клея;

3. К коннектору соединяют отвод из ПВХ-трубки (Рис. 2, В) с роликовым зажимом (Рис. 2, Г).

Опытным путем было установлено, что максимальная скорость наполнения емкости для сбора аспирации жидкости (далее Емкость) составляет – 10 мл в минуту. Таким образом:

1. Емкость аппарата Millennium хватит на 20 минут работы на максимальной скорости аспирации раствора

2. Емкость аппарата Stellaris хватит на 30 минут аспирации на максимуме возможностей.

На практике, максимальная скорость аспирации жидкости, при проведении интраокулярных вмешательств не применяется ввиду высокого риска повреждения эндотелия роговицы вихревыми потоками, образующимися при высокой скорости потоков. Таким образом, рассчитанную скорость наполнения Емкости мы приняли как максимально возможную в условиях эксперимента, а в практическом применении мы предполагаем скорость ниже максимальной на 20%.

Интраоперационно, во время этапов, когда хирург не использует микрохирургическую установку, нестерильный медицинский персонал открывает зажим СНОЖ и тем самым осуществляет сброс аспирированной жидкости из Емкости.

Выводы. Таким образом, наша система непрерывного оттока аспирационной жидкости имеет ряд преимуществ по сравнению со штатной Емкостью:

Сокращает время проведения операции.

Уменьшает частоту осложнений:

А. разрыв задней капсулы – за счет того что камера не спадает во время остановки на замену Емкости

Б. отек роговицы – за счет отсутствия резкого механического пульсирующего воздействия в момент начала подачи жидкости в п.к.

В. реактивное воспаление – за счет увеличение времени оперативного вмешательства

Г. экспульсивное кровотечение

Д. макулярный отек

Е. транзиторная гипотензия

Освобождает мед. персонал от дополнительной нагрузки

Сокращает сроки подготовки между операциями

Обеспечивает дополнительный комфорт операционной бригаде

Резюмируя вышеизложенное и как следствие внедрение нашего предложения в повседневную практику микрохирургического блока, способствует увеличению общего количества операций за рабочую смену, позволяет повысить не только комфорт операционной бригады, но и сокращает сроки подготовки медицинского оборудования между операциями.

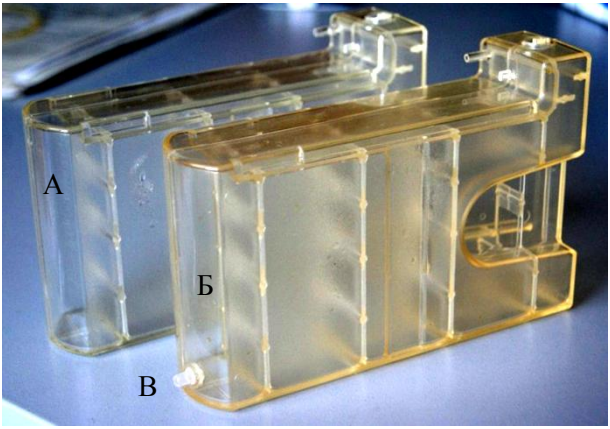


Рис. 1 Вакуумная кассета (емкость) для сбора аспирационной жидкости микрохирургической установки: А - штатная кассета; Б – усовершенствованная кассета; В – коннектор для подключения дренажной трубки.

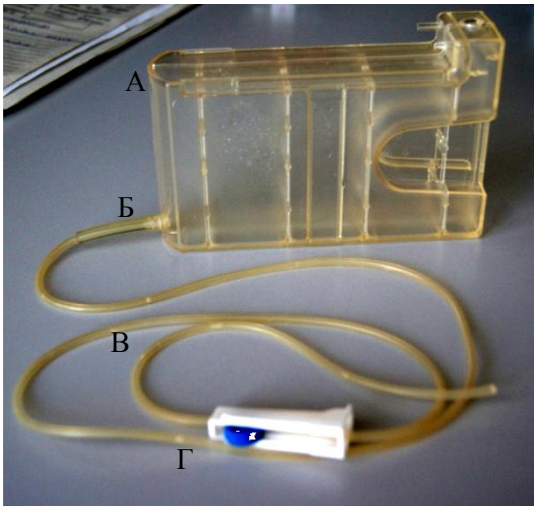


Рис.2 Система непрерывного оттока аспирационной жидкости (СНОЖ) в сборе: А – вакуумная кассета; Б – коннектор; В – дренажная ПФХ-трубка; Г – роликовый зажим.

Рис. 3 Система непрерывного оттока жидкости в работе

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХРОМАТИЧЕСКИХ СВЕТОФИЛЬТРОВ В ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С НЕОБСКУРИРУЮЩИМИ ПОМУТНЕНИЯМИ ОПТИЧЕСКИХ СРЕД ГЛАЗА

Алиева М.А.-Г., молодой учёный,
Алиев А.А-Г., молодой учёный
ГБУ НКО "Дагестанский Центр Микрохирургии глаза",
г. Махачкала
Научный руководитель: д.м.н., проф. Алиев А-Г.Д.

Цель. Повышение зрительных функций у пациентов с необскурирующими помутнениями оптической системы глаза.

Материалы и методы. Визометрия с помощью оригинального тест-объекта (Патент РФ на полезную модель RU 18910 U1), визоконтрастометрия по с.с. Волкову, для количественной оценки степени прозрачности оптических сред глаза использовано оригинальное устройство (Патент РФ на изобретение № 99115639). В исследовании для подбора хроматических светофильтров использовался «Набор пробных очковых линз с нулевой рефракцией – спектральных фильтров НСФ «Лорнет-М» (рис.1). Набор содержит 18 пар афокальных полимерных линз с покрытиями, имеющими определенные спектры пропускания, вставленных в стандартные обоймы пробных очковых линз с диаметром наружного ободка 38 мм. Данный набор является совместной разработкой Московского НИИ глазных болезней им. Гельмгольца, Института биохимической физики РАН и оптического производства ЗАО «Лорнет-М». Набор НСФ является единственным допущенным к применению в клинической практике методом подбора спектральных светофильтров. Использованные в работе хроматические светофильтры имели следующие спектральные характеристики: отсекали свет <390 нм, полностью пропускали свет >500 нм и имели 50%-ное пропускание в области 450-475 нм (способ спектральной коррекции зрения — решение о выдаче Патента РФ на изобретение по заявке №2001118080 с приоритетом от 04.07.01.). В исследовании использовались желтые светофильтры, близкие к желтизне естественных внутриглазных светофильтров (естественный хрусталик в сочетании с макулярным пигментом). Такие фильтры отсекали свет короче 390 нм, полностью пропускали свет свыше 580 нм и имели 50% пропускание в области 450-475 нм.

Результаты. Оценивались абсолютная острота зрения и контрастная чувствительность глаз в зависимости от интенсивности помутнения до и после использования хроматических светофильтров. Динамика этих показателей свидетельствуют, что использование данных светофильтров у пациентов с деструкцией стекловидного тела ведет к повышению остроты зрения в среднем на 40% и контрастной чувствительности — на 25-30%.

Заключение. Хроматические светофильтры с заданными спектральными характеристиками позволяют повысить разрешающую способность глаза при необскурирующих помутнениях оптических сред глаза. Совместное использование светофильтров и диафрагмирующих линз позволяет повысить зрительные функции и при других причинах снижения зрения (иррегулярный астигматизм), когда обычные средства оптической коррекции оказываются неэффективными. Все это позволяет рассматривать хроматическую коррекцию зрения в комплексе с другими видами оптической коррекции (диафрагмирующим компонентом) как дополнительное средство функциональной реабилитации зрения при деструкции стекловидного тела.

ЛАЗЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ХИРУРГИИ СЕТЧАТКИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВОЗРАСТНЫХ ЦЕНТРАЛЬНЫХ ХОРИОРЕТИНАЛЬНЫХ ДИСТРОФИЙ

Закиева С.И., молодой учёный, Алиев А.А.-Г., молодой учёный,
Османова А.Н., молодой учёный
ГБУ НКО "Дагестанский Центр Микрохирургии глаза",
г. Махачкала
Научный руководитель: д.м.н., проф. Алиев А-Г.Д.

Актуальность. Инволюционные центральные хориоретинальные дистрофии (ИЦХРД) являются одним из наиболее часто встречающихся заболеваний людей среднего и пожилого возраста и занимают одно из первых мест среди причин слабовидения и слепоты в экономически развитых странах. По сведениям различных авторов ИЦХРД составляют 45,9% у лиц в возрасте от 35 до 80 и более лет, а в возрастной группе старше 50 лет частота их возрастает до 76,5%.

Цель исследования: оценка эффективности комплексного лечения ИЦХРД, включающего лазерную коагуляцию макулярной области

сетчатки с последующим введением пептидных биорегуляторов (ретиналамин, кортексин) в субтеноново пространство и сравнение преимущества указанного метода лечения при всех стадиях процесса с результатами консервативной терапии в ближайшие и отдаленные сроки наблюдения.

Материалы и методы. Исследования проведены у 93 пациентов (152 глаза) с различными стадиями ИЦХРД. Средний возраст пациентов составил 60,8±8,5 лет. Сроки заболевания после установления диагноза варьировали от 6 месяцев до 5 лет. Всем пациентам до и после лечения проводилось офтальмологическое обследование: визометрия, периметрия (кинетическая и статическая компьютерная), визоконтрастометрия, офтальмоскопия, биомикроофтальмоскопия с трехзеркальной линзой Гольдмана, компьютерная ретинальная томография (HRT-II).

В зависимости от применяемого метода лечения все пациенты с ИЦХРД были распределены на 2 группы. В I группу вошли 45 больных (77 глаз), которым проводилось комплексное лечение, включающее лазерную коагуляцию (ЛК) макулярной зоны сетчатки с последующим (спустя 1 месяц) введением пептидных биорегуляторов (ПБР) в субтеноново пространство на фоне медикаментозного лечения. Лазерное вмешательство заключалось в проведении барьерной ЛК макулы в коагулирующих режимах: диаметр пятна (Д): 50-100 мкм, экспозиция (Т): 0,1-0,2 с, мощность (Р): 100-400 мВт. Во II группу (контрольную) были включены 48 пациентов (75 глаз), получавших только медикаментозное лечение (антиагрегационные, сосудорасширяющие, антисклеротические препараты, ангиопротекторы, антиоксиданты и витамины группы А и Е).

Результаты. В I группе у пациентов с неэкссудативной МД острота зрения (ОЗ) повысилась в среднем на 0,32±0,03 в 85% случаев (14 глаз) ($p<0,05$). Стабильность достигнутых результатов составила 76% (59 глаз). В контрольной группе повышение остроты зрения в среднем на 0,1±0,02 наблюдали в 67% (15 глаз) ($p<0,05$), стабильность эффекта составила 21% (16 глаз). Компьютерная ретинальная томография (HRT-II) выявила максимальное снижение коэффициента отечности у пациентов I группы: в 72% случаев (12 глаз) он снизился на 6,7% ($p>0,05$), а в группе контроля в 46% (11 глаз) – на 1,8% ($p>0,05$).

Результаты визометрии показали, что в I группе у пациентов с рубцовой стадией заболевания комплексное лечение привело к повышению остроты зрения в среднем на 0,13±0,07 в 67% (7 глаз). В кон-

трольной группе у пациентов с рубцовой стадией заболевания отмечали повышение остроты зрения в среднем на 0,013±0,008 в 26% (5 глаз), в 47% – не изменилась, а в 28% наблюдали отрицательную динамику ($p<0,05$). Результаты компьютерной ретинальной томографии пациентов I группы с рубцовой МД показали снижение индекса отечности в 6 глазах (58%). В группе контроля к концу наблюдения в подавляющем большинстве случаев показатели отечности увеличились на 14% ($p<0,05$).

По данным компьютерной статической периметрии применение комплексного лечения у пациентов с ИЦХРД привело к уменьшению количества и сокращению размеров центральных и парацентральных скотом в 82% случаев (63 глаза), снижению дефицита макулярной светочувствительности на 15-25% в 76% (59 глаз) ($p<0,05$). Частотно-контрастная чувствительность повысилась на 20-30% и восстановилась до нормальных показателей во всем исследуемом диапазоне в 70% случаев (54 глаза). Во II группе снижение дефицита световой чувствительности в макулярной области отметили в 49% (37 глаз) ($p<0,05$), показатели частотно-контрастной чувствительности улучшились в 58% случаев (44 глаза) ($p>0,05$).

Выводы. Наиболее эффективным при всех стадиях ИЦХРД является комплексное лечение с применением ЛК макулярной зоны сетчатки и последующим введением в субтеноново пространство ПБР.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА СУХОГО ГЛАЗА У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ХИРУРГИИ КАТАРАКТЫ

Мавраева С.Д., молодой учёный,
Алиев А. А.-Г., молодой учёный
ГБУ НКО "Дагестанский Центр Микрохирургии глаза", Махачкала
Научный руководитель: д.м.н., проф. Алиев А-Г.Д.

Актуальность настоящего исследования обусловлена высокой распространенностью синдрома сухого глаза (ССГ). При этом в течение последних лет уровень заболеваемости увеличивается. Если в 2000–2001 годах – у 10–15%, то в 2004 году этот показатель составил от 5,2 до 63% (Shira E. et al.) в зависимости от критериев диагностики (Майчук Д.Ю. и соавт., 2004). В возрастной группе старше 50 лет ССГ

выявляется более чем у 67% офтальмологических пациентов (Бржеский В.В., Сомов Е.Е., 2002). У части из них состояние гипопродукции слезной жидкости не сопровождается наличием «активных» жалоб и клинических проявлений ССГ (Смиренная Е.В., 2004), что может быть обозначено, как субклинический ксероз.

Цель исследования – изучить возможности профилактики развития ССГ у пациентов старшей возрастной группы после хирургии катаракты с помощью препарата Корнерегель.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 1340 больных (1340 глаз) в возрасте от 51 года до 80 лет. Всем им, помимо стандартного офтальмологического обследования, определяли суммарную слезопродукцию по Ширмеру, стабильность прероговичной слезной пленки (ПСП) по Норну, проводили осмотр слезного мениска и пробу с флюоресцеином. Из сопутствующих заболеваний были выявлены: атеросклероз (76%); гипертоническая болезнь (75,2%); сахарный диабет (11%); дисфункция щитовидной железы (8,3%); климактерический синдром (66,7%); хронический мейбомиит (60,4%); возрастная макулодистрофия (50,1%).

Никому из пациентов диагноз ССГ ранее не выставлялся, специфические клинические проявления отсутствовали, слезозаместительная терапия не проводилась. У 50,8% наблюдавшихся функциональные пробы соответствовали норме или были субнормальными (15,3±1,1 мм для пробы по Ширмеру; 10,1±1,2 с для пробы по Норну), что свидетельствовало об отсутствии ксероза.

Хирургия катаракты включала: экстракапсулярную экстракцию катаракты роговичным разрезом с имплантацией ИОЛ (ЭЭК с ИОЛ) – 121 человек; факоэмульсификацию катаракты с имплантацией ИОЛ (ФЭМ с ИОЛ) – 1219 человек. Все пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от схемы послеоперационной терапии. Пациенты 1 группы (1100 человек, из них: ЭЭК с ИОЛ – 81; ФЭМ с ИОЛ – 1019), помимо стандартной терапии (инстилляции Макситрола 6 раз в сутки), с превентивной целью получали инстилляции препарата Корнерегель 4 раза в сутки. Больные 2 группы (240 человек, из них: ЭЭК с ИОЛ – 40 человек; ФЭМ с ИОЛ – 200 человек) получали только стандартную терапию. Все пациенты наблюдались амбулаторно, обследования проводились на 1, 3, 5, 7, 10 сутки и через 1 месяц после операции.

Для оценки результатов мы пользовались клинической классификацией ССГ В.В. Бржеского, Е.Е. Сомова (2002).

Результаты. В течение 1-3 суток после операции состояние всех наблюдавшихся было расценено, как субклинический ксероз транзиторного характера. Снижение функциональных проб было достоверно более выраженным у пациентов 2 группы. В обеих группах стабильность ПСП была достоверно ниже у пациентов после ЭЭК с ИОЛ. На 5-7 сутки в 1 группе отсутствие ксероза отмечалось у 97,5%; субклинический ксероз – у 2,2%; тяжелый ксероз (сухой кератоконъюнктивит) – у 0,3%. Проявления ССГ были купированы в течение нескольких дней за счет увеличения количества инстилляций Корнерегеля (6 раз в сутки при ксерозе легкой и средней степени; 6-8 раз – при тяжелом ксерозе). Во 2 группе отсутствие ксероза зафиксировано у 3,3% больных, субклинический ксероз – у 68,4%; легкий ксероз – у 9,2%; ксероз средней степени – у 10,8%; тяжелый ксероз (нитчатый кератит) – у 8,3%. Манифестация клинических проявлений ССГ заставила прибегнуть к назначению препарата Корнерегель (4-6 раз в сутки при ксерозе легкой и средней степени; 6-8 раз в сутки при тяжелом ксерозе).

На 10-е сутки наблюдения в 1 группе отсутствие ксероза отмечалось у 98,3% наблюдавшихся; субклинический ксероз – у 1,7%. У пациентов 2 группы отсутствие ксероза было отмечено у 19,6% больных; субклинический ксероз – у 69,2%; ксероз средней степени – у 11,2%.

Через 1 месяц после оперативного лечения жалобы и клинические проявления ССГ отсутствовали у пациентов обеих групп, функциональные пробы были субнормальными и достоверно не отличались у пациентов 1 и 2 групп.

Выводы.

1. У пациентов старшей возрастной группы отмечается множественность воздействия индивидуальных и популяционных факторов риска ССГ, что в ряде случаев приводит к развитию комбинированного ССГ.

2. Необходимо тщательное выявление факторов риска ССГ у пациентов старшей возрастной группы, прицельное выявление наличия его микропризнаков, постановка функциональных проб; наличие ССГ легкой и средней степени (даже с минимальными клиническими проявлениями) является основанием к назначению слезозаместительной терапии перед проведением офтальмологических хирургических вмешательств.

3. Наличие субклинического ССГ является показанием к превентивному назначению препарата Корнерегель после катарактальной хирургии.

4. При наличии множественных популяционных факторов риска возможно превентивное назначение препарата Корнерегель даже при отсутствии субклинического ССГ и нормальных функциональных тестах.

5. Клиническая манифестация ССГ зависит от вида катарактальной хирургии, более предпочтительной является факоэмульсификация катаракты.

6. Рекомендуемая длительность терапии «прикрытия» Корнерегелем составляет 1 месяц.

7. Эффективность Корнерегеля в профилактике клинической манифестации ССГ в послеоперационном периоде катарактальной хирургии у пациентов старшей возрастной группы при частоте инстилляций 4 раза в сутки составила 97,7%.

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

ТЕРАПИЯ КОСТНО-МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ У МНОГОРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН

Алибуттаева Д.А., студентка 523 гр, леч. фак-та;
Магомедова Т.С., студентка 602 гр, леч. фак-та
Кафедра акушерства и гинекологии ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., проф. Эседова А.Э.

Актуальность: Остеопороз имеет большое медико-социальное значение, вследствие высокой частоты остеопоротических переломов. Данная проблема особенно актуальна в отношении многорожавших женщин в период постменопаузы, так как в структуре первичного остеопороза постменопаузльный остеопороз составляет 85%.

Для оценки состояния костной ткани важную роль играет определение биохимических маркеров костного метаболизма. Известно, что биохимические маркеры являются ранними показателями интенсивности костных потерь, представляется интересным установить их информативность в диагностике эффективности заместительной гормональной терапии у женщин в постменопаузе, проживающих в регионе высокой рождаемости.

Цель: Оценка эффективности комплексной терапии костно - метаболических нарушений в постменопаузе у многорожавших женщин.

Материал и методы исследования: В исследование было включено 120 женщин, находящихся в периоде физиологической постменопаузы от 2 до 10 лет. Пациентки были разделены на две группы. 1-ю группу составили 80 женщин с высоким паритетом (3 и более родов), 2-ю группу - 40 женщин с нормальным паритетом (1-2 родов).

Всем пациенткам проводилась комплексная терапия, включающая в себя препараты Фемостон 1/5, СаДЗ-Никомед.

Определяли уровень маркера костной резорбции - С-концевого телопептида (СТх) в сыворотке крови и во второй утренней порции мочи иммуноферментным методом исходно и через 3 - 6 - 9 - 12 месяцев терапии. Кроме того, определяли уровень маркера костного формирования - костной щелочной фосфатазы (КЩФ) в сыворотке крови, а также показатель скорости костного оборота - остеокальцин (ОК) иммунологическим методом тоже исходно и через 3 - 6 - 9 - 12 месяцев терапии.

Результаты исследования: На фоне проводимой комплексной терапии, в состав которой в качестве ЗГТ входил Фемостон 1/5, уже через 3 мес. от начала лечения в 1-й группе отметилось достоверное снижение уровней CTx в сыворотке крови на 35,4% и в моче на 38,4%, тогда как во 2-й группе на 37,2% в сыворотке крови, и 40,2% в моче. Столь выраженная динамика маркеров костной резорбции свидетельствует о высокой эффективности проводимой терапии. К 6-му месяцу снижение уровней маркеров костной резорбции в обеих группах продолжалось, перешагнув 36% барьер у пациенток 1-й группы, как в сыворотке крови, так и в моче и достигнув 39% барьера во второй группе (доходя до 41.4% снижения CTx в сыворотке и до 46,8% в моче у пациенток 2-й группы). Снижаясь и далее к 9-му месяцу, к 1 году лечения уровни CTx в сыворотке крови и в моче достигли значений, характерных для женщин с нормальным паритетом того же возраста, как и у женщин с высоким паритетом.

Также к 3-му месяцу от начала терапии было отмечено снижение показателя костного формирования - КЩФ ($p<0,04$) и ОК ($p<0,04$) во 2-й группе. В 1-й группе эти показатели остались практически неизменными. В дальнейшем показатели КЩФ и ОК, повышаясь во 2-й группе к 6-му месяцу на цифрах, достоверно более низких (в 1,4 раза) относительно снижения в 3 месяца.

Выводы: На основании вышеизложенного можно заключить, что биохимические маркеры костного ремоделирования у пациенток с высоким и нормальным паритетом являются чувствительными тестами для ранней (3-6 мес.) оценки эффективности проводимой терапии, когда денситометрическое исследование минеральной плотности костной ткани еще не информативно. Предложенная комплексная терапия оказывает выраженный антирезорбтивный эффект на костный метаболизм у женщин в постменопаузе, проживающих в регионе высокой рождаемости.

СТОМАТОЛОГИЯ

ВЛИЯНИЕ ТАБАКОКУРЕНИЯ НА СОСТОЯНИЕ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ ПОЛОСТИ РТА

Маликова И.Г., Сабаева В.С., Казанатова Л.М.,
Зубкова М.С. студентки 366 гр. стом. фак-та.
Кафедра внутренних болезней и поликлинической терапии
ГБОУ ВПО Омская Государственная Медицинская Академия
Минздрава России, г. Омск
Научный руководитель: ассистент Багишева Н.В.

Курение табака пагубная привычка, которой подвержена значительная часть населения нашей страны. Курение широко распространено среди лиц как мужского, так и женского пола. Вызывает физическую и психологическую зависимость и является серьезной опасностью для здоровья человека. Сотни цитотоксических химических веществ, которые выделяются при курении, влияют на состояние и функционирование различных органов и систем. В дополнение к никотину (один из наиболее активно используемых наркотических препаратов), сигаретный дым включает в себя почти 4000 различных соединений, многие из которых вызывают рак. В длительном периоде времени курение влияет на все части тела. Чаще всего вызывая болезни легких, сосудов и сердца. А вместе с тем, первый удар вредной привычки принимает на себя ротовая полость. Никотин и смолы, содержащиеся в табаке, повреждают зубы, вызывают болезни слизистой и костной ткани.

Первое, с чем сталкивается курильщик - это эстетическая проблема потемнения зубов. Их пигментирование является результатом накопления дегтя, осаждаемого из табачного дыма, и наиболее выражено в пришеечной части зуба. При этом цвет эмали от коричневого до черного. Отложения табачных смол на зубах - не только косметический дефект, они создают условия для ускоренного образования микробных бляшек и последующего развития кариеса. Кроме того, курение сигарет резко ускоряет образование зубного камня, способствующего развитию гингивита.

Гингивит – воспалительное заболевание десен, при котором поражаются поверхностные ткани десны. Никотин вызывает сужение кровеносных сосудов, что приводит к снижению притока крови к дес-

нам. Раздраженные мягкие ткани «отступают» от зубов, обнажая шейку зуба, не защищенную эмалью. При отсутствии подходящего лечения, гингивит переходит в пародонтит.

Пародонтит – это прогрессирующее воспалительное заболевание в окружающих зуб тканях, что может привести к необратимому разрушению десен и костной ткани, которые удерживают зуб. В результате воспалительных процессов образуются карманы в десне возле зубов, вызывая кровоточивость десен, подвижность зубов, гнойные выделения. В конечном итоге это приводит к потере зубов, что у курильщиков наблюдается два раза чаще, чем у не курящих людей.

Наиболее распространенной патологией десен у курильщиков является язвенно-некротический гингивостоматит. Это острое заболевание возникает в результате действия микробного фактора и курения при недостаточной гигиене полости рта. Токсические компоненты табака, скапливающиеся на слизистых, сужают сосуды, нарушают кровообращение и вызывают атрофию тканей. Это способствует проникновению инфекции. Десны отекают, становятся красными и начинают кровоточить, появляются изъязвления межзубных сосочков. Больные беспокоит неприятный запах изо рта, слюнотечение, металлический привкус и боль во время приема пищи.

Курение отрицательно влияет на заживление ран во рту. Это связано с пониженным кровоснабжением, вызванным никотином и сухостью во рту. Не курите после того, как вам проводилось хирургическое вмешательство, в том числе удаление зуба! Если, однако, вы продолжите злоупотреблять табаком, повышается риск развития альвеолита или так называемой «сухой лунки». После экстракции в лунке удаленного зуба образуется кровяной сгусток, защищающий кость и нервные окончания. Однако курение противодействует успешному заживлению и препятствует формированию кровяного сгустка, в результате чего кость и нервные окончания становятся уязвимыми. Это может привести к инфицированию и возникновению сильной боли, плохого запаха изо рта и неприятным вкусовым ощущениям.

Курение вызывает устойчивый неприятный запах изо рта – галитоз. Причиной неприятного дыхания является сохранение и выдох табачного дыма. Никотин, смола и другие вещества, содержащиеся в табачном дыме, накапливаются на зубах и мягких тканях рта курильщика – деснах, щечной ткани, языке. Употребление табака негативно влияет на состав слюны, нарушает ее pH, что провоцирует дисбакте-

риоз полости рта и также может стать причиной выделения зловонного запаха, курение обезвоживает ткани ротовой полости, отчего ослабевает увлажняющее и дезинфицирующее действие слюны.

Целью нашего исследования была оценка частоты встречаемости изменений полости рта у курящих лиц.

Материалы и методы. В исследование включено 207 студентов разных вузов города Омска от 17 до 25 лет, средний возраст 20,3±2,3 года, среди них мужчин - 89, женщин - 118. В зависимости от наличия или отсутствия курения было выделено 2 группы: 1 группа - курящие – 57 человек (27,5%), средний возраст 21,4±3,1 года, м/ж 20/23, 2 группа – некурящие – 150 (72,5%), средний возраст 19,1±3,2 года, м/ж 21/23. Следовательно, каждый четвертый студент ежедневно подвергается влиянию табачного дыма и всех его химических составляющих, риску проявления стоматологических заболеваний. Всем, включенным в исследование проведен осмотр мягких тканей полости рта и зубов для оценки частоты встречаемости кариеса, гингивита, галитоза, язвенно-некротический гингивостоматит.

Результаты исследования. В 1 группе среди курящих достоверно выше встречается кариес твердых тканей зубов, галитоз и гингивит, в сравнении с некурящими. Кроме того, обращает на себя внимание слабое заживление лунки, после удаления зуба у курящих (жалобы на кровотечение через 3 дня после удаления) -3 человека и, не смотря на молодой возраст обследованных, обнаружение пленки белого цвета на нёбе (возможна лейкоплакия) – 2 человека (табл. 1).

Таблица 1

Частота встречаемости изменений полости рта.

Признак	**1 группа (курящие) %**	**2 группа (некурящие) %**
Кариес	33	9
Гингивит	4	0
Галитоз	23	4
гингивостоматит	0,4	0
парадонтит	3	0
кровоточивость	3**	0
Кандидоз полости рта	5	0
Пигментация эмали	16	10

* $p < 0,05$, $p > 0,05$

У студентов 2 группы, которые не имеют вредной привычки курения, обнаружены в ротовой полости малое количество зубов с пигментацией, отсутствие осложненных стоматологических заболеваний и малый процент иной патологии.

Выводы:

1. Табачный дым вызывает различные патологические процессы в тканях ротовой полости, что ведет к повышению числа заболеваемости кариесом, кандидозом, гингивитом, пародонтитом.

2. Под влиянием различных смол, входящих в состав табачного дыма наблюдается повышенная пигментация эмали и изменяется запах изо рта, что ведет и к эстетическим проблемам.

3. Канцерогенный эффект табака проявляется развитием онкологических заболеваний слизистой губы и ротовой полости, смертность от которых среди курильщиков в 24 раза выше, в сравнении с некурящими.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНТЕНСИВНОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ ГЕМОФИЛИЕЙ И ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ В СРАВНИТЕЛЬНОМ АСПЕКТЕ

Габибуллаева С.А., аспирант
Кафедра стоматологии ФПК и ППС ДГМА
Научный руководитель: к.м.н., проф. А.И. Абдурахманов

Актуальность. К настоящему времени накоплено множество данных о сочетанном характере генерализованных воспалительных поражений пародонта с различными заболеваниями внутренних органов (Горбачева И.А., Кирсанова А.И., 2004). Габибуллаева С.А., аспирант.

Влияние общесоматической патологии на поражение пародонта относится к одной из наиболее интенсивно разрабатываемых проблем. Такие патологии затрагивают все основные элементы этиологии и патогенеза заболеваний пародонта, включая бактериальную инвазию, защитные свойства организма, репаративные процессы, кровообращение и метаболизм в тканях пародонта.

В последнее время наряду с изучением экзогенных причин возникновения хронического генерализованного пародонтита, все большее внимание исследователей отводится эндогенным факторам, в первую очередь – заболеваниям внутренних органов (Максимовская Л.Н., Николаева И.В., 2006; Каргин Д.В., 2007; Mombelli A., 2003).

Взаимосвязь между общесоматическими заболеваниями и состоянием органов полости рта объясняется нарушением метаболизма, гемодинамики, иммунологическими и нейрорегуляторными нарушениями и сдвигами микробиоценоза (Цепов Л.М. и соавт., 2003; Nunn M.E., 2003).

Обследование И.А. Горбачевым и А.И. Кирсановым (2004) более 1000 больных генерализованным пародонтитом позволило установить 100% заболеваемость этих пациентов внутренними болезнями.

Цель работы: дать оценку интенсивности воспалительных заболеваний пародонта у больных гемофилией и железодефицитной анемией по материалам республики Дагестан.

Материалы и методы исследования. Всего под нашим наблюдением находилось 63 человека, из них 33 больных гемофилией и 30 человек страдающих железодефицитной анемией. Средний возраст, в группе больных гемофилией составил 27,8±1,3 года, а в группе с железодефицитной анемией – 28,0 ± 1,0 год.

Для оценки распространенности и интенсивности заболеваний пародонта практически во всех странах используют индекс нуждаемости в лечении заболеваний пародонта – CPITN. Этот индекс был предложен специалистами рабочей группы ВОЗ для оценки состояния тканей пародонта при проведении эпидемиологических обследований населения.

В настоящее время сфера применения индекса расширилась, и он используется для планирования и оценки эффективности программ профилактики, а также расчета необходимого количества стоматологического персонала. Кроме того, в настоящее время индекс CPITN применяется в клинической практике для обследования и мониторинга состояния пародонта у отдельных пациентов.

В связи с этим, можно считать индекс CPITN скрининговым тестом, как на популяционном, так и на индивидуальном уровнях.

Этот индекс регистрирует только те клинические признаки, которые могут подвергнуться обратному развитию: воспалительные изменения десны, о которых судят по кровоточивости, зубной камень.

Основные преимущества индекса CPITN – простота и скорость его определения, информативность и возможность сопоставления результатов.

Для зондирования шарик зонда осторожно помещался в десневой карман и определялась его глубина по цветовому коду. Также определялась общая протяженность кармана и регистрировался самый большой цифровой показатель кода данного индекса.

Результаты исследования. Как видно из таблиц 1 и 2 изучение показателей интенсивности поражения пародонта с применением индекса CPITN показало, что при гемофилии количество интактных секстантов в среднем составило 0,30±0,08, тогда как при железодефицитной анемии таковых секстантов было статистически значимо больше – 0,90±0,01 (p<0,001). Наиболее легкие симптомы поражения пародонта – кровоточивость десен и зубной камень у больных гемофилией и железодефицитной анемией существенно не отличались. Так кровоточивость была в 1,61±0,14 и 1,60±0,02 секстантах, а зубной камень в 2,27±0,12 и 2,47±0,03, соответственно. Секстанты с более тяжелыми поражениями пародонта в группе больных гемофилией встречались чаще. Пародонтальный карман глубиной 4-5 мм выявлен у больных гемофилией в 1,27±0,15 секстантах, тогда как, при железодефицитной анемии их было 0,87±0,01 (p<0,001). Число секстантов, где имелись пародонтальные карманы глубиной 6 мм и более у пациентов железодефицитной анемией ниже более чем в два раза, чем у больных гемофилией, соответственно – 0,21±0,07 и 0,10±0,001.

Таблица 1.

Показатели интенсивности признаков патологии пародонта у больных гемофилией

Показатели	Индекс CPITN (сектанты)				
	Интактные секстанты	Кровоточивость	Зубной камень	Карман 4-5мм	Карман 6мм и более
Количество секстантов	10	53	75	42	7
M±m	0,30±0,08	1,61±0,14	2,27±0,12	1,27±0,15	0,21±0,07

Таблица 2.

Показатели интенсивности признаков патологии пародонта у больных железодефицитной анемией

Показатели	Индекс CPITN (сектанты)				
	Интактные секстанты	Кровоточивость	Зубной камень	Карман 4-5мм	Карман 6мм и более
Количество секстантов	27	48	74	26	3
M±m	0,90±0,01	1,60±0,02	2,47±0,03	0,87±0,01	0,10±0,001

Вывод. В группе больных гемофилией интенсивность поражения пародонта выше, чем у пациентов с железодефицитной анемией.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПЬЮТЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ЗВЕНА ВРАЧ-РЕГИСТРАТОР В ГОРОДСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ

Нарчаев М.А., аспирант
Кафедра терапевтической стоматологии ДГМА
Научный руководитель – д.м.н., доцент Меджидов М.Н.

Медицинская карта стоматологического больного – основной документ, необходимый для заполнения врачом-стоматологом. Однако, при анализе карт были обнаружены произвольная форма записей, сокращения, исправления, утерянные рентгеновские снимки. Неполное, некачественное заполнение карты — актуальная проблема, приводящая диспансеризацию к простой формальности, снижающая достоверность любых исследований. Одной из причин этой проблемы нам представляется то, что врачи не могут выделить время для заполнения всей необходимой документации – медицинской карты стоматологического больного (Форма 043/у), листка ежедневного учета работы, сводной ведомости учета работы и других. Но содержательные записи – об установленных фактах и о соображениях врача – в истории болезни необходимы. Они имеют организационное, лечебное, научное, образовательное и юридическое значение. Записи должны быть полными, точными, легкочитаемыми.

Неудобством «бумажных документов» всегда считалась невозможность сортировки сведений. Это затрудняет пользование медицинской картой как для того, чтобы составить представление о пациенте, так и для обобщений, для комплексного анализа. Результат – снижение клинической и экономической эффективности медицинской помощи.

Для облегчения работы врача-стоматолога мы предлагаем переход к электронной форме записи. Документ при этом приобретает ряд преимуществ: он защищен от большинства орфографических, стилистических, логических и терминологических ошибок, для дневника лечения могут быть заранее заготовлены наборы шаблонов. Наконец, можно поручить компьютеру вычисление производных величин. За

врачом или регистратором надо оставить только ввод первичных данных: паспортной части, даты рождения, даты первичного посещения. Также обеспечится демонстративность всех данных, быстрый доступ к ним.

Разнообразие программного обеспечения для такого перехода достаточно велико. Существуют варианты от простого фиксирования пациентов до стоматологических управляющих информационных систем (2,8), но в них есть неудобство: нужны расходы для приобретения программного обеспечения, компьютеров в кабинеты и объединения их в локальную сеть. Экономическая эффективность частных кабинетов и клиник эконом-сегмента здесь остается под вопросом. Отличие нашего предложения в том, что многие из вышеуказанных достоинств электронной регистратуры мы размещаем на мобильном телефоне врача.

Цель исследования: оптимизация взаимодействия звена врач-регистратор в городской стоматологической [поликлинике путем внедрения компьютерной программы, отвечающей за обработку данных.

Материалы и методы. Исследования проводились в стоматологическом отделении клинико-диагностической поликлиники Дагестанской государственной медицинской академии. Было заполнено 360 медицинских карт стоматологического больного в электронном виде. Из них была произведена выборка из 15 карт и были образованы 2 группы. Первая — контрольная группа карт со стандартным заполнением бланка (форма 043/у). Вторая группа — те же 15 карт, но заполненные с помощью нашей программы. Эта программа разработана в процессе нашей работы на базе программы Microsoft Excel 2003 и предназначена для перевода личных записей врача в правильно заполненный бланк истории болезни. По классификации медицинских информационных систем эта программа относится к медицинским информационно-справочным системам, то есть она предназначена для поиска и выдачи медицинской информации по запросу пользователя.

Целью программы является передача электронике всей рутинной «бумажной» работы, составления отчетов, расчета лучевой нагрузки пациента, всех качественных и количественных показателей работы врача, веде-ия календаря, автоматический ввод кодов диагнозов и услуг, согласно МКБ-10, записи пациентов на прием. Программа позволяет получать мгновенный доступ к данным прошлых посещений, автоматизировать все статистические научные исследования.

Документ при этом приобретает ряд преимуществ: он защищен от большинства орфографических, стилистических, логических и терминологических ошибок, для дневника лечения могут быть заранее заготовлены наборы шаблонов. Наконец, можно поручить компьютеру вычисление производных величин. За врачом или регистратором надо оставить только ввод первичных данных: паспортной части, даты рождения, даты первичного посещения. Также обеспечится демонстративность всех данных, быстрый доступ к ним.

Сущность метода состоит в том, что ход лечения врач записывает на электронный носитель с помощью удобных ему шаблонов, а полное заполнение бланка и все расчеты программа выполняет сама после переноса данных с телефона на компьютер в регистратуре, в который установлена ведущая часть нашей программы. В мобильный телефон введены базовые возможности программы, в КП К у врача есть возможность сортировки пациентов и быстрого доступа к данным, но в обоих случаях результат один: программа выдает качественно заполненную форму 043/у.

В отличие от стандартного статистического исследования, которое по определению является выборочным, то есть работа проводится с выборочной совокупностью из-за невозможности охвата всех данных, при компьютерном исследовании в связи с отсутствием изменения трудозатрат при подсчетах выборка не производится, исследуется вся генеральная совокупность, обладающая самым высоким уровнем репрезентативности.

В стоматологии Дагестана внедряются новые технологии, овладеть которыми нашим специалистам мешают отставание технологической оснащенности лечебных учреждений, а также недостаточная профессиональная подготовка. Нужна информация, необходимо обучение новым технологиям. Преимущество нашего метода состоит в том, что в отличие от подобных стоматологических управляющих информационных систем нет необходимости переоснащать всю клинику, устанавливать компьютеры в каждый рабочий кабинет, объединять их в сеть, устанавливать дорогостоящее программное обеспечение, проводить обучение всего врачебного персонала клиники и работников регистратуры работе с программой. Все вышеуказанные достоинства электронной регистратуры есть и в нашей программе, но необходимое переоснащение — это всего лишь компьютер в регистратуре, в который установлена основная часть нашей программы. Связь с дан-

ными всех врачей поликлиники осуществляется с помощью технологии беспроводной передачи данных (Bluetooth).

Необходимо было разработать алгоритмы быстрой и эффективной передачи данных в звене врач-регистратор в обоих направлениях.

Направление регистратор — врач: при явке пациента на прием медсестра рабочего кабинета направляется в регистратуру и скачивает данные этого пациента на мобильный телефон и приносит их врачу. Эта процедура проводится только в том случае, если врачу нужны данные прошлых посещений этого пациента. Если - пациент первичный или информация о предыдущих посещениях в данный момент не важна, то скачивать данные не нужно. Здесь экономится время на поиск медицинской карты, а также сводится к нулю риск перекрестной инфекции, в которой задействованы с одной стороны — регистратор, с другой — стоматологическая бригада.

Направление врач — регистратор: в конце рабочего дня врач «сбрасывает» данные в компьютер регистратуры, записанные в течение рабочего дня в записную книжку мобильного телефона. С врача снимается необходимость заполнения формы 043/у, при условии, что он правильно записал лечение в своих заметках с помощью шаблонов. Полный, качественно заполненный бланк медицинской карты стоматологического больного программа оформит сама.

Результаты исследования. Мы сравнили скорости заполнения дневника лечения в медицинской карте стоматологического больного по протоколу и в нашей программе по шаблонам, подобранным самим врачом **и** получили сокращение времени заполнения на 95%. Также сравнили скорость доступа к данным прошлых посещений, скорость составления отчета, скорость статистических исследований по определенному параметру и получили сокращение времени работы на 50, 96 и 92%, соответственно.

Выводы. Использование программы позволило существенно сэкономить время врача без материальных затрат, что в свою очередь привело как к экономической эффективности, так и к тому, что внимание врача больше акцентировалось на пациента, а не на оформление медицинской документации.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ОСНОВНЫХ ОДОНТОГЕННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Сиротенко А.Г., студентка 411гр. стом. фак-та
Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии с усовершенствованием врачей ДГМА
Научный руководитель: к.м.н., доц. Ордашев Х.А.

Актуальность: увеличение числа больных воспалительными заболеваниями, изменение характера течения гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области, появление новых методов диагностики и средств лечения требуют постоянного обновления, обобщения и систематизации знаний в этой области. Воспалительные процессы в челюстно-лицевой области чаще всего бывают одонтогенного происхождения. Число госпитализируемых больных находится в прямой зависимости от уровня постановки санационной профилактической работы, от возросшей патогенности стафилококковой инфекции, от уровня стоматологической помощи, оказываемой на догоспитальном этапе.

Целью нашего исследования явилось проведение анализа частоты, характера и причин осложнений на хирургическом приеме стоматологических учреждений за последние 5 лет с определением мероприятий по их профилактике.

Материал и методы исследования: проведено изучение архивного материала – 1473 историй болезни больных с наиболее часто встречающимися воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области (абсцессы, флегмоны, острый и хронические остеомиелиты, одонтогенные гаймориты), поступивших на лечение из поликлиник и частных кабинетов в отделение челюстно-лицевой хирургии РКБ за период 2009-2013 гг., что составило 22,1% от общего числа госпитализированных и пролеченных за этот период больных. Возраст пациентов - от 18 до 77 лет. Среди поступивших большую группу составляют сельские жители – 692 пациента (47% от числа всех поступивших).

Пациентов госпитализировали со следующими диагнозами: постинъекционные абсцессы и флегмоны, луночковые кровотечения, острые и хронические остеомиелиты челюстей, запущенные одонтогенные абсцессы и флегмоны, гаймориты с перфорацией дна пазухи. Расхождение диагнозов направившего учреждения и окончательного клинического составило 252 случая, что составляет 17% от числа всех поступивших.

Результаты исследования: среди больных достаточно большой процент (≈ до 40%) составляют пациенты с запущенными одонтогенными абсцессами и флегмонами в связи с неадекватным затяжным консервативным лечением острого периодонтита и периостита, с некачественным вскрытием очага или без вскрытия.

В группе больных с ограниченным или диффузным остеомиелитом челюстей (около 35%) также отмечалось: несвоевременно проведенная периостотомия, поздние сроки удаления причинного зуба, небольшие дозы антибиотиков и т.п.

В группе больных с одонтогенными гайморитами (≈10%) число пациентов с перфорацией дна гайморовой пазухи при травматичном удалении верхних моляров увеличивается.

Количественные показатели госпитализации больных в отделение челюстно-лицевой хирургии РКБ по нозологическим формам приведены в таблице 1.

Таблица 1

Количество поступивших больных за период 2009 – 2013 гг.

Нозологическая форма	**2009 год**	**2010 год**	**2011 год**	**2012 год**	**2013 год**	**Всего**
1. Абсцессы, флегмоны	131	142	103	126	175	677
2. Острый остеомиелит	68	50	79	55	68	320
3. Хронический остеомиелит	81	75	72	50	55	333
4. Одонтогенный гайморит	38	21	23	26	35	143
Всего:	318	288	277	257	333	1473

Выводы: основываясь на данных проведенного анализа, мы систематизировали следующие выводы:

1) На поликлиническом этапе врачи стоматологических учреждений широко используют современные обезболивающие средства.

2) Несмотря на расширение сети стоматологических учреждений, увеличение числа санированных пациентов, за последние 5 лет не отмечено снижение общего числа больных, поступающих в стационар из поликлиник.

3) Госпитализация больных с осложнениями после удаления зуба происходит в основном из отдельных учреждений частного сектора, где оперативное лечение проводят врачи без должной хирургической

подготовки. Из хирургических кабинетов крупных стоматологических поликлиник, где прием осуществляется высококвалифицированными стоматологами-хирургами, сохраняя тесную преемственность со стационаром, больные поступают редко.

4) Отдельную группу больных с запущенными одонтогенными воспалительными процессами составляют жители сельской местности, несвоевременно обращающиеся к специалистам для проведения своевременной санации полости рта.

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОПТИМИЗИРОВАННОГО КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПАРОДОНТИТОМ НА ФОНЕ СОПУТСТВУЮЩЕЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Эфендиев М.Н., аспирант, Меджидова Н.Д., молодой учёный
Кафедра терапевтической стоматологии ДГМА
Научный руководитель, д.м.н., доцент Меджидов М.Н.

Актуальность. Наличие соматических заболеваний в организме оказывает отягощающее влияние на течение пародонтита, влияя в первую очередь, на состояние иммунной системы организма.

Цель - оценка эффективности сочетанного использования иммуномодулирущего препарата «Полиоксидоний» и метаболического средства «Милдронат» в комплексном лечении больных хроническим генерализованным пародонтитом (ХГП) на фоне сопутствующей соматической патологии.

Материал и методы. Пациентов в зависимости от методов лечения с помощью рандомизации разделили на 2 группы: 1-ю (основную) (12 - ХГП в сочетании с язвенной болезнью желудка и 42 - в сочетании хроническим пиелонефритом в возраст - от 22 до 45 лет) и 2-ю (сравнения) (10 - ХГП в сочетании с язвенной болезнью желудка и 42 - в сочетании хроническим пиелонефритом). Средний возраст пациентов в исследуемых группах, соответственно, составлял 32,9±5,15 лет и 30,5±3,18 лет.

В 1-й группе к традиционной терапии добавляли иммуномодулятор «Полиоксидоний» (по 12 мг 2 раза в день, per os, в течение 14 дней) и метаболический препарат «Милдронат» (по 250 мг на прием, 3 раза в сутки, две недели). В 2-й группе проводили только традиционное лечение.

При оценке эффективности в динамике лечения больных обеих групп наряду с использованием клинических индексов (ИГ по Грину-Вермиллиону, ПИ по Расселю, РМА по Парме) определяли глубину пародонтального кармана, уровень потери зубодесневого соединения и уровень десневой жидкости по Бареру Г.М. и соавт. (1986). Рентгенологическое исследование включало ортопантомографию и прицельную рентгенографию.

Результаты. Больные, получившие полиоксидоний и милдронат в комплексной терапии, уже после 5-й процедуры отмечали исчезновение гиперчувствительности десен и оголенных шеек зубов, снижение кровоточивости десен, уплотнение и восстановление цвета десны. Индекс РМА до лечения составил в 1-й группе - 61,1, во 2-й - 58,3. После проведенного лечения показатели индекса снизились соответственно до 27,1 и 29,8. Количество десневой жидкости в 1-й группе до лечения составило 2,06 мл, после лечения - 1,79 мл; во 2-й группе до лечения 2,20 мл и после лечения 1,6 мл. До лечения у пациентов основной группы с легкой степенью пародонтита параметры других индексов в среднем составили: ИГ - 1,9, ПИ - 4,6 (контрольной группы соответственно 1,9 и 4,7), при средней тяжести: ИГ - 2,5, ПИ - 5,4 (контрольной группы соответственно 2,4 и 5,3). После лечения эти параметры у больных 1 и 2 групп при легкой степени тяжести составили соответственно: ИГ - 0,12, ПИ - 0,88 и ИГ - 0,36, ПИ - 1,4; при средней степени тяжести - ИГ - 0,14, ПИ - 2,5 и ИГ -0,48, ПИ - 1,7. Глубина пародонтального кармана и уровень потери зубодесневого соединения к концу курса лечения достоверно сократились у больных основной группы с 5,8 0,1 мм до 2,8 0,2 мм и 6,2 0,1 мм до 3,1 0,1 мм соответственно. У пациентов контрольной группы эти показатели уменьшились незначительно: с 5,6 0,2 мм до 3,7 0,3 мм и с 6,0 0,2 до 4,1 0,1 мм соответственно. У 9 пациентов основной группы были купированы признаки местного воспаления в тканях пародонта, о чем судили по исчезновению гиперемии и отечности слизистой оболочки десны и по уменьшению подвижности зубов. Что касается пациентов контрольной группы, то у них заметных клинических признаков улучшения состояния пародонта к данному сроку наблюдения не отмечалось.

Рентгенологические исследования показали, что уже через 1,5 месяца после начала комплексного лечения у пациентов основной прозрачность костной ткани уменьшалась: наблюдалась тенденция перехода пораженных участков в нормальную костную ткань, крупнопет-

листость была менее выражена, что свидетельствовало об увеличении плотности костной ткани, вовлеченной в патологический процесс. У пациентов группы сравнения такие рентгенологические изменения наблюдались значительно меньше.

Заключение. Таким образом, можно сделать вывод о клинической эффективности сочетанного применения препаратов «Полиоксидоний» и «Милдронат» в комплексном лечении ХГП на фоне сопутствующей соматической патологии.

ОПТИМИЗИРОВАННЫЙ ВАРИАНТ ЛЕЧЕНИЯ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА

Гамзалова Н.Б., студентка 401 гр. стом. фак-та
Кафедра терапевтической стоматологии ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., доцент Меджидов М.Н.

Одно из наиболее часто встречающихся заболеваний слизистой оболочки рта — простой пузырьковый лишай (простой герпес). Известно, что медикаментозное лечения герпетических высыпаний эффективно только в самый начальный период, до высыпания пузырьков, в любом другом случае уже проявившийся герпес заживает в течение 12-14 дней. Поэтому лечение герпетических проявлений является актуальной проблемой.

На данный момент мы имеем большой арсенал противовирусных препаратов, для общего и местного воздействия, которые способны продуктивно воздействовать на проявившиеся герпетические образования только в самом начале, до появления периода активных высыпаний.

Использование диодного лазера в комплексном лечении вирусных заболеваний слизистой оболочки рта открывает новые перспективы. Терапевтический эффект достигается при поглощении энергии лазерного пучка тканями, вызывая такие явления, как деструкция, испарение, ампутация, коагуляция, фотодинамика и биостимуляция. Начало воздействия характеризуется разогревом тканей, денатурацией белка и обезвоживанием, затем происходит обугливание, испарение и сжигание патологических тканей. Поскольку лазер оказывает биостимулирующее действие, процессы заживления протекают быстрее, чем при использован традиционных методов лечения.

Цель исследования: повысить эффективность лечения вирусных заболеваний слизистой оболочки рта, используя в комплексной их терапии диодный лазер.

Материал и методы исследования. На клинической базе ГБОУ ВПО ДГМА нами было обследовано 29 пациентов в возрасте 21-35 лет с герпетическими проявлениями. В анамнезе у данной группы пациентов на основании анкетирования выявлены заболевания ЖКТ, частые острые респираторные инфекции, хронический тонзиллит, аллергические реакции на медикаментозные препараты. Все пациенты отмечали неоднократное появление герпетических высыпаний, которые носили сезонный характер или возникали после перенесенных простудных заболеваний. На основании стоматологического обследования был поставлен диагноз: хронический рецидивирующий герпес красной каймы губ (24 пациента), единичные проявления. У 5 пациентов герпес локализовался на крыле носа (единичные проявления). Пациенты предъявляли жалобы на эстетический недостаток. В период герпетических высыпаний пациенты отмечали неприятные ощущения, чувство распирания, жжение, боль, зуд. При осмотре на гиперемированном фоне обнаружен пузырьки с прозрачным серозным содержимым. Первые высыпания появились за сутки до приема.

Всем пациентам была проведена однократная обработка герпетических высыпаний диодным лазером SiroLaser. Режим «Герпес», мощность излучения 2-2,4 Гц, время экспозиции 2-3 секунды в бесконтактном методике. Во время процедуры пациенты отмечали незначительное покалывание. После проведенной лазеротерапии неприятные ощущения полностью исчезли, на второй день на месте пузырьков образовались корочки светло - желтого цвета, которые к 4-5-му дню отторгались, не оставляя пигментации.

Выводы:

1. Применение диодного лазера в комплексном лечении герпетического стоматита целесообразно и эффективно, так как позволяет добиться эпителизации герпетических высыпаний за короткий промежуток времени — до 5 дней.

2. Простота, безболезненность метода, быстрое устранение неприятных ощущений, видимых патологических изменений в области красной каймы губ, крыльев носа привлекает пациентов.

3. Лазеротерапия — эффективный метод лечения для пациентов с аллергологическим статусом (непереносимость противовирусных препаратов).

ПРИМЕНЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПОДСЧЕТА ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАБОТЫ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА

Нарчаев М.А., аспирант
Кафедра терапевтической стоматологии ДГМА
Научный руководитель – д.м.н., доцент Меджидов М.Н.

Электронная история болезни в России - явление относительно новое. Хотя необходимость перехода на безбумажную форму регистрации назрела уже давно, но в начале своего развития вопрос перехода на компьютерное ведение медицинской документации развивался только за счет частных инициаторов. Дело в том, что до последнего десятилетия не было правовой поддержки для такого перехода (Е.О. Данилов, 2002; В.Ф. Мартыненко и соавт., 2009). Положение изменилось с 1 января 2008 г, когда в силу вступил первый национальный стандарт в области медицинской информатики — «Электронная история болезни» [12]. Раньше постановка диагноза по электронным карточкам была незаконна, но с введением нового стандарта, нормативная база позволила клиникам полноценно использовать наработки в области автоматизации, тем более, что со стороны правительства такой переход начал получать прямую поддержку.

Не осталась в стороне этих процессов и стоматология, в которой развитие цифровой документации развивалось точно так же. Бланк медицинской карты стоматологического больного (форма 043/у) давно нуждался в корректировке, поскольку в нынешнем виде он не отражает специфических моментов, свойственных применяемым в современной стоматологической практике новейшим организационным, клиническим и компьютерным технологиям диагностики и лечения (А.И. Манин, 2006; А.А. Кулаков и соавт., 2009; Н.Н. Полушкина, 2010) . Еще одной причиной, по которой необходимо перевести документацию на электронный язык, являются недостатки бумажного документа и несовершенство существующего порядка ведения стоматологических документов лечащими врачами, ведущие к серьезным нарушениям, иногда трудно отслеживаемым, что в последующем может привести к различным проблемам от простого неудобства работы с документом до причинения вреда пациенту при повторном обращении к врачу (В.Ю. Дорошина и соавт., 2010). Ошибки при ведении документации допускаются всеми звеньями, которые взаимодействуют со стомато-

логической документацией: лечащим врачом, регистратором и медицинским статистом, но так как ответственность за любые нарушения, связанные с регистрацией медицинской помощи лежит на учреждениях здравоохранения, то, в конечном счете, штрафные санкции со стороны страховой компании применяются к администрации поликлиники. Автоматизация организационных вопросов в стоматологической поликлинике стала бы очевидным решением, повышающим эффективность основного документа стоматологического пациента, однако, каким бы заманчивым не был полный переход на один из разработанных вариантов частных электронных стоматологических карт, все существующие в настоящее время программные продукты не соответствуют установленным Минздравом формам, в частности остается фактически действующим Приказ Минздрава СССР №1030 1980 года, который утверждает форму 043/у.

Цель исследования: оптимизация работы кабинета медицинской статистики в государственной стоматологической поликлинике путем разработки и внедрения компьютерной программы для автоматического подсчета показателей работы врача-стоматолога.

Материалы и методы исследования. Работа выполнялась в Клинико-диагностической поликлинике Дагестанской государственной медицинской академии. Было заполнено 304 медицинских карт стоматологического больного в электронном виде. Из них была произведена выборка из 15 карт и были образованы 2 группы. Первая — контрольная группа карт со стандартным заполнением бланка (форма 043/у). Вторая группа — те же 15 карт, но заполненные с помощью нашей программы. Эта программа разработана в процессе нашей работы на базе программы Microsoft Excel 2003 и предназначена для перевода личных записей врача в правильно заполненный бланк истории болезни.

Целью статистической части программы является передача электронике всей рутинной «бумажной» работы кабинета медицинской статистики. Программа позволяет получать мгновенный доступ к данным прошлых подсчетов, автоматизировать все статистические научные исследования.

Сущность метода состоит в том, что с врача-стоматолога полностью снимается обязанность составления отчетов, и, следовательно, подсчета показателей своей работы, а работа статиста сильно облегчается. Все расчеты программа выполняет сама после переноса данных врача на компьютер в кабинете медицинской статистики, в который установлена часть нашей программы, отвечающая за отчеты.

Результаты исследования. Мы сравнили скорости подсчета показателей качества медицинской помощи по протоколу и в нашей программе. Также сравнили скорость доступа к данным прошлых измерений. В каждом из указанных параметров обнаружено сокращение времени подсчетов от 80 до 95%.

Следует отметить, что в процессе работы мы столкнулись с несоответствием некоторых количественных у качественных показателей современным протоколам лечения. Интерес вызвали следующие показатели: 1) количество посещений на 1 пломбу; 2) законченность постановкой пломбы начатого лечения зуба при среднем количестве не более 2 посещений на 1 пломбу; 3) расширение показаний к консервативной терапии зуб осложненных периодонтитом с учетом новейших достижений стоматологии.

Здесь первые два показателя противоречат третьему. Ведь современные методы лечения хронических периодонтитов (депофорез гидроокиси меди-кальция, многократное введение гидроокиси кальция в очаг резорбции) предусматривают завершение лечения постановкой пломбы на 5-7-е посещение.

Выводы. Использование программы экономит время врача без материальных затрат, что в свою приведет как к экономической эффективности, так и к тому, что внимание врача будет больше направлено на пациента, а не на бумаги.

На основании полученных нами данных считаем целесообразным пересмотреть вышеуказанные показатели работы для того, чтобы привести их в соответствие с новыми технологиями лечения периодонтитов и внедрением современных материалов и аппаратуры.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА

Османова С.А., аспирант, Меджидова Н.Д., молодой учёный,
Байрамов К.А., молодой учёный
Кафедра терапевтической стоматологии ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., доц. Меджидов М.Н.

Актуальность. Среди заболеваний слизистой оболочки полости рта часто встречаются такие поражения как эрозивно-язвенная форма красного плоского лишая, рецидивирующий афтозный стоматит, гер-

петический стоматит, десквамативный глоссит, травматические эрозии, которые проявляются нарушением целостности эпителия, снижением резистентности слизистой оболочки рта (СОР). Причинами поражения тканей полости рта могут быть также термические, химические и механические воздействия. Все вышеперечисленное отрицательно действует на гигиену полости рта, провоцирует развитие бактериальных и грибковых инфекций. Большое значение при лечении придается средствам, обладающим многофакторным действием: эпителизирующим, антисептическим, противовоспалительным и обезболивающим.

Цель исследования: определить бактерицидную и фунгицидную активность готовой формы препарата «Камистад®» гель, в состав которого входят активные вещества: лидокаина гидрохлорид и настойка цветов ромашки, а в состав вспомогательных веществ — трометамол и бензалкония хлорид. Оценить действие препарата «Камистад®» гель для местного применения у пациентов при лечении некоторых заболеваний слизистой оболочки полости рта.

Материалы исследования. *Первым* этапом было проведено лабораторное изучение бактерицидной и фунгицидной активности препарата «Камистад®».

Изучение бактерицидной и фунгицидной активности препарата «Камистад®» проводилось с тест-культурами микроорганизмов: Klebsiella sp., Staph, aureus, Staph, epidermidis, Pseudomonas auriginosa, Strept. Salivarius и Candida albicans 5 изолятов. Учитывали результаты измерением зоны задержки роста микроорганизма.

Второй этап — изучение действия препарата «Камистад®» при лечении некоторых заболеваний слизистой оболочки рта.

В ходе опыта применения под наблюдением находились 2 группы пациентов (30 человек) в возрасте 35-55 лет. Контрольную группу составили лица без патологии слизистой оболочки рта (10 человек).

В основную группу (20 человек) вошли пациенты с заболеваниями слизистой оболочки рта, сопровождающимися эрозивными поражениями (5 человек – эрозивно-язвенная форма красного плоского лишая, 5 человек – десквамативный глоссит, 7 человек – рецидивирующий афтозный стоматит, 3 человека – травматические поражения СОР).

Пациентам основной группы «Камистад®» гель наносился на область поражения в течение 15 минут два раза в день на протяжении 10 дней.

Результаты исследования. Результаты бактерицидной и фунгицидной активности изучаемого препарата показали наличие зон задержки роста диаметрами от 12 до 26 мм во всех опытных чашках, за исключением чашки, засеянной *Pseudomonas auriginosa.*

Для оценки анестезирующего и эпителизирующего действия «Камистад®» проводилось нанесение препарата на участок пораженной слизистой оболочки пациентам из основной группы и отмечалось время начала (0,5±0,43 мин) и окончания (30±0,71 мин) эффекта.

В качестве контроля «Камистад®» наносился на непораженную слизистую оболочку лицам без патологических изменений СОР, которые также отмечали быстрое наступление (0,8±0,54 мин) и длительное сохранение (26±0,67 мин) анестезирующего эффекта.

После применения геля «Камистад®» на протяжении 10 дней наблюдалась положительная динамика клинических симптомов и сроков эпителизации, что свидетельствовало о существенном снижении воспаления и ускорении эпителизации в среднем на 3-4 дня по сравнению с пациентами, которые данные препарат использовали менее длительное время (4-5 дней).

Выводы:

1. По результатам проведенного опыта применения препарата «Камистад®» гель, выявлено! выраженное бактерицидное и фунгицидное действие на микроорганизмы, выделенные из патологического материала.

2. «Камистад®» гель может быть рекомендован к широкому клиническому применению у пациентов с эрозивными поражениями слизистой оболочки рта, сопровождающимися выраженным болевым синдромом.

3. Применение геля «Камистад®» дважды в день на протяжении 10 дней существенно снижает воспаление и ускоряет эпителизацию.

ФТИЗИАТРИЯ

ХРОНОМЕТРИРОВАНИЕ ЭТАПОВ ОПЕРАЦИИ ОТКРЫТОЙ ЭМБОЛЭКТОМИИ ИЗ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Хитева А. Ю., студентка 606 гр. леч. фак-та
Кафедра фтизиатрии
ГБОУ ВПО Тверская ГМА Минздрава РФ
Научный руководитель: д.м.н., проф. Асеев А. В.

Актуальность. Массивная тромбоэмболия легочной артерии часто наблюдается в России и характеризуется скоротечностью вследствие критического нарушения центральной гемодинамики, причиной смерти является факт наличия тромбоэмбола в просвете легочной артерии. При невозможности выполнения тромболизиса (противопоказания или быстрота декомпенсации состояния больного) и угрожающем жизни состоянии больного показана экстренная открытая эмболэктомия из легочной артерии, которая должна быть выполнена хирургом общей практики в экстренном порядке по месту развития тромбоэмболии легочной артерии.

Общими чертами обозначенного патологического состояния являются:

- Крайне тяжелое состояние пациента.
- Необходимость экстренного хирургического вмешательства по месту развития осложнения болезни, времени на транспортировку в специализированные учреждения нет.
- Хирургический доступ – полная продольная стернотомия, перикардиотомия – мало известен общим хирургам.

Цель исследования: отработка студентами на фиксированном трупе техники выполнения операций открытой эмболэктомии из легочной артерии при тромбэмболии легочной артерии, хронометрирование отдельных этапов операции.

Материалы и методы. Имитация открытой эмболэктомии предполагала стернотомический трансперикардиальный доступ в условиях отсутствия искусственного кровообращения. Отработка навыка выполнения манипуляций на фиксированном трупе включала три этапа. Первый – демонстрационный, все манипуляции выполнял опытный хирург, студенты имели возможность визуального и мануального закрепления знаний техники операции, топографической анатомии пе-

рикарда и средостения. Второй – выполнение всех манипуляций самими студентами. Третий этап – хронометрирование отдельных этапов операции, выполняемой студентом.

Результаты исследования: Выполнение полной продольной стернотомии продолжалось 7 минут. Столько же времени заняло введение ранорасширителей в рану и разведение опилов грудины. Вскрытие полости перикарда длилось 5 минут, мобилизация и заведение лигатур-держалок под полые вены – 3 минуты на каждую вену. Подготовка ствола легочной артерии заняла 4 минуты, собственно эмболэктомия – 1,5 минуты, ушивание легочной артерии – 10 минут, ушивание грудины – 15 минут, ушивание подкожной клетчатки и кожи – 15 минут.

Выводы. Таким образом, в эксперименте на трупе студенты продемонстрировали возможность для неопытного хирурга имитации проведения открытой эмболэктомии из легочной артерии, при этом время «ареста» кровообращения было 1,5 минуты, а общее время операции до восстановления кровообращения составило 30 минут. При угрожающем состоянии пациента с тромбоэмболией легочной артерии и невозможности проведения тромболизиса эта операция должна быть выполнена по жизненным показаниям. Эмболэктомия не представляет хирургической сложности и не требует специального оборудования, необходима лишь согласованность и четкая работа ввиду скоротечности течения болезни и ограниченности времени при отсутствии искусственного кровообращения. Поэтому целесообразно ставить вопрос о включении операции эмболэктомии из легочной артерии в перечень обязательных для каждого хирурга манипуляций. При угрожающем состоянии пациента с ТЭЛА и невозможности проведения тромболизиса эта операция должна быть выполнена по жизненным показаниям.

ПРИМЕНЕНИЕ ИСКУССТВЕННОГО ПНЕВМОТОРАКСА (ИП) У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ ПОСЛЕ НЕЭФФЕКТИВНОГО СТАНДАРТНОГО АНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО (АБ) ЛЕЧЕНИЯ

Абдулхалимова П.И., студентка 501 гр. пед. фак-та,
Магомедова А.Г., студентка 501 гр. пед. фак-та,
Гайирбекова Н.А., студентка 501 группы пед. фак-та
Кафедра фтизиатрии ДГМА
Научный руководитель: к.м.н., доцент Муталимов М.А.

Актуальность. Лечение больных туберкулезом является одной из актуальных проблем, так как при неэффективности лечения больные становятся хрониками с выделением микобактерий туберкулеза (МБТ) в окружающую среду, становясь эпидемиологически опасными.

Цель: повышение эффективности лечения деструктивного туберкулеза легких.

Материал и методы исследования. С целью повышения эффективности лечения нами был применен ИП в амбулаторных условиях у больных туберкулезом, которые до ИП без достижения положительного эффекта были пролечены стандартным АБ лечением в стационарных условиях.

Под нашим наблюдением находились 10 больных с инфильтративным туберкулезом легких в фазе распада, у которых до применения ИП без положительного эффекта были пролечены в стационарах РД. Женщин было 7 больных, а мужчин – 3. Средний возраст мужчин составлял 38 лет, женщин – около 30 лет.

Контингент больных, хотя у всех первичный диагноз был инфильтративный туберкулез легких в фазе распада, был неоднородный.

Так у 3 больных был выраженный перикавитарный фиброз, что крайне затрудняет достижение положительного эффекта лечения. У одной больной был поликавернозный (5 каверн) 2-хсторонний процесс, которая в течение более 2 месяцев лечилась в государстве Бахрейн, а затем в туберкулезном стационаре г. Избербаш.

Еще один больной кроме туберкулеза страдает сахарным диабетом 2-го типа, а также гепатитом В и С в стадии циррозирования, гастритом и холециститом.

К сожалению, мы не имеем данных о резистентности МБТ к АБП, так как эти больные лечились в разных городах РД, где лабораторная диагностика еще не на высоком уровне. В то же время нужно отме-

тить, что у данного контингента больных имеется высокий риск наличия множественной лекарственной устойчивости микобактерий (МЛУ).

Методика наложения ИП была обычная с длительностью лечения 2-4 месяца на фоне стандартного АБЛ.

В указанной работе не было контрольной группы больных, так как в этом не было необходимости, учитывая, что наши больные прошли все этапы консервативного лечения без эффекта.

Результаты лечения: из 7 женщин у 6 каверны закрылись, а одна больная лечение начала недавно и ИП продолжается. У 6 больных женщин, у которых каверны закрылись, через 7 месяцев у одной была диагностирована грибковая пневмония с повторным открытием каверны. Она в настоящее время находится на лечении в Московском научно-исследовательском институте туберкулеза. Из остальных больных, 3-х мужчин, у одного каверна закрылась, а двое еще продолжают лечение. Лечение ИП больные переносят хорошо. У одной больной ИП был осложнен пневмоплевритом, который удалось ликвидировать без перехода в эмпиему.

Таким образом, из 10 больных, трое из которых продолжают лечение, у 5 каверны закрылись, что составляет 50%.

Выводы:

1. По сравнению с эффективностью лечения одними антибактериальными препаратами применение ИП на фоне АБП заметно повышает частоту закрытия каверн.

2. Не только при свежих процессах, но и при стадии перехода туберкулеза в хроническую форму при применении ИП частота закрытия каверн на 50% больше, чем при применении стандартного антибактериального лечения.

3. Применение ИП оправдывает себя и при наличии высокого риска или наличия МЛУ МБТ к АБП.

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ НАПРЯЖЕНИЕ И КАЛОРИЙНОСТЬ ПИЩИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Омарова С.О., молодой учёный [1],
Акмурзаева К.Р., молодой учёный [2]
[1] *НИИ экологической медицины ДГМА,*
[2] *Кафедра эндокринологии ДГМА*
Научный руководитель: д.м.н., проф. Абусуев С.А.

Цель: определение роли психоэмоционального напряжения и калорийности пиши в патогенезе сахарного диабета 2 типа (СД-2) и артериальной гипертензии (АГ).

Материал и методы. Обследовано 96 больных, из них 56 женщин (58,3%), 40 мужчин (41,6%), которые находились на стационарном лечении в кардиологическом и эндокринологическом отделениях Республиканской клинической больницы. У 31 больного диагностирован СД-2, у 36 - АГ, у 19 - сочетание СД-2 и АГ. Длительность заболеваний составляла от 2 месяцев до 20 лет. Больные были распределены на группы по полу, возрасту, месту жительства. Данные были подаергнуты статистической обработке с использованием программы БИОСТАТ.

Результаты исследования. При анализе возрастной структуры больных выявлено, что наибольшее число женщин с СД-2 были госпитализированы в возрасте 50-69 лет (66,6%). Мужчин было больше в возрастной группе 50-59 лет (50%). Доли госпитализированных по поводу АГ женщин и мужчин в возрасте 50-59 лет составляли 31,3 и 46,2% соответственно. В группе с сочетанием СД-2 и АГ наибольший процент больных наблюдается в возрасте 50-59 лет (37,0% у женщин и 66,7% у мужчин).

При сравнении доли больных СД-2, проживающих в различных экологических зонах, можно отметить, что чаще госпитализируются жители равнины (40,9%), чем горцы (22,7%). Среди больных АГ больше жителей равнины (48,1%), чем пациенты из предгорной экозоны (16,7%). Аналогичные пропорции больных, госпитализированных с равнины и из предгорья, наблюдались среди пациентов с комбинацией СД-2 и АГ. При опросе больных СД-2 выявлено, что у всех

женщин имелось психоэмоциональное напряжение, а при отсутствии СД-2 этот фактор присутствовал у 73,1% женщин. Среди мужчин с СД-2 у 73,3% отмечали наличие психоэмоционального напряжения, а без диабета - у 83,3% больных. Калорийную пищу и мужчины, и женщины с СД-2 употребляют меньше, чем без диабета. При АГ у женщин больше психоэмоционального напряжения, чем у мужчин (84,2 и 76,5% соответственно), а калорийную пищу больше употребляют мужчины, чем женщины (73,7 и 76,5% соответственно). При сочетании СД-2 и АГ частота психоэмоционального напряжения и употребления калорийной пищи больше у женщин, чем у мужчин.

Выводы. Доля женщин, больных СД-2, больше в возрастной группе 50-69 лет, а мужчин –50-59 лет. Больных АГ женщин и мужчин больше в возрасте 50-59 лет. Больше госпитализируются больные СД-2, проживающие на равнине, меньше - в горах, при сочетании СД-2 и АГ - больше на равнине по сравнению с предгорьем. При СД-2 и АГ психоэмоциональное напряжение отмечается больше у женщин, чем у мужчин. Калорийную пищу больные СД-2 употребляют меньше, чем больные АГ.

МЕСТО ЦИТОПРОТЕКТОРОВ В КОРРЕКЦИИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ СУБКЛИНИЧЕСКОМ ГИПОТИРЕОЗЕ

Вазиков И.Х., студент 401 гр. мед.-проф. фак-та
Кафедра профессиональных болезней и терапии
медико-профилактического факультета,
Пермская государственная медицинская академия
им. акад. Е.А.Вагнера
Научный руководитель: к.м.н., доц. Шевчук В.В.

Актуальность. В настоящее время увеличивается число больных с субклиническим гипотиреозом. Субклинический гипотиреоз – это хроническое, медленно прогрессирующее заболевание щитовидной железы, при котором выявляется повышение уровня тиреотропного гормона (ТТГ) выше верхней границы референтного интервала при нормальном уровне свободного тироксина (свТ4). Доказано, что при субклиническом гипотиреозе развивается эндотелиальная дисфункция (Л.В. Казакова и др., 2012), которая ассоциируется с повышенным риском развития сердечно-сосудистой патологии. Эндотелиальную

дисфункцию можно определить как неадекватное (увеличенное или сниженное) образование в эндотелии различных биологически активных веществ. При этом назначение заместительной терапии при субклиническом гипотиреозе дискутабельно, поскольку гормонотерапия может быть сопряжена с большим числом нежелательных побочных эффектов. В связи с этим клинический интерес представляет изучение возможности использования в терапии субклинического гипотиреоза препаратов, проявляющих цитопротекторную и антиоксидантную активность.

Цель: определить наличие и выраженность эндотелиальной дисфункции у больных с субклиническим гипотиреозом и эффективность использования цитопротекторов для её коррекции.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 18 больных, с лабораторно верифицированным субклиническим гипотиреозом (ТТГ>4,0 мкЕд/мл при нормальных показателях свТ4). Группу сравнения (n=6) составили здоровые лица с нормальными показателями ТТГ и свТ4. Все обследованные – женщины в возрасте 38-50 лет. В исследование не включались пациентки с гипертонической болезнью, ИБС, ожирением, с вредными привычками (курение) и пациентки с наступлением менопаузы. Больные были разделены на 2 группы: в 1-й группе (n=8) был назначен цитопротектор мексикор перорально 0,3 г/сут в течение 12 недель, во 2-й группе (n=10) проводилось лишь наблюдение в динамике. Информированное согласие получено. Группы были сопоставимы по возрасту, данным анамнеза заболевания, объективному статусу. Мексикор (2- этил-6- метил-3- оксипиридина сукцинат, «ЭкоФармИнвест») является универсальным цитопротектором, широко используется в терапии заболеваний, сопровождающихся активацией процессов пероксидации и как мембранопротектор. В ходе обследования у всех пациентов оценивали гормональный статус (ТТГ, Т4 св.), В качестве маркера эндотелиальной дисфункции оценивали количество десквамированных эндотелиоцитов в плазме крови. Подсчет количества десквамированных эндотелиоцитов проводили в камере Горяева методом J.Hladovec (1978), основанном на изоляции клеток эндотелия вместе с тромбоцитами с последующим осаждением тромбоцитов с помощью аденозиндифосфата (АДФ).

Результаты исследования: Средний уровень ТТГ составил в 1-й группе 5,93+0,64 мкЕд/мл, во второй – 5,60+0,89 мкЕд/мл, Т4св в 1-й группе 14,23+2,78 нМоль/л, во 2-й – 13,91+1,95 нМоль/л. Количество

циркулирующих эндотелиальных клеток в плазме крови у пациентов 1-й группы составило 7-9х10^4/л, во 2-й группе – 8-9х10^4/л. У лиц группы сравнения (с нормальным уровнем ТТГ – 2,04+0,36 мкЕд/мл и Т4св – 18,5+2,9 нМоль/л) показатель циркулирующих эндотелиальных клеток в плазме крови был 2-3х10^4/л, $p<0,05$. Через 12 недель, после проведенного курса лечения цитопротекторами (Мексикор) при контрольном обследовании были получены следующие результаты: уровень ТТГ в 1-й группе по сравнению со 2-й недостоверно снизился, средний уровень составил соответственно 4,87+0,87 мкЕд/мл и 5,54+0,75 мкЕд/мл; средний уровень свТ4 также изменился недостоверно, с тенденцией к увеличению в 1-й группе: 17,02+3,61 нМоль/л, во 2-й – 14,22+2,69 нМоль/л. Наиболее значимые изменения после приема цитопротектров были выявлены по показателю эндотелиальной дисфункции. Так, в 1-й группе показатель циркулирующих эндотелиальных клеток в плазме крови достоверно снизился по сравнению с исходным до 4-5х10^4/л, $p<0,05$. Во 2-й группе данный показатель не изменился, составив 7-9х10^4/л.

Выводы. Исследование показало значительную степень повреждения сосудистого эндотелия у больных с субклиническим гипотиреозом, проявляющееся в увеличении количества циркулирующих эндотелиальных клеток. Использование цитопротекторов при субклиническом гипотиреозе можно рассматривать как метод терапии, замедляющий прогрессирование атеросклероза и сердечно-сосудистых осложнений, сопутствующих гипотиреозу.

СОДЕРЖАНИЕ КАТИОННЫХ БЕЛКОВ В НЕЙТРОФИЛЬНЫХ ГРАНУЛОЦИТАХ КРОВИ ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ

Дибиров Т.М., аспирант, Магомедов К.К., молодой учёный
Кафедра гистологии ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., проф. Бакуев М.М.

Актуальность. Известно, что основной формой зоба в регионах зобной эндемии является диффузный нетоксический зоб, который характеризуется увеличением железы и клинически – эутиреоидным состоянием. Причиной формирования зоба в регионах зобной эндемии, к которым относится и ряд районов Дагестана, традиционно считается дефицит йода в окружающей среде. Следует отметить, что в литерату-

ре слабо отражены связи между неспецифической резистентностью организма и состоянием функциональной активности щитовидной железы (ЩЖ), а их важность, как в теоретическом, так и в практическом плане не вызывает сомнений.

Цели и задачи. Целью исследования явилось изучение состояния неспецифической антимикробной резистентности организма при гипотиреозе исследованием содержания катионных белков в нейтрофильных гранулоцитах (НГ) крови.

Для ее выполнения были поставлены следующие конкретные задачи:

– Изучить содержание катионных белков в НГ крови у больных гипотиреозом легкой степени тяжести,

– изучить содержание выбранного антимикробного белка в НГ крови у больных гипотиреозом средней степени тяжести,

– установить динамику изменения содержания белка в НГ у выбранных групп больных в процессе лечения

Материал и методы. Материалом исследования служила венозная кровь, взятая у больных с пониженной продукцией тиреоидных гормонов. Больные были распределены на следующие группы:

– гипотиреоз легкой степени тяжести – 15 чел.,

– гипотиреоз средней степени тяжести – 15 чел.

Диагноз больных основывался на результатах клинического обследования и лабораторных методов исследования.

В качестве контроля использовали материал (венозная кровь) здоровых добровольцев в возрасте 20-35 лет.

Содержание катионных белков в НГ периферической крови определяли по методу В.Е. Пигаревского с использованием прочного зеленого. Для докрашивания ядер использовали раствор Азура А.А.

Результаты исследования. У здоровых лиц при окрашивании мазков на катионные белки преобладающее большинство НГ имеют слабо и умеренно насыщенную гранулами цитоплазму. В некоторых клетках гранулы вовсе не выявляются; определяется лишь слабо окрашенный диффузный фон. Гранул сравнительно меньше в цитоплазме незрелых циркулирующих форм.

Цитохимическая картина содержания катионных белков в НГ крови больных гипотиреозом легкой степени выраженности по сравнению с контролем существенно не изменена, хотя у некоторых больных определяется тенденция этого показателя к росту (1,65+-0,09, при

контроле – 1,48+-0,07). Несколько меньше клеток с умеренным содержанием окрашенных гранул, в тоже время увеличено количество палочкоядерных и юных форм с низким содержанием в цитоплазме окрашенного материала.

В НГ крови больных гипотиреозом средней степени тяжести содержание катионных белков существенно увеличено. Большинство сегментоядерных клеток имеет значительное количество окрашенных гранул. Однако, чаще всего, гранулы контурируются слабо в виду выраженности диффузного компонента.

В клетках окрашенный материал распределен равномерно. В тоже время в мазках выявляются клетки, чаще палочкоядерные и юные формы, с расположением продуктов реакции в виде отдельных сгущений с участками дегрануляции, особенно в периферической зоне.

Окрашенный материал, в небольшом количестве, определяется и в цитоплазме моноцитов. Он обычно локализован в виде сгущений в околоядерной зоне.

В процессе лечения содержание катионных белков имеет тенденцию к снижению. Однако у больных с легкой степенью болезни она слабо заметна; к концу 3-й недели лечения цифры выбранного показателя в пределах – 1,50+-0,04. В мазках несколько уменьшено количество клеток насыщенных окрашенным материалом.

Этот процесс более выражен у больных гипотиреозом средней степени тяжести. В частности, в мазках хорошо заметен равномерный спад значений показателя в зависимости от длительности лечения.

Выводы:

1. В НГ крови больных гипотиреозом легкой степени выраженности содержание катионных белков существенно не изменено. Лишь у ряда больных оно имеет тенденцию к росту.

2. При гипотиреозе средней степени тяжести определяется достоверный рост содержания антимикробного белка в НГ. Оно стабилизируется, приближаясь к контрольным цифрам, при проведении лечебных мероприятий.

ОНКОЛОГИЯ

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Шарипов Р.Х. студент 514 гр. леч. фак-та,
Тагирова А.Г., молодой ученый
Кафедра онкологии с усовершенствованием врачей ДГМА
Научный руководитель: к.м.н., доцент Гасанов Г.Д.

Непосредственные исходы радикальных операций определяются: стадией и гистологической структурой опухоли, наличием сопутствующих осложнений, соматическим статусом, правильным выбором варианта оперативного вмешательства, рациональной предоперационной подготовкой, профилактикой гнойно-септических осложнений.

В.Д. Федоров, И.В. Воробьев, В.И. Кныш, Ю.А. Барсуков указывают на целесообразность проведения предоперационной противоопухолевой терапии, иммунокоррекции с выполнением операции в специализированных центрах

Целью исследования является изучение непосредственных результатов радикального лечения РПК в хирургическом отделении РОД.

Материал и методы исследования: анализированы истории болезней за 2007-2011гг. Всего за изучаемый период в диспансере зарегистрировано 506 больных РПК и только 186 (36,5%) поступили в хирургическое отделение РОД, из них 90(48,4%) мужчин и 96(51,6%) женщин. Часть больных поступила на лучевое лечение.

Всем пациентам проводилось стандартное клиническое обследование: сбор анамнеза, оценка объективного статуса, многофункциональное клинико-диагностическое обследование, включающее использование как клинико-лабораторных и биохимических, так и инструментальных методик. По показаниям выполнялись специальные исследования: КТ, МРТ, ТРУЗИ, колоноскопия, ирригоскопия с графией, выделительная урография.

Таблица 1.

Распределение больных по полу и возрасту

Пол	Возраст/годы								
	До 19	**20-29**	**30-39**	**40-49**	**50-59**	**60-69**	**70-79**	**От 80**	**Всего**
Мужской	2	3	10	10	17	15	31	2	90
Женский	-	4	10	21	25	14	21	1	96
Итого	2 (1,1%)	7 (3,8%)	20 (10,7%)	31 (16,6%)	42 (22,6%)	29 (15,6%)	52 (27,9%)	3 (1,6%)	186 (100%)

Как видно из таблицы 1, преимущественно опухоль выявлялась у старшей возрастной группы, у которых наиболее часто встречается сопутствующая патология. Наиболее часто выявляются заболевания сердечнососудистой системы: ишемическая болезнь сердца (17,2%), гипертоническая болезнь (11,3%), а также неспецифические заболевания легких (8,6%).

Несмотря на совершенствование методов диагностики РПК, большинство больных поступают в стационар поздно. У 4 (2,2%) пациентов выявлена 1 стадия заболевания, у 77 (41,4%) – ll стадия, у 105 (56,4%) – lll и lV стадии.

По локализации опухоли больные распределены следующим образом: в нижнеампулярном отделе прямой кишки – 88(47.3%), в среднеампулярном отделе – 67(36%). Экзофитная форма роста выявлена у 65 (34.9%), эндофитная у 39(17.2%), смешанная у 89(47.8%) больных.

Дооперационная верификация диагноза была у всех больных. С этой целью использовали гистологическое и цитологической исследование. По степени дифференцировки наиболее часто встречался умеренно дифференцированный вариант – 57(30.6%), низкодифференцированный вариант выявлен 34 (18.3%), высокодифференцированная – 22 (11.8%). У 54 (29%) больных при цитологическом исследовании не смогли определить степень дифференцировки аденокарциномы.

У 9(4.8%) больных обнаружена плоскоклеточная форма рака: причем у 8 опухоль локализовалась в анальном канале и в 1 случае в нижнеампулярном отделе. Из 186 больных в одном случае была установлена меланома.

Оперативные вмешательства выполнены у 136 пациентов из 186. Оперативная активность составила 73.1%. Радикальные операции выполнены у 106 (77.9%) больных, паллиативные у 26 (19.1%).

Из 106 проведенных операций основной явилась брюшнопромежностная экстирпация прямой кишки (БПЭ), потому что у 94 (50.3%) больных опухоль имела нижнеампулярную или аноректальную локализацию. Удельный вес других операций был значительно ниже: у 16(8.6%) больных брюшно-анальная резекция (БАР), у 10 (5.3%) больных низкая передняя резекция (НПР), у 3 (1.6%) больных чрезанальное удаление опухоли (ЧАР) и операция по типу Гартмана у 11 (5.9%) больных, также четырем пациентам выполнена проктэктомия удалением глубокой порции наружного сфинктера с сохранением естественной проходимости (низведение сигмовидной кишки). Следует отметить, что все больные получали послеоперационную лучевую терапию в суммарной дозе 44 Гр.

Анализ непосредственных послеоперационных результатов радикального лечения рака прямой кишки показал, что у 16 (15.1%) больных имелись различные послеоперационные осложнения, у 12 пациентов развились гнойно-воспалительные осложнения промежностной раны и передней брюшной стенки. Из 106 радикально оперированных больных умерло 4 (3.8%), в том числе от сердечнососудистой недостаточности – 1, тромбоэмболии – 2, кровотечения – 1.

Абсцесс малого таза выявлен у 9 (8.5%), нагноение вокруг колостомы – 1. С целью профилактики гнойных осложнений после БПЭ, в ходе операции широко используем острое выделение прямой кишки с применением биполярного коагулятора и в послеоперационном периоде активную аспирацию и орошение ложа прямой кишки по видоизмененной методике Сигала.

Таким образом индивидуальный подбор и усовершенствование техники операций, с адекватным ведением до- и послеоперационного периода позволило значительно снизить процент послеоперационных осложнений.

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

ТРАВМЫ ПИЩЕВОДА СВЯЗАННЫЕ С ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ

Магомедов М.У., студент 525 группы леч. фак-та
Кафедра оториноларингологии
с усовершенствованием врачей ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., проф. Гаджимирзаев Г.А.

Введение. В последние десятилетия в связи с организацией самостоятельной эндоскопической службы в многопрофильных клинических больницах, оснащенных гибкими эндоскопами, оказание помощи больным с инородными телами пищевода осуществляется врачами-эндоскопистами. В то же время оториноларингологи сталкиваются с ситуациями, когда эндоскописту не всегда удается извлечь инородное тело из просвета пищевода. Речь идет о мелких инородных телах, ущемленных в складках слизистой оболочки пищевода, мимо которых продвигается малого диаметра трубка фиброскопа, а также вколоченных многоугольных инородных телах с острыми краями. В таких случаях только опытный оториноларинголог, умеющий манипулировать в просвете пищевода с использованием жестких трубок может отщемить инородное тело и удалить его.

Крайне редко крупные остроконечные инородные тела не удается извлечь и профессионалам-оториноларингологам. В таких случаях приходится прибегать к шейной эзофаготомии.

Материал и методы. Мы наблюдали ряд больных с вколоченными инородными телами пищевода, из которых у 2-х пришлось выполнить шейную эзофаготомию, у третьего пациента вколоченное инородное тело находилось в области второго сужения пищевода и оно было удалено путем эзофагоскопии жесткими трубками. В одном наблюдении инородное тело мигрировало из просвета пищевода в окружающие пищевод ткани и оно удалено наружным способом.

Приводим краткие выписки из историй болезни двух больных, которые представляют несомненный интерес для слушателей.

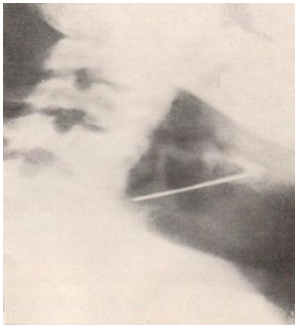
Больной Ш., 47 лет, поступил в ЛОР-клинику по поводу инородного тела пищевода. Три дня тому назад во время еды случайно проглотил рыбью кость. Общее состояние его удовлетворительное, отмечается боль по ходу пищевода, усиливающуюся при глотании и отдающую в спину. Больной может проглотить только жидкую пищу.

При рентгенологическом исследовании установлена задержка бария на уровне IV грудного позвонка.

При эзофагоскопии жесткими трубками во втором физиологическом сужении обнаружено инородное тело, расположенное во фронтальной плоскости и своими концами вонзившееся в стенки пищевода. Слизистая оболочка пищевода над инородным телом отечная, воспаленная. Инородное тело после отщепления от стенок пищевода удалено. Удаленная кость оказалась звездчатым щитком осетра размером 2,5х1,5 см /рис.1/. Осложнений при эзофагоскопии не было. Больному назначены антибиотики, инфузионную терапию, рекомендован покой и ограничение пищи. На следующий день состояние пациента было удовлетворительным, жалоб не предъявлял, температура тела -37,4 С. В последующие сутки его состояние оставалось удовлетворительным ,температура тела нормализовалась на третьи сутки. На 4 сутки после удаления инородного тела рано утром в постели возникла обильная кровавая рвота и в течении 3-4 минут больной умер. На аутопсии в области второго сужения в стенке пищевода выявлены два отверстия, одно из которых сообщалось с дугой аорты. По-видимому, после трехсуточного пребывания в пищеводе инородного тела с острыми концами образовались пролежни, постепенно вызвавшие деструкцию стенок пищевода и аорты с последующим их разрывом и смертельным кровотечением. Прежде чем перейти к изложению выписки из истории болезни следующего больного разрешите сделать краткое отступление. Проникающие в мягкие ткани шеи острые инородные тела пищевода встречаются чрезвычайно редко. Удалить их при эзофагоскопии не всегда удается, так как вскоре после попадания в полые органы шеи они внедряются в окружающие мягкие ткани. Этому способствуют прохождение инородного тела острым концом вниз и сокращение глоточных, пищеводных и шейных мышц во время глотательных движений, поворотов головы и шеи.

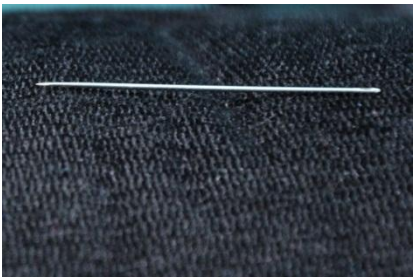
Больной С., 19 лет, поступил в клинику ЛОР-болезней с жалобами на колющую боль в левой половине шеи, усиливающуюся при глотании. Накануне с суицидальной целью проглотил швейную иглу. Состояние больного удовлетворительное, положение головы вынужден-

ное с наклоном в левую сторону. Кпереди от кивательной мышцы слева, на уровне щитовидного хряща, определяется воспалительный инфильтрат, плотный и болезненный на ощупь. На рентгенограмме шейного отдела пищевода на уровне нижнего края VI шейного позвонка определяется тень инородного тела, расположенного в косопоперечном направлении /рис. 2/.



С помощью эзофагоскопапроизведен осмотр гортаноглотки, начального отдел пищевода, однако обнаружить инородное тело не удалось. Было решено удалить иглу наружным подходом.

Под местным 0,5% новокаиновым и внутривенным фентаниловым обезболиванием произведен разрез длиной 8 см по переднему краю грудиноключично-сосцевидной мышцы, при препаровки влагалища сосудисто-нервного пучка обнаружен острый конец инородного тела /швейная игла длиной 4,5 см/, которое было захвачено кровоостанавливающим зажимом и удалено /рис3/. Рана защита, в нижний угол ее введена полоска перчаточной резины. Больной был выписан на 8 сутки после операции в удовлетворительном состоянии.



КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

ПРОПОЛИС КАК ГЕПАТОПРОТЕКТОР

Патахова П.А., студентка 505 группы леч. фак-та
Кафедра клинической фармакологии и фармации ДГМА
Научный руководитель: к.м.н., доцент Магомедова З.Ш.

Актуальность. По данным ВОЗ, за последние десятилетия во всем мире отмечается тенденция к увеличению числа заболеваний печени. Патологией гепатобилиарной зоны страдают более 2 миллиардов человек в мире. Одним из важнейших этиологических факторов заболеваний печени являются токсические поражения гепатоцитов (алкогольные и лекарственные). Целью терапии является устранения действия повреждающего фактора и явлений интоксикации, купирование клинических проявлений. Для лечения и профилактики токсических поражений печени патогенетически оправданным считается назначение препаратов, обладающих гепатопротективным эффектом. К настоящему времени как в России, так и во всем мире проведено большое количество экспериментальных и клинических исследований, подтверждающих эффективность и безопасность применения препаратов прополиса при заболеваниях печени. Вопросы клинического исследования препаратов прополиса в литературе освещены недостаточно.

Целью настоящего исследования явилось изучение гепатотропных эффектов препарата прополиса и его безопасности у больных хроническим гепатитом (ХГ).

Материалы и методы. Для исследования использовали настойку прополиса. Больные принимали настойку прополиса по схеме в течение 8 недель.

Было исследовано 30 больных ХГ, из них 20 мужчин и 10 женщин в возрасте старше 40 лет.

Наиболее частыми клиническими проявлениями ХГ являлись астенический и диспепсический синдромы, боли в правом подреберье, кровоточивость десен, гепатомегалия. У большинства больных ХГ выявлялись такие лабораторные симптомы поражения печени как снижение ПТИ, повышение активности аланин-аминотрансферазы (АлАТ) и уровня общего билирубина.

Результаты исследований. К концу второго месяца после начала лечения средняя частота клинических проявлений ХГ в основной группе больных была на 10% менее выражена, чем в контрольной (P = 0,162). Отмечено достоверное снижение активности АлАТ (с 170±22 до 76±19 МЕ/л, P<0,001) и аспартат-аминотрансферазы (АсАТ - с 81±15 до 32±10 МЕ/л, P<0,05), уровня общего билирубина (с 35,5±5,2 до 13,6±4,4 мкмоль/л, P<0,05), то есть динамика биохимических показателей крови свидетельствовала о регрессии воспалительного синдрома.

У всех больных наблюдалась хорошая переносимость настойки прополиса. Побочных эффектов препарата нами не отмечено, только у 2 больных аллергическая реакция в виде высыпаний на коже.

Выводы. Результаты исследования свидетельствуют о том, что при применении настойки прополиса у больных ХГ имеется отчетливая тенденция к улучшению функций печени. Направленность изменений во всех случаях была в пользу настойки прополиса, что может свидетельствовать о клинически значимом положительном эффекте его применения у данной группы больных. Наши данные показывают, что степень нарушения печеночных функций к концу месячного курса терапии больных ХГ, получающих лечение настойкой прополиса, была ниже (P=0,044), чем в контрольной группе больных.

Важно подчеркнуть, что лечение настойкой прополиса хорошо переносилось больными и не сопровождалось никакими серьезными побочными эффектами.

Полученные клинические эффекты прополиса проявляются параллельно с улучшением лабораторных показателей функций печени. Существует зависимость между клиническим эффектом настойки прополиса и его свойством улучшать биохимические параметры крови.

Благоприятное влияние прополиса на выраженность клинико-лабораторной картины ХГ, подтвержденное в ходе клинических испытаний, может быть объяснено его эффективным воздействием на патогенетические механизмы ХГ, включающим перекисное окисление липидов, иммунитет и др.

ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

ОБРАЩАЕМОСТЬ ПО ПОВОДУ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ НАСЕЛЕНИЯ ДАГЕСТАНА

Омарова С.О., молодой учёный
НИИ экологической медицины ДГМА
Научный руководитель: д. м. н., проф. Хачиров Дж. Г.

Цель: сравнительная оценка обращаемости за медицинской помощью по поводу опухолей печени населения различных возрастных групп и экологических зон Республики Дагестан (РД).

Материал и **методы.** Материалом для исследования послужили сведения о 2955 больных с новообразованиями печени (НО) из базы данных ФОМС по РД за 2009-2011 годы.

Чтобы оценить влияние экзо- и эндогенных факторов на течение НО печени, массив данных был распределен на группы по экологической зоне, полу, возрасту, диагнозу, течению НО печени.

Для сравнения уровня обращений по поводу опухолей печени в лечебные учреждения по экологическим зонам были рассчитаны абсолютные (АЛО) и интенсивные показатели обращаемости (ИПО) на 100 000 населения. Доли сравнивали по z-критерию после фипреобразования показателя.

Данные показателей были подвергнуты статистической обработке с использованием программы БИОСТАТ.

Результаты и их обсуждение. Значения ИПО по поводу злокачественных новообразований печени (ЗНО) и доброкачественных новообразований печени (ДНО) в структуре болезней печени за 2009-2011 годы колебались значительно. Например, в 2009-2010 годах обращаемость по поводу ЗНО печени была в 2 раза больше, чем в 2011 году, а по поводу ДНО печени, наоборот, больше в 2011 в 2 раза, чем в предыдущих двух годах. По всем трем годам больше (ЗНО) печени у мужчин (ИПО 34,4), чем у женщин (ИПО 28,8), а ДНО больше у женщин (4 случая на 100 000 у женщин, 2 случая на 100 000 у мужчин).

ИПО по поводу ЗНО печени у мужчин сельской местности больше, чем у мужчин города (113,6 в селе; 101,5 в городе), по поводу ДНО печени, наоборот, ИПО больше в городе (7,3), чем в сельской местности (5,5). Максимальные значения ИПО по поводу ЗНО печени

наблюдаются на юге предгорья (171,3), а минимальные - на равнине (80,1). По ДНО печени наибольшие показатели ИПО были на севере гор (9,1), а наименьшие - на севере предгорья (2,6). По всей республике ИПО по поводу ЗНО печени в 18 раз больше, чем ИПО по поводу ДНО. ИПО женщин по поводу ЗНО печени наибольшие на севере предгорья (138,6), а наименьшие - в неприморских городах (33,9). ИПО по поводу ДНО печени наименьшие в неприморских городах (1,3), а наибольшие - на равнинной экологической зоне (19,1). По РД обращаемость женщин по поводу ДНО печени в 8 раз меньше обращаемости по поводу ЗНО печени (12,7 - с ДНО, 90,6 - с ЗНО).

Анализ обращаемости мужчин по поводу опухолей печени по возрастным группам показал, что наибольшая обращаемость по поводу ЗНО наблюдается в возрастной группе 75-79 лет, а наименьшая - в возрасте 18-19 лет. С 19 до 79 лет обращаемость постепенно увеличивается, после 79 лет снижается. По ДНО так же, как и по ЗНО, наибольшие ИПО наблюдаются в возрастной группе 75-79 лет, а в группах: 5-9, 10-14,35-39, 80+ лет ИПО равен нулю.

У женщин ИПО по поводу ЗНО печени за 2009-2011 годы наибольшие в возрасте 70-74 лет, наименьшие - в возрастной группе 10-14 лет. ИПО по поводу ЗНО печени женщин в возрасте 25-29 лет резко снижаются, от 30 до 65 лет наблюдается увеличение показателей обращаемости, от 75 лет и старше вновь отмечается снижение. В отношении доброкачественных опухолей печени динамика не постоянна. В возрастной группе 10-17 лет ИПО равны нулю, а в возрастной группе 18-19 лет показатели увеличиваются, от 19 до 35 ИПО резко снижаются, затем вновь повышаются к 50-ти годам. В возрастной группе 55-65 лет показатели увеличиваются, после 65 лет снижаются.

Выводы:

1. В 2009-2010 годах отмечается рост ЗНО печени и снижение ДНО печени.
2. ИПО с ЗНО печени больше у мужчин, а с ДНО печени больше у женщин.
3. Наибольшая обращаемость с ЗНО наблюдается в возрастной группе 75-79 лет, а наименьшая - в возрасте 18-19 лет.
4. Максимальные значения ИПО по поводу ЗНО печени наблюдаются на юге предгорья (171,3), а минимальные - на равнине (80,1).
5. По Республике Дагестан ИПО по поводу злокачественных новообразований печени в 18 раз больше, чем по поводу доброкачественных.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА БУЙНАКСКА И БУЙНАКСКОГО РАЙОНА

Гираева Х.А., студентка 335 группы леч. фак-та,
Гаджиева С.А., молодой учёный
Отдел экологической эпидемиологии НИИ экологической медицины ДГМА
Научный руководитель: к.м.н., доцент Атаев М.Г.

Актуальность. В последнее время в структуре заболеваемости населения мира, в том числе и России, болезни системы кровообращения (БСК) занимают первое место. Актуальность этой проблемы для здравоохранения обусловлена их широкой распространенностью, значительными социально-экономическими потерями, связанными с инвалидностью и смертностью от БСК. В структуре смертности вследствие БСК населения некоторых стран первое место занимает ишемическая болезнь сердца (ИБС), особенно в сельской местности (Горбась И.М., Смирнов И.П., 2008). По данным В.Н. Коваленко (2008), заболеваемость лиц пенсионного возраста значительно выше таковой среди трудоспособного населения. Доступность медицинской помощи у сельских жителей значительно ниже, чем у городских, в силу чего возможна не выявленная заболеваемость БСК. Изучение заболеваемости ИБС сельского населения аграрной Республики Дагестан актуально в связи с уникальными условиями жизни населения на равнине, в предгорье и горах. В основном работы по изучению заболеваемости ИБС были посвящены равнинной местности, хотя большая часть населения проживает в предгорье и горах.

Цель работы: сравнительный анализ заболеваемости ИБС в популяциях города и села предгорья.

Материал и методы. В исследование вошли 4669 случаев впервые выявленных ИБС в течение 2011 года, из них 2323 были жители Буйнакского района, 2346 - города Буйнакска. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы Microsoft Excel.

Результаты и их обсуждение. Как видно из приведенной ниже таблицы 1, в Буйнакском районе показатель заболеваемости мужчин стенокардией в возрасте 50-59 лет в три раза выше показателя 40-49 лет. Однако обращает на себя внимание восьмикратное превышение

заболеваемости ИБС в возрасте 40-49 лет по сравнению с показателем в возрасте 30-39 лет. Показатель заболеваемости в возрасте 70-79 и 80-89 лет в два раза превышает показатель в возрасте 60-69 лет. В Буйнакском районе показатель заболеваемости мужчин инфарктом миокарда в возрасте 40-49 и 50-59 лет в три раза выше показателя 30-39 лет, также показатель в возрасте 70-79 лет в два раза превышает показатель в возрасте 80-89 лет. Мужчины в возрасте до 60 лет в сельской местности Буйнакского района чаще страдают стенокардией, чем в городе Буйнакске, в старшем возрасте превалирует заболеваемость мужчин города над селом.

Анализ данных проведенного исследования показывает, у женщин стенокардия выявляется в сельской местности значительно чаще до 50 летнего возраста, чем в городе Буйнакске, в возрасте 50 лет и старше показатель городских женщин выше по сравнению с сельскими.

В сельской местности по всем возрастным группам мужчины и женщины страдают инфарктом миокарда чаще, чем в городе. В среднем мужчины страдают инфарктом миокарда чаще, чем женщины.

Таблица 1

Возрастная структура интенсивного показателя заболеваемости ишемической болезнью сердца (на 100 000 взрослых)

Пол	Ишемическая болезнь сердца	Возрастные группы, лет							
		18-29	30-39	40-49	1 50-59	60-69	70-79	80-89	90-95
Буйнакский район									
М	Стенокардия	258,0	233,6	2028,9	6121,0	6423,4	13804,3	14786,0	0,0
	Инфаркт миокарда	502,4	305,5	1189,4	1272,4	535,3	1413,0	778,2	0,0
Ж	Стенокардия	315,4	301,8	1105,0	1 3086,2	4119.6	6243,4	4682,6	465,1
	Инфаркт миокарда	599,2	377,3	943,8	1096,0	692,7	734,5	728,4	0,0
г. Буйнакск									
М	Стенокардия	115,8	169,9	2012,1	5573,6	6908,5	20667.5	25000,0	15151.5
	Инфаркт миокарда	16,5	21,2	137,8	528,91	172,7	385,1	463,0	0,0
Ж	ІСтенокардия	263,1	276,1	1009,0	4146,2	6086,2	j 13517,0	9148,7	2259,9
	Инфаркт миокарда	18,8	23,0	168,2	140,5	44,4	384,4	127,1	0,0

Анализ сезонных изменений заболеваемости ИБС мужского и женского населения показал, что частота заболеваемости мужчин превалирует над показателями у женщин. В сельской местности в сентяб-

ре и октябре показатели были в два раза выше, чем в январе, а в городе максимальные значения зарегистрированы в ноябре и декабре, которые превышали показателей за февраль в 2-3 раза (табл. 2).

Таблица 2.

Интенсивный показатель заболеваемости ишемической болезнью сердца мужчин и женщин в месяц (на 100 000 взрослых)

Пол	Месяцы											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Буйнакский район												
Мужчины	27,5	28,8	29,1	ЗОЛ	30,4	32,1	32,1	33,8	52,9	52,9	38,7	47,6
Женщины	17,8	13,9	18,4	19,1	17,5	22,3	22,6	32,0	42,0	42,0	30,4	46,9
г. Буйнакск												
Мужчины	j 26,8	21,4	24,5	34,6	34,2	41,6	33,4	45,1	45,1	45,1	54,8	70,3
Женщины	1 20,4	13,1	j 20,7	36,4	29,5	31,3	26,6	45,5	37,1	37,1	56,0	53,5

Выводы;

1. В предгорном Буйнакском районе и г. Буйнакске показатель заболеваемости взрослого населения с возрастом растет.

2. Перекрест заболеваемости стенокардией мужского населения в сельской местности Буйнакского района и г. Буйнакске наблюдается в 60 лет, в старшем возрасте превалирует заболеваемость мужчин города над селом. А у женщин стенокардия выявляется в сельской местности значительно чаще до 50 летнего возраста, чем в городе Буйнакске.

3. В сельской местности по всем возрастным группам мужчины и женщины страдают инфарктом миокарда чаще, чем в городе. В среднем мужчины страдают инфарктом миокарда чаще, чем женщины.

4. Сезонность заболеваемости ИБС взрослого населения характеризуется более высокими значениями показателя в сентябре и октябре, которые в два раза выше по сравнению с январем.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИМИОПРОФИЛАКТИКИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ ДЕТЕЙ РОЖДЕННЫХ ОТ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ МАТЕРЕЙ УПОТРЕБЛЯВШИХ И НЕ УПОТРЕБЛЯВШИХ НАРКОТИКИ

Тукачёва О.В., студентка 602 гр. медико-профилак. фак-та
Кафедра эпидемиологии с курсом гигиены и эпидемиологии ФПК ППС ГБОУ ВПО Пермской ГМА им. акад. Е.А. Вагнера Минздрава России
Эпидемиологический отдел ГКУЗ «ПКЦ СПИД и ИЗ»
Научные руководители: к.м.н., доц. Меньшикова М.Г., Гибадулин Р.Г., Емашева О.И.

В настоящее время ВИЧ-инфекция у детей является одной из актуальнейших проблем здравоохранения во всем мире. По данным ООН, ежегодно у 200 миллионов женщин наступает беременность, из них 2,5 миллиона инфицированы вирусом иммунодефицита (ВИЧ). В результате передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку в мире ежегодно заражаются 600 тысяч детей, или свыше 1600 ежедневно. Профилактика перинатальной передачи ВИЧ-инфекции - комплекс мероприятий направленных на снижение риска инфицирования ребенка от матери в период беременности, родов и новорожденному, проводимая препаратами высоко активной антиретровирусной терапии (ВААРТ). По сведениям Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом сочетание химиопрофилактики с искусственным вскармливанием в комбинации с кесаревым сечением может уменьшить риск инфицирования детей, рожденных ВИЧ- инфицированными матерями до 1-8%.В тоже время в доступной литературе нет данных об эффективности химиопрофилактики перинатальной передачи ВИЧ у наркозависимых ВИЧ-инфицированных женщин.

Цель: оценка эпидемиологической эффективности химиопрофилактики перинатальной передачи ВИЧ у детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, употреблявшими и не употреблявшими наркотики.

Материалы и методы. Работа выполнена с использованием сравнительного описательно-оценочного и аналитического эпидемиологического исследования по данным официальной статистики и выборочного исследования на основании анализа информации данных учетно-отчетной документации ГКУЗ ПК «ПКЦ СПИД и ИЗ» о 1553 ВИЧ-инфицированной женщине за период с 2008 по 2012 гг.

В ходе исследования были сформированы 2 группы ВИЧ- инфицированных женщин: первая – 898 ВИЧ- инфицированных матерей, не употреблявших наркотики, вторая – 655 ВИЧ- инфицированных наркозависимых женщин.

Плановая химиопрофилактика включала в себя трех этапную химиопрофилактику: матери в период беременности и родов, а также новорожденному. Экстренной считали химиопрофилактику, проведенную матери во время родов и новорожденному или только новорожденному.

Результаты исследования. В структуре ВИЧ-инфицированных матерей доля женщин употреблявших наркотики в среднем за 5 лет (2008-2012 гг.) составила 42,2%. Обращает на себя внимание, что удельный вес наркозависимых ВИЧ-инфицированных матерей увеличился с 36,5% в 2008 году до 41,0 % в 2012 году (t= 2,8).

За последние 5 лет с 2008 по 2012 гг. плановую химиопрофилактику получили во время беременности 70,4% наркозависимых женщин, экстренную – 28,5%. Из 655 детей, рожденных ВИЧ- инфицированными наркозависимыми матерями за указанный период времени ВИЧ-инфекция в последующем была выявлена у 42 детей. Показатель инфицированности детей рожденных наркозависимыми ВИЧ- инфицированными матерями составил 6,4 на 100 детей. Среди 461 наркозависимых женщин, получивших плановую химиопрофилактику, у 11 детей диагностирована ВИЧ-инфекция. Показатель инфицированности в этой группе составил 2,4 на 100 детей. У 187 женщин получивших экстренную химиопрофилактику в дальнейшем ВИЧ-инфекция выявлена у 27 детей (показатель инфицированности детей составил 14,4 на 100). У 7 наркозависимых женщин, которым химиопрофилактика не проводилась, диагноз ВИЧ-инфекция поставлен 4 детям (показатель инфицированности – 57,1 на 100 детей).

Риск рождения ВИЧ-инфицированного ребенка у наркозависимых женщин получивших плановую химиопрофилактику, был в 6 раза ниже, чем у женщин этой группы получивших экстренную химиопрофилактику ($\chi 2$=35) и в 24 раза ниже по сравнению с группой наркозависимых женщин не получавших химиопрофилактику ($\chi 2$=116,6). Экстренная химиопрофилактика в группе женщин употреблявших наркотики снижала риск инфицирования ребенка в 4 раза ($\chi 2$=9,16).

В группе ВИЧ-инфицированных матерей, не употреблявших наркотики, плановую химиопрофилактику получили во время беременно-

сти за тот же период времени 85,6%, а экстренную – 12,8% женщин. Из 898 детей в этой группе, 30 детям был поставлен диагноз ВИЧ-инфекция. Показатель инфицированности детей составил 3,3 на 100 детей. Среди 777 беременных ВИЧ-инфицированных женщин не употреблявших наркотики и получивших плановую химиопрофилактику ВИЧ-инфекция выявлена в последствии у 10 детей. Показатель инфицированности детей данной группы составил 1,3 на 100. У 115 женщин получивших экстренную химиопрофилактику ВИЧ-инфекция выявлена у 16 детей. Показатель инфицированности составил 14,0 на 100 детей. У 6 ВИЧ- инфицированных матерей, не получивших химиопрофилактику, диагноз ВИЧ-инфекция поставлен 4 детям (показатель инфицированности – 66,6 на 100 детей). Основными причинами отсутствия химиопрофилактики у ВИЧ-инфицированных беременных женщин, не употреблявших наркотики на первом, втором и третьем этапах за анализируемый период было поступление женщины в потужном периоде, домашние роды, роды в карете скорой помощи, период сероконверсии.

Риск рождения ВИЧ-инфицированных детей у женщин не употреблявших наркотики и получивших плановую химиопрофилактику был в 10,8 раз ниже, чем у женщин этой группы получивших экстренную химиопрофилактику (χ^2=56,4) и в 51,2 раза ниже по сравнению с группой женщин не получивших химиопрофилактику (χ^2=145). Экстренная химиопрофилактика в группе женщин не употреблявших наркотики снижала риск рождения инфицированного ребенка в 4,7 раза (χ^2=11,5).

По результатам исследования установлено, что в целом инфицированность детей в группе наркозависимых ВИЧ-инфицированных женщин была в 2 раза выше, чем у детей рожденных женщинами, не употреблявшими наркотики (χ^2= 8,08).

При этом инфицированность ВИЧ детей, рожденных наркозависимыми матерями получившими химиопрофилактику (плановую и экстренную) была также в 2 раза выше, чем детей, рожденных матерями, не употреблявшими наркотики, 6,0 и 3,0 на 100 детей соответственно (χ^2= 8,2).

Выводы: Осуществление ВААРТ позволяет существенно снизить риск перинатальной передачи ВИЧ от матери ребенку, как у наркозависимых женщин, так и у женщин, не употреблявших наркотики. Результаты исследований свидетельствовали о более высокой эффек-

тивности плановой и экстренной химиопрофилактики вертикального пути заражения среди ВИЧ-инфицированных женщин, не употреблявших наркотики. Наиболее предпочтительней является трехэтапная (плановая) химиопрофилактика. Следовательно, для снижения риска вертикальной передачи ВИЧ наряду с химиопрофилактикой следует рассматривать и отказ от употребления наркотиков. Своевременное начало ВААРТ у ВИЧ-инфицированных женщин - один из критериев сохранения здоровья ребенка.

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ПЕРМСКОМ КРАЕ

Алыева М.Х., Канина А.О., студентки 6 курса
медико-профилак. фак-та
Кафедра эпидемиологии с курсом гигиены и эпидемиологии ФПК и ППС
ГБОУ ВПО ПГМА им. акад. Е.А. Вагнера Минздрава России
Научный руководитель: к.м.н., доцент Новгородова С.Д.

Актуальность. Профилактика ВИЧ-инфекции в Пермском крае по прежнему остается одним из приоритетных направлений для здравоохранения. Это обусловлено высоким уровнем распространенности ВИЧ-инфекции среди населения Пермского края (683,5±5,1 на 100 тыс. нас. в 2013г.), высокой смертностью ВИЧ-инфицированных (158,3±7,5 на 1000 инфицированных в 2013г.). Экономический ущерб от эпидемии ВИЧ-инфекции обусловлен не только высокой стоимостью антиретровирусной терапии, но и уменьшением трудовых ресурсов, ухудшением качества труда и снижением социальной активности, так как основной контингент заразившихся составили молодые люди в возрасте 32 лет.

Цель: изучение заболеваемости и распространенности ВИЧ-инфекции в Пермском крае.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости и распространенности ВИЧ- инфекции среди населения по данным учетно-отчетной документации ГКУЗ ПК «Пермский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» (ГКУЗ ПК «ПКЦ СПИД и ИЗ») за 1996-2013гг. Обработка данных выполнена с использованием статистических методов исследования в рамках программы Microsoft Excel.

Результаты исследования. Эпидемическая ситуация при ВИЧ-инфекции в Пермском крае остается сложной: показатель заболеваемости в 2013 году составил 88,0±1,8 на 100 тыс. нас., что в 1,6 раза выше среднероссийского показателя (54,3±0,2 на 100 тыс. нас.). Анализ распространенности ВИЧ-инфекции в Пермском крае за 1998-2013 гг. выявил выраженную тенденцию к росту со среднемноголетним темпом роста 15,2% (рис.1).

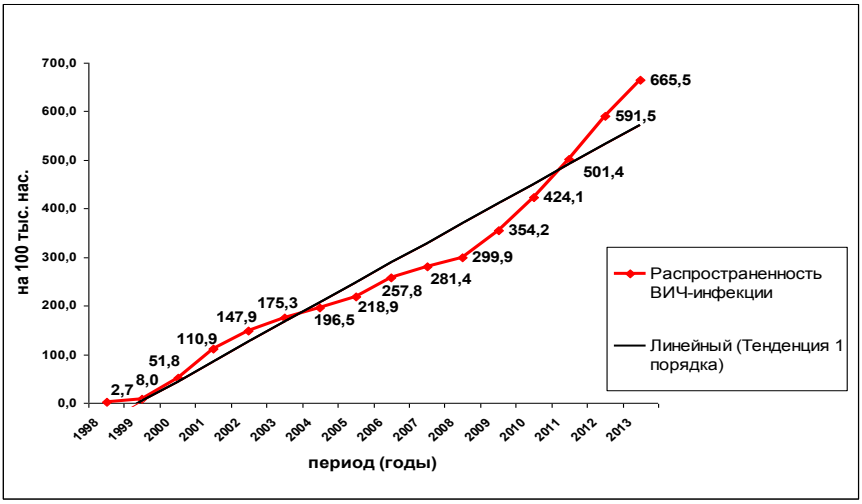


Рис. 1. Многолетняя динамика распространенности ВИЧ-инфекции в Пермском крае в 1996 – 2013гг. (на 100 тыс. нас.)

Уровень регистрируемой заболеваемости ВИЧ-инфекцией был связан в основном с двумя путями передачи вируса - половой и внутривенное введение наркотиков (ВВН). Последний преобладал в структуре путей инфицирования в период с 2000 по 2012 гг. Его доля колебалась от 53,7 до 94,6%. Однако с 2008 года наблюдали увеличение доли полового пути. В 2013 году в Пермском крае в структуре путей передачи впервые преобладал половой, который составил 52,9%, доля ВВН – 45,5%, вертикального – 0,9%, не уточненного – 0,7%.

В большинстве случаев заражение половым путем регистрировали среди женщин (55,5%), среди мужчин ведущим оставалось внутривенное введение наркотиков (73,8%). Имевшаяся инверсия путей передачи связана с вовлечением женщин в эпидемический процесс, что служит условием для активизации вертикального пути передачи ВИЧ-инфекции.

С 2007 г. наблюдалась выраженная тенденция к росту заболеваемости ВИЧ-инфекцией среди жителей Пермского края, при одновременном снижении уровня заболеваемости наркоманией по официальной статистике. В 2013 г. темп прироста заболеваемости ВИЧ- инфекцией по отношению к среднемноголетнему показателю составил – 94,7%, темп убыли заболеваемости наркоманией – 82,8%.

Социальная значимость ВИЧ-инфекции во многом обусловлена высокой смертностью инфицированных. В 2013 г. в Пермском крае показатель смертности остался на уровне предыдущего года и составил 158,3±7,5 на 1000 инфицированных. В структуре смертности ВИЧ-положительных пациентов, ведущими причинами в 2013 году явились: туберкулез – 32,7%, болезни органов дыхания- 12,3%, болезни печени и болезни органов кровообращения по 8,7%.

В Пермском крае ежегодно регистрируются ВИЧ- инфицированные доноры, причем их количество значительно увеличилось. В 1996г. зарегистрирован 1 человек, в 2013г. уже 37 человек. Медицинскому персоналу необходимо проявлять настороженность в отношении ВИЧ-инфекции для предотвращения реализации артифициального пути передачи ВИЧ.

Возрастная структура заболеваемости ВИЧ-инфекцией существенно изменилась за последние 13 лет. Доля возрастной группы 30-40 лет увеличилась с 6,1% (в 2000г.) до 42,2% (в 2013г.). При этом доля лиц в возрасте 15-20 лет уменьшилась с 36,7% до 4,3% за аналогичный период. С 2000 года в Пермском крае наблюдалась тенденция к увеличению среднего возраста впервые выявленных ВИЧ- инфицированных. В 2013 г. средний возраст составил 32 года, против 21,6 лет в 2000 году.

За весь период наблюдения (2000 – 2013г.) в социальной структуре преобладало неработающее население, доля которого в 2013г. достигла 51,5%. По сравнению с 2012 г., отмечено увеличение количества работающих на 9,1%.

Первые случаи ВИЧ-инфекции среди учащейся молодежи Пермского края выявлены в 1998г.: 1 – у школьника и 2 – среди учащихся средних специальных учебных заведений (ССУЗов). Среди студентов первые случаи ВИЧ-инфекции, в количестве 19, были зарегистрированы позднее, в 2000 г.

На 1.01.2014 г. среди изучаемого контингента официально зарегистрировано 746 случаев, из них более половины (59,2%) - в ССУЗах, 22,2% - в школах, почти пятая часть - в ВУЗах.

Показатель распространенности ВИЧ-инфекции в 2013г в ССУЗах. составил 858,4 на 100 тысяч соответствующего контингента, что превысило показатель распространенности среди населения Пермского края в 1,3 раза, 57,1 – в школах и 144,2 – в ВУЗах.

В 2013г. заболеваемость ВИЧ-инфекцией в ССУЗах составила 11,7 на 100 тыс. соответствующего контингента, что в 4 раза меньше по сравнению с 2012г., в ВУЗах - 3,1, в школах -1,4.

Выводы. Сложившаяся ситуация по ВИЧ-инфекции в Пермском крае остается неблагоприятной ввиду роста заболеваемости и смертности, преобладания доли полового пути передачи. Несмотря на интенсивную профилактическую работу по данной проблеме, проводимую среди учащейся молодежи, распространенность ВИЧ среди соответствующего контингента остается на высоком уровне. Наблюдаемые изменения в возрастно-социальной структуре заболеваемости ВИЧ-инфекцией – увеличение среднего возраста и доли работающих среди инфицированных - требуют проведение коррекции подходов к вопросам профилактики в различных возрастных группах, а так же расширение профилактических программ среди работающего населения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ МЕДИКО–СОЦИАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА, РАБОТАЮЩИХ В СВОБОДНОЕ ОТ УЧЕБЫ ВРЕМЯ

Лыкова Е.В., Мартюшев А.В., студенты медико-профилак. фак-та
Кафедра общей гигиены и экологии человека
ГБОУ ВПО Пермской ГМА им. акад. Е.А. Вагнера Минздрава России
Научный руководитель: к.м.н., доцент Кулеш Т.А.

Указом Президента Российской Федерации от 09.12.2007 №1351 утверждена «Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2005 года». Перед органами государственной власти поставлена стратегическая задача сохранения здоровья нации, снижения уровня смертности, увеличения продолжительности жизни, создания условий и формирования мотивации для ведения здорового образа жизни и определения демографического спада в стране. Среди многих факторов, влияющих на здоровье населения, кроме социально-экономических, большую роль играют социально-гигиенические условия труда, быта, обучения, образа жизни (Онищенко Г.Г., 2013).

Совмещение учебы с трудовой деятельностью приводит к дополнительным нагрузкам, и может негативно отразиться на состоянии здоровья подростков и студентов (Иванов В.Ю., 2011). Модернизация образовательной системы в вузах, осуществляемая в настоящее время, сопровождается интенсификацией учебного процесса, что повышает принадлежность студентов к группе высокого риска развития заболеваний.

Цель исследования: Изучить медико-социальные особенности студентов медицинского Вуза, работающих в свободное от учебы время.

Задачи исследования: 1) разработать анкету по изучению трудовой деятельности и ее влияния на образ жизни студентов разработать анкету; 2) провести анкетирование студентов 3 курса медико - профилактического факультета; 3) изучить утомляемость студентов по тесту «САН»; 4) провести анализ академической успеваемости студентов.

Объем и методы исследования: проанкетированы 77 студентов 3 курса медико-профилактического факультета, в том числе - 19 мужчин и 58 - женщин, возраст респондентов - 19 – 33 года.

Метод исследования – анкетного опроса.

Результаты проведенного исследования показывали, что работают в свободное от учебы время 42,8% студентов. Из них 33,3% - мужчины, 66,7% - женщины; основной возраст работающих студентов - 19 – 33 года.

При оценке респондентами экономического положения 56,7% работающих студентов оценили его как среднее, 42,4%- как удовлетворительное.

Рейтинговое распределение жизненных предпочтений как работающих, так и не работающих студентов выглядит следующим образом: знания (93,9%), деньги (90,9%), высокое положение в обществе (66,7%).

В анализируемой группе студентов распространена трудовая занятость в вечернее и ночное время – 72,7%. В каникулярное время работает одна треть студентов, две трети респондентов работают круглый год.

Труд студентов чаще используется в медицине (санитары, медсестры, фельдшера)- 42,4%; в розничной торговле – 18,2%; в рекламном бизнесе 15,2%; в общественном питании, курьерской работе по (6,1%). На неквалифицированной работе, связанной с физическими нагрузками, работают 12,1% респондентов.

Наибольшая продолжительность рабочей смены- 7 и более часов, связана с ночной работой. Такая длительность рабочей смены отмечается у одной трети респондентов. 30,3% студентов работают от 5 до 6 часов, 24,2% - 3- 4часа, 18,2% - 1 – 2 часа.

Считают свою работу бесперспективной 45,5% респондентов; 24,2% - неинтересной; и только одной трети студентов своя работа нравится (30,3%).

Среди других отрицательных факторов трудового процесса студенты отмечают низкую заработную плату, тяжелые условия труда, высокое нервное напряжение.

Исследование показало, что среди работающих студентов имеется большая распространенность поведенческих факторов риска: курение, употребление алкоголя и приобщение к наркотикам. Курят 72,7% работающих студентов и 59,1% - не работающих, из них 87,5% респондентов курят ежедневно, остальные - несколько раз в месяц.

Употребляют алкогольные напитки подавляющее большинство работающих студентов (87,9%) и две трети - не работающих(70,5%). При этом 6,9% респондентов употребляют алкоголь каждую неделю; 51,7% - несколько раз в месяц. В основном, студенты употребляют пиво – 86,2%; вино – 3,8%; реже – крепкие алкогольные напитки – 2,6%.

Из анкетируемых каждый третий работающий и 9,0% не работающих респондентов приобщились к наркотикам, при этом – большинство работающих и половина не работающих студентов употребляли наркотики неоднократно.

Дополнительная трудовая нагрузка сопровождается уменьшением длительности ночного отдыха: 72,7% - респондентов имеют ночной отдых от 4-5 часов; 27,3% - 6-7 часов.

Подавляющее число как работающих студентов, так и не работающих, не соблюдают режим питания.

На вопрос о состоянии здоровья работающие студенты чаще, чем не работающие, отвечали, что имеют хронические (54,5% против 25,0%), простудные заболевания (33,3% против 29,6%), длительно и часто болеют (27,3% против 15,9%), чаще оценивают свою физическую форму как плохую (36,4% против 25,0%).

Каждый второй респондент предъявлял жалобы на состояние здоровье. Чувствуют себя больными 9,1% - работающих и 2,1% не работающих студентов.

Оценка утомляемости работающих студентов по тесту «САН» показало, что уже к 12 часам дня 76,0% студентов чувствуют выраженную утомляемость.

Анализ академической успеваемости студентов позволил установить, что работающие студенты успевают значительно хуже, чем не работающие. На «удовлетворительно» успевают 42,2% работающих студентов и 29,6% - не работающих; на «хорошо» и «отлично» -6,5% работающих студентов и 26,5% - не работающих.

Среди работающих студентов только один человек учится на «отлично», среди не работающих - три.

Выводы: Результаты оценки медико-социальных особенностей группы студентов медико-профилактического факультета показали, что студенты, работающие в свободное от учебы время, составляют особую группу подверженную воздействию большого количества факторов риска, имеющим предпосылки для ухудшения состояния здоровья, снижения социальной защищенности.

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

РОЛЬ УЧАСТКОВЫХ ТЕРАПЕВТОВ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Газиева Э.М., Гаджимурадова З.Г., аспиранты
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения ДГМА
Научный руководитель – д.м.н., доц. Л.С. Агаларова

Актуальность. Система здравоохранения является одной из самых затратных областей экономики. Поэтому важнейшей задачей современной политики здравоохранения является формирование у людей потребности быть здоровыми, ответственными за состояние своего здоровья и здоровья своих детей, вести здоровый образ жизни (ЗОЖ).

Целью настоящего исследования явилась разработка системы мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни городского населения на основе изучения некоторых его аспектов.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на базе 3 поликлиниках (№ 2, 6 и 9) г. Махачкала Республики Дагестан. Для сбора материала была разработана специальная анкета, которая включала 28 вопросов по 5 группам факторов, влияющих на формирование здорового образа жизни: социально-демографические; психологическая характеристика семьи; характеристика культурной жизни и отдыха семьи; вредные привычки; здоровье и медицинская активность.

Проведен опрос 549 посетителей городских поликлиник.

В соответствии с целью и задачами в исследовании использовались статистический и социологические методы.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ полученного материала показал, что среди респондентов 61,2% составили женщины, 38,8% - мужчины. Преобладание числа женщин-респондентов над мужчинами, по-видимому, объясняется существующими тенденциями в демографической ситуации большой активностью женщин при социологических опросах.

Среди опрошенных преобладали лица в возрасте от 41 до 50 лет (42%), на возрастные группы от 31 до 40 лет падает 20,2%, от 51 до 60 лет – 15,1%, от 21 до 30 лет – 11,2%. Почти одинаковый удельный вес

имели возрастные группы от 18 до 20 лет и от 61 до 70 лет – 4,1 и 5,4% соответственно.

Известно, что на здоровье в значительной степени влияет психологический микроклимат в семье. В связи с этим нами была изучена психологическая характеристика семьи. На вопрос, «Какие у Вас взаимоотношения в семье?» были получены следующие ответы: дружные – 81,5%, напряженные – 12,0%, конфликтные – 5,3%, крайне напряженные – 1,2%. Основными причинами неблагоприятных взаимоотношений в семье являются: недостаточная материальная обеспеченность - 68,4%, употребление спиртных напитков – 22,3%, отсутствие детей – 9,5%, неустроенность детей в дошкольные учреждения – 5,8%.

Известно, что одним из факторов, негативно влияющих на формирование здорового образа жизни, является употребление спиртных напитков. Исследованием установлено, что среди респондентов 64,2% мужчин и 8,4% женщин употребляют алкоголь.

Обращает на себя внимание, что в возрастной структуре 38,4% употребляющих алкоголь падает на подростковый возраст. Далее с возрастом количество лиц употребляющих алкоголь снижается: в 51 – 60 лет составляет 58,9%, в 61 – 70 лет – 54,9%, в 71 и более лет – 43,7%.

Материалы исследования показали, что ведущими источниками знаний о вреде алкоголя и наркотиков являются сведения, полученные от родителей (71%) и из средств массовой информации (26,2%). В то же время как от медицинских работников и педагогов лишь только 19,5% и 4,9% соответственно.

Другим фактором, негативно влияющим на здоровье населения, как известно, является курение. Изучение распространенности его среди взрослого городского населения показало, что среди мужчин курят более половины (53,5%), а женщин – 5,6%.

Установлено, что наибольший удельный вес среди курящих приходится на возрастные группы 31 - 40 лет (48,6%), 21 – 30 лет (47,5%) и 41 – 50 лет (41,9%). С возрастом число курящих уменьшается: 51 – 60 лет (19,9%), 61 – 70 лет (17,5%) и 71 и выше (4,4%). Вероятно в этом периоде, болезни, являющиеся следствием курения заставляют определенную часть людей пересмотреть свое отношение к вредной привычке.

Материалы исследования показали, что свое здоровье оценили как хорошее 39,2% рабочих, 26% служащих, 21% бизнесменов и 12,2% -

пенсионеров, как неудовлетворительное – 41,3% пенсионеров, 24,5% - рабочие и 22,2% - служащие.

Анализ заболеваемости респондентов за последний год показал, что чаще (5 раз и более) в год болеют пенсионеры (43,9%), служащие (22,5%) и рабочие (20,6%).

На вопрос, «Какие факторы, по Вашему мнению, способствуют улучшению здоровья?» были получены следующие ответы: избавление от вредных привычек – 34,2%, улучшение материальной обеспеченности – 32,8%, увеличение свободного времени – 21,4%, рациональное питание - 15,4%, улучшение условий труда – 13,2%, занятия спортом – 8,4%.

Одним из важных методов сохранения и укрепления здоровья населения как известно является диспансеризация. В связи с этим нами по данным анкетного опроса изучен охват населения диспансеризацией и удовлетворенность ее качеством. Установлено, что в настоящее время недостаточно внимания уделяется диспансеризации работающего населения. Так, по данным анкетирования более 2/3 рабочие (69,3%), 77,5% - служащие и 84,6% - бизнесмены не состоят на диспансерном учете. Из тех, которые состоят на диспансерном учете, в среднем третья часть наблюдаются нерегулярно, особенно рабочие, служащие и бизнесмены. Качеством диспансеризации не удовлетворены 35,7% рабочих, 33,2% служащих и 23,6% бизнесменов.

Как известно, одним из важных факторов в лечении больных является рациональное питание. В связи с этим нами по данным социологического исследования изучено мнение населения по вопросам соблюдения режима и качества питания. Известно, что лечение больных, особенно с заболеваниями желудочно-кишечного тракта невозможно без выполнения рекомендаций по питанию. Однако 26,3% бизнесменов, 24,4% рабочих и 20,8% - служащих питаются 1 – 2 раза в день. Более треть рабочих (36,1%), каждый пятый служащий (18,8%) и четвёртый пенсионер (23,2%) питаются однообразно.

Выводы:

1. Исследованием установлено, что среди городского населения 64,2% мужчин и 8,4% женщин употребляют алкоголь. В возрастной структуре 38,4% употребляющих алкоголь падает на подростковый возраст. С возрастом количество лиц употребляющих алкоголь снижается: в 51-60 лет составляет 58,9%, в 61-70 лет – 54,9%, в 71 т более лет – 43,7%.

2. Изучение распространенности курения среди городского населения показало, что среди мужчин курят более половины (53,5%), а женщин – 5,6%. Установлено, что наибольший удельный вес среди курящих приходится на возрастные группы 31 – 40 лет (48,6%), 21 – 30 лет (47,5%) и 41 – 50 лет (41,9%).

3. Материалы исследования показали, что свое здоровье оценили как хорошее 39% рабочих, 26% служащих, 21% бизнесменов и 12,2% - пенсионеров, как неудовлетворительное – 41,3% пенсионеров, 24,5% - рабочие и 22,2% - служащие.

СТРУКТУРА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПОДРОСТКОВ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН ЗА 2001-2010 гг.

Саламова М.А., студентка
Кафедра естественнонаучных и медико-биологических дисциплин НОУ ВПО «Дагестанский медицинский стоматологический институт»
Научный руководитель: асс. Магомедова Р.А.

Актуальность. В Государственном докладе о состоянии здоровья населения Российской Федерации за 2001 г. отмечено, что уровень общей заболеваемости среди подростков имеет тенденцию к росту. В связи с этим определенный интерес представляет изучение динамики заболеваемости среди подростков в конкретном регионе за 10 лет.

Цель исследования: изучение терапевтической заболеваемости, ее структуры и уровней среди подростков в Республике Дагестан за 2001-2010 гг.

Материал и методы: оценку показателей первичной заболеваемости проводили на основании данных статистических справочников Минздрава Республики Дагестан.

Результаты исследования. В структуре терапевтической заболеваемости в 2001 г. на первом месте находились болезни органов дыхания (интенсивный показатель составил 10100 на 100 тыс. чел.), на втором месте – болезни органов пищеварения (4180 на 100 тыс. чел.), на третьем месте – болезни крови и кроветворной системы (2070 на 100 тыс. чел.), затем – болезни костно-мышечной системы (1410 на 100 тыс. чел.), мочевыделительной системы (1210 на 100 тыс. чел.) и на последнем месте – болезни системы кровообращения (700 на 100 тыс. чел.). В общей структуре заболеваемости заболевания терапевтического профиля составляли 45% (196,7 на 100 тыс. чел.).

Структура заболеваемости в 2010 г. оставалась такой же, т.е. первое место занимали болезни органов дыхания (29530 на 100 тыс. чел.), второе – болезни органов пищеварения (17420 на 100 тыс. чел.), третье место – болезни мочевыделительной системы (7009,7 на 100 тыс. чел.), далее – болезни крови и кроветворной системы (4826,5 на 100 тыс. чел.), болезни костно-мышечной системы (3379,6 на 100 тыс. чел.) и последнее место – болезни системы кровообращения (1017 на 100 тыс. чел.). В общей структуре заболеваемости заболевания терапевтического профиля составляли 59,9% (63182,8 на 100 тыс. чел.), т.е. за 10-летний период заболеваемость выросла на 14,9%. Наибольший рост отмечался болезней мочевыделительной системы (интенсивный показатель вырос в 5,8 раза), органов пищеварения (в 4,2 раза) далее – болезней органов дыхания (в 2,9 раза), болезней костно-мышечной системы (в 2,4 раза), болезней крови и кроветворной системы (в 2,3 раза), болезней системы кровообращения (в 1,5 раза).

Вывод. В Республике Дагестан за период с 2001 по 2010 гг. заболеваемость терапевтического профиля среди подростков выросла на 14,5%, при этом набольший рост отмечен болезней мочевыделительной системы (интенсивный показатель заболеваемости вырос в 5,8 раза).

СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ ЭТАПНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ В ДТП

Михно В.А., студент 502 группы педиатр. фак-та
Кафедра медицины катастроф Волг.ГМУ
Научный руководитель: д.м.н., доцент Поройский С.В.

Актуальность. За последние 10 лет в Российской Федерации зарегистрировано около 2 миллионов дорожно-транспортных происшествий (ДТП), в результате которых погибли 350 тысяч человек, а более 2 миллионов получили травмы. По официальным данным ГИБДД на дорогах Волгоградской области ежегодно происходит более 3000 ДТП, в которых погибают около 500 человек, количество раненных составляет более 3000 человек. Число погибших составляет 11,3% от количества пострадавших в ДТП.

Цель: оценка функционирования системы этапного оказания медицинской помощи пострадавшим в ДТП на участках Федеральной автомобильной дороге (ФАД) М6 «Каспий».

Материалы и методы. С 2008 года в Волгоградской области осуществлен и реализуется проект создания трассовых медицинских пунктов (ТМП) для оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим в ДТП, а также трехуровневой системы травмоцентров (ТЦ).

Результаты исследования. Анализ деятельности ТМП на трассе М6 за 2012 год показал, что за 2012 год совершенно 350 выездов на место ДТП. Среднее время доезда бригады скорой медицинской помощи (СМП) ТМП на место ДТП составляло 14,0 минут. Бригадами СМП ТМП медицинская помощь была оказана 399 пострадавшим. 397 пострадавших в ДТП были доставлены в травмоцентры. Летальность на ФАД М6 составила 35,1% от общего количества пострадавших. В структуре патологических состояний у пострадавших в ДТП: 63,4%-сочетанная травма (СТ), 20,6%- политравма, 16%-травматический шок. Роль ТМП не сводиться только к оказанию неотложной помощи при ДТП, наиболее часто ТМП становятся единственно возможным и ближайшим медицинскими подразделениями, в которых участники дорожного движения могут получить первичную лечебно- диагностическую помощь. На долю пострадавших в ДТП приходиться 13,1% от всех обращений за помощью в ТМП при этом обращения пострадавших от несчастного случая (13,6%) и заболевшие по различным нозологиям (73,3%) составляли 86,9% . По данным проведенного анализа, наиболее часто встречающейся патологией среди пострадавших в ДТП на ФАД М6 является сочетанная травма. Именно поэтому изучение деятельности ТЦ по данной патологии является наиболее актуальной. Структура патологических состояний на этапах эвакуации пострадавших в ДТП из ТМП представлена следующим образом:

– Число пострадавших с сочетанной травмой, доставленных в ТЦ 3-го уровня составило 79 человек. Из них в первые 7 суток умерли 8 (10,01%) пострадавших. Количество выполненных оперативных вмешательств в ТЦ 3-го уровня составило 26: при сочетанной травме – 18 (69,23%), при множественной травме- 7 (26,92%), при нейротравме – 1 (3,85%).

– Число пострадавших с сочетанной травмой, доставленных в данные ТЦ 2-го уровня составило 130 человек. Из них в первые 7 суток умерли 12 пострадавших (10,01%), что сопоставимо с данными по ТЦ 3-го уровня. Количество выполненных оперативных вмешательств в ТЦ 2-го уровня составило 147 из них: при сочетанной травме - 76 (51,70%), при множественной травме 43 (29,25%) и при нейротравме – 28 (19,05%).

– Число пострадавших с сочетанной травмой, доставленных в ТЦ 1-го уровня составило 147 человек. Из них в первые 7 суток умерли 34 (23,13%) пострадавших. Количество выполненных оперативных вмешательств в ТЦ 1-го уровня составило 194 оперативных вмешательств из них: при сочетанных травмах – 140 (72,16%), при множественных травмах – 42 (21,65%), при нейротравме – 12 (6,19%).

Сравнив показатели деятельности ТЦ в 2013 году (период январь-ноябрь) мы получили следующие данные: общее количество доставленных пострадавших в травмоцентры 1-го, 2-го и 3-го уровней увеличилось на 9,26%, при этом общая смертность снизилась почти на 1,5% (1,18%).

Выводы:

1. Текущий анализ деятельности ТМП, созданных на территории Волгоградской области, позволяет говорить о сокращении времени прибытия бригады СМП ТМП к месту ДТП, а также увеличением доступности лечебно-диагностической помощи участникам дорожного движения.

2. Создание системы этапного оказания медицинской помощи пострадавшим в ДТП в Волгоградской области позволяет повысить качество, доступность, медицинскую результативность и экономическую эффективность медицинской помощи пострадавшим в ДТП на территории Волгоградской области.

АНАТОМИЯ ЧЕЛОВЕКА

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КОСТЕЙ ЧЕРЕПА

Махачев М.Б., Дамаданова М.Ш., Хизиева Б.М., студенты 2-го курса
Кафедра анатомии человека ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., проф. Гусейнов Т.С.

Актуальность. Морфологические, морфометрические и возрастные особенности строения костей черепа имеют значительное применение при диагностике и лечении черепно-мозговой травмы (ЧМТ). Особое значение приобретают знания анатомии структур черепа при лучевых методах исследования: рентгеноанатомия, УЗИ, КТ, МКТ т.д.

Цель. Описать возрастные особенности некоторых структур костей черепа.

Материал и методы исследования. На 15 черепах различной возрастной принадлежности (новорожденные, дети, взрослые) исследовали возрастные преобразования различных костей черепа. Использованы анатомические, морфометрические, рентгенологические и компьютерные томографические методы исследования.

Результаты исследования. Из многочисленных отверстий, каналов и щелей височной кости следует отметить, что они подвержены возрастным, вариативным и индивидуальным особенностям. Так, каменисто-чешуйчатая щель, не всегда достигает рваного отверстия, иногда видна борозда. Толщина крыши барабанной полости находится в пределах 1,2-1,8 мм.

На месте стыка чешуи височной кости и крыши барабанной полости в 2,5% случаев встречается глубокая борозда. Высота дугообразного возвышения варьирует в пределах 2-3 мм, чаще у брахикранов выше, чем у долихокранов.

На дне внутреннего слухового прохода видны отверстия 3-5, диаметром 100-200 мкм.

Размеры тройничного вдавления имеют индивидуальные особенности и взаимосвязь с формой черепа.

На верхушке пирамиды тройничное вдавление образует иногда вырезку. На дне вдавления в 10-16% случаев встречается борозда. Длина вдавления находится в пределах 5-9 мм, а ширина-4-8 мм.

Расщелины канала большого каменистого нерва и канала малого каменистого нерва не всегда четко видна и находится на границе

крыши барабанной полости. Диаметр указанных каналов находится в пределах 200-300 мкм.

В отношении швов черепа отмечается, что раньше зубчики 1,2,3 порядков появляются в сагиттальном, ламбдовидном и венечном видах швов в возрасте 2-5 лет.

У новорожденных швы черепа с зубчиками не выражены, пневматизация костей черепа формируется с 2 лет. Раньше всех воздухоносных пазух образуется верхнечелюстная пазуха, а начиная с 1,5-2 лет выявляется лобная пазуха.

Наиболее утолщенные контрфорсы встречаются, начиная с 4-5 лет и достигают наибольшего развития в зрелом возрасте.

Формирование зубчатых швов у человека в возрастном плане идет в три этапа: 1) от рождения до 5-7лет; 2) замедление с 7-15 лет; 3) активный рост 16-25 лет.

В зубчатых швах различают зубчики 1,2,3 порядков. Зубцы 1-го порядка формируются раньше всех, 2-го порядка и позже 3-го порядка последними. В образовании зубчиков в различных швах имеется разница в возрастной динамике. Первыми зубчики образуются на 9-ом месяце после рождения на наружной поверхности сагиттального шва. На 2 году жизни растет число зубчиков и плотность их на 1 см² составляет 3-4, на 3-м году 4-5; на 4-5 годах 6-7. Зубцы 1-го порядка самые крупные и длинные – 5-6мм, 2-го порядка – 3-4мм, а 3-го порядка – 1-2мм.

В размерах, плотности и выраженности зубчиков имеются возрастные, вариативные и локальные особенности их строения. Возрастная облитерация зубчатых швов начинается с 30-40 лет и эти анатомические особенности следует учесть при интерпретации краниограммы и краниографии.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НОРМАЛЬНО И АНОМАЛЬНО ФОРМИРУЮЩИХСЯ МАТОК ПЛОДОВ ЧЕЛОВЕКА

Овчинникова А.О., студентка 316 гр. леч. фак-та
Кафедра анатомии человека Самарского государственного медицинского университета
Научный руководитель – к.м.н., доц. С.Н. Чемидронов

Одной из причин развития абсолютных и относительных форм бесплодия являются врожденные аномалии женских половых органов, которые составляют 4% от всех пороков женской половой системы и

выявляются в 1% случаев. Поэтому изучение этой проблемы является чрезвычайно актуальным.

Цель нашей работы является изучение врожденных аномалий женской половой системы и частоты их встречаемости в Самарской области. Исследование проведено на базе СОКБ им. Калинина и в морге кафедры анатомии человека СамГМУ.

Материалом послужили истории болезней отделения детской гинекологии и матки плодов. Был проведен ретроспективный анализ историй болезней, статистический анализ и морфометрия маток плодов.

Были получены следующие результаты: за период с 2003 по 2013 годы из 10552 историй болезни было выявлено 82 случая ВПР со следующими диагнозами: двурогая матка – 24%, гипоплазия матки – 19%, синдром Рокитанского – Кюстнера – 13%, атрезия девственной плевы – 12%, аплазия влагалища – 9%, полное удвоение полового аппарата – 8%, атрезия влагалища – 7%, урогенитальный синус и аплазия матки по 2%, аномалия малых половых губ, гипоспадия, аплазия шейки матки и седловидная матка по 1%. В ходе сравнительной морфометрии 5 маток плодов в возрасте 19, 24, 32 и 38 недель, было выявлено уменьшение показателей ширины и окружности в большинстве случаев – 80 %, по сравнению с номограммой.

Таким образом, наша работа показала, что в Самарской области за период с 2003 по 2013 годы врожденные пороки женской половой системы составили 0,8%, что ниже среднего по России. Самые распространенные аномалии за указанный период – двурогая матка и гипоплазия матки - 24% и 19% соответственно. По результатам морфометрии макропрепаратов маток плодов уменьшение показателей может свидетельствовать о синдроме задержки внутриутробного развития.

ВАРИАТИВНЫЕ И МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ГОРТАНИ

Киршина А.В., студентка 2 курса медико-профилак. фак-та
ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е.А. Вагнера Минздрава Российской Федерации»
Кафедра нормальной, топографической и клинической анатомии, оперативной хирургии
Научный руководитель: к.м.н., доц. Некрасова Л.В.

Сложность морфологической конструкции гортани и ее труднодоступное положение затрудняет использование эндоскопических методик для исследования при заболеваниях, поэтому проблему изучения этого органа возводят в разряд высочайшей актуальности. Огромная социально значимая роль гортани - речевая функция. Тембр голоса является настолько характерным, неотъемлемым свойством каждого человека, что итальянцы в старину включали в паспорт в числе особых примет также и тембр голоса.

Тембр и высота голоса закладываются задолго до рождения человека и во многом зависят от унаследованных: роста, фигуры и устройства голосового аппарата. Высота тона в голосовом аппарате устанавливается исключительно голосовыми связками. Так, на долю злокачественных образований гортани приходится от 1 до 3 % всей онкологической патологии населения. Например, можно считать, что в настоящее время нет противоопухолевых препаратов для лечения рака гортани, поэтому исследования в отношении химиотерапии рака гортани и ее сочетания с другими методами лечения являются весьма актуальными. Проблема восстановления голоса у больных с воспалительными заболеваниями гортани является одной из наиболее сложных и актуальных в ларингологии. Это объясняется распространенностью заболевания, которая достигает 61,2 случая на 10 000 населения.

Таким образом, с одной стороны - острая потребность в сведениях о прижизненной анатомии гортани с учетом возрастных, половых, индивидуальных различий на этапах онтогенеза, а с другой стороны - техническая возможность их получения являются определяющими для исследований в этой области.

Цель: проследить топографо-анатомические и вариативные осо-

бенности строения гортани в связи с половым диморфизмом и функцией голосообразования.

Задачи:

1. Представить топографо-анатомическое строение гортани по данным мировой и отечественной литературы.

2. Провести макро и морфометрические исследования гортани (влажные препараты кафедры нормальной, топографической и клинической анатомии, оперативной хирургии).

3. Сопоставить полученные данные в связи с половыми признаками и функцией голосообразования.

Материалы, методы. С целью определения взаимосвязи морфофункциональных особенностей гортани, полового диморфизма и функции голосообразования был проведен анализ макроскопического и морфометрического строения этого органа. Материалом для работы послужили 17 гортаней (влажных препаратов), из них 9 гортаней объектов мужского пола, 8 гортаней объектов женского пола кафедры нормальной, топографической и клинической анатомии, оперативной хирургии. Измерения проводились путем наложения шнура на препарат, соответственно измеряемому параметру (линейную плотность, разрывную нагрузку, параметры кручения шнуров и канатиков определяют по ГОСТ 2555). Достоверность показаний линейки выверена по ГОСТу с помощью штангенциркуля. Данные измерений протоколировали, составляли таблицы по измерениям с соответствующими диаграммами.

Результаты исследования. Так, по нашим данным длина гортани составляет от 17 мм до 71 мм, что соответствует вертикальным размерам гортани мужского организма зрелого возраста по «условному человеку». Параметры окружности гортани от 40 мм до 62,3 мм, что соответствует данным «условного человека» (4,3 (4-5,1) см у мужчин; 4,1 (3,7- 4,6) см у женщин). В результате измерений мы определили поперечный размер голосовой щели равный от 19мм до 35 мм, а у «условного человека» 25 мм для мужчин зрелого возраста. Переднезадний размер просвета голосовой щели, по нашим измерениям, составил от 1 мм до 4 мм, по данным «условного человека», он равен 3-5 мм у женщин и 6-8 мм у мужчин.

В ходе работы выявили: соотношение max и min размеров желудочков гортани, соотношение max и min размеров в основании надгортанного хряща гортани, соотношение max и min размеров подголосовой части гортани. Для определения большего объема гортани мы

выбирали объекты с 2 максимальными показателями отделов гортани мужского пола: отделы 9 гортаней – 53% (преддверие гортани, желудочек, подголосовой отдел) соответствуют максимальным размерам «условного человека».

Тембр голоса мужских гортаней (по данным литературы) варьирует: бас, баритон, тенор. В нашем исследовании по всем максимальным показателям гортань №1 является самой большой, можно предположить, что данный объем гортани соответствует по тембру-басу. При исследовании гортаней меньшего объема, мы выбирали 2 минимальных показателя или значения отделов гортани: отделы 5 гортаней – 29% (преддверие гортани, желудочек, подголосовой отдел) соответствуют минимальным размерам гортаней женского пола «условного человека».

Тембр голоса женских гортаней (по данным литературы) варьирует: контральто (низкий), меццо-сопрано, сопрано. В нашем исследовании по всем минимальным показателям гортань №16 является самой маленькой, можно предположить, что данный объем гортани соответствует по тембру - сопрано. Таким образом, размеры гортани существенно меняются от индивида к индивиду. У мужчин они крупнее, чем у женщин. В процессе голосообразования голос уже характеризуется определенной высотой, силой и тембром. Последние две характеристики существенно видоизменяются в зависимости от параметров этих полостей.

Так, телосложение человека зависит от строения голосового аппарата, а именно его гортани. Например, биологический тип человека, обладающий глубоким и богатым тембром, басом с большим объемом голоса – обычно высокого роста, с длинной шеей, длинными конечностями и удлиненной грудной клеткой.

Выводы. В нашем исследовании встретились max и min варианты параметров гортаней: 53% гортаней – большего размера, 29% – минимального размера; значения длин гортани от 17 мм до 71 мм, параметры окружности гортани от 40 мм до 62,3 мм, поперечный размер голосовой щели равный от 19 мм до 35 мм, переднезадний размер просвета голосовой щели составил от 1 мм до 4 мм.

ФИЗИОЛОГИЯ ЧЕЛОВЕКА И ЖИВОТНЫХ

ОСОБЕННОСТИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ПОДРОСТКОВ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ

Бабаханова С.Б., студентка 205 гр. пед.фак-та,
Гусейнов И.Н., студент 210 гр. леч. фак-та
Кафедра нормальной физиологии
Научный руководитель: к.м.н., доц. Ахмедханова А.А.

Актуальность. Дыхание – одна из важнейших функций организма. Дыхательная система человека отличается тем, что имеет наименьшие функциональные резервы. Человек может задерживать дыхание максимум на несколько минут (от 3-4 минут до 6 минут). Лучше всего дыхание развито, благодаря ежедневным тренировкам, у певцов, духовых музыкантов, йогов и спортсменов. У нетренированных, практически здоровых людей дыхание «дает сбои» при бронхо-легочных заболеваниях и кардиоваскулярных нарушениях. По данным ВОЗ (2005; 2011), заболевания, вызванные нарушением процесса дыхания, занимают одно из первых мест. Поэтому исследование функции внешнего дыхания является обязательным компонентом оценки уровня здоровья как у взрослых, так и у детей. При этом, как считают А.А. Баранов с соавт. (2009) оценка функциональных параметров и рекомендации по их улучшению у детей старше 12 лет основываются на тех же принципах, что и у взрослых. Дыхательный аппарат у подростков сформирован как у взрослых. Установлено также, что в подростковом возрасте значения показателей внешнего дыхания у мальчиков и девочек различаются незначительно (Т.В.Куличенко с соавт., 2013). Изучение состояния внешнего дыхания поможет выявить риски заболеваний бронхо-легочной системы у подростков, когда они начинают «приобщаться» к взрослой жизни.

В большинстве лечебных учреждений функциональная диагностика внешнего дыхания и в настоящее время сводится к спирометрии (П.В. Стручков, 2013). Основная возможность этого метода – выявление обструктивных нарушений периферических дыхательных путей. В 2005 году Европейским респираторным обществом и Американским торакальным обществом разработаны рекомендации по проведению спирометрии и оценки ее результатов, которые опубликованы в Eur. Respir J. (2005; 26: 319-338); эти рекомендации приняты также и в России.

Цель: изучить доступными приемами исследования состояние внешнего дыхания у детей-старшеклассников с различной степенью физической активности.

Материал и методы исследования. В обследовании приняло участие 45 детей в возрасте 15 лет. Исследования проводились в 3-х группах подростков, отобранных по данным медицинского осмотра:

1-ая группа (контрольная) – здоровые школьники, активные на уроках физической культуры; 2-ая группа (пассивная) – школьники, не допущенные к занятиям по физкультуре по результатам углубленного медосмотра и занимающиеся в спецгруппе; 3-я группа (активная) – подростки, занимающиеся в спортивных секциях (бокс, волейбол) и допущенные к учебно-тренировочному процессу и соревновательной деятельности.

Для оценки состояния внешнего дыхания у всех обследованных проводилась спирометрия – определение фактической жизненной емкости легких (ФЖЕЛ) с помощью водяного спирометра. По формуле Антонии (Anthony, 1930) рассчитывалась должная жизненная емкость легких (ДЖЕЛ). По этой формуле ДЖЕЛ (мл) равна должному основному обмену (ДОО), помноженному на эмпирический коэффициент. Для подростков 15 лет он составляет 2,0 (по А.А. Маркосяну, 1969). ДОО находили по таблицам Гарриса и Бенедикта, исходя из роста, массы тела, пола и возраста школьников. Показатели бронхиальной проходимости получали с помощью пикфлоуметрии, которая демонстрирует скоростные показатели выдоха (л/мин). Функциональные возможности, а также тренированность дыхательной и сердечно - сосудистой систем оценивали по общепринятым клиническим пробам Штанге и Генча. Полученные результаты обрабатывали статистически (по коэффициенту Стьюдента).

Результаты исследования. Показатели жизненной емкости легких в контрольной группе подростков колебались в пределах 2,16±0,22 л; в пассивной группе ФЖЕЛ составила 1,82±0,14 л ($p<0,05$); в то время, как в активной группе (спортсмены) средние показатели ФЖЕЛ находились на уровне 2,84±0,32 л ($p <0,001$). Представляло интерес в каждой группе обследуемых подростков вычислить ДЖЕЛ – теоретическая величина, при расчете которой учитывается пол, возраст, вес, рост. Расчеты показали, что у спецгруппы, с малой физической активностью величины ДЖЕЛ на 24,3±6,7 % превышали их показатели ФЖЕЛ, и это свидетельствует о дефиците объемных показателей ЖЕЛ. У юных спортсменов (активная группа) фактическая жизненная емкость легких, наобо-

рот, на 42,7±3,0 % превышала их данные по ДЖЕЛ, что демонстрирует наличие резервных возможностей системы внешнего дыхания.

Пикфлоуметрия выявила также значительный разброс ($p<0,01$) в показателях проходимости дыхательных путей у подростков с различной физической подготовкой: у спортсменов - 527±28 л/мин; у подростков, занимающихся в спецгруппе - 315±33 л/мин; в контрольной группе - 366±38 л/мин. Следовательно, показатели пиковой скорости выдоха у старшеклассников с различной физической подготовкой иллюстрируют степень тренированности их дыхательной системы.

Анализ результатов по функциональным пробам Штанге и Генча выявил следующее. У здоровых подростков (активная группа) задержка дыхания в фазе вдоха составила 43±6 с, на фазе выдоха - 24±7 с; в пассивной группе - 32±8 с и 25 ±5 с соответственно. У подростков, систематически занимающихся в спортивных секциях результаты по пробе Штанге составили 56±8 с и по пробе Генча - 34±6 с (по сравнению с контрольной группой различия статистически достоверные - $p<0,05$). Следовательно, тренировки увеличивают не только размах дыхательных движений, подвижность грудной клетки, но и углубляют вдох и выдох, и развивают выносливость организма к условиям гипоксии.

Выводы:

1. Показатели внешнего дыхания (емкостные, объемные, скоростные, а также пробы на выносливость) у подростков зависят от степени физической активности.

2. Систематические тренировки в спортивных секциях улучшают функциональные показатели бронхо-легочной системы и повышают ее выносливость.

3. Анализ функционального состояния внешнего дыхания у подростков дает возможность выделить «группы риска» для углубленного обследования кардиореспираторной системы в лечебном учреждении

ОЦЕНКА ВРЕМЕНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ХАРАКТЕРИСТИК РАБОТЫ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Медведко С.А., студент 225 гр. леч. фак-та,
Пушкарев Б.С., студент 226 гр. леч. фак-та
Кафедра нормальной физиологии
ГБОУ ВПО Пермской ГМА им. акад. Е.А. Вагнера Минздрава России
Научный руководитель: доц., к.м.н., Савкин В.В.

Актуальность проблемы связана с необходимостью изучения деятельности мозга при оценке интервалов времени. Например, для спортсменов очень важна оценка времени, чтобы более точно контролировать свой темп, силу, скорость движений, действий и т. д. для достижения наилучшего результата.

Цель исследования: изучение оценки времени в зависимости от показателей работы нервной системы и возможного нейронального механизма в работе биологических часов.

Материал и методы исследования: для исследований была отобрана группа студентов в количестве 25 человек. Были проведены следующие пробы: точность оценки интервалов времени равных 1 секунде, корректурная проба (тест Бурдона), исследование тревожности (тест Спилбергера-Ханина), исследование качеств личности (тест Смирнова), определение типа темперамента (тест Айзенка). Для исследования возможного механизма оценки времени проводили статистический и корреляционный анализ между показателями, измеренными вышеуказанными методами (рассчитывали среднее значение по группе, стандартную ошибку средней арифметической, коэффициенты корреляции, стандартные ошибки коэффициента корреляции, с помощью электронных таблиц и программ Microsoft Excel и SPSS). Достоверность различий признаков по группам оценивали с помощью критерия Стьюдента (t) при $p \leq 0{,}05$.

Результаты исследования представлены ниже в виде: значения среднего арифметического и стандартной ошибки (M±m), коэффициента корреляции и стандартной ошибки коэффициента корреляции ($r \pm m_r$). Изучали взаимосвязи между оценкой времени и: показателем точности в корректурной пробе (r=-0,43 ± 0,03; *p=0,033*), устойчивостью внимания в корректурной пробе (r=-0,41 ± 0,04; *p*=0,040), личностной тревожностью (зависимость не обнаружена), ситуативной тревожностью (зависимость не обнаружена).

Учитывая высокую вариабельность показателя ситуативной тревожности (36-59 баллов), было проведено разделение испытуемых в зависимости от степени тревожности на две группы (высокая и средняя тревожность). Средний балл по группе с высокой тревожностью составил 50±4,8, а в группе со средней тревожностью - 39±4,7. В группе с высокой тревожностью наблюдается зависимость($r=-0,67 \pm 0,08$; $p=0,047$), а в группе со средним показателем тревожности зависимость с оценкой времени не выявляется.

Таким образом выявлена отрицательная зависимость оценки времени от точности и устойчивости внимания (в корректурной пробе), и от личностной тревожности (тест Спилбергера-Ханина), т.е. мы можем предположить, что чем выше данные показатели, тем более короткие промежутки времени такие люди принимают за 1 секунду. Такая же зависимость получена при разделении испытуемых на группы по уровню ситуативной тревожности. В группе с высоким показателем тревожности люди принимают короткие промежутки времени (в среднем 0,88 ± 0,31 с) за 1 секунду. По данным полученным с помощью устного опроса следует, что для них чаще всего время идет быстрее.

Далее были проведены сравнения оценки интервалов времени групп испытуемых с разными личностными качествами. Для этого рассчитали среднее арифметическое время, и получили следующие результаты: экстраверты (0,99 ± 0,24 с), интроверты (0,95 ± 0,15 с), ригидные (0,97 ± 0,2 с), пластичные (0,7 ± 0,21 с), возбудимые (1,2 ± 0,22 с.), уравновешенные (0,85 ± 0,22 с.), быстрые по темпу реакции (0,96 ± 0,26 с), медлительные по темпу реакции (0,94 ± 0,06 с), с высокой активностью (0,86 ± 0,22 с), с низкой активностью (1,06 ± 0,24 с). Аналогичные сравнения проведены и по группам испытуемых разделенных по типам темперамента. Итог: холерики (1,03 ± 0,24 с), сангвиники (0,91 ± 0,18 с), флегматики (0,86 ± 0,14 с), меланхолики (1,05 ± 0,17 с), смешанный тип (0,97 ± 0,28 с).

Достоверность групповых различий проверялась по критерию Стьюдента. В результате проверки было выявлено, что интроверсия, экстраверсия, активность высокая и активность низкая не оказывают влияния на оценку времени испытуемыми. А в группах ригидных, пластичных, возбудимых, уравновешенных, быстрых по темпу реакции, медленных по темпу реакции, и в группах, разделенных по темпераменту, была обнаружена достоверная зависимость оценки временных промежутков от данных характеристик личности ($t_{расчетный} > t_{табличный}$, (4,40-2,86)>2,069).

Следовательно, большинство психологических характеристик личности взаимосвязаны с оценкой средних интервалов времени, и отражают процессы, происходящие в центральной нервной системе, которые обеспечиваются сложными процессами возбуждения, распространения информации и совместной работой одновременно многих нейронов различных центров.

В целом полученные результаты позволяют говорить о том, что имеется нейрональный механизм работы биологических часов при оценке временных интервалов средней длительности.

В дальнейшем с целью более глубокого изучения выявленных взаимосвязей можно организовать исследования синхронной работы нейрональных ансамблей и электрофизиологических проявлений в виде ритмов электроэнцефалограммы.

Выводы:

1. Выявлена взаимосвязь между оценкой времени и показателем точности в корректурной пробе.
2. Обнаружена корреляция между оценкой времени и устойчивостью внимания в корректурной пробе.
3. Наблюдается взаимосвязь между оценкой времени и уровнем ситуативной тревожности в группе с высокой тревожностью.
4. Установлена зависимость между оценкой времени и группами с разными личностными качествами: ригидные, уравновешенные, медлительные по темпу реакции люди оценивают время более точно, чем, соответственно, пластичные, возбудимые, быстрые по темпу реакции, причем последние принимают за секунду наиболее короткие промежутки времени.

ПОКАЗАТЕЛИ ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ И ОЦЕНКА ВРЕМЕНИ У СТУДЕНТОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ В СПОРТИВНОЙ СЕКЦИИ ДАРТС

Киршина А.В., студентка 2 курса медико-профилак. фак-та
ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е.А. Вагнера Минздрава Российской Федерации»
Кафедра нормальной физиологии
Научный руководитель: к.м.н., доц. В.В. Савкин

Актуальность: Общая характеристика двигательных способностей — одна из интереснейших и сложнейших проблем теории и ме-

тодики физического воспитания, психологии и физиологии спорта. Хорошая физическая подготовленность, определяемая уровнем развития основных физических качеств, является основой высокой работоспособности во всех видах учебной, трудовой и спортивной деятельности. В этих условиях существенно возрастает вклад каждого из факторов, которые способствуют повышению уровня физиологической активности, спортивного мастерства, улучшению результатов соревнований. Особенного внимания заслуживают факторы управления деятельностью, управление процессами подготовки спортсменов. Специфическая деятельность спортсменов сопровождается весьма сложными морфологическими и функциональными перестройками, возникающими на фоне выраженного физического и психоэмоционального напряжения. Эффективное отслеживание физиологического состояния в ходе тренировочного процесса и принятие научно-обоснованных решений по его оптимизации невозможно без комплексной психофизиологической диагностики и коррекции функционального состояния.

Ранее показано, что для управления подготовкой спортсменов необходим комплексный контроль, под которым понимается совокупность организационных мероприятий для оценки различных сторон подготовленности спортсменов, реакций организма на разные нагрузки, эффективности тренировочного процесса, а также учета адаптационных перестроек функций организма спортсменов.

Цель исследования: изучение показателей двигательной системы спортсменов специализации дартс.

Для выполнения этой цели были поставлены следующие **задачи:**

1. Изучить комплекс показателей двигательной системы;

2. Изучить взаимосвязи показателей двигательной систем у спортсменов специализации дартс и лиц контрольной группы для проведения сравнительного анализа корреляций показателей двигательных систем по двум группам.

Материалы и методы: Показатели гибкости, максимальное количество приседаний за 30 секунд, время поддержания равновесия (стоя на одной ноге с открытыми и закрытыми глазами), результаты кистевой динамометрии, кинематометрии в локтевом суставе на углах 30°, 45°, 60° (до/после обучения) и антропометрические данные исследовали по общепринятым методикам. Статистический анализ выполнен с помощью электронных таблиц в программе Microsoft Office

Excel, рассчитывая среднее значение показателей в группах и стандартную ошибку (M±m), корреляционный анализ в группах сделали с помощью программы SPSS Statistics, рассчитывая коэффициент корреляции и стандартную ошибку коэффициента корреляции ($r \pm m_r$). Достоверность показателей оенивалась при $p \leq 0,05$.

Результаты исследования: При анализе результатов группы дартсменов (10 человек в возрасте 19-22 года) выявили следующие показатели: число приседаний за 1 мин - 32,5; сила мышц левой руки – 36,3 кг; правой руки – 37,1 кг; равновесие на одной ноге с закрытыми и открытыми глазами поддерживалось в течение 21,6с, 199с соответственно; при кинематометрии ошибка оценки углов (без обучения) на 30°, 45°, 60° соответственно составила: 10,7 ^{o}; 12,8^o; 14,4^o; (а после обучения) ошибка составила на углах 30°, 60° соответственно: 10,2^o; 12,8^o. В разных группах достоверно различается (по критерию Стьюдента при $t_{статистич.} = 2,25$) ошибка оценки кинематометрии (после обучения) на угле 45° в группе дартсменов по сравнению с контрольной группой: 6±1° и 10, ±1,8^o соответственно.

Более точно характеристику состояния спортсмена можно оценить с помощью корреляционных связей между разными показателями. Для этого был проведен корреляционный анализ.

В группе дартсменов наблюдали слабые корреляции (r = 0,3-0,4). Например: между значениями равновесия и гибкости; динамометрии и гибкости; кинематометрии на угле 45° (после обучения) и гибкости. Всего: 20 корреляционных связей между показателями.

Средние корреляции (r = 0,5-0,6) наблюдались между показателями в 7 случаях. Сильные корреляции (r = 0,7-0,9) между показателями проявились в 3 корреляционных связей.

Показатели двигательной системы студентов контрольной группы демонстрирует взаимосвязь в виде слабой корреляции (12 пар показателей двигательной системы), средней корреляции (7 пар показателей двигательной системы), сильной коррелляции (2 пары показателей двигательной системы). Следовательно, увеличивается количество корреляционных связей между показателями в группе дартсменов по сравнению с контрольной группой.

Наряду с этим отметили, что в большинстве случаев (13 пар показателей) возрастает сила корреляционных связей между показателями в группе дартсменов по сравнению с контрольной группой. Например, при анализе показателей кинематометрии на угле 60° (без обучения) и

равновесия в группе дартсменов обнаружили r = 0,76±0,01 (p=0,05), а в контрольной группе r = 0,11±0,75 (p=0,1). Анализируя связь показателей гибкости и приседания, обнаружили, что в группе дартсменов r = 0,55±0,10 (p=0,03), а в контрольной группе r = 0,16±0,64 (p=0,2).

Реже (2 пары показателей) наблюдалась противоположная зависимость – уменьшение корреляционных связей между показателями в группе дартсменов и их усиление в контрольной группе. Например, при анализе показателей кинематометрии на угле 45° (после обучения) и равновесия с закрытыми глазами в группе дартсменов наблюдается r = 0,08±0,83 (p=0,1), а в контрольной группе r = 0,89±0,001 (p=0,03). Анализируя показатели динамометрии и приседания в группе дартсменов r = 0,46±0,19 (p=0,09), а в контрольной группе r = 0,75 ±0,01 (p=0,05). Следовательно, заметно изменение качества корреляций (тесноты связей) в спортивной группе у 13 пар показателей – усиление связи, у 2 пар показателей – уменьшение связи.

При совершенствовании систем движений наблюдается дифференциация активности, специализация мышечных групп и нервных процессов, связанных с адаптацией, Механизмы, которые позволяют планировать, проектировать, прогнозировать, можно изучать на основании сбора комплекса показателей и их анализа. Это необходимо для контроля и коррекции эффективности процессов в функциональных системах спортсменов.

Изучение и сопоставление статистических данных и физиологических показателей двигательной системы спортивной группы могут послужить дальнейшей основой для исследования взаимосвязей показателей и элементов, отражающих функциональную систему спортсменов. Положительная динамика изучаемых показателей будет свидетельством адекватности выбранного двигательного режима и соответствии заданной физической нагрузки возрастным и индивидуальным возможностям спортсмена.

Выводы. В ходе тренировочных занятий у студентов спортивной группы дартс по сравнению с контрольной группой наблюдаются: 1) увеличение количества корреляционных связей; 2) у большинства спортсменов изменение качества корреляционных связей (возрастает коэффициент корреляции в 13 случаях, в 2 случаях наблюдается снижение тесноты связей).

ВЛИЯНИЕ СВЕРХМАЛЫХ ДОЗ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛАТА КОБАЛЬТА НА БОЛЕВУЮ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ КРЫС В НОРМЕ И В УСЛОВИЯХ УВЕЛИЧЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ДОФАМИНЕРГИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ

Черетаев И.В., м.н.с., факультет биологии и химии
Кафедра физиологии человека и животных и биофизики,
Таврический национальный университет им. В.И. Вернадского
Научный руководитель: д.б.н., проф. Коренюк И.И.

Актуальность. Известно, что в регуляции боли важную роль играет функциональная активность дофаминергической медиаторной системы [8]. Показано, что уменьшение уровня дофамина в мозге приводит к болезненным ощущениям, которые происходят при болезни Паркинсона, а нарушение трансмиссии дофамина приводит к различным болевым синдромам [3]. Напротив, увеличение дофамина и активация D_2-рецепторов способствуют обезболиванию. По сведениям [1, 6, 8], дофаминергические механизмы играют важную роль и в обеспечении физиологических эффектов ряда анальгетиков. Сверхмалые дозы нового перспективного производного аспирина с антидепрессантной активностью – ацетилсалицилат кобальта (АСК) – в норме снижают болевую чувствительность крыс [3], а в условиях угнетения функциональной активности дофаминергической системы мозга, наоборот, увеличивают её [5]. Эти исследования показали, что дофаминергическая система принимает участие в механизме анальгетических эффектов АСК, однако неизвестно, сохранятся ли эффекты в условиях увеличения активности данной медиаторной системы.

Цель работы: сравнить влияние сверхмалых доз АСК на болевую чувствительность крыс в норме и в условиях увеличения функциональной активности дофаминергической системы.

Материал и методы исследования. Эксперименты выполнены на 80 белых беспородных крысах-самцах, которых разделили на 8 групп по 10 особей в каждой. Крысам контрольной группы вводили физиологический раствор. Животным 6 экспериментальных групп вводили АСК в СМД ($4\cdot10^{-12}$, $4\cdot10^{-9}$, $4\cdot10^{-7}$ мг/кг), из них 3 группам для повышения активности дофаминергической системы вводили юмекс («Chinoin», Венгрия) в дозе 3 мг/кг в течение 14 дней, содержащий селегелин – специфический ингибитор МАО типа Б [8]. Все вещества

разводили физиологическим раствором и вводили внутрибрюшинно животным в объеме 0,2 мл. Болевую чувствительность животных всех групп оценивали в тестах болевой чувствительности «горячая вода» [9] и «горячая пластина» [7]. Достоверность различий между группой контроля и опыта определяли непараметрическим U-критерием Манна-Уитни [2]. Данные представлены в относительных единицах (%), показатели болевой чувствительности контрольной группы принимали за 100 %.

Результаты исследования. По данным теста «горячая вода», который рассматривает процессы периферической анальгезии (спинальный уровень) [9], АСК в дозах $4 \cdot 10^{-12}$, $4 \cdot 10^{-9}$ и $4 \cdot 10^{-7}$ мг/кг достоверно увеличивал латентный период болевой реакции (ЛБПР) по сравнению с контролем (рис. 1, А, 1-3) в норме. Это указывает на снижение АСК болевой чувствительности крыс в этих дозах. Однако при увеличении функциональной активности указанной выше системы, анальгетические эффекты АСК в указанных дозах устранялись (рис. 1, А, 1'-3'). В этом тесте сходные результаты ранее были получены и в отношении анальгетического действия аспирина после 14-дневного курсового введения крысам юмекса [4], что указывает на аналогичность их механизма.

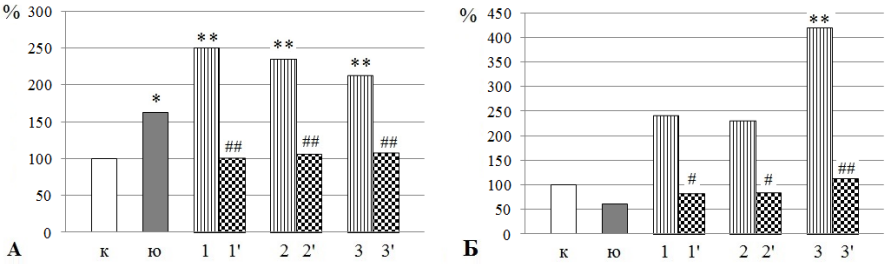


Рис. 1. Влияние сверхмалых доз ацетилсалицилата кобальта на болевую чувствительность крыс в тестах «горячая вода» (**А**) и «горячая пластина» (**Б**) в норме и в условиях увеличения функциональной активности дофаминергической системы юмексом (3 мг/кг)

Примечание: к – контроль, ю – эффекты юмекса. Цифрами отмечены эффекты ацетилсалицилата кобальта в различных дозах: 1 – $4 \cdot 10^{-12}$ мг/кг, 2 – $4 \cdot 10^{-9}$ мг/кг, 3 – $4 \cdot 10^{-7}$ мг/кг. Штрихом напротив цифр обозначены эффекты различных доз ацетилсалицилата кобальта на фоне активации дофаминергической системы. * – $p \leq 0,05$; ** – $p \leq 0,01$ – достоверность отличий показателя по сравнению с контролем, # – $p \leq 0,05$; ## – $p \leq 0,01$ – достоверность отличий

эффектов ацетилсалицилата кобальта в норме и в условиях повышения дофаминергической системы.

В тесте горячая пластина, в котором болевая чувствительность крыс оценивается по поведенческим реакциям (супраспинальный уровень) [7], АСК в норме снижал болевую чувствительность только в дозе $4 \cdot 10^{-7}$ мг/кг, достоверно увеличивая ЛБПР относительно контроля ($p \leq 0{,}01$; рис. 1, Б, 3). В условиях повышения функциональной активности дофаминергической системы противоболевой эффект АСК в этой дозе $4 \cdot 10^{-12}$ мг/кг практически нивелировался (рис. 1, Б, 3').

Выводы.

1. В норме АСК в тесте «горячая вода» (спинальный уровень) снижает болевую чувствительность крыс в дозах $4 \cdot 10^{-12}$, $4 \cdot 10^{-9}$ и $4 \cdot 10^{-7}$ мг/кг, а в тесте «горячая пластина» (супраспинальный уровень) – в дозе $4 \cdot 10^{-7}$ мг/кг.

2. Увеличение функциональной активности дофаминергической системы существенно изменяет эффекты АСК в сверхмалых дозах в отношении болевой чувствительности: на спинальном уровне регуляции болевой чувствительности происходит устранение анальгетических эффектов АСК в дозах $4 \cdot 10^{-12}$, $4 \cdot 10^{-9}$ и $4 \cdot 10^{-7}$ мг/кг, а на супраспинальном уровне – в дозе $4 \cdot 10^{-7}$ мг/кг.

Литература.

1. Гайдук А.В., Бизунок Н.А. Фармакология антидепрессантов // Лечебное дело. 2012. № 1. С. 69-78.

2. Гланц С. Медико-биологическая статистика. М.: Практика, 1998. 459 с.

3. Катюшина О.В. Взаимозависимость антидепрессантного и аналгетического эффектов сверхмалых доз аспирина и его солей / О.В. Катюшина // Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения: материалы 68-й всерос. науч.-практ. конф. молодых учёных и студентов с междунар. участием, Екатеринбург, 9-10 апр. 2013 г. – Екатеринбург : УГМА, 2013. – С. 336-338.

4. Катюшина О.В., Коренюк И.И., Хусаинов Д.Р. и др. Противоболевое действие сверхмалых доз аспирина на фоне угнетения и стимулирования дофаминергической системы // Актуальные вопросы биологической физики и химии. БФФХ-2013: Матер. IX междунар. науч.-техн. конф. 22-26 апр. 2013 г. Севастополь: СевНТУ, 2013. С. 141-143.

5. Катюшина О.В., Черетаев И.В., Хусаинов Д.Р. и др. Противоболевое действие сверхмалых доз аспирина и его солей на фоне блокады

D_2-рецепторов // Вестник ПГФА. 2013. Т. 1, № 10. С. 59-61.

6. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. СПб.: Мед. информ. агенство, 1995. 565 с.

7. Пурсанов К.А., Бутылин А.Г., Хомутов А.Е. Влияние гепарина на антиноцицептивные свойства окситоцина // Мед. альманах. 2009. № 4 (9). С. 198-200.

8. Сапегин И.Д. Базисная фармакология: учебное пособие. Ч. 1. Симферополь: КГМУ, 2012. 122 с.

9. Лебедева Н.Е., Головкина Т.В., Горбатова Е.Н. Эффекты фентанила в сверхмалых дозах // Химическая и биологическая безопасность. 2003. № 9-10. С. 7-8.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМАХ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

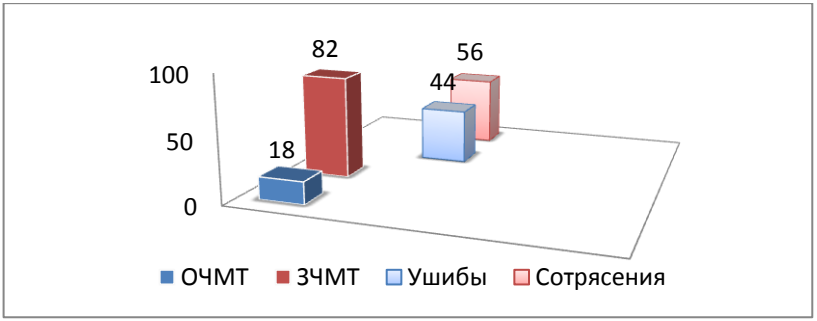
Рамазанов Х.К., студент 3 курса леч. фак-та
Кафедра патологической физиологии ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., проф. Саидов М.З.

Актуальность. Согласно статистике ВОЗ, черепно-мозговая травма в настоящее время занимает около 40 % всех видов травм. Наиболее тяжелыми являются повреждения черепа и головного мозга, сопровождающиеся внутричерепными кровоизлияниями. У большинства пострадавших в посттравматическом периоде наблюдается снижение работоспособности и признаки инвалидизации: парезы и параличи, эпилептические приступы, энцефалопатия и другие последствия.

Цель: дать характеристику и оценить структуру осложнений при черепно-мозговых травмах различной степени тяжести в Республике Дагестан.

Материал и методы исследования. Объектом исследования были истории болезни больных, поступивших в отделение нейрохирургии РКБ г. Махачкала в период с января по февраль 2013 г. различного возраста и пола с ЧМТ. Был проведен ретроспективный анализ этих историй болезни с выкопировкой материала согласно протоколу анализа.

Результаты исследования. Всего было проанализировано 50 историй болезни с диагнозом «ЧМТ». Среди них на долю закрытых ЧМТ приходилось 82%. Открытые ЧМТ составляли 18%. Ушибы головного мозга получили 44%, сотрясения 56% больных.

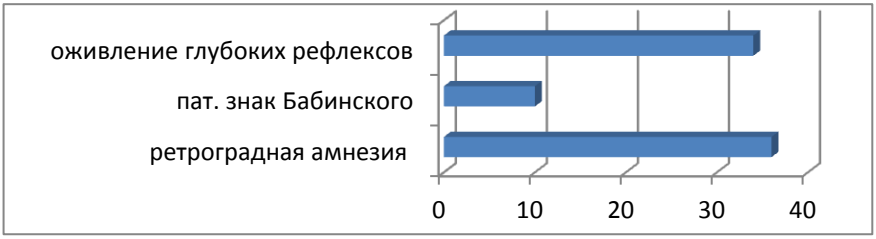


Наиболее частыми причинами ЧМТ были ДТП 42 % и падения 36 %. На долю бытовых ситуаций приходилось 18 % и 4 % на причины другого рода.

При этом на долю мужчин приходилось 70 % всех случаев ЧМТ, из которых 40 % на мужчин в возрасте до 30 лет.

До 30 лет		**31-59 лет**		**60 лет и старше**		**Всего**	
М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж
40 %	16 %	26 %	14 %	4 %	0 %	70 %	30 %

У всех больных наблюдались головные боли, головокружения, тошнота рвота, нарушение критики, общая слабость. При обследовании выявлялись ретроградная амнезия (36 %), патологические знаки Бабинского (10 %), оживление глубоких рефлексов (34 %).



Наблюдались нарушения сознания: 6 % сопорозное, 10 % оглушение, 6 % кома; в 64 % случаев – кратковременная утрата сознания, в 8 % - длительное.

Сопор	6 %
оглушение	10 %
кома	6 %
кратковременная утрата	64 %
длительная утрата	8 %

При инструментальных методах исследования было выявлено: субарахноидальное кровоизлияние (8%), субдуральная гематома (8%), эпидуральная гематома (2%), внутримозговая гематома (4%). На ЭХО-ЭГ были выявлены признаки внутричерепной гипертензии (68%). Со стороны ССС частыми осложнениями были: синусная тахикардия (14%), синусная брадикардия (6%), неполная блокада правой ветви пучка Гисса (10%). На рентгенограммах выявлялось усиление сосудистого рисунка (20%).

Также у некоторых больных наблюдались гемипарезы, спонтанная двигательная активность, парез лицевого нерва, симптоматическая эпилепсия, дисциркуляторная энцефалопатия.

В соответствии с показаниями были проведены лекарственная терапия, оперативные вмешательства, лечебная гимнастика и диета. Многие из этих больных находятся под присмотром врачей.

Выводы:

- наиболее частыми причинами ЧМТ являются ДТП и падения, при этом больше всего им подвержены мужчины до 30 лет;
- наиболее частыми являются ЗЧМ, сотрясения головного мозга;
- осложнениями ЧМТ являлись нарушения ССС (синусная тахикардия, неполная блокада правой ветви пучка Гисса и т.д.), ВЧГ, гемипарезы, гематомы, нарушения сознания, речевые нарушения и др.

ФАКТОРЫ ВРОЖДЁННОГО ИММУНИТЕТА ПРИ ВНУТРИБРЮШИННОМ ВВЕДЕНИИ ОЗОНИРОВАННЫХ РАСТВОРОВ

Рагимов М.Р., студент 412 группы леч. фак-та
Кафедра патологической физиологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова
Научный руководитель: к.м.н., доцент Манасова З.Ш.

Актуальность. Озонотерапия является неспецифическим методом воздействия на организм, стимулирующим его защитные и компенсаторные реакции (Глухов А.А., 1999; Крылов В.Г., 2006; Бокерия Л.А, 2008). Однако, нестабильность озонированного физиологического раствора ограничивает возможность его применения. Но, известно, что озон хорошо растворим и стабилен в перфторорганических соединениях (Разумовский С.Д. и Подмастерьев В.В., 2000), в том числе и в перфторане.

Цель: изучить в сравнительном аспекте параметры врождённого иммунитета при внутрибрюшинном введении озонированного физиологического раствора и озонированного пефторана.

Материал и методы исследования. Исследование проведено на лабораторных крысах 3-4 месячного возраста массой 140-160 г, которые были разделены на 2 серии. Крысам в 1 серии в брюшную полость шприцом вводили озонированный перфторан из расчета 2 мл на 100 г массы животного, а во 2 серии - такой же объем озонированного физиологического раствора. Животных выводили из эксперимента под хлороформным наркозом декапитацией на 1, 2, 3, 7 и 14 сутки экспериментов. 5 интактных крыс использовано в качестве контроля.

Озонирование перфторана и физиологического раствора проводили путем барботирования его озоно-кислородной смесью в течение 20 минут со скоростью 0,5 л/мин и заданной концентрацией озона 5000 мкг/л на озонаторе «Медозонс - БМ АОТ – Н – 01 – Арз – 91» фирмы ОАО «Арзамасский приборостроительный завод». Концентрацию озона в растворах определяли на «Спектрофотометре – НФ 254/1». Изменений перфторана при воздействии озоно - кислородной смеси не было отмечено.

Исследованы параметры врождённого иммунитета: фагоцитарную активность лейкоцитов крови (ФАЛ), включающую фагоцитарный индекс (ФИ) и фагоцитарное число (ФЧ) с количеством лейкоцитов) и

сывороточные факторы цитотоксической активности - бактерицидная активность сыворотки (БАС) и лизоцим.

Количество лейкоцитов в крови определяли по общепринятому унифицированному методу подсчёта в счётной камере Горяева, фагоцитарная активность лейкоцитов крови по методу И.Я. Серебрийского и М.А. Антоновой (1950), бактерицидная активность сыворотки крови по фотонефелометрическому методу О.В. Смирновой и Т.А. Кузьминой (1966), определение активности лизоцима нефелометрическим методом по В.Г. Дорофейчуку (1968).

Статистическая обработка результатов исследования проведена с использованием программы «Биостат» (компьютерная версия 4.03).

Результаты исследования. Через сутки после внутрибрюшинного введения крысам озонированного перфторана (1-я серия) повышается удельное количество лейкоцитов крови до $7{,}4\pm0{,}8\times10^9$/л, фагоцитарный индекс (ФИ) возрастает почти в 1,5 раза ($p<0{,}05$), фагоцитарное число (ФЧ) составляет 96,3±1,51% .

При этом увеличение лейкоцитов крови сопровождается повышением бактерицидной активности сыворотки (БАС) от 47,0±1,22 до 63,4±1,14% ($p<0{,}05$) и уровня лизоцима от 17,44±1,13 до 19,0±1,0 мкг/мл. Удельное количество лейкоцитов в крови продолжает повышаться и на 2-е сутки, достигает до $(8{,}41\pm0{,}43)\times10^9$/л. Такую же тенденцию имеют показатели ФИ, что составляет (5,27±0,49), а ФЧ существенно не меняется и в течение следующих суток. На 2-е сутки БАС крови заметно повышается (до 76,2±2,05%), но падает уровень лизоцима и на 2-е сутки существенно не отличается от контрольного показателя.

На 3-и сутки БАС постепенно начинает снижаться, а уровень сывороточного лизоцима повышается. На 7-е сутки такие показатели, как удельное количество лейкоцитов крови, ФИ и уровень лизоцима не отличаются от показателей интактных крыс ($p>0{,}05$). ФЧ сохраняется на уровне 94,6±2,16%, что значительно выше контрольных показателей. На данный срок повышена также БАС крови. Данные показатели сохраняются примерно на этом же уровне до конца эксперимента (до 14-ти суток). При этом несколько снижается ФИ.

У крыс 2-й серии число лейкоцитов в крови на 1-е сутки после внутрибрюшинного введения озонированного физиологического раствора увеличивается, а затем отмечается постепенное их уменьшение и на 7-е сутки существенно не отличается от контроля.

При этом ФИ на 1-е сутки повышается до 2,83±0,19. ФЧ, БАС и уровень сывороточного лизоцима сохраняются на уровне контрольных показателей.

На 2-е сутки с начала эксперимента выше показателей контроля не только удельное количество лейкоцитов крови $(7,85+0,45)\times10^9$/л, но и процентное содержание ФЧ: повышается от 85,3±2,73% на 1-е сутки и до 89,5±4,32% на 2-е сутки (в контроле – 84,78±2,9%; $p<0,05$).

Через 48 часов несколько снижается, по сравнению с предыдущим сроком, ФИ, но не достигает уровня контроля. БАС повышается, а уровень лизоцима не меняется.

На 3-и сутки, количество лейкоцитов в крови значительно меньше, чем на 1-е сутки и такая тенденция наблюдается, начиная со 2-х суток эксперимента. Показатели фагоцитарного блока врожденного иммунитета снижаются: ФИ – до 2,19±0,14 микробных клеток и ФЧ – до 84,7±3,01 %. Эти параметры, отражающие ФАЛ наименьшие в динамике наблюдения. БАС и уровень лизоцима на данный срок не отличается от контроля.

На 7-е сутки эксперимента содержание активных нейтрофильных лейкоцитов достигает 89,5±3,7% ($p<0,05$, по сравнению с контролем). Однако падает количество лейкоцитов в крови, а ФИ и сывороточный фактор бактерицидной активности (БАС), при этом на уровне показателей нормы.

А на 14-е сутки ФЧ сохраняется на высоком уровне (89,5±3,89%), а ФИ на уровне интактных крыс, хотя, по сравнению с предыдущим сроком эксперимента, наблюдается некоторая тенденция роста данного показателя. Сывороточные факторы антимикробной активности сохраняются на прежнем уровне, а лизоцим достигает параметров контроля.

Таким образом, введение озонированного физиологического раствора вызывает положительные сдвиги отдельных параметров врожденного иммунитета. Однако, озонированный перфторан при внутрибрюшинном введении оказывает более выраженное стимулирующее влияние. При этом такие показатели врождённого иммунитета, как ФИ, ФЧ и БАС существенно выше, чем у контрольных крыс.

Полученные результаты экспериментов позволяют сделать **вывод** о том, что озонированный перфторан можно рекомендовать как эффективный препарат для коррекции параметров неспецифической резистентности организма.

Литература:

1. Глухов, А.А. Лечение перитонита с применением новых технологий, включающих гидропрессивную санацию брюшной полости и озонотерапию. Автореферат дисс... докт. мед. наук, 1999.

2. Бокерия, Л.А. Влияние озонотерапии на течение рожистого воспаления у пациентов старше 70 лет с хронической лимфатической недостаточностью конечности/ Л.А. Бокерия, Д.В. Пузенко, А.Ю. Смирнова// Вестник лимфологии. 2008. – №3. – С.22.

3. Крылов, В.Г. Некоторые патофизиологические аспекты эффективности озонотерапии при перитоните: Автореферат дисс... канд. мед. наук. М., 2006. – 20 с.

4. Разумовский, С.Д. Растворы озона в субстратзамещающих перфторорганических жидкостях и их свойства /С.Д. Разумовский, В.В. Подмастерьев // Тез. докл. IV Всероссийской научно-практической конференции «Озон и методы эфферентной терапии в медицине». Н. Новгород, 2000. - С. 168.

ФАРМАКОЛОГИЯ

ПРИМЕНЕНИЕ МАТОЧНОГО МОЛОЧКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Патахова П.А., студентка 505 гр. леч. фак-та,
Газиева Х.И., студентка 406 гр. леч. фак-та
Кафедра фармакологии ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., проф. Омаров Ш.М.

Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания лидируют в структуре смертности от всех причин. В последние годы распространенность ишемической болезни сердца (ИБС) в России составляет в среднем 15% с тенденцией к росту и чаще встречается у лиц среднего и пожилого возраста.

Современное медикаментозное лечение способно благоприятно влиять на выживаемость определенных групп больных с коронарной патологией и улучшает качество их жизни, но развитие толерантности к антиангинальным препаратам, а также их побочные эффекты, заставляют искать новые методы лечения больных ишемической болезнью сердца. Нам представляется, что в решении этой проблемы апитерапия должна занять надлежащее место.

Работы ряда авторов по применению маточного молочка, цветочной пыльцы, перги и прополиса у больных ИБС выявили кардиопротекторный эффект, благоприятное влияние на липидный обмен, уменьшение возбудимости симпатической нервной системы, что способствует расширению сосудов, нормализации сердечного ритма, повышению функциональной активности миокарда.

Целью исследования явилось изучение влияния комбинированного применения базисной терапии и маточного молочка на течение ИБС.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 38 пациентов. Средний возраст больных составил 54 года, срок наблюдения - 2 месяца. Больные были разделены на две группы, сопоставимые по основным клиническим показателям. 1-я группа больных из 12 человек получала базисную терапию, которая включала антиагреганты, β-адреноблокаторы, антагонисты кальция, нитраты. Вторая группа из 13 человек совместно с базисной терапией получала маточное молочко в дозе 50 мг сублингвально 3 раза в день. 3-я (кон-

трольная) группа состояла из 15 практически здоровых лиц в возрасте 50-55 лет без клинически значимых признаков нарушений сердечно-сосудистой деятельности, согласно данным ЭКГ и ЭхоКГ.

В процессе наблюдения пациентам проводили суточное мониторирование ЭКГ. Определяли следующие показатели: среднее число желудочковых экстрасистол (ЖЭС), в том числе парных за 24 часа; среднее число пароксизмов желудочковых тахикардии; среднее число наджелудочковых ЭС.

Результаты исследования. До лечения у больных 1-й и 2-й группах среднее число желудочковых и наджелудочковых экстрасистол, пароксизмов желудочковой тахикардии достоверно не различалось. После курса лечения с применением традиционной терапии в 1-й группе больных среднее число ЖЭС за сутки достоверно уменьшилось на 52,3%; наджелужочковых ЭС на 56,1%; пароксизмов желудочковой тахикардии недостоверно уменьшилось на 8%. После курса лечения с применением маточного молочка во 2-й группе больных среднее число желудочковых ЭС за сутки достоверно уменьшилось на 61,3%; наджелудочковых ЭС на 71,9%; пароксизмов желудочковой тахикардии уменьшилось недостоверно на 17%. Во 2-й группе больных после комбинированного лечения с применением маточного молочка среднее число ЖЭС, наджелудочковых ЭС уменьшилось достоверно больше, чем в 1-й группе. Следовательно, комбинированное применение маточного молочка с традиционным лечением оказывает достоверно более выраженное антиаритмическое действие. При этом среднее число ЖЭС, наджелудочковых ЭС за сутки уменьшилось на 61,3-71,9% и 52,3-56,1% соответственно.

Артериальная гипертония отмечена у равного количества больных в обеих основных группах. В результате как традиционной, так и комбинированной терапии с маточным молочком отмечено снижение АД. Однако достоверное снижение АД отмечено только во 2-й группе.

В группе больных, получавших маточное молочко, отмечалось повышение холестерина липопротеидов высокой плотности, снижение уровня липопротеидов низкой плотности, триглицеридов, индекса атерогенности.

Таким образом, применение маточного молочка в комплексной терапии больных ИБС с учетом исходного состояния пациента, способствовало нормализации вегетативного статуса и липидного обмена.

Анализ полученных клинико-лабораторных данных показал, что прием маточного молочка сопровождается выраженным терапевтиче-

ским эффектом – уменьшением частоты и интенсивности приступов стенокардии более чем в 2 раза у 40% больных, удовлетворительный эффект зарегистрирован у 50% больных, у 10% пациентов клиническая картина стенокардии не изменилась. В ходе проведения исследования не были отмечены нежелательные реакции.

Выводы. Сочетанное лечение больных ИБС лекарственными препаратами с применением маточного молочка благоприятно влияет на клиническое проявление болезни и оказывает выраженное гиполипидемическое и антиаритмическое воздействие.

Результаты исследования позволяют рекомендовать включение маточного молочка в комплексную терапию ИБС.

ФИТОТЕРАПИЯ В ГЕРИАТРИИ

Алиева Б.И., студентка 2 курса леч. фак-та
Кафедра фармакологии ДГМА
Научный руководитель: к.м.н., доцент Хархарова С.Г.

Человеческий организм - биосистема, а запчасти от нее - в живой природе.

Растения, содержащие необходимые организму природные комплексы веществ, - лучшие средства профилактики и лечения.

С профилактической и лечебной целью как поливитаминные средства можно использовать не только соки из фруктов и овощей, но также из дикорастущих растений: крапивы, лопуха большого, мать-и-мачехи, медуницы, одуванчика, первоцвета, подорожника, хвоща полевого, и др.

Прием свежих растений в качестве лечебно-профилактических средств имеет свои преимущества, так как в них присутствуют многие физиологически активные вещества, которые при других способах приготовления (высушенными, отваренными) в значительной мере утрачиваются. Принцип подбора растений для получения соков такой же, как при употреблении высушенных свежих растений в виде водных извлечений. Доза приема соков зависит от особенностей организма и показаний; для дикорастущих доза колеблется от 0,5 до 2 столовых ЛОЖЕК несколько раз день и контролируется врачом. Оздоровительное весеннее лечение имеет в России давнюю традицию и заключается в том, что в виде сока, салатов, супов употребляют такие растения, как одуванчик, крапива, сныть, первоцвет, черемша и др.

Наиболее распространенные профилактические травяные чаи в соответствии с теорией старения: поливитаминные, регулирующие обменные процессы, антисклеротические, сосудистые, антидиабетические, регулирующие состояние нервной системы, противовоспалительные, антимикробные, противоопухолевые и др. в зависимости от особенностей пациентов,

Систематическое, своевременное использование таких чаев позволяет избежать обострения хронических заболеваний, замедлить процессы старения, повысить функциональные органов и систем, а в ряде случаев и полностью излечиться от некоторых болезней.

Примеры сборов.

1. Плоды шиповника, листья крапивы двудомной, смородины черной - по 2 части; трава лабазника вязолистного - 3 части,

2. Плоды рябины, шиповника - по 3 части; лист ежевики, костяники - по 2 части

3. Листья первоцвета и медуницы – по 3 части; трава душицы, плоды боярышника – по 1 части.

4. Готовить настои из расчета 2 чайные ложки сбора на 1 стакан кипятка, принимать в 3-4 приема в течение дня. Настои из указанных сборов обладают общеукрепляющим и тонизирующим действием, применяются при упадке сил, недостатку ни витаминов, особенно зимой или ранней весной.

Регулируют углеводный обмен, оказывают инсулиноподобное действие и способствуют снижению сахара в крови следующие растения: бузина черная, галега, девясил, земляника, капуста, крапива двудомная, лавровый лист, манжетка, лопух, лук, одуванчик, подорожник, солодка, спаржа, тыква, тысячелистник, фасоль, цикорий, черника, черноголовник колючий, шиповник и др.

Примеры сборов.

1. Трава хвоща, цветки ромашки, корни родиолы розовой, плоды шиповника - по 1 части; побеги черники, створки фасоли обыкновенной - по 2 части. Настой (10 г на 2 стакана воды) принимать по 1/3 – 1/2 стакана 2-3 раза в день за полчаса до еды в течение 20-30 дней. Через 10-15 дней курс повторить. В течение года проводить 3-4 курса.

2. Корни лопуха, девясила, солодки - по 1 части; лист черники, створки фасоли - по 3 час. Готовить настои (2 чайные ложки сбора на стакан кипятка) и принимать в 3-4 приема за полчаса до еды.

При атеросклерозе применяют множество растений: арбуз, бессмертник (цветки), бедняк (цветки, плоды)- горец птичий (траву), гре-

чиху (цветки), диоскорею ниппонскую (корни), календулу (цветки), каштан конский (плоды), клевер (цветки), крапиву (траву), лен (семена), липу сердцевидную (соцветия), лопух большой (корень), морскую капусту (листья), одуванчик (корень), омелу белую (траву), репчатый лук (луковицы), руту душистую (траву), тысячелистник (траву), черемшу (листья, луковицы), чеснок (луковицы), якорцы стелющиеся (траву и корни) и др.

Примеры сборов.

1. Плоды боярышника кроваво-красного - *2* части; цветки гречихи посевной - 3 части; плоды шиповника - 4 части; листья смородины черной, трава омелы белой - по 2 части,

2. Листья земляники лесной - 4 части; листья ежевики сизой - 3 части; плоды шиповника – 5 частей; семя льна, трава мяты перечной - по 2 части; трава пустырника обыкновенного -1 часть.

Готовить настои (2 чайные ложки сбора на стакан кипятка) и принимать в несколько приемов в течение дня. Настои этих трав имеют приятный вкус и аромат, обладают противосклеротическим действием, расширяют сосуды и укрепляют их стенки, снимают спазм, уменьшают воспаление, содержат витамины и микроэлементы. По совокупности свойств такие чаи являются уникальными, оздоровительными, омолаживающими. ОНИ показаны людям зрелого и пожилого возраста.

Очень важно нормализовать сон. Успокаивающим действием обладают следующие растения: боярышник кроваво-красный (цветки, плоды), валериана лекарственная (корень), душица обыкновенная (трава), липа сердцевидная (соцветия), мелисса лекарственная (листья), мята перечная (листья), омела белая, патриция средняя, пион уклоняющийся (корень), пустырник сердечный (трапа), аптечная (цветки), синюха голубая (корень), сушенина топяная (трава), тимьян обыкновенный (трава), тимьян ползучий (трава) и др. Наиболее сильным седативным действием обладает (в 8-10 раз сильнее валерианы), пустырник (в 4 раза), патриния и Марьин корень сильнее также валерианы.

Варианты сборов.

1. Корни валерианы - 3 части; листья смородины черной, ежевики - по 1 части. Корни пиона (Марьина корня) -3 части; трава лабазника, горца птичьего, иван-чая, цветки ромашки - по 1 части.

2. Цветки Боярышника, трава омелы белой, барвинка малого - По 1 части; листья вахты трехлистной - 2 части. Приготовление настоев (2 чайные ложки сбора на стакан кипятка) и принимать в 3-4 приема за полчаса до еды.

Противовоспалительные, антимикробные.

Любой инфекционио - воспалительный процесс с возрастом протекает тяжелее и часто приводит к осложнениям. Выраженной антимикробной активностью обладают такие растения, как аир, береза, зверобой, календула, шалфей, эвкалипт, дуб, горец змеиный и др.

Варианты сборов.

1. Кора ивы, листья березы, липовый цвет, плоды шиповника – поровну.

2. Корни солодки, корни калгана - по 2 части; трава чабреца, хвоя сосны, плоды кориандра - по 3 части; лист машины, трава зверобоя, цветки календулы - по 5 частей. Сборы принимать в виде настоя 1/3 стакана 3 раза в день за 15 мин до еды.

3. Корневища аира, трава зверобоя, череды, корни солодки, алтеи, цветки календулы - по 10; сосновые почки - 3 части; кора ивы - 2 части.

Приготовление: 2 чайные ложки сбора на стакан кипятка, кипятить на слабом огне 10 мин, при комнатной температуре 1 ч, профильтровать, хранить в холодильнике не более 2сут. по нарастающей схеме (от 2 столовых ложек до трети стакана 3 раза в день) в течение 3-4 недель при хронических инфекционно-воспалительных процессах.

Одна из задач профилактического леченая пациентов, входящих в группу риска, - создание противоопухолевого фона. С этой целью целесообразно использовать нетоксичные и не вызываемые видимых значительных функциональных отклонений растения, часто отождествляемые в народе понятием «общеукрепляющие».

В народной медицине считается, что выраженным антибластоматозным действием обладают, например, сок алоэ, настои крапивы двудомной, настойка Марьина корня и др. Как общеукрепляющие и профилактические в отношении рака часто применяются следующие средства: плоды калины, облепихи, смородины; подземные части свеклы, моркови, хрена, редьки, чеснока, лука, лопуха; листья, цветки и стебли подорожника, ноготков, очитка, каланхоэ, чистотела, капусты, укропа, а также пищевые блюла (салаты).

Профилактические противоопухолевые чаи

1. Листья смородины черной, подорожника большого, трава фиалки душистой, трава омелы белой – по 1 части; плоды шиповника – 3 части,

2. Корневища аира, трава зверобоя, чага, листья подорожника, цветки календулы-в равных частях. Приготовление: 2 чайные ложки

на стакан кипятка, кипятить на слабом огне, настоять 40 мин. Настои принимать по 1-1,5 стакана в день – по 1/3 стакана 3-4 раза в день.

Правильный настрой пациентов на оздоровление, и полноценное использование фармакологического потенциала лекарственных растений позволяют существенно снизить заболеваемость и повысить качество жизни в пожилом возрасте. Награда за это самая высокая – полное ощущение активной жизни и здоровья.

ОПЕРАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ

СПОСОБ ИЗОЛЯЦИИ СШИТЫХ КОНЦОВ НЕРВА

Сиражудинова У.М., студентка 114 группы леч. фак-та
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии ДГМА
Научный руководитель: к.м.н., доцент Патахов Г.М.

Актуальность. Травма периферических нервов является одной из частых причин тяжелых нарушений функции конечностей, приводящих к длительной или постоянной утрате трудоспособности.

Лечение повреждений периферических нервов, особенно если эти повреждения сопровождались нарушением анатомической целости ствола, является весьма трудной задачей. Это объясняется тем, что после травмы развиваются дегенеративные изменения нервных волокон, затрудняющие возможность срастаний отрезков нерва. Поэтому основная цель хирургического вмешательства при перерывах нервного ствола - сближение отрезков нерва и создание условий для регенерации.

Процесс регенерации нерва после его перерыва весьма сложен. Уоллер в 1852 г. установил, что после перерезки нерва в первые 14-20 дней периферические концы нервных волокон (осевые цилиндры), потерявшие связь с центром (клетками спинного мозга), подвергаются на всем протяжении дегенерации (Уоллеровское перерождение) замещаясь синцитиальными «протоплазматическими лентами» - продуктами размножающихся ядер шванновских оболочек.

В то же время шванновские клетки размножаются, и по этим протоплазматическим лентам идет врастание тех новых осевых цилиндров, которые возникают из центральной культи пересеченного нерва за счет чего внешний вид периферического отрезка нерва остается малоизмененным.

Быстрота роста осевых цилиндров - 1-1,5 мм в сутки. Если участок нерва, подлежащий регенерации, длиной 50 см, то на регенерацию нужно 350-500 дней, при длине же в 20 см - 130-200 дней и т.д.

Нормальная регенерация пересеченных нервов возможна при тщательном присоединении их отрезков друг к другу; она возможна и при отсутствии тесного соприкосновения, но только в том случае, если расстояние между отрезками незначительно; если же оно велико (свыше 3 мм) или между концами нерва попадает рубцовая или мы-

шечная ткань, то пересеченные нервные пучки не соединяются друг с другом, что ведет к появлению трофических язв, каузалгий, невралгий и контрактур.

Для профилактики рубцово-спаечной деформации сшитого участка нерва различные авторы предлагают пластическую изоляцию (тубулизацию) места шва – соединение концов поврежденного нерва различными трубками (желатиновыми, агаровыми, отрезками сосудов, оболочками амниона, грыжевого мешка, сальником, фасцией, лоскутом жировой ткани или мышцы на ножке), таким образом, создав более благоприятные условия для перехода осевых цилиндров в шванновские трубки периферического отрезка нерва.

Цель. Восстановление целостности и полноценной функциональной проводимости в сшитых периферических нервах.

Материалы и методы. В этом плане нами предложено использование в качестве тубажа муфты, изготовленной из прополиса. В экспериментах на белых крысах (n = 30) после моделирования перерезки седалищного нерва и наложения эпиневральных швов, соустье окутывали прополисной муфтой с последующим наблюдением области раны через 1, 3, 5 и 9 месяцев.

Результаты исследования. Использование данного метода позволило предупредить развитие воспалительной реакции, а также появление дополнительных источников рубцевания в окружности нерва, что значительно осложнило бы процесс регенерации. У всех животных к началу 3 месяца наблюдалось появление признаков восстановления неврологических выпадений функции задней конечности, которое завершалось к 9 месяцу практически полным восстановлением её двигательной активности. Морфологически наблюдалась ремиелинизация нервных стволов.

Выводы. Предложенный метод восстановления целостности и проводимости нерва в комбинации эпиневрального шва с изоляцией сшитых нервов предотвращает смещение, перегиб и перекрут сшиваемых концов. Изоляция сшитого сегмента нерва, делает его интактным от окружающих тканей, исключает рубцово-спаечную деформацию и образование невриномы. Данная методика позволяет значительно повысить результативность реконструктивной операций на периферических нервах в плане восстановления функции проводимости поврежденного нерва, исключая образование невриномы между концами сшитого нерва.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ НИЖНЕЙ ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ВЕНЫ

Туркиева З.А., студентка 303 группы пед. фак-та
Кафедра оперативной хирургии с топографической анатомией ДГМА
Научный руководитель: к.м.н., доц. Киблаев И.Г.

Актуальность. Нижняя эпигастральная вена (НЭВ) изучена сравнительно мало или почти не изучена, хотя ее значение для регионарной ангиохирургии весьма значительно. В литературе имеются единичные сообщения об использовании НЭВ в целях коррекции тестикулярного флебогемодинамического нарушения при варикоцелле искусственным формированием вено-венозных анастомозов между НЭВ и внутренними семенными венами (ВСВ).

Цель исследования. Изучение хирургической анатомии НЭВ в аспекте создания окольных коллатеральных путей, исключив сеть микроциркуляторного русла, для хирургической коррекции флебогемодинамических нарушений при синдроме нижней полой вены (НПВ) и ее основных истоков с использованием для этой цели ВСВ.

Материал и методы исследования. Хирургическая анатомия НЭВ изучена на 20 трупах мужчин 40-70 лет. *Методы:* препаровка с фотографированием, зарисовки, морфометрия, заливка и контрастирование. Условно можно выделить два ее отдела: от места впадения в наружную подвздошную вену – стволовая часть и до наружного края прямой мышцы живота, краниальнее уровня перекрещивания НЭВ с наружным краем прямой мышцы живота, где формируется ствол НЭВ сливанием двух и более венозных истоков.

Результаты исследования. В подавляющем большинстве случаев, 18 из 20 препаратов, НЭВ формируется на расстоянии 4,5-6,3 см от ее впадения в наружную подвздошную вену. Угол впадения чаще (16 из 20) был тупым. Последний оптимален для создания вено-венозных анастомозов между НЭВ И ВСВ. Место впадения ствола в наружную подвздошную вену располагалась на уровне паховой связки (12 преп.), либо на 0,8-1,8 см краниальнее связки (8 преп.). Это соответствует литературным данным (Хелемский Л.Л.,1978). Расстояние от места впадения НЭВ в наружную подвздошную вену до лонного бугорка находилась в значительных пределах от 3,0-4,5 см до 5,8-7,0 см (соответственно на 5 и 15 препаратах). Наши данные отражают большие пределы изменчивости указанного расстояния. В связи с этим проеци-

рование НЭВ на паховую связку в абсолютных величинах может затруднить индивидуальную точную ориентацию приперитонеальном доступе к стволу НЭВ и дстальным отделам ВСВ для последующего анастомозирования. В этом отношении практический интерес представляет проекция НЭВ на паховую связку в относительных величинах. По нашим данным ствол НЭВ проецируется на границе между наружной и средней трети паховой связки. НЭВ всегда находилась на расстоянии 0,5-1,8 см медиальнее глубокого пахового кольца (наружной паховой ямки) в толще наружной паховой складки брюшины вместе с одноименной артерией. Ствол НЭВ у глубокого кольца пахового канала перекрещивается с ВСВ или формирующимися ее венозными стволиками семенного канатика. Последнее обстоятельство позволяет формировать здесь межвенозные анастомозы между указанными венами.

Ствол НЭВ проходит между поперечной фасцией и брюшиной и окружена околососудистой клетчаткой, отделен фасциальными перегородками от соименных артерий. Наличие фасциального влагалища и околососудистой клетчатки позволяет рекомендовать метод гидравлической препаровки при выделении НЭВ при формировании веновенозных анастомозов с ВСВ. Этот прием уменьшит опасность нежелательного повреждения брюшины при предперитонеальном доступе к стволу НЭВ.

У наружного края прямой мышцы, над паховой связкой наружный диаметр НЭВ колеблется от 1,8мм (5 преп.) до 3,5-4,0 мм (4 преп.). Нередко (18 преп.) был больше 2,3 мм. Такой диаметр позволяет анастомозировать над катетером НЭВ с ВСВ на данном уровне.

Выводы. Длина ствола НЭВ обычно равнялась 3,5-3,9 см (16 из 20) и 5,2-6,3 см (4 преп.). Такая длина ствола НЭВ позволяет использовать культю ее для анастомозирования со стволом ВСВ или с одной из составляющих ее венозного стволика семенного канатика.

Полученные данные были апробированы в 16 анатомических экспериментах на 8 трупах мужчин в возрасте 40-70 лет для создания вено-венозных анастомозов между НЭВ и ВСВ и получены положительные результаты.

МИКРОБИОЛОГИЯ

АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЕ ДЕЙСТВИЕ ЛЕАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ИЗ ЧЕРНОГО ТМИНА

Байрамова Г.Ф., студентка 315 гр. леч. фак-та
Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии
Научный руководитель: доц. Саидов М.С.

Актуальность. В последние годы в республике широкое распространение лечение различных заболеваний маслом черного тмина, поступающего к нам из стран Ближнего Востока. Масло черного тмина доставляется паломниками, коммерческими лицами. Население применяет масло в порядке самолечения при заболеваниях верхних дыхательных путей, желудочно-кишечного тракта, гнойно-воспалительных и т.д. Издавна применяют с лечебной целью также отвары, чаи из семян черного тмина. Сведения об антибактериальных свойствах черного тмина разноречивы. В связи с этим представлял интерес изучить антибактериальные свойства препаратов черного тмина.

Цель: изучение антибактериального действия коммерческих образцов масел и отваров из семян черного тмина на тест-бактерии - золотистый стафилококк и кишечную палочку.

Материал и методы исследования. На чашку Петри с АГВ наносили 1мл 18-20-часовой культуры тест-бактерий на МПБ и равномерно распределяли материал путем покачивания чашки и избыток удаляли стерильной пипеткой. После посева чашки подсушивали при комнатной температуре 15 минут. Затем на чашку наносили стерильные диски из фильтровальной бумаги смоченные маслом черного тмина.

Чашки ставили в термостат при температуре 37С° на 24 часа. С помощью линейки измеряли диаметр зон задержки роста вокруг дисков, включая их диаметр с точностью до 1мм.

Для определения антибактериального действия отвара из семян черного тмина в 2 пробирки вносили по 0,2мл взвеси суточной культуры золотистого стафилококка, а в две другие – кишечной палочки. В опытные пробирки добавили по 0,5мл. отвара из семян черного тмина, в контрольные – по 0,5мл физиологического раствора. После 1 часа экспозиции при комнатной температуре производили посев материала из пробирок в чашки с МПА пипеткой. Чашки ставили в термостат на сутки при температуре 37С°.

Результаты исследования. Результаты определения антибактериального действия масла черного тмина показали, что задержку вокруг диска стафилококк (S.aureus) дает в пределах 15-18-20мм для различных коммерческих образцов. Вокруг дисков с маслом из черного тмина задержки роста кишечной палочки (E.coli) не обнаружено, т.е. масло черного тмина не оказывало действия на указанный микроб.

Результаты определения антибактериальной активности отвара из семян черного тмина представлены в таблице.

Таблица

Определение антибактериальной активности отвара из семян черного тмина на тест-бактерии

Тест-бактерии	опыт	контроль
1. S.aureus	единичные колонии	сплошной рост
2. E.coli	сплошной рост	сплошной рост

Как видно из таблицы, получено выраженное антибактериальное действие отвара из семян черного тмина на стафилококк, и не получено такого действия на кишечную палочку.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о выраженном антибактериальном действии на стафилококк масла и отвара из семян черного тмина, что предполагает возможность лечения заболеваний стафилококковой этиологии этими препаратами.

МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

ПРОБЛЕМЫ АДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО КУРСА

Гаджимурадова К.М., студентка 1 курса леч. фак-та
Кафедра гистологии ДГМА
Научный руководитель: к.м.н., доц. Рамазанова Э.К.

Затяжная адаптация студентов первого курса к новым условиям обучения создаёт препятствия обучению в вузе, усвоению материала, приобретению компетенций. Способствуют снижению напряжения психологические беседы, которые проводит ректор, проректора по учебной, воспитательной и социальной работе, деканат. Одно из направлений работы сотрудников деканата и кафедр в этом направлении - собрания студентов-первокурсников, наших родителей; анкетирование, направленное на выявление наших интересов и мотиваций, по итогам которых с нуждающимися студентами в поддержке индивидуально работает куратор, декан, психолог. В Академии внедрён институт кураторства. Кураторы академических групп способствуют мягкому погружению учащихся в студенческую среду, они же помогают в решении бытовых, жилищных и социальных вопросов. Хотелось бы, чтобы кураторы совместно с деканатом проявляли индивидуальный подход к адаптации отстающих студентов. Студенты попадают в очень сложную для себя ситуацию. Обучение в школе резко отличается от вузовского. Общее образование ещё не в полной мере перешло на требования ФГОС. Нет практики освоения компетенций. В сельских школах, малых городах не только низок уровень преподавания, но и методика остаётся несовершенной. В вузе мы сталкиваемся с кардинально другой ситуацией. Обучение направлено на развитие личностных, индивидуальных способностей студента. Не все кафедры ещё в полной мере освоили новый подход в обучении, а тем более не учитывается в доступных нам рабочих программах период адаптации студентов первого курса. Необходимо уже в рабочих программах специальностей прописать систему адаптации и ознакомить с ней студентов. Только после и/или параллельно с этим возможно приобщение студента к профессионально-трудовой и научно-исследовательской деятельности. Снятие стресса позволит формировать интерес обучающегося к постоянному обновлению знаний, а также умений и навыков самостоятельной работы. Только уверенно преодолев этот этап

на первых курсах, уже на старших возможно развитие организаторских и управленческих умений и навыков студентов.

Серьёзной проблемой остаётся также низкий уровень школьной подготовки первокурсников. Школьников «натаскивают на тесты» и поэтому у первокурсника не сформированы способность к широкому мышлению, самостоятельному принятию решений. В этом нам нужна помощь и понимание куратора, деканата и преподавателя.

Низкий уровень базисной подготовки по дисциплинам требует от педагогического коллектива кафедр дополнительной работы. Это индивидуальные, групповые занятия, консультации по опорным разделам школьных дисциплин. Кафедры ежегодно обновляют отдельные разделы учебных программ с учётом развития науки, техники, культуры, экономики, технологий, социальной сферы, меняющегося контингента первокурсников и системы мер по их адаптации. Без этого освоение основной образовательной программы вуза невозможно.

Главными целевыми установками ФГОС, реализуемыми с помощью учебно-методических комплексов (УМК) дисциплины, являются компетенции, полученные учащимся в ходе обучения. Освоение культурных компетенции определяет личный пример педагога. Невозможно формирование у студента высокого уровня культуры, честности и порядочности, убежденности в необходимости выполнения норм морали, - если сам педагог не придерживается этих принципов. Преподаватель должен развивать личностно - социальные качества студента на личном примере. Прежде всего он должен продемонстрировать объективность в оценке знаний студента; выкладываться на практическом занятии. Оценочные средства должны выявлять именно сформированные профессиональные и культурные компетенции: способность применять знания и умения в ситуациях, моделирующих профессиональную деятельность. Контрольные процедуры должны логически вытекать из учебно-тематического плана, соответствовать пройденному материалу. Методические рекомендации для преподавателя 1 курса по каждому занятию первого полугодия необходимо составлять с учётом адаптационного периода студента.

Только комплексные меры адаптации, разработанные профессорско-преподавательским составом кафедр в рамках изучения соответствующей дисциплины, согласованные с деканатом и Советом кураторов, могут помочь студенту успешно освоить учебную программу.

ГУМАНИТАРНЫЕ НАУКИ

О ВЛИЯНИИ ГУМАНИТАРНЫХ НАУК НА ВОСПИТАНИЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ ПОДГОТОВКУ СТУДЕНТОВ

Давыдова Р. Э., студентка 1 курса леч. фак-та
Кафедра гуманитарных дисциплин ДГМА
Научный руководитель: к.ф.н., доц. Дибраев А.Д.

Моральные качества выдающейся личности имеют, возможно, большее значение для данного поколения и всего хода истории, чем чисто интеллектуальные достижения. Последние зависят от величия характера в значительной большей степени, чем это принято считать.

Альберт Эйнштейн

В современном мире глобальность мышления, способность к анализу различных информационных потоков, готовность к творческому решению проблем — это важнейшие характеристики человека нового столетия. Именно поэтому функции образования в современную эпоху значительно сложнее, чем простая передача опыта и знаний от поколения к поколению. Гуманитаризация высшего образования должна способствовать познанию человеком самого себя, как в свое время говорил Сократ, в том числе и создаваемой им реальности, принципов этого познания. А такое познание невозможно без содержательного изучения всех гуманитарных дисциплин в процессе обучения. Гуманитарное образование формирует научное мировоззрение, ценностные ориентации и жизненные позиции студенческой молодежи. Оно является основным стержнем гуманитаризации всей системы высшего технического образования. Нынешнее условия развития общества ставят новые задачи перед высшим образованием – готовить специалиста, отвечающего изменившимся запросам общества. Молодые специалисты должны обладать большей, чем вчера, профессиональной мобильностью, что требует достаточно высокого уровня интеллектуальной деятельности. Это обусловлено особенностями новых социально-экономических условий и интенсификацией научно-технического прогресса. Критерием реализации новой образовательной модели становится опережающее отражение или степень «позна-

ния будущего». В новой образовательной парадигме студент становится субъектом познавательной деятельности, а не объектом педагогического воздействия. Диалогические отношения преподавателя и обучающегося определяют основные формы организации учебного процесса. Результатом становится активная, творческая деятельность студента, далекая от простой репродукции.

Последние годы в соответствии с тенденциями социально - экономического развития нашего государства целью профессионального образования является создание эффективно функционирующей национальной модели подготовки специалиста, основанной на высоком качестве, удовлетворяющего потребности всего общества. В связи с этим, высшее образование должно обеспечивать высококвалифицированными специалистами все отрасли: медицины, экономики, промышленности, транспорта и т.д.

Гуманитаризация образования предполагает наполнение его ценностными смыслами нравственной ответственности и гражданской активности, утверждение единства жизненных и рационально - познавательных установок, формирование навыков культуры организации трудовой профессиональной деятельности; она рассчитана на изменение ценностно-смысловых структур сознания обучающегося. Необходимость гуманитаризации высшего образования в нашей стране аргументируется различными причинами. Ученый В.М. Шепель в статье «Управленческая гуманитарология» видит актуальность этой проблемы в том, что:

- во-первых: гуманитарное образование способствует эмоциональной полифоничности людей, а потому делает их более открытыми для разнообразной информации, активизирует деятельность их интеллекта;

- во-вторых: в гуманитарном образовании концентрируется духовность людей, характерные черты которой, возвышенность мыслей, желаний и благодарная мотивация поступков;

- третьих: гуманитарная образованность, по словам Ф.М. Достоевского, облегчает освоение любой профессии [1]. Гуманитаризация высшего образования делает доступным познание логики «живого». Это важно для тех, кто профессионально связан с людьми, общается с ними. Данная идея получила достаточно широкое обсуждение, однако активное внедрение этой идеи в учебно-воспитательный процесс затруднено недостаточной разработанностью сущности гуманитаризации образования как социально-педагогического феномена и принципов ее

реализации – основных исходных целей, обусловливающих направление поисков в построении новой технологии образования. Поиск нового затруднен и отсутствием четко обозначенной общей концепции гуманитаризации образования в условиях обучения студентов в многопрофильном вузе. Сложность ситуации связывается также с изменениями в области преподавания гуманитарных дисциплин, утраты ими ведущей роли в образовательном процессе. Настоятельная потребность в активизации процесса гуманитарной подготовки обусловлена не в последнюю очередь, в целом, низким уровнем культуры студентов образовательных учреждений не только медицинского профиля.

Таким образом, можно говорить, что специфика обучения и воспитания в вузе заключается в решении таких задач как: формирование уважения у студентов к своей будущей профессиональной деятельности, ответственности за дальнейшее развитие научно - технического прогресса; становление личности и специалиста с высокими нравственными, общечеловеческими, эстетическими, профессиональными качествами, широкими коммуникативными и адаптационными возможностями за счет повышения значимости гуманитарной и социально-экономической подготовки; постоянная корректировка поведенческих установок студенчества с учетом особенностей социально-экономического развития и национального менталитета.

Литература

1. Шепель, В.М. Настольная книга бизнесмена и менеджера: Управленческая гуманитарология / В.М. Шепель. – М.: Финансы и статистика, 1992 . – 238 с.

ФИЛОСОФСКИЕ ОСНОВЫ МЫШЛЕНИЯ ВРАЧА

Керимова С.Э., студентка 25 гр. леч. фак-та
Кафедра философии и истории ДГМА
Научный руководитель: д.ф.н., проф. Кафаров Т.Э.

Актуальность темы исследования связана с усложнением структуры патологий, с атипичностью протекания многих заболеваний, что требует глубокого многомерного мышления врача. Для этого необходима соответствующая философская подготовка.

Цель исследования заключается в обосновании значения философии в формировании диалектического мышления будущих врачей.

Материал и методы исследования. Теоретический материал, социологический опрос, метод единства исторического и логического подхода, метод анализа.

Философия – предельно обобщенно-теоретическое видение мира. Издавна философия и медицина идут параллельно друг другу, поскольку порознь они лишены цельности – философия «витает в облаках», медицина же, погружаясь в исследование организма, забывает о личности, «утопает» в деталях и частностях. У философии и медицины есть нечто общее, то, что их объединяет - это человеческая жизнь. Медицина нацелена на ее сохранение в здоровом состоянии, в то время как философия призвана возвышать людей духовно и нравственно. Сохранение и возвращение здоровья людям это фундаментальная и гуманная задача медицины и философии. Влияние философской подготовки на практическую деятельность врача тем больше, чем шире и глубже его знания. По данным опроса проведенного среди врачей различных специальностей по вопросу «Изменилось ли философское мышление врача с древности до наших дней?»,67 % ответили утвердительно,26 % ответили отрицательно и 13% воздержались от ответа. По этим данным можно судить о том, что большинство врачей указывает на изменение философского мышления с течением времени. Это наглядно можно проследить по историческому развитию медицины и философии. В Древнем Китае и Индии наблюдался синтез медицины с религией и философией. В Средневековье и к философии и к медицине церковь предъявляла требования к безоговорочному соблюдению библейских заветов. Формирование философских основ было затруднительно, ведь все вольнодумцы преследовались церковью. Уже в эпоху Гуманизма и особенно в Новое время под влиянием прогресса науки и светской философии медицина вышла на новый этап и вновь меняются мировоззренческие взгляды в медицине. В современной медицинской реальности условия жизни людей и их отношение к собственному здоровью выходит на первый план. Сегодня медицина еще больше нуждается в гуманной философии для создания системно-комплексного характера для лечения человека в отдельности и общества в целом. Врачи, которые ищут новые пути прогресса медицинской науки и совершенствования своей деятельности, всегда ощущают потребность в философских знаниях. Об этом свидетельствуют многочисленные суждения выдающихся личностей - «Медицина, не основанная на философии, не может быть надежной». И наоборот, специалисты, склонные к сугубо практическому подходу к своей профессии,

считают философию «излишней роскошью», тем более, если она когда-то была «пройдена» как обязательная учебная дисциплина. Медицина как никакая другая дисциплина нуждается в понимании процессов и явлений в их целостности. Эту задачу можно решить только на основе интерпретации данных медицинской науки с позиции диалектического материализма. Без знания этой философской концепции трудно из множества разрозненных фактов создать единую теоретическую основу медицины. Врач сможет действовать наиболее рационально и эффективно тогда, когда будет опираться не только на частные знания, но и на знание общих закономерностей функционирования организма, рассматривая человека как единую биосоциальную систему. В мировой медицине под влиянием философских идей о целостности мира сложился принцип осмысления целостности человеческого организма. Единство внешнего и внутреннего мира, телесного и духовного бытия привело к формированию системы комплексного обследования и лечения. Достижение этой цели возможно лишь на основе единства философского и медицинского знания. Медицина столь же мало может обходиться без общих истин философии, как и философия – без новых медицинских фактов .При уточнении синтеза философии и медицины, необходимо отметить, что не существует медицины «вообще» как и философии вообще». Функция философии в том, чтобы обосновать смысл жизни и учить врача отвечать за свои поступки и слова. Преподавание в медицинских вузах должно исходить из концепции формирования врача с пониманием философских идей, поскольку, может быть, нигде так ярко не отражаются законы диалектики как в организме человека. Жизнедеятельность медика - должна быть нацелена на постоянное его стремление к овладению знаниями способными не только помочь победить болезнь, но и предотвратить ее появление. Врачу, как целителю, спасающему жизнь человека и облегчающему его участь, требуется глубокое социально-философское осмысление результатов своего труда. Медики имеют собственную философию как систему рационального критического осмысления бытия здоровья и болезни людей. Именно поэтому ставится цель и задача укрепления союза научной медицины с гуманитарными науками, такими как философия и психология. Проблема целостного видения человека в медицине становится актуальнейшей задачей для философского осмысления в социально-культурном облике врача, который и делает его личностью и медиком с принципиально новыми устоями, в которых раскрывается их сущность как мыслите-

лей. Сегодня врач должен уметь быстро и точно устанавливать заболевание, его причину и возможные последствия. Но пока медицинские учреждения готовят специалистов узкого профиля, которые работают только в своей области, забывая о том, что в человеке присутствует не только биологическое, но и социальное начало. Постижение философии развивает у врачей не только научное мировоззрение, критическое мышление, но и гуманное отношение к пациентам. И поэтому еще одной важной задачей философии в медицине является аксиологическое воспитание. Аксиология способствует духовному саморазвитию медиков и их нравственному самосовершенствованию. Главным свойством личности врача, должно быть его мировоззрение. Именно в мировоззрении и нравственности выражается гражданская ответственность. Медики, будь то врачи, фармацевты, медсестры - по призванию гуманисты. Но гуманизм медика не только в сострадании и сочувствии к человеку слабому, больному, но еще и посильная помощь ему для возвращения к полноценной жизни. Другими словами, это и есть проявление самого лучшего, что может быть в личности медика - человечности. Гуманизм медика определяет его самобытные качества: прочную социально-философскую позиции, личное мужество перед смертью, самоотверженность в борьбе за жизнь и здоровье людей. Не случайно клиницист А.Ф. Билибин призывал медиков « есть философию, дышать философией» чтобы избежать профессионального кретинизма. А.Д. Саркисов - современный философ медицины - открыто выступал за улучшение философского образования в высшей медицинской школе. Существенным подспорьем в философском образовании студентов, - писал он, - являются и кафедры общей патологии человека…Здесь происходит органическое слияние медицинского и философского образования будущих врачей.» По результатам другого опроса на тему «Нужно ли знание философских основ в практике и работе врача-специалиста?» из 30 опрошенных врачей, более 17 опрошенных ответили, что понимание философии важно для врача любой специальности.

Отсутствие философской основы у медиков обрекает их на утрату понимания того, что область их профессионального интереса не стоит отдельно, а органично вплетена в работу всего организма и находится в тесной взаимосвязи. Осознавая всю значимость философии в жизни медика можно сказать, что он «обречен» быть философом. Таким образом, смысл и значение философского мышления у врача в том, что-

бы возвышать гуманитарную составляющую, системно развивать личность, душевные качества, умственные способности.

Список использованной литературы:

1. Хрусталев Ю.М. // Философия – интеллектуальная и моральная основа здоровья человека. // Терапевтический архив.2006.№ 1.

2. Алексеев П.В., Панин А.В. // Философия-М.,1998.

3. Шевченко Ю.Л. // Философия медицины-М., 2004.

4. Чикин С.Я. // Врачи-философы.-М.,1990.

НАРКОМАНИЯ – ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ

Чавтараева А.С., студентка 209 группы стом. фак-та
Кафедра гуманитарных дисциплин ДГМА
Научный руководитель: д.ф.н., проф. Алиев Н.И.

Употребление детьми и молодежью психотропных средств, представляет собой серьезную угрозу современному обществу. Косвенно или напрямую она затрагивает практически каждого пятого жителя страны. Ухудшение здоровья, распространение курения, употребление алкогольных напитков и наркотиков достигло критического уровня, и дальнейшее нарастание этих тенденций могут вызвать необратимые последствия.

Наркомания и алкоголизм имеют острые и социальные последствия: совершаются преступления и аморальные поступки, происходит деградация личности и населения в целом, увеличивается смертность, особенно среди молодежи, развиваются и передаются инфекционные заболевания, увеличивается рождаемость больных и неполноценных детей, распадаются семьи. Особенно несовершеннолетние дети и подростки быстрее и чаще подвержены вышеперечисленным негативным явлениям современного общества

На сегодняшний день в России насчитывается более миллиона наркоманов и эта цифра растет с каждым днем, хотя среди потребителей основную группу составляют лица в возрасте 18-39 лет.

Употребление внутрь наркотиков способствует быстрому распространению такого инфекционного заболевания как гепатит и других опасных для жизни заболеваний.

За последнее время установлены определенные причины и факторы, способствующие развитию наркозависимости у детей и подростков, которые можно даже классифицировать:

1. Социальные:

- неблагоприятные семьи (алкоголизм или наркомания родителей, низкий жизненный уровень отсутствие эмоционального контакта, неполноценная семья];

- широкое распространение злоупотребления психоактивными веществами в данной местности;

- активная пропаганда в средствах массовой информации направлении молодежной субкультуры, связанных с потреблением наркотиков и токсикантов, завуалированная пропаганда легализации наркотиков;

- неадекватная молодежная политика, отсутствие реальной политики досуга, занятости несовершеннолетних;

- проживание в районах с низким имущественным цензом.

2. Конституционально-биологические: наследственная отягощенность психическими или наркологическими заболеваниями.

3. Традиционные; культуральное потребление психоактивных веществ в данной местности.

4. Индивидуально-психологические:

- подражание старшим или авторитетным сверстникам;

- попытка нейтрализовать отрицательные эмоциональные переживания;

- стремление соответствовать обычаям, значимой для подростка группы сверстников;

- аномальные черты личности (гедонизм, авантюризм, возбудимость, завышенная или заниженная самооценка, повышенная комфортность, неустойчивость характера;

- протестные реакции «назло», направленные против старших (родителей педагогов);

- самодеструктивное поведение;

- любопытство;

- подчинение давлению и угрозам.

На сегодняшний день социальные проблемы молодежи остаются лишь ее проблемами, и решать их, по-видимому, никто не собирается. Однако не стоит полагать, что современная молодежь совсем не думает о будущем. Огромное количество молодых людей хотят быть полезными своей стране, хотят заниматься любимым делом, получать достойную оплату за свой труд, хотят без страха жениться и выходить замуж, заводить детей, не боясь, что завтра их уволят в период очередного финансового кризиса, в состоянии которого, к сожалению, наша страна находится, практически, постоянно.

Но в данном случае молодежь не справится со всеми трудностями самостоятельно. Только целенаправленное систематическое участие государства и всех ветвей власти в жизни молодого поколения сможет разрешить проблемы социальной адаптации молодежи в современном обществе, начиная от алкоголизма и наркомании и заканчивая армейской дедовщиной и произволом на рабочих местах.

Часто мы замечаем, что молодежные организации создаются, как правило, в момент приближения очередных выборов, после проведения, которых слуги народа очень быстро забывают о социальных проблемах молодежи в очередной раз представившуюся ей возможность решать их самостоятельно.

Мы считаем, что проблеме молодежи следует обратить внимание именно в государственном масштабе выработать четкую программу занятости, организовать молодежные организации с соответствующим уставом, выработанными путями их реализации.

На наш взгляд целиком общество должно быть заинтересовано молодежью, создать им различные кружки, чтобы подросток, даже придя домой из школы, не сидел перед компьютером, а был занят чем-то более полезным, то ли физическим трудом, то ли спортом, чтобы он был занят, и у него не было времени на неадекватные мысли.

ТЕРРОРИЗМ И ОБЩЕСТВО

Цаххаева Ф.Р., студентка 209 группы стом. фак-та
Кафедра гуманитарных дисциплин ДГМА
Научный руководитель: д.ф.н., проф. Алиев Н.И.

Террор - это метод, который используют некоторые организованные группы или политические партии для достижения своих целей. В истории общества самая ранняя террористическая группировка-секта - «сикарии» действовала в Палестине в 66 - 73 годах н.э. Тайную секту, чье название и доныне считается синонимом коварного убийства, основал Хасан ибн-аль-Саббах, которого историки считают основоположником идеологии терроризма. Современники называли его гением зла. Он основал не только идеологию терроризма, но и создал прототип государства новой формации - террористическое государство, в котором существовала четкая иерархия подчинения, и не было единых границ, четко очерченной территории. Террористы в последние деся-

тилетия XX века начинают объединяться в интернациональные «бригады», ставят себе на службу новейшие достижения человечества, изобретают и приводят в действие невиданные террористические ноу-хау. Отличительная черта терроризма - применение насилия в отношении не противника, а мирных людей, которые часто и не подозревают о политическом противостоянии. К террористическим актам, в частности, относят захват заложников, угон самолетов, организация взрывов на улице и т.д.

Цель террора - чтобы пострадало как можно больше людей. Почему-то террористы считают, что это привлекает внимание к их требованиям. В 70-х годах прошлого века появился термин «международный терроризм». ООН определяет международный терроризм так: «совершение, организацию, содействие осуществлению, финансирование или поощрение агентами или представителями одного государства актов против другого государства или попустительство с их стороны совершению таких актов, которые направлены против лиц или собственности и которые по своему характеру имеют цель вызвать страх у государственных деятелей, групп лиц или населения в целом».

Террор в наше время стал одной из самых болезненных проблем как локального, так и глобального масштаба. Сейчас уже всем известно, что террористы появляются не только на Северном Кавказе, но и в других странах. Это явление распространилось по всему миру, и теперь, находясь даже в самых развитых странах, нельзя быть уверенным, что тебя это не затронет. Террор стал влиять на мировую экономику и возникает серьезный вопрос о борьбе с этим явлением. В мире высоких технологий и всеобщей интеграции невозможна борьба с терроризмом в отдельно взятой стране. Нужна коалиция всех стран, заинтересованных в уничтожении этого феномена. Удар должен быть нанесен точечный и сразу по всем направлениям деятельности террористов, причем этот удар обязан состоять не только из военных мер, но и экономических, политических. Вопрос состоит не только в том, чтобы уничтожить военные подразделения бандитов, но и в перекрытии финансовых подпиток этих людей.

При этом, необходимо создать условия, при которых не будут появляться новые террористы, нужно искоренить это зло полностью: и корни, и побеги. Если это будет сделано, то в организациях экстремистского толка не будет появляться такого числа кадров, хотя существуют фанатики, борющиеся неизвестно за что. Немало важной частью борьбы является информационная война, победа в которой может

принести значительную часть успеха во всей операции, а поражение может свести на нет успехи других направлениях. Для удачной борьбы необходим удар и по преступности, потому что террористы имеют доход с продажи наркотических средств и оружия. Для успешной борьбы с террористом нужно уничтожать не только организации экстремистского толка, но и преступность, т.е. вести войну против всего мирового зла в целом.

В целях профилактики терроризма, во-первых, необходимо проводить комплексные мероприятия по формированию правовой культуры в молодежной среде. В частности, этому могло бы способствовать существенное расширение юридической составляющей воспитании и образовании. Знание своих собственных прав и свобод будет способствовать развитию у молодого поколения, чувства уважения к правам и свободам других лиц, в том числе к их жизни, здоровью и достоинству. Во-вторых, воспитание у молодежи толерантного мировоззрения, терпимого отношения ко всем людям, вне зависимости от их национальности, религии, социального, имущественного положения и иных обстоятельств. В-третьих, повышать уровень социальной и материальной зависимости молодежи, помощь в трудоустройстве молодых специалистов, поддержка жилищных программ для молодежи. Данные меры помогут людям осознать, что государство заботится о них, и нет необходимости совершить противозаконные действия и получать материальные средства от террористов и экстремистов.

ИНТЕРНЕТ - ОБОЮДООСТРОЕ ОРУЖИЕ

Магомедова З.Р., студентка 210 группы стом.фак-та
Кафедра гуманитарных дисциплин ДГМА
Научный руководитель: д.ф.н., проф. Алиев Н.И.

Актуальность. Безусловно, Интернет - величайшее изобретение человечества и оно открывает перед ним величайшие просторы познания и возможности. Как известно в основном его пользователями являются молодежь и подростки. Эта тема по своей значимости весьма актуальна, ибо оно вовлекает все большую часть населения. Однако, как у всего прочего у него существуют свои плюсы и минусы. Поскольку эта тема значительная, здесь наблюдается нарастание отрицательных тенденций, которые могут привести к необратимым последствиям.

Мы выбрали эту тему потому что, нас волнует проблема и «зомбирование» современной молодежи, как компьютерными играми, так и Интернетом в целом.

Среди студентов нашего вуза, мы провели исследование, касающегося данного вопроса и открыли для себя много полезного и результат послужил для нас основой размышления над данной темой.

Целью нашего исследования была оценка влияния на психику человека всемирной глобальной компьютерной сети Интернет, на формирование мировоззрения молодежи; раскрыть позитивные и негативные стороны Интернета, влияющие на молодежь; отразить их составляющие на психику.

Материалы и методы. Сегодня трудно найти человека, который бы не пользовался Интернетом. Существует тысячи социальных сетей разной направленности, разных тематик, с уникальными функциями представляющих пользователю огромные возможности.

Если рассматривать позитивные стороны сети, то мы видим следующую картину:

- через сеть, можно найти друзей, работу,
- получить необходимую информацию,
- общение с одноклассниками и друзьями,
- вступить в сообщество по интересам,
- скачать любую музыку и фильмы,
- с помощью социальных сетей можно получить любые услуги на дом (покупки, авиабилеты, телефонные звонки и т.д.)
- так же социальные сети являются хорошими помощниками в бизнесе.

В настоящее время через Интернет можно делать практически все, а если чего-то там нет, значит, этого нет вообще.

Возможность Интернета безгранична.

Отрицательные стороны Интернета:

- социальные стороны вызывают зависимость;
- отнимают много времени;
- может вызвать у человека различные болезни (остеохондроз, сколиоз, потеря остроты зрения);
- замена реальной жизни на виртуальную в социальных сетях;
- деградация личности;
- потеря режима;
- длительная работа за компьютером негативно сказывается на функциях нашего организма: высшей нервной деятельности, эндок-

ринной, иммунной и репродуктивной системах, на зрение и костно-мышечном аппарате человека.

Основные факторы, влияющие на состояние здоровья людей, работающих за компьютером:

- сидячее положение, в течение длительного времени;
- воздействие электромагнитного излучения монитора;
- утомление глаз,
- перегрузка суставов костей;
- стресс во время потери информации.

Интернет дает иллюзию вседозволенности, вытаскивая из нас самое худшее, что в нас есть.

В Интернете существуют клубы самоубийц, через Интернет террористы организовывают теракты, продают наркотики, продают детей. В Интернете есть пристанища тысяч извращенцев и психически неполноценных людей.

Именно молодежь и подростки не обладающие определенным, жизненным опытом и необходимым уровнем интеллектуального развития становятся уязвимыми для внушения. Вот психологические симптомы группы риска Интернет-зависимых людей:

- хорошее самочувствие или эйфория за компьютером;
- невозможность остановиться;
- увеличение количества времени, проводимого за компьютером;
- пренебрежение семьей, друзьями;
- ощущение пустоты, депрессии, раздражение не за компьютером;
- проблемы с работой и учебой.

Миллионы людей находятся в зависимости от Интернета.

Да, несомненно, Интернет намного упрощает жизнь. Одно нажатие клавиши и все как на ладони, но интернет плох тем, что не ограждает молодежь и подростков от информации, которую им совершенно незачем знать

Молодость нужно заполнять яркими моментами и с пользой- по максимуму! Молодежь, со всеми трудностями не справится самостоятельно, поэтому пути решения этой проблемы зависит как от действий государства, так и от сознательности нашего общества.

Если не придумать радикальных методов по контролю над тем, кто посещает Интернет, то наше общество начнет деградировать. На наш взгляд, этот процесс уже начался, а что будет дальше, зависит от нас самих. В настоящее время Интернет представляет собой мир параллельный нашему миру, в котором достаточно много полезного и

отрицательного. Но, к сожалению, не все могут понять и осознать, что хорошо, а что плохо.

В процессе написания работы, была использована специальная литература, проведено много времени в сети Интернет. Проведено 2 социологических опроса среди студентов 2 курса стоматологического факультета и преподавателей института (12 преподавателей и 38 студентов).

Результаты и их обсуждения. Результаты показывают, что мнение преподавателей и студентов относительно полезности и вредности информации в интернете разняться.

Считаем, что проблемам молодежи нужно уделять внимание именно в государственном масштабе: выработать четкую программу занятости, организовывать молодежные организации с выработанными путями их реализаций. Создавать различные кружки, чтобы молодые люди, придя домой с занятий, были заняты физическим трудом, спортом и у них не было времени на неадекватные желания.

Вывод. Несмотря на негативные стороны, Интернет и социальные сети необходимы и нужны в нашей жизни, в век информационных технологий.

ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА КАК ОБЪЕКТ ФИЛОСОФСКОГО АНАЛИЗА

Абдуллаева Н.Ж., студентка 25 гр. леч. фак-та
Кафедра философии и истории ДГМА
Научный руководитель: д.ф.н., проф. Кафаров Т.Э.

Актуальность. Здоровье – это интегральное явление, включающее в себя множество аспектов (биологических, антропологических, социологических и т.д.) В современных условиях в связи с обострением глобальных проблем, требуется осмысление феномена здоровья в предельно широком философском плане.

Цель исследования заключается в обосновании идеи, что здоровье как интегральное явление для своего адекватного понимания нуждается в философском анализе.

Материал и методы исследования. Теоретический материал, метод анализа и синтеза, диалектический метод.

Проблема здоровья человека является одной из самых сложных и актуальных. Философия с полным правом относит её к тем современ-

ным проблемам, которые принято называть глобальными. Одной из важнейших задач, которые должны решать науки о человеке является разработка проблемы здоровья как фундаментального права и особой ценности современной цивилизации. Проблема ценности здоровья является не только главной проблемой современности, но и одной из вечных проблем философии, центром которой является поиск путей к сбалансированному существованию, включая гармонию души и тела. Всё это обуславливает необходимость теоретического и методологического осмысления темы здоровья. Здоровье в системе мировоззренческих ценностей является важнейшим ориентиром личной жизни человека, так как выступает условием реализации его творческого потенциала. Традиционные меры пропаганды здорового образа жизни (ЗОЖ), опирающиеся в основном на медицинские знания, оказались малоэффективными. В рамках философии осознается необходимость исследования субъективных и объективных факторов, детерминирующих здоровье человека с целью определить наиболее общие закономерности формирования и сохранения здоровья. Соотношение субъективного и объективного, духовного и телесного, физического и метафизического в жизни и смерти человека составляет основу всех философских размышлений, включая размышления о здоровье. Однако для понимания здоровья недостаточно обыденного здравого смысла. Все еще встречается убеждение, что здоровье - предмет мало подходящий для философского исследования. Объясняется такая позиция тем, что мы склонны считать болезнь явлением более реальным, чем здоровье. В повседневной жизни больше придается значение различным патологиям, а сам феномен здоровья рассматривается как отсутствие болезни. Понятие здоровья все еще лишено того глубокого смысла, который ищет человек в своей реальной жизни. В этом плане никто еще не высказывался точнее, чем Сократ: «Здоровье - это еще не все, но все без здоровья - ничто».

Изучение проблемы здоровья в рамках философии не сводится только к повышению здоровья тела или здоровья духа, а включает в себя заботу о повышении гуманитарной культуры человека. Внедрение гуманитарных ценностей в систему укрепления духовного здоровья является прерогативой философского подхода. От духовного состояния зависит формирование ответственного отношения к своему здоровью.

Под понятием "здоровье" в настоящее время обычно понимается состояние организма, при котором все его системы, органы и элемен-

ты находятся в гармоническом взаимодействии, как внутри организма, так и в целом организма со своей средой. При этом условием здоровья считается динамическое равновесие всех структур организма и его функций с соответствующими факторами этой среды.

В приведенном определении ключевые понятия "гармоническое" и "динамическое равновесие" предполагаются вполне очевидными. На практике это означает, что пользоваться этим определением для достижения и сохранения здоровья весьма проблематично, так как совершенно не ясно, где начинаются "гармония" и "равновесие", и где они заканчиваются, хотя бы потому, что все мы разные и по-разному это и чувствуем, и понимаем. Среди других подходов к определению понятия "здоровье" можно упомянуть понимание здоровья как отсутствие болезней, отличное самочувствие, энергичность, получение удовольствия и даже наслаждение от жизни. И, наконец, здоровье можно рассматривать как некоторую совокупность некоторых антропометрических, клинических, физиологических и биохимических показателей человеческого организма. Но болезни на определенной стадии бывают субъективно не ощутимыми, самочувствие очень субъективно и временно, наслаждение мимолётно, а упомянутые показатели сами зависят от множества других показателей человека (пола, возраста, климата, национальных и индивидуальных особенностей, каких-то временных случайных факторов и т.д.).Поэтому можно считать, что понятие "здоровье" в настоящее время является в достаточной мере условным и неопределенным.

Философия здоровья исходит из методологической установки о комплексном характере здоровья, учитывает социальные и личностные аспекты формирования потребности в здоровье. Если социальное здоровье индивида определяется уровнем его благополучия в той или иной социальной системе, то индивидуальное здоровье определяется способностью самостоятельно контролировать и нести ответственность за свое здоровье. Философия - это не только наука, но и стиль жизни; это искусство жизни и выживания. В животном мире выживание связано с адаптацией. Человек выживает в мире не столько через адаптацию, сколько через преобразование мира, через создание таких моделей мира, в которых присутствует его связь с сущим. Только связь с сущим делает человека адаптивным и здоровым. Естественно, возникает вопрос «как выжить?» не только для того, чтобы ответить на вопрос как «жить долго?», но и для того, чтобы реализовать свой творческий потенциал. Как нам представляется, вопрос о том «как жить?» не только

медицинский, но и философский. В этом плане он имеет количественное и качественное измерение. И. Кант отмечал, что философия нужна для того, чтобы ответить на вопрос: «Как жить, чтобы жить долго и при этом не болеть?». В данном тезисе подчеркивается количественный аспект, «долгота» жизни, а здоровье определяется через отсутствие болезни. Однако, проблема здоровья имеет качественный аспект. Качество жизни связано с ценностным отношением к здоровью, когда оно позволяет человеку быть свободным и творческим, то есть быть условием реализации его творческого потенциала.

Заключение. Таким образом, здоровье человека является одним из существенных условий творческой деятельности современного человека. Оно является основой социальной активности и всех аспектов благополучия человека. Только здоровье обуславливает гармоничное развитие человека и возможность достижения высокого профессионализма. Философия пытается реализовать целостный подход к проблеме здоровья, которое понимается как главное условие свободной деятельности человека, как путь к его совершенству. Поэтому будет всегда актуальна мысль древних эллинов о том, что высшее благо медицины - это здоровье. В то же время, путь к здоровью открывает не только медицина, но и философия. Под философией в данном случае мы понимаем ее главную функцию, синтезировать знания о человеке и для самого человека в единую интегральную систему, которая имеет свое имя - культура. Важно подчеркнуть, что здоровье - это не только медико-биологическая, но и мировоззренческая проблема. Отсюда следует, что здоровье должно стать важнейшим мировоззренческим и ценностным ориентиром человека. Именно это позволяет утверждать, что в современном мире необходимо, чтобы человек сам стал субъектом собственного здоровья.

Список использованной литературы.

1. Брехман И.И. Валеология – наука о здоровье. М., 1990.

2. Калью П.И. Сущностная характеристика понятия «здоровье» и некоторые вопросы перестройки здравоохранения. М., 1998.4.

3. Хрусталев Ю.М. Философия – интеллектуальная и моральная основа здоровья человека // Терапевтический архив. 2006. № 1.

4. Артбаронов Р.А. Системная концепция индивидуального здоровья с позиции практической медицины // Гигиена и санитария. 2005. № 4.

ЗДОРОВЬЕ КАК ОСНОВНАЯ И ГЛАВНАЯ ЦЕННОСТЬ ОБЩЕСТВА

Степанян М.Н., студентка 2 курса леч. фак-та
Кафедра гуманитарных дисциплин ДГМА
Научный руководитель: к.ф.н., доц. Дибраев А.Д.

Здоровье – это не все,
а все остальное без здоровья – ничто.

Сократ

Здоровье – это величайшая социальная ценность; крепкое, хорошее здоровье – это и есть основное условие для выполнения человеком его биологических и социальных функций, фундамент самореализации личности. Более точное определение здоровья человека с медико-социальных позиций дает ВОЗ: «Здоровье является состоянием полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов» [1, 2]. Категория «здоровье» представляет собой процесс поддержания состояния биогенетического, психофизиологического, физического и социального благополучия, при котором все системы организма человека взаимно уравновешены, а также адаптированы к социальной и природной среде при отсутствии болезней и физических недугов. В строго медицинском смысле под здоровьем понимают «качество жизнедеятельности человека, характеризующееся совершенной адаптацией к воздействию на организм факторов естественной среды обитания, способностью к деторождению с учетом возраста и адекватностью психического развития, обеспечивающееся нормальным функционированием всех органов и физиологических систем организма при отсутствии прогрессирующих нарушений в структуре органов и проявляющееся в состоянии физического и духовного благополучия индивидуума при различных видах его активной, в частности трудовой, деятельности». Важнейшим критерием социального благополучия общества является здоровье населения. Сохранение здоровья – основная цель социальной работы, хотя в общественном сознании сохранение здоровья считается прерогативой медицины. Однако совершенно очевидно, что любые социальные услуги населению, так или иначе, затрагивают вопросы здоровья – касается ли это предоставления ночлега бездомным, распределения гуманитарной помощи малоимущим, оказания помощи престарелым и др. Все это помогает человеку выжить в тех условиях,

в которых он оказался, а значит, положительно воздействует на здоровье. Именно поэтому разделение понятий «социальные услуги» и «медицинская работа» может быть только условным.

В эпоху существования СССР значительная часть социальных функций вменялась в обязанности врачебному и среднему медперсоналу участковой службы. Участковый врач и особенно участковая медицинская сестра не только занимались лечебно-профилактической работой, но и часто решали социальные проблемы своих пациентов. Причем акценты в работе участковой терапевтической и акушерско-педиатрической службы были смещены в сторону контингентов высокого социального риска. Целым рядом нормативных актов, указаний и инструкций регламентировалась частота посещений пациентов на дому, неуклонно соблюдаемый принцип преемственности не позволял больному «ускользнуть» из поля зрения медицинских работников, врач считал себя обязанным помочь «своему» пациенту с устройством в больницу, санаторий, дом престарелых и т.д. Главными из них являются: экономические, социальные, политические, физические факторы внешней среды, биологические и демографические. Их воздействие носит комплексный, взаимосвязанный характер. В зависимости от времени, обстоятельств и специфических условий влияние тех или иных факторов может усиливаться или ослабляться.

Проблема здоровья поднималась в медицине еще во времена Авиценны и Гиппократа, которые выделили несколько градаций здоровья. Гален сформулировал понятие «третьего состояния» - переходного между здоровьем и болезнью. В той или иной степени этой проблемы касались И.М. Сеченов, С.П. Боткин, И.П. Павлов, И.А. Аршавский, Н.М. Амосов и др. Первую современную попытку сформулировать положения о механизмах здоровья и способах воздействия на них сделали в 1960-е годы С.М. Павленко и С.Ф. Олейник.

Основными принципами научной организации деятельности по укреплению здоровья выступают: целостность, историзм, преемственность, сочетание общечеловеческого и национального, принцип главного звена и др. По показателю отношения общества к индивидуальному здоровью его членов, можно утверждать, что для современной России характерно противоречие между всё большим осознанием его как высшей ценности и фактическим «обесцениванием здоровья как ценности».

Таким образом, на протяжении всей истории человечества здоровье рассматривалось как высшая универсальная ценность. Однако

значимость физической, духовной и социальной составляющих этой ценности для общества и индивида в различные исторические эпохи была различна. Тенденция в динамике значимости названных составляющих здоровья такова: от физического через духовное к социальному. Гармоничность физического, психического и социального здоровья выступает одним из главных факторов личной и общественной жизни, создания высокой гуманистической культуры, рационального отношения человека к окружающей среде, формирования социальной политики государства в области сохранения и укрепления здоровья, усиления нацеленности общества на культивирование здоровья как высшей ценности. Здоровье конкретного общества относительно, но степень его относительности ограничена определенными пределами: объективностью функций здоровья, его зависимостью от исторической эпохи, соотношением с другими ценностями, психической организацией человека.

Литература:

1. Лисицын Ю.П. Социальная гигиена и организация здравоохранения: Учебное пособие. М.: Медицина, 2003.- 423 с.

2. Отчет о состоянии здоровья в мире, 1995 год. Ликвидация разрывов. Отчет Генерального директора. – Женева, ВОЗ, 1995. – 140 с.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНУТРИБРЮШНОГО ВВЕДЕНИЯ ПЕРФТОРАНА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ПЕРИТОНИТЕ

Рагимова Д.Р., Гамидова А.Г., студенты 309 гр. леч. фак-та
Кафедра анатомии человека
Научный руководитель: д.м.н., доцент Рагимов Р.М.

Актуальность. Хотя в мире уже существует несколько представителей перфторорганических соединений: «Флуозол 43» и «Флуозол ДА» (Япония), «Эмульсион II» (Китай), «Оксижент», «Терокс» и «Оксифлуор» (США) и др., перфторан, на сегодняшний день, является единственным препаратом, допущенным к широкому клиническому применению.

Разнообразие клинических эффектов перфторана связаны с двойственной природой фторуглеродной основы препарата. С одной стороны, перфторуглеродные соединения – это жидкости, обладающие способностью растворять большие объёмы газов и выступают как антигипоксанты. С другой стороны, будучи инертными веществами, перфторуглероды способны быть иммуномодуляторами.

Весьма перспективным считают и местное применение перфторана. При этом ряд исследователей отмечает повышение функциональной активности фагоцитирующих клеток (Голубев А.М. и соавт., 1995, 2005; Аскерханов Г.Р. и соавт., 2000, 2007), что и позволило нам предположить эффективность внутрибрюшного применения перфторана при перитоните.

Цель исследования: оценка влияния внутрибрюшного введения перфторана на течение экспериментального перитонита и процесс образования спаек в брюшной полости.

Материал и методы. Экспериментальные исследования проведены на лабораторных крысах 3-4 месячного возраста массой 140-160 г, которые, после моделирования острого калового перитонита по С.С. Ременнику (введение 5 % каловой взвеси в количестве 1 мл на 100 г массы животного), были разделены на 2 серии.

Крысам в 1 серии в брюшную полость шприцом вводили перфторан из расчета 2 мл на 100 г массы животного, а во 2 серии - аналогичный объем физиологического раствора. Животных выводили из

эксперимента под хлороформным наркозом на 3, 7 и 14 сутки экспериментов. После вскрытия брюшной полости на предметное стекло брали мазки-отпечатки, затем изучали состояние органов брюшной полости, распространенность воспалительного и спаечного процессов.

Мазки из перитонеального экссудата после окрашивания по Романовскому-Гимза подвергались микроскопированию и микрофотографированию.

Результаты исследования. Наблюдения показали, что внутрибрюшное введение перфторана при остром каловом перитоните оказывает выраженный лечебный эффект. Одним из показателей эффективности данного препарата служила выживаемость животных в динамике эксперимента (таблица 1).

Таблица 1

Летальность крыс в эксперименте

Серии	Всего пало	Выжило
1-я серия – введение перфторана	2	13
2-я серия – введение физиологического раствора	9	6
Хи – квадрат = 5, 167 с 1 степенью свободы; p=0,023		

А в серии, где вводили физиологический раствор, у всех крыс развивалась картина перитонита: начиная с 1-х суток животные были вялые, шерсть была взъерошена. Из 15 крыс этой серии по ходу эксперимента (таблица 1) пало 9, что составляет 60%. На 3-и сутки эксперимента у выживших крыс в брюшной полости определялась мутная жидкость с примесью крови и фибрина, на 7-е и 14-е сутки были видны спайки между петлями кишечника, которые препятствовали продвижению пищевой кашицы, а также отграниченные абсцессы. В динамике развития перитонита количество спаек увеличивалось: к 14-ым суткам у отдельных крыс спайки были настолько выраженные, они образовывали спаечный конгломерат (весь кишечник был замурован в спайках).

В мазках, взятых из брюшной полости, на 1-е сутки определялось повышение плотности клеток до 37,67±1,65); при этом количество нейтрофилов и моноцитов увеличивалось в 4,5 раза, эозинофилов и деструктивных клеток – более чем в 10 раз (p=0,00). Вокруг нейтрофилов и внутри них обнаруживаются скопления микроорганизмов – ассоциации кокков и палочек. А на 3-и сутки число нейтрофилов резко уменьшается, но увеличивается доля деструктивных клеток (до

40,6%). По всем полям зрения обнаруживаются обломки ядер и безъядерные фрагменты клеток.

Совсем иная картина развития перитонита была у крыс 1-й серии. Летальность составляет не более 15 процентов (p=0,023). Во все сроки эксперимента животные были более активные, шерсть относительно гладкая. В брюшной полости явления воспаления менее выражены. У большинства крыс обнаруживались единичные спайки. На 3-и сутки они нежные, легко отделяющиеся друг от друга.

В мазках перитонеальной жидкости свободные (внеклеточные) микроорганизмы обнаруживались редко, иногда они встречались внутри клеток, а на 7 и 14 сутки кокки и палочки практически не определялись. На 1-е сутки количество нейтрофилов (10,44 ±1,32) и деструктивных клеток было значительно меньше (p=0,00), чем у крыс 2-й серии, но во всех полях определялись крупные клетки с пенистой цитоплазмой. В литературе их называют «перфторофагами». Значительно реже, чем во 2-й серии, встречались фибробласты (p=0,035).

Выводы.

1. Развитие экспериментального калового перитонита на фоне введения физиологического раствора характеризуется быстрым распространением воспалительного процесса и высокой летальностью (до 60%; p=0,023).

2. Введение в брюшную полость перфторана из расчета 2 мл на 100 г массы животного при экспериментальном каловом перитоните препятствует распространению воспаления в брюшной полости и предупреждает развитие спаечного процесса.

Литература:

1. Аскерханов, Г.Р. Внутрибрюшинная перфузия перфторана в лечении больных распространенным гнойным перитонитом / Г.Р. Аскерханов, А.М. Голубев, А.Г. Гусейнов, В.В. Мороз, У.З. Загиров // Хирургия. - 2000. - №9. – С. 8-10.

2. Аскерханов, Г.Р. Изменение микроциркуляции у больных с критической ишемией нижних конечностей и их коррекция при комплексном лечении с применением перфторана / Г.Р. Аскерханов, А.М. Шахназаров, М.З. Закариев // Вестник Национального медико - хирургического Центра им Н.И. Пирогова. – 2007. – Т. 2, №2. – С. 43-46.

3. Голубев, А.М. Морфофункциональные особенности и фагоцитарная активность системы фагоцитирующих клеток перитонеального экссудата крыс после внутрибрюшинного введения перфторана/ А.М.

Голубев, Т.А.Леонтьева, М.А. Коркмасова и др.// Сб. научн. трудов: «Физиологическая активность фторсодержащих соединений (эксперимент и клиника)».- Пущино: ОНТИ ПНЦ РАН, Пущино 1995. - С.114-123.

4. Голубев, А.М. Применение озонированного перфторана при остром перитоните/ А.М. Голубев, Р.М. Рагимов, А.О. Османов// Общая реаниматология, 2005.- № I (1).- С. 9-12.

Содержание

■ **К Л И Н И Ч Е С К А Я М Е Д И Ц И Н А** ……3
ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ ……3
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО КОРИ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН …….3
ПОРАЖЕНИЕ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ БРУЦЕЛЛЕЗОМ …….6
ПРИЗНАКИ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ БРУЦЕЛЛЕЗОМ ……8
СЕРОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА БРУЦЕЛЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ……..13
КЛИНИКО – ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В РЕСПУБЛТКЕ ДАГЕСТАН ……15
ОЦЕНКА ВЫРАЖЕННОСТИ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ БРУЦЕЛЛЕЗОМ ПО СОДЕРЖАНИЮ СРЕДНЕМОЛЕКУЛЯРНЫХ ПЕПТИДОВ В ПЛАЗМЕ КРОВИ ……17
ТЕРАПИЯ ……20
ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ……20
АНЕМИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ……23
ХРОНИЧЕСКИЙ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ В С АУТОИММУННЫМ КОМПОНЕНТОМ ……...27
МЕСТО ДЕПРЕССИЙ В ТЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНОСОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ……...29
ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ: ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ……..32
ДАГЕСТАНСКИЕ ЭТНОСЫ И ЦВЕТОВОЕ ЗРЕНИЕ ……37
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ ……..42
ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ И ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ В ИНФАРКТНОМ ОТДЕЛЕНИИ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ БОЛЬНИЦЫ №2 (г. МАХАЧКАЛА) ……..44
КОРОНАРОАНГИОГРАФИЯ – МЕТОД ВЫБОРА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИБС …….47
ХИРУРГИЯ ……..49
УСТРОЙСТВО ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У ЛИЦ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ……49

СОСТОЯНИЕ ПИЩЕВАРЕНИЯ ПРИ ПОЛНОМ НАРУЖНОМ ОТВЕДЕНИИ ЖЕЛЧИ …….50
ВЫСОКИЕ ТЕХНОЛОГИИ: ВАЖНЕЙШАЯ РОЛЬ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВА АБДОМИНАЛЬНОГО ЭХИНОКОККОЗА ……...52
НЕНАТЯЖНАЯ БЕСШОВНАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА ПО ТРАБУККО ПРИ АХОВЫХ ГРЫЖАХ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ……..53
МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ……..55
СРЕДСТВО «ИХТИОСИН» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ТРОФИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ И ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ …….58
СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ НАПРЯЖЕННОГО АСЦИТА ……61
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ЗВЕНЬЯ РАЗВИТИЯ НЕДЕРЖАНИЯ У БОЛЬНЫХ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА …63
РОЛЬ ПОЛОВЫХ ГОРМОНОВ ПРИ ВАРИКОЦЕЛЕ В КАЧЕСТВЕ ДИСТАНТНЫХ РЕГУЛЯТОРОВ РАЗВИТИИ ГИНЕКОМАСТИИ ……...66
СТЕНТИРОВАНИЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ……68
ПЕДИАТРИЯ ……...72
ХАРАКТЕР ТЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ У ДЕТЕЙ ……...72
ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В УСЛОВИЯХ ДОМА РЕБЕНКА …….74
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ И ПРИЧИНЫ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ СРЕДИ ДЕТЕЙ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ОТДЕЛЕНИЕ ПАТОЛОГИИ НОВОРОЖДЕННЫХ И ОРИТ НОВОРОЖДЕННЫХ ДРКБ ……76
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТРОГО ЛИМФОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗА У ДЕТЕЙ В ДЕБЮТЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ……79
НЕКОТОРЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ОСТРОГО ЛИМФОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗА У ДЕТЕЙ ……82
ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ АНЕМИЙ У ДЕТЕЙ С КРУПНОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ В ДИНАМИКЕ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ……...86
ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИУТРОБНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ПО ДАННЫМ ОТДЕЛЕНИЯ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ДРКБ г. МАХАЧКАЛЫ ЗА 2010 г. ……...90

ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ …….93
МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ОБРЯДА ОБРЕЗАНИЯ…….93
НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ У НОВОРОЖДЕННЫХ.
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ……...95
ГЛАЗНЫЕ БОЛЕЗНИ ……...97
ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ ПРИ НАРУЖНОЙ
ДАКРИОЦИСТОРИНОСТОМИИ ……..97
РЕВАСКУЛЯРИЗИРУЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ
ПРИНЦИПОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ПРИ
ВОЗРАСТНЫХ МАКУЛЯРНЫХ ДИСТРОФИЯХ ……...99
СИСТЕМА НЕПРЕРЫВНОГО ОТТОКА АСПИРАЦИОННОЙ
ЖИДКОСТИ (СНОЖ) ……101
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХРОМАТИЧЕСКИХ
СВЕТОФИЛЬТРОВ В ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С НЕОБСКУРИРУЮЩИМИ
ПОМУТНЕНИЯМИ ОПТИЧЕСКИХ СРЕД ГЛАЗА ……106
ЛАЗЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ХИРУРГИИ СЕТЧАТКИ В
КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВОЗРАСТНЫХ ЦЕНТРАЛЬНЫХ
ХОРИОРЕТИНАЛЬНЫХ ДИСТРОФИЙ …….107
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА
СУХОГО ГЛАЗА У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ
ХИРУРГИИ КАТАРАКТЫ ……109
АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ ……113
ТЕРАПИЯ КОСТНО-МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ
В ПОСТМЕНОПАУЗЕ У МНОГОРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН ……..113
СТОМАТОЛОГИЯ ……..115
ВЛИЯНИЕ ТАБАКОКУРЕНИЯ НА СОСТОЯНИЕ
ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ ПОЛОСТИ РТА …….115
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНТЕНСИВНОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ
ГЕМОФИЛИЕЙ И ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ
В СРАВНИТЕЛЬНОМ АСПЕКТЕ ……118
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПЬЮТЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ЗВЕНА
ВРАЧ-РЕГИСТРАТОР В ГОРОДСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ
ПОЛИКЛИНИКЕ ……121
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ОСНОВНЫХ
ОДОНТОГЕННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ……..125
КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА
ЭФФЕКТИВНОСТИ ОПТИМИЗИРОВАННОГО
КОМПЛЕКСНОГО БОЛЬНЫХ ПАРОДОНТИТОМ
НА ФОНЕ СОПУТСТВУЮЩЕЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ …….127

ОПТИМИЗИРОВАННЫЙ ВАРИАНТ ЛЕЧЕНИЯ
ПРОСТОГО ГЕРПЕСА ……..129
ПРИМЕНЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
ДЛЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПОДСЧЕТА ПОКАЗАТЕЛЕЙ
РАБОТЫ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ……131
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ
ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ СЛИЗИСТОЙ
ОБОЛОЧКИ РТА ……133
ФТИЗИАТРИЯ ……..136
ХРОНОМЕТРИРОВАНИЕ ЭТАПОВ ОПЕРАЦИИ ОТКРЫТОЙ
ЭМБОЛЭКТОМИИ ИЗ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ……136
ПРИМЕНЕНИЕ ИСКУССТВЕННОГО ПНЕВМОТОРАКСА (ИП)
У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ ПОСЛЕ
НЕЭФФЕКТИВНОГО СТАНДАРТНОГО
АНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО (АБ) ЛЕЧЕНИЯ ……..138
ЭНДОКРИНОЛОГИЯ …….140
ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ НАПРЯЖЕНИЕ И КАЛОРИЙНОСТЬ
ПИЩИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА И АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИИ ……..140
МЕСТО ЦИТОПРОТЕКТОРОВ В КОРРЕКЦИИ
ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ
СУБКЛИНИЧЕСКОМ ГИПОТИРЕОЗЕ ……..141
СОДЕРЖАНИЕ КАТИОННЫХ БЕЛКОВ В НЕЙТРОФИЛЬНЫХ
КРОВИ ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ ……..143
ОНКОЛОГИЯ ……...146
НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РАКА
ПРЯМОЙ КИШКИ ……146
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ ……...149
ТРАВМЫ ПИЩЕВОДА СВЯЗАННЫЕ С ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ …..149
КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ ……152
ПРОПОЛИС КАК ГЕПАТОПРОТЕКТОР ……...152
ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ……..154
ОБРАЩАЕМОСТЬ ПО ПОВОДУ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ И
ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ
НАСЕЛЕНИЯ ДАГЕСТАНА ……154
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА
ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА БУЙНАКСКА И
БУЙНАКСКОГО РАЙОНА ……...156
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИМИОПРОФИЛАКТИКИ
ПЕРИНАТАЛЬНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ ДЕТЕЙ
РОЖДЕННЫХ ОТ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ МАТЕРЕЙ

ПОТРЕБЛЯВШИХ И НЕ УПОТРЕБЛЯВШИХ НАРКОТИКИ ……159
ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА
ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ПЕРМСКОМ КРАЕ ……...162
РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ МЕДИКО–СОЦИАЛЬНЫХ
ОСОБЕННОСТЕЙ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА,
РАБОТАЮЩИХ В СВОБОДНОЕ ОТ УЧЕБЫ ВРЕМЯ ……165
■ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА ……....169
ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ……169
РОЛЬ УЧАСТКОВЫХ ТЕРАПЕВТОВ В ФОРМИРОВАНИИ
ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ……..169
СТРУКТУРА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ
ПОДРОСТКОВ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН ЗА 2001-2010 гг. ……172
СТАТИСТИЧСЕКИЙ АНАЛИЗ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ
ЭТАПНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПОСТРАДАВШИМ В ДТП ……...173
АНАТОМИЯ ЧЕЛОВЕКА ……..176
ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КОСТЕЙ ЧЕРЕПА ……...176
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НОРМАЛЬНО И
АНОМАЛЬНО ФОРМИРУЮЩИХСЯ МАТОК ПЛОДОВ
ЧЕЛОВЕКА ……177
ВАРИАТИВНЫЕ И МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ
ОСОБЕННОСТИ ГОРТАНИ ……179
ФИЗИОЛОГИЯ ЧЕЛОВЕКА И ЖИВОТНЫХ ……..182
ОСОБЕННОСТИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ПОДРОСТКОВ
С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ……..182
ОЦЕНКА ВРЕМЕНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ
ХАРАКТЕРИСТИК РАБОТЫ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ……185
ПОКАЗАТЕЛИ ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ И ОЦЕНКА
ВРЕМЕНИ У СТУДЕНТОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ В
СПОРТИВНОЙ СЕКЦИИ ДАРТС ……187
ВЛИЯНИЕ СВЕРХМАЛЫХ ДОЗ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛАТА
КОБАЛЬТА НА БОЛЕВУЮ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ КРЫС
В НОРМЕ И В УСЛОВИЯХ УВЕЛИЧЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ
АКТИВНОСТИ ДОФАМИНЕРГИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ ……191
ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ ……...195
ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА
ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМАХ
РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ……...195
ФАКТОРЫ ВРОЖДЁННОГО ИММУНИТЕТА
ПРИ ВНУТРИБРЮШИННОМ ВВЕДЕНИИ
ОЗОНИРОВАННЫХ РАСТВОРОВ ……198

ФАРМАКОЛОГИЯ ……..202
ПРИМЕНЕНИЕ МАТОЧНОГО МОЛОЧКА ПРИ
ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ……..202
ФИТОТЕРАПИЯ В ГЕРИАТРИИ ……204

ОПЕРАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ ……...209
СПОСОБ ИЗОЛЯЦИИ СШИТЫХ КОНЦОВ НЕРВА ……...209
ХИРУРГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ НИЖНЕЙ
ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ВЕНЫ ……211

МИКРОБИОЛОГИЯ ……...213
АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЕ ДЕЙСТВИЕ ЛЕАРСТВЕННЫХ
ПРЕПАРАТОВьИЗ ЧЕРНОГО ТМИНА ……..213
■ **МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ** ……..215
ПРОБЛЕМЫ АДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО КУРСА …….215

■ **ГУМАНИТАРНЫЕ НАУКИ** ……217
О ВЛИЯНИИ ГУМАНИТАРНЫХ НАУК НА ВОСПИТАНИЕ
И ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ ПОДГОТОВКУ СТУДЕНТОВ ….……...217
ФИЛОСОФСКИЕ ОСНОВЫ МЫШЛЕНИЯ ВРАЧА …….219
НАРКОМАНИЯ - ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ ……223
ТЕРРОРИЗМ И ОБЩЕСТВО ……225
ИНТЕРНЕТ - ОБОЮДООСТРОЕ ОРУЖИЕ ……...227
ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА КАК ОБЪЕКТ ФИЛОСОФСКОГО
АНАЛИЗА ……...230
ЗДОРОВЬЕ КАК ОСНОВНАЯ И ГЛАВНАЯ ЦЕННОСТЬ
ОБЩЕСТВА ……234

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНУТРИБРЮШНОГО ВВЕДЕНИЯ
ПЕРФТОРАНА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ
ПЕРИТОНИТЕ ……237

Под авторской редакцией

Сдано в набор 21.04.2014. Подписано в печать 23.04.2014.
Формат 60x84 1/16. Бумага офсетная. П.л. 15,25.
Тираж 150. Заказ 97.

Издательско-полиграфический центр ДГМА
Махачкала, ул. Ш.Алиева, 1.