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

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

М А Т Е Р И А Л Ы

ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ И СТУДЕНТОВ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «ЗНАНИЯ МОЛОДЫХ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ»

Махачкала, 12 октября 2017 г.

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

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

М А Т Е Р И А Л Ы

ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ И СТУДЕНТОВ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «ЗНАНИЯ МОЛОДЫХ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ»

Махачкала, 12 октября 2017 г.

УДК 61:378.1(063)
ББК5:72
М341

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:
С.Н. Маммаев - ректор ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор,
Р.А. Атаханов - проректор по стратегическому развитию, кандидат экономических наук, доцент,
И.Г. Ахмедов – проректор по учебной работе, доктор медицинских наук, доцент;
Н.Р. Моллаева - проректор по научной работе, доктор медицинских наук, доцент,
М.А. Хамидов - проректор по лечебной работе, доктор медицинских наук, профессор,
Р.К. Шахбанов - проректор по общественным связям и социально-воспитательной работе, кандидат медицинских наук, профессор,
М.Н. Меджидов - научный руководитель СМУиС и СНО, доктор медицинских наук, доцент,
Э.А. Касаева - председатель СМУиС,
Г.Ф. Байрамова - председатель СНО им. Р.П. Аскерханова.

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

Знания молодых для развития теоретической и клинической медицины: Материалы Всероссийской научной конференции молодых ученых и студентов с международным участием. - Махачкала: ИПЦ ДГМУ, Планета-Д, 2017. – 322 с.

В сборник вошли материалы научной конференции молодых ученых и студентов Дагестанского государственного медицинского университета, Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, Северо-западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н. Бурденко, Волгоградского государственного медицинского университета, Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Тюменского государственного медицинского университета, Иркутского государственного медицинского университета, Амурской государственной медицинской академии, Крымского федерального университета имени В.И. Вернадского, Дагестанского государственного университета, Медицинского института Чеченского государственного университета, Беларусского государственного университета, Беларусского государственного медицинского университета, Гомельского государственного медицинского университета, Гродненского государственного медицинского университета, Таджикского государственного медицинского университета имени Абу Али Ибн Сино, Института генетики и цитологии Национальной академии наук Беларуссии, Республиканского унитарного предприятия «Научно-практический центр гигиены» Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

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

ISBN 978-5-904292-30-0 © Даггосмедуниверситет, 2017

MINISTRY OF HEALTH OF THE RUSSIAN FEDERATION
FEDERAL STATE BUDGETARY EDUCATIONAL INSTITUTION OF HIGHER EDUCATION «THE DAGESTAN STATE MEDICAL UNIVERSITY» MINISTRIES OF HEALTH OF THE RUSSIAN FEDERATION
REPUBLIC DAGESTAN MINISTRY OF HEALTH
SCIENTIFICALLY-EDUCATIONAL MEDICAL CLUSTER THE NORTH-CAUCASIAN FEDERAL DISTRICT – «NORTH-CAUCASIAN»

COUNCIL OF YOUNG SCIENTISTS AND EXPERTS
COUNCIL OF STUDENT'S SCIENTIFIC ORGANIZATION
NAME OF THE R.P. ASKERKHANOV

M A T E R I A L S

ALL-RUSSIAN SCIENTIFIC CONFERENCE YOUNG SCIENTISTS AND STUDENTS WITH THE INTERNATIONAL PARTICIPATION «KNOWLEDGE YOUNG FOR DEVELOPMENT OF THEORETICAL AND CLINICAL MEDICINE»

Makhachkala, on october, 12th, 2017

УДК 61:378.1(063)
ББК5:72
М341

EDITORIAL BOARD:
S.N. Mammaev - rector FSFEI of the HE DSMU of the Russian Ministry,
the doctor of medical sciences, the professor,
R.A. Atahanov, - the pro-rector on strategic development, the senior lecturer,
I.G.Ahmedov - the pro-rector on study, the doctor of medical sciences, the senior lecturer;
N.R.Mollaeva - the pro-rector on scientific work, the doctor of medical sciences, the senior lecturer,
M.A. Hamidov -the pro-rector on medical work, the doctor of medical sciences, the professor,
R.K. Shahbanov -the pro-rector on public relations and socially-educational work, the candidate of medical sciences, the professor,
M.N. Medzhidov - supervisor of studies of council of young scientists and experts and student's scientific organization, the doctor of medical sciences, the senior lecturer,
E.A. Kasaeva - the chairman of the council of young scientists and experts,
G.F. Bajramova - the chairman of student's scientific organization.

Under the general edition of the supervisor of studies of Council of young scientists and experts and student's scientific organization, doctors of medical sciences, senior lecturer **Medzhidov M.N.**

Knowledge of young people for development of theoretical and clinical medicine: Materials of the All-Russian scientific conference of young scientists and students with the international participation. – Makhachkala: PPC DSMU, Planeta-D. - 2017. – 322 p.

The collection had included materials of a scientific conference of young scientists and students of the Dagestan state medical university, Russian national research medical university of N.I. Pirogov, the Russian medical academy of continuous professional education, the St. Petersburg state pediatric medical university, Northwest state medical university of I.I. Mechnikov, the Voronezh state medical university of N.N. Burdenko, the Volgograd state medical university, Krasnoyarsk state medical university of the prof. V.F. Voyno-Yasenetsky, the Tyumen state medical university, Irkutsk state medical university, Amur state medical academy, Crimean federal university of a name V.I. Vernadsky, Dagestan state university, Medical institute of the Chechen state university, Belarussky state university, Belarussky state medical university, Gomel state medical university, Grodno state medical university, Tajik state medical university of Abu Ali Ibn Sino, Institute of genetics and cytology of National Academy of Sciences of Belarussiya, Republican unitary enterprise "Scientific and Practical Center of Hygiene" Ministries of Health Respubliki Belarus.Conference

Materials cover a wide spectrum of scientific directions. The published works represent huge value for a wide range of active student's youth, young scientific (doctors-interns, clinical interns and post-graduate students), engaged in research activity, and also for other young experts.

ISBN 978-5-4326-0091-2 © Daggosmeduniversitet, 2017

РОЛЬ ID ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ACE В ФОРМИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ЖИТЕЛЕЙ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

Э.А. Касаева– ассистент *89*

Кафедра госпитальной терапии № 1

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия

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

Цель исследования: изучение влияния полиморфизма гена ангиотензин-превращающего фермента (*ACE*) на формирование и прогрессирования хронической сердечной недостаточности, ишемической этиологией у населения Республики Дагестан.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 44 больных ХСН 1-4 ФК по NYNA , ишемической этиологии, в возрасте от 55 до 65 лет, находящихся на стационарном лечении в 1-ом кардиологическом отделении Республиканской клинической больницы Республики Дагестан (г.Махачкала) в период с января 2014 по август 2015 гг. Контрольная группа составила 15 практически здоровых лиц в возрасте от 55 до 65 лет. У всех участников исследования было взято информированное согласие на обезличенную обработку данных обследования в научных целях. Группы были сравнимы по возрасту, полу, доли курящих и лиц с повышенной массой тела и ожирением.

При оценке тяжести ХСН использовалась функциональная классификация, предложенная в 1964 году Нью-Йоркской ассоциацией сердца (New York Heart Association - NYHA). Для объективизации функционального класса (ФК) ХСН использовался тест 6-минутной ходьбой. Для оценки систолической функции миокарда левого желудочка использовались следующие эхокардиографические показатели: фракция выброса (ФВ) конечносистолический и конечнодиастолический размер, (КСР и КДР), степень укорочения переднезаднего размера левого желудочка (%ΔS).

Исследование *ID* полиморфизма гена *ACE* проводилось методом полимеразной цепной реакции с использованием наборов тест-систем в лаборатории медицинского центра "Гепар" (г. Махачкала, Россия).

Проверка соответствия распределения генотипов закону Харди-Вайнберга и оценка статистической достоверности различий качественных признаков проводилась методом χ^2, при необходимости - с помощью одностороннего точного критерия Фишера. Оценка статистической достоверности различий количественных признаков в более чем в 2-х группах проводилась методом Краскел-Уоллиса, в 2-х группах – методом Манн-Уитни. Уровень достоверности был принят как достаточный при $p<0,05$; в случае множественных сравнений использовалась поправка Бонферрони, в этом случае p определялось как $p=0,05/n$, где n - количество парных сравнений на одном и том же массиве данных.

Результаты исследования. На основании генетического типирования частота генотипа *II* гена *ACE* у обследованных жителей Республики Дагестан 35,6%%, *DD* – 23,7% и *ID* – 40,7%, Распределение генотипов отвечало закону Харди-Вайнберга.

В исследуемой выборке отмечалось более частое развитие ХСН у носителей аллели *D* гена *ACE*, по сравнению с носителями аллели *I* (66,7% и 84,6%, соответственно, p=0,044). Среди пациентов страдающих ХСН отмечается меньшее количество лиц с генотипом *II*, по сравнению со здоровыми лицами (12 (27,5%) и 9 (60,0%), соответственно); с учетом множественности сравнений различия находятся на уровне статистической тенденции (p=0,025). Различия между больными ХСН и контрольной группой для носителей гена *DD* (12 (27,3%) и 2 (13,3%), соответственно; p=0,233) и гена *ID* (20 (45,5%) и 4 (26,7%), соответственно; p=0,165) значимого уровня не достигли

Так же выявлено, что у больных ХСН носительство аллели *D* ассоциирована с более высоким, по сравнению с носителями аллеля *I* уровнем липопротеидов низкой плотности (4,6 [2,6; 5,0] ммоль/л и 3,9 [2,1; 4,0] ммоль/л, соответственно, p=0,048). В основной группе *I* у носителей аллели отмечалась тенденция лучшей систолической функции миокарда левого желудочка. Так уровень фракции выброса у подобных пациентов составил 57,0 [55,0; 58,0]%, по сравнению с таковым у носителей аллели *D* (51,0 [49,5; 54,0]%, p=0,44); и степень укорочения переднезаднего размера левого желудочка 28,0 [27,0; 29,0]% и 26,5 [23,0; 26,0], p=0,046, соответственно. Статистически значимых различий на уровне генотипов выявлено не было, что, возможно связано с недостаточным объемом выборки.

Значимые различия в величине КСР и КДР и отношения ранней фазы заполнения левого желудочка к предсердному компоненту его диастолического заполнения не было выявлено ни на уровне аллелей, ни на уровне генотипа.

Выводы

На основании проведенного исследования выявлены следующие закономерности.

1) Отмечается тенденция к ассоциации аллели *D* гена *ACE* с повышением вероятности развития ХСН ишемической этиологии.

2) Носительство аллели *D* ассоциировано с более высоким, уровнем липопротеидов низкой плотности, более низкой фракции выброса и меньшей степень укорочения переднезаднего размера левого желудочка.

ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С СИСТЕМНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

С.Г. Гамидова – очный аспирант *92*

Кафедра госпитальной терапии № 1

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия

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

Цель исследования: оптимизация диагностики, лечения и профилактики развития тревожно-депрессивных расстройств у больных с диффузными заболеваниями соединительной ткани.

Материалы и методы. Обследовано 211 больных с различными ССЗ в возрасте от 18 до 65 лет, из них 102(48,3 %) мужчин и 109 (51,6 %) женщин . Диагноз ревматоидного артрита (РА) установлен у 144 (70,6 %) больных, системной красной волчанки (СКВ) – у 34 (15,4 %), системной склеродермии (ССД) – у 28 (12,6 %) пациента. Все больные проходили стандартное клиническое обследование. Продолжительность заболевания составила от 5 до 15 лет (9,4±3,2 года). Среди обследованных пациентов наследственность отягощена у 71 (33,6 %), семейные 156 (73,9 %), имели высшее образование – 126 (59,7 %).

Изучение психоэмоционального статуса проводилось с помощью шкалы Бека и шкала Спилберга-Ханина.

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием Microsoft Excel и статистического программного обеспечения Биостат (издательский дом «Практика», 2006), SPSS 16.0 и Statistica 8.0 for Windows (StatSoftInc., USA). Различия считались статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты исследования. Во всех обследуемых группах выявлено наличие депрессии различной выраженности по шкале Бека. У 64 (30,3 %) больных не было выявлено депрессии (0–9 баллов). Легкая депрессия (10–15 баллов) диагностирована у 32 (15,1 %), умеренная (16–19 баллов) и выраженная (20–29 баллов) – у 54 (25,5 %) и 49 (23,2 %) пациентов соответственно. Тяжелая депрессия (более 30 баллов) отмечена у 12 (5,6 %) пациентов. Таким образом, умеренная и выраженная депрессия встречалась статистически значимо чаще, чем тяжелая депрессия – в 3,52 и 3,43 раза ($p<0,05$). Как оказалось, в результате исследования, люди с высшим образованием (48 пациентов) и имеющие семьи (148 пациентов) чаще подвергаются депрессии, в отличии от тех пациентов, которые под эти пунктом имели отрицание. Так же в исследуемых группах выявлена тревожность, преимущественно умеренная. Низкая тревожность (до 30 баллов) у 32 (15,1%) пациентов, умеренная (31-44 бала) у 136 (64,4%) пациентов и высокая (более 45 баллов) у 43 (20,3 %) пациентов. При этом стоит отметить что тревожность отмечалась у тех пациентов , которые имели высшее образование и были семейными людьми, практически в два раза выше чаще. Плюс ко всему тревожность имела тенденцию становиться более выраженным у пациентов с лейкоцитозом и высоким показателем РФ в ОАК ($p<0,05$).

Выводы. Для пациентов с СЗСТ характерно наличие умеренной и выраженной депрессии. У пациентов с высоким социальным статусом и имеющих семьи чаще встречается

выраженная/тяжелая депрессия, в отличии от пациентов с низким социальным статусом и не имеющих собственные семьи.

Для пациентов с выраженными воспалительными изменения в крови, в частности высоким лейкоцитозом и высоким РФ, умеренная/высокая тревожность встречается в 2 раза чаще.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ И ПЕРВИЧНОЙ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Д.З. Панахова - клинический ординатор *63*

Кафедра госпитальной терапии № 1

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия

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

Актуальность. На сегодняшний день кардиомиопатия остаётся одним из наименее изученных кардиологических заболеваний. Наряду с другими типами кардиомиопатий в настоящее время выделяют ишемическую дилатационную кардиомиопатию.

Ишемическая кардиомиопатия (ИКМП) – заболевание миокарда, проявляющееся кардиомегалией и симптомами застойной сердечной недостаточности (СН), обусловлено множественным атеросклеротическим поражением эпикардиальных или интрамуральных ветвей коронарных артерий.

Патогенез заболевания включает несколько важных механизмов: гипоксия сердечной мышцы вследствие снижения коронарного кровотока в связи с атеросклеротическим процессом в коронарных артериях и со снижением объёма кровотока на единицу массы миокарда в результате его гипертрофии и уменьшением коронарной перфузии в субэндокардиальных слоях; гибернация миокарда – локальное снижение сократительной способности миокарда левого желудочка, вызванное его длительной гипоперфузией; ишемическая контрактура миофибрилл миокарда, которая развивается вследствие недостаточного кровоснабжения, способствует нарушению сократительной функции миокарда и развитию СН; ишемизированные участки миокарда во время систолы растягиваются с развитием в последующем дилатации полостей сердца; ремоделирование желудочков (дилатация, гипертрофия миокарда, развитие фиброза); развивается гипертрофия кардиомиоцитов, активируются фибробласты и процессы фиброгенеза в миокарде; диффузный фиброз миокарда участвует в развитии СН; апоптоз миокарда активируется вследствие ишемии и способствует наступлению сердечной недостаточности и развитию дилатации полостей.

В развитии заболевания участвуют факторы, играющие важную роль в патогенезе хронической сердечной недостаточности (ХСН): дисбаланс в продукции эндотелием вазоконстрикторов и вазодилататоров с недостаточным синтезом последних, активация

нейрогормональных факторов, гиперпродукция цитокинов, фактора некроза опухоли.

Клиническая картина в типичных случаях характеризуется триадой симптомов:

1) стенокардией напряжения,
2) кардиомегалией,
3) ХСН.

У многих больных отсутствуют клинические признаки стенокардии. Возможно, у таких пациентов имеет место безболевая ишемия миокарда, не диагностированная ранее.

Клиническая симптоматика ХСН не имеет каких-либо специфических особенностей и в основном идентична проявлениям СН у больных идиопатической дилатационной кардиомиопатией. Сердечная недостаточность быстрее прогрессирует при ишемической кардиомиопатии по сравнению с дилатационной кардиомиопатией. Обычно речь идёт о систолической форме СН, но возможно развитие диастолической СН или сочетания обеих форм.

Цель исследования. Сравнительный анализ больных ИКМП и первичной дилатационной кардиомиопатией (ДКМП).

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 50 больных, страдающих ИКМП, в возрасте от 49 до 78 лет (средний возраст 60,5 ±8,1 лет) и 10 больных, страдающих ДКМП, в возрасте от 29 до 50 лет (средний возраст 40,5 ±7,3 лет), находящих на стационарном лечении в 1-ом кардиологическом отделении РКБ г. Махачкалы. Среди больных ИКМП мужчин было 36 человек (72%), женщин – 14 человек (28%), а среди больных ДКМП мужчин было 7 человек (70%), женщин – 3 человека (30%).

Всем пациентам проводилось эхокардиографическое исследование на аппаратах «Vivid 7 Pro» и «TOSHIBA Aplio» по стандартной методике с использованием рекомендаций Американского эхокардиографического общества.

Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась с помощью пакета прикладных программ «Statistica 10» (Statoft Inc., США).

Результаты исследования и их обсуждение. При сравнительном анализе больных ИКМП и ДКМП были получены следующие результаты.

Признаки	ДКМП	ИКМП
Средний возраст больных	40,5 ±7,3 лет	60,5 ±8,1 лет
Указания в анамнезе на стенокардию	отсутствуют	31 человек (62%)
Связь начала клинических проявлений СН с перенесенной инфекцией	6 человек (60%)	отсутствуют

Семейный характер заболевания	4 человека (40%)	2 человека (4%)
Наличие приступов стенокардии в настоящее время	отсутствуют	31 человек (62%)
Безболевая ишемия миокарда	отсутствуют	19 человек (38%)
Дилатация левого желудочка	10 человек (100%)	50 человек (100%)
Дилатация правого желудочка	9 человек (90%)	28 человек (56%)
Наличие зон локальной гипокинезии миокарда при ЭхоКГ	2 человека (20%)	45 человек (90%)
Эхокардиографические признаки атеросклероза аорты	отсутствуют	50 человек (100%)
Снижение ФВ	10 человек (100%)	50 человек (100%)
Наличие признаков атеросклероза при внешнем осмотре больного	отсутствуют	50 человек (100%)

Выводы. При сравнительном анализе больных ИКМП и ДКМП выявлено, что больные ДКМП моложе, чем больные ИКМП; для ДКМП больше характерен семейный характер заболевания, чем для ИКМП; при ДКМП дилатация камер сердца более выражена, чем при ИКМП; для ИКМП больше характерна гипокинезия миокарда, чем при ДКМП.

СВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АДИПОНЕКТИНА И ЦИТОКИНОВ С КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ НА ФОНЕ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ТЕЛМИСАРТАНОМ ИЛИ АМЛОДИПИНОМ

В.Г. Петросова - ассистент, к.м.н. *24*

Кафедра внутренних болезней педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия

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

Актуальность исследования. Метаболический синдром (МС) – проблема, привлекающая внимание специалистов многих смежных профессий. По данным различных исследований, распространенность МС в мире колеблется от 20 до 56 % (Мамедов М.Н., 2011). Согласно

критериям, принятым Международной федерацией диабета в 2009 г., компонентами МС могут являться абдоминальное ожирение (АО), артериальная гипертензия (АГ), гипергликемия, дислипидемия. Сочетание МС и АО занимает важное место в патогенезе МС и связано с инсулинорезистентностью (ИР) и хроническим субклиническим воспалением. Первичными медиаторами хронического субклинического воспаления являются цитокины. В ответ на стимуляцию цитокинами происходит выработка печенью белков острой фазы. Среди компонентов МС чаще всего встречаются АГ и АО, значительно повышая при этом риск развития сердечно-сосудистых осложнений. Поэтому гипотензивная терапия рассматривается как разрыв порочного круга МС. Предпочтение отдается препаратам, обладающим метаболически нейтральным действием, либо улучшающим углеводный и липидный обмен. Особенно перспективными в этом направлении являются препараты двух групп: блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА) (Беленков Ю.Н., 2012) и блокаторы кальциевых каналов (БКК) (Татарченко И.П., 2011). Многочисленные исследования доказали связь уровня адипоцитокинов и основных составляющих МС, но ни в одном из них не проводилась сравнительная оценка влияния БРА и БКК на клинико-лабораторные компоненты МС.

Цель исследования: оценить гипотензивные и противовоспалительные эффекты телмисартана и амлодипина у больных МС, влияние этих препаратов на показатели цитокинового профиля и адипонектина.

Методы исследования. Всем пациентам проводились рутинные лабораторные исследования: общий и биохимический анализы крови, пероральный глюкозотолерантный тест, СМАД, ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ органов брюшной полости. Содержание адипонектина, цитокинов IL-6 и IL-10 определяли ИФА-методом.

Результаты исследования. В исследование включено 90 больных МС: 45 (50%) мужчин и 45 (50%) женщин от 30 до 60 лет (средний возраст 50,6±4,2 года). Группу контроля составили 25 здоровых лиц: 10 мужчин и 15 женщин (средний возраст 47,4±7,05 лет). Обнаружено повышение уровня IL-6, СРБ, фибриногена и снижение уровня IL-10 и адипонектина в исследуемой группе при сравнении с контрольной, подтвержденное статистически ($p<0,001$, $p<0,05$, $p<0,05$, $p<0,001$, $p<0,001$). Содержание адипонектина было достоверно выше у женщин, чем у мужчин (17,6±4,1 нг/мл против 13,7± 3,8 нг/мл, $p=0,001$); у некурящих по сравнению с курящими (17,1±2,5 нг/мл против 13,7±3,2 нг/мл, $p=0,04$); у пациентов с I степенью ожирения при сравнении с пациентами с III степенью (18,3±1,9 нг/мл против 12,3±2,7 нг/мл, $p=0,02$). Выявлена достоверная сильная корреляция между ИМТ и уровнем IL-6 ($r=0,4013$, $p=0,0002$), ИМТ и IL-10 ($r=-0,5071$, $p=0,00007$), ИМТ и адипонектина ($r=-0,5604$, $p=0,00004$); между ОТ и уровнем IL-6 ($r=0,3714$, $p=0,0010$), IL-10 ($r=-0,2804$, $p=0,00289$) и адипонектина ($r=-0,4945$, $p=0,000007$) с другой; между ОТ/ОБ и уровнем адипонектина ($r=-0,4866$, $p=0,00001$). Были выделены 40 больных с МС без признаков СД типа 2 и ИБС, распределены по 20 человек в 2

группы: принимающие телмисартан в дозе 40-80 мг в сутки и амлодипин в дозе 5-10 мг в сутки. Средняя гипотензивная доза телмисартана составляла 62±20,41 мг, средняя гипотензивная доза амлодипина составляла 7,5±2,56 мг. По результатам СМАД амлодипин достоверно снижал все показатели и обеспечивал стабильный 24-часовой антигипертензивный эффект, по сравнению со телмисартаном, уменьшая количество «нон-дипперов» и «найт-пикеров». Терапия телмисартаном привела к достоверно большему снижению ИР и уровня инсулина натощак. Уровень СРБ достоверно снизился в группе телмисартана, равно как и уровень провоспалительного цитокина IL-6. Уровень противовоспалительного цитокина IL-10 и гормона адипонектина также достоверно повысился только лишь в первой группе.

Выводы. У больных МС установлено наличие хронического субклинического воспаления, что характеризуется нарушением баланса в продукции про- и противовоспалительных цитокинов, повышением уровня белков острой фазы и гормона адипонектина. Уровни цитокинов IL-6 и IL-10, протеина острой фазы СРБ и гормона адипонектина имеют достоверную связь с основными анамнестическими (курение, отягощённая наследственность), клиническими (антропометрическими: ИМТ, ОТ; гемодинамическими: АД) и лабораторными (индекс инсулинорезистентности – IR-HOMA2, инсулин, глюкоза, липидный профиль) характеристиками МС. У пациентов с МС уровень гормона адипонектина достоверно коррелирует с содержанием IL-6 и IL-10, что свидетельствует о наличии взаимосвязи между уровнем адипонектина и провоспалительным статусом у пациентов с МС. Телмисартан обладает достоверно благоприятным влиянием на углеводный обмен и противовоспалительным действием, проявляющимся снижением ИР, СРБ, IL-6 и повышением уровня гормона адипонектина и IL-10 у пациентов с МС. Амлодипин обладает большим гипотензивным действием по сравнению с телмисартаном и не имеет неблагоприятных метаболических эффектов.

ДИНАМИКА ПРОФИБРОГЕННЫХ ЦИТОКИНОВУ БОЛЬНЫХ ХГ С НА ФОНЕ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ПЕГИЛИРОВАННЫМ ИНТЕРФЕРОНОМ-α-2А И РИБАВИРИНОМ

А.А. Мусхаджиев, С.Н. Маммаев, Ш.Р. Рамазанов, Л.Р. Аджимусаева *61*

Кафедра госпитальной терапии № 1

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия,

Медицинский центр «Гепар», г. Махачкала, Россия, Россия

Цель исследования – изучить влияние пегилированного интерферона-α-2а и рибавирина на показатели трансформирующего фактора роста-β1,тканевого ингибитора металлопротеиназы -1 типа в сыворотке крови и данных фиброэластометрии у больных хроническим гепатитом С.

Материал и методы исследования: Обследовано150 больных ХГ Св возрасте от 19 до 57 лет (средний возраст 35,6±10,5), из них мужчин 41, женщин 22. Диагноз установлен на основании общеклинического, биохимического и иммуноферментного исследований. Наличие РНК ВГС выявляли методом ПЦР в режиме реал-тайм.КонцентрациюцитокиновTGF-β1 и ТИМП-1 в сыворотке крови определяли методом ИФА с использованием тест-наборов «R@D» systems (США). Стадию фиброза печени определяли методом фиброэластометрии на аппарате «Фиброскан» (Echosens, Франция). Контрольную группу составили 35 здоровых лиц в возрасте от 19 до 46 лет. После установления клинического диагноза 80 больных получали стандартную противовирусную терапию ПЭГ-ИНФ-α-2а и РБВ длительностью 24 или 48 недель в зависимости от генотипа ВГ С.Группа сравнения была составлена из 45 больных ХГ Сбез лечения противовирусными препаратами и с сопоставимыми клинико-лабораторными признаками.

Результаты: У 98 (65,3%) больных ХГ С установлен 1b генотип, 2-й у 15 (10,0%) и 3-й генотип – у 37 (24,7%). Высокая вирусная нагрузка (более 800 000 МЕ/мл) выявлена у 33 (41,3%) исследованных больных. При анализе показателей проведенной фиброэластометрии у 52 (34,7%) больных выявлена 0 стадия, у 38 (25,3%) – 1-я стадия, у 22 (14,7%) – 2-я стадия, у 18 (12,0%) – 3-я стадия и у 20 (13,3%) – 4-я стадия фиброза по шкале METAVIR . Установлено значимое ($p<0,01$) повышение уровня TGF-1b и ТИМП- 1 в сыворотке крови посравнению с контрольной группой. Устойчивый вирусологический ответ (УВО) на фоне противовирусной терапиибыл достигнут у 29 больных генотипом 3а и у 42 - с генотипом 1 b. У больных, достигших УВО отмечалось значимое ($p<0,01$) снижение показателей TGF-1b и ТИМП-1 по сравнению с ихзначениями до начала лечения не отличались от контрольных показателей.У пациентов группы сравнения спустя 24 недели наблюдения существенных изменений в параметрах цитокинов по сравнению с исходными показателями не установлено.

Вывод. Достижение устойчивого вирусологического ответа при использованииПЭГ-ИНФ-α-2а и РБВ в терапии больных ХГ С сопровождается значительным снижением уровня TGF-1b и ТИМП-1 в сыворотке крови.

ФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ И ГОРМОНАЛЬНЫЙ СТАТУС У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Х.И. Ибрагимова - ассистент, С.Н. Маммаев, М.Г. Магомедова *92*

Кафедра госпитальной терапии № 1

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия, Россия

Актуальность. Артериальная гипертензия (АГ) является важнейшим фактором риска ряда сердечно-сосудистых заболеваний, приводящих к увеличению заболеваемости и смертности населения, и ее распространенность в Российской Федерации составляет 39,5%

(40,4% среди женщин и 37,2% среди мужчин). Одним из новых направлений оптимизации решения этой проблемы является изучение гендерных особенностей этиологии, патогенеза, клинических проявлений АГ. Известно, что у женщин АГ развивается обычно на 10 лет позже, чем у мужчин и в основном после менопаузы. Одним из основных механизмов развития сердечно - сосудистых заболеваний, особенно на начальных этапах, рассматривают эндотелиальную дисфункцию (ЭД), в основе которой может быть дисбаланс между вазодилатирующими и вазоконстрикторными факторами. Так как ЭД является одним из проявлений АГ и может иметь неблагоприятное прогностическое значение, то необходимость ее коррекции рассматривается как одна из задач при лечении АГ.

Цель исследования. Изучить взаимосвязь уровня эндотелина-1 (ЭТ-1) и гормонального статуса у больных АГ в зависимости от пола и возраста.

Материал и методы исследования. В исследование включено 120 больных эссенциальной АГ I стадии, 1 и 2 степени, в возрасте от 30 до 68 лет (средний возраст 51,2±11,4), из них 60 женщин (50%) и 60 мужчин (50%). Все пациенты были разделены на 4 группы. В 1-ю группу вошли 30 женщин в возрасте до 50 лет, без признаков менопаузы; во 2-ю группу – 30 женщин, в возрасте старше 50 лет в постменопаузе; в 3-ю группу – 30 мужчин в возрасте до 50 лет; в 4-ю группу – 30 мужчин старше 50 лет. Группу контроля составили 45 практически здоровых лиц: 24 женщины и 21 мужчина. Всем пациентам проводилось клинико-лабораторное обследование, суточное мониторирование артериального давления (АД), а также определение ЭТ-1, альдостерона, пролактина и эстрадиола в сыворотке крови иммуноферментным методом.

Результаты исследования.Среднесуточное систолическое АД (САД) у женщин в постменопаузе достоверно выше, чем у женщин в возрасте до 50 лет и у мужчин 4-й группы. При изучении среднесуточных значений САД в группах мужчин, выявлено достоверное ($p<0,05$) повышение в группе мужчин старше 50 лет по сравнению с мужчинами в возрасте до 50 лет. Среднесуточное диастолическое АД в сравниваемых группах достоверно не отличалось между собой ($p>0,05$). При анализе пульсового АД (ПАД) отмечено его повышение с возрастом, которое достигало максимальных значений у женщин во второй группе в сравнении с 1-й группой женщин ($p<0,01$) и у мужчин 4-й группы ($p<0,05$).При исследовании уровня ЭТ-1 выявлено его достоверное ($p<0,05$) повышение во всех группах исследуемых больных в сравнении с группой контроля в сопоставимых по возрасту группах. При оценке показателя ЭТ-1 в исследуемых группах у мужчин и женщин отмечалось статистически значимое ($p<0,001$) повышение его содержания с возрастом. При проведении гендерного анализа было выявлено статистически значимое ($p<0,05$) повышение ЭТ-1 у женщин по сравнению с мужчинами. Наибольшая концентрация ЭТ-1 была выявлена в группе женщин в постменопаузе, что достоверно выше,чем у женщин до 50 лет ($p<0,001$) и у мужчин в 4-й

группе (p<0,01). При изучении взаимосвязи ЭТ-1 с уровнем АД у женщин было установлено наличие высокой степени корреляционной зависимости между уровнем ЭТ-1, как со среднесуточным значением САД (r=0,85, p<0,001), так и ПАД (r=0,84, p<0,001).При изучении гормонального статуса у женщин выявлено достоверное снижение уровня эстрадиола в период постменопаузы как у женщин с АГ, так и у практически здоровых женщин (p<0,001 и p<0,01 соответственно). Одновременно со снижением уровня эстрадиола у женщин в постменопаузе с АГ достоверно (p<0,001) повышается содержание альдостерона в крови. У здоровых женщин концентрация альдостерона меняется незначительно (p>0,05). Также, у здоровых женщин с увеличением возраста происходит снижение уровня пролактина в крови при снижении уровня эстрадиола. Однако у женщин с ЭАГ в постменопаузе, несмотря на снижение уровня эстрадиола, концентрация пролактина увеличивается (p<0,05). Нами проведен корреляционный анализ, в группе женщин в постменопаузе, установивший наличие достоверных обратных корреляционных связей между уровнем эстрадиола и ЭТ-1 (r=-0,67, p<0,001), эстрадиола и САД (r= –0,66; p <0,0001), эстрадиола и ПАД (r= –0,45, p <0,05). Прямая зависимость выявлена между уровнем ЭТ-1 с уровнем альдостерона (r=0,72,p<0,001) и пролактина (r=0,73, p <0,001).

Выводы. Полученные нами результаты свидетельствуют, что высокий уровень ЭТ-1 способствует возникновению АГ у женщин в постменопаузе, что свидетельствует о максимальной выраженности ЭД и преобладании вазоконстрикторных эффектов ЭТ-1 в периоде постменопаузы. Наибольшая концентрация ЭТ-1 выявлена у больных артериальной гипертонией в группе женщин в постменопаузе, уровень которого положительно коррелировал с среднесуточным значением систолического и пульсового артериального давления. Выявленные корреляционные связи подтверждают патогенетическую роль изменения гормонального статуса в прогрессировании эндотелиальной дисфункции, снижении эластичности артериальной стенки и повышения АД.

СОДЕРЖАНИЕ ЦИТОКИНОВ В ЖЕЛУДОЧНОМ СОКЕ У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Д.С. Акбиева – ассистент *86*

Кафедра госпитальной терапии №2

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России,, г. Махачкала, Россия

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

Введение. Одним из важных направлений современной иммунологии является изучение роли провоспалительных цитокинов в иммунном и воспалительном ответе, в том числе и при гастродуоденальной патологии.

Цель исследования: определить содержание провоспалительных цитокинов (IL-

1бета,TNF-альфа) в желудочном соке и провести его сравнительный анализ у больных в период обострения хронического гастрита и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

Материал и методы. Обследовано 106 больных (возраст – от 20 до 55 лет) с заболеваниями гастродуоденальной зоны: 54 – хеликобактерным (антральным) гастритом и 52 – язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, поступивших в гастроэнтерологическое отделение РКБ на 5-7–й день обострения заболевания. Диагнозы хронического гастрита и язвенной болезни устанавливали на основании анамнестических, клинических и лабораторно-инструментальных (эндоскопических и морфологических) методов исследования. Уровни провоспалительных цитокинов (IL-1бета, TNF-альфа) в тощаковой порции желудочного сока определяли методом иммуноферментного твердофазного анализа по общепринятой методике тест-системами фирмы «Вектор-Бест». Желудочный сок забирали натощак, до завтрака, не менее чем через 12 часов после последнего приема пищи, без применения стимуляторов.Контрольную группу составили 20 здоровых лиц (средние уровни провоспалительных цитокинов в желудочном соке у них составили:IL-1β – 24,8±1,6 пг/мл, TNF-α – 27,9±1,8 пг/мл).

Статистическую обработку результатов проводили на компьютере с помощью статистического пакета программы «Биостат» с вычислением значений средней арифметической (M), средней ошибки средней арифметической (м). Различия оценивали как достоверные при $P<0,05$.

Результаты. Средние уровни (пг/мл) провоспалительных цитокинов в желудочном соке IL-1β и TNF-α в период обострения больных с хроническим гастритом и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки значительно превышали показатели контрольной группы. У больных хроническим гастритом среднее значение IL-1β составило 62,6±2,2, TNF-α– 34,4±1,8 пг/мл, а у больных язвенной болезнью – соответственно 47,7±2,0 и 48,5±1,9пг/мл.

При обследовании больных после проведенного лечения (ингибиторы протонной помпы в сочетании с антибактериальными препаратами) отмечено существенное снижение уровня провоспалительных цитокинов в желудочном соке одновременно с положительной динамикой клинических и эндоскопических показателей в обеих группах. У больных хроническим гастритом среднее значение IL-1β составил 32,4±1,6, TNF-α – 30,6±1,2пг/мл, а у больных язвенной болезнью – соответственно 31,7±1,3 и 34,2±1,5пг/мл. Тенденция к нормализации показателей цитокинов в желудочном соке у больных свидетельствует, с одной стороны, об эффективности проводимой терапии, с другой стороны, о незаконченности воспалительного процесса в слизистой оболочке гастродуоденальной зоны.

Таким образом, результаты исследования показывают, что у больных хроническим гастритом в период обострения, по сравнению с больными язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, отмечается более высокий уровень цитокина IL-1β, а у больных

язвенной болезнью, наоборот, – более высокий уровень TNF-α. Повышение IL-1β, по всей видимости, отражает в большей степени активность воспалительного процесса, а TNF-α – глубину поражения слизистой оболочки. В то же время неполная нормализация уровней IL-1β и TNF-α после проведенного лечения свидетельствует о незаконченности воспалительного процесса в гастродуоденальной слизистой оболочке, что требует дополнительной терапевтической коррекции.

Вывод: у больных хроническим гастритом и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в период обострения имеет место повышение продукции провоспалительных цитокинов в тощаковой порции желудочного сока, что может быть связано с активностью воспалительных и деструктивных изменений в слизистой оболочке гастродуоденальной области. Повышение IL-1бета, по всей видимости, отражает в большей степени активность воспалительного процесса, а TNF-альфа – глубину поражения слизистой оболочки.

НОВЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ В ИЗУЧЕНИИ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

М.Г. Атаева – студентка 604 гр. лечебного факультета, А.С. Абасова *95*

Кафедра госпитальной терапии №2

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия

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

Актуальность. Изучению синдрома раздраженного кишечника (СРК) посвящено большое количество исследований, множество международных консенсусов и немало национальных рекомендаций, и тем не менее механизм его развития и суть особенностей клинического течения остаются не разгаданными. Исследователи относят СРК к функциональной патологии кишечника, и в МКБ-10 также значится как функциональное заболевание. Это связано с тем, что при гистологическом исследовании не выявляют морфологических изменений слизистой оболочки кишечника. Возможно, именно из-за отрицания наличия морфоструктурных изменений в слизистой оболочке кишечника мы имеем скромный терапевтический результат множества медикаментозных и немедикаментозных методов лечения, которые воздействуют на функциональное состояние кишечника, а также системно. И это свидетельствует об ограниченном подходе к терапии СРК, поскольку не учитывается морфологический субстрат поражения кишечника. Как известно, СРК является диагнозом исключения, при нем могут быть симптомы любой патологии кишечника, что тем более диктует необходимость поиска новых критериев изменений в слизистой оболочке толстой кишки на клеточном уровне и новых подходов в терапии этого заболевания.

Цель: изучить клинические аспекты, цитоморфологию и провести цитохимическое определение содержания аскорбиновой кислоты, сульфгидрильных групп, ШИК-

положительных веществ, липидов, сукцинатдегидрогеназы и цитохромоксидазы в клетках слизистой оболочки толстой кишки, мазках с биоптатов слизистой оболочки. Результаты подвергнуты статистической обработке: показатель значимости $P<0,05$.

Материалы и методы исследования. Морфологические, цитологические и цитохимические исследования мазка с биоптатов слизистой оболочки проведены у 84 больных (46 женщин, 38 мужчин) с синдромом раздраженной толстой кишки в период обострения; в анамнезе у 11 из них была дизентерия, у 24 – хронический гастрит с секреторной недостаточностью, у 5 – язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, у 8 – хронический дуоденит, у 18 – вирусные гепатиты А и В, у 10 – хронический каменный и бескаменный холецистит, и у 2 – без предшествующих заболеваний других органов. Контрольные исследования выполнены у 30 практически здоровых людей.

При анализе клинической картины СРК четко выявилось участие в генезе эмоциональных факторов; у 2/3 больных они констатированы перед началом заболевания. На тупые боли в животе (эпигастрии, подреберьях и подвздошных областях) жаловались все больные, боли иногда носили приступообразный характер различной продолжительности.

46 пациентов беспокоили ощущение полноты, тяжесть и вздутие живота, урчание и переливание в кишечнике, жидкий стул, чередование запоров с поносами, у 1/3 больных наблюдались запоры. Вздутие живота, урчание в кишечнике и жидкий стул обычно появлялись после нервно-психического напряжения или без явной причины. 57 больных, кроме основных, предъявляли так называемые внетолстокишечные жалобы: учащение сердцебиения, тяжесть в голове и головокружение, прерывистый сон, эмоциональная лабильность, которые появлялись или усиливались при обострении СРК.

У 38 (15,2%) больных наблюдался синдром неполного опорожнения кишечника, во время которого выделялся кашицеобразный стул с примесью слизи небольшими порциями 4-6 раз в день, чаще в утренние часы. Иногда при дефекации выделялись пенистые испражнения; при преобладании запоров наблюдался «овечий кал».

При объективном обследовании - болезненность по ходу всей толстой кишки или ее отделов, сегментарный спазм кишечника и урчание отмечались у всех больных, метеоризм выявлен у 13 обследованных.

При колоноскопии и ректороманоскопии были выявлены как спазм кишечника, затруднявший колоноскопию, так и слизь в просвете и на стенках толстой кишки, нечасто – незначительную гиперемию и усиление сосудистого рисунка. При рентгеноскопии наблюдалось неравномерное заполнение толстой кишки контрастным веществом из-за спазма последней и асимметричность гаустрального рисунка. Характерными изменениями были также множественные гаустральные складки, выступающие за контур кишки.

Вместе с тем известно, что наибольшее число ошибок в диагностике СРК приходится на

долю рентгеновского исследования, т.к. ирригоскопия относится к числу довольно нефизиологичных методов, которые у лиц с СРК вызывают неадекватные моторные реакции.

Цитоморфологические и цитохимические исследования в группе больных СРК и в контрольной группе обнаружили ряд основных изменений в слизистой оболочке толстой кишки.

Результаты исследования: Морфологическое изучение мазков с биоптатов слизистой оболочки толстой кишки не выявило существенных признаков поражения эпителиальных клеток, среди всех 84 мазков с биоптатов больных СРК наблюдалось значимое увеличение лимфатических элементов - количества молодых форм и плазмоцитов ($P<0,001$).

В лимфатических и эпителиальных клетках цитохимическое содержание аскорбиновой кислоты оказалось высоким; активность сукцинатдегидрогеназы было статистически значимо выше, чем в контрольной группе; содержаниеШИК-положительных веществ и сульфгидрильных групп было ниже контрольных показателей. В большинстве эпителиальных клеток реакция на цитохромоксидазу давала отрицательный результат, в остальных – в виде следов. Свободные липиды в эпителиальных и лимфатических клетках цитохимически не выявлены.

Таким образом, при СРК наблюдаются выраженные метаболические изменения в клетках кишечного эпителия и лимфоидной системы толстой кишки, а активация последней, по-видимому, носит неспецифический характер, близкий к таковому при иммунном воспалении.

Выводы. По результатам данного исследования и длительного наблюдения за больными с синдромом раздраженного кишечника следует отметить, что при этой патологии имеют место морфологические и метаболические изменения на уровне эпителиальных и железистых клеток слизистой оболочки и лимфоидного аппарата толстой кишки. Выявлена неспецифическая активация лимфоидной системы толстой кишки, а гистохимическое исследование показало значимое повышение содержания аскорбиновой кислоты и активности сукцинатдегидрогеназы и снижение содержания ШИК-положительных веществ и сульфгидрильных групп, чем в контрольной группе. Таким образом, подтверждается наличие морфоструктурных и гистохимических изменений в слизистой оболочке толстой кишки при синдроме раздраженного кишечника, наряду с функциональными изменениями. То есть возникает необходимость пересмотра как названия и патогенетической основы данного заболевания, так и тактики лечения больных. Выбор схемы лечения больных с СРК должен зависеть от клинического варианта, особенностей течения, внекишечных проявлений и, теперь уже, от степени морфологических и гистохимических изменений в слизистой оболочке кишечника. С учетом этого терапия, по возможности, должна быть приближенной к персонализированному варианту для получения положительного и стойкого результата.

ОЦЕНКА ИНФОРМИРОВАННОСТИ ВРАЧЕЙ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ПО ВОПРОСАМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Ш.Г. Мужаитова – студентка 543 гр. лечебного факультета,
К.А. Магомедова –ассистент *93*
Кафедра факультетской терапии
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия
Научный руководитель – д.м.н., проф. А.А. Гусейнов

Актуальность: вопросы диагностики и лечения бронхиальной астмы (БА) остаются нерешенной и сложной проблемой до настоящего времени. Как известно, первыми сталкиваются с пациентами подобного профиля врачи первичного звена – участковые врачи – терапевты, «узкие» специалисты.

Целью работыявляласьоценказнаний и возможности применения врачами первичного звена современных требований диагностики и лечения БА.

Материал и методы. Нами была проведеноанонимное анкетирование в поликлиниках гг. Махачкалы и Буйнакска. Предлагалось ответить на следующие вопросы: 1) какие методы диагностики вы использовали бы для постановки диагноза БА, 2) какие методы диагностики вы используете в реальной практике, 3) какие препараты вы использовали бы для лечения БА, 4) какие препараты вы реально назначаете.

Результаты исследования. Были получены следующие результаты: ответы на вопрос №1 и №2 (в скобках): спирометрия - 100% (100%), пикфлуометрия - 33,3% (25,9%), рентгенография грудной клетки - 81,8% (81,8%), бронходилатационная проба - 51,9% (44,4%), тест по контролю над астмой (АСТ) - 7,4% (0%), определение общего IgE в сыворотке - 70,4% (70,4%), общие анализы крови и мокроты - 88,9% (88,9%). Ответы на №3 и №4: беродуал - 70,4% (74,1%), серетид - 77,8% (74,1%), симбикорд - 62,9% (66,7%), эуфиллин - 29,6% (29,6%), сальбутамол - 25,9% (25,9%), беротек - 48,2% (48,2%), теуфеллин - 14,8% (14,8%), преднизолон - 37% (37%), дексаметазон - 51,9% (51,9%), муколитики - 55,6% (55,6%), антибиотики 11,1% (11,1%).

Выводы: врачами первичного звена явно недооцениваются такие простые и достаточно информативные дополнительные методы диагностики как: пикфлуометрия; проведение бронходилатационной пробы, которая является обязательной для оценки функции внешнего дыхания; АСТ. Необоснованно высокое назначение системных глюкокортикостероидов и, наоборот, чрезмерное назначение муколитиков, входящих в число препаратов первой линии для лечения бронхообструкциипри БА.

ОСОБЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА (ЛЖ) НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ КАРВЕДИГАММОЙ, МЕРТЕНИЛОМ И ЛИЗИНОПРИЛОМ В СОЧЕТАНИИ С ПРИЕМОМ КЛОПИДОГРЕЛЯ

П. А. Газиева, А. Н. Каллаева[91]

Кафедра поликлинической терапии, кардиологии и общеврачебной практики

ФПК и ППС ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия

Цель: изучить влияние клопидогреля на ишемическое ремоделирование левого желудочка (ЛЖ) и эффективность лечения карведигаммой, мертенилом и лизиноприлом у пациентов стенокардией покоя IIБ и IIIБ классов(по C.W Humm и E. Braunwald).

Методы исследования. Динамику эхокардиографических (ЭХОКГ) показателей в течении трех месяцев наблюдали у 39 больных, которым в составе комплексной терапии назначались бисопролол с аспирином (100-200 мг) (1 группа). 30 пациентов лечившихся карведигаммой, мертенилом в сочетании с плавиксом (75-150 мг) и лизиноприлом (5-10 мг) (2 группа). Контрольную группу составляли 40 пациентов получавших традиционную терапию по месту жительства. Исследование проводилось после выписки из стационара через один месяц и после трех месяцев: ЭХОКГ, суточное мониторирование ЭКГ, ЭКГ в 12 стандартных отведениях.

Результаты. У пациентов 1 группы происходило уменьшение частоты выявления локальной гипокинезии, однако через 3 месяца изменения были схожими с пациентами контрольной группы, т.е. выявлялись ЭХОКГ критерии продолжающегося процесса ишемического ремоделирования ЛЖ. У пациентов 2 группы локальная гипокинезия стенки ЛЖ претерпевала значительную положительную динамику, которая была заметна уже через 1 месяц на фоне проводимой комплексной терапии. Через 3 месяца лечения число больных, у которых выявлялась локальная гипокинезия ЛЖ, составила 29,5%, у пациентов контрольной группы 51,7%.

Выводы: 1. Пациентам, перенесшим подострую и острую форму стенокардии покоя, включение в состав комплексной терапии длительного приема клопидогреля и иАПФ (лизиноприл) сопровождается стабилизацией процесса ишемического ремоделирования ЛЖ. 2. При назначении пациентам, перенесшим тяжелые формы стенокардии покоя комплексного лечения, целесообразно в течении первые 3-6 месяцев применения в качестве антитромбоцитарного средства клопидогреля (75-150 мг) и иАПФ для замедления процессов ишемического ремоделирования ЛЖ.

ВЛИЯНИЕ ДИСТАНЦИОННОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ НА ИСХОД ИНФАРКТА МИОКАРДА

Б. С. Абдуллаева *68*

Кафедра внутренних болезней педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия

Научный руководитель – д.м.н., проф. С.Ш. Ахмедханов

Актуальность. По данным Всемирной Организации здравоохранения в результате ишемической болезни сердца ежегодно человечество теряет 2,5 млн. жителей, причём более 1/3 из них приходится на лиц трудоспособного возраста. Инфаркт миокарда представляет большую угрозу жизни и здоровью. После открытия новых ишемических синдромов: «оглушенности», гибернации и метаболической адаптации («прекондиционирования») миокарда, ишемия миокарда рассматривается как более сложное клиническое состояние, требующее коренного пересмотра и дополнения лечебных подходов (Sigg D.,2002). Эти нарушения могут сохраняться в течение длительного времени и после нормализации кровотока проявляются повышением конечно-диастолического давления в левом желудочке, нарушением подвижности стенок левого желудочка, увеличением ригидности его стенок, т.е. нарушением функционального состояния миокарда (Gho B.,1996; Okamura T.,1999).

Цель: изучить эффективность дистанционного ишемического прекондиционирования миокарда в комплексном лечении больных инфарктом миокарда (ДИПМ).

Материалы и методы. Материалом исследования служат данные обследования больных инфарктом миокарда (ИМ). Основную группу составили 10 пациентов с инфарктом миокарда которым дистанционное ишемическое кондиционирование индуцировалось ежедневно в течение всего периода пребывания больного в стационаре путем раздувания манжеты кровяного давления на 25 мм рт. ст. выше систолического артериального давления на верхних конечностях четырьмя сериями по пять минут ишемии и пять минут реперфузии. Общее количество повторений в одной процедуре 4: 20 минут - пережатие и 20 минут - отдых (всего 40 минут в день). В течение недели ежедневно по 2 процедуры, в неделю 6 процедур. Всего курс лечения 4 недели (960 мин). Контрольную группу составили 10 пациентов с инфарктом миокарда без проведения ишемического кондиционирования и посткондиционирования. Все больные получили стандартную терапию ИМ, которая включает: антикоагулянты, бета-адреноблокаторы, нитраты, ингибиторы АПФ, антиагреганты, статины. В течение всего курса лечения методикой ишемического кондиционирования медикаментозная терапия оставалась неизменной, кроме доз нитроглицерина. Пациентам в группе сравнения (контрольная группа) исследования проводились в те же временные интервалы, что и пациентам основной группы.

Результаты исследования. К концу четвертой недели наблюдали благоприятное действие ДИПМ. Контролируемыми параметрами явились - частота приступов постинфарктной стенокардии, качество жизни (КЖ) и количество используемого нитроглицерина. КЖ определялось на основании данных опросника, основными позициями которого были - физическая активность, ограничение работоспособности из-за заболевания, наличие болей, социальная адаптация, эмоциональный статус. Через 1 месяц было продемонстрировано достоверное улучшение КЖ пациентов из основной группы по всем параметрам, в то время как у пациентов из группы контроля отмечалось лишь увеличение толерантности к физической нагрузке и ухудшение остальных параметров. Выявлено, что после проведения курса ДИПМ эффект сохраняется по меньшей мере 12 месяцев. Повторная коронарография, выполненная через четыре недели, показала увеличение васкуляризации у 5 пациентов, недостоверное улучшение - у 4 и отсутствие изменений - у 1 пациента.

Выводы:

1. Кратковременные повторные эпизоды ишемии миокарда с периодами реперфузии существенно повышают его устойчивость к последующей, значительно более выраженной (летальной) ишемии, ограничивая при этом зону экспериментального ИМ.

2. Кратковременные коронарные окклюзии способствуют снижению выраженности последующей ишемии, улучшают сократительную функцию миокарда и уменьшают злокачественные желудочковые нарушения ритма, уменьшается размер зоны некроза, улучшаются показатели госпитальной летальности, уменьшается частота развития острой левожелудочковой недостаточности, кардиогенного шока при последующей ишемии.

3. При проведении ДИПМ изменение разности давления способствуют изменению диаметра и архитектоники всего сосудистого дерева**,** происходит временное повышение выше места компрессии, как общего, так и местного внутриартериального давления, что и является одним из важных механизмов улучшения коллатерального кровообращения в сердечной мышце.

РОЛЬ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ В ВОЗНИКНОВЕНИИ РЕАКТИВНЫХ АРТРИТОВ

З.М. Саидова – ассистент 80

Кафедра внутренних болезней педиатрического, стоматологического

и медико-профилактического факультетов

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия

Научный руководитель – д.м.н., проф. С.Ш. Ахмедханов

Актуальность. За последние 30 лет термин реактивный артрит занял прочное место

среди ревматических заболеваний и широко используется для обозначения тех артритов, которые тесно связаны с определенным инфекционным процессом, однако самого инфекционного агента при этом не удается обнаружить в суставной полости (Э.Р. Агабабова.,1991;С.В.Абакаров и соавт.,1998.,Т.С.Солиев и соавт.,1999;N..J.Zfailer.1995,)По данным ВОЗ хламидиоз занимает одно из ведущих мест среди ИПП.Исследования проведенные в РД также указывают на высокую частоту этой инфекции. У женщин репродуктивного возраста хламидиоз составляет 40,5% от общего числа ИПП(Джалилова А.Н.,2003).По результатам исследования проведенного в урологическом центре "Медистим"(Махачкала),частота обнаружения хламидий методом РИФ у больных с урогенитальной патологией(564 чел.)составила 41,9%(Саидов М.С., Джамалудинов З.М., Гусниев Н.М.,1994).

В связи с вышеизложенным, **целью** нашего исследования было изучение частоты реактивных артритов у лиц с урогенитальным хламидиозом.

Материалы и методы: Был проведен анализ амбулаторных карт 150 больных с урогенитальным хламидиозом. Обследование этих больных проводилось с помощью прямого иммунофлюоресцентного метода (РИФ), иммуноферментного метода (ИФМ) и полимеразноцепной реакции (ПЦР). Для исключения ложноположительного или ложноотрицательного результатов диагноз урогенитального хламидиоза устанавливался на основании положительных результатов в двух и более тестах.

Результаты. Полученные результаты показали, что 15 **(**10,0%) из обследованных больных предъявляли жалобы на боли в суставах (одного или нескольких). 6 из 15 больных были обследованы в терапевтических стационарах и им был установлен диагноз - "реактивный артрит (или полиартрит) хламидийной этиологии", а двум больным «синдром Рейтера». Остальные больные (7 чел.) страдающие заболеваниями суставов обследованы в амбулаторных условиях и выявлена хламидийная инфекция методом ПЦР диагностики.

Вывод. Полученные результаты свидетельствуют о достаточной высокой частоте реактивных артритов хламидийной этиологии, что предполагает необходимость обследования больных с указанной патологией на хламидиоз.

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ В ТЕЧЕНИИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

Е. Д. Бойко - студент 1431 гр. лечебного факультета,
М.А. Андала - студент 1429 гр. лечебного факультета *93*
Кафедра пропедевтики внутренних болезней УО БГМУ, г. Минск, Республика Беларусь
Научные руководители - д м. н., проф. И.И. Гончарик, к. м. н, доц. К.Н. Грищенко

Актуальность. Патология сердечно-сосудистой системы является ведущей в структуре смертности населения развитых стран мира. Подавляющее число случаев смерти вызваны

такими сердечно-сосудистыми заболеваниями, как инфаркт головного мозга (2,5 млн. смертей в год) и ишемическая болезнь сердца (2,3 млн. смертей в год) [1]. Несмотря на то, что изучению данной патологии уделяется значительное внимание и проводится существенное количество исследований, нет достоверных данных о гендерных различиях в течении острого коронарного синдрома (ОКС), в том числе национальных.

Цель. Исследовать особенности течения ОКС у пациентов разного пола в условиях кардиологического отделения стационара.

Материалы и методы исследования. Выполнено проспективное исследование более ста пациентов разного пола и возраста, включающее в себя сбор жалоб, анамнеза, физикальное исследование, самостоятельный анализ их историй болезней, проходивших стационарное лечение в инфарктном отделении УЗ «1-ая городская клиническая больница» г. Минска.

Результаты исследования. Возраст пациенток исследуемой группы (n=50) был от 53 до 88 лет, средний возраст 75 лет; возраст мужчин (n=51) – от 43 до 90 лет, средний возраст 69,4 года.

Дебют сердечно-сосудистых заболеваний у женщин наблюдается в среднем в 54 года, у мужчин же на порядок раньше – в 47 лет.

При анализе индекса массы тела были выявлены некоторые особенности: нормальную массу тела имеют треть пациентов мужского пола (33%) и лишь 14% - женского. Больше всего пациентов имеют избыточную массу тела – 41% мужчин и 42% женщин. Первая и вторая степени ожирения имеют место быть у 26% мужчин и 36% женщин. Важно отметить, что среди женщин встречается четвертая степень ожирения (у 8% пациенток). Это подтверждает тот факт, что у женщин чаще и в большей степени выражены нарушения обмена веществ. Также эту особенность доказывает то, что у 34% женщин нарушен углеводный и у 34% липидный обмен. У мужчин показатели ниже: 29,4% имеют нарушения обмена углеводов и 21,7% - дислипопротеинемии.

Важной для диагностики особенностью течения ОКС является безболевая форма ишемии миокарда у 14% женщин (у мужчин 5,9%). Это может быть связано с нарушением чувствительности внутримиокардиальных нервных окончаний вследствие нейропатии, развивающейся по разным причинам (вследствие сахарного диабета, токсического действия некоторых цитостатиков, перенесенного ИМ), когда поражаются симпатические нервные волокна, являющиеся основным путем передачи болевой импульсации.

Наличие инфарктов и инсультов в анамнезе относится к критерию высокого непосредственного риска смерти. Так, около половины мужчин и женщин ранее перенесли ИМ, однако у женщин чаще встречаются 2 и более эпизода ишемии миокарда – у 62,5% пациенток (у мужчин вдвое меньше – 30,4%), так же как и наличие ОНМК (12% у женщин и 7,8% у мужчин).

Также были проанализированы гендерные особенности сопутствующих патологий. Исходя из полученных данных, можно отметить, что сахарным диабетом 2 типа страдают больше женщин (44%), однако, у мужчин это также частое заболевание (29,4%). Патология желудочно-кишечного тракта является ведущей как у женщин (48%), так и у мужчин (29,4%). У женщин важным фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний является нарушения функции щитовидной железы, которые встречаются у 16% пациенток, когда мужчины не страдают данной патологией. Патология почек и дыхательной системы в равной мере наблюдается у мужчин и женщин.

По индексу коморбидности Чарлсона – бальная система оценки отдаленного прогноза смертности – также не наблюдается гендерных различий: 2,29 у женщин и 2,16 у мужчин, что является средним значением показателя.

Оценивая наличие пороков клапанов сердца у пациентов кардиологического отделения, выяснилось, что у мужчин чаще встречаются пороки (у 23,4%), преобладают комбинированные поражения двух клапанов. У женщин пороки клапанов сердца встречаются реже (у 20%) и чаще это недостаточность клапана.

Изучение структуры аритмий так же может быть важным, так как аритмия любого характера является серьёзным осложнением ишемии миокарда. Иногда они могут быть первым и единственным проявлением заболевания, особенно при повторных инфарктах миокарда. У большей части больных (63% как у мужчин, так и у женщин) были выявлены комбинированные нарушения ритма (экстрасистолы, трепетание и фибрилляция предсердий и желудочков). У женщин почти одинаково часто имеет место нарушение возбуждения и нарушение проведения, 16,7% и 20% соответственно, когда у мужчин преобладают блокады (нарушение проведения) – у 33,3%, а нарушения возбуждения встречаются не часто у 3,7%.

Сравнительный анализ медикаментозной терапии у мужчин и женщин показал, что как у женщин, так и у мужчин, лидерами являются В-адреноблокаторы (45% и 39,2% соответственно), ингибиторы АПФ (32,7% и 41,2%) и антиагреганты (35,5 % и 37,3%). Следует отметить, что органические нитраты чаще используют мужчины – 13,7% (среди женщин лишь 3,9%), возможно из-за более частых ангинозных болей.

Выводы. Таким образом, полученные в результате исследования данные позволяют утверждать, что существуют гендерные различия в развитии и течении ОКС:

1. Средний возраст дебюта сердечно-сосудистой патологии у пациентов мужского пола значительно ниже, чем у женского.
2. Одними из ведущих факторов риска среди пациентов женского пола является нарушение обмена веществ, когда среди мужчин – характер образа жизни, низкая приверженность медикаментозной терапии.

3. У женщин чаще наблюдается безболевое течение острого коронарного синдрома, чем у мужчин.

4. Среди пациентов как мужского, так и женского пола ведущим среди сопутствующих заболеваний является сахарный диабет 2 типа.

5. Патология щитовидной железы преимущественно характерна для пациентов женского пола.

6. Как у мужчин, так и у женщин в структуре аритмий преобладают комбинированные нарушения ритма.

7. Были выявлены различия в выборе схемы медикаментозного лечения пациентов мужского и женского пола. У женщин лидерами медикаментозной терапии являются b-АБ, у мужчин – ИАПФ.

Литература:

1.http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/deaths-attributable-to-unhealthy-environments/ru/

2.О.С. Донирова, Б.А. Дониров. Гендерные различия в течении острого коронарного синдрома. - Бюллетень ВСНЦ СО РАМН, 2015.

3.И.С. Андреева. Гендерные различия у больных ОКС. - Вестник современной медицины. Чебоксары. 2010 г.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА С ПОВЫШЕННЫМ УРОВНЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

А. Ю. Кравченко, П.Г. Зыбайло – студенты 1428 гр. лечебного факультета 87

Кафедра пропедевтики внутренних болезней УО БГМУ, г. Минск, Республика Беларусь

Научный руководитель – к.м.н., доц. И. М. Змачинская

Актуальность. Вариабельность сердечного ритма (ВСР) – важная область в кардиологии, в настоящее время малоиспользуемая практикующими врачами. Анализ ВСР является методом оценки механизмов регуляции физиологических функций организма: нейрогуморальной регуляции сердца, соотношения между симпатическим (СНС) и парасимпатическим отделами вегетативной нервной системы.Взаимодействие СНС, ПНС, гуморальных и рефлекторных влияний обеспечивает координирующую функцию в плане адаптации к изменяющимся условиям внутренней и внешней среды.1

Отклонения, возникающие в регулирующих системах, предшествуют гемодинамическим, метаболическим, энергетическим нарушениям и являются наиболее ранними прогностическими признаками неблагополучия обследуемого. Сердечный ритм

служит индикатором этих отклонений, а потому исследование ВСР имеет важное прогностическое и диагностическое значение.23

В настоящее время все системы холтеровскогомониторирования ЭКГ как отечественного, так и импортного производства проводят анализ ВСР, однако это редко используется врачами. Поэтому хотелось бы оценить взаимосвязь ВСР и факторов риска сердечно-сосудистой патологии у лиц призывного возраста с повышенным уровнем артериального давления.

Цель исследования.Определить влияние на ритм сердца факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у лиц призывного возраста.

Материалы и методы исследования.Исследование проведено среди 55 лиц мужского пола в возрасте от 19 до 26 лет на базе кардиологического отделения 5 ГКБ г. Минска (25 человек) и ЦРБ г. Солигорска (30 человек), направленных на обследование по линии РВК.

Анализировались факторы риска: распространенность курения, ИМТ, липидный спектр. Вариабельность сердечного ритма анализировалась по данным холтеровскогомониторирования.

Результаты исследования.Все пациенты (55 человек) были разделены на две группы – с артериальной гипертензией (АГ) и нейроциркуляторной астенией(НЦА). ***Таблица 1.***Распределение пациентов по группам с учетом возраста, стажа заболевания.

	АГ	**НЦА**
Количество человек (% от всех)	44 (80%)	11 (20%)
Стаж болезни (год)	1-12	1-5

Оценивались следующие показатели ВСР:ЧСС (частота сердечных сокращений), **RRNN**(математическое ожидание (M)), **SDNN**(среднее квадратическое отклонение, мс), **RMSSD**(среднеквадратичное различие между длительностью соседних R-R интервалов, мс), **pNN50** (доля соседних синусовых интервалов R-R, которые различаются более чем на 50 мс, %), **Lf/Hf**(отношение величины Lf к величине Hf).

Среди показателей спектрального анализа оценивалась мощность высокочастотного диапазона спектра ВСР, соотношение Lf/Hf. Согласно международным стандартам для анализа были взяты только записи, источником ритма в которых является синусовый узел.

Корреляционная зависимость была высчитана в программе «STATISTICA 10» и составила **0,78.**

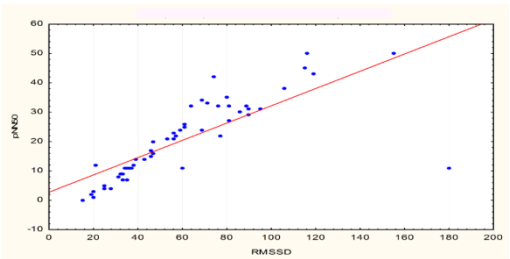


Рисунок 1 – Корреляционная зависимость между RMSSD и pNN50.

Вегетативный статус пациентов. HF (s – волны) — дыхательные волны или быстрые волны, отражают процессы дыхания и другие виды парасимпатической активности;**LF** (m – волны) — медленные волны, связаны с симпатической активностью (в первую очередь вазомоторного центра).Величина показателя **Lf/Hf**отражает преобладание симпатической (СНС) или парасимпатической (ПНС) нервной системы. Если показатель >1, то повышен тонус СНС, если <1 – преобладает тонус ПНС.

Таблица 2. Распределение пациентов по преобладанию вегетативной нервной системы.

АГ (n = 44 человека)		**НЦА (n = 11 человек)**	
СНС	**ПНС**	**СНС**	**ПНС**
26 человек (59%)	18 человек (41%)	0	11 (100%)

Из таблицы 2 следует, что при АГ преобладает СНС, в то время как у 100% пациентов с НЦА было отмечено преобладание ПНС.

Влияние факторов риска сердечно-сосудистой системы на вегетативный статус. Табакокурение.Количество курящих при АГ составило 19 человек (43% от общего количества), при НЦА - 3 человека (27% от общего количества).

Таблица 3. Распределение пациентов по наличию у них вредной привычки табакокурения.

АГ		**НЦА**	
СНС (n = 26)	**ПНС (n = 18)**	**СНС (n = 0)**	**ПНС (n = 11)**
9 человек (35%)	10 человек (56%)	0	3 человека (27%)

Из представленных данных следует, что табакокурение чаще распространено среди пациентов с АГ, в свою очередь при АГ, чаще встречаются пациенты с преобладанием ПНС.

Оценка индекса массы тела (ИМТ).Повышенный ИМТ в группе с АГ отмечен у 32 пациентов (72% от общего количества), у НЦА – у 3-х человек(27% от общего количества).

Таблица 4.Распределение пациентов с повышенным ИМТ в анализируемых группах.

АГ		**НЦА**	
СНС (n = 26)	**ПНС (n = 18)**	**СНС (n = 0)**	**ПНС (n = 11)**
16 человек (62%)	16 человек (89%)	0	3 человека (27%)

Из представленной таблицы следует, что чаще при АГ встречается повышенный ИМТ у лиц с преобладанием ПНС по сравнению с группой при НЦА.

Повышенный уровень холестерина.

Таблица 5. Повышение уровня холестерина в анализируемых группах.

АГ		НЦА	
СНС (n = 26)	**ПНС (n = 18)**	**СНС (n = 0)**	**ПНС (n = 11)**
0	4 человека (15%)	0	2 человека (18%)

Повышенный уровень холестерина отмечен приблизительно в одинаковом количестве случаев как при АГ (15% случаев), так и при НЦА (18% случаев).

Уровень риска развития АГ, ассоциированный с курением, повышенным ИМТ и гиперхолестеринемией.При сочетанном влиянии всех 3-х факторов уровень риска увеличивается в 16 раз.

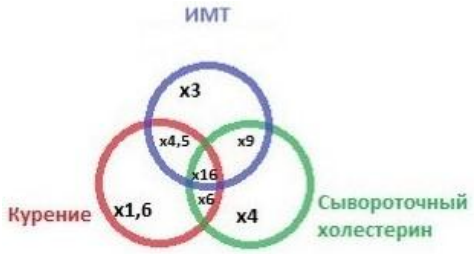


Рисунок 2– Сочетанное влияние факторов риска.

Выводы:

1)Особенности вегетативного статуса человека не являются болезнью, но при определенных условиях могут реализоваться в различные патологические состояния и заболевания (АГ, НЦА).

2)При наличии факторов риска (табакокурение, повышенный ИМТ, повышенный уровень холестерина в крови) отмечен более высокий риск перехода НЦА в АГ у лиц с преобладанием ПНС.

3)При сочетанном воздействии факторов риска (табакокурение, повышенный ИМТ, повышенный уровень холестерина в крови) у пациентов с преобладанием ПНС риск трансформации НЦА в АГ возрастает в 16 раз.

4)Лица молодого возраста, имеющие дисбаланс ВНС (преобладание ПНС) составляют соответствующие группы риска развития АГ и требуют наблюдения.

ИНФАРКТ МИОКАРДА В СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ: КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И МАРКЕРЫ ПОВРЕЖДЕНИЯ МИОКАРДА

Ч.Н. Шарапудинова, М. Мирзамагомедов - студенты лечебного факультета,
Н.И. Джанбулатова, Ш.Г. Исаев - молодые ученые 88
Кафедра геронтологии и гериатрии ФПК и ППС
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия
Научный руководитель - д.м.н. К.М. Алиева-Хархарова

Актуальность. У больных пожилого и старческого возраста острый коронарный синдром

(ОКС) и инфаркт миокарда (ИМ) часто протекают атипично, на фоне полиморбидности, что приводит к более тяжелому течению ИМ и увеличению летальности. Для подтверждения диагноза ИМ исследуют показатели неспецифических изменений тканевого некроза и воспалительной реакции, ЭКГ, ЭхоКГ, кардиоспецифические ферменты. **Кардиоспецифический маркер - сердечный белок, связывающий жирные кислоты (сБСЖК**), содержится в кардиомиоцитах. Уровень БСЖК диагностически значимо повышается в крови через 1-2 ч после возникновения повреждения миокарда, достигает максимальных значений через 6-8 ч и возвращается к нормальным значениям через 12-24ч. При высокой концентрации БСЖК положительный результат регистрируется уже через 3-5 мин. после внесения образца крови. **Тропонины** в норме не попадают в системный кровоток, хотя при ряде заболеваний и состояний (ТЭЛА и др.) вероятна транзиторная «утечка» цитозольных тропонинов. Максимальная концентрация тропонина Т в крови наблюдается через 12-96 часов после начала инфаркта. **Миоглобин** - белок скелетных мышц и миокарда, выделяющийся при повреждении и гибели кардиомиоцита, достигает пика к 4-му часу и исчезает между 12 и 36 ч. от начала заболевания. Наибольшее диагностическое значение имеет отсутствие в крови миоглобина между 3-м и 6-м ч от начала заболевания, что позволяет исключить «свежий» некроз миокарда. МВ-**КФК** - его концентрация повышается через 6-8 ч после начала ангинозного приступа, достигает максимума через 12-24 ч, к 60-му часу возвращается к исходному уровню.

Цель исследования – улучшить эффективность ранней диагностики ИМ у лиц пожилого и старческого возраста для своевременного оказания специализированной медицинской помощи на госпитальном этапе лечения.

Материалы и методы исследования. Обследованы 56 больных, находившихся на стационарном лечении в Республиканского госпитале ветеранов РМЦ. Средний возраст пациентов-69,3±3,4г. Из них 37(66%) мужчин и 19(34%) женщин. Диагноз ИМ ставился при наличии болевого синдрома, ЭКГ-данных (подъём сегмента ST, патологический зубец Q) и повышения кардиоспецифических маркёров.39 пациентов предъявляли жалобы на боли давящего, сжимающего характера за грудиной. Типичная клиника ИМ наблюдалась у 69,6%. Одышка инспираторного характера, удушье - у 10 больных (17,8%);головная боль, головокружение - у 7 пациентов (12,5%). По результатам ЭКГ у 42 пациентов (86%) *б*ыла определена локализация ИМ, у остальных по ЭКГ некроз миокарда не верифицирован. Коморбидный фон: ХОБЛ в стадии обострения, артериальная гипертония, сахарный диабет, инфекции мочевых путей, анемия, пролежни - у 44 больных (79%).

Всем пациентам с подозрением на ИМ проводили общий анализ крови (в 1-е, 3-е, 7-е сут.). В типичных случаях ранняя диагностика проводилась на основе клинической картины и интерпретации ЭКГ. Однако значительное число больных попадают в «серую зону», когда

клиника не позволяет исключить развитие некроза, но степень достоверности диагноза невысока. Эти больные для подтверждения диагноза нуждаются в исследовании маркеров некроза миокарда.

Согласно международным рекомендациям, для диагностики ИМ мы проводили серийные измерения кардиоспецифических маркеров при поступлении, через 3, 6, 12 и 24 ч от момента первого взятия крови.

Результаты исследования. У лиц пожилого и старческого возраста типичная клиника ИМ наблюдалась у 69,6%, астматический вариант у 10 больных (17,8%), церебральная форма 7 пациентов (12,5%). По результатам ЭКГ у 42 пациентов (86%) было возможно определить локализацию инфаркта. У 14 пациентов - на фоне рубцовых изменений, отсутствия подъема ST или недостаточных для постановки диагноза критериев изменений ST; на фоне блокад ножек пучка Гиса; наличия хронической аневризмы левого желудочка и отсутствие предшествующих ЭКГ для сравнения - не представлялось возможным достоверно подтвердить с помощью ЭКГ диагноз ИМ. Основные клинико-лабораторные признаки - повышение температуры тела до субфебрильных цифр, лейкоцитоз со сдвигом влево за счёт палочкоядерных нейтрофилов; ускорение СОЭ в динамике - на фоне клиники ИМ, коррелировали у 15 пациентов (27%). У остальных больных вследствие коморбидности (обострение ХОБЛ, пиелонефрита, инфекции мочевых путей, наличия эпицистостомы с инфицированием, сахарного диабета, анемии, пролежней) оценить динамику проявлений неспецифической реактивности организма в ответ на повреждение миокарда не представлялось возможным. Всем больным проводилось определение БСЖК с помощью теста «КардиоБСЖК». Среднее время постановки теста от начала болевого синдрома составило 300 мин. Диагноз ИМ подтверждался на основании суммарного анализа лабораторных показателей: тропонины 1 и Т, серия КФК-МВ, динамики ЭКГ, ЭхоКГ. В первые 3 ч от момента ангинозных болей тест «КардиоБСЖК» был положительный у 54(96%) больных с ИМ. Из 14 пациентов с неверифицированным на ЭКГ ИМ, у 13 (93%) больных тест «КардиоБСЖК» был положительный в первые 3 часа. У 15(89%) пациентов из 17 с атипичным течением ИМ тест «КардиоБСЖК» был положительным в первые 3 часа. Через 24 часа тест «КардиоБСЖК» давал положительный результат только у 12% больных.

Исследование тропонинов проводилось при обследовании пациентов как в ранние, так и в поздние сроки после появления клинической симптоматики. При этом учитывалась разница концентраций тропонинов между измерениями, которая должна составить не менее 20% при исходно увеличенном уровне тропонина и 50% , при исходно не определяемом. Тест на тропонины был положительным в первые 3 часа у 15%, а через 24 часа у 96% пациентов. Тест на миоглобин в первые 3 ч. от начала ангинозных болей был положительный у 90% больных ИМ. Из 14 пациентов, которым не удалось верифицировать ИМ на ЭКГ, в 12 случаях (86%)

тест на миоглобин был положительным в первые 3 часа. У 13(77%) пациентов из 17 с атипичным течением ИМ тест на миоглобин был положительным в первые 3 часа. Через 24 ч. тест на миоглобин давал положительный результат лишь в 9 % случаев. Если исследование проводится в течение 3-6 часов от начала ИМ, то тесты «КардиоБСЖК» и миоглобин имеют сопоставимые цифры чувствительности.

Показатели МВ-КФК были повышены в первые 3 часа в 18%, а через 24 часа - в 94% случаев. При проведении теста через 6-12 ч. от начала ангинозных болей максимальной чувствительностью обладают тропонины Т, I и МВ-КФК. Анализ результатов всей группы выявил, что при поступлении тест на БСЖК был положителен в 96% случаев, тогда как тест на тропонины Т и 1 - в 15%. Через 24 ч, наоборот, тест на тропонин был положительным в 95% случаев, тест на БСЖК - в 12%. Таким образом, применение экспресс-теста «КардиоБСЖК» именно в первые 2-6 ч. от начала ангинозных болей превосходит по точности определения зоны некроза сердечные тропонины Т и 1.

Выводы. У лиц пожилого и старческого возраста чаще развиваются безболевые и атипичные формы заболевания: астматический, аритмический, церебральный, абдоминальный и другие варианты течения инфаркта миокарда. ИМ у пожилых часто сочетается с артериальной гипертонией, ХОБЛ, сахарным диабетом, цереброваскулярной патологией. Оценка маркеров повреждения миокарда позволяет диагностировать ИМ в максимально ранние сроки как при классической клинической картине, так и при атипичных и безболевых вариантах течения, что позволяет оказать своевременную квалифицированную помощь, снизить летальность.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ В СТАЦИОНАРАХ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

С.М. Абдурахманова - студентка 602 группы лечебного факультета,
К. А. Магомедова – ассистент *87*
Кафедра факультетской терапии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия

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

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

Целью нашего исследования являлось оценка эффективности диагностики и лечения ВПи их соответствия современным рекомендациям в стационарах РД[3].

Материалы и методы. Нами проведен ретроспективный анализ 107 историй болезней (ИБ) за 2016-2017 г.г. в стационарах Махачкалы, Кизилюрта и Кизилюртовского района.

Результаты. Выявлено, что из обязательных диагностических процедур:

- бактериологическое исследование проведено всего у 22-х больных (20,5%),при этом высеялась следующая флора:1. Staphylococcus spp. - 27,2%, 2. Staphylococcus haemolyticus - 13,6%, 3. Staphylococcus epydermidis - 4,5%, 4. Staphylococcusaureus – 4,5%, 5. Дрож.гр. Candida – 50%, 6. Klebsiella – 22,7% , 7. Escherichiacoli – 4,5%, 8. Haemophilusinfluenzae – 4,5%, 9. Moraxellacatarrhalis – 4,5% , 10. Streptococcuspneumonia – 9%, 11. Streptococcusspp. – 9%;

- рентгенографиялегких вдвухпроекциях – у55-тибольных (51,4%) (в 23-хслучаяхпроведенакомпьютернаятомография (21,4%)),

- функциявнешнего дыхания исследована всего у 9-ти больных (8,4%),

Антибактериальная терапия в 79% случаев проводилась эмпирически. Назначались следующие антибактериальные препараты (АБП):цефотаксим -21% (23 чел.), циплокс – 27% (29 чел.), ванкомицин- 3,7% (4 чел.),амикацин -18% (20 чел.),цефазолин -23% (25 чел.),цефтриаксон – 25% (27 чел.),амписид – 5,6% (6 чел.), оксамп- 5,6% (6 чел.) Согласно современным клиническим рекомендациям [4,5].общепризнанными в лечении ВП являются три класса АБП: в-лактамы (аминопенициллины, цефалоспорины) макролиды и респираторные фторхинолоны. В связи с проблемой антибиотикорезистентности препаратами выбора считаются 16-членные макролиды (джозамицин), амоксициллин, респираторные фторхинолоны и цефалоспорины III поколения.

Выводы. Однако, несмотря на такую картину, необходимо отметить позитивную тенденцию в 2017 году по сравнению с 2016 годом. Так, чаще стали назначать АБП, рекомендуемые в современных клинических руководствах, снизилась частота назначения цефалоспорина первого поколения, увеличился процент адекватного обследования пациентов - в 2016г.(52больных). К сожалению, остается низким процент оценки функции внешнего дыхания

Литература.

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

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

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

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

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

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАМБЕРИНА В ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ПОЖИЛЫХ

Б.И. Алиева, А.М.Магомедова - студенты лечебного факультета 76
Кафедра геронтологии и гериатрии ФПК и ППС
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия
Научный руководитель - д.м.н. К.М. Алиева-Хархарова

Актуальность. Внебольничная пневмония (ВП) является одним из самых распространенных заболеваний и одной из ведущих причин смерти от инфекционных болезней. В последнее десятилетие отмечается увеличение заболеваемости ВП, при этом у лиц пожилого и старческого возраста она достигает 25–40 и даже 55 случаев на 1000 человек в год. Летальность при ВП у лиц старших возрастных групп колеблется от 10 до 26–33% и выше. Свидетельством более тяжелого течения заболевания у пожилых служат, в частности, данные германского регистра больных ВП: среди госпитализированных и умерших от пневмонии и ее осложнений доминируют пациенты старше 60 лет. При проведении многофакторного анализа было установлено 5 основных факторов риска осложненного/фатального течения ВП, в том числе возраст старше 65 лет. Опыт показывает, что лечение и реабилитация пожилых людей с болезнями легких, являются сложной задачей гериатрической практики.

Тяжелая внебольничная пневмония (ТВП) – это особая форма пневмонии, характеризующаяся выраженной дыхательной недостаточностью (ДН), как правило, в сочетании с признаками сепсиса и полиорганной дисфункции. Основной причиной смерти больных с ТВП является рефрактерная гипоксемия, септический шок (СШ) и синдром полиорганной недостаточности (СПОН). **Синдром полиорганной недостаточности (СПОН)** определяется, как универсальное поражение всех органов и систем организма в результате тяжёлой неспецифической стресс-реакции на множественные этиологические факторы, когда нарушения физиологических функций отдельных органов и систем не могут спонтанно восстанавливаться и требуют частичной или полной коррекции утраченных функций.

Несмотря на интенсивные исследования, все еще остается ряд нерешенных проблем, касающихся оптимального лечения ТВП у гериатрических больных, что делает актуальным разработку более эффективных схем ее лечения. Первейшей задачей, по нашему мнению, является необходимость восстановления энергообразования клеток, функции клеточных и сосудистых мембран. Среди широкого спектра лекарств, этой задаче вполне соответствует

использование в составе комплексной терапии раствора Реамберин, влияющего на ряд звеньев патогенеза СПОН.

Реамберин – 1,5% раствор для инфузий - хорошо сбалансированный полиионный раствор с добавлением янтарной кислоты, содержащий: натрия хлорида - 6,0 г, калия хлорида - 0,3 г, магния хлорида - 0,12 г, N-метилглюкамина натрия сукцината - 15,0 г, вода для инъекций - до 1 л. с осмолярностью, приближенной к нормальной осмолярности плазмы крови человека, т.е. изотоническим раствором и слабощелочным, в пределах нормальных значений pH для крови. Включение янтарной кислоты определяет его основополагающие свойства метаболического и энергетического корректора. Мощность системы энергопродукции, использующей янтарную кислоту, в сотни раз превосходит все другие системы энергообразования организма. В основе лечебного действия янтарной кислоты и ее соединений по данным литературы лежит модифицирующее влияние на процессы тканевого метаболизма – клеточное дыхание, ионный транспорт, синтез белков. Реамберин оказывает антиацидотическое, антигипоксическое, антистрессорное, адаптогенное, детоксикационное действие, снижает тканевой метаболический ацидоз, купирует токсическое действие анестетиков, противосудорожных, туберкулостатиков, гормонов, сердечных гликозидов, алкоголя; снижает кетоз и гликемию при диабете, стабилизирует показатели внутрисердечной гемодинамики, улучшает микроциркуляцию. Мочегонное действие реамберина обусловлено преимущественным энергообеспечением работы почек за счет окисления янтарной кислоты. При уникальной разносторонности проявлений биологической активности янтарной кислоты, сфера ее применения в медицине остается пока еще узкой.

Цель исследования - улучшение эффективности лечения тяжелой внебольничной пневмонии в условиях ОАРИТ.

Материал и методы. В отделении АРИТ Госпиталя ветеранов РМЦ в 2014-2017гг. мы наблюдали 39 больных с ТВП, осложнившихся СПОН. Средний возраст больных - 74+4,2г. Преобладали мужчины – 25 чел. (64%), женщины -14 чел. (36%). У всех пациентов имелись сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь (63,1%), различные формы ИБС (46,2%), сахарный диабет (13,9%), ХОБЛ (43,09%). Распределение больных по степени тяжести и прогнозу заболевания проводилось с использованием прогностической шкалы PORT и с учетом отечественных рекомендаций. Наиболее эффективным инструментом для определения показаний лечения в ОРИТ являются рекомендации IDSA/ATS и шкала SMART-COP, в которой учитываются признаки сепсис-индуцированной органной дисфункции и дыхательные расстройства, потребность в респираторной поддержке и вазопрессорах. Пациенты, относящиеся по шкале PORT IV и V (≥ 91 баллов) классов, имеющие высокий риск летальности до 30%, с тяжелым и осложненным течением, были подразделены на две

сопоставимые подгруппы. Выделяли больных с сегментарными поражениями – 28,7%, долевыми – 36,3% и с поражением более одной доли – 35%.

СПОН диагностировали при поражении двух и более органов и систем, для оценки полиорганных нарушений использовали клинические и биохимические критерии. С момента поступления в стационар всем пациентам назначалась антибактериальная терапия включающая комбинации антимикробных препаратов (аминопенициллины, цефалоспорины III поколения, макролиды, альтернативные антибиотики (фторхинолоны или гликопептиды). Патогенетическая и симптоматическая терапия включала инфузии растворов глюкозы, физиологического раствора и др., сердечно-сосудистые, противовоспалительные, бронхолитические, десенсибилизирующие, антиагрегантные средства, СЗП по показаниям. Пациенты 1-й группы (20 чел.) получали базисную терапию и дополнительно Реамберин в/в капельно до 1 л в течение 7дней. 19 больным 2-й гр. проводили стандартную терапию. Проводилось стандартное и по показаниям дополнительное обследование больных.

Результаты исследования. Диагностику СПОН проводили, используя клинические и параклинические методы. В 40% случаев СПОН сопровождался ДВС – синдромом. Стратегию интенсивной терапии (ИТ) при ТВП строили исходя из выявленных патогенетических закономерностей возникновения СПОН. Первоначальную интенсивную терапию начинали немедленно после распознавания синдрома. Реамберин применяли внутривенно капельно в суточной дозе до 1 л. У 24 больных (70%) с ТВП со СПОН проводилась респираторная терапия в виде ИВЛ, показанием к которой были нарастающие признаки гипоксии, неэффективное спонтанное дыхание (снижение сатурации кислорода крови ниже 85%). Длительность ИВЛ в данной группе больных составила от 1 до 7 сут.

Следует отметить, что стандартных подходов к ИТ у больных с ТВП со СПОН не может быть. Так, стойкая сердечно-сосудистая недостаточность у 4 больных потребовала не только полноценного восполнения ОЦК (уровень ЦВД), но и длительных (до 7 сут.), дозированных введений вазопрессоров. У больных с токсико-инфекционным шоком (4 случая) вводили гидрокортизон в дозе 300 мг/сут в течение 7 дней.

В большинстве случаев положительная динамика разрешения ТВП протекающей с СПОН с тенденцией к нормализации клинических и параклинических показателей наблюдалась к исходу вторых суток интенсивной терапии, у пациентов получавших реамберин. В наиболее тяжелых случаях сроки ИТ удлинялись до 1- 2 недель. Только в одном случае при применении данной программы ИТ у больных ТВП с СПОН, возникли вторичные септические осложнения. Большинство из описанных терапевтических методов имеют универсальный, полифункциональный характер. Так, устранение гиповолемии, дегидратации, гипоксемии нормализует электролитный гомеостаз, кислотно-основное состояние, тканевой метаболизм.

Выводы. У больных с ТВП, исходными признаками системного воспалительного ответа и органными нарушениями, применение в составе комплексной терапии Реамберина, приводит к повышению потребления кислорода, утилизации лактата и глюкозы, улучшению функции печени, что сопровождается улучшением общего состояния больных, быстрым регрессом полиорганных нарушений, улучшением клинических исходов и повышением выживаемости пациентов пожилого и старческого возраста. Подобный подход позволяет начинать восстановление нарушенных витальных функций в наиболее ранние сроки и предупреждает развитие необратимых полиорганных поражений у пациентов пожилого возраста. Реализация на практике такого подхода сокращает длительность течения СПОН, предупреждает развитие фатальных осложнений ТВП, снижает летальность у гериатрических больных.

ИННОВАЦИОННЫЙ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Э. Р. Махмудова – ассистент *88*

Кафедра терапии ФПК и ППС ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия

Научный руководитель - д.м.н., проф.М. Т. Кудаев

Актуальность. Важнейшей проблемой современной кардиологии остается неуклонный рост больных ишемической болезнью сердца (ИБС), что является ведущей причиной инвалидности и смертности трудоспособного населения во всем мире. Больные стенокардией, составляют самую многочисленную группу больных ишемической болезнью сердца.

Инновационным вспомогательным методом лечения стабильной стенокардии (СС), является метод наружной контрпульсации. В основе метода лежит известный принцип о возможности увеличения технологии коронарного кровотока при повышении диастолического давления в аорте.

Мы предлагаем модификацию метода – оригинальный способ наружной контрпульсации – локальная наружная контрпульсация (ЛНК). Сущность метода заключается в чередовании сдавления и расслабления бедренных артерий и вен с помощью оригинального прибора. Под действием данного метода воздействия происходит открытие и формирование коллатералей, обусловленное повышением кровотока и увеличением сосудистого касательного напряжения. Отмечается увеличение продукции факторов ангиогенеза (гепатоцитарного, эндотелиального факторов роста и фактора роста фибробластов), что приводит к дополнительному увеличению коллатеральной сети. Для лечения ИБС, стенокардии напряжения аналогичные методики применялись, но модификация нашего метода применяется впервые.

Цель исследования. Оценка изменения качества жизни пациентов со стабильной стенокардией напряжения, при комплексном лечении с применением метода ЛНК.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 42 пациента

ишемической болезнью сердца, стенокардией напряжения III функционального класса. Средний возраст пациентов составил 56,4±4,3 года, из них мужчин 25 (59,5%) и женщин 17 (40,4%). Сопутствующая гипертоническая болезнь была у 23 пациентов, 7 пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) II функционального класса по NYHA, с перенесенным инфарктом миокарда (ИМ) различной локализации (давностью не менее 8 недель) 4 пациента. Методом случайной выборки больные были разделены на две группы:

1-я группа – основная, пациенты которой получали, наряду со стандартным лечением ИБС, курс локальной наружной контрпульсации (n=23).

2–я группа – контрольная, пациенты которой получали только стандартное лечение ИБС (n=19).

Пациенты исследуемых групп были сопоставимы по возрасту, длительности заболевания, клиническому состоянию.

У всех больных до лечения, через 4 недели и через 3 месяца оценивалось качество жизни, включающее два важных параметра: 1) ограничение ежедневной активности (толерантность к физической нагрузке); 2) количество приступов стенокардии и количество принимаемого нитроглицерина в неделю.

Статистическая обработка материала проводилась по параметрическим показателям с использованием программы «Биостат» и расчет среднего квадратичного отклонения M±m, достоверными считались показатели $p<0,05$. Качественные параметры оценивались с помощью критерия x^2.

Результаты исследования. Результаты лечения оценивались через 1 и 3 месяца.

Результаты теста 6-минутной ходьбы показали, что уже на 28 день лечения, в основной группе, отмечалось увеличение переносимости физических нагрузок с 122±2,0 до 161±3,6 метров, а через 3 месяца лечения локальной наружной контрпульсацией пациенты смогли увеличить пройденное за 6 мин расстояние еще на 59±1,8 метров, т. е. до 220±3,5. В группе контроля, пациенты увеличили пройденное за 6 минут расстояние с 126±4,2 до 136±2,9 метров через 4 недели лечения, а через 3 месяца расстояние уменьшилось до 132±2,6 метров. Уменьшение функциональных классов (ФК) стенокардии – переход из III во II ФК, через 4 недели отмечалось у 56% обследованных основной группы, а через 3 месяца у 86%. В контрольной группе, переход из III во II ФК отмечался у 41% обследованных, через 4 недели, а через 3 месяца лечения у 59%. Проведение курса локальной наружной контрпульсации, через 4 недели лечения привело к уменьшению частоты приступов стенокардии в основной группе с 14,7±3,5 до 10,3±2,8, а через 3 месяца к достоверному уменьшению до 5,6±2,4 приступов в неделю. Кроме того, отмечалось снижение количества принимаемого нитроглицерина с 22,2±1,8 до 15,3±1,5 таблеток через 4 недели лечения, и до 8,6±1,9 таблеток через 3 месяца лечения. В группе контроля, отмечалось не достоверное уменьшение приступов стенокардии с

13,3±2,5 до 8,3±2,7 и снижение количества принимаемого нитроглицерина с 23,6±1,6 до 19,4±1,6 таблеток через 3 месяца лечения. Все, без исключения, больные основной группы, проявили положительное отношение к процедуре локальной наружной контрпульсации.

Выводы. Применение ЛНК в сочетании с медикаментозным лечением увеличивает толерантность к физической нагрузке, позволяет уменьшить количество приступов стенокардии и количество принимаемых антиангинальных средств.

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ВСПОМОГАТЕЛЬНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Э. Р. Махмудова – ассистент *81*

Кафедра терапии ФПК и ППС ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия

Научный руководитель - д.м.н., проф.М. Т. Кудаев

Актуальность. На сегодняшний день важнейшей проблемой кардиологии остается рост заболеваемости ишемической болезнью сердца (ИБС). В России доля ИБС в структуре смертности от сердечно – сосудистых заболеваний составляет у мужчин - 56,6%, у женщин – 40,4%.

К наиболее частым проявлениям ишемической болезни сердца относят стенокардию. Согласно руководству Европейского общества кардиологов – смертность среди пациентов со стабильной стенокардией составляет в среднем 3-5% в год.

Инновационным методом лечения стабильной стенокардии, является метод наружной контрпульсации. Клинический эффект наружной контрпульсации может быть обусловлен запуском различных механизмов: улучшение эндотелиальной функции, стимуляция развития коллатералей, усиление функции левого желудочка и усиление периферических эффектов.

Мы предлагаем модификацию метода – оригинальный способ наружной контрпульсации – локальная наружная контрпульсация (ЛНК). Сущность метода заключается в чередовании сдавления и расслабления бедренных артерий и вен с помощью оригинального прибора, что позволяет добиться повышения перфузионного давления в коронарных сосудах и улучшения кровоснабжения миокарда и других органов, уменьшения венозного возврата. Для лечения ИБС, стенокардии напряжения аналогичные методики применялись, но модификация нашего метода применяется впервые.

Цель исследования. Изучение влияния метода ЛНК, на основные параметры центральной и периферической гемодинамики у больных ИБС, стенокардией напряжения.

Материал и методы исследования. В исследование было включено 42 пациента ишемической болезнью сердца, стенокардией напряжения, III функциональный класс. Средний возраст пациентов составил 56,4±4,3 года, из них мужчин 25(59,5%) и женщин 17(40,4%). Все больные получали стандартную терапию, включавшую бета - блокаторы, нитраты, ингибиторы

ангиотензинпревращающего фермента, антагонисты кальция, антиагреганты, статины.

Методом случайной выборки больные были разделены на две группы:

1-я группа – основная, пациенты которой получали, наряду со стандартным лечением ишемической болезни сердца, курс локальной наружной контрпульсации (n=23).

2–я группа – контрольная, пациенты которой получали только стандартное лечение ишемической болезни сердца (n=19).

Пациенты исследуемых групп были сопоставимы по возрасту, длительности заболевания, клиническому состоянию.

Всем больным до лечения, на 20-й день и через 3 месяца проводилась оценка частоты сердечных сокращений (ЧСС); цифр артериального давления (АД); определение лодыжечно – плечевого индекса (ЛПИ) систолического АД; определение основных эхокардиографических показателей, методом ультразвуковой эхо – допплерографии.

Результаты исследования. Курсовое применение ЛНК привело к снижению и стабилизации как систолического (со 157,4±4,5 мм рт. ст. до 122,3±5,2 мм рт. ст.), так и диастолического артериального давления (с 93,4±5,7 мм рт. ст. до 74,3±2,4 мм рт. ст.). На фоне проведенного лечения ЧСС также снижалась с 89±3,2 до 74±3,1 в покое, со 112,5±3,5 до 94±4,2 ударов в минуту при физической нагрузке. Исходно низкий лодыжечно – плечевой индекс (0,84±0,2) возрос до 0,92±0,21. По данным эхо–допплерографии конечно - диастолический объем левого желудочка снизился на 8%, конечно – систолический объем левого желудочка снизился на 18%, фракция выброса возросла на 12%, общее периферическое сопротивление сосудов понизилось на 14%. Выявлено повышение сердечного индекса на 7%. Степень укорочения переднее – заднего размера достоверно не изменилась на 20-й день, на 3-й месяц изменения носили более существенный характер, толщина задней стенки левого желудочка имела тенденцию к снижению, но достоверных изменений выявлено не было.

Выводы. ЛНК оказывает положительное влияние на параметры центральной и периферической гемодинамики.

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА СУ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

Ц.Ш. Омарова – аспирант 1года обучения,
А.Ш. Магомедова – клинический ординатор,
Г.К. Церцвадзе - студентка 5 курса лечебного факультета *69*
ФГБОУ *ВО СПбГПМУ Минздрава России, г. Санкт -Петербург*

Кафедра инфекционных болезней ФПК и ППС

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия

Научный руководитель - к.м.н., доц. Е.А. Арбулиева

Актуальность. В настоящее время заболевания, вызываемые вирусами гепатитов С и В (ВГС и ВГВ), широко распространены среди ВИЧ-инфицированных пациентов. До начала применения антиретровирусной терапии (АРВТ) поздние осложнения хронических заболеваний печени, обусловленных ВГС-инфекцией, отмечали редко, так как больные умирали от последствий тяжелого иммунодефицита, вызванного ВИЧ. Широкое внедрение АРТВ значительно снизило смертность среди ВИЧ-инфицированных пациентов, вследствие чего в настоящее время на первый план выступают осложнения заболеваний печени, обусловленные хронической ВГС- и ВГВ-инфекцией. Одновременное присутствие двух и более инфекций (ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов) способствует большому риску передачи вируса гепатита, осложняет ведение таких больных, приводит к повышению затрат на диспансерное наблюдение и лечение [1] .

Распространенность ВГС-инфекции среди ВИЧ-инфицированных лиц в России составляет 30-90% (в среднем 60%) в зависимости от принадлежности к разным группам риска. Распространенность ВГВ-инфекции (присутствие HBsAg) среди больных ВИЧ-инфекцией на территории РФ колеблется от 5,2 до 7,3%. В России наибольшая заболеваемость ВИЧ-инфекцией приходится на пациентов молодого возраста (20-40 лет), которые, как правило, заражаются ВГВ и ВГС при сексуальных контактах и внутривенном введении психоактивных веществ [1].

Цель. Анализ заболеваемости ВИЧ/СПИД в Республике Дагестан, коинфицированности ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов и эффективности противовирусной терапии.

Материалы и методы. Нами были проанализированы отчетные формы №2 Государственной статистической отчетности и истории болезни больных ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами.

Результаты исследования и их обсуждение. За весь период регистрации ВИЧ-инфекции в республике (с 1989 по настоящее время) выявлено 2818 ВИЧ - инфицированных, в том числе 16% в учреждениях ФСИН**.** На конец 2016 года в Республике Дагестан на диспансерном учете

состоит 1466 ВИЧ-инфицированных пациентов, в том числе 33 ребенка. За 2016 год выявлено 212 новых случаев ВИЧ-инфекции. Среди путей передачи инфекции в общем количестве зарегистрированных случаев (2818) уже преобладает половой путь передачи инфекции 47.5%, на парентеральный путь передачи инфекции приходится 42.0 %, вертикальный путь (от матери к ребенку) 1.5%. В возрастной структуре инфицированных преобладает население в основном трудоспособного возраста. В последние годы отмечается выявление ВИЧ-инфекции в более зрелой возрастной группе. Среди ВИЧ-инфицированных в республике по-прежнему преобладают представители мужского пола (62,2%), но ежегодно доля впервые выявленных ВИЧ-инфицированных женщин детородного возраста возрастает и в 2016 г. составила 35,0% . В основном это связано с заражением женщин, проживающих в семьях от мужчин употребляющих наркотические вещества. Это является неблагоприятным признаком, так как возрастает риск вертикального пути инфицирования ВИЧ, соответственно, рождения ВИЧ-инфицированных детей. Подтверждением этого является рост числа ВИЧ-инфицированных беременных.

Все ВИЧ-инфицированные согласно стандартам обследования в обязательном порядке проходят лабораторно - клиническое обследование на базе лаборатории РЦ СПИД, включающее общеклинические, биохимические исследования, определение АТ к маркерам гепатитов, определение вирусной нагрузки ВГС. Лабораторную диагностику гепатита С проводят серологическим и молекулярно-биологическим методами. Обследование пациентов на HCV-инфекцию начинают с определения антител к ВГС с помощью ИФА. В республике среди ВИЧ-инфицированных всего выявлено 732 пациента, в крови, которых обнаружены антитела к вирусам парентеральных гепатитов, из них 653 имеют антитела к гепатиту С. При обнаружении антител к ВГС проводят качественное определение РНК ВГС, при положительном результате – количественное определение РНК ВГС и определение генотипа. Преобладающим генотипом вируса ВГС среди ВИЧ-инфицированных, является генотип 3а..

Выявление больных вирусными гепатитами требует назначения противовирусной терапии. У пациентов с сочетанной инфекцией ВГ/ВИЧ некровоспалительные процессы в ткани печени обычно менее выражены. Однако активная репликация ВГВ усугубляет развитие фиброза и повышает риск развития цирроза в 4.2 раза, при этом быстрее наступает терминальная стадия заболевания печени. При сочетанной инфекции ВГВ/ВИЧ гепатоцеллюлярная карцинома возникает раньше и прогрессирует быстрее, чем у пациентов без ВИЧ-инфекции. Также возрастает риск заболеваемости и смертности, связанных с поражением печени, а также более выражена гепатотоксичность на фоне АРВТ[2].

В Республике Дагестан с 2011 года ВИЧ-инфицированные пациенты получили возможность лечения хронических гепатитов В и С. Так, в 2016 году противовирусную терапию получили 34 пациента, что составляет 5% от нуждающихся в терапии. Лечение

проводится по стандартной схеме с использованием интерферонов и рибавирина. В настоящее время, разработаны схемы для лечения гепатита С, не включающие интерфероны и рибавирин. Доступность этих схем для лечения ВИЧ-инфицированных остается под вопросом.

Таким образом, процент больных вирусными гепатитами среди ВИЧ-инфицированных остается высоким, в последние годы наблюдается тенденция в стороны увеличения больных в стадии цирроза печени, в связи с чем, необходимо увеличить процент больных получивших противовирусную терапию, с использованием современных препаратов с прямым противовирусным действием.

Литература

1. Покровский В.В., Юрин О.Г., Кравченко А.В. и др. Протоколы диспансерного наблюдения и лечения больных ВИЧ-инфекцией 2013 // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. – 2013. -№6. – Приложение. – С.1-32.

2. Guidelines for the Clinical Management and Treatment of HIV-infected Adults in Europe (Version 7; 0October 2013). European AIDS CLINICAL Society/ - hhtp://www.europeanaidsclinicalsociety.org.

3. М. Сааг, Г. Чемберс, Дж. Элиопулос, Д. Гилберт, Р. Меллеринг Лечение ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов по Джею Сэнфорду. – М.: «Гранат», 2015. – 632 с.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАВОЗНЫХ СЛУЧАЕВ МАЛЯРИИ НА ТЕРРИТОРИИ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

З. Я. Вагидова, Д. В. Далинкина - студенты 506 группы медико-профилактического факультета,

В. В. Баскакова - студент 505 группы медико-профилактического факультета ***91***

Кафедра инфекционных болезней

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

Научный руководитель — к.м.н., доц. Е. П. Гаврилова

Актуальность. До настоящего времени малярия продолжает оставаться тропической болезнью № 1, приносящей громадный социально-экономический ущерб почти 100 странам мира. По данным ВОЗ, в 2016 г. в мире зарегистрировано 212 млн. случаев заболевания малярией, из них 429000 летальных исходов. В связи с несоблюдением надлежащей профилактики при поездке в эндемичные по малярии страны, данное заболевание представляет собой опасность для здоровья путешественников. На территории РФ болезнь отсутствует, но сохраняется высокий риск ее распространения в случае завоза.

Цель исследования. Изучить клинико-эпидемические аспекты завозных случаев малярии на территории Санкт-Петербурга.

Материалы и методы исследования. Использованы материалы эпидбюро города по регистрации завозных случаев малярии в период с 2012 по 2016 гг. Изучены 57 истории

болезни пациентов, госпитализированных в СПб ГБУЗ «КИБ им. С.П. Боткина». Использованы методы эпидемиологического анализа и статистические методы обработки полученных данных.

Результаты исследования. В результате проведенного анализа историй болезней больных малярией установлено, что среди завозных случаев преобладают тропическая и трехдневная малярия (в 50% случаев возбудителем является P. falciparum, в 43% - P. vivax, овале-малярия выделена в 7% случаев).

Установлено, что в 36% случаев завоз малярии произошел из стран Западной Африки (Нигерия, Кот д`Ивуар, Бенин), по 21,5% - из Центральной Африки (Камерун, ЦАР) и из Азии (Афганистан, Индия), по 10,5% - из Южной (Ангола) и Восточной (Эфиопия, Уганда) Африки.

У заразившихся в странах Азии возбудителем являлся P. vivax, у пациентов из стран Восточной и Южной Африки – P. falciparum. В странах центральной Африки имело место равное распределение случаев между трехдневной и тропической малярией. У посещавших страны Западной Африки выявлены все три возбудителя (50% - P. vivax, 30% - P. falciparum, 20% - P. ovale).

Средний возраст больных составил 33.5 года (возрастной диапазон в пределах от 15 до 52) , большинство пациентов были мужского пола (71,4%).

Диагноз «малярия» при поступлении в стационар поставлен в 64% случаев. С диагнозом ОРВИ было госпитализировано 18% пациентов, 11% - острый энтероколит, 7% - острый гастроэнтерит.

Клиническая картина представлена такими симптомами, как лихорадка (100%), слабость (57%), головная боль (43%), озноб (36%), диспепсические явления (35%), боль в поясничной области (21%), кашель (7%), заложенность носа (7%). Гепатомегалия выявлена у 55% пациентов, спленомегалия - 48% пациентов. Тяжелых осложнений и летальных исходов не было.

При выделении P. vivax пациенты получали терапию делагилом и доксициклином, а при выделении P. falciparum — лариамом, доксициклином и фансидаром. Для лечения P. ovale были назначены лариам и делагил. Противорецедивного лечения трехдневной малярии не проводилось ни у одного пациента в связи отсутствием препарата.

Выводы. В результате проведенного анализа историй болезней больных малярией установлено, что большая часть случаев малярии завезены из стран Африки. Доля тропической малярии - 50%, трехдневной – 43% и 7% - другое. Во всех случаях имели место позднее обращение и диагностика (в первые три дня болезни – 32% обращений в ЛПУ, в первую неделю – 57%, более недели с момента заболевания – 10%). Все заболевшие, находящиеся в странах тропического пояса, химиопрофилактику не проводили.

МЕРОПРИЯТИЯ, ОГРАНИЧИВАЮЩИЕ РАСПРОСТРАНЕНИЕ ВИЧ НФЕКЦИИ

Э.И. Джонназаров., М.И. Махкамова *95*

Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии

Таджикского государственного медицинского университета имени Абу Али Ибн Сино,

г. Душанбе, Республика Таджикистан

Введение. ВИЧ является глобальной болезнью на протяжении более трех десятилетий. Хотя статистика и показывает, что ситуация начинает улучшаться, однако,в 2014 году было зарегистрировано около 2 миллионов людей, впервые заражённых ВИЧ-инфекцией. Поэтому годовой показатель передачи ВИЧ необходимо снижать, чтобык 2030 году реализовать программу ЮНЭЙДС.

В 2014 году 0,8% мирового населения (36,1 млн. человек) имели в анамнезе диагноз ВИЧ. И несмотря на усилия, направленные на борьбу с ВИЧ, смертность составила более 25,3 миллиона человек, начиная с 2000 года.

Статистика показывает: пусть ситуация и улучшается, но многое еще предстоит сделать, так как примерно 46% людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), не знают о своем статусе, а 57% все еще не имеют доступа к антиретровирусному лечению (АРТ).

22 миллиона зараженных до сих пор не обращаются за лечением. Если мы не ускорим процесс решения этой проблемы, расходы на эпидемию превысят бюджеты многих стран, вместе взятых, и превратятся в долг, за который человечество никогда не сможет расплатиться. Заражённые ВИЧ-инфекцией - в основном молодые женщины, девочки-подростки, дети мигрантов, работники секс-бизнеса, люди, употребляющие инъекционные наркотики, трансгендеры.

Нельзя воспринимать легкомысленно показатель живущих с ВИЧ - 2,6 миллиона детей. Однако, по сравнению с 2000 годом, в 2014 году всего было инфицировано 220 000 детей, что свидетельствует о сокращении зараженных детей (58%).

ВИЧ, в стадии СПИД, является второй причиной смерти среди подростков (10 - 19 лет) во всем мире, причем наибольше процент у населения африканскогоконтинента.

Создана программа 90-90-90, которая направлена на победу над эпидемией ВИЧ к 2030 году. К 2020 году 90% ЛЖВ должны знать свой статус, 90% из этих людей должны получать лечение, а у 90% людей, получающих лечение от ВИЧ, должна быть подавлена вирусная нагрузка.

Цель исследования – предложить способы прекращения распространения ВИЧ.

Материалы и методы исследования. Ключевые группы населения, подверженные наибольшему риску заражения ВИЧ-инфекцией, - социально уязвимые люди, включающие работников порно индустрии, мужчин, имеющими половой контакт с мужчинами (МСМ), потребителей наркотиков, трансгендерных групп, заключённых. Все эти группы населения

требуют повышенного внимания. Необходимо чтобы они участвовали в обсуждении законов, стратегий борьбы с ВИЧ, вопросах профилактики заражения.

Данная доля населения составляет 11%, поэтому она играет очень важную роль в передачи инфекции.

Заражение подростков происходит в областях, где ярко выражен гендерный дисбаланс. Поэтому отсутствие доступа к знаниям в области интимной сферы и к услугам по охране репродуктивного здоровья являются предрасполагающими факторами, которые способствуют заражению среди подростков (в особенности девочек) ВИЧ инфекцией.

Стигма и дискриминация, связанных с ВИЧ, влияют на решение профилактики заражения ВИЧ-инфекцией у беременных женщин, их детей в утробе (ППМР). Многие беременные боятся осуждения, поэтому не обращаются в медицинские учреждения. Диспансерное наблюдение и половое воспитание для детей и подростков, живущих с ВИЧ, жизненно важно. Необходимо всеобъемлющее просвещение молодых людей с акцентом на социальное меньшинство.

Результаты исследования и их обсуждение. Мы, «МОЛОДЫЕ УЧЕНЫЕ», настоятельно призываем все страны и заинтересованные стороны расширить масштабы своих действий и определить секторный подход к противостоянию эпидемии ВИЧ.

Ежегодная смертность снизилась на 43%, благодаря новым решениям по борьбе с ВИЧ.

В 2003 году был создан документ, в котором содержится информация о необходимости быстрого реагирования на этот вопрос. Особенно для пострадавшего в большей мере региона мира - Восточной и Южной Африки. С 2010 года число людей, получающих лечение, более чем удвоилось, достигнув почти 10,3 млн. человек. В этих регионах смертность от ВИЧ снизилась на 36%. 17 миллионов людей находятся на антиретровирусном лечении (АРТ), этот показатель достигает и превосходит поставленную задачу Организации Объединенных Наций (15 миллионов человек).

Несмотря на успех, многое необходимо обсудить в условиях глобального доступа и всеобъемлющей политики, которые позволят почти половине населения получить доступ к антиретровирусному лечению.

Решение проблемы должно быть ориентировано на:

1) признание того, что результаты борьбы с ВИЧ демонстрируют не только значительное снижение числа первичного заражения, но и более широкую сеть содействий и финансовых обязательств;

2) использование возможности для обучения как академического, так и общего населения в открытых эпиднадзором учреждениях;

3) разработку и предоставление АРТ. АРТ следует распространять всем заражённым, без исключения, обеспечивать не прекращаемый доступ к ним, позволяющий лечиться людям,

избегая распространения информации об их болезни, лечить людей без осуждения и преследования.

Как студенты-медики, мы признаем важность прозрачного обращения с медикаментами. Использующиеся медикаменты должны быть свободны от бизнеса, частных предпринимателей, которые используют их для своей личной выгоды, не задумываясь о людях. Все медикаменты обязаны предоставляться государством и должны охраняться им же.

А мы должны направлять свои базовые знания для поиска разнообразных подходов к лечению, стремиться к более точной реализации программы 90-90-90 к 2020 г.

Подчеркнём, использование множества профилактических методов, направленных на предотвращение заражения ВИЧ: презервативы, добровольное медицинское обрезание у мужчин. Также мы обязаны принимать все усилия, способствующие гендерному равенству и получению среднего образования. Сосредоточить внимание на воздействии, которое оказывают сообщества и равноправные подходы

Подчеркиваю, что, хотя у нас есть Международный закон о правах человека и другие документы по борьбе с ВИЧ/СПИД, однако у них есть ограничения, которые способствуют распространению болезни. Международное право не содержит конкретных указаний по таким вопросам, как, например, употребление инъекционных наркотиков. Нет никакого морального кодекса для жизни, инфицированных ВИЧ/СПИДом. Поэтому в мире не имеется четкой позиции в отношении подхода к ЛЖВ. Учитывая критическую ситуацию по инфекциям, передающимся половым путем (ИППП), отсутствие образования у людей, отсутствие надлежащего тестирования и лечения, а также стигма и дискриминация в отношении людей, живущих с этими инфекциями, побудило нас, молодых ученых и студентов, принять программу, направленную на уменьшение этого бремени.

Выводы:

Мы, молодые ученые и студенты, играем важную роль в борьбе с ВИЧ и должны быть всегда на переднем плане.

ЮНЭЙДС, который ставит своей целью положить конец эпидемии ВИЧ к 2030 году, предложил следующее:

1. Предоставление полной информации о ВИЧ / СПИД.Избежать стигмы и дискриминации;

2. Повышение осведомленности о различных способах заражения людей ВИЧ, предоставление защиты от дискриминации людей, живущих с ВИЧ инфекцией;

3. Рассеивание мифов, связанных с ВИЧ / СПИДом;

4. Участие в исследованиях, целью которых является выдвижение новых открытий. Необходимо «пролить больше света» на ВИЧ / СПИД;

5. Планирование и участие в программах и компаниях, направленных на прекращение

стигм и дискриминации по отношению к ЛЖВ на местном, национальном и международном уровнях;

6. Поддержка ЛЖВС;

7. Активно выступать за комплексное медицинское образование по этим вопросам.

Мы, молодые ученые и студенты, призываем все образовательные учреждения, имеющие медицинское направление:

1. Включить в свои учебные программы предметы, которые обеспечивают студентов-медиков знаниями, необходимые для компетентного решения вопросов, связанных с ВИЧ / СПИД, за пределами научной сферы (т.е. решение социальных детерминант здоровья, подходы, основанные на правах человека, централизованный уход) и обеспечить, чтобы будущие врачи боролись со стигмой и дискриминацией;

2. Оценить компетентность и отношение учащихся к решению проблем, связанных с ВИЧ / СПИД;

3. Обеспечить здоровую среду для ЛЖВ в университетском городке путем обучения внутренних сообществ и/или утверждение стратегий, свободных от стигмы, в кодексах поведения, университетских подзаконных актов и других внутренней политики;

4. Обеспечить программой развития преподавателей, которые готовят студентов к решению проблем связанных с ВИЧ/СПИД, дискриминацией и стигмой;

Мы, молодые ученые и студенты, призываем директивные органы и правительства:

1. Инвестировать ресурсы, необходимые для исследований и разработки национальных стратегий с целью искоренения ВИЧ;

2. Быть в содружестве с министерствами здравоохранения для создания бесплатной институциональной службы общественного здравоохранения, свободной от стигмы;

3. Гарантировать демократическое участие ключевых групп населения и социальных меньшинств.

Мы, молодые ученые и студенты, призываем организаторов НМО (непрерывное медицинское образование - новая форма повышения квалификации медицинских работников):

1. Проводить семинары и проекты, которые обеспечат поучение навыков и потенциала, необходимого для расширения возможностей и поддержки людей, живущих с ВИЧ, которые могут быть решены с помощью создания групп поддержки, образовательных программ против стигмы и дискриминации:

2. Отметить Всемирный день борьбы со СПИДом в качестве основного мероприятия по противодействию ВИЧ-инфекции;

3. Участвовать в глобальной стратегии здравоохранения в качестве поколения 2030 года.

Мы, молодые ученые и студенты, призываем медицинских работников:

1. Предлагать услуги без стигмы и дискриминации по отношению к ЛЖВ;

2. Участвовать в санитарном просвещении людей в обществе о том, что такое ВИЧ / СПИД, к чему могут приводить стигмы и дискриминации, и какую роль могут играть медицинские работники при борьбе с этой инфекцией;

3. Активно работать в области исследований, чтобы найти новые открытия, которые будут способствовать прекращению ВИЧ к 2030 году;

4. Пропагандировать законы, ограничивающие доступ к медицинским услугам ЛЖВ.

Необходимо проводить все эти мероприятия во избежание будущей катастрофы и массового заражения. На каждом этапе развития человечества были массовые эпидемии, которые уничтожали половину человечества. На нашем этапе, в XXI веке, бичом является ВИЧ инфекция, которая каждый год уносит жизни дорогих нам людей. Люди считают, что наш век самый прогрессивный из всех прошедших веков, так почему мы до сих пор не можем выиграть борьбу с ВИЧ инфекцией? Моё мнение таково, мы не можем выиграть из-за необразованности людей, из-за глупых предрассудков. Вы только подумайте, сколько миллиардов долларов уходит на борьбу с ВИЧ! Если каждый из нас будет благоразумен, будет правильно воспитывать своих детей, он будет способствовать искоренению гендерного неравенства. Если мы будем поддерживать людей, заражённых ВИЧ инфекцией, и помогать им, то на Земле сократится их число. Также необходима поддержка государства и защита прав заражённых ВИЧ инфекцией: гражданских, культурных, политических, сексуальных, репродуктивных. Всё зависит от нас самих!

Прекращение эпидемии ВИЧ – это прогресс во всем мире! Мы, молодые ученые ,будем твердо следовать этому пути, будем всеми силами способствовать исчезновению ВИЧ инфекции, чтобы наши правнуки и правнучки ничего не знали об этой болезни.

С этого момента будет положено конец эпидемии ВИЧ.

Литература

1. Отчет о ходе выполнения глобальных мер в ответ на СПИД, 2015 год. Женева [Электронный ресурс]: ВОЗ, 2015 год – URL: http://www.unaids.org(25.09.2015).

ХИРУРГИЯ

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ВИДЕОЭНДОХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЕ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Ш.М. Саиддибиров – аспирант *96*

Кафедра хирургии ФПК и ППС

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия

Научный руководитель - д.м.н., доц. М.К. Абдулжалилов

Актуальность. Неуклонный рост числа пациентов, показателя поздней госпитализации, частоты неудовлетворительных результатов хирургического лечения пациентов с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки (ДПК), малоэффективность современных способов профилактики послеоперационных осложнений указывают на необходимость разработки новых способов снижения летальности.

Цель – улучшение результатов хирургического лечения пациентов с перфоративной язвой, осложненной распространенным перитонитом.

Материал и методы исследования. В работе представлен анализ результатов хирургического лечения результатов лечения 82 пациентов с перфоративной язвой в возрасте от 21 до 65 лет, прошедших хирургическое лечение в клинике хирургии ФПК ППС ФГБОУ ВО «ДГМУ». Мужчин среди них было72(87,8%), Женщин 10(12,2%). По каналу госпитализации пациенты распределились следующим образом: доставила бригады скорой помощи 64(78,0%), обратились самотеком – 18 (22,0%). Позже суток от начала заболевания оперированы 8 (11,9%) пациентов. Контрольную группу составили 67 пациентов, основную 15. При госпитализации собирали анамнез, всем пациентам выполняли обзорную рентгенографию брюшной полости на «свободный газ», ФГДС, УЗИ брюшной полости, лабораторные анализы крови и мочи. По анамнезу каждый четвертый пациент имел «желудочный анамнез», 13 (15,8%) - язвенный анамнез, а 47(57,3%) не имели никакой анамнез. В анализах крови у всех пациентов отмечался лейкоцитоз, на обзорной рентгенограмме – у 53 (64,6%) пациентов обнаружен под правым куполом диафрагмы «свободный газ». 22 (26,9%) пациентам выполнили пневмогастрографию для уточнения диагноза. Операцию выполняли под ЭТН. Пациентам контрольной группы выполнили лапароскопическое ушивание перфоративной язвы, лаваж и дренирование брюшной полости, а в основной группе – лапароскопию, уточняли локализацию язвы. На проекции язвы выполняли минилапаротомию длиной 5-6 см, иссекали язвенный инфильтрат, выполняли гемостаз краев раны электрокоагулятором. Проводили ревизию задней стенки ДПК для исключения наличие «зеркальной» язвы. После этого устанавливали многофункциональный назоинтестинальный зонд (МФНИЗ) нашей конструкции, который в дистальной части на протяжении 70 см имеет боковые перфоративные отверстия для

декомпрессии желудка и тонкой кишки, в 60 см от дистального конца на зонде надувной баллон (патент РФ на изобретение № 2581709). МФНИЗ позволяет обеспечить в раннем послеоперационном периоде гемостаз из язвы задней стенки, герметизацию и гемостаз из шовной линии, предупредить стеноз ушитого участка ДПК, а также обеспечить декомпрессию тонкой кишки. МФНИЗ продвигали до появлении в ране ДПК баллона. При наличии язвы задней стенки ДПК на ее поверхность укладывали лоскут гемостатической ткани «surgicalnu-knit». Затем другой лоскут гемостатической ткани располагали на переднюю поверхность баллона МФНИЗ. Рану ДПК ушивали швами Пирогова-Матещука (викрил 2/0). После завязывания швов раздували баллон НИЗ до легкой компрессии гемостатической ткани к шовной линиитак, чтобы наружный диаметр кишки не превышал более ¼ первоначального диаметра.

Результаты исследования. В раннем послеоперационном периоде выраженный парез ЖКТ наблюдали у 12 (17,9%) пациентов контрольной группы после лапароскопического ушивания перфоративной язвы, что проявлялся вздутием живота в течение 3-4 суток, неотхождением газов, отсутствием стула. Приходилось устанавливать назогастральный зонд, чаще вводить наркотические анальгетики. Несостоятельность швов наблюдали у 3 (4,5%) пациентов, 2 из них умерли. Послеоперационная летальность составила 3,0%. Причиной развития несостоятельности швов мы считаем развитие компартмент-синдрома, а также отсутствием защиты линии швов при ушивании перфоративной язвы диаметром более 10 мм у пациентов с общим гнойным перитонитом.Четвертый пациент умер от асфиксии и прогрессирования рака языка с метастазами в головной мозг. У пациентов основной группы послеоперационный период протекал без вздутия живота, наркотические анальгетики вводили реже, чем пациентам контрольной группы. Послеоперационный парез разрешался на сутки раньше, чем у пациентов контрольной группы. Несостоятельность швов не наблюдали. Умер один пациент, но не от хирургического осложнения, а от прогрессирующей сопутствующей патологии – наследственной прогрессирующей миодистрофии Беккера в результате развития дыхательной недостаточности.

Выводы:

1) расширение показаний для лапароскопического ушивания перфоративной язвы у пациентов с большим перофративным отверстием на фоне распространенного перитонита способствует росту показателя несостоятельности швов и послеоперационной летальности.

2) для улучшения показателей послеоперационных осложнений и летальности при хирургическом лечении пациентов с перфоративной язвой, осложненной распространенным перитонитом целесообразно применять различные способы профилактики послеоперационных осложнений (кровотечения из «зеркальной» язвы, стеноза места ушивания язвы), защиты кишечных швов и декомпрессии тонкой кишки.

3) всеми этими функциями обладает МФНИЗ нашей конструкции, что указывает на необходимость его широкого применения при хирургическом лечении пациентов с перфоративной язвой, осложненной распространенным перитонитом.

РОЛЬ ОПЕРАЦИИ ДЕСАРДА В ЛЕЧЕНИИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ У МУЖЧИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

К.А. Магомедова - ординатор 1 года, Р.Э. Магомедбеков - заочный аспирант, М.М. Магомедов *52*

Кафедра хирургии ФПК и ППС

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия

Большая частота встречаемости паховых грыж определяет медицинскую актуальность проблемы. Наиболее распространенные в настоящее время виды пластики пахового канала с использованием синтетических протезных материалов и аутопластики не лишены недостатков. Искусственные протезы привели к возникновению специфических послеоперационных осложнений: ощущение инородного тела, жесткость, дискомфорт в области пластики, местная хроническая инфекция, миграция сетки. В свою очередь аутопластические методики сопровождаются высоким уровнем рецидивов, необходимостью препаровки глубоких слоев пахового канала, незащищенностью семенного канатика в подкожно-жировой клетчатке. В 1983 году индийский хирург Десард М.Р предложил метод аутопластики, который к настоящему времени получает все большее распространение в разных странах. Суть его заключается в укреплении задней стенки пахового канала расщепленным листком апоневроза наружной косой мышцы живота.

Цель исследования. Роль операции и возможные преимущества операции Десарда при первичной паховой грыже.

Материалы и методы. За период 2013-2016гг. выполнено 26 операций по методу Десарда. Все пациенты- мужчины. Возраст от 18 до 45 лет. У 16 пациентов была косая паховая грыжа, у 10- прямая. Все грыжи были первичные. Тяжелая сопутствующая патология у пациентов отсутствовала. У 16 пациентов операция выполнялась под спинальной анестезией, у 10 под местной инфильтрационной. Методика операции заключалась в следующем: рассечение апоневроза наружной косой мышцы (АНКМ) выполнялась на уровне верхнего края наружного пахового кольца. Далее выделялся и иссекался грыжевой мешок, затем проводилась препаровка до внутреннего пахового кольца(ВПК) семенного канатика. К нижнему краю паховой связки подшивался верхний листок апоневроза с поперечной фасцией. При подшивании из-за первоначально высокого рассечения АНКМ, возникло натяжение, которое ликвидировалось продольным рассечением апоневроза на 2-2,5 см выше подшитого края, не доходя до бугорка лонной кости на 1-1,5 см и на 1-2 см дальше ВПК. Расщепленный листок

апоневроза из-за натяжения произвольно смещался вниз, и край его подшивался непрерывным швом к обнажившимся мышцам и фасции, образуя фиксированную заднюю стенку пахового канала. Семенной канатик укрывался нижним и верхним свободными листками АНКМ. Использовался полипропиленовый шовный материал. Средняя продолжительность оперативного вмешательства составила 48 минут. Осложнений во время операции и в послеоперационном периоде не было.

Результаты исследования показали, что герниопластика по Десарду показывает минимальные действия на эпидемотестикулярную функцию и предпочтительна для пациентов репродуктивного возраста с целью сохранения их фертильности

Заключение.

Сложившийся стереотип хирургов и пациентов о преимуществе «сеток» в сравнении с аутопластикой мешает внедрению этой перспективной методики в хирургическую практику. Мы оцениваем пластику Десарда, как эффективную, надежную и простую в исполнении, которая может являться операцией выбора.

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

З.Н. Дундарова - студентка 615 гр. лечебного факультета

Кафедра общей хирургии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия

Научный руководитель - к.м.н. З.Р. Хайбуллаева

Актуальность. На более поздних этапах заболевания на первое место выходит профилактика разнообразных гнойно-септических осложнений (ГСО). Высокая частота ГСО определяет актуальность проблемы выбора антибактериальной профилактики и терапии.

Цель исследования. Определение рационального режима антибиотикопрофилактики ГСО в комплексной базисной терапии.

Материалы и методы. Всего было обследовано 244 пациента, находившихся на лечении в РКБ с 2006 по 2017 год. В группы сравнения вошли больные с ОДП, тяжесть которого соответствовала в среднем 2,76-2,96 баллов по В.Б. Краснорогову и 44,7-45,48 баллов по В.А. Юдину, что определяло прогноз тяжелой формы острого панкреатита. В основную группу вошли 114 пациентов, которым на фоне парентеральной антибиотикопрофилактики проводили селективную деконтаминацию кишечника (СДК). Режим СДК был реализован с использованием препаратов фторхинолонового и дифторхинолонового ряда (ципрофлоксацин, пефлоксацин, спарфлоксацин) в терапевтической дозировке. Курс СДК в среднем составил 7-10 дней. В контрольную группу вошли 130 пациентов, получавших стандартную антибиотикотерапию без проведения СДК. Отмена антибактериального препарата происходила при регрессе симптомов системной

воспалительной реакции, в среднем на 3-4 сутки от момента купирования «SIRS реакции».

Результаты исследования. Нами было достоверно установлено снижение количества больных с ГСО в основной группе (основная 7,02±2,39%, контрольная 17,69±3,35% при показателе $p<0,05$). Отмечено уменьшение количества «локальных» (основная 7,02±2,39%, контрольная 15,38±3,16%$p<0,05$) и «распространенных» форм ГСО (основная 2,63±1,50%, контрольная группа 9,23±2,54%). На фоне антибиотикотерапии основной группы происходило уменьшение количества больных нуждающихся в оперативном вмешательстве (основная 8,77±2,65%, контрольная 18,46±3,40%), за счет сокращения операций предпринятых в виду развития ГСО (основная 6,14±2,25%, контрольная 12,31±2,88%). В основной группе увеличилось время от заболевания до оперативного вмешательства по поводу ГСО панкреонекроза (основная 32,43±4,52 сутки, контрольная 20,19±1,67 сутки). Следует отметить, что существенного влияние режима антибиотикотерапии на процент возникновения таких осложнений как ОПН, эрозивно-язвенные поражения ЖКТ, коагулопатия, аррозивные кровотечения, плеврит и пневмонии в нашем исследовании отмечено не было. Данные изменения в группах исследования мы связываем с отграничением или недопущением «распространения» процесса деструкции вызванного гнойным расплавлением ткани поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки в основной группе на фоне выбранного режима антибиотикопрофилактики и терапии. Наряду с клинико-лабораторной оценкой метода, эффективность выбранного режима антибиотикопрофилактики и терапии нами оценивалась по способности режима влиять на условно-патогенную флору толстого кишечника (превалирующую в условиях пан-креонекроза). По данным исследования микробиоценоза кишечника у больных в основной группе на фоне режима СДК в 82,61±8,08% случаев роста кишечной микрофлоры не обнаружено, против 27,27±9,72% больных контрольной группы. Как следствие снижения количества ГСО панкреонекроза, уменьшения «распространенных» форм ГСО, количества предпринимаемых операций в основной группе нами отмечено снижение как общей летальности (основная группа 3,51±1,72%, контрольная 10,77±2,72%), так и летальности от ГСО (основная группа 1,75±1,23%, контрольная группа 9,23±2,54%).

Выводы. Комбинированный режим, сочетающий назначение парентеральных цефалоспоринов III и IV поколения с энтеральным введением антибиотиков фторхинолонового ряда является эффективным режимом антибиотикопрофилактики ГСО панкреонекроза. Эффективность подтверждена снижением частоты и степени распространенности ГСО. Как следствие этого отмечено снижение показателей летальности в целом, так и от ГСО.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ РЕЙНО МЕХАНИЧЕСКИМ СТИМУЛИРОВАНИЕМ АНГИОГЕНЕЗА

Э.Э. Велиева - студентка 506 группы лечебного факультета70

Кафедра общей хирургии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - д.м.н., проф. М. Р. Рамазанов

Актуальность: Частота возникновения хронической ишемии конечностей, по данным литературы, составляет 4,7-5% в структуре всех ишемических состояний конечностей. В 28-35% наблюдений ишемический синдром обусловлен поражением дистальных отделов артериального русла. Наиболее часто нозологической причиной дистальной ишемии конечностей является болезнь Рейно (БР). В связи с тем, что БР чаще выявляют у пациентов молодого и трудоспособного возраста, несомненна особая актуальность проблемы лечения этой патологии. Клинические наблюдения показывают, что больные часто не получают адекватного лечения в связи с ошибочной и поздней диагностикой причины заболевания, что ведет к снижению качества жизни пациентов, а в некоторых случаях – к лишению трудоспособности. В связи с этим необходим поиск альтернативных доступных методов лечения БР, дополняющие традиционные.

Цель исследования: Провести оценку эффективности и анализировать результаты лечения пациентов с болезнью Рейно путем механического стимулирования ангиогенеза с помощью аппарата «Мобильная кушетка» нашей конструкции.

Материал и метод исследования. Работа основана на результатах лечения 38 больных находившихся в Центре восстановительной хирургии с наращиванием сосудов в период с 2016 по 2017гг. Мужчин было 26 (68,4%), женщин – 12 (31,6%) . Возраст больных колебался от 17 до 40 лет. Длительность заболевания варьировала от 1,5 год до 8 лет. БР стадии I диагностировано у 4 пациентов, II стадии – 23 и III стадии – у 11 пациентов. Всем пациентам проводили механическое стимулирование ангиогенеза на аппарате «Мобильная кушетка».

Для проведения лечения ступенчатым стимулированием ангиогенеза нижних конечностей поле действия зрительно разделялось на три сегмента. Первый сегмент – аортобедренный, второй – бедренно-подколенный, третий сегмент – дистальный. Затем последовательно артерии этих сегментов вовлекаются в процессе стимулирования кровообращения. Многопозиционное устройство «Мобильная кушетка» имеет возможность вращаться вокруг поперечной оси, что позволяет создавать дополнительное гравитационное давление. Больным предварительно в течение от 1 до 3 дней проводят подготовительные процедуры: диеты, умеренное сдавление аорты кулаком, если необходимо и слабительное. С помощью «Мобильной кушетки» кровь с напором направляется путем передавливания магистральных сосудов в больную конечность. Перед этим предварительно увеличивается ишемия в больной конечности, сдавливая функционирующие сосуды с целью увеличения

концентрации вазоактивных продуктов, способствующих усилению процесса ангиогенеза. Для механического стимулирования ангиогенеза больной ложится на основание аппарата так, чтобы ягодичная область оказалась между вертикальными стойками. С помощью расслабления, а затем закрепления винтов прижимные пяты устанавливаются на проекции обеих бедренных артерий в паховых областях. При опускании прижимная пята мягко, но очень плотно передавливает бедренную артерию, при поднятии прижимной пяты сдавливание артерий прекращается. Методику начинают с передавливания обеих бедренных артерий с помощью прижимных пят на 1,5-3 мин в течение 3-5 дней, что усиливает напор крови в проксимальных артериях. На 4-5-й день перед расслаблением сдавленных бедренных артерий в начале частично, а через 2-3 дня полностью передавливают брюшную аорту на 1-3 мин. В день проводят 2-4 процедуры. Курс лечения 15-20 дней.

Результаты исследования: Нами проведен анализ результатов лечения 38 больных с БР. Лечение проводили консервативными методами и хирургическим путем. Показаниями к выполнению операции были: наличие стойкого болевого синдрома, нарушение трофики, неэффективность адекватной консервативной терапии. В дополнение всем пациентам проводили курс механического стимулированиями ангиогенеза. Результаты лечения оценивались как хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные. Хорошими считали результаты при исчезновении или значительном уменьшении выраженности болевого синдрома, уменьшении продолжительности и частоты приступов вазоспазма; при наличии язв – их очищение и эпителизацию. Удовлетворительными считали результаты приуменьшении выраженности болевого синдрома, частоты пароксизмов вазоспазма, прекращении прогрессирования трофических расстройств, положительном влиянии ранее неэффективной медикаментозной терапии. Результаты считали неудовлетворительными при отсутствии положительного эффекта, появлении или прогрессировании раннее существовавших признаков заболевания. Таким образом, хороший результат отмечался у 27 (71,1%) пациентов; удовлетворительный у 9 (23,6%) и неудовлетворительный результат у 2(5,3%) пациентов. Причин негативных результатов являлись не проведения курсов противорецидивной медикаментозной терапии, либо курсы терапии были случайными и единичными.

Выводы: Полученные результаты позволяют утверждать, что механическая стимуляция ангиогенеза играет существенную роль в усилении кровоснабжения тканей, улучшении микроциркуляции и обмена веществ в тканях, что обеспечивает эффективность в лечении БР.

РАННЕЕ ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ КАК ЭНТЕРОПРОТЕКТИВНЫЙ КОМПОНЕНТ РАЗВИТИЯ МИКРОБНОЙ ТРАНСЛОКАЦИИ У ПАЦИЕТОВ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ПАРАПАНКРЕАТИТА

З.Н. Дундарова - студентка 615 гр. лечебного факультета 67

Кафедра общей хирургии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия

Научный руководитель - к.м.н. З.Р. Хайбуллаева

Актуальность. Летальность при остром деструктивном панкреатите (ОДП) остается постоянной величиной, достигая при инфекционных осложнениях некротизирующего панкреатита 28—80 %. При анализе неудач в лечении этого заболевания, кроме прочих, видна нерешенная проблема коррекции резко возрастающих метаболических потребностей пациентов.

Цель исследования. Оценить энтеропротективную составляющую раннего энтерального питания в послеоперационном периоде.

Материал и методы. В основу работы положен анализ результатов лечения 67 пациентов, оперированных по поводу инфекционных осложнений ОДП. В контрольную вошли 35 пациентов, которым в послеоперационном периоде проводили стандартную интенсивную терапию, включая парентеральное питание. Основную группу составили 32 пациента, у которых в комплекс интенсивной терапии было включено раннее энтеральное питание с использованием сбалансированных питательных смесей. Обе группы были сопоставимы по типу оперативного вмешательства, степени тяжести исходного состояния, уровню прогнозируемой летальности. Энтеральное питание начинали со 2-х суток в объеме 250–500 мл/24 ч.

Результаты и обсуждение. В послеоперационном периоде были выполнены микробиологические исследования посевов крови, перитонеального экссудата и гноя абсцессов у оперированных больных. При этом было выявлено, что в обеих группах больных в качестве возбудителей гнойной инфекции были идентифицированы E. Coli, Enterobacter, Ps. aeroginosae (без достоверных качественных отличий между группами). Изучено 68 посевов раневого отделяемого и данные бактериологического исследования крови у пациентов контрольной группы. Было показано, что преобладающей флорой (82,4%), являлись E. coli и Enterobacter. Выполненные 44 посева крови у 35 больных позволили выделить микрофлору у 12(27,3%) из них. При анализе содержимого посевов у больных основной группы было показано, что представители кишечной группы (E. coli и Enterobacter) были высеяны лишь в 32,3%. При исследовании крови на стерильность положительный результат посева был получен у 5 пациентов. Было показано, что процент высеваемости представителей кишечной флоры у пациентов основной группы (посевы выполнялись во время этапных некрсеквестрэктомий) был достоверно ниже, чем у пациентов группы контроля.

Таким образом, на основании анализа высеваемости микроорганизмов было показано, что у пациентов, получавших раннее энтеральное питание, достоверно ниже (p <0,05) процент высеваемости бактерий кишечной группы, что свидетельствует об энтеропротективном компоненте энтерального питания в раннем послеоперационном периоде и профилактике массивной бактериальной транслокации. Летальность в первой группе составила 28,6%. Причинами смерти во всех случаях явились развитие выраженного синдрома эндогенной интоксикации, полиорганной недостаточности и гнойно-септических осложнений. Летальность во второй группе составила 15,6%.

Выводы.

1. Включение в комплексную лечебную программу больных с гнойными осложнениями ОДП раннего энтерального питания уменьшает уровень летальности с 28,6 % до 15,6%.

2. Микробиологический анализ кишечного содержимого, гноя из зоны панкреонекроза и парапанкреатических областей, системного кровотока, органов и тканей при ОДП указывает на энтеральный путь генерализации инфекции, как важнейший механизм инфицирования некротически измененной поджелудочной железы и окружающих тканей, а также развития системной воспалительной реакции, полиорганной недостаточности и сепсиса.

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

О.В.Толстова — студентка 2.5.03 группы педиатрического факультета 76

Кафедра хирургических болезней №1

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

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

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

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

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

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

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

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ РЕТИНОПАТИИ НЕДОНОШЕННЫХ

О.В. Большакова – ассистент *94*

Кафедра детских болезней педиатрического факультета

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, г. Волгоград, Россия

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

Актуальность. Ретинопатия недоношенных (РН) доминирует в структуре причин нарушения зрения, как в развитых, так и в развивающихся странах. Значимость рассматриваемого заболевания существенно возрастает в связи с переходом неонатологической службы нашей страны на международные критерии ВОЗ, что способствует увеличению частоты развития РН. РН - это сосудисто-пролиферативное поражение глаз недоношенных детей, связанное с нарушением васкулогенеза сетчатки вследствие преждевременного родоразрешения. Данная патология относится к группе заболеваний, требующих высокотехнологичных подходов к диагностике и лечению. Профилактика РН является актуальной проблемой во всём мире. [1]

Цель: изучение факторов риска развития и прогрессирования РН.

Задачи: оценить перинатальные факторы риска развития и прогрессирования РН.

Материалы и методы. Для оценки факторов риска возникновения РН был проведен ретроспективный анализ историй стационарных больных 90 новорожденных, находившиеся на лечении в отделении патологии новорожденных и недоношенных детей. Статистический анализ проводился с использованием пакета, встроенного в MS Office Excel. Для оценки достоверности наличие связи «воздействие-ответ» рассчитывался 95% доверительный интервал (CI), в пределах которого находилось истинное значение показателя отношения шансов, вероятность получения ошибочных значений в выполненных исследованиях не превышала 5%. Наличие связи считалось достоверно установленным, если нижняя граница доверительного интервала была больше 1,0.

Результаты исследования. В ходе исследования были сформированы 3 группы недоношенных детей, сопоставимых по возрасту и полу: в 1-ую группу было включено 30 новорожденных детей с РН I-II ст., во 2-ую группу было включено 30 новорожденных детей с РН III ст. (после лазеркоагуляции сетчатки глаз), 3-ю (контрольную) группу составили 30 новорожденных без патологии со стороны органов зрения.

В ходе анализа течения беременности выявлены антенатальные факторы риска развития РН: гестозы во время беременности – в 1-ой группе 23,3% случаев, во 2-ой группе 40%, в 3-ей группе 13,3% случаев; преждевременная отслойка плаценты и кровотечение в родах – 16,7%, 30% и 10% случаев соответственно; состояния, ведущие к нарушению маточно-плацентарного

и плодового кровообращения (угроза прерывания, хроническая гипоксия плода и др.) – 53,3%, 80% и 30% соответственно.

Полученные данные свидетельствуют о том, что во второй группе антенатальный период протекал с наличием наибольшего числа факторов, осложняющих течение беременности.

Гестационный возраст (ГВ) при рождении в 1-ой группе – 30,3±0,75 недели, во 2-ой группе - 28,13±0,97 недели, в 3-ей группе – 33,7±0,85 недели (t>2 (9,9)). Оценка по шкале Апгар на первой минуте: 4,5±0,37; 3,7±0,53 и 5,83±0,52 балла соответственно (t>2 (6,4)).

Масса тела при рождении была меньше у детей во 2-ой группе – 1119,57±103,37, по сравнению с детьми в 1-ой группе –1357,68±164,63 г, и значимо меньше по сравнению с детьми в 3-ей группе – 2119,9±183,65 г (t>2 (8,7)).

Таким образом, выявлено существование сильной отрицательной корреляционной связи между риском развития РН и степенью зрелости ребенка при рождении. Чем меньше масса тела, ГВ и баллы по шкале Апгар, тем выше частота и тяжелее течение РН.

В исследуемых группах выявлено, что у детей в 1-ой группе ИВЛ проводилась 4,3±3,1 дня, во 2-ой группе ИВЛ - 16,5 ± 5,2 дня, в 3-ей (контрольной) группе – 1,8 ± 1,1 дня. Более длительная ИВЛ проводилась детям второй группы (РН III ст.).

Анализируя структуру перинатальной патологии новорожденных, выявлено, что в 1-ой группе новорожденных наиболее частой сопутствующей патологией были: врожденная пневмония (73,3%), перивентрикулярная ишемия 1-2 степени (70%), анемия недоношенных (40%); во 2-ой группе - врожденная пневмония (83,3%), анемия недоношенных (66,7%), гипоксически-геморрагическое поражение ЦНС внутрижелудочковые кровоизлияния (ВЖК) 2 степени (53,3%); в 3-ей группе - врожденная пневмония (30%), анемия недоношенных (20%), перивентрикулярная ишемия 1-2 степени (10%) (таблица 1).

При анализе факторов риска развития РН и взаимосвязи с соматической патологией методом рангов, выявлена в 1-ой и во 2-ой группе прямая, высокая связь (r=0,7 и r=0,9 соответственно) со следующими заболеваниями: ВЖК, врожденной пневмонией, анемией новорожденных.

Таблица 1

Нозологическая структура перинатальной патологии у детей в исследуемых группах

	1-я группа	2-я группа	3-я группа
Перивентрикулярная ишемия 1-2 степени	21 (70%)	9 (30%)	3 (10%)
ВЖК 2 степени	6 (20%)	16 (53,3%)	2 (6,7%)

ВЖК 3 степени	3 (10%)	8 (26,7%)	0 (0%)
Врожденная пневмония	22 (73,3%)	25 (83,3%)	9 (30%)
Синдром дыхательных расстройств	10 (33,3%)	18 (60%)	2 (6,7%)
Бронхолегочная дисплазия	2 (6,7%)	3 (10%)	0 (0%)
Анемия недоношенных	12 (40%)	20 (66,7%)	6 (20%)

Выводы. В ходе исследования доказано влияние осложненного течения беременности на развитие РН: гестозов, преждевременной отслойки плаценты, угрозы прерывания беременности, хронической гипоксии плода. В постнатальный период наибольшее влияние на возникновение РН оказывают: низкая масса тела при рождении, малый срок гестации, длительная ИВЛ, врожденная пневмония с развитием дыхательной недостаточности, ВЖК и анемия новорожденных. При развитии РН III степени выявлено сочетание следующих факторов риска: малый срок гестации, низкая масса тела при рождении, гипоксия в родах, длительная ИВЛ.

Таким образом, минимизации развития и прогрессирования РН заключается в профилактике преждевременного родоразрешения, оптимизации условий выхаживания недоношенных новорожденных, адекватном лечении патологических состояний перинатального периода и своевременном проведении диагностики и лечения РН.

Список литературы

1. Перивентрикулярная лейкомаляция у недоношенных новорожденных, перинатальные факторы риска / Н.В. Малюжинская, И.В.Петрова, О.В.Большакова, Е.Н.Ермак // Наука в современном информационном обществе: матер. XI международной научно-практической конференции – North Charleston, USA, 2017. – С. 43-45.

ОСТРАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА: ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ПРОЯВЛЕНИЯ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Л.В. Жерко, А.С. Казакова – студентки 2404 гр. педиатрического факультета 94
Кафедра пропедевтики детских болезней УО БГМУ, г. Минск, Республика Беларусь

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

Актуальность. Интерес к острой ревматической лихорадке(ОРЛ) не перестает угасать на современном этапе развития медицины. Это связано с наличием большого количества осложнений, ранней инвалидизации, нередко приводящей к преждевременной смерти.

Цель исследования.Выявить особенности течения и проявления ОРЛ у детей и

подростков на современном уровне развития медицины.

Материалы и методы исследования.Нами был проведен анализ историй болезни детей, находившихся на госпитализации в ревматологическом отделении УЗ 4 ДГКБ г. Минска за последние 6 лет с 2011 по 2016 годы с диагнозом ОРЛ. Число первичных госпитализаций за 6 лет составило 45, средний возраст госпитализированных детей и подростков – 12,34 года (6-17 лет). Статистическую обработку результатов проводили с использованием пакета программ Statistica 10,0.

Результаты исследования.Очаги хронической инфекции имели место у 100 % детей и подростков с ОРЛ: хронический тонзиллит был обнаружен у 39 детей – 87 %, из них 4 человека (8,9 %) имели сочетание хронического тонзиллита и хронического синусита; хронический фарингит был диагностирован у 5 человек (11,1 %), носоглоточные инфекции – 6 детей (13,3 %), стрептококковые инфекции – 10 детей (22,2 % наблюдений).Отягощенный семейный анамнез по ревматическим болезням имели 2 пациента (4,4 % детей), по хроническому тонзиллиту – 2 пациента (4,4 % детей).

ОРЛ 0-I и I степени активности была диагностирована у 53,3 % пациентов при первичной госпитализации, I-II и II степени активности – у 46,7 % пациентов, ОРЛ III степени активности диагностирована не была. Ревмокардит в виде эндомиокардита и миокардита имел место у 77,8 % детей и подростков с ОРЛ. Вальвулит митрального клапана был выявлен у 62,2 % пациентов, вальвулит аортального клапана - у 28,9 % детей с ревмокардитом.Ревматические полиартриты, олиго- или моноартриты коленных, локтевых, лучезапястных суставов имели место у 13,3 % пациентов с ОРЛ, суставной синдром и артралгии – у 35,6 % детей и подростков.Малая хорея была выявлена у 4,4 % детей. Кольцевидной эритемы, подкожных ревматических узелков у детей и подростков за весь период наблюдения обнаружено не было. Лихорадка при поступлении имела место у 20 % человек, из них – у 15,6 % в диапазоне субфебрилитета, у 4,4 % – в диапазоне фебрилитета.

При анализе данных ЭКГ основными изменениями были синусовая тахикардия (15,6 %), синусовая брадикардия (11,1 %), синдром наджелудочкового гребешка (24,4 %), миграция водителя ритма (13,3 %), укорочение интервала PQ (13,3 %), изменения в миокарде левого желудочка (17,8 %), нарушения проводимости в виде атриовентрикулярной блокады 1 степени (6,7 %), неполной блокады правой ножки пучка Гиса (17,8 %), неполной блокады левой ножки пучка Гиса (8,9 %), нарушение процессов реполяризации (13,3 %).

По данным эхокардиографии (ЭхоКГ) вальвулит митрального клапана сопровождался уплотнением краев створок митрального клапана, митральной регургитацией I степени у 89,3 % пациентов, митральной регургитацией I-II степени у 10,7 % пациентов. Вальвулит аортального клапана сопровождался уплотнением краев створок аортального клапана,

аортальной регургитацией – у 92,3 % человек, из них у 77 % пациентов была выявлена аортальная регургитация I степени, у 15,4 % – I-II степени.

У 4,4 % пациентов с ОРЛ при выполнении ЭхоКГ были выявлены врожденные пороки сердца: открытый артериальный проток и дефект межжелудочковой перегородки.Малые аномалии развития сердца (МАРС) по данным ЭхоКГ имели место у 75,6 % обследованных детей, самыми частыми МАРС были аномально расположенные хорды левого желудочка (66,7 %), пролапс митрального клапана (24,4 %), аневризма межпредсердной перегородки (8,9 %), функционирующее овальное окно (13,3 %). Сочетание двух МАРС было выявлено у 28,9 % детей и подростков, трех МАРС – у 2 %. Частота МАРС у пациентов с ОРЛ значительно превосходит частоту в популяции. В популяции по результатам ЭхоКГ пролапс митрального клапана встречается у 1-2,5 % людей, по результатам Framingham исследования – у 2,4 %, аневризма межпредсердной перегородки – в 1 % случаев при скрининговых ультразвуковых исследованиях.

Внесердечными проявлениями при ОРЛ по данным ультразвукового исследования (УЗИ) органов брюшной полости и забрюшинного пространства были гепатомегалия (24,4 %), спленомегалия (22,2 %), диффузные изменения со стороны печени, поджелудочной железы (13,3 и 17,8 %, соответственно), увеличение лимфатических узлов в воротах печени (13,3 %), УЗИ щитовидной железы – гиперплазия щитовидной железы (24,4 %).

Особенностью пациентов с ОРЛ была малая частота лабораторных маркеров острого воспаления: лейкоцитоз – в 22,2 % случаев, палочкоядерный сдвиг лейкоцитарной формулы влево в 6,7 % наблюдений, повышение СОЭ – у 15,6 % пациентов, СРБ был повышен у 24,4 % пациентов. Типичными изменениями в общем анализе крови были нейтрофилопения за счет сегментоядерных нейтрофилов в диапазоне от 18 до 46 % (57,8 % пациентов), лимфоцитоз в диапазоне 40–70 % (имел место у 66,7 % пациентов), моноцитоз (у 11,1 % пациентов).у всех детей был повышен уровень антистрептолизина-О в диапазоне от 158 до 1600 МЕ/мл.

Выводы.1. На современном этапе развития медицины наблюдается изменение клинических проявлений ОРЛ: высокая частота ревмокардита, вальвулита аортального и митрального клапанов, низкая частота полиартрита, малой хореи, отсутствие кольцевидной эритемы и подкожных ревматических узелков.

2.МАРС могут быть частью фенотипа человека, способствующего поражению сердца при ОРЛ.

3. Внесердечными проявлениями ОРЛ являются гепатомегалия, спленомегалия, диффузные изменения со стороны поджелудочной железы и печени, увеличение лимфатических узлов в воротах печени, гиперплазия щитовидной железы.

4. Малая частота лабораторных маркеров острого воспаления (СРБ и СОЭ) и высокая частота повышения уровня АСЛ-О).

МИНИМАЛЬНАЯ МОЗГОВАЯ ДИСФУНКЦИЯ И ЕЁ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ГОРОДА МАХАЧКАЛЫ

[1]Р.М. Манапова – ассистент, [1]А.М. Алискандиев, [2]Х.М Омарова

[1]Кафедра факультетской и госпитальной педиатрии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия

[2]Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия

Актуальность. По данным отечественных исследователей и ведущих детских центров психоневрологии Российской Федерации в структуре перинатальных поражений головного мозга большой удельный вес занимает минимальная мозговая дисфункция (ММД). Распространенность частоты ММД среди детей дошкольного и школьного возраста колеблется от 2 до 24%.

Актуальной медико–социальной проблемой является то, что ММД у детей имея стертую клиническую картину, своевременно не диагностируется, соответственно не проводится профилактика и лечение заболевания тем самым вызывая его утяжеление и хроническое течение.

Учитывая вышеизложенное, проблема ММД на сегодняшний день является медико-социальной проблемой, а его своевременная диагностика и лечение приобретает актуальный характер. На сегодняшний день нет данных по заболеваемости и распространенности ММД в Республике Дагестан. Данное исследование явилось попыткой восполнения этого пробела в медицине.

Целью исследования явилось изучение распространенности ММД у детей дошкольного и младшего школьного возраста г. Махачкалы.

Материалы и методы исследования. С целью изучения распространенности ММД в Махачкале было обследовано 600 детей из детских дошкольных учреждений (детские сады №№ 5, 31,39,55). Для исследования использовали оригинальную карту «анкета – опросник» разработанную нами совместно на кафедрах факультетской госпитальной педиатрии и детской психоневрологии. Данные карты позволят нам провести объективную оценку клиники и диагностики ММД. Так как заболевание не ограничивается синдромом гиперактивности и дефицита внимания (СГДВ), то особое внимание в анкетировании придавали акушерскому анамнезу матери ребенка: течение беременности, родов и послеродового периода, наличие экстрагенитальной патологии. Также уделялось внимание вопросам касающиеся периода новорожденности ребенка, оценка при рождении по шкале Аппгар и Сильвермана при недоношенности, оценка неврологического статуса и далее социальная дезадаптация, оценка расстройств и их изменения на фоне проводимой терапии.

Результаты исследования. В результате проведенных анализов 600 анкет - опросников установлено, что ММД выявлено у 72 ребенка в возрасте от 2 до 6 лет, что составило 12%. Следует обратить внимание, что почти 28 (4,6%) из детей с ММД диагноз выставлен впервые при нашем обследовании. Имея стертую клиническую картину, заболевание не было выявлено своевременно, хотя дети с момента выписки из родильного стационара находились на учете в детской поликлинике. Из них у 8(1,4%) детей со слов матери в первый год жизни были выявлены неврологические нарушения, назначено лечение, но родители проигнорировали рекомендации врача. В результате чего у 16 (3,0%) детей с ММД имелись выраженные признаки синдрома гиперактивности и дефицита внимания.

При определении пола так же установлено, что среди 72 детей с признаками ММД было 49 мальчиков и 23 девочек. Это подтверждает данные литературы о том, что у мальчиков ММД встречается почти в 2-3 раза чаще, чем у девочек.

Если рассматривать распространенность ММД по возрасту, то чаще признаки встречались у детей от 2,5 до 4,5 лет – 48(8%), т.е. в младших группах детского сада. Наши данные касающиеся возраста пика заболевания не соответствуют показателям зарубежных и отечественных исследователей.

Отечественные исследователи считают, что пиком заболевания у детей ММД это 6-7 лет, а зарубежные считают с 7-8 лет.

Объясняется это тем, что латентное течение неврологических нарушений обостряется при умственной и физической нагрузке, которая начинается в начальных классах школы.

Далее при выяснении акушерского анамнеза матерей детей с ММД в 61 (10,7%) случае отмечались осложнения различного характера во время беременности и родов: обострение хронического пиелонефрита 48,4%, преждевременные роды 32,3%, поздний репродуктивный возраст 18,0%, обострение хронического ВУИ 30,0%, роды путем кесарева сечения 16,0%, слабость родовых сил 6,0% слабость потуг 13,0%, острая гипоксия плода 5,0%.

Течение первого года жизни у детей с ММД протекала с различными осложнениями чаще всего воспалительного характера: частые ОРЗ и ангины осложнившиеся хроническим фарингитом и бронхитом 91,4%, хроническими воспалительными заболеваниями ЖКТ 81,0%; осложнения не воспалительного характера: внутричерепная гипертензия 26,0%, осложнения после прививки 83,0%, черепно-мозговая травма 21,4%.

Возможно, что частые осложнения воспалительного характера связаны с тем, что у детей сММД имеются нарушения в иммунной системе в сторону его снижения.

Выводы. Итак, с учетом полученных данных установлено, что распространенность ММД в городе Махачкала среди детей от 2,5 до 6 лет составляет 12,0%. К сожалению не диагностированные формы ММД занимают высокий процент среди детей – 4,6%, что при отсутствия должной профилактики может приводить к утяжелению симптомов.

Учитывая высокую распространенность ММД и наличия большого количества детей с не диагностированной формой заболевания, необходима разработка комплексных мер по ведению их, начиная с родильного стационара, а новорожденных с осложненной гестацией у матери перевести в группу высокого фактора риска развития ММД.

ПРОЯВЛЕНИЕ ВЕТРЯНОЧНОГО ЭНЦЕФАЛИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

А.А. Кончук - студентка 6 курса педиатрического факультета 77

Кафедра детских инфекционных болезней с курсом ПО

ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России,

Красноярск, Россия

Научный руководитель - к.м.н. И.А. Кутищева

Актуальность: Детское население наиболее часто подвержено различным воздушно-капельным инфекциям. На долю ветряной оспы приходится более 70%. Ветряная оспа – это острая вирусная инфекция, проявляющаяся лихорадкой, умеренно выраженной интоксикацией и распространённой сыпью. Ветряная оспа отличается контагиозностью, повсеместным распространением, значительным экономическим ущербом, является одной из внутрибольничных инфекций. Заболеваемость ветряной оспой в России остается высокой. В последнее десятилетие отмечена тенденция к росту заболеваемости ветряной оспой с 353,2 на 100 тыс. населения в 1999 г. до 600,2–563,9 в 2007–2008 гг. соответственно. Пик заболеваемости приходится на возрастную группу 3-6 лет. В Красноярском крае также отмечается рост заболеваемости ветряной оспой. Только за период 2000 – 2011 гг. общий показатель заболеваемости увеличился в 1,6 раза, а у детей в 2 раза. Отмечается рост вспышечной заболеваемости в организованных детских коллективах.

Цель работы: изучить проявления ветряночного энцефалита у детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования:

1. Изучение историй болезни (n= 15)
2. В работе использовались методы сплошного статистического наблюдения, выкопировки данных, логистического анализа, ретроспективного анализа. Математическая и статистическая обработка данных выполнена с использованием критериев непараметрической статистики (x^2 , U-критерий Манна-Уитни, Т-критерий Вилкоксона для малых выборок) с достоверностью различия значений при <0,05.

Пациенты и методы: под наблюдением находилось 15 пациентов в возрасте от 0 до 8 лет, госпитализированных в инфекционный стационар МБУЗ ГКДБ №1 г. Красноярска за период 2016-2017 гг.

Результаты исследования. При изучении историй болезни мы обращали внимания на определенные показатели. Среди изученных историй болезни мы наблюдали, что заболевшие

мальчики составляли 60%, а девочки 40%. По возрастным показателям наблюдаемых больных дети в возрасте до 2-х лет (6,7%), дети в возрасте 3-5 лет составили 53,3%, старше 6 лет – 40%. Наибольшая часть пациентов (93,3%) имели непосредственный контакт с больным ветряной оспой, 6,7% (1 ребенок) не имел контакта с больными ветряной оспой, а также опоясывающим лишаем. 13,3% детей болели на момент поступления в стационар ветряной оспой, 33,3% детей перенесли ветряную оспу 1-3 дня назад, 33,3% перенесли ветряную оспу 3-5 дней назад, 20% детей перенесли ветряную оспу более 5 дней назад. В зависимости от выраженности синдрома интоксикации, локализации, характера и длительности периода высыпаний диагностированы легкая 47%, среднетяжелая 53% и тяжелая 0% формы заболевания. Необходимо было выяснить какой период высыпания был у данных детей: 1-2 дня – 7%, 3-4 дня – 27%, 5-6 дней – 46%, более 6 дней – 20%. У 52% исследуемых детей наблюдались корочки, у 20% везикула, у 12% детей наблюдались везикулы, у 8% - эрозии и у 8% пятно. Следующим пунктом нашей работы являлось изучение ветряночных энцефалитов. Острое начало заболевания наблюдалось у 100% детей. Формы ветряночного энцефалита у детей: типичная форма – 40%, аатаксическая форма – 60%. Воспалительные изменения в спинномозговой жидкости в виде двухзначного цитоза- 26,6%, трехзначного цитоза – 6%, как правило, не превышало нормативных показателей у 53,3%, 13,3% детей не было проведено исследование, так как родители заполнили документы об отказе. Изменения на глазном дне в виде умеренно выраженных признаков внутричерепной гипертензии отмечались у 80% больных.

В зависимости от проявлений и симптомов энцефалита диагностированы легкой степени тяжести 0%, средней степени тяжести 80%, тяжелой 20%. Течение ветряночного энцефалита в 100% было гладким. Головная боль, тошнота и рвота наблюдались у 16,9% процентов исследуемых детей, повышение температуры тела у 12,3%, у 9,2% имели место такие симптомы как вялость, шаткость походки, сыпь у 7%, скандированная речь, нарушение координации движений – у 6,1%, снижение аппетита наблюдалось у 4,6%, у 3% детей были судороги, 1,5% детей – катаральные явления, боли в животе. Нарушения сознания не отмечено ни у одного из наблюдаемых пациентов. Одним из наиболее частых симптомов энцефалита при ветряной оспе является высокая температура. У 73% больных детей наблюдался такой симптом, как повышение температуры тела, у 27% этот симптом отсутствовал. У 20% исследуемых детей наблюдалась температура 36,6-37,2, у 26,7% отмечалась субфебрильная температура тела (37,2- 38,0), фебрильная температура (38,1-39,0) у 46,7%, перитическая температура (39,1 – 40,0) - 6,7%. Указанный симптом в 53,3% случаев был купирован через 1-2 дня, в 20% случаев 3-4 дня, в 6,7% - 4-6 дней. Следующий не менее важный симптом – рвота. В 27% отсутствовала, в 73% присутствовала. Количество рвоты у больных детей: 1-2 раза у 26%, 2-6 раз – 20%, 10-15 раз в сутки у 20% детей, постоянная рвота наблюдалась у 7% детей.

Вывод.

Таким образом, проведенный анализ подтверждает, что ветряная оспа – это небезопасное инфекционное заболевание, которое может протекать тяжело даже у исходно здоровых детей, и особенно у иммунокомпрометированных пациентов. Кроме того, любой человек, который был инфицирован VZV, имеет риск развития, опоясывающего лишая в дальнейшей жизни. Частота развития энцефалита при ветряной оспе составляет от 1 до 7,5 на 1000 случаев заболеваний, при этом поражение нервной системы не зависит от тяжести ветряной оспы. У большинства больных развивается атаксическая форма энцефалита. Вышесказанное подчеркивает необходимость обсуждения вопросов профилактики ветряной оспы на современном этапе. В этом направлении вакцинация является самым эффективным и экономически выгодным профилактическим мероприятием, известным в современной медицине.

Литература:

1. Hospitalization for Varicella in the United States, 1988 to 1999 / K. Galil et al. // Pediatr. Infect. Dis. J. – 2002. – P. 931-935.

2. Rusthoven JJ. The risk of varicella-zoster virus. In: Richman D, Whitiey R, Hayden F (eds.). Clinical virology. Washington DC. ASM Press, 2002; p. 413–32.

3. The economic value of childhood varicella vaccination in France and Germany / L. Coudeville, A. Brunot, T.D. Szucs et al. // Value Health. – 2005. – V. 8, № 3. – P. 209-222.

4. Varicella disease aft er introduction of varicella vaccine in the United States 1995-2000 / J.F. Sewerand, B.M. Watson, C.L. Peterson et al. // JAMA. – 2002. – V. 287, № 5. – P. 606-611.

5. Галицкая М.Г. Ветряная оспа: возможности борьбы со «старым врагом» в практике педиатра / М.Г. Галицкая // Вопросы современной педиатрии. – 2010. Т. 9. № 5. С. 99-102.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ КЕРАТОКОНУСА

А.Б. Магамедова - очный аспирант *48*

Кафедра глазных болезней №1 с усовершенствованием врачей

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Каспийск, Россия

Научный руководитель - д.м.н., проф. А.-Г.Д. Алиев

Актуальность. Под кератоконусом понимается невоспалительное, чаще двухсторонее дистрофическое заболевание роговицы с прогрессирующим истончением и эктазией ее центральной зоны, сопровождающимся значительным снижением остроты зрения, невозможностью очковой коррекции из-за наличия неправильного астигматизма. Актуальность проблемы лечения данной патологии определяется многими причинами: современными тенденциями к росту заболеваемости, широким возрастным диапазоном встречаемости — от 10 до 49 лет, двусторонним поражением органа зрения, а также социальной значимостью в связи с прогрессирующим характером течения, приводящим пациентов к инвалидизации по зрению в молодом и трудоспособном возрасте. В общей популяции частота кератоконуса составляет 1:400-1:600.

Наиболее эффективным и патогенитически обоснованым методом лечения кератоконуса на сегодня является методика перекрестного связывания коллагена (кросслинкинг) по технологии профессора Теодора Зейлера. В клинической практике данный метод применяется с 2004 года, который является эффективным и безопасным, но вопрос зрительной реабилитации таких пациентов остается открытым, в связи с высокой степенью аметропии при выраженном роговичном астигматизме.

С 2015 года на базе ГБУ НКО «Дагестанского центра микрохирургии глаза» был предложен и внедрен в клиническую практику способ комбинированного метода лечения прогрессирующего кератоконуса. Данный способ представляет собой сочетание двух методов лечения: стандартная лазерная коррекция методом LASIK с одномоментным кросслинкингом коллагена роговицы (патент РФ № 2620757 от 29.05.2017г.).

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность комбинированного метода лечения прогрессирующего кератоконуса 1-3 стадии по классификации Amsler.

Материалы и методы исследования. По оригинальному способу, разработанному нами, прооперировано 34 пациента (34 глаза), из них 24 мужчины (24 глаза) и 10 женщин (10 глаз). Возраст пациентов варьировал от 18 до 45 лет. Больных кератоконусом 1 стадии по Amsler было 11 глаз, 2 стадии 16 глаз и 3 стадии 7 глаз.

Обязательное предоперационное обследование включало визометрию (без и с максимально возможной коррекцией), биомикроскопию, авторефрактометрию,

ультразвуковую кератопахиметрию. Ключевыми диагностическими тестами служили компьютерная кератотопография фирмы Allegro Topolyzer Wave Light с целью определения сферичности роговицы и оптическая когерентная топография фирмы«AVANTIXR» (OPTOVUE, США) с целью исследования переднего отрезка глаза.

Способ комбинированного метода лечения кератоконуса, разработанный нами, применяется следующим образом: под местной инстилляционной анестезией с помощью микрокератома формируется поверхностный лоскут роговицы на глубине 110-120 микрон. После этого лоскут отводится в сторону и производится лазерная коррекция стандартным методом LASIK. Раствор нормотонического рибофлавина (рибофлавин 0,1% и декстран 20%) инстиллируется на роговицу до полного прокрашивания ее стромы желтым пигментом. Избыток раствора удаляется стерильным физиологическим раствором. Далее лоскут укладывается на свое исходное место и в течение 15 минут роговица активизируется ультрафиолетовым лазером с расстояния 1 см (или больше в зависимости от точки фокусировки источника UVA) с длиной волны 370 нм и мощностью излучения 7 мВ/см^2. Во время облучения инстилляции раствора рибофлавина используется каждые 3 минуты. После окончания процедуры инстиллировали антибактериальный препарат и на сутки накладывали мягкую контактную линзу. В послеоперационном периоде пациентам назначали антибактериальную, слезозаместительную и репаративную терапию.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты комбинированного метода лечения кератоконуса оценивались в разные сроки после операции (1 месяц, 3 месяца, 6 месяцев и 1 год после операции. Функциональные результаты операции были высокими и стабильными: некорригированная острота зрения после операции в среднем увеличилась с 0,15±0,05 до 0,75±0,04 строчки. Сферический эквивалент снизился с – 4,8±0,3 Дптр до -1,5±0,4. Отмечалось снижение объективного и субъективного цилиндрического компонента рефракции с 4,7 ±0,6 Дптр до 2,5±0,45 Дптр с 4,3±0,06 Дптр до 1,5±0,04 Дптр соответственно.

Воздействие комбинированного метода ограничилось передней и средней стромы роговицы и не затрагивало заднюю часть стромы и эндотелия. Через 6 месяцев при выполнении ОКТ наблюдалась демаркационная линия, указывающей на глубину фотохимического процесса, которая проходила в среднем на глубине 275-295 мкм.

При исследовании пахиметрических карт по данным оптикокогерентного топографа у пациентов наблюдалось уменьшение толщины роговицы. Толщина роговицы в зоне кератэктазии у пациентов статистически значимо снизилась с 450±1,05 до 425±0,33 микрон. Уменьшение толщины роговицы обусловлено, так называемым «эффектом стягивания», возникающим в результате кросслинкинга, а также в результате проведенной абляции.

Прогрессирование кератоконуса ни в одном случае зафиксировано не было.

Выводы. Комбинированный метод лечения пациентов с прогрессирующим кератаконусом обеспечил стойкое повышение остроты зрения (в среднем на 0,6 в 89% случаев), а также способствовал остановке прогрессирования заболевания. Данный метод, за счет одномоментности и патогенетической ориентированности, способствует повышению эффективности функциональной реабилитации пациентов с прогрессирующим кератоконусом 1-3 стадии.

ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ ДАКРИОЦИСТИТА ПРИ НАРУЖНОЙ ДАКРИОЦИСТОРИНОСТОМИИ

Д. Ш. Шихунов - клинический ординатор *40*

Кафедра глазных болезней №1 с усовершенствованием врачей

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Каспийск, Россия

ГБУ РД НКО «Дагестанский центр микрохирургии глаза», Каспийск, Россия

Научный руководитель - д.м.н., проф. А.-Г.Д. Алиев

Актуальность. Несмотря на имеющиеся успехи в изучении патологии слезоотводящих путей лечение этой категории больных до сих пор остается одной из трудных и недостаточно решенных проблем, так как часто, несмотря на проводимые лечебные мероприятия и кропотливые совместные усилия врача и пациента, случаются рецидивы заболевания. В общей массе глазной патологии заболевания вертикального отдела слезоотводящих путей составляют 2 - 21 %. Социальное и экономическое значение реабилитации больных с патологией слезоотводящих путей заключается в том, что удельный вес данной патологии у лиц работоспособного возраста довольно высок 71-85.4%. Современные методы исследования выявляют преобладание роли риногенной патологии в возникновении заболеваний вертикального отдела слезоотводящего тракта у 67-100 % пациентов. Частота рецидивов дакриоцистита после наружной дакриоцисториностомии колеблется от 2 до 9,3% и от 2 до 16% после эндоназальной дакриоцисториностомии. В офтальмологической практике одним из методов, позволяющим устранить эпифору при необратимых изменениях вертикального отдела слезоотводящих путей, является наружная дакриоцисториностомия (НДЦР). В Н. Архангельским (1928) было установлено, что в основе несостоятельности классической дакриоцисториностомии лежит пролиферация ткани из надкостницы и краев соединяемых слизистых оболочек мешка и носа.

Цель работы: повышение эффективности, минимизация рецидивов и упрощение техники операции наружной дакриоцисториностомии.

Материал и методы. В исследование включено 70 пациентов (70 глаз) с дакриоциститом: 50 женщин и 20 мужчин в возрасте от 21до 65 лет.

Всем пациентам было проведено общепринятое офтальмологическое и стандартное

дакриологическое обследование.

Всем пациентам были проведены передняя риноскопия и эндоскопия полости носа.

Пациенты были разделены на две группы. 1-ю, основную, составили 35 человек (35 глаз): 25 женщин, 10 мужчин (средний возраст 65±12,5 года), которым была проведена операция с применением разработанного авторами модифицированного устройства трепанофреза для формирования костного отверстия и бинарного стента для тампонады формированного соустья. В контрольную группу включено 35 пациентов (35 глаз): 25 женщин, 10 мужчин (средний возраст 65±16,2 года), прооперированных по стандартной методике Тоти. Пациентам обеих групп была проведена наружная ДЦР.

Описание методики. Местная инфильтрационная анестезия 2% раствором лидокаин (вдоль переднего слезного гребешка и в область костной ямки, ниже внутренней связки век по направлению к носослезному каналу и выше внутренней связки век до надкостницы). В средний носовой ход вводится марлевая турунда, смоченная 2% раствором лидокаин. Разрез кожи производится на 1.5 мм выше внутренней связки век, в 4 мм медиальнее внутреннего угла глазной щели, затем разрез продолжается по прямой линии косо вниз и кнаружи вдоль переднего слезного гребешка длиной 15 мм до кости, за исключением нижнего отдела раны. Края раны фиксируются ранорасширителем. Мягкие ткани отсепаровываются до появления внутренней связки век. Внутренняя связка век у места ее прикрепления к кости разрезается вместе с надкостницей вдоль переднего слезного гребешка по всей длине раны и отделена от кости распатором вместе со слезным гребешком.

Ручной трепанофрезой Бакина производится резекция кости боковой стенки носа с формированием отверстия диаметром 10мм пациентам контрольной группы. Ручной модифицированной трепанофрезой производится резекция кости боковой стенки носа с формированием отверстия диаметром 9мм, 10мм, 13мм пациентам основной группы. (рис 3.1).

Характеристики модифицированной трепанофрезы:

- фреза имеет диаметр от 9 до 13 мм без боковых выступов, позволяющих уменьшить кожный разрез и не травмировать мягкие ткани.

- диаметр фрезы 1/3 окружности круга, что позволяет вырезать костное отверстие небольшими участками – важный момент в плане профилактики повреждения слизистой носа и обзора операционного поля.

- центровой стержень (спица) регулируется на любую глубину круговыми движениями колпачка рукоятки.

- центровой стержень (спица) позволяет произвести центровку без дополнительного инструментария.

Разрез слизистой носовой полости с формированием полулунного клапана.

Выполняется продольный разрез внутренней стенки слезного мешка от купола до входа в слезно - носовой канал, с формированием верхней и нижней стенки. Нижняя стенка удаляется ножницами. Между слизистой носовой полости и передним лоскутом стенки слезного мешка формируется соустье.

На заключительном этапе операции пациентам 1-й группы в соустье между слезным мешком и полостью носа устанавливается стент.

Стент – состоит из силиконовой губки используемого для эписклеральной хирургии, диаметром 3.5 мм, длиной 20 мм.

На середину стента накладывается шелковая лигатура, которая позволяет удалить стент в послеоперационном периоде. Стент проводится в зону соустья через нижний носовой ход. Шелковая лигатура для удаления бинарного стента фиксируется на коже лейкопластырем

Через переднюю стенку слезного мешка и клапана слизистой оболочки носовой полости проводятся 3 шелковые лигатуры, после перекреста, концы нитей выводятсяна кожу с непременным захватом пересеченной внутренней спайки век и завязываются. Края раны обрабатываются раствором бриллиантовый зеленый. Начиная с 1 дня после операции промывают слезные пути через нижний слезный каналец раствором коллализина 100 КЕ/мл. Удаляют стент на 7 день после операции через полость носа. Кожные узловые швы удаляют на 7 день после операции.

Результаты и обсуждение. Критерии оценки результатов хирургического лечения были следующими.

Основная группа:	Контрольная группа
выздоровление — в 29 (83%)	выздоровление - 23 (65.7%)
улучшение — в 5 (14.2%),	улучшение — в 9 (25.7%),
рецидив дакриоцистита -1 (2.8%)	рецидив - 3 (8.5%) случаях.

Наиболее социально активная возрастная группа пациентов от 21 до 50 лет составила 55 человек (78.5%). Отмечается значительный перевес женщин над мужчинами (71.4%). Сравнивая полученные данные в контрольной группе и в основной следует отметить, что данная методика позволяет упростить процесс трепанации кости в области предполагаемого анастомоза, повысить качество сформированного костного отверстия (адекватный профиль и ровные края), уменьшить интраоперационную травму в ходе наружной дакриоцисториностомии.

Выводы. Предложенная методика профилактики рецидивов дакриоцистита при наружной дакриоцисториностомии позволяет повысить эффективность хирургического лечения данной категории больных.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭКССУДАТИВНОЙ ФОРМЫ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДИСТРОФИИ

М.М. Магомедова - аспирант кафедры, З.Н. Максудова - доцент кафедры, С.И. Закиева - ассистент кафедры 46

Кафедра глазных болезней №1 с усовершенствованием врачей

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Каспийск, Россия

Научный руководитель - д.м.н., проф. А.-Г.Д. Алиев

Актуальность. Повышенный интерес к возрастной макулярной дистрофии **(**ВМД) обусловлен тем, что данное заболевание является одной из ведущих причин слабовидения у лиц старшей возрастной группы в развитых странах. По данным многих исследователей в России распространение ВМД составляет 15 случаев на 1000 населения, причем в 60% наблюдений поражение является двухсторонним, что ведет к первичной инвалидности у 11% лиц трудоспособного возраста и у 28% пожилых пациентов.

Большое значение в решении проблемы ВМД имеют поиски новых средств и методов воздействующих на патогенез данного заболевания и способствующих наиболее раннему купированию развивающихся в сетчатке изменений, а также качественному и полноценному восстановлению зрения. Это явилось возможным благодаря проведению антиангиогенной терапии. Основное действие анти - VEGF препаратов направлено на связывание и инактивацию основного звена патогенеза влажной ВМД - эндотелиального фактора роста А (VEGF), что блокирует причину развития неоваскуляризации. Одним из препаратов для блокирования VEGF является ранибизумаб (Луцентис). При этом существующие подходы не обеспечивают длительного и стабильного улучшения клинико-функционального состояния пациентов. С этой целью был разработан (Патент РФ № 2622031 от 08.06.17г.) и внедрен в клиническую практику (Акт о внедрении №16 - 736 с 16.12.16г.) комплексный метод лечения макулярного отека сетчатки, включающий субтеноновое введение пролонгированного кортикостероида Дипроспан в объеме 0,5мл, спустя 15-20 дней - интравитреальное введение Луцентиса.

Цель исследования: оценка эффективности комплексного лечения экссудативной формы возрастной макулярной дистрофии.

Материал и методы исследования: в исследовании участвовало 32 пациента (33 глаза) с экссудативной формой ВМД. В зависимости от применяемого лечения все пациенты были сформированы две группы: 1–ая группа (15 пациентов) получала интравитреальную инъекцию препарата ранибизумкаб (Луцентис); 2-ой группе (17 пациентов) проводилось комбинированное лечение, включающее субтеноновое введение пролонгированного кортикостероида дипроспан в объеме 0,5 мл с последующим (через 15-20 дней) интравитреальным введением 0,05 мл препарата Луцентис.

Было проведено традиционное офтальмологическое обследование, дополнительно – спектральная оптическая когерентная томография (ОКТ) «AVANTI XR (OPTOVUE США), компьютерная периметрия (КП) АПЗ (ПЕРИТЕСТ 30/50,100).

Зрительные функции, данные оптической когерентной томографии и компьютерной периметрии оценивались до, спустя 2 недели, 3, 6 и 12 месяцев после проведенного лечения.

Результаты исследования и их обсуждение. Комбинированное лечение позволило получить следующие результаты: максимальное повышение остроты зрения наблюдалось в сроки от 3 до 6 месяцев (таблица 1) и к концу срока лечения в группе сравнения составило 0,45±0,01 в 73% случаев (23 глаза). В контрольной группе максимальная острота зрения (в среднем 0,2±0,01) отмечалась в сроки до 1- 3 месяцев, и к концу срока наблюдения она оказалась статистически ниже исходных данных в 91% случаев (30 глаз).

По данным ОКТ имело место уменьшение толщины сетчатки до 365мкм в 66% случаев (21 глаз), сокращение макулярного отека, резорбция субретинальной и интраретинальной жидкости преимущественно к 3-му месяцу наблюдения. В группе контроля положительная динамика наблюдалась в сроки до 1 месяца, в последующем имело место нарастание отека.

По данным КП в группе сравнения наблюдалось повышение световой чувствительности в центральной зоне сетчатки и улучшение зрительного восприятия в 87% случаев (28 глаз) и в дальнейшем отрицательной динамики выявлено не было. В контрольной группе положительные результаты КП были в 32% случаев (10 глаз), однако результаты к концу наблюдения оказались нестабильны.

Таблица №1

Динамика показателей остроты зрения

№	Срок наблюдения	Острота зрения	
		Контрольная группа	Группа сравнения
1	Исходные данные	0,1±0,01	0,1±0,01
2	Через 2 недели	0,15±0,01	0,3±0,03
3	Через 1-3 месяца	0,2±0,02	0,35±0,2
4	Через 6 месяцев	0,06±0,01	0,4±0,02
5	Через 12 месяцев	0,05±0,03	0,45±0,01

Выводы. Комплексное лечение экссудативной формы возрастной макулярной дистрофии приводит к стойкому повышению остроты зрения, быстрому и стабильному сокращению отека сетчатки и снижению риска развития и прогрессирования дистрофического процесса в макулярной зоне, что способствует повышению эффективности функциональной реабилитации пациентов.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ И ОЦЕНКА ДОСТОВЕРНОСТИ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ОСТРОТЫ ЗРЕНИЯ, У ПАЦИЕНТОВ С МАКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

М.М. Нурудинов – врач-офтальмолог *82*

ГБУ НКО «Дагестанский центр микрохирургии глаза»

Научный руководитель – д.м.н., проф. А-Г.Д. Алиев

Актуальность. Для определения остроты зрения пользуются различными системами. Наиболее известна система, разработанная голландским офтальмологом Снелленом.

В России наиболее распространенным является метод оценки остроты зрения по таблице Сивцева–Головина (буквы русского алфавита), введенные в практику в 1923 году, где используется десятичная система: каждый ряд отличается от соседнего на 0,1 остроты зрения. Всего в таблице 12 строк. Тестовое расстояние составляет 5 метров. Остроту зрения высчитывают по формуле Снеллена:

Visus = d / D,

где d – расстояние, с которого проводится обследование, D – расстояние, с которого нормальный глаз различает знаки этого ряда.

К недостаткам следует отнести также отсутствие в них оптотипов для определения остроты зрения в 0,05 ед., являющейся границей форменного зрения. Высокая дискретность углового размера оптотипов при переходе от одной строки к другой, что затрудняет клиническое наблюдение динамики остроты зрения у слабовидящих, а также у пациентов, профессия которых высокой остроты зрения.

Для устранения данных недостатков Бейли и Лоуви предложили таблицы, в которых используются геометрическая прогрессия изменения размеров оптотипов со знаменателем 1,26. По такому же принципу построена таблица ETDRS.

В результате проведенных исследований были получены достоверные показатели подтверждающие, что предложенная методика исследования остроты зрения обладает большей прецизионностью, после чего данные таблицы стали использовать для измерения остроты зрения также в катарактальной и рефракционной хирургии. К таблицам ETDRS предъявляются следующие требования:

1. Одинаковое количество оптотипов на строках (5 букв на один ряд);
2. Равный интервал между строками (ряды разделены интервалом в 0,1 log);
3. Равный интервал между буквами по log шкале (log scale);
4. Отдельные строки уравновешены по сложности букв.

Таблица ETDRS состоит из 5 тест – объектов в каждом из 15 рядов. Для оценки результатов исследования используются logMAR единицы – логарифм минимального угла разрешения – Minimal Angle of Resolution (MAR). Тест объектами в данной таблице служат

буквы латинского алфавита, и несмотря на максимальную уравновешенность оптотипов в одном ряду, при использовании их сохраняется ряд негативных эффектов, а именно феномен «узнаваемости» тест объекта, при котором испытуемый может правильно назвать тест объект узнав его силуэт, а также феномен «закругления углов».

Исходя из всего вышеперечисленного, разработка и внедрение в клиническую практику прецизионных методов исследования остроты зрения, остается актуальной задачей.

Целью данного исследования явилась разработка и клиническая оценка новой методики прецизионной визометрии с использованием таблицы ETDRS.

Материалы и методы исследования. В период с 2016 г. по 2017 г. в ГБУ НКО «Дагестанский центр микрохирургии глаза» были обследованы 165 пациентов (328 глаз) в возрасте 46 до 72 лет. Исследуемые пациенты были разделены на 4 группы в соответствии с нозологической структурой: 1 группа - ВМД, «сухая» форма – 46 пациента, 2 группа - ВМД, экссудативная форма – 48 пациентов, 3 группа - диабетический макулярный отек – 58 пациентов, 4 группа - диабетическая макулопатия – 13 пациентов. Всем пациентам проводилась визометрия по стандартной методике и прецизионная визометрия по оригинальной методике.

Суть предлагаемой нами методики исследования остроты зрения заключается в использовании оригинального тест-объекта.

Для практической реализации предложенного способа было разработано устройство для прецизионной визометрии

Результаты исследования. Показатели остроты зрения полученные в результате проведенной визометрии обоими методами представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Группа	**Острота зрения по стандартной методике, относительные единицы**	**Острота зрения по предлагаемой методике, LogScore**
1	0,1-0,8	1,0-0,14
2	0,02-0,4	1,6-0,42
3	0,06-0,6	1,2-0,26
4	0,2-0,6	0,94-0,22

Был проведен пересчет логарифмических единиц в децимальную шкалу для оценки степени прецизионности предлагаемой методики исследования остроты зрения (таблица 2).

Таблица 2

Единицы LogMAR	Острота зрения по десятичной системе
1,0-0,14	0,1-0,82
1,6-0,42	0,02-0,34
1,2-0,26	0,07-0,52
0,94-0,22	0,14-0,58

Для сравнительного анализа достоверности методов визометрии при различной патологии макулярной области был проведен расчет средних значений остроты зрения по обоим методам визометрии в каждой из групп.

Выводы.

1. Предлагаемая нами методика прецизионной визометрии позволяет оценить остроту зрения с шагом до 0,01 по десятичной системе, такая точность исследования недоступна при проведении визометрии по стандартной методике с использованием таблиц Сивцева-Головина.

2. Высокая степень точности исследования остроты зрения позволяет более эффективно оценивать динамику зрительных функций при заболеваниях макулярной области сетчатки.

3. Наибольшее значение применение методов прецизионной визометрии имеет при патологии сетчатки сопровождающейся отеком макулярной зоны.

ОДНОВРЕМЕННЫЙ T-CAT EPILASIK С АКСЕЛЕРАТИВНЫМ КРОССЛИНКИНГОМ РОГОВИЧНОГО КОЛЛАГЕНА ПРИ КЕРАТОКОНУСЕ

А.М. Агмадов – ассистент, Г.Ф. Байрамова – клинический ординатор,
Э.Ф. Байрамова - студентка 5 курса лечебного факультета93
Кафедра глазных болезней №2 с усовершенствованием врачей
ФГБОУ ВО ДГМУ ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия
Научный руководитель - д.м.н. проф. М.И. Исмаилов

Цель исследования. Разработка и внедрение нового комбинированного высокотехнологичного метода лечения, позволяющего максимально предотвратить возможные послеоперационные осложнения, эффективно стабилизировать прогрессирование кератоконуса с максимально возможной коррекцией аберраций, оптимизировать саму технику операции, для снижения временных затрат и требований к оперирующему хирургу.

Материалы и методы исследования. Процедура T-CAT Epilasik с акселеративным кросслинкингом роговичного коллагена проводилась 14 пациентам с кератоконусом 1 стадии — 10 глаз, 2 стадии — 18 глаз. Всем пациентом до и после операции определяли остроту зрения без коррекции и с максимальной очковой коррекцией, рефракцию и преломляющую силу роговицы в рефрактометре Huvits MRK-3100 (Япония), оптическую когерентную томографию. Проводили местную анестезию алкаином оперируемого глаза за

10мин до операции и непосредственно перед операцией. Формировали эпителиальный лоскут с помощью эпикератома Epi-K фирмы Moria. Эпителиальный лоскут отводили кверху, толщина формируемого лоскута была 40-50 мкм. Данные кератотопографа переносили в компьютер эксимерлазерной установки AllegrettoWaveeye-q и, с помощью специального программного обеспечения Topography-guidedcustomizedablation (T-CAT), на основе их анализа моделировали алгоритм персонализированной (кастомизированной) абляции. Далее закапывали раствор рибофлавина 0.5% до полного прокрашивания стромы роговицы желтым пигментом. После её прокрашивания поверхность обнаженной роговицы промывали физиологическим раствором и эпителиальный лоскут накладывали на свое исходное место. Далее проводили процедуру кросслинкинга прибором IROC UV-X. УФ. Облучение проводили в течении 10 мин с периодическим закапыванием рибофлавина 0,5% каждые 5 мин. Мощность излучения составляла 3мВт/см2.

Результаты исследования. В таблице приведен сравнительный анализ полученных данных со стандартной процедурой кросслинкинга и предложенной нами T-CAT Epilasik с акселеративным кросслинкингом.

Показатели	T-CAT Epilasik с акселеративным кросслинкингом	Время наблюдения	Стандартная процедура кросслинкинга
Острота зрения без коррекции	0.18±0.02	До операции	0.2±0.03
	0.2± 0.03	Через 7 дней	0.16± 0.02
	0.29± 0.06	Через 1 месяц	0.2± 0.03
	0.35± 0.1	Через 2 месяца	0.26± 0.15
Острота зрения с максимальной коррекцией	0.35±0.06	До операции	0.33±0.08
	0.5± 0.03	Через 7 дней	0.3± 0.14
	0.6± 0.08	Через 1месяц	0.5± 0.05
	0.7± 0.03	Через 2 месяца	0.55± 0.07
Рефрактометрия	-3,4±1.8	До операции	-3,6±1,65
	-1.3±0.74	Через 1 месяц	-2,0±0,56
Оптическая когерентная томография роговицы	325±23	До операции	310±10
	491±18	Через 7 дней	482±5
	427±21	Через 1 месяц	419±12
	419±25	Через 2 месяца	389±14

Таким образом, по полученным предварительным данным при проведении T-CAT Epilasik с акселеративным кросслинкингом острота зрения без коррекции улучшилась на 2-3

строчки, а с максимальной коррекцией на 3-4 строчки. Эти данные позволяют нам сделать **вывод** о том, что данная методика значительно улучшает качество зрения пациентов, и он рекомендуется для использования в широкой клинической практике.

ВЛИЯНИЕ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА $Д_3$ ПРИ ОЖИРЕНИИ НА КОСТНУЮ ТКАНЬ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

М.А. Идрисова – аспирант *90*

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия

Научный руководитель – д.м.н., проф. А.Э. Эседова,

Актуальность. Одним из самых обсуждаемых проблем в настоящее время является вопрос взаимосвязи избыточной массы/ожирения и остеопороза (ОП). Влияние низкой массы тела на развитие ОП в целом понятно, но постулат о том, что повышенная масса тела является фактором риска ОП, все еще вызывает недоумение. Между тем, патогенетическая взаимосвязь этих двух социально значимых заболеваний однозначно существует.

В последние годы были проведены многочисленные популяционные исследования по оценке распространенности дефицита витамина $Д_3$ в различных этнических и возрастных группах, в ходе этих исследований была выявлена взаимосвязь между ожирением и дефицитом витамина $Д_3$.

Цель исследования: определить уровень витамина $Д_3$ на фоне ожирения и оценить роль ожирения как одного из факторов риска развития ОП у женщин в постменопаузе.

Материалы и методы. В исследовании участвовало 165 женщин в возрасте от 45 до 70 лет, с длительностью менопаузы не менее 2 лет: в основную группу вошло 87 женщин, страдающих ожирением (вес - 115,4±12,3; рост - 162,8±14,2; ИМТ - 32,6±4,9; ОТ - 110,0±7,6; ОБ - 126,4±34,1; ОТ/ОБ - 0,86±0,1), группу контроля составили 78 женщин без ожирения в постменопаузе (вес - 69,5±15,3; рост - 165,1±17,8; ИМТ - 20,12±5,2; ОТ - 69,1±3,9; ОБ - 85,6±12,3; ОТ/ОБ - 0,64±0,1). Индекс массы тела (ИМТ) вычисляли как отношение массы тела (кг) к росту ($м^2$).

Минеральную плотность кости (МПК) определяли двухэнергетической рентгеновской абсорциометрии аппаратом Lunar Prodigy. Показатели кальций-фосфорного обмена - на анализаторе электролитов Микролит 3+2 фирмы «Kone». Уровень экскреции кальция (метод Arsenazo III), фосфора (метод Molybdate), креатинина (метод Jaffe) - с помощью коммерческих наборов фирмы «Kone» на биохимическом анализаторе Konelab – 30. Концентрация 25-ОН-Д определяли методом иммуноферментного анализа на микропланшетном анализаторе «Expert Plus Asus».

Результаты исследования. По результатам исследования 75 (86%) пациенток основной группы страдали ожирением различной степени тяжести (ИМТ≥30 $кг/м^2$) и 12 (14%) имели избыточную массу тела (ИМТ 25,0-29,9 $кг/м^2$). В группе контроля у 75 (96%) женщин ИМТ был ниже 25,0 $кг/м^2$ и 3 (4%) женщины имели дефицит массы тела (ИМТ<18,5 $кг/м^2$).

При изучении кальций фосфорного обмена, в основной группе его показатели были достоверно ниже (p<0,05) по сравнению с группой контроля (кальций в крови и утренней моче - 1,18±0,07;1,33±0,03 и 0,36±0,04; 0,51±0,05 соответственно, фосфор в крови - 1,13±0,05 и 1,28±0,04 соответственно).

Стоит отметить, что Т-критерий (Neck) у женщин, страдающих ожирением, соответствовал остеопении (-1,06±0,93 SD), находясь у пациенток основной группы в близких цифровых значениях с контрольной группой (-1,14±0,94 SD). Также в равных между группами значениях идут и остальные показатели МПК (BMD, Z).

При определении в крови уровня витамина $Д_3$ у женщин основной группы, страдающих ожирением, выявлено значимое достоверное ($p \leq 0,005$) снижение содержания 25-OH-D3 относительно группы контроля (51,09±1,50 и 78,31±6,28 соответственно). Концентрация 25-OH-D3 в сыворотке крови является лучшим индикатором для мониторинга статуса витамина $Д_3$, ввиду того, что это его основная форма в циркуляции.

У пациенток, имевших низкие значения МПК, выявлена положительная корреляция уровня витамина $Д_3$ с Т-критерием (r=0,461; p=0,014). У женщин с ожирением установлена прямая связь витамина $Д_3$ с ИМТ (r=0,576; p=0,015). Причем, в группе пациенток с длительностью заболевания более 10 лет обнаружена отрицательная корреляция витамина $Д_3$ с ОТ/ОБ (r=-0,850; p=0,004).

Аналогичные корреляции наблюдались у пациенток с длительностью ожирения более 10 лет (r=-0,769; p=0,015) и в группе пациенток со сниженной МПК (r=-0,491; p=0,008).

Выводы. Таким образом, длительно существующие низкие уровни витамина $Д_3$ у женщин, страдающих ожирением, могут приводить к абсорбции кальция в кишечнике, в результате чего развивается вторичный гиперпаратиреоз с повышением мобилизации кальция из костей, снижением МПК с последующим развитием остеопении и остеопороза.

ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНАЯ АТРОФИЯ У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

П.А. Махтибекова - аспирант, М.А. Идрисова – аспирант, Л.М. Хабибулаев -аспирант 94

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия

Научный руководитель – д.м.н., проф. А.Э. Эседова

Актуальность. В течение многих десятилетий существующее представление о том, что снижение качества жизни женщин старше 50 лет является естественным процессом старения, сменилось тенденцией к комплексному подходу в решении проблем здоровья женщин этой возрастной категории. Многие пациентки, страдающие симптомами вульвовагинальной атрофии (ВВА) умалчивают о существовании данной проблемы, считая это нормальным

проявлением менопаузы. К вагинальным симптомам относятся: зуд, сухость, жжение во влагалище, опущение стенок влагалища, диспареуния, сексуальные нарушения, контактные кровянистые выделения, рецидивирующие выделения из влагалища, а также повышенная восприимчивость к инфекционным заболеваниям органов малого таза, что значительно ухудшает состояние здоровья, снижая качество их жизни, зачастую приводя к социальной дезадаптации.

В отличие же от классических менопаузальных симптомов – приливов жара, которые подвергаются обратному развитию спустя 5-10 лет после наступления менопаузы, проявления ВВА у большинства женщин носят с каждым годом прогрессирующий характер.

Стоит отметить, что прибавка массы тела также отмечается у 75-80% женщин с началом пременопаузы и особенно выражена в постменопаузе. С наступлением менопаузы в три раза возрастает число женщин с ожирением. В возрасте 52,6±5,3 года увеличение массы тела составляет 24 кг (9,7±4,2 кг) по сравнению с репродуктивным возрастом и у 50,9% из них встречается ожирение.

К увеличению массы тела у женщин в постменопаузе способствуют: уменьшение физической активности и, как следствие, снижение энергозатрат, изменение адаптационных возможностей организма и метаболизма, в частности нарушение липидного и углеводного обменов, что в комплексе можно определить, как метаболические нарушения в постменопаузе.

Цель исследования: определить тяжесть течения ВВА у женщин в постменопаузе с метаболическими нарушениями.

Материал и методы. В данное исследование включено 130 женщин постменопаузального периода от 45 до 70 лет. Обследуемые были разделены на две группы: в основную группу вошло 70 женщин, страдающих одними из основных клинических проявлений метаболических нарушений – ожирением и дислипидемией (вес – 109,2±16,5 кг; рост – 166,6±11,3 см; ИМТ – 37,3±5,2 кг/м^2), а в группу контроля включено 60 здоровых женщин в постменопаузе (вес – 69,4±15,2 кг; рост – 165,0±17,7 см; ИМТ – 20,11±5,1 кг/м^2).

Индекс массы тела (ИМТ) высчитывали как отношение массы тела (кг) к росту (м^2).

Показатели липидного спектра крови представлены: холестерином, липопротеидами очень низкой плотности (ЛПОНП), липопротеидами низкой плотности (ЛПНП), липопротеидами высокой плотности (ЛПВП), триглицеридами (ТГ), их определение проводили ферментными наборами на автоанализаторе Konelab -20.

Для диагностики ВВА с помощью pH - индикаторных полосок определяли pH влагалища и с помощью урогенитального зонда проводили цитологический соскоб стенки влагалища из верхней ее трети. Далее вагинальный мазок подвергался окрашиванию по технике Папаниколау с подсчетом индекса созревания эпителия влагалища (ИСЭВ).

ИСЭВ = 0,5×количество промежуточных клеток(%)+1×количество поверхностных клеток

(в %).

Для определения выраженности атрофических процессов во влагалище применялся «Индекс вагинального здоровья» (ИВЗ) – метод позволяющий определить состояние вагинального здоровья с помощью оценки влажности, эластичности, целостности слизистой оболочки влагалища, объема вагинальной жидкости и pH влагалища по шкале от 1 (плохо) до 5 (хорошо) баллов.

Для оценки межгрупповых различий использовали непараметрические тесты U Манна-Уитни для двух независимых выборок. Различия между сравниваемыми величинами признавалось достоверным при $p<0,05$.

Результаты и обсуждения. По результатам исследования, рассчитав ИМТ выявлено, что из 130 обследованных нами женщин 58 (44,6%) имели ожирение, 12 (9,2%) пациенток страдали избыточной массой тела – основная группа женщин, и у 60 (46,2%) лиц ИМТ был ниже 25,0 кг/м^2 (контрольная группа).

При оценке показателей липидного спектра крови выявлено, что атерогенные фракции липидного обмена (ТГ, ЛПНП, ЛПОНП) были достоверно выше ($p\leq0,001$) у женщин основной группы по сравнению с контрольной группой (2,51±1,46; 3,69±0,98; 1,06±0,67 и 1,22±0,33; 3,02±1,13; 0,56±0,17 соответственно), в то время как, антиатерогенная фракция (ЛПВП) были достоверно выше у женщин группы контроля в сравнении с основной группой (1,47±0,24 и 0,73±0,13 соответственно). Данные результаты являются характерным для лабораторных изменений при метаболических нарушениях.

Нами установлено, что у женщин, страдающих ожирением, в более тяжелой степени протекают симптомы ВВА. Согласно полученным в нашем исследовании данным, ИСЭВ и pH влагалища составили 55,4±4,9 и 6,0±0,7 в основной группе, 76,4±8,7 и 5,2±0,7 в группе контроля. ИВЗ в основной группе составил 2,56±0,88, а в контрольной группе – 3,34±1,02 ($p<0,05$). Распределение жалоб пациенток в двух группах представлено в таблице 1.

Таблица 1

Сравнительная характеристика симптомов ВВА по клиническим группам

Симптомы	Основная группа (n=70)	Контрольная группа (n=60)
Жжение во влагалище и наружных половых органах	29 (41,4%)	20 (33,3%)
Боль во влагалище и наружных половых органах	18 (25,7%)	13 (21,6%)
Зуд во влагалище и наружных половых органах	27 (38,6%)*	19 (31,6%)*

Сухость во влагалище и наружных половых органах	43 (61,4%)*	32 (53,3%)*
Выделения из половых путей	26 (37,1%)*	16 (26,6%)*
Запах выделений из половых путей	20 (28,6%)*	11 (18,3%)*

Примечание: *p<0,05.

Снижение либидо отмечали в большей степени женщины, страдающие ожирением, по сравнению с группой контроля - 41 (59,1%) и 25 (40,9%) соответственно, затруднение при половом контакте – 45 (64,9%) и 21 (35,1%) соответственно. В подавляющем большинстве случаев (92%) сухость влагалища была причиной снижения либидо.

Выводы. У всех женщин основной группы присутствовали атрофические изменения слизистой влагалища (p<0,05), причем доминировала выраженная степень атрофии (47,2%). Классическим объяснением появления ВВА в период менопаузы является отсутствие стимулирующего воздействия эстрогенов на созревание вагинального эпителия. В свою очередь, у женщин, страдающих метаболическими нарушениями, ожирение является одним из факторов риска нарушения вагинального микробиоценоза, снижая иммунорективность макроорганизма, что нередко сопровождается наличием воспаления и, как следствие, высоким уровнем цитокинов.

Следовательно, одним из значимых факторов риска, влияющим на течение и степень тяжести симптомов ВВА, являются метаболические нарушения в виде ожирения, распространенность которого возрастает в зависимости от длительности менопаузального периода.

ИЗМЕНЕНИЕ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ПРЕРЫВАНИЯ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ И В ДИНАМИКЕ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ

М.И. Омарпашаева – аспирант *86*

Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия

Научный руководитель – д.м.н., проф. З.А. Абусуева

Актуальность. Из числа диагностированных желанных беременностей каждая пятая завершается самопроизвольным выкидышем или останавливается в развитии («замирает») примерно в равной пропорции. Большая часть случаев невынашивания и неразвивающися беременностей (до 80%) приходится на I триместр гестации(В.Е. Радзинский StatusPraesens, 2015). Многочисленные исследование показали, что в структуре причин невынашивания беременности, особенно в первом триместре, ведущее место занимает замершая беременность, которая составляет, по данным разных авторов, от 40 до 85% случаев. Основная причина

неразвивающейся беременности в первом триместре чаще всего связана с хромосомной патологией трофобласта и эмбриона. Кроме того, в структуре этиологических факторов прерывания беременности на ранних сроках возможно сочетание нескольких причин: генетических, эндокринных, инфекционно-воспалительных, иммунологических.

С иммунологическими нарушениями связывают около 80% идиопатических репродуктивных потерь. Установлено, что система цитокинов играет важную роль в регуляции воспалительных реакций, межклеточных взаимодействий в эндометрии, в реализации эндокринных эффектов, а также во многом определяет процесс инвазии трофобласта.

Очевидно, что нормальное течение беременности во многом определяется соотношением иммуномодулирующих и иммуносупрессивных эффектов в организме матери, в реализации которых непосредственное участие принимают регуляторные протеины — компоненты цитокиновой системы. Особого внимания заслуживают IL-6, IL-8, IFN-γ и TNF.

Трудности лечения пациенток с хроническим эндометритом позволяет преодолеть местное использование низкочастотного ультразвука посредством аппарата ультразвуковой кавитации Фотек серии АК100 в сочетании с ректальным введением грязевых тампонов.

Цель работы. Оценить эффективность комплексного воздействия ультразвукового кавитационного орошения полости матки и пелоидотерпапии на изменение уровня провоспалительныхцитокинов у женщин после прерывания неразвивающейся беременности.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования явились 30 женщин после прерывания неразвивающейся беременности в сроке до 12 недель. Случайным образом женщины рандомизованы на 4 группы

1 группа – 12 пациенток, которым после прерывания неразвивающейся беременности проводились в комплексе внутриматочные орошения кавитационным раствором и ректальное введение гипосульфитных грязей с грязевыми аппликациями на зону «трусиков».

2 группа – 10 пациенток, которым проводилось сочетанное ректальное введение лечебных грязей и грязевые аппликации на зону «трусиков».

3 группа – 8 женщин, которым после прерывания неразвивающейся беременности назначалась стандартная антибактериальная терапия.

4 группа – 5 условно здоровых женщин.

Пациенткам проведено общеклиническое, гинекологическое, лабораторное и инструментальное обследование.

Кавитационное орошение полости матки осуществлялось 0,05% раствором хлоргексидина с помощью ультразвукового кавитационного аппарата АК100 фирмы «Фотек» с использованием усовершенствованногоматочного наконечника. Орошение проводилось на второй день после прерывания регрессирующей беременности. Ректальное введение грязевых тампонов и аппликации начинались на 3 день после вакуум-аспирации непосредственно после

процедуры орошения полости матки.

Результаты исследования. Все пациентки в группах наблюдения были сопоставимы по возрасту. Средний возраст больных в группе 1 составил 30,32±2,9 лет, во второй группе — 29,67± 3,41 лет, в третьей группе 30,1 +- 3,2 и в контрольной группе — 32,5±3,2 года.

Первобеременные составили 22,6% из общего числа обследованных женщин с регрессирующей беременностью. Повторная неразвивающаяся беременность встречалась в 26%.

Аборты в анамнезе имели 22,6% женщин.В итоге повторной вакуум-аспирации эндометрия подверглись 48,9%.

Чаще всего женщины предъявляли жалобы на ноющие боли внизу живота и кровянистые выделения из половых путей- 45,3%, только на боли – 28%, только на кровянистые выделения – 5%, слабость – 4% и не предъявляли жалоб 16,9% женщин. Акушерско-гинекологический анамнез был отягощен бесплодием в 5%.

Наиболее часто беременность останавливалась в сроке 6-7 недель – 41,5%.

У женщин после прерывания НБ выявлено заметное увеличение всех исследуемых провоспалительныхцитокинов, при этом уровень TNF-a увеличен в 1,9 раз, а IL-8 в 3,4 раза.

После проведение комплексной терапии замечено значительное снижение всех исследуемых медиаторов. Наиболее значительно снижение IL-6 – в 7,6 раз, уровни IL-8и TNF-a в 1,6 и 1,075, СРБ в 2 раза.

Таблица. Уровни провоспалительныхцитокинов у женщин с неразвивающейся беременностью в динамике различных методов лечения.

Показатели	1 группа		2 группа		3 группа		4 группа
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	
TNF-a, пг/мл	3,44 (2,07-5,34)	3,23 (3,12-5,45)	3,34 (2,02-5,42)	3,29 (2,01-5,41)	3,45 (2,08-5,42)	3,42 (2,34-5,35)	1,75 (1,5-1,99)
IL-6, пг/мл	7,78 (4,33-8,68)	1,02 (0,43-1,55)	7,69 (4,12-8,66)	5,98 (3,23-7,78)	7,67 (4,11-8,56)	6,99 (3,96-7,76)	4,66 (2,84-5,97)
IL-8,пг/мл	45,2 (20,33-163,4)	26,88 (12,3-42,2)	39,2 (18,33-154,4)	35,3 (16,93-143,5)	43,5 (21,78-156,3)	42,2 (20,34-155,4)	13,2 (11,56-15,2)
СРБ	0,04 (0,04-	0,02 (0,01-	0,03 (0,02-0,08)	0,03 (0,02-	0,04 (0,04-0,09)	0,04 (0,04-0,09)	0,02 (0,01-0,02)

	0,09)	0,03)		0,08)			

Выводы. Комплексное применение ультразвукового орошения полости матки ипелоидетерапии по предложенной схеме привело к значительному снижению всех исследуемых провоспалительных медиаторов. Это позволяет рекомендовать предложенную схемудля снижения риска неблагоприятных потерь беременности и улучшения репродуктивного здоровья в целом при лечении хронического эндометрита.

ГОРМОНАЛЬНЫЙ ФОН У ЖЕНЩИН С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ *96*

М.А. Идрисова – аспирант

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия

Научный руководитель – д.м.н., проф. А.Э. Эседова

Актуальность. Улучшение показателей здоровья населения, прогрессирующее развитие медицинских технологий и многие другие положительные социальные сдвиги привели к тому, что взрослые лица старше 50 лет представляют сейчас самый быстро растущий сегмент общества. Также, установлено, что прибавка массы тела отмечается у 75-80% женщин с началом пременопаузы и особенно выражена в постменопаузе. С наступлением менопаузы в три раза возрастает число женщин с ожирением, и более чем в два раза уменьшается число пациенток с нормальной массой тела. К увеличению массы тела у женщин в менопаузе предрасполагают: уменьшение физической активности и, как следствие, снижение энергозатрат, изменение адаптационных возможностей организма и метаболизма, в частности нарушение липидного и углеводного обменов. Стоит отметить, что в климактерическом периоде формируется преимущественно абдоминальный тип ожирения (АО), представляющий собой патогенные жировые отложения.

Согласно существующим представлениям начало менопаузы обусловлено инволютивными изменениями во всех звеньях репродуктивной системы, одним из проявлений которых являются изменения в содержании гормонов.

Эстрогены в менопаузе образуются в яичниках из андрогенов и вне яичников – в жировой ткани в процессе ароматизации тестостерона и андростендинона. Источником образования последнего является дегидроэпиандростерон и его сульфат (ДГЭАС). Уровень андрогенов в менопаузе уменьшается, но соотношение андрогены/эстрогены увеличивается за счет большего уменьшения уровня эстрогенов. Так как экстрагландулярная продукция половых стероидов осуществляется преимущественно жировой тканью, уровень эстрогенов выше у женщин с избыточной массой тела и ожирением.

Следовательно, чем больше жировой ткани, тем больше процесс трансформации стероидов и их уровень в кровотоке. Не только степень ожирения, но и характер распределения жировой ткани влияют на процессы периферической трансформации половых стероидов. У женщин с абдоминальным ожирением чаще, чем в популяции, встречается гиперандрогения, гиперинсулинемия.

Цель исследования: изучить показатели гормонального статуса у женщин с абдоминальным типом ожирения в постменопаузе.

Материал и методы исследования. В исследование включено 165 женщин в состоянии физиологической постменопаузы, в возрасте от 40 до 70 лет, длительность постменопаузы не превышала 14 лет. Женщины были разделены на две группы: в основную группу вошли 87 женщин с ожирением (вес – 109,2±16,5 кг; рост – 166,6±11,3 см; ИМТ – 37,3±5,2 кг/м^2, объем талии (ОТ) - 110,0±7,6 см, объем бедер (ОБ) -126,4±34,1 см, ОТ/ОБ-0,86±0,1), в группу контроля – 78 женщин без ожирения (вес – 69,4±15,2 кг; рост – 165,0±17,7 см; ИМТ – 20,11±5,1 кг/м^2, ОТ-69,1±3,9 см, ОБ-85,6±12,3 см, ОТ/ОБ-0,64±0,1).

Индекс Кетле (индекс массы тела (ИМТ)) рассчитывали как отношение массы тела (кг) к росту (м^2).

Исследование уровня гормонов крови производилось натощак радиоиммунным методом с использованием наборов фирмы «Immunotech» (Чехия).

Статистическая обработка данных проводилась по стандартным методам описательной и вариационной статистики.

Результаты исследования. По оценке результатов проведенного исследования было получено, что из 165 пациенток 87 (52,7%) женщин с ожирением вошли в основную группу и 78 (47,3%) женщин контрольной группы не имели ожирения. Из основной группы 75 (86%) пациенток страдали ожирением различной степени тяжести (ИМТ≥30 кг/м^2) и 12 (14%) женщин имели избыточную массу тела (ИМТ 25,0-29,9 кг/м^2). У 78 (96%) лиц контрольной группы ИМТ был ниже 25,0 кг/м^2.

В настоящее время доказано, что ИМТ, являясь показателем количества жира в организме, не учитывает тип ожирения и, следовательно, не позволяет оценить АО и связанные с ним риски заболеваний. Результаты нашего исследования подтверждают данные T. Coutinho и соавт. о том, что для прогнозирования здоровья на индивидуальном уровне помимо величины ИМТ необходимо учитывать такой параметр, как АО.

Абдоминальное ожирение выявлено у 59,2% всех обследованных лиц. Отмечена достоверно сильная корреляция между ОТ и ИМТ (r=0,84; p=0,0001). Среди лиц основной группы с ожирением и избыточной массой тела 97% имели АО и только 3% - гиноидную. У лиц контрольной группы 21,3% имели абдоминальную форму и 78,7% - гиноидную форму.

По результатам исследования, у женщин основной группы секреция ЛГ существенно не

менялась, достоверных отличий по сравнению с группой контроля обнаружено не было. При этом концентрация ФСГ в крови достоверно снижалась на 70,8%. Эстрадиол выше возрастной нормы имела каждая вторая женщина основной группы, при этом уровень прогестерона был достоверно снижен. ДГЭАС превышал нормативные показатели и выявлен у каждой третьей женщины (таблица 1). Пролактин в основной группе по сравнению с контрольной группой был умеренно повышен, но при этом различие было статистически значимым.

Таблица 1

Гормональные показатели у женщин с ожирением (n=165)

Показатели	Основная группа (n=87)	Контрольная группа (n=78)
Эстрадиол, пг/мл	28,9±1,7**	14,5±1,7
ДГЭАС, мкмоль/л	4,10±2,75**	2,55±1,8
ФСГ, МЕ/л*	18,8±1,9**	64,4±2,3
ЛГ, МЕ/л*	51,5±2,3	43,5±2,4
Пролактин, мМЕ/л	462,2±11,3**	394,1±9,7
Прогестерон, пг/мл	131,5±1,6**	285,4±1,6
Тестостерон, нг/мл	9,65±1,1**	5,41±0,3

*Примечание: *ФСГ-фоликулостимулирующий гормон, ЛГ-лютеинизирующий гормон; ** - различия с контрольной группой достоверны (p<0,05).*

Выводы. Нарушение баланса половых стероидов в сторону андрогенов клинически проявляется АО, изменением липидного профиля с повышением фракций атерогенных липидов, индукцией процессов инсулинорезистентности. По результатам проведенного нами исследования выявлено, что у женщин, страдающих АО, наблюдалось нарушение гормонального фона у женщин основной группы в виде: снижения ФСГ, гиперэстрогении, повышения тестостерона и ДГЭАС в крови.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЖЕНСКОЙ ПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ

Л.М. Хабибулаева – аспирант, Ф.М. Гиравова – аспирант, Т.А. Кулиева - аспирант *92*

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия

Научный руководитель – д.м.н., проф. А.Э. Эседова

Актуальность. Генитальный туберкулез – инфекция женских половых органов, вызываемая Mycobacterium tuberculosis. Это заболевание встречается у 0,8-2,2% гинекологических больных и у 18-25% женщин с хроническими воспалительными

заболеваниями женской половой системы. В связи с распространением ВИЧ и множественной лекарственной устойчивостимикобактерии туберкулеза, ситуация по заболеваемости туберкулезом в мире остается напряженной. Генитальный туберкулез чаще всего выявляется в поздней стадии после долгих обследований, чтобы выявить причины гинекологической проблемы и занимает второе место среди еговнелегочных форм.

Цель исследования: изучение особенностей клинико-лабораторной картины генитального туберкулеза у женщин в Республике Дагестан.

Материал и методы исследования: Нами проанализировано 18 историй болезни женщин, находившихся на лечении в ГБУ РД «Республиканский фтизио-пульмонологический диспансер» с 2011 г. по 2016 г. Группа сформирована путем отбора. Исследование включало: анализ анамнеза, в том числе гинекологического, жалоб, общеклинических исследований, диаскинтеста, анализ туберкулиновой пробы Манту с 2 ТЕ, пробы Коха, микробиологических и молекулярно-генетических методов исследованияменструальной крови на микобактерии туберкулеза, гистеросальпингографии при бесплодии.

Результаты исследования: Из 18 обследованных женщин, средний возраст которых составил 28±3,1 лет, при анализе анамнестических данных, получено, что были замужем 11 (61%) женщин и 7 (39%) женщин не состояли в браке. 8 (44%) женщин имели постоянное место работы, жительницы города – 7 (38%).

Наиболее частой жалобой женщин было отсутствие беременности в более одного года (72,7%), из 11 замужних женщин страдали первичным бесплодием 7 (63%) лиц, у 4 (36) женщин выявлено вторичное бесплодие. Такие неспецифические жалобы, как слабость наблюдалась у 10 человек (60%), ноющие боли в нижней части живота – у 9 женщин (50%), субфебрильная температура – у 5 женщин (27%), повышенная потливость – у 3 (16%).

В нашей работе были использованы следующие методы исследования: проба Манту с 2 ТЕ оказалась положительной в 8 случаях из 18, при этом среднее значение показателя составило 18 мм. Диаскинтест был в 10 случаях положительный при среднем значении показателя – 16 мм. Диагностическая значимость пробы Коха – 72% (отрицательная – 20%, сомнительная – 28%, положительная – 50%). Микробиологический метод и метод молекулярно-генетического исследования не дали положительного результата на МБТ у всех обследованных больных.

Гистеросальпингография в 80% случаев выявила нарушение проходимости маточных труб с двух сторон.

Выводы. Большинство обследованных женщин составляют группу репродуктивного возраста и страдают преимущественно от первичного бесплодия. Генитальный туберкулез является причиной нарушения общего состояния женщины, хронической тазовой боли, нарушения менструального цикла, снижает репродуктивный потенциал России. Жалобы

женщин с генитальным туберкулезом не патогномоничны для данной патологии и могут быть характерны для заболеваний другой этиологии, в связис этим нужно проявлять большую настороженность при обращении женщин с подобными жалобами к врачам женских консультаций. Таких женщин следует обследовать на этапе первичной диагностики при помощи диаскинтеста, гистеросальпингографии, молекулярно-генетического метода исследования менструальной крови. Необходимо формирование групп риска генитального туберкулеза на базе женских консультаций, разработка единого стандарта обследования женщинс хроническими заболеваниями органов малого таза и бесплодием, включающим исследование диагностического материалана туберкулез. Данные пациентки нуждаются в консультациив специализированном медицинском учреждении по профилю.

ЛЕПТИН КАК САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ МАРКЕР ОСТЕОПЕНИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

М.А. Идрисова – аспирант *89*

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия

Научный руководитель – д.м.н., проф. А.Э. Эседова

Актуальность. Остеопороз (ОП) является полиэтиологическим заболеванием, развитие которого зависит от генетической предрасположенности, физической активности, образа жизни, эндокринологического статуса, наличия сопутствующих заболеваний, приема лекарственных препаратов, старения человека и индивидуальной продолжительности жизни.

В свою очередь, уровень лептина зависит от пола, возраста, состояния развития организма, как в норме, так и при патологии. При ожирении уровень лептина значительно повышается, причем у женщин гораздо выше, чем у мужчин.

С недавних пор, изучение и анализ жировой ткани в составе костной, их взаимосвязи, начались как на молекулярном, так и на клиническом уровне. Несколько исследований рассмотрели функции адипоцитов (лептина) в костном мозге. Результаты показали, что остеокласты происходят из гемопоэтических предшественников в костном мозге, а остеобласты в результате дифференциации мезенхимальных стволовых клеток, которые являются также предшественниками адипоцитов и в значительной степени индуцируют интерес к изучению взаимосвязи ожирения и ОП.

Цель исследования: оценить роль лептина как одного из факторов риска развития остеопороза у женщин с ожирением в постменопаузе.

Материалы и методы. В исследовании участвовало 165 женщин в возрасте от 45 до 70 лет, с длительностью менопаузы не менее 2 лет: основную группу составили 87 женщин с ожирением (вес - 115,4±12,3; рост - 162,8±14,2; ИМТ - 32,6±4,9; ОТ - 110,0±7,6; ОБ -

126,4±34,1; ОТ/ОБ - 0,86±0,1), группу контроля - 78 женщин без ожирения (вес - 69,5±15,3; рост - 165,1±17,8; ИМТ - 20,12±5,2; ОТ - 69,1±3,9; ОБ - 85,6±12,3; ОТ/ОБ - 0,64±0,1). Индекс массы тела (ИМТ) вычисляли как отношение массы тела (кг) к росту ($м^2$).

Минеральную плотность кости (МПК) определяли методом двухэнергетической рентгеновской абсорциометрии с помощью аппарата Lunar Prodigy (США). Состояние кальций-фосфорного обмена - с помощью ионселективного электрода на анализаторе электролитов Микролит 3+2 фирмы «Kone» (Финляндия). Уровень экскреции кальция (метод Arsenazo III), фосфора (метод Molybdate), креатинина (метод Jaffe) - с помощью коммерческих наборов фирмы «Kone» (Финляндия) на биохимическом анализаторе Konelab – 30. Лептин - в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа наборами Human Leptin ELISA.

Результаты исследования. Из 165 пациенток 87 (52,7%) женщин с ожирением вошли в основную группу и 78 (47,3%) женщин контрольной группы не имели ожирения. Из основной группы 75 (86%) пациенток страдали ожирением различной степени тяжести (ИМТ≥30 $кг/м^2$) и 12 (14%) женщин имели избыточную массу тела (ИМТ 25,0-29,9 $кг/м^2$). У 75 (96%) лиц контрольной группы ИМТ был ниже 25,0 $кг/м^2$ и 3 (4%) женщины группы контроля имели дефицит массы тела (ИМТ<18,5 $кг/м^2$).

По результатам исследования, в основной группе показатели кальций-фосфорного обмена достоверно ниже ($p<0,05$) по сравнению с контрольной группой (уровень кальция в крови и утренней моче - 1,18±0,07;1,33±0,03 и 0,36±0,04; 0,51±0,05 соответственно, фосфора в крови - 1,13±0,05 и 1,28±0,04 соответственно). Статистически значимо у обследуемого когорта женщин ($p<0,05$) отличались также уровень паратгормона (42,05±0,8 и 45,02±0,7 соответственно) и активность КЩФ в крови (196,4±6,4 и 228,3±7,5 соответственно).

Т-критерий (шейка бедра) у женщин, страдающих ожирением, соответствовал остеопении (-1,06±0,93 SD), причем Т-критерий (шейка бедра) у пациенток с ожирением был в близких цифровых значениях по сравнению с группой контроля (-1,14±0,94 SD), не имевших ожирения, хотя статистической значимости это различие не достигло ($p=0,206$).

Уровень гормона жирового обмена - лептина в крови у женщин основной группы, страдающих ожирением, значимо отличался в большую сторону (60,1±8,1 нг/мл) от значений контрольной группы (30,6±6,3 мкг/мл) ($p<0,05$), что подтверждает его значение в развитии ожирения.

Высокий уровень лептина у больных ожирением предполагает наличие лептинорезистентности. Увеличение ИМТ сопровождается ростом концентрации лептина: при избыточной массе тела уровень лептина составил 53,1±1,2 нг/мл и был достоверно ниже, чем при ожирении III степени 67,3±0,7 нг/мл, ($p<0,05$).

Повышенная концентрация лептина у больных ожирением связана с гиперлипидемией и степенью ожирения. Выявлена корреляция уровня лептина с возрастом ($r=0,4$, $p=0,02$), ИМТ,

ОТ, ОБ, ОТ/ОБ (r=0,4, p=0,001; r=0,5, p=0,0005; r=0,4, p=0,006; r=0,4, p=0,005; соответственно).

Таким образом, сгруппировав данные статистической связи показателей массы тела, ИМТ, ОТ и ОТ/ОБ с лептином, характеризующим ожирение, мы получили однонаправленное повышение уровня гормона лептина с показателями веса, что свидетельствует о серьезном влиянии гормона лептина на развитие ожирения и поддержание избыточной массы тела.

Также в ходе исследования нами была выявлена прямая корреляция между уровнем лептина и МПК в позвоночнике (r=0,27), шейке бедра (r=0,29) и проксимальном отделе бедра (r=0,36), что говорит о высоком риске развития остеопении и остеопороза у женщин, страдающих ожирением.

Вывод. Таким образом, по результатам проведенного нами исследования, одним из патогенетических звеньев развития остеопенического синдрома при ожирении у женщин в постменопаузе является повышение маркера жирового метаболизма – лептина.

ВЛИЯНИЕ ИНБРЕДНОГО БРАКА НА ТЕЧЕНИЕ ГЕСТАЦИИ И РОДОВ

А.Ш. Магомедова - заочный аспирант *91*

Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия

Научный руководитель – д.м.н., проф. Н. С-М. Омаров

Актуальность. Планирование беременности и борьба за рождаемость здорового поколения являются общемировой проблемой, приобретающей особую актуальность в областях с высокой рождаемостью. Однако, несмотря на большое число публикаций многие факторы риска, влияющие на отягощение показателей репродуктивного здоровья, остаются малоизученными. Во многих регионах мира пристальному вниманию подвергается здоровье матери и ребенка в семьях, где существуют инбредные браки. В районах, где часто встречаются браки между близкими родственниками, взгляд на данный брак неоднозначен. И если угроза рождения в таких семьях детей с врожденной, генетически опосредованной патологией не вызывает сомнения, то влияние инбредного брака на течение беременности, применяемых методов родовспоможения мало изучено и дискутабельно.

Целью настоящего исследования явилось определение влияния инбредного брака на исход гестации для матери и плода.

Материал и методы исследования. Проведен анализ течения беременности у 240 женщин, которые были подразделены на 2 группы. В первую группу (основную) вошли 180 женщин, состоящих в близкородственном браке и родившихся от родственного брака, находящиеся под наблюдением на протяжении всей беременности. Они, в свою очередь, были разбиты на 3 подгруппы – двоюродные сибсы, троюродные сибсы и двоюродная племянница своему супругу.

Группу сравнения составили 60 женщин, состоящих в аутбредном браке, беременность которых протекала без осложнений.

Для решения задач, был разработан план обследования, включающий проведение клинических, функциональных, биохимических, цитогенетических методов исследования. Подробно собирался анамнез в отношении перенесенных раннее и сопутствующих настоящей беременности экстрагенитальных заболеваний, наличие хронических очагов инфекции. Большое внимание уделялось акушерско- гинекологическому анамнезу: возрасту менархе, особенностям менструального цикла, половой жизни (какой брак по счету, степень его родства), детородной функции (сведения о каждой предшествующей беременности, течение и исход для матери и плода, течение родов и их осложнения, оперативные вмешательства, течение послеродового периода, масса плода при рождении, течение развития новорожденного до года жизни).

Всем беременным проводилось общеклиническое обследование согласно отраслевым стандартам, стандартное ультразвуковое исследование плода с фетометрией, оценкой экстраэмбриональных структур (околоплодные воды, плацента, пуповина) доплерометрией маточно- плацентарного и плодового кровотока.

Из специальных методов исследования проводили определение уровня сосудистых факторов роста, определяли сывороточное содержание сосудистых факторов роста: проангиогенный – PlGF и антиангиогенный – sFlt-1.

В родах вели партограммы, где отражаются: общее состояние роженицы (ЧСС, АД, температура тела, мочеиспускание), динамика раскрытия маточного зева и продвижения предлежащей части плода (данные влагалищного исследования), излитие околоплодных вод.

В раннем неонатальном периоде исследовалось физическое состояние и неврологический статус новорожденных. У каждого новорожденного определяли его вес с учетом роста и паритета матери, гестационного срока и пола ребенка.

Клиническая оценка состояния новорожденного проводилась совместно с неонатологом.

В дальнейшем, мы катамнестически наблюдали за новорожденными из двух исследуемых групп до года жизни. Эти дети находились под динамическим наблюдением педиатра и невропатолога. В соответствии с поставленной целью и задачей проводилось клиническое, ультразвуковое, функциональное и лабораторное обследование наблюдаемых детей. Клиническое исследование включало тщательное изучение анамнеза и неврологического статуса.

Уровень психомоторного развития определялся у детей в возрасте 3,6 и 12 месяцев с использованием количественно-качественной оценки на основе комплексного эволюционного анализа развития ребенка на каждом месяце жизни по методике Л.Т. Журбы и Е.М. Мастюковой (1981).

В настоящее время основным методом диагностики структурных внутричерепных изменений является чрезродничковое ультразвуковое исследование головного мозга – нейросонография, которая позволяет дифференцировать врожденные и приобретенные в перинатальном периоде различные по локализации и тяжести поражения головного мозга: отек, ишемию, гидроцефалию, кровоизлияния, атрофию и др. Большое значение имеет нейросонографический мониторинг, который позволяет наблюдать трансформацию патологических процессов.

Результаты исследования. Проведенные исследования показали, что женщины, вступающие в инбредный брак нередко имеют пороки развития. Изучение репродуктивного анамнеза позволило установить, что предыдущие беременности протекали у них с различными осложнениями. Анализ течения настоящей беременности показал, что у женщин 1-й и 3-й подгрупп наиболее часто наблюдаются такие осложнения беременности как угроза прерывания, неразвивающаяся беременность, а также пороки развития плода, при которых нецелесообразно ее пролонгирование. Снижение содержания эстриола и плацентарного лактогена, а также снижение проангиогенного фактора роста и Повышение антиангиогенного фактора роста, что особенно выражено у женщин первой и третьей подгрупп, свидетельствует о нарушении функции плаценты, которое может быть связано с развитием СВР, что подтверждается увеличением концентрации провоспалительного цитокина ИЛ-10 и допплерометрическим исследованием артерий пуповины, среднемозговой и маточной.

Инбредные браки нередко приводят к рождению детей с ВПР. Масса новорожденных у этой категории супружеских пар достоверно ниже, чем в контрольной группе. Установлено достоверное снижение оценки новорожденных по шкале Апгар в группах двоюродных сибсов и двоюродный дядя и племянница, а также более высокий показатель анте, интра и постнатальной смерти новорожденных. Высока частота осложненого течения неонатального периода. Динамическое исследование детей, рожденных от имбредных браков, даже при благополучном течении родов, сопровождается постгипоксическим поражением ЦНС, нередко с расширением желудочков мозга, что в итоге приводит к задержке физического и психомоторного развития детей.

Выводы. Таким образом, результаты исследования показали, что исходы беременности и родов не всегда были благоприятны у пациенток, состоящих в близкородственном браке. Следовательно, женщины как родившиеся в инбридинговой семье, так и состоящие в близкородственном браке, находятся в группе риска патологического течения беременности и родов.

МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТИ И ПОКАЗАТЕЛИ ЕЕ МЕТАБОЛИЗМА У МНОГОРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

А.Б. Гасанова - ассистент, А.М. Меджидова – аспирант, Д.К. Мурадова – аспирант *73*

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия

Научный руководитель – д.м.н., проф. А.Э. Эседова

Актуальность. 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 менопаузальной гормональной терапии у женщин в постменопаузе, проживающих в регионе высокой рождаемости.

Цель исследования: оценить эффективность менопаузальной гормональной терапии у женщин в постменопаузе, проживающих в регионе высокой рождаемости.

Материал и методы исследования. Обследовано 120 женщин в постменопаузе в возрасте 40–65 лет, длительностью менопаузы более 2-х лет. Женщины были распределены на 2 группы. В 1-ю группу были включены 80 женщин с высоким паритетом (3 и более родов), 2-ю группу – 40 женщин с нормальным паритетом (1–2 родов). Всем пациенткам проводилась терапия Фемостоном 1/5 и Кальций $Д_3$-Никомедом. Определяли уровень маркеров костной резорбции С – концевой телопептид ($СТ_Х$) в сыворотке крови и во второй утренней порции мочи иммуноферментным методом с использованием систем «CrossLaps ELISA» и «Osteomater Biotech» исходно и через 3-6-9-12 месяцев терапии. Кроме того, определяли уровень маркера костного формирования костной щелочной фосфатазы (КЩФ) в сыворотке крови (наборы «Abbott», США), а также показатель скорости костного оборота – остеокальцин (ОК) иммунорадиологическим методом (наборы «Cis Bio International», Франция) тоже исходно и через 3-6-9-12 месяцев терапии.

На фоне проводимой комплексной терапии уже через 3 месяца от начала лечения в 1-й группе отметилось достоверное снижение уровней $СТ_Х$ в сыворотке крови на 35,4% и в моче на 38,4% соответственно, тогда как во 2-й группе на 37,2% в сыворотке крови, и 40,2% в моче соответственно. Столь выраженная динамика маркеров костной резорбции свидетельствует о высокой эффективности проводимой терапии. К 6-му месяцу снижение уровней маркеров костной резорбции во всех группах продолжалось, перешагнув 36% барьер у пациенток 1-й группы, как в сыворотке крови, так и моче и достигнув 39% барьера во второй группе (доходя до 41,4% снижения $СТ_Х$ 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 $СТ_Х$ в сыворотке 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 кости еще не информативно. Предложенная комплексная терапия оказывает выраженный блокирующий эффект на костный метаболизм у женщин в постменопаузе, проживающих в регионе высокой рождаемости.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РОСТА В РАЗВИТИИ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Ф.М. Гиравова, Д.А. Серажудинова – аспиранты, Т.С. Магомедова – ординатор

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия

Научный руководитель – д.м.н., проф. А.Э. Эседова

Рост заболеваемости сахарным диабетом (СД) в последние годы привел к увеличению числа женщин репродуктивного возраста, страдающих этим заболеванием. На этапе планирования беременности около 25-35 % женщин с СД типа уже имеют сосудистые осложнения, что ухудшает течение беременности и родов у этих больных. До настоящего времени, СД типа является заболеванием, увеличивающим частоту перинатальной заболеваемости и смертности, частоту акушерских и гинекологических осложнений. Наиболее частым осложнением беременности у больных СД является преэклампсия, в патогенезе которого важная роль принадлежит нарушениям микроциркуляции. Резервами снижения материнской и перинатальной заболеваемости и смертности являются прогнозирование, доклиническая диагностика, профилактика преэклампсии и её осложнений. В последнее десятилетие усилился интерес исследователей к изучению роли сосудистых факторов роста: плацентарного (PlGF), тромбоцитарного (PDGF) и инсулиноподобного (IGF-1), как ранних маркеров нарушения формирования плаценты.

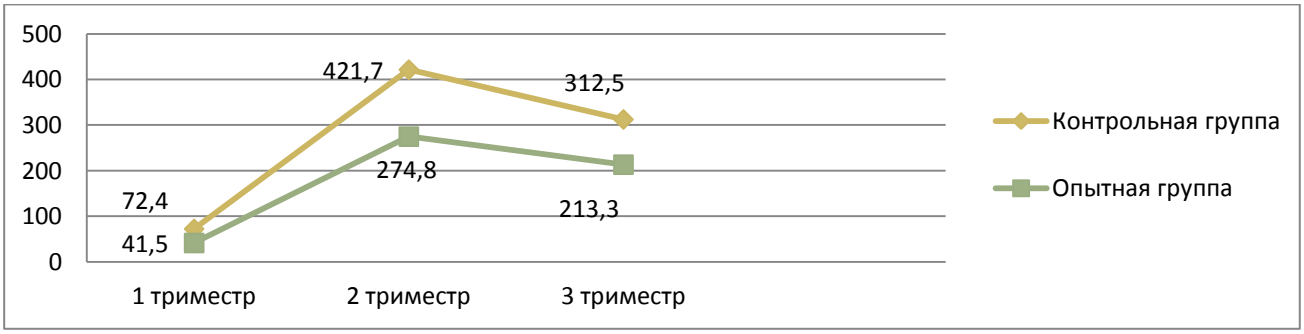
Цель исследования: Изучить содержание сосудистых факторов роста в сыворотке крови, обеспечивающие нормальное течение беременности для выявления возможности прогнозирования развития преэклампсии у женщин с сахарным диабетом.

Материалы и методы исследования. Работа была выполнена на базе родильных домов №1 и №2 г. Махачкалы и в лабораториях республиканского эндокринологического центра Республики Дагестан. Наблюдали 54 женщины. Опытная группа состояла из 34 беременных с

сахарным диабетом 1 и 2 типов. В контрольную группу были включены 20 здоровых беременных. Критериями включения в исследование явились: возраст женщины от 18 до 38 лет; продолжительность диабета более 1 года; уровень гликированного гемоглобина на момент включения в исследование менее 10 %; самоконтроль гликемии не реже 4 раз в сутки. Критериями исключения из исследования явились абсолютные противопоказания для пролонгирования беременности: диабетическая нефропатия с выраженной протеинурией более 3 г/сутки, стойкая артериальная гипертензия более 140/90 мм рт. ст., наличие хронической почечной недостаточности; нелеченная пролиферативная ретинопатия. Определение человеческого плацентарного (PlGF), тромбоцитарного (PDGF), инсулиноподобного (IGF-1) факторов роста в сыворотке проводили динамике в течение трех триместров, на основе количественного твердофазного ИФА-метода (ELISA) с применением реактивов фирмы BCM Diagnostics. Общее время инкубаций составляло 3,5 или 4,5 ч при комнатной температуре. Считывание результатов производилось при 450 нм в течение 30 мин при длине волны сравнения 540 или 570 нм. Статистический анализ производился с помощью программ Microsoft Excel. Статистически значимыми считали значения $p < 0,05$.

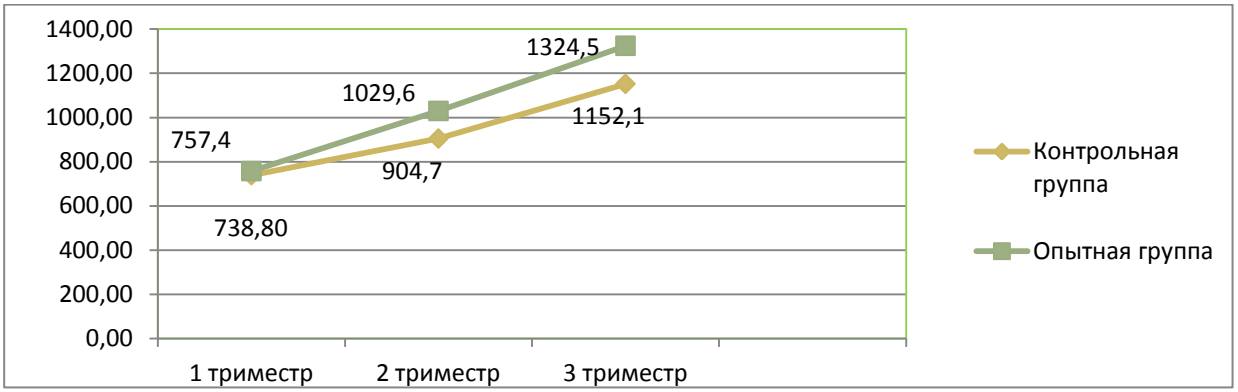
Результаты исследования. Максимальный подъем концентрации плацентарного фактора роста отмечен во втором триместре беременности в обеих группах и некоторое его снижение (в 1,3—1,4 раза) к третьему триместру беременности. В группе сравнения выявлены достоверно низкие показатели PlGF в сравнении с контрольной группой. Особенно выраженная в 1,7 раза разница констатирована в первом триместре беременности ($p < 0,05$) (рис. 1). У пациенток с относительно высоким уровнем PlGF преэклампсия не развивалась или наблюдалась только умеренная форма.

Рис. 1. Уровень PlGF в сыворотке крови (пг/мл)



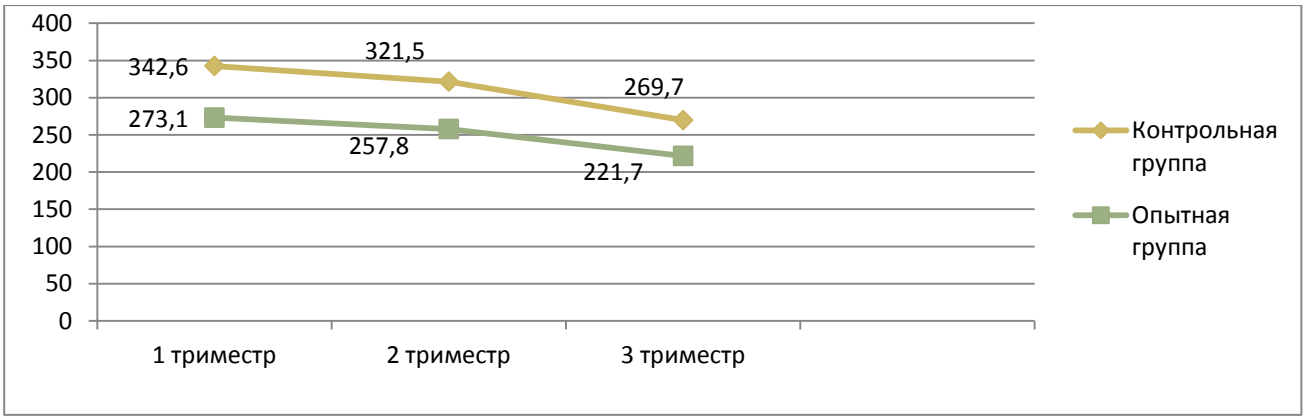
Исследование PDGF в периферической крови продемонстрировало прогрессивную динамику увеличения уровня данного фактора роста при увеличении степени гипергликемии (рис. 2). Так, при сахарном диабете I степени в первом триместре уровень PDGF составил 647,7 ± 11,7 пг/мл, во втором триместре - 902,7 ± 39,3 пг/мл и 1207,4 ±58.6 пг/мл в III триместре, при диабете II степени - 741,7 ± 31,9 пг/мл, 1087,3 ± 59,4 пг/мл и 1299,4 ± 55.7 пг/мл, а при диабете III степени - 784,1 ± 29,2 пг/мл, 1124,3 ± 22,8 пг/мл и 1411,2 ± 82,4 пг/мл соответственно.

Рис. 2. Уровень PDGF в сыворотке крови (пг/мл)



Помимо этого, резкое увеличение уровня PDGF обнаруживалось у всех пациенток с угрозой преждевременных родов и с началом родовой деятельности. В контрольной группе наблюдалась динамика постепенного снижения концентрации IGF-1 по триместрам (рис. 3). У женщин опытной группы уровень IGF-1 в среднем был ниже ($p < 0,05$) и динамика снижения по триместрам была менее выраженной. У женщин с низким уровнем IGF-1 маловесные дети и дети с задержкой внутриутробного развития рождались чаще. Зависимости содержания IGF-1 от степени тяжести сахарного диабета выявлено не было.

Рис. 3. Уровень IGF-1 в сыворотке крови (нг/мл)



Выводы. Таким образом, проведенное исследование у беременных с сахарным диабетом позволило сделать вывод о том, что значительное снижение уровня плацентарного фактора роста можно использовать в качестве критерия для прогнозирования развития и степени тяжести преэклампсии; концентрация тромбоцитарного фактора роста значительно повышается с увеличением степени тяжести диабета и на фоне угрозы преждевременных родов; снижение инсулиноподобного фактора роста наблюдается при задержке внутриутробного развития плода.

]

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ТЕРАПИИ БЕСПЛОДИЯ У ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Д.А. Серажудинова – аспирант, Т.С. Магомедова – ординатор,З.К. Касумова- аспирант *17*

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия

Научный руководитель – д.м.н., проф. А.Э. Эседова

Одной из наиболее актуальных проблем гинекологической эндокринологии является синдром поликистозных яичников (СПКЯ). Частота СПКЯ достаточно вариабельна в связи с гетерогенностью клинических и эндокринологических проявлений. Среди женщин репродуктивного возраста СПКЯ встречается примерно у 11-15%, в структуре ановуляторного бесплодия – у 73% пациенток, у женщин с андрогензависимыми дерматопатиями СПКЯ выявляется в 65% наблюдений.

Патогенез до конца не изучен, несмотря на большое число теорий его развития, в связи с чем, не оптимизирована эффективная терапия, приводящая к стойкому восстановлению репродуктивного здоровья пациенток с СПКЯ.

Вместе с тем, большинство исследователей считают СПКЯ гетерогенным заболеванием, характеризующимся хронической ановуляцией, гиперандрогенией, нарушением гонадотропной функции, увеличением размеров яичников и особенностями их морфологической структуры.

Изучение различных механизмов патогенеза показало многофакторность развития СПКЯ с вовлечением многих органов и систем, в частности гипоталамо-гипофизарного комплекса, овариальных и экстраовариальных факторов. Многочисленными исследованиями было доказано, что у больных с синдромом поликистозных яичников часто имеет место инсулинорезистентность с компенсаторной гиперинсулинемией.

Частота восстановления регулярных овуляторных циклов при лечении СПКЯ достигает 80-90%, но восстановление фертильности при этом заболевании представляет большую проблему ввиду сравнительно низкой эффективности как консервативных, так и современных эндоскопических методов лечения, не превышающей по данным Е.М. Вихляевой (1980), Т.Г. Гадиати (2000) и других авторов, 50%-60%. Более того, даже использование вспомогательных репродуктивных технологий у пациенток с СПКЯ менее эффективно, чем при других формах бесплодия.

Нерешенность проблемы бесплодия на фоне СПКЯ, побудили к изучению морфофункционального состояния эндометрия при этом заболевании, играющего важную роль в процессах имплантации и развития беременности.

Цель исследования: Улучшить результаты лечения бесплодия у больных с СПКЯ путем оптимизации тактики их ведения с учетом морфофункционального состояния эндометрия.

Материал и методы исследования. Основная группа - 100 пациенток, впервые

обратившиеся по поводу бесплодия на фоне СПКЯ. II группу (сравнения) составили 150 пациенток с СПКЯ, лечившихся по поводу бесплодия в период с 2013 по 2015., на основании историй болезни проведен ретроспективный анализ эффективности различных методов терапии.

Для выполнения поставленных в работе задач при обследовании женщин использовались следующие методы:

- общеклинические: общий и акушерский анамнез, преморбидный фон, лабораторные исследования.

-бактериологические: качественный и количественный состав микрофлоры влагалища, цервикального канала и полости матки, микробиологическое исследование, ПЦР.

- иммуноферментный: определение гонадотропных и стероидных гормонов в сыворотке периферической крови (ЛГ, ФСГ, пролактина, тестостерона, эстрадиола, прогестерона, ДГА-S, кортизола, ТТГ, Т3, Т4) на 5-7 и 22-24 дни менструального цикла, а также метаболитов андрогенов (17-КС и ДГА-S) в моче; а также определение эндометриальных белков АМГФ и ПАМГ в смывах из полости матки, полученных на 22-24 день цикла с помощью аспирационной кюретки - пайпель и в менструальных выделениях.

- морфологический: исследование пайпель-биоптатов эндометрия на 22-24 день менструального цикла или на фоне задержки менструации.

- ультразвуковой (УЗИ): определение размеров матки и яичников на 5-7 день цикла, динамическое наблюдение за параметрами фолликулогенеза в стимулированных циклах и после оперативного лечения на 12-14 дни цикла, а также определение толщины эндометрия, размеров желтого тела на 22-24 дни цикла, эхосальпингоскопия.

- лечебно-диагностические методы: лапароскопия, гистероскопия.

Полученные в ходе наблюдения и обследования каждой пациентки сведения заносились в специально разработанную компьютеризованную базу данных. Статистическую обработку полученных результатов производили на персональном компьютере Intel Pentium III - 600 с применением стандартных пакетов программ прикладного статистического анализа (GraphPad Instant, Statistica for Windows v.4.0, Microsoft Excel 2001 и др.) Проверку гипотез о равенстве двух средних проводили с помощью t-критерия Стьюдента. Критический уровень достоверности нулевой статистической гипотезы (об отсутствии значимых различий или факторных влияний) принимали 0,05.

Результаты исследования. Применение разработанной тактики ведения пациенток с бесплодием на фоне СПКЯ, способствовало восстановлению фертильности у 69 женщин в течение 2 лет наблюдения, что 2,5 раза превышает аналогичный показатель в группе сравнения при почти одинаковой частоте восстановления овуляции (69% и 29,3% соответственно).

Особенно важно, что частота неблагоприятного исхода беременности уменьшилась в 7,3

раза.

Таким образом, дифференцированный подход к ведению пациенток с СПКЯ с учетом функционального состояния эндометрия позволяет значительно повысить эффективность восстановления и их репродуктивной функции.

Выводы. 1. Эффективность восстановления овуляции у пациенток с синдромом поликистозных яичников по данным ретроспективного анализа составила 92,7%, восстановления фертильности - 29,3% .

2. У всех пациенток с синдромом поликистозных яичников наблюдается выраженная функциональная неполноценность эндометрия, независимо от его морфологической структуры (пролиферация, гиперплазия).

3. Ведение женщин с синдромом поликистозных яичников должно проводиться дифференцированно в зависимости от эффективности восстановления овуляции и морфофункционального состояния эндометрия, определяемого по содержанию альфа-2 микроглобулина фертильности в менструальной крови.

4. Дифференцированная тактика ведения пациенток с синдромом поликистозных яичников с учетом морфофункционального состояния эндометрия позволила повысить эффективность лечения бесплодия в 2,4 раза (с 29,3% до 69%) и снизить частоту невынашивания при этой патологии в 7,3 раза.

5. Прогностическими неблагоприятными критериями восстановления фертильности у пациенток синдромом поликистозных яичников является содержание альфа-2 микроглобулина фертильности в менструальных выделениях менее 8680,5±1695,3 нг/мл и толщина эндометрия менее 0,76 на 22-24 день менструального цикла, независимо от наличия овуляции.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ГИСТЕРОСКОПИИ В ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

З.К. Курбанова, Н.С-М. Омаров, Д.К. Кантаева[59]

Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия

Наиболее достоверными и взаимодополняющими методами диагностики состояния рубца на матке у небеременной женщины являются гистерография и гистероскопия. При наличии неполноценного рубца область исследования имеет белесоватые включения (бессосудистые зоны) различной величины и формы. Сосудистая сеть в этих участках выражена слабо или вообще отсутствует. Могут отмечаться локальные вдавления, втяжения или утолщения в области рубца. Белесоватый цвет ткани рубца свидетельствует о выраженном преобладании соединительнотканного компонента, а втяжения - об истончении миометрия в результате неполноценной регенерации**.** В тех случаях, когда при гистероскопии не обнаруживаются

элементы соединительной ткани, можно говорить о морфологической полноценности рубца и с большей вероятностью предположить, что течение последующей беременности будет удовлетворительным, а роды, при отсутствии других показаний к кесареву сечению, можно провести консервативно. В нашем исследовании диагностическую гистероскопию выполняли на втором этапе комплексного обследования пациенток с рубцом на матке в отдаленные сроки (3 месяца – 3 года) после кесарева сечения после ультразвукового исследования.

Процедура проводилась в жидкостной среде с помощью гистероскопа HYF-1T фирмы «Storz» (Германия) с применением видеомонитора. Предварительно после премедикации в асептических условиях под местной анестезией производили расширение цервикального канала до № 6 расширителя Гегара. В качестве контрастной среды.использовали стерильный физиологический раствор (0,9%). По мере необходимости изображение на экране монитора увеличивали (для более детального изучения подозрительных структур) или уменьшали (для обозрения всей полости матки). Исследование выполняли на 4-5 день менструального цикла, когда функциональный слой эндометрия полностью отторгался, и через тонкий базальный слой была видна подлежащая ткань. При обнаружении патологических изменений эндометрия проводили их удаление под контролем гистероскопа.

В результате исследования состояния матки после операции с рассечением по Гусакову-Занченко и ушиванием однорядным непрерывным викриловым швом - методом гистероскопии у 31 пациенток (30,69%) были выявлены гиперпластические процессы эндометрия. В соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) данные патологические изменения эндометрия были определены как полипы эндометрия у 22 пациенток (70,9%) и железистая эндометриальная гиперплазия у 13 пациенток (13,8%). Эти пациентки составили основную группу. 52 пациентки с рубцом на матке после кесарева сечения по Дефлеру и ушивания разреза двухрядным швом, у которых отсутствовала патология эндометрия, составили 1 контрольную группу. 10 пациенток, имевших в анамнезе роды через естественные родовые пути, составили 2 контрольную группу. Средний возраст женщин в основной, 1 и 2 контрольной группах достоверно не отличался и составил 26,5+0,9, 28,2+1,1 и 27,1+0,8 лет соответственно ($p>0,05$). При диагностической гистероскопии патологии эндометрия не было выявлено ни у одной женщины 2 контрольной группы.

При описании гистероскопической картины эндометриальной гиперплазии была использована классификация Г.М.Савельевой и соавт. (1999). Согласно предложенной классификации описаны обычная и полиповидная формы гиперплазии. Обычная гиперплазия эндометрия визуализировалась у 6 пациенток (46,2%) и у 7 (53,8%) - полиповидная. Гистероскопическая картина при простой гиперплазии эндометрия характеризовалась неравномерным утолщением, складчатым строением. Основание складок было широким, вершина - тонкой с неровными краями.

Оттенок складок варьировал от бледно-розового до ярко-красного цвета. При подаче жидкой среды наблюдали волнообразные движения слизистой оболочки - признак «подводных растений». Выводные протоки трубчатых желез располагались равномерно, устья маточных труб были свободны. Полиповидные разрастания шарообразной формы на широком основании бледно-розового цвета, свисающие в просвет цервикального канала были расценены при гистероскопии как полиповидная форма гиперплазии эндометрия .Во всех случаях, выявленная железистая гиперплазия эндометрия по распространенности имела очаговый характер. Диффузной гиперплазии при исследованиях не наблюдали. Полипы эндометрия диагностировались при наличии тонкого основания («ножки» полипа) и имели различную форму Гистероскопическая картина железистых и железисто-фиброзных полипов не имела отличий. Размеры полипов колебались в пределах от 0,5 до 2-2,5 см. Полипы имели гладкую поверхность бледно-розового цвета.

Обнаруженные гиперпластические процессы эндометрия удаляли под контролем гистероскопа кюреткой № 2 для последующего гистологического исследования. У всех пациенток с гиперплазией эндометрия при гистологическом исследовании удаленных патологических образований определяли железистую гиперплазию эндометрия. При гистологическом исследовании удаленных полипов определяли следующие морфологические изменения: железистый полип эндометрия, железисто-фиброзный полип и железистый полип с лимфоидной инфильтрацией. Как видно из таблицы, при гистологическом исследовании полипов эндометрия в преобладающем большинстве случаев в 81,8% (18 пациенток) были выявлены железистые полипы эндометрия. Железисто-фиброзные полипы при гистологическом исследовании были обнаружены в 9,1% случаев (2 пациентки). Кроме того, у 2 пациенток (9,1%) были выявлены железистые полипы с лимфоидной инфильтрацией. Гиперплазия эндометрия в области послеоперационного рубца была выявлена у 10 пациенток (76,9%), в области задней стенки матки в проекции рубца у 3 пациенток (23,1%).Полипы эндометрия, также как и гиперплазии наиболее часто локализовались в области послеоперационного рубца. В этой области они были выявлены у 17 женщин (77,3%). У 5 обследуемых женщин (22,7%) они располагались в области задней стенки матки. Необходимо отметить, что это не типичные зоны расположения гиперпластических процессов. Обычно гиперпластические процессы эндометрия наблюдаются в области дна и трубных углов. В течение года после операции кесарева сечения гиперпластические процессы эндометрия составляли наибольшее количество - 34,3% случаев (12 пациенток). С увеличением времени, прошедшего после оперативного родоразрешения, количество пациенток, у которых обнаруживались гиперпластические процессы, уменьшалось. Через 5 лет гиперпластические процессы регистрировались в три раза реже и составляли 11,4% (4 пациентки).

Таким образом, операционная травма эндометрия приводит к развитию гиперпластических изменений эндометрия в области послеоперационного рубца у женщин фертильного возраста, перенесших кесарево сечение. У 2,9% пациенток были диагностированы железистые полипы эндометрия и у 37,1 % пациенток – очаговая железистая гиперплазия эндометрия, расположенных не типично – в проекции рубца. Соноконтрастная гистероскопия имеет диагностическую ценность в выявлении полипов эндометрия, ультразвуковая доплерометрия – очаговой гиперплазии эднометрия у женщин с рубцом на матке. Чувствительность, специфичность и точность гистероскопии в диагностике гиперпластических процессов эндометрия очень высока и составляет 100%.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ У БЕРЕМЕННЫХ

Е. О. Балашова – студент 1526 гр. лечебного факультета

Кафедра акушерства и гинекологии УО БГМУ, г. Минск, Республика Беларусь

Научный руководитель - д.м.н., проф. Л. Ф. Можейко.

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

Наличие доброкачественных опухолей и опухолевидных образований яичников не препятствует наступлению и прогрессированию беременности, вызывая такие осложнения, как: угроза не вынашивания, перекрут ножки опухоли, разрыв капсулы, которые нередко требуют неотложного оперативного вмешательства.

Цель: Оценить течение беременности и исход родов у беременных женщин с опухолями яичников.

Материал и методы. Диагностика опухолей яичников у беременных более сложная, чем у небеременных женщин. Сложности диагностики обусловлены не только скудной клинической симптоматикой, но и снижением информативности методов исследования по мере увеличения срока гестации, а так же изменением анатомо-топографических взаимоотношений по мере увеличения размеров матки.

Ввиду неспецифической клинической картины опухолей яичников их диагностика при беременности возможна, в основном с помощью ультразвукового исследования. Что позволяет

не только визуализировать опухоль, но и оценить её размеры, структуру, темпы роста, отношение к соседним органам.

Оценивали исходный уровень СА-125 у всех обследуемых женщин. При этом СА-125 в пределах нормы (0-35 ед./мл.) был у 63 (90%) женщин, среднее значение 24,6-+ 3,8 Ед/мл. Повышение СА-125 от 105 до 405 ед./мл наблюдалось у 7 (10%) пациенток.

В тоже время некоторые исследователи отмечают низкую информативность определения онкомаркера СА – 125 в дифференциальной диагностике опухолей и опухолевидных образований при беременности. Данный гликопротеин не является истинным опухолевидным маркером, так как может синтезироваться и нормальными, и злокачественными клетками эпителиального происхождения. Повышение уровня СА–125 может наблюдаться при эпителиальных опухолях негинекологической локализации, различных воспалительных заболеваниях органов брюшной полости, циррозе печени, беременности и эндометриозе.

Средний возраст исследуемых пациенток составил 30 лет. В возрасте 19-24 лет находились 13 (19%) женщин, в возрасте 25 – 29 лет — 10 (14%) беременных, в возрасте 30 – 35 лет — 47(67%) пациенток.

Согласно данным анамнеза 64 (91,4%) женщин во время беременности находились в браке, 56 (80%) — были служащими ,10 (14,3%)— являлись учащимися, 4 (5,7%) — не работали. Вредных условий труда отмечено не было. У 56 (80%) женщин данная беременность была первая, у 10 (14.2%) — вторая, у 4 (5.8%) — третья. Медицинское прерывание беременности было в анамнезе у 6 (8.5%) женщин.

Кисты яичников были обнаружены до беременности у 11 (16%) пациенток и у 59 (84%) пациенток во время беременности в сроке до 12 недель.

К ранним и относительно постоянным симптомам опухолей яичников относили периодические болевые ощущения в нижних отделах живота, преимущественно односторонней локализации — у 14 (20%) женщин, постоянные тянущие боли без четкой локализации — у 9 (13%) обследуемых, незначительные кровянистые выделения из половых путей — у 4 (6%) беременных. Отсутствие жалоб отмечено у 43 (61%) обследуемых пациенток.

В тоже время 9 % женщин указывали на болезненность месячных до беременности, 11% отмечали не регулярный характер менструальной функции.

Результаты и их обсуждение. Всем пациенткам проводилось хирургическое лечение с использованием лапароскопического доступа. Обязательным условием при лапароскопии являлись не использование внутриматочного манипулятора и монополярного электрода. Все пациентки были прооперированы в плановом порядке, объём операции — цистэктомия.

Оптимальным сроком для планового оперативного лечения обще признано 16-18 нед., так как к этому сроку заканчивается органогенез, созревание фетоплацентарного комплекса, к 16-й

неделе беременности происходит самостоятельная резорбция кист жёлтого тела, размеры беременной матки относительно невелики и не препятствуют проведению операции [6]. Согласно нашему исследованию 63 (90%) женщин были прооперированы в сроке 16-18 недель, 7 (10%) женщин — 14-16 недель гестации.

Среди удалённых эпителиальных опухолей яичника была выявлена высокая частота серозной цистаденомы — 50 (71%), у 4 (6%) пациенток были выявлены эндометриоидные кисты, из герминогенных опухолей яичников обнаружены зрелые тератомы (дермоидные кисты) в 13 (19%) случаях. Из опухолевидных образований яичников кисты желтого тела – 3(4%).

В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная терапия (ампициллин, цефазолин, цефураксим, амоксициллин) у 16 (22,8%) женщин, кроме того, всем пациенткам назначалась терапия, направленная на сохранение беременности (папаверин, дюфастон).

Послеоперационный период протекал без особенностей. Все женщины были выписаны домой в удовлетворительном состоянии на 4-5 сутки.

В то же время следует отметить, что течение беременности протекало с угрозой прерывания беременности у 5 (7 %) в сроке 22 -28 нед., у 8 (11,4%) в сроке 29 -33 нед., у 2 (2,8%) в сроке 34 -37 нед. Это следует учитывать при диспансерном ведении таких пациенток.

Преждевременные роды были у 5 (7,2%) женщин. При этом отслойка центрально прилежащей плаценты диагностирована у 1 (1,4%) женщин, отслойка нормально расположенной плаценты — у 3 (4,3%) женщин.

Из 70 пациенток оперированных по поводу кист яичников беременность закончилась самостоятельными родами в срок 37-41 нед. у 50 (71,4%) женщин, преждевременными родами в сроке 34-36,6 нед. у 5 (7,2%) обследуемых, операцией планового кесарево сечения у 15 (21,4%) пациенток.

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

Выводы:

Хирургическое лечение беременных с опухолями и опухолевидными образованиями яичников имеет ряд особенностей в отличие от операций, проводимых у небеременных женщин. Проведение плановых операций напрямую зависит от срока гестации. В нашем исследовании не было отмечено достоверного увеличения частоты преждевременных родов и рождения детей с низкой массой тела при выполнении хирургического вмешательства во время беременности. Хочется отметить, что все пациентки, которым выполнялась операция лапароскопическим доступом, доносили беременность до жизнеспособности плода с благоприятным исходом родов.

ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТЕЙ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ОТЯГОЩЕННЫМ АКУШЕРСКИМ АНАМНЕЗОМ

Е.В. Черствая – студентка 1531 гр. лечебного факультета85

Кафедра акушерства и гинекологии УО БГМУ, г. Минск, Республика Беларусь

Научный руководитель - к.м.н., доц. Л. Н. Васильева

Актуальность. ОАА **(**отягощенный акушерский анамнез) - один из самых часто встречающихся диагнозов, которые ставят акушеры-гинекологи женщинам, поступающим в роддом. В последнее годы растет процент женщин репродуктивного возраста с таким диагнозом, и поэтому вопросы ведения беременности и родов у такой категории пациенток приобретают все большую значимость для населения страны.

Цель. Выявить особенности течения беременности, родоразрешения у пациенток с отягощенным акушерским анамнезом (внематочная беременность, самопроизвольный выкидыш, неразвивающаяся беременность)

Материал и методы исследования. Проведѐн ретроспективный анализ 165 историй родов на базе 6 ГКБ г.Минска за 2015 – декабрь 2016 гг. На основе проанализированного материала сформировано 4 группы пациенток: I – 31 беременных с внематочной беременностью в анамнезе, II – 33 пациентка с самопроизвольным выкидышем в анамнезе, III – 36 пациенток с неразвивающейся беременностью в анамнезе, IV – контрольная группа из 65 пациенток, беременность которых протекала без вышеуказанной патологий и родоразрешились естественным путѐм.

Результаты исследования. За период с начала 2015 до декабря 2016 состоялось 11473 родов, из которых 4567 с отягощенным акушерским анамнезом (вакуум-аспирация, медикаментозный аборт, прерывание беременности; внематочная беременность, самопроизвольный выкидыш, неразвивающаяся беременность). Для исследования отбирались истории родов пациенток с внематочной беременностью (I), самопроизвольным выкидышем (II), неразвивающейся беременностью (III) в анамнезе и пациенток, беременность которых протекала без вышеуказанной патологий и роды разрешились естественным путѐм (IV). Отбирались только I роды. Возраст в исследуемых группах составил от 20 до 30 лет: I - 27,5 года, II – 25,9 года, III – 27,1 лет, IV – 26,4 лет. Средний срок беременности в родах составил I – 272,59; II – 273,1; III – 270,46; IV – 275,3 дня. При сравнении экстрагенитальной патологии в исследуемых группах достоверно наиболее частой патологий стали нарушение жирового обмена и миопия различной степени явились, у пациенток I и II также достоверно часто встречалось варикозное расширение вен. Предлежание плода было в большинстве случаев среди всех пациенток было головным, положение – продольное, исключение – группа пациенток с прерыванием беременности по желанию женщины(48,6% поперечное положение и

42,9% продольное).

Анализируя гинекологический анамнез пациенток в исследуемых группах было выявлено, что во всех группах достоверно чаще встречается ЭШМ в анамнезе в группе I высокий вес также имеет кольпит, в IV- ИППП. Наибольший интервал между беременностями, от 8 до 10 лет, отмечен в группе женщин, прервавших первую беременность по своему желанию. Однако это связано с нежеланием женщины беременеть, а не с бесплодием. Наименьший интервал между беременностями отмечен в группе пациенток, перенесших трубную беременность (2-4 года), наибольший в группе женщин, имевших в анамнезе неразвивающуюся беременность (8-10 лет), причем у 5 из них был выставлен диагноз бесплодие. В исследуемых группах по беременность чаще осложнялась: I – анемией, II – анемией, III – анемией, IV- макросомия плода. Угрозой прерывания беременности в различных сроках присутствовала у большей доли пациенток во всех группах. Также выявленные случаи многоводия (I, III),маловодия(IV), синдрома задержки внутриутробного развития (СЗРП) в III группе. Через естественные родовые пути чаще рожали женщины, имеющие в анамнезе трубную беременность с трубной беременность (21женщина(67,74%)) и медицинский аборт (24(67,69%)). У пациенток с анамнезом, отягощенным неразвивающейся беременностью или самопроизвольным выкидышем, кесарево сечение проводилось примерно в половине случаев (во II группе –16 женщин(48.48%),в III –16(44,4%). В подавляющем большинстве операция выполнялась в плановом порядке.

Основными осложнениями в родах были несвоевременное излитие околоплодных вод, аномалии родовой деятельности, травматизм. Несвоевременное излитие околоплодных вод было наиболее частым осложнением в I и II группе, аномалии родовой деятельности в III и травматизм в IV. Кровопотеря у пациенток всех групп, родивших через естественные родовые пути, была физиологической и достоверно по группам не отличалась. Однако кровопотеря во время операции кесарево сечение была выше у пациенток 1 группы. Все дети родились без асфиксии, по весу и росту значимо не отличались по группам.

Выводы. Наиболее частым осложнением во время беременности во всех группах является анемия. Угроза прерывания беременности в различных сроках присутствовала у большей доли пациенток во всех группах. Также выявленные случаи многоводия (I, III), маловодия (IV), синдрома задержки внутриутробного развития (СЗРП) в III группе. Что требует наблюдения пациенток всех исследуемых групп в группе высокого риска по перинатальным потерям и материнской смертности.

ОЦЕНКА ЖИРОВОГО КОМПОНЕНТА МАССЫ ТЕЛА У БЕРЕМЕННЫХ МЕТОДОМ БИОИМПЕДАНСОМЕТРИИ

Е.Ю. Кощеева, В.В. Эйрих - студентки 6 курса лечебного факультета *92*

Кафедра акушерства и гинекологии

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, г. Тюмень, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доц. Н.Б. Чабанова

Актуальность. Состав тела является одним из показателей, отражающих здоровье человека. Соотношение отдельных тканевых компонентов тела изменяется при различных состояниях, в том числе и при беременности. В материнском организме происходят эндокринные и метаболические изменения, включающие увеличение веса, количества жировой ткани и резистентность к инсулину. Эти изменения отражают не патологическое состояние, а физиологическую адаптацию, необходимую для удовлетворения потребности плода в энергии, а также для подготовки организма матери к кормлению грудью. Однако, при избыточном накоплении жира в организме женщины, особенно висцерального, повышается риск осложненного течения беременности. Исследования последних лет показали, что жировая ткань, являясь важным компонентом состава тела, способна производить значительное число гормоноподобных пептидов, получивших название адипокинов или адипоцитокинов, и участвовать в метаболизме стероидных гормонов, которые могут вызывать развитие сопутствующих ожирению осложнений, в т.ч. развитие гестоза и инсулинорезистености. Эндокринология жировой ткани тесно связана с ее массой, морфологией (размер и число адипоцитов), топографией жироотложения (висцеральный и подкожный жир), характеристикой отдельных жировых депо. Ряд эндокринных особенностей адипозного органа формируется, а затем и реализуется в пре- и постнатальной жизни (беременность/фетальное программирование). Учитывая вышесказанное, изучение состава тела при беременности, является чрезвычайно важной и актуальной задачей. Оценка состава тела при помощи биоимпедансометрии является современным, доступным, высокоинформативным и в то же время простым и безопасным методом[1-3].

Цель работы. Проведение оценки жирового компонента массы тела у беременных методом биоимпедансометрии.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 48 женщин в I триместре беременности, у которых с помощью биоимпедансометрии оценивали состав тела. Одновременно проводили традиционное антропометрическое исследование, включающее измерение роста, веса с последующим вычислением индекса массы тела (ИМТ), измерение окружности талии (ОТ) и окружности бедер (ОБ), с вычислением индекса ОТ/ОБ. В зависимости от ИМТ и массы жировой ткани беременные были разделены на группы: 1-я – с нормальным ИМТ и нормальным количеством жировой массы (ЖМ), 2-я с нормальным ИМТ и

избытком ЖМ, 3-я с избытком массы тела, 4-я с ожирением Iстепени.Полученные данные обработаны методом вариационной статистики с использованием стандартной компьютерной программы Excel, результаты представлены в виде средних величин и стандартной ошибки средней величины (M±m).

Результаты и обсуждение. Известно, что содержание жира в организме здоровых женщин (% веса тела) в возрасте 18-30 лет в норме составляет 17 – 24%.При вычислении ИМТ было установлено, что 58% женщин имели нормальную массу тела, 29% - избыточную массу тела, 13% - ожирение I степени. В то же время при проведении биоимпедансометрии нормальное содержание жировой массы, нормированной по росту, имели только 45% беременных с нормальным ИМТ, у остальных 55% выявлен избыток жировой ткани (более 30% от массы тела).У беременных 2 группы установлено снижение активной клеточной массы, что указывает на недостаточность питания. Дефицит клеточной массы, который в этом случае компенсируется жировой тканью, указывает на наличие скрытого ожирения у данной категории женщин. Кроме того, у беременных с нормальным ИМТ и избытком жировой ткани (2 группа) выявлены более высокие значения индекса ОТ/ОБ по сравнению с беременными 1 группы, что соответствует абдоминальному типу распределения жировой ткани, как и в группе с ожирением I степени.

Выводы. Таким образом, нормальная величина ИМТ не во всех случаях отражает отсутствие висцерального ожирения. Изучение состава тела у беременных с помощью биоимпедансометрии позволяет выявить «метаболически тучных» пациенток среди беременных с нормальным весом, которые составляют группу риска по развитию акушерской патологии. Данная методика позволяет на индивидуальном уровне оценить степень риска осложнений, связанных с избытком жировой ткани, и несомненно должна найти широкое применение в клинической практике.

Литература.

1. Петунина Н.А., Кузина И.А.Роль гормонов жировой ткани в развитии осложнений беременности у женщин с ожирением // Ожирение и метаболизм. 2013. №1. С. 9-14.

2. Чабанова Н.Б., Василькова Т.Н., Шевлюкова Т.П., Хасанова В.В. Проблемы диагностики избыточной массы тела и ожирения во время беременности // Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. 2016. Т. 18. № 2. С. 176-180.

3. Пшеничникова Е.Б., Пшеничникова Т.Б., Макацария А.Д. // Метаболический синдром и тромбофилия: состояния высокого риска у беременных. Русский медицинский журнал. 2006. С. 53.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С ТОРСИОННЫМ СКОЛИОЗОМ

Д.А. Мурзаева – студент 524 гр. лечебного факультета,
Г.Д. Галиева – студент 520гр. лечебного факультета *80*
Кафедра акушерства и гинекологии
ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, г. Тюмень, Россия
Научный руководитель - д.м.н., доц. Т.П. Шевлюкова

Актуальность. В современной медицинской литературе достаточно мало научных публикаций о течении сколиоза у женщин, вынашивающих беременность. В группе женщин, страдавших диспластическими и дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника на долю сколиоза приходится 26,5% клинических наблюдений. Неизученность важнейших этапов вынашивания беременности, частоты и характера осложнений гестационного периода, аномалий родовой деятельности и перинатальных исходов определили важность и актуальность проведенного исследования. Среди симптомов заболеваний позвоночника у беременных наименее изученными являются экстравертебральные проявления, к которым относятся патология сочленений таза и непосредственно тазового кольца. В отечественной медицинской литературе достаточно полно представлена информация о клинически узком тазе, симфизите и послеродовых разрывах лонного сочленения. Сведения же о влиянии заболеваний позвоночника у беременных на сочленения таза и формирование структуральных деформаций тазового кольца отсутствуют.

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

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

Результаты исследования. В результате исследования получена информация о том, что сколиотическая деформация позвоночного столба, по сравнению с таким заболеванием как остеохондроз позвоночника, в большей части клинических наблюдений сопровождается функциональной и органической патологией сочленений таза в форме функциональных блоков и крестцово-подвздошного периартроза. Кроме того, сколиоз тяжелой степени при декомпенсированных формах способен вызывать формирование тяжелых многоплоскостных деформаций тазового кольца, которые, в свою очередь, способствуют формированию осложнений беременности и росту перинатальной патологии. Асимметрия парных костных и мягкотканых образований является важнейшим клиническим симптомом, указывающим на наличие сколиоза. В проведенном исследовании данный симптом диагностирован у 145 беременных. Известно, что выраженность клинических проявлений заболеваний позвоночника,

в том числе и выраженность вертеброгенного болевого синдрома, находится в прямой зависимости от степени нарушения его оси. Учитывая этот факт, особое внимание при клиническом исследовании беременных, обращали на расположение линии остистых отростков тел позвонков, выявляя нарушение оси позвоночника во фронтальной, в сагиттальной и в горизонтальной плоскостях, а также диагностировали торсию позвонков.

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

Для объективной диагностики деформаций позвоночника использовали муаровую топографию, как наиболее безопасный способ диагностики сколиоза у беременных женщин. Результатом исследования являлось получение муаровой картины, несущей объективную информацию о характере и степени тяжести сколиоза. Для распределения беременных по степени тяжести сколиотической деформации использовали классификацию В.Д. Чаклина с соавторами (1974). Сколиоз был представлен: деформация I степени – 49,3% случаев; деформация II степени – 35,6%; деформация III степени – 14,4%; деформация IV степени – 0,7% наблюдений.

По основному этиологическому фактору были выделены следующие формы сколиоза: идиопатический – 80,2% случаев; диспластический – 16,4%; неврогенный – 2,0%; врожденный – 1,4% наблюдений.

Выводы. Наличие многоплоскостной структуральной деформации тазового кольца оказывает неблагоприятное воздействие на беременную матку и плод. Клинически, чаще всего, это проявляется нарушением фето-плацентарного кровотока. С большой долей вероятности можно предполагать, что деформированная матка уменьшает способность плода к совершению полноценных активных движений, способствует появлению у новорожденных патологических установочных положений головы, туловища, конечностей. В результате исследования получена информация о том, что сколиотическая деформация позвоночного столба, по сравнению с таким заболеванием как остеохондроз позвоночника, в большей части клинических наблюдений сопровождается функциональной и органической патологией сочленений таза в форме функциональных блоков и крестцово-подвздошного периартроза. Кроме того, сколиоз тяжелой степени при декомпенсированных формах способен вызывать формирование тяжелых многоплоскостных деформаций тазового кольца, которые, в свою очередь, способствуют формированию осложнений беременности и росту перинатальной патологии.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ СНИЖЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, СВЯЗАННОЙ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ В АКУШЕРСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Д.А. Мурзаева – студент 524 гр. лечебного факультета,
Д.И Боечко. – студент 514гр. лечебного факультета55
Кафедра акушерства и гинекологии
ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, г. Тюмень, Россия
Научный руководитель - д.м.н., доц. Т.П. Шевлюкова

Актуальность. Одним из главных особенностей перинатального здоровья является тот факт, что его значимость будет важна для процесса воспроизводства популяции в перспективе, а необоснованная перинатальная смертность и утрата здоровья новорожденных детей представляют собой невосполнимую потерю репродуктивного потенциала и генофонда нации. В период с 2008 по 2011 годы в Тюмени было зарегистрировано 1301 случай инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, вызванных культивируемыми бактериями. Примечательным оказался тот факт, что самое большое количество случаев заражения инфекциями было зарегистрировано в хирургических стационарах (580случаев) и среди новорожденных и родильниц (370 случаев), что дает основание для совершенствования противоэпидемических и профилактических мероприятий, которые направлены на снижение заболеваемости ИСМП в данных медицинских организациях. В Родильном доме №2 г. Тюмени была разработана программа, направленная на снижение заболеваемости ИСМП и включающая в себя совокупность организационных мероприятий по уходу и содержанию пациентов. Кроме организационных мероприятий по уходу и содержанию пациентов данная программа включает производственный контроль биологической безопасности акушерского стационара в содружестве с технологией РОУС – технология дезинфекции помещений и оборудования с помощью аэрозольного распыления генератором «Ультраспрейер» дезинфектанта на основе перекиси водорода. Осуществление этой программы позволило достигнуть более высокого уровня биологической безопасности медицинских услуг, оказываемых пациентам в акушерском стационаре.

Цель исследования. Анализ эффективности организационных мероприятий, проводимых в Родильном доме № 2 г. Тюмень, по снижению заболеваемости инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи новорожденным детям.

Материалы и методы исследования. Нами был проведён ретроспективный анализ годовых отчётов заболеваемости новорождённых инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи в Тюменской области. Кроме того, была проанализирована эффективность технологии РОУС, действующей в Родильном доме №2 г. Тюмень.

Результаты исследования. Было выявлено, что технология аэрозольного распыления

дезинфектантов уменьшила интенсивность контаминации объектов производственной среды неферментирующими грамотрицательными бактериями. В группе наблюдения частота, с которой эти микроорганизмы встречаются на объектах производственной среды, по сравнению с группой контроля снизилась в 2 раза (ДИ 1,1–3,6). Кроме этого, индекс полирезистентности (ИПР) к десяти индикаторным антибиотикам у микробов, обнаруженных в смывах, отобранных в опытной группе, был на 9,2% ниже, чем в группе контроля (28,4 и 37,56% соответственно). Наиболее значимые результаты получены в комнатах гигиены и санузлах, где ИПР бактерий сократился на 14,3% (с 41,9 до 27,6%). Стоит отметить, что основным достижением программы явилось изменение структуры микрофлоры, колонизирующей новорожденных: в последние годы стали доминировать S.epidermidis и Streptococcus.

Изменения структуры микрофлоры, колонизирующей новорождённых, сопровождались снижением её резистентности к индикаторным антибиотикам. В результате, к концу 2016 г. индекс полирезистентности сократился в 1,59 раза, по сравнению с 2007 г.(с 25,2% до 15,9%). В конце нашего исследования индекс полирезистентности к индикаторным антибиотикам снизился практически у всех микробов, колонизирующих новорожденных.

Важно подчеркнуть, что снижение угрозы колонизации новорожденных госпитальными штаммами отмечалось как в родовых боксах в момент рождения детей, так и в период их пребывания в послеродовом отделении. Так, к 2016 г. индекс полирезистентности к индикаторным антибиотикам у микрофлоры, колонизирующей детей в первые сутки их пребывания в роддоме снизился по сравнению с 2007 г. в 2,2 раза (с 22% до 10%). На четвертый день снижение составило 2,38 раз (с 31% до 13%).

Одновременно со снижением полирезистентности было выявлено снижение угрозы колонизации новорожденных госпитальными штаммами, это касалось и всех биотопов детей. Таким образом, риск колонизации госпитальными штаммами конъюнктивы в 2016 г. по сравнению с 2007 г. снизился в 1,5 раза, слизистых носа и кожи пупочного остатка в 2 раза, а прямой кишки и слизистой зева в 2,5 раза.

При этом, у микрофлоры, которая циркулировала в акушерском стационаре, появилась большая чувствительность к дезинфектантам, использующимся в роддоме для проведения текущей дезинфекции, что сопровождалось снижением инфекционной заболеваемости новорожденных на протяжении всего неонатального периода.В результате, к концу 2016г. уровень инфекционной заболеваемости новорожденных сократился по сравнению с 2007-2008 гг. в 2 раза, с 31,40 до 15,20 случаев на 1000 живорожденных детей. Также, выявлено резкое снижение встречаемости случаев инфекционных заболеваний кожи и подкожной клетчатки, а также инфекции органов чувств.

Выводы.

1. Мероприятия по профилактике, проводимые в Родильном доме г. Тюмени, доказали высокую эффективность в борьбе с инфекциями, которые связаны с оказанием медицинской помощи. Данный факт объясняется внедрением программы, включающей в себя комплекс организационных мероприятий по уходу за пациентами, производственный контроль биологической безопасности акушерского стационара в содружестве с технологией РОУС.

2. Реализация данной программы по борьбе с ИСМП в родильном доме снизила заболеваемость и летальность среди новорожденных, что, в свою очередь, способствовало демографическому и экономическому благополучию Тюменской области.

СТОМАТОЛОГИЯ

РАЗРАБОТКА ИНДИВИДУАЛЬНОЙ МЕТОДИКИ ВОССОЗДАНИЯ МОДЕЛИ «ПРОЗРАЧНЫЙ ЗУБ»

К. Г. Клюйко - студентка 7513 группы стоматологического факультета 96

2-я кафедра терапевтической стоматологии УО БГМУ, г. Минск, Республика Беларусь

Научные руководители - д-р мед. наук, проф. Т. Н. Манак, ассист. И. А. Шипитиевская

Актуальность. Анатомические особенности строения корневых каналов зубов по сей день являются актуальной тематикой научных исследований. Для получения успешного результата при выполнении всех этапов эндодонтического лечения, таких как обработка, формирование и обтурация корневых каналов, врач стоматолог должен иметь представления о вариабельности морфологии каналов зубов.

В арсенале современных исследователей находятся несколько методов визуализации анатомии зубов. К ним относятся рентгенологическое и гистологическое исследования, изготовление продольных и поперечных срезов, визуализация с помощью операционного микроскопа,компьютерная томография, а также получение прозрачных препаратов зубов.

Возможность преображать различные анатомические препараты в прозрачные объекты научному миру подарил Вернер Шпальтегольц, немецкий анатом, автор знаменитого трехтомного атласа нормальной анатомии. Ещё в 1890-х годах он понял, что если ткани окружены и пропитаны веществом, имеющим одинаковый с ними индекс рефракции, они станут прозрачными. Так Шпальтегольц, подбирая растворы для разных тканей, создал множество прозрачных макропрепаратов, а метод обрёл название «кларификации по Шпальтегольцу».Данная методика была адаптирована для человеческих зубов, и уже в 1913 были успешно получены их прозрачные образцы.

Данный метод неоднократно совершенствовался, но, невзирая на это, даже на современном этапе он требует модернизации.

Цель исследования: изучение особенностей анатомии с помощью полученной предварительно по оригинальной методике модели «прозрачный зуб».

Материалы и методы исследования: исследование проводилось на экстрагированных образцах зубов (в результате III, IV степени подвижности по Энтину, или по ортодонтическим показаниям) с использованием следующих химических реагентов: 5% раствор хлороводородной кислоты, этиловый спирт 70%, изопропиловый спирт возрастающей концентрации 70%, 80%, 90%, 100%, силикагель, хлорбензол.

Процесс трансформации зуба в прозрачный объект представляет собой цепочку сложных физико-химических реакций. Исследование включает несколько этапов:

1. Подготовительный этап;
2. Декальцификация, растворение неорганической составляющей;

3. Дегидратация, удаление липидного и водного компонентов;

4. Очищение, погружение образцов в очищающую среду с индексом преломления равным таковому зуба.

На подготовительном этапе образцы очищались от зубных отложений, периодонтальной связки и до использования хранились в 10% формалине. Образцы зубов были разделены на две группы: 6 из них – интактные зубы, а в 12 образцах были отпрепарированы полости с доступами к устьям каналов. В течение 24 ч они выдерживались в 3% гипохлорите Na для удаления остатков пульпы. После промывались под проточной водой 4 ч.

На следующем этапе образцы подвергались декальцификации 5% соляной кислотой. Время экспозиции образцов в кислоте составляет 72 ч, с заменой раствора каждые 24 ч и перемешиванием для равномерного воздействия каждые 8 ч. По завершению зубы промывались под проточной водой в течение 2 ч.

На этапе дегидратации зубы помещали в среды дегидрантов, в результате чего были сформированы 3 группы образцов (4 с эндо доступом + 2 интактных зуба). Время экспозиции: силикагель – 24 ч, этиловый спирт – 8 ч с заменой раствора каждый 1 ч, изопропиловый спирт – 70%- 3 ч, 80% -3 ч, 90% - 2 ч, с заменой раствора каждый 1 ч, 100% - 1 ч). После этапа дегидратации зубы высушивали и помещали их в раствор хлорбензола для обесцвечивания.

Результаты исследования.

Нами было проведено собственное исследование по индивидуальной методике по завершению которого были получены следующие результаты:

1. Наиболее качественно и эффективно этап дегидратации был выполнен при использовании изопропилового спирта в сравнении с двумя другими дегидрантами – этиловым спиртом и силикагелем. Возрастающие концентрации данного одноатомного спирта алифатического ряда способствуют поэтапному удалению липидного и водного компонента без допущения погрешностей в очищении;

2. Прозрачные препараты интактных зубов дают возможность подробнее изучить анатомию не только корневых каналов, но и собственно полости зуба. Знания о топографии, размерах в различных проекциях пульповой камеры зуба могут явится помощником на этапе препарирования полости зуба и поиска устьев корневых каналов;

3. Высокая степень прозрачности наших препаратов даёт возможность изучения характеристик анатомических образований корней зубов, таких как боковые каналы, апикальная констрикция, благодаря доскональной демонстрации морфологии корневых каналов на полученной модели «прозрачный зуб»;

4. Данные образцы зубов могут храниться достаточно долгое время, сохраняя исходную степень прозрачности, твёрдости и визуализации внутренней и внешней анатомии зубов.

Выводы. Данная методика визуализации морфологии корневых каналов имеет ряд

преимуществ по сравнению с иными способами:

1. Очень наглядна, поскольку позволяет получить трехмерную картину корневых каналов;
2. Сохраняет исходную форму корня;
3. Полученные образцы могут храниться в течение длительного времени;
4. Достаточно недорогой метод.

Область применения прозрачных препаратов зубов:

1. Изучение морфологи корневых каналов зубов;
2. Трёхмерное представление системы корневых каналов;
3. Преклиническое эндодонтическое учебное пособие;
4. Демонстрационное пособие для пациентов модели лечения корневых каналов;
5. Вспомогательный объект при оценке эндодонтически леченных зубов in vitro;
6. Изучение и отработка различных методик и этапов эндодонтического лечения.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ФТОРИД НАТРИЯ, ХЛОРГЕКСИДИН БИГЛЮКОНАТА И ДИОКСИДИНА НА КАРИЕСОГЕННУЮ АКТИВНОСТЬ МИКРОФЛОРЫ РТА

Г.М.-А. Будайчиев – клинический ординатор, М.Н. Меджидов, Э.А. Курбанова, З.К. Махмудова *88*

Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г Махачкала, Россия

Аннотация. Кариес зубов - заболевание с ведущими местными изменениями, характеризующихся деминерализацией твердых тканей зуба с образованием кариозной полости. Из всех факторов, определяющих природу и состояние флоры полости рта и участвующих в патогенезе развития кариеса, наиболее важны: качественный состав слюны с содержанием различных бактериальных ассоциаций и микрофлора зубных бляшек. Исследованиям бактериальной ассоциации в зубной бляшке придается большое значение в связи с тем, что состояние зубной бляшки, как известно, является ключевым механизмом возникновения и развития кариеса зубов [1]. Гидролиз углеводов за счет ферментов, которые выделяются микрофлорой, находящихся в полости рта, приводит к росту кислотности слюны и зубной бляшки в результате чего они становятся кариесогенной [4]. В комплексе мероприятий по профилактике кариеса важное место отводится фармакологическим средствам, которые способны замедлять ацидогенную (кариесогенную) активность зубной бляшки (ЗБ) [2]. Среди препаратов, активно тормозящих кариесогенность ЗБ, предпочтение отдается хлоргексидина биглюконату. Фторид натрия, который широко используется для профилактики кариеса, также способствует снижению ацидогенной активности микрофлоры ЗБ. В литературных источниках нами не найдено информации о способности диоксидина тормозить кариесогенную активность микрофлоры ЗБ, но мы предполагаем ее наличие, так как этот препарат обладает широкой

антибактериальной активностью.

Цель работы. Для установления способности диоксидина подавлять кислотообразования микрофлоры полости рта и с целью поиска альтернативы хлоргексидина и фторида натрия проведено данное исследование.

Объекты и методы исследования. Обследовано 20 человек в возрасте 15-16 лет. Индекс OHI-S был выше 2 баллов, а индекс КПУз - более 5. Для сравнения антисептической эффективности в отношении микрофлоры рта человека нами в условиях "искусственного рта" (Петрович Ю.А., Леонтьев В.К.), а также непосредственно в полости рта у пациентов, были исследованы фторид натрия, хлоргексидина биглюконат и диоксидин. В условиях "искусственного рта" проведены замеры pH образцов ротовой жидкости с глюкозой (в концентрации 1%), к которым добавлялись исследуемые препараты, и которые затем выдерживались в термостате при 37 ° С [3]. Показатель pH измерялся в лабораторном морозильнике " VTS-13" (Дания). О кариесогенной активности ЗБ судили на основании определения в ней значения pH после аппликаций на ЗБ в естественных условиях полости рта 10% раствором глюкозы в течение 5 минут. О том, что ЗБ обладает кариесогенной активностью, свидетельствовало снижение в ней после углеводной нагрузки значение pH до 5,5 и ниже. Способность лекарственных препаратов тормозить ацидогенную активность микрофлоры ЗБ определялась изменением показателя pH ЗБ после 5-ти минутных аппликаций исследуемых средств на ЗБ с последующей 10-ти минутной аппликацией 10% водного раствора глюкозы, то есть после углеводной нагрузки. Значение pH в ЗБ определялось по цвету индикатора гематоксилином, который наносился на 1 минуту на ЗБ в виде 1% раствора. Цвет красителя, а значит и цвет ЗБ, в которую он проник, меняется при изменении pH в кислую или щелочную сторону. В качестве лекарственных препаратов были использованы 0,05% водный раствор хлоргексидина биглюконата, 0,1% водный раствор фторида натрия, 0,5% раствор диоксидина. Исследовались ЗБ щечных поверхностей моляров. У одного и того же пациента исследовалась ацидогенная активность всех трех препаратов, но в разных квадрантах. Контрольными были ЗБ моляров одного из квадрантов челюстей, на которые наносилась только глюкоза без лекарственных препаратов. В целом исследованы ЗБ более 100 зубов.

Результаты исследования. В условиях "искусственного рта" pH контрольных образцов резко снижалось от 7 до 4 в течение 2-4 часов. В пробирках с фторидом натрия в концентрации 0,1-0,2%, снижение значения pH до 4 замедлялось до 10-20 часов. Хлоргексидина биглюконат владел выраженным антисептическим действием уже при концентрации 0,02% в пробирках с ротовой жидкостью. При этом значение pH в содержании таких пробирок не снижалось в течение 3-х и более суток. В пробирках с диоксидином в концентрации 0,5%, падение pH не только не замедлялось, но даже незначительно ускорялось. Установлено, что раствором хлоргексидина биглюконата в условиях полости рта у обследованных пациентов ацидогенная

активность микрофлоры ЗБ, обусловленная углеводным нагрузкой, замедлялась, потому что показатель pH в ней не снижался ниже исходного уровня и ниже 7,0. Растворы фторида натрия и диоксидина не подавляли ацидогенную активность микрофлоры ЗБ, обусловленную углеводной нагрузкой, так как показатель pH в ней снижался до 5,5 и ниже. Считаем, что в некоторой степени это обусловлено недостаточной экспозицией и концентрацией этих препаратов.

Выводы. Наиболее выраженным антисептическим, то есть противокариозным действием в исследуемых концентрациях обладал хлоргексидина биглюконат, менее выраженной - фторид натрия, и не имел антисептического действия диоксидин. В условиях полости рта в исследованных концентрациях и экспозициях ни фторид натрия, ни диоксидин не могут конкурировать с хлоргексидином в торможении ацидогенной (кариесогенной) активности зубной бляшки, обусловленной углеводной нагрузкой.

Литература.

1. Боровский Е.В. Биология полости рта / Е.В. Боровский, В.К. Леонтьев. - М., Медицина, 1991. - 301 с.

2. Леонтьев В.К. Профилактика стоматологических заболеваний /В.К. Леонтьев, Г.Н. Пахомов. - М., 2006. – 416 с.

3. Падалка И.А. Влияние некоторых синтетических антиоксидантов на метаболическую активность кислотопродуцирующих микроорганизмов ротовой жидкости и зубной бляшки / И.А. Падалка, А.И. Падалка // “Український стоматологічний альманах“. - 2011, No 3. – С. 54-57.

4. Соловьева А.М. Основы противокариозного эффекта фторидов /А.М. Соловьева // Институт стоматологии. – 2009. - No 4. – С. 32-35.

ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТА ЭНДОКС ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА И ПЕРИОДОНТИТА

П.М. Сайпудинова – студентка 503 гр. стоматологического факультета, Э.А.Курбанова[84]

Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала Россия

Актуальность. Успех эндодонтического лечения во многом зависит от качества обработки корневого канала, очистки его от органических остатков и микроорганизмов. Необходимость качественного удаления содержимого корневого канала обусловлена тем, что продукты распада пульпы, даже не поступая в периодонтальные ткани, способны вызвать острое или хроническое воспаление, что приводит к деструктивным изменениям в окружающей корень костной ткани.

Система корневого канала, особенно в области верхушки, имеет сеть разветвлений, что

часто исключает полное удаление некротических масс. В основе же этиологии апикального периодонтита лежит главным образом бактериальная инфекция в системе корневого канала. Из этого следует, что необходимым и важным этапом эндодонтического лечения зуба является качественное удаление пульпы с выполнением правил асептики. Традиционными способами обработки корневого канала добиться этого быстро и качественно часто не представляется возможным.

Цель исследования: совершенствование методов удаления пульпы и дезинфекции корневых каналов с помощью аппарата Эндокс Эндодонтик Систем.

Материалы и методы. Нами проведено эндодонтическое лечение 28 зубов у 30 пациентов, из которых: в 12 зубах был установлен диагноз «хронический фиброзный пульпит», в 9 зубах – «хронический гангренозный пульпит» и в 7 зубах проводилось перелечивание в связи с развитием апикального периодонтита.

Использовался аппарат Эндокс Эндодонтик Систем по следующей методике. При лечении пульпита после проведения анестезии, проводилось раскрытие полости зуба, ампутация коронковой пульпы. Далее в устьевую треть корневого канала вводили иглу Эндокс Эндодонтик Систем и давали импульс, углу продвигали в среднюю треть и повторно давали импульс. Завершающим этапом под контролем апекслокатора иглу аппарата продвигали в апикальную треть канала и давали три импульса. Затем канал промывали перекисью водорода, высушивали бумажными штифтами, после чего использовали Эндокс и сразу производили пломбирование канала гуттаперчей методом латеральной конденсации.

При перелечивании зубов осложненных периодонтитом сначала удаляли содержимое некачественно запломбированного канала, затем промывали канал антисептиком, просушивали бумажными штифтами. Иглу Эндокс Эндодонтик Систем продвигали в среднюю треть канала и давали импульс, затем два импульса в апикальной трети, производили пломбирование корневого канала. В сложных случаях корневые каналы пломбировали временной пастой и через 7-10 дней повторяли процесс лечение, закрывали каналы постоянной пломбой.

Результаты исследования. В результате эндодонтического лечения корневых каналов с использованием аппарата Эндокс Эндодонтик Систем выявлены следующие преимущества:

- производилось качественное удаление корневой пульпы, в том числе из микроканальцев;
- достигалась хорошая дезинфекция системы корневого канала;
- зуб был готов к пломбированию в первое посещение;
- аппарат прост в применении: иглы Эндокс Эндодонтик Систем достаточно эластичны и легко вводятся в корневой канал;

- за одну десятую секунды импульс высокой интенсивности и высокой частоты (600 МГц) выпаривает пульпу, которая окружает датчик, а также расположенную в микроканальцах и апикальной дельте корневого канала.

Ни один пациент не обратился с осложнениями или болями после пломбирования корневого канала. Также пациенты отмечали, что уменьшилось время лечения зубов и им не приходится сидеть долго в стоматологическом кресле с открытым ртом.

Выводы. Таким образом, можно рекомендовать прибор Эндокс Эндодонтик Систем для широкого применения при лечении пульпита и периодонтита для совершенствования методов удаления пульпы и дезинфекции корневых каналов с целью повышения эффективности лечения и профилактики осложнений эндодонтического лечения зубов.

МЕТОДЫ ЭКСТРАКЦИИ ФРАГМЕНТОВ ЭНДОДОНТИЧЕСКИХ ИНСТРУМЕНТОВ

Р.М. Мирзагаджиев – студент 410 гр. стоматологического факультета,
Э.А.Курбанова, А.А.Магомедов *89*
Кафедра терапевтической стоматологии
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава, г. Махачкала, Россия

Актуальность. Лечение таких патологий, как пульпит и периодонтит, является сложной клинической задачей для врача – стоматолога. Во многом это связано с весьма трудоемким, многоэтапным процессом обработки системы корневых каналов зуба, который требует достаточно много рабочего времени и наличия полноценного инструментария. Основными этапами обработки являются: механическое препарирование каналов и их химическая очистка и дезинфекция.

Механическая обработка канала, т.е. его препарирование с помощью эндодонтических инструментов является, пожалуй, наиболее технически сложным и опасным этапом. Иногда в процессе работы происходит разлом инструмента непосредственно в корневом канале. Наличие фрагмента сломанного инструмента препятствует дальнейшей полноценной обработке канала, а устранить возникшую преграду сложно, а иногда просто невозможно.

На данный момент есть ряд методик, позволяющих справиться с проблемой наличия в канале инородного тела – фрагмента инструмента. Существует два подхода к решению данной задачи. Во-первых, можно попытаться извлечь фрагмент из корневого канала. Для этого необходимы определенные условия, наличие которых выявляется в процессе исследования анатомии корневого канала. Нужно провести диагностическую рентгенографию зуба, оценить длину и кривизну корня, толщину дентина, возможность прямолинейного доступа к фрагменту. Если корневой канал достаточно широкий и прямой, фрагмент можно безопасно и эффективно удалить, используя специальный инструмент для извлечения. Если же канал искривлен, то, как правило, извлечь отломок можно только из его устьевой части.

Во-вторых, существует методика «обхождения» фрагмента сломанного инструмента, при обтурации канала фрагмент включается в корневую пломбу.

Цель исследования: сравнительная оценка различных методов экстракции фрагментов эндодонтических инструментов из корневых каналов зубов.

Материалы и методы. Нами проведено эндодонтическое лечение 22 зубов, содержащих фрагменты сломанных инструментов, из которых: в 6 зубах отломки удаляли инструментами-экстракторами системы «IRS» (фирма Dentsply), в 4 зубах – системой экстракторов «MEITRAC» (фирма «MEISINGER»), в 8 зубах применяли ультразвуковую насадку «ProUltra», в 4 зубах использовали методику «обхождения» фрагмента сломанного инструмента.

Система «IRS» (фирма Dentsply) состоит из двух инструментов-экстракторов различных размеров, они представляют собой микротрубки, в которые вставляются специальные стержни и фиксируются с помощью винтового соединения с резьбой. Принцип работы системы следующий: стержень прижимает обломок инструмента к стенке микротрубки за счет резьбового соединения головки стержня и микротрубки, после того как обломок зафиксирован, он постепенно удаляется из канала.

Система экстракторов «MEITRAC» состоит из трех инструментов: специального бора-трепана для создания доступа к отломку и двух инструментов-экстракторов. Бор-трепан представляет собой трубку с режущей верхушкой, с помощью этого бора создается пространство вокруг верхней части отломка. Экстракторы – это цангового типа зажимы двух размеров, которыми фрагмент поломанного инструмента захватывается и извлекается из канала.

Методика работы ультразвуковой насадки «ProUltra» состоит в следующем: подбирается соответствующая насадка, ее длина должна позволить достичь верхней части фрагмента сломанного инструмента, а диаметр не превышать размеров предварительно сформированного доступа. Насадку активировали при контакте с тканями зуба непосредственно в корневом канале, направление движений вращательно-поступательное против часовой стрелки. Верхушка насадки продвигается к отломку, затем немного вдоль него, таким образом удаляется дентин вокруг фрагмента, который в результате выкручивается и «вылетает» из канала.

Для выполнения методики «обхождения» фрагмента сломанного инструмента необходимо наличие К-файлов малых размеров (08,10 по ISO) и большого количества лубриканта (17% водного раствора ЭДТА). Методика состоит в следующем: по возможности формируется прямолинейный доступ к отломку, затем созданное пространство заполняется раствором ЭДТА на 5-7 минут. К-файл вводят в пространство между фрагментом инструмента и стенкой канала и медленно продвигают файл вдоль отломка до проходимой части канала. Постепенно увеличивая размер К-файла, обрабатывают канал на всю рабочую длину. При

обтурации канала фрагмент включается в корневую пломбу.

Все описанные методики выполнялись под постоянным рентгенологическим контролем, так как риск перфорировать стенку корневого канала достаточно велик.

Результаты исследования. Наиболее удобным и эффективным способом удаление фрагментов эндодонтических инструментов из канала является применение ультразвука, а именно ультразвуковых насадок серии «ProUltra».

К положительным качествам системы «MEITRAC» можно отнести наличие бора-трепана, который позволяет быстро создать доступ к фрагменту. Однако бор имеет только один, достаточно большой размер, что затрудняет его клиническое использование. Цанговые зажимы тоже достаточно большого размера надежно фиксировать обломок не способны. В целом система не представляется достаточно эффективной.

Использование системы«IRS» (фирма Dentsply) сопряжено с определенными сложностями, однако она дает неплохие клинические результаты.

При локализации фрагмента в средней и апикальной трети искривленного корневого канала извлечение его представляется очень затруднительным и можно использовать методику «обхождения» фрагмента сломанного инструмента. Основной недостаток данной методики состоит в том, что она длительна, трудоемка и порой требует нескольких посещений.

Выводы. Таким образом, при наличии достаточной квалификации и присутствия соответствующего инструментария в арсенале врача-стоматолога, можно решить даже такую сложную клиническую проблему, как наличие в канале зуба фрагмента сломанного инструмента или другого инородного тела. Что, несомненно, улучшает прогноз эндодонтического лечения зубов с фрагментами сломанных инструментов (файлов, штифтов и каналонаполнителей).

Использование инструментов-экстракторов (системы «IRS», Dentsply) дает неплохие клинические результаты. Наиболее эффективным и быстрым способом удаление фрагментов эндодонтических инструментов из канала является применение ультразвуковых насадок («ProUltra»).

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЗУБА РАЗЛИЧНЫМИ ШТИФТОВЫМИ КОНСТРУКЦИЯМИ

Г.О.Юсупов – студент 504 гр. стоматологического факультета,
Э.А.Курбанова, А.А.Магомедов[91]
Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава, г. Махачкала, Россия

Актуальность. В клинической практике широко применяется метод реконструкции разрушенной части зубов с использованием различных штифтовых конструкций. Штифты

преимущественно применяются при необходимости восстановления сильно разрушенных зубов, коронковая часть которых практически полностью отсутствует.

В течение длительного времени применение эндоканальных штифтов преследовало две основные цели: укрепление сохраненных тканей зуба и создание опоры для реставрационного материала. Однако, как показали дальнейшие исследования, подготовка корневых каналов для постановки штифта сопровождается значимой потерей дентина, что в свою очередь вызывает ослабление зуба и может приводить в последующем к перелому штифта или корня зуба. Увеличение ретенции штифтовой конструкции в корневом канале может достигаться как за счет характеристик собственно штифта (его формы, размера и особенностей поверхности), так и за счет особенностей его фиксации в корневом канале.

В последнее время наиболее оправданным является использование так называемой пассивной штифтовой конструкции, которая исключает непосредственный контакт штифта со стенками корневого канала, при этом ретенция обеспечивается преимущественно за счет фиксирующего материала. В этом случае для фиксации используются композитные или стеклоиономерные цементы.

Наиболее важную роль, с точки зрения успеха лечения, в целом играет материал, из которого изготавливается штифт. Требования, предъявляемые к таким материалам, включают стойкость к коррозии, биосовместимость, а также высокую сопротивляемость функциональным нагрузкам. Все материалы для штифтовых конструкций подразделяются на металлические (титан, нержавеющая сталь) и неметаллические (углеродные материалы, керамика). Металлические штифты обладают прочностью, хорошей биосовместимостью, высокой антикоррозийной стойкостью, однако их биомеханические характеристики существенным образом отличаются от таковых свойств тканей зуба, что в процессе нагрузки создает значительное негативное воздействие на сохранившиеся структуры зуба и может привести к перелому штифта или корня зуба.

В настоящее время широко используется метод восстановления культи зуба высокопрочным композитом с опорой на стекловолоконный штифт, что обеспечивает высокую прочность и хорошие эстетические показатели конструкции в целом. По своим характеристикам стекловолоконный штифт имеет наибольшее сходство с тканями зуба, по сравнению с любой другой штифтовой конструкцией, вследствие этого он действует как амортизатор, распределяя нагрузку таким образом, что дентинные стенки испытывают только незначительное напряжение.

Цель нашей работы – оценка эффективности эндодонтического лечения зубов с использованием различных штифтовых конструкций.

Материал и методы. В ходе проведенного нами исследования было проанализировано 65 случаев постановки штифтовых конструкций с целью последующего восстановления

коронковой части зуба. Проводили клинико-рентгенологическую оценку качества восстановления зубов эндоканальными штифтами.

Результаты исследования. Как показали результаты нашего исследования, при использовании металлических штифтовых конструкций в 34% случаев отмечается неудовлетворительный результат лечения по оценке через 12-48 месяцев. Основными причинами неудачного исхода можно считать раскол корня зуба (14%), повреждение композитной реставрации (11%) и перелом штифта (9%). При использовании стекловолоконных штифтов неудовлетворительный результат лечения наблюдался только в 8% случаев и был обусловлен преимущественно нарушением композитной реставрации (скол, изменение цвета, нарушение краевой адаптации пломбы).

Не менее важное значение, с точки зрения эффективности эндодонтического лечения с использованием штифтовой конструкции, имеет качество пломбирования корневого канала зуба при постановке штифта. Как показали результаты нашего исследования, в 67% случаев при неудачном исходе лечения на рентгенограмме имелись признаки некачественного пломбирования корневого канала. По данным анализа рентгенограмм неплотная обтурация корневого канала отмечалась в 25% от общего числа случаев некачественного пломбирования корневого канала. В 42% случаев обтурация не достигала физиологической верхушки: отсутствие пломбировочного материала в 1/3 корневого канала (22%), отсутствие пломбировочного материала в 2/3 корневого канала (12%) и полное отсутствие пломбировочного материала в корневом канале (8%).

Другой существенной причиной неудачного исхода эндодонтического лечения с использованием штифтовой конструкции является неправильное расположение штифта в корневом канале зуба, то есть неправильное соотношение корневой и коронковой части, а также расположение штифта не по продольной оси корневого канала. При анализе всей совокупности неудовлетворительного результата лечения при постановке штифта в ходе нашего исследования было выявлено, что в 35% всех случаев имелось несоответствие корневой и коронковой части штифта, в 27% штифт располагался не по оси корневого канала, при этом в 15% случаев оба дефекта встречались одновременно. В 63% случаев расхождения продольной оси штифта и длинной оси корневого канала имела место перфорация стенки корневого канала зуба.

Выводы. Таким образом, как показали результаты проведенного нами исследования, успех эндодонтического лечения с использованием штифтовых конструкций определяется видом штифта, при этом предпочтение следует отдавать стекловолоконным конструкциям, которые приближаются по своим свойствам к дентину зуба. Другими важными факторами является оптимальный размер штифта, его правильное расположение в корневом канале, а также качественная обтурация корневого канала.

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ЭНДОЛУБРИКАНТОВ ДЛЯ ОБРАБОТКИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ЗУБОВ

А.Г.Сулейманов – студент 410 гр. стоматологического факультета, Э.А.Курбанова[73]
Кафедра терапевтической стоматологии
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава, г. Махачкала, Россия

Актуальность. Современная эндодонтия, как самостоятельная отрасль консервативной стоматологии, получила широкое распространение, так как позволяет предотвратить удаление зубов. Повышение качества эндодонтического лечения зубов остается актуальной проблемой практической стоматологии. Одними из важных факторов, обеспечивающих хорошие результаты эндодонтического лечения, являются формирование полости доступа корневых каналов, их препарирование и механическое расширение.

Поиск оптимально приемлемых эндолубрикантов для применения в эндодонтии является важной задачей. Зарубежные производители предлагают для использования большое количество препаратов, однако, высокая цена импортных материалов делает их малодоступными для использования в сети бюджетных поликлинических учреждений. Поэтому актуальным является внедрение отечественных аналогов, успешное применение которых могло бы повысить эффективность эндодонтического лечения зубов.

В этой связи представляется интересным и необходимым для практической стоматологии сравнение эффективности применения различных эндолубрикантов для обработки корневых каналов зубов.

Цель исследования – оценка эффективности применения эндолубрикантов «Эндогель» («ВладМиВа») и «Canal +» (Septodont) для химического расширения корневых каналов зубов.

Материалы и методы. Гелеобразные материалы «Эндогель» и «Canal +», содержащие ЭДТА (15%) и пероксид (10%), предназначены для химико-механического расширения, очистки, формирования и антисептической обработки труднопроходимых и разветвленных корневых каналов зубов.

Проведено эндодонтическое лечение 42 зубов у 36 пациентов в возрасте от 28 до 62 лет, у которых были диагностированы: хронический фиброзный пульпит – 4 зуба, хронический гангренозный пульпит – 6, острый апикальный периодонтит – 8, хронический гранулирующий периодонтит – 12, хронический гранулематозный периодонтит – 7, хронический периодонтит в стадии обострения – 5.

Эндодонтическое препарирование включало раскрытие полости зуба, расширение устьев каналов борами ларго №1-3 , определение рабочей длины зуба. Механическую обработку корневых каналов проводили ручными инструментами – каналорасширителями по методике «Step-Back» и «Crown-Down», ирригацию 2,5%-ным раствором гипохлорита натрия и 19%-ным

раствором ЭДТА. В 1-й группе у 14 пациентов (15 зубов) для химического расширения корневых каналов использовали эндолубрикант «Эндогель», во 2-й группе у 12 больных (15 зубов) –«Canal +» (Septodont), в 3-й группе у 10 пациентов (12 зубов) обработка каналов проводилась без применения лубриканта.

Высушивали корневые каналы калиброванными бумажными штифтами. Пломбирование корневых каналов осуществляли по методике латеральной конденсации холодной гуттаперчи с использованием силеров: 22 зуба – «Endometason», 20 зубов – «АН – plus». После удаления излишков гуттаперчевых штифтов и очистки полости доступа этиловым спиртом зуб закрывали временной пломбой на 1-2 суток.

Проводили оценку ближайших клинических результатов лечения через 24 и 48 часов. Качество пломбирования корневых каналов зубов и состояние периапикальных тканей оценивали по данным рентгенологического обследования.

Результаты и их обсуждение. Совместное применение эндолубрикантов с 3% раствором гипохлорита натрия у пациентов 1-й и 2-й группы способствовало пенообразованию в корневых каналах, удалению некротизированой пульпы и инфицированного дентина. Гелеобразные препараты способствовали более легкому прохождению стержневых инструментов при формировании канала, обеспечивая скольжение инструмента по его кривизне и предупреждая такие осложнения, как перфорация корня, отлом инструмента и образование уступов по линии изгиба.

Оба эндолубриканта обладают высокой лечебной эффективностью,

не вызывают осложнений и являются универсальными средствами для химико-механического расширения корневых каналов зубов. В ближайшие сроки после пломбирования корневых каналов зубов у пациентов 1-й и 2-й группы осложнений не наблюдалось. Однако, учитывая, что стоимость отечественного препарата в 3 раза дешевле, то он является материалом выбора у стоматологов –

терапевтов.

В 3-й группе, где обработка корневых каналов проводилась без применения лубриканта, отмечалось образование уступов (14,8% случаев), не прохождение инструмента на всю рабочую длину зуба (9,6% случаев), отлом инструмента (4,2% случаев), болезненность при накусывании (5,4% случаев), а также увеличения времени, затраченного на механическую обработку корневого канала.

Выводы.

Материалы «Эндогель» («ВладМиВа») и «Canal +» (Septodont) показали высокую клиническую эффективность: обладают выраженным антимикробным действием, вязкая консистенция геля способствует механической смазке при работе эндодонтическими инструментами, что значительно уменьшает возможность их «заклинивания» и поломки в

корневом канале. Препараты просты в использовании и не оказывает токсического действия на периапикальные ткани.

Проведенное исследование показало, что препарат «Эндогель» наряду с зарубежными материалами может быть широко использован для химико-механической обработки труднопроходимых, искривленных корневых каналов зубов. Отечественный эндолубрикант по своему действию не уступает импортным аналогам, а учитывая его доступность, позволяет рекомендовать его к использованию в клинической практике.

ГИГИЕНИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА У 15-16 ЛЕТНИХ ШКОЛЬНИКОВ В РАЗНЫХ НАСЕЛЕННЫХ ПУНКТАХ

Э.О. Макаева – молодой ученый, Х.О. Омарова, О.Г. Омаров, Э.А. Ахмедова 88

Кафедра пропедевтической и профилактической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия

Актуальность. Несмотря на интенсивное развитие научно-технического прогресса в стоматологии, внедрение новых современных материалов и технологий лечения, отмечается тенденция к росту распространенности и интенсивности кариеса зубов и его осложнений.

Изменяется также структура стоматологической заболеваемости в сторону утяжеления форм, причиной этого полагают снижение уровня, объемов и качества оказания стоматологической помощи населению.

Кариес зубов является распространенным заболеванием в Республике Дагестан. Выявлена стопроцентная распространенность и высокая интенсивность заболевания периодонта среди 15-16-летних подростков.

Широкое использование фторидов в различных формах способствует значительному снижению заболеваемости кариесом. Неправильные рацион и интервалы в питании – важные факторы риска развития кариеса, особенно в комбинации с плохой гигиеной полости рта и отсутствием полноценной профилактической программы фторирования. Поэтому гигиена полости рта, использование фторидов и фактор питания являются неотъемлемой частью программ профилактики как на коммунальном, так и на индивидуальном уровне.

Целью исследования было изучение регулярности чистки зубов, питания, использования фторсодержащих зубных паст и их взаимосвязи со стоматологическим статусом.

Материал и методы исследования. Нами были проведены осмотр и анкетирование 15-16-летних школьников Махачкалы, Дербента, Буйнакска (всего 850 чел.). Вопросы анкет касались информации о чистке зубов, использовании зубных паст, кратности питания, частоте употребления сахаросодержаших пищевых продуктов и напитков, продолжительности периода их употребления и др. Интенсивность кариеса зубов оценивали по индексу КПУ. Гигиеническое состояние полости рта оценивалось с помощью упрощенного индекса гигиены OHI-S

(Green, Vermillion, 1964). Для оценки локализации и тяжести гингивита использовали индекс Gl (Loe, Silness, 1964). Провели статистическую обработку данных. 6% школьников оценили состояние своих зубов как отличное, 36% – как хорошее, 26% – как удовлетворительное, 11% – как плохое, 21% опрошенных затруднялся ответить на этот вопрос.

Результаты исследования. Чистили зубы 2 раза в день и чаще 71 % школьников, 1 раз в день и реже – 29%. Индекс гигиены (OHI-S) в группе школьников, которые чистили зубы два раза в день и чаще, составлял в среднем 2,16, у остальных – 2,35. Различие между индексами в первой и во второй группах статистически достоверно ($P<0,01$).

Чистили зубы более 5 лет 90% школьников, менее 5 лет – 10%. Индекс КПУ у них соответственно составлял 5,47 и 5,69. Различие между индексами КПУ в данных группах статистически недостоверно, однако наблюдалась статистически достоверная зависимость ($P<0,05$) компонента К индекса КПУ от длительности чистки зубов в годах. Статистически достоверной была также зависимость ($P<0,01$) индекса гигиены полости рта от длительности чистки зубов в годах. Так, значение индекса OH1-S в группе школьников, которые чистили зубы более 5 лет, составляло 2,19, а в группе школьников, которые чистили зубы менее 5 лет, – 2,44.

Большинство (98,2%) школьников считало, что чистка зубов важна для их здоровья, 0,25% – не важна и 1,6% не дали определенного ответа. На вопрос: "Какой зубной пастой чистите зубы в настоящее время?" 19% школьников ответили "Colgate", 27% – "Blend-a-med", 5% – "Aquafresh" и 50% – другими. В прошлом (2-3 года назад) 16% школьников пользовались пастой "Colgate", 26% – "Blend-a-med", 5% – "Aquafresh" и 53% – другими. При этом 6% школьников выбрали зубную пасту по совету стоматолога, 19% – по рекламе, 2% – по совету друзей, 31% –просто так, 10% – по совету родителей и 22% пользовались тем, что есть дома.

Результаты анкетирования по вопросу о кратности питания показали, что 31,8% (270 чел.) школьников едят 3 раза в день, 22,6% (192 чел.) – 4 раза в день, 5,5% (47 чел.) – 5 раз в день и 17,2% (146 чел.) – более 5 раз в день.

Частота употребления сладостей 25,5 % школьников была: "2 и более раз в день", 33% – "1 и менее раз в день", 20% школьников ответили "редко", 0,1 % – "никогда" и 21,4% – "не считал".

Продолжительность данной привычки была неодинакова: она оставалась неизменной в течение последних 3-5 лет у 38% школьников, 1-2 лет – у 8,5%, менее 1 года – у 85%; 45% не могли определиться в ответе. Сладкие газированные напитки ("Кока-кола", "Пепси", "7 Up") употребляли 2 раза в день и чаще 4,4% школьников, 1 раз в день и реже – 11%, редко – 55,4%, никогда – 4,3%. У 23% школьников длительность употребления сладких газированных напитков составила 3-5 лет, у 15,8% школьников – 1-2 года, у 10,7% – менее года: 49,7%

опрошенных не дали определенного ответа.

Выводы. Анализ результатов обследования детей вышеперечисленных групп показал отсутствие статистически достоверной зависимости индекса КПУ (и его компонентов) от частоты питания и длительности употребления соков и напитков. Однако компонент К индекса КПУ был достоверно выше у тех школьников, которые часто едят сладости. В этой же группе отмечалась статистически достоверная зависимость ($P<0,01$) интенсивности кариеса от гигиены полости рта.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОРОШЕНИЙ КРЕПКОЙ СУЛЬФИДНОЙ ВОДОЙ ПРИ КОМЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА

М.М. Мащилиева – молодой ученый, Э.А. Ахмедова, О.Г. Омаров, М.А. Гасанова, П.Д. Кудаева *67*

Кафедра пропедевтической и профилактической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия

Актуальность. Одной из актуальных проблем современной стоматологии являются воспалительные заболевания пародонта, что связано с высокой и прогрессирующей их распространенностью и наличием клинических форм, приводящих к серьезному нарушению зубочелюстной системы и влияющих на реактивность организма в целом. Именно поэтому поиск новых методов лечения и профилактики заболеваний пародонта остается актуальным.

Одним из этапов комплексного лечения хронических воспалительных процессов пародонта, является физиотерапия и бальнеотерапия, которые как один из видов физиотерапевтического воздействия на ткани десны, широко применяется в виде полосканий и орошений на базе бальнеологических курортов. Бальнеотерапия улучшает метаболические процессы в тканях, создают благоприятные условия ускорения репаративных процессов.

В последнее время достаточно широко представлены ирригаторы для орошения полости рта с целью проведения гидромассажа, улучшения периферической микроциркуляции и очищения пародонтальных карманов. Вместе с тем, фактически отсутствуют аргументированные сведения об эффективности использования гидроорошений крепкой сульфидной водой в комплексе лечения хронического генерализованного пародонтита (ХГП) различной степени тяжести во внекурортных условиях.

Целью исследования явилось изучение эффективности орошений тканей пародонта крепкой сульфидной водой в лечении пациентов с ХГП.

Материал и методы исследования. Для оценки эффективности предлагаемой методики нами проведено лечение пародонтита различной степени тяжести у 165 пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта (ВЗП) в возрасте от 20 до 60 лет (средний возраст больных составил 39,3 ±0,19), из них 109 (66,1%) женщин и 56 (33,9%) мужчин. Обследование и лечение

пациенты проходили в пародонтологическом кабинете Республиканской стоматологической поликлиники Министерства здравоохранения Республики Дагестан.

У 33 (20,0%) пациентов был диагностирован ХГП легкой степени, у 99 (60,0%) - ХГП средней степени тяжести, у 33 (20,0%) - ХГП тяжелой степени. Все обследованные пациенты (165 человек) были распределены на 2 группы (основная и группа сравнения). Всем пациентам до и после лечения проведено комплексное стоматологическое обследование по общепринятой схеме, включающей в себя: оценку папиллярно-маргинально-альвеолярного (РМА) индекса; индекса гигиены (ИГ) полости рта по Федорову - Володькиной; папиллярного индекса кровоточивости (РВ.1).

Пациентам группы сравнения, лечение пародонтита проводили ирригацией раствора хлоргексидина биглюконата в концентрации 0,001 %. Курс гидроорошений минеральной сероводородной водой санатория «Талги» осуществлялся с помощью ирригатора полости рта.

В группе сравнения и в основной группе курс лечения составлял 10 дней. Процедуры проводились ежедневно или через день.

Весь цифровой материал исследований подвергался статистической обработке с помощью пакетов статистических программ Excel 2000, Statistica for Windows 5,0, Biostatistics V 4.03. Результаты в таблицах представлены в виде средней арифметической и её стандартной ошибки (M± m). С целью определения статистически значимых различий между парами значений до и после лечения использовали парный критерий Стьюдента. При обработке полученных данных, статистически значимыми считали различия при $P \leq 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Клинические показатели свидетельствовали о превосходящей в группе сравнения положительной динамике под действием курса орошений крепкой сероводородной водой.

У пациентов с ХГПТ ст. коррекция клинических индексов после курса гидроорошений крепкой сульфидной водой, по сравнению с пациентами с ХГП легкой и средней степени тяжести менее выражена. Однако, при сравнении показателей клинических индексов у пациентов с ХГПТ ст. после традиционного их лечения и гидроорошений крепкой сероводородной водой, выявляется существенное превосходство последних. Так индекс гигиены у пациентов с ХГПТ ст. после курса орошений сероводородной водой уменьшился на 50%, что на 22,6% больше, чем в группе с традиционным лечением ($P \leq 0,05$). При этом индекс РМА снизился на 69,4%, что на 33% больше, чем после традиционного лечения ($P \leq 0,05$).

Интердентальный гигиенический индекс IGI до лечения был равен 0,после орошений крепкой сероводородной минеральной водой его значения повысились до 60,5 (в группе сравнения 52,3). После орошений крепкой сульфидной водой у пациентов с ХГПТ ст. индекс PBI уменьшился в среднем на 70%, что по сравнению с контрольным курсом лечения больше на 54% ($P \leq 0,05$). При этом снижение ПИ составило 30%, что на 22% больше, чем после

контрольного лечения (P≤0,05). Глубина пародонтальных карманов у пациентов ХГП тяжелой степени после гидроорошений крепкой сульфидной водой уменьшилась в среднем на 16%, что на 3,4% больше, чем после аналогичного курса традиционного лечения (P≤0,05).

Таким образом, непосредственные, после курса гидроорошений крепкой сероводородной минеральной водой результаты лечения ХГП, свидетельствуют о существенном, по сравнению с традиционным лечением, улучшении клинического состояния пародонта.

Вывод. Проведение курса орошений пародонта крепкой сероводородной при лечении хронического генерализованного пародонтита различной степени тяжести, во внекурортных условиях, оказывает существенное положительное воздействие на состояние пародонта, обозначенное достоверным улучшением гигиены полости рта и снижением индексов PMA, ПИ, PBI, IGI, ИГ и уменьшением глубины пародонтальных карманов.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РУБЦАМИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Г.М.-А. Будайчиев – клинический ординатор, Махмудов Ш.Р. – ассистент *95*

Кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии и терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия

Введение. Диагностика и лечение рубцовых образований кожи лица, являющиеся следствием различных травм и оперативных вмешательств, остаются актуальными и социально значимыми вопросами современной челюстно-лицевой хирургии. Обращает на себя внимание тот факт, что количество пациентов, которые обращаются с данной проблемой к специалистам, увеличивается с каждым годом во всем мире. Это объясняется не только растущими эстетическими требованиями общества к внешнему виду человека, но и, главным образом, тем, что в структуре рубцовых дефектов кожи ведущее место занимают рубцы со значительно выраженными косметическими дефектами - гипертрофические и келоидные, способными существенно снижать качество жизни больных**.** Формирование патологических рубцов в челюстно-лицевой области нередко сопровождается наличием таких симптомов, как боль, жжение, парестезии, зуд, контрактура. Кроме того, располагаясь на открытых участках тела, рубцы могут стать причиной серьезных психоэмоциональных расстройств в виде снижения самооценки, тревоги, депрессии, негативно сказывается на социальной адаптации пациента в обществе. В свою очередь, постоянно присутствует психологический стресс, оказывающий отрицательное влияние на соматическое здоровье больного в целом, в том числе, грозит ему возникновением интеркуррентных заболеваний психосоматического характера, в частности стенокардии и гипертонической болезни**.** В настоящее время нет общепринятых алгоритмов лечения пациентов с рубцами. Их разработка затруднена из-за неопределенности критериев дифференциальной диагностики различных видов рубцов. Несмотря на существенные

патогенетические и морфологические различия рубцов, нередко некоторые их разновидности клинически имеют сходные черты, что приводит к значительному количеству диагностических ошибок. В свою очередь, проведение лечения без учета клинико-морфологической структуры рубцов приводит, как правило, к отсутствию терапевтического эффекта, рецидивов и усиленного роста рубцовой ткани**.** Биопсийная диагностика позволяет верифицировать диагноз, однако получить биоптаты до начала лечения трудно, так как это может стать причиной усиления роста рубца. В современных условиях научный интерес вызывает прижизненное изучение анатомических структур с помощью не инвазивных методов, одним из которых является ультразвуковое исследование (УЗИ). Этот метод позволяет объективно, информативно и безопасно оценивать много тканей, в том числе кожу**.** Положительные результаты использования УЗИ для изучения изменений кожи при псориазе, дерматите, витилиго, возрастных изменениях, новообразованиях открывают широкие возможности для его применения и для определения морфологической структуры рубцовой ткани. Необходимо отметить, что в большинстве работ, посвященных диагностике и лечению рубцов, основное внимание обращается на воздействие, непосредственно на область самого рубца. В то же время недостаточно изучается общее состояние пациента. При этом известным фактом является зависимость эффективности лечения многих заболеваний от психоэмоционального статуса и личностно - характерологических особенностей пациентов. Кроме того, появились первые сообщения о случаях формирования различных морфологических типов рубца в одном и том же месте, при проведении операций в разные периоды жизни пациента, что обусловлено, по мнению исследователей, макросостоянием организма. Однако, вопрос изучения психоэмоционального состояния, играет важную роль в процессах регенерации тканей, до сих пор остается вне поля зрения исследователей. Учитывая важность и разнообразие функций лица, многие из которых участвуют в реализации коммуникативных потребностей человека, не может не волновать достаточно низкая результативность устранения рубцово-измененных тканей челюстно-лицевой области. Необходимость определения диагностических возможностей ультразвукового исследования и изучения психоэмоционального статуса пациентов с рубцами головы и шеи продиктована необходимостью найти эффективные методы их лечения.

Цель исследования - совершенствование обследования пациентов с рубцами головы и шеи благодаря установлению структурно-функциональных особенностей рубцово-измененных тканей на основе ультразвуковых исследований, а также введению в диагностический алгоритм оценки психоэмоционального состояния больных.

Объекты и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 37 пациентов (в возрасте от 23 до 48) с рубцами головы и шеи, в которых сроки развития рубцовой ткани составляли от 5 месяцев до 1,5 лет. Клиническое обследование, помимо изучения общих

характеристик рубца, включало подробную оценку кожной чувствительности в области рубцово-измененных тканей и симметричных непораженных участков. Дополнительный анализ структуры рубцов осуществлялся с помощью ультразвукового исследования на аппарате Nemio MX SSA 590A (Toshiba). Неотъемлемой составляющей клинического обследования пациентов с рубцами головы и шеи была также оценка психоэмоционального состояния (опросник «мини-мульта»).

Результаты обследования. Пациенты, находившиеся под нашим наблюдением, в качестве основной жалобы указывали на косметический дефект, вследствие наличия рубца в области лица и шеи. Кроме того, 15 пациентов (40,5%) жаловались также на боль различной интенсивности, жжение, зуд, онемение и ощущение «бега мурашек» в области рубцово-измененных тканей. На момент обследования 7 пациентов (18,9%) имели рубцы телесного цвета, не поднимались над поверхностью кожи, с сохраненной чувствительностью и эластичностью, близкой к нормальным тканям. У этих пациентов клинически был установлен предварительный диагноз нормотрофичны рубец. В 22 пациентов (59,5%) были рубцы с ярко красным цветом эпидермиса, с неровной поверхностью, иногда с мелкими или крупными узелками в толще рубца. Рубцы выступали над уровнем здоровой кожи до 4 мм и были покрыты эпителием, шелушащиеся, при пальпации они были плотными. В области рубцово-измененных тканей наблюдалось повышение тактильной, температурной и болевой чувствительности. У таких пациентов клиническая картина рубцов позволяла установить предварительный диагноз - гипертрофический рубец. У 8 пациентов (21,6%) были рубцы багрово-синюшного цвета с отдельными вкраплениями гиперпигментации и гладкой или бугристой блестящей поверхностью. Рубцы были шире своего основания и нависали с краев над здоровой кожей. У таких пациентов было установлено снижение тактильной, температурной чувствительности при значительном повышении болевой чувствительности в области рубца по сравнению с симметричными непораженными участками кожи. Выявленные клинические признаки указывали на наличие у данных пациентов келоидных рубцов. В ходе ультразвукового исследования у всех пациентов было установлено утолщение рубцовой ткани по сравнению с нормальной кожей. При этом у 7 больных с клинически установленным нормотрофичным рубцом собственно рубцовая зона эхографически практически не отличалась от ультразвуковой картины здоровой дермы. Рубцовая ткань у 22 пациентов с клинически установленным диагнозом гипертрофического рубца была значительно утолщенной, по сравнению с нормотрофичной. Структура рубцовой зоны была гетерогенная, соединительнотканные волокна были распределены неравномерно. Кроме того, определялись зоны пониженной эхогенности с относительно четкими ровными контурами. При этом границы между рубцово-измененной и нормальной кожей были четкими.

У 8 человек с клинически установленными келоидными рубцами собственно зона рубца

характеризовалась значительно более выраженным утолщением дермы, чем в гипертрофических рубцах, а также неравномерностью ее толщины и эхогенности с преобладанием участков пониженной эхогенности без четкой структурной дифференцировки. Обращает на себя внимание, так же факт отсутствия четких границ между рубцовой и нормальной тканями. Сопоставление клинической картины и эхографических показателей рубцово-измененных тканей позволили установить окончательный диагноз: нормотрофичный рубец в 7, гипертрофический - в 22 келоидный - у 8 пациентов. Существенное значение в ходе клинических наблюдений за пациентами с рубцами головы и шеи нами уделялось изучению их психоэмоционального состояния. При этом мы исходили из того, что, с одной стороны, постоянно присутствует стресс, связанное с возникновением дефекта лицо, безусловно, не может не отразиться на состоянии психики больного, а с другой - индивидуальные особенности психики определенным образом могут влиять на характеристики рубца и результативность лечения. Данные, полученные с помощью опросника «мини-мульта», позволили установить, что у большинства пациентов (29 человек (78,4%) на фоне длительно существующего косметического недостатка, возникали явные симптомы психоневротических нарушений. В частности, у 12 пациентов (32,4 %) был выявлен пониженный фон настроения в сочетании с выраженной эмоциональной лабильностью, тревогой, раздражительностью, апатией, у 11 больных (29,8%) наблюдалась повышенная утомляемость, нетерпеливость, у 4 человек (10,8%) зафиксирована частая смены настроения, желание привлечь к себе повышенное внимание, театральность поведения. У 2 пациентов (5,4%) присутствовали навязчивые страхи. Для всех больных была характерна концентрация внимания на собственных телесных недостатках и состоянии своего здоровья. Большинство пациентов (32 человека) скептически относились к возможностям медицины, а также проявляли сомнения в правильности лечения. Полученные результаты подтвердили предположение о существовании у большинства пациентов с рубцами головы и шеи симптомов психоневротических нарушений, которые возникли в связи с имеющимися у них косметическими дефектами. Они, по нашему мнению, выступают как дополнительный фактор осложнения течения заболевания, также постоянный стресс и депрессия способны вызвать дисбаланс между составляющими иммунного ответа. Достоверно установлено, что возникновение наиболее тяжелой формы рубцов - келоидных - происходит на фоне снижения показателей общего иммунитета. Поэтому очевидна необходимость в психологической реабилитации больных с рубцами головы и шеи, а в случаях тяжелых депрессивных состояний и в назначении медикаментозных средств совместно со специалистами-психоневрологами.

Вывод. Таким образом, комплексное обследование пациентов с рубцами челюстно-лицевой области, включающее использование дополнительных диагностических методов, по нашему мнению, позволит повысить эффективность их лечения. Обязательное ультразвуковое

исследование является эффективным методом неинвазивной дифференциальной диагностики нормотрофичных, гипертрофических и келоидных рубцов, позволяет оценивать в динамике изменения рубцово-измененных тканей. Целесообразным также является включение в алгоритм обследования пациентов с рубцами головы и шеи психодиагностических методов, которые помогут определить психокоррекционные мероприятия, направленные на формирование положительной мотивации к лечению. Подобный комплексный подход к обследованию пациентов с рубцами челюстно-лицевой области обеспечивает оптимальный выбор метода терапии и достижения максимального лечебного эффекта.

ПРОБЛЕМА ВЕРИФИКАЦИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА

Г.М.-А. Будайчиев – клинический ординатор, М.Н. Меджидов *91*

Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия

Введение. По данным различных авторов, заболевания пародонта занимают второе место по распространенности среди стоматологических заболеваний. Различают локализованный и генерализованный пародонтит. Факторы возникновения этих форм пародонтита разные, однако клиническая картина часто бывает похожей.

Цель - определить проблему верификации диагноза генерализованного и локализованного пародонтита.

Методы: информационно-аналитический поиск данных литературы отечественных и зарубежных источников.

Результаты. Генерализованный пародонтит - воспаление тканей пародонта, характеризующееся поражением тканей пародонта одной или двух челюстей, где этиологическими факторами выступают, как правило, системные нарушения. Локализованный пародонтит имеет ограниченную распространенность процесса вокруг одного или группы зубов, так как причинами, как правило, выступают местные факторы. Учитывая эти этиологические факторы, лечение генерализованного пародонтита комплексное, длительное, с назначением системной терапии, а локализованного также комплексное, но главным является устранение местного фактора. Однако, если предположить, что на одной челюсти вокруг каждого зуба есть какой-то один местный фактор, то в этом случае клиническая картина будет напоминать генерализованное поражение тканей пародонта. То есть, клиническая картина пародонтита соответствует генерализованному распространению воспалительного процесса, но он, в некотором роде, одновременно является локализованным пародонтитом. В этом случае его лечение должно предусматривать включение системной терапии с учетом вариантов коморбидной патологии. С другой стороны, в данной ситуации привести к положительным результатам лечения может только устранение местных факторов раздражения тканей

пародонта и местное лечение воспалительного процесса.

Вывод. Таким образом, на сегодняшний день существует проблема решения вопроса о верификации диагноза «генерализованный пародонтит» и «локализованный пародонтит».

СОСТОЯНИЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНОГО АППАРАТА У ДЕТЕЙ ВО ВРЕМЕННОМ И РАННЕМ ПЕРИОДЕ СМЕННОГО ПРИКУСА

Ф.А. Алимирзоев, Г.М. Абдулатипов, Г.М-А. Будайчиев – клинический ординатор *85*

Кафедры стоматологии детского возраста и терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ, г. Махачкала, Россия

Актуальность. На сегодняшний день довольно часто встречаются зубочелюстные аномалии. Их распространенность достигает 90%. Они проявляются характерными нарушениями эстетики лица человека, часто становятся причиной обращения к врачу-ортодонту. При раннем выявлении зубочелюстной аномалии, можно вовремя предоставить ортодонтическую помощь и в короткие сроки устранить и предупредить развитие осложнений. Ортодонтическая патология может быть наследственной, врожденной и приобретенной, поэтому есть необходимость ранней диагностики зубочелюстных аномалий. У детей с аномалиями зубочелюстного аппарата наблюдаются нарушения функций, а именно: жевание, глотание, дыхание, языка, смыкания губ.

Целью нашего исследования было определить состояние зубочелюстного аппарата у детей во временном и раннем периоде сменного прикуса.

Методы. Проведено стоматологическое обследование 478 детей в организованных детских коллективах г. Махачкалы и г.Каспийск в возрасте от 4 до 6 лет.

Результаты. В результате проведенного исследования у детей было выявлено: ортогнатический прикус - 215 детей, прямой - 66, глубокий - 65, открытый - 6, мезиальный - 16 дистальный - 29 перекрестный - 45, опистогнатия – 13, глубокий дистальный – 16, мезиальный перекрестный - 2, открытый дистальный - 1, глубокий перекрестный - 1. Только у шести детей было выявлено неправильное положение отдельных зубов, среди которых один клык, а другие - центральные и латеральные резцы. Среди всех осмотренных детей в 27% физиологические диастемы и тремы не наблюдались, что является фактором риска формирования в дальнейшем зубочелюстных аномалий.

Таким образом, можно сделать **вывод**, что значительное количество осмотренных детей во временном и раннем периоде сменного прикуса требуют ортодонтической помощи, а часть детей должна находиться на диспансерном учете у врача-ортодонта, так как у них наблюдаются факторы риска возникновения ортодонтической патологии.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ МИКРОПРОТЕЗИРОВАНИЯ

Т.А. Абакаров, Г.М.-А. Будайчиев– клинический ординатор *89*
Кафедры ортопедической и терапевтической стоматологии
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия

Введение. Восстановление твердых тканей зубов является одной из самых актуальных проблем современной стоматологии.

Цель - провести сравнительное исследование косвенных и прямых реставраций. Определить их положительные и отрицательные стороны: оценить механические, медико-биологические, эстетические аспекты.

Методы исследования: информационно-аналитические поисковые ресурсы данных литературы отечественных и зарубежных источников. Информационный поиск в базах данных Medline и Embase с достаточным уровнем релевантности и обобщением данных литературы.

Результаты. На основе комплексного анализа литературы мы пришли к выводу, что вкладки имеют следующие преимущества: фальц, который покрывается краем конструкции, предупреждает скалывания эмали и возникновения вторичного кариеса; создание правильного контактного пункта предостерегает от травмирования десневой сосочек; возможность обеспечения хорошего прилегания вкладки в области десневой стенки в труднодоступных местах. Все это трудно выполнить при прямой реставрации. Среди медико-биологических аспектов можно выделить возможность полировки всех внешних поверхностей предупреждающих образование зубной бляшки; повышение прочности вкладки, изготовленной из зуботехнического композита, благодаря введению в состав материала мелкодисперсного неорганического наполнителя органической матрицы; незначительная гигроскопичность конструкции; высокая износостойкость; возможность точного восстановления окклюзионной поверхности с учетом биомеханики и функции; стабилизация прикуса при патологическом стирании зубов; предупреждения перегрева пульпы, благодаря полимеризации конструкции вне ротовой полости. Эстетические преимущества непрямых реставраций: выше устойчивость цвета, по сравнению с прямой реставрацией; больше возможностей индивидуализации конструкции и проявления художественных способностей при помощи красителей, входящих в комплект.

Вывод. Протезирование вкладками рассматривают как наиболее эффективную стоматологическую помощь при восстановлении анатомической формы и функции зуба.

ОСОБЕННОСТИ АНАТОМИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ ФИССУР КАК ФАКТОР ВОЗНИКНОВЕНИЯ КАРИЕСА ЗУБОВ

Г.М.-А. Будайчиев - клинический ординатор, М.Н. Меджидов, Э.А. Курбанова,, З.К. Махмудова *81*

Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия

Введение. На сегодняшний день весьма актуальной проблемой в стоматологии является кариес зубов. Пораженность кариесом зависит от различных факторов: социально-бытовых, экологических, природных климато-геохимических, местных и общих. Несмотря на многочисленные исследования, наблюдается постоянный рост показателей заболеваемости кариесом детского и взрослого населения, что обусловливает необходимость и целесообразность поиска факторов, обусловливающих возникновение поражений твердых тканей зубов.

Целью нашего исследования является определение роли фиссур в возникновении кариеса зубов, в зависимости от их морфологического строения.

Методы. Проведен научно-аналитический обзор литературных источников отечественных и зарубежных ученых по данной тематике.

Результаты и их обсуждение. В процессе проведенного исследования было выявлено, что фиссурный кариес встречается около в 95% случаев заболевания кариесом. Высокая частота возникновения фиссурного кариеса связана с особенностями анатомического строения фиссур, поскольку эта часть зуба характеризуется длительным периодом созревания, по сравнению с гладкими поверхностями и до момента прорезывания зубов они оказываются наименее минерализованными. Кроме этого, слой эмали на дне фиссуры очень тонкий, он образует аномальную структуру с необычным направлением полос Гунтера-Шредера и эмалевых призм. Риски возникновения кариеса разные в зависимости от формы фиссуры (открытые, закрытые, в виде желобка, с гладкой поверхностью), количества ямок, слияния межбугорковых фиссур и топографического рисунка, глубины. С возрастом количество широких фиссур уменьшается и одновременно кариес наблюдается не так часто. Совокупность всех этих факторов способствует удержанию микрофлоры и углеводных остатков пищи, и создает благоприятные условия для развития кариеса.

Таким образом, можно прийти к **выводу**, что особенности анатомического строения фиссур играют значительную роль в возникновении и развитии кариеса зубов.

АНТИГАЛИТОЗНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕРЕКИСНЫХ СОЕДИНЕНИЙ

Х.М. Абдуллаева - студент 508 группы стоматологического факультета,
Султанова М.А.77
Кафедра терапевтической стоматологии
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала Россия

Возникновение неприятного запаха изо рта связано в основном с результатом метаболизма грамотрицательных бактерий. Было установлено, что распад белка происходит в анаэробных условиях с участием пародонтопатогенных бактерий Fusobacterium nucleatum, Porfiromonas gingivalis (выделяющих индол, с характерным запахом), бактероидов, вейлонелл, пептострептококов. Однако весь спектр микроорганизмов вызывающих галитоз, еще недостаточно изучен.

Важная роль в возникновении неприятного запаха изо рта на сегодняшний день отводится заболеваниям пародонта. В структуре стоматологических заболеваний болезни пародонта занимают ведущее место и относятся к числу наиболее актуальных проблем стоматологии.

Современными исследователями было установлено, что у пациентов с заболеваниями пародонта концентрация летучих сернистых соединений в выдыхаемом воздухе в 8 раз выше, чем у здоровых лиц . Это свидетельствует о том, что пародонтопатогенные бактерии участвуют в образовании летучих сернистых соединений – источнике неприятного запаха изо рта. У пациентов страдающих галитозом, при пародонтите выявляется корреляция между интенсивностью гнилостного запаха и количеством Porfiromonas gingivalis и Treponema denticola.

Пациентов (70 человек) страдающих пародонтитом и галитозом, разделили на две группы. Пациентам первой группы (35 чел) после проведения традиционного лечения заболеваний пародонта назначали процедуру отбеливания с помощью геля на основе 10% перекиси карбамида. Данная методика лечения предполагает использование специально модифицированных отбеливающих капп, края которых простираются за пределы десневого края на 3 миллиметра. Как правило, лечение в течение двух недель достаточно для устранения неприятного запаха. Пациентам второй группы (35 чел) проводилось лечение заболеваний пародонта по традиционной схеме.

Для объективизации полученных данных проводили измерение количества летучих серных соединений в выдыхаемом воздухе с помощью портативного галиметра «Breath Alert».

Шкала интенсивности запаха.

Оценка	Признак	Характеристика
0	Отсутствие запаха	Нет запаха

1	Запах под вопросом	Запах присутствует, но не классифицируется как дурной
2	Небольшой запах	Запах едва переходит порог чувствительности
3	Умеренный запах	Запах точно присутствует
4	Сильный запах	Сильный, но переносимый
5	Резкий запах	Очень сильный непереносимый запах

В результате проведенного исследования уровень галитоза был определен от 1 до 4 баллов. Следует отметить, что от 1 до 2 баллов было значительно ниже, в то время как резко увеличено число случаев выявления существенного запаха изо рта (3 и 4 балла).

У пациентов первой группы уровень неприятного запаха изо рта до лечения составил 2,86 ± 0,83, после проведения курса 0,8 ± 0,6. До лечения у 53,3% пациентов уровень галитоза составил 3 балла; у 26,6% - 4 балла; у 20% лиц 2 балла и 1 балл у 6,6% обследуемых. После проведения коррекции цвета зубов были получены следующие данные, у 56,3% пациентов уровень галитоза снизился до 1 балла, у 16,3% до 2; 33,3% пациентов 0 баллов (отсутствие запаха) .

У пациентов второй группы значение неприятного запаха до лечения составило 2,6 ± 0,7 после 0,93 ± 0,7. Уровень галитоза до проведения лечения у 60% пациентов оценили в 3 балла, у 20% - 4 балла, 2 балла у 13,3%, у 6,6% лиц 1 балл. По окончании лечения результаты были следующие, у 53,3% значение снизилось до 1 балла, у 26,6% пациентов 0 баллов и у 20% - 2 балла.

Проведение процедуры коррекции цвета зубов с использованием препаратов на основе перекиси карбамида приводит к купированию галитоза, что дополняет комплексную терапию воспалительных заболеваний пародонта.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕРОПРИЯТИЙ ОККЛЮЗИОННОЙ КОРРЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЧЕСКИМ СТИРАНИЕМ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ

Ф.А. Алимирзоев, Г.М. Абдулатипов, Г.М-А. Будайчиев – клинический ординатор *93*

Кафедры стоматологии детского возраста и терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ, г. Махачкала, Россия, Россия

Актуальность. Исходя из особенностей клинических проявлений и течения патологического стирания твердых тканей зубов, лечение данного заболевания, прежде всего, направлено на восстановление анатомической формы коронок зубов. Рядом с тем, при отсутствии у данного контингента больных системного подхода в реконструкции зубных рядов

при применении как прямых, так и косвенных реставраций, возникает значительный риск создания ложных окклюзионных соотношений, достаточно сложных в диагностике, однако способных привести к дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, жевательных мышц, поражению тканей пародонта, а также дальнейшей потери эмали и дентина. В свою очередь, проведенные нами исследования качества восстановительного лечения среди больных с патологическим стиранием зубов указывают на недостаточный уровень воспроизведения рациональной схемы динамической окклюзии в 75,0 ± 7,7%случаев. В данных больных отмечали невозможность плавного скольжения нижней челюсти с одной окклюзии в другую, что обусловлено наличием супраконтакта на изготовленных протезах и прямых реставрациях; отсутствие формирования резцового пути, фронтальной и групповой направляющих функций, было связано с погрешностями в моделировании жевательных поверхностей боковых зубов; наличие плоскостных окклюзионных контактов, которая исключала полное расслабление жевательных мышц. Таким образом, восстановительное лечение при патологическом стирании зубов без обоснования динамической окклюзионной схемы является не эффективным с гнатологических позиций, и требует окклюзионной коррекции с целью предупреждениявозможных осложнений.

Цель работы - оценить эффективность реабилитационных мероприятий по нормализации окклюзионных соотношений после реконструктивного лечения среди больных с патологическим стиранием зубов.

Объекты и методы. Вследствие предварительного обследования 32 больных с генерализованной формой патологического стирания зубов I степени в возрасте от 37 до45 лет, поровну мужчин и женщин, в срок от 6 месяцев до 2 лет после реконструктивного лечения, нами отобрано 24 больных, нуждавшихся в нормализации окклюзионных соотношений. Заметим, взятые к исследованию больные имели лишь единичные прямые и непрямые реставрации отдельных зубов, в том числе тех, фиксирующие высоту прикуса, при сохранении целостности зубных рядов. Показания для проведения окклюзионной коррекции определяли согласно жалобам больных, а также по результатам исследования диагностических моделей челюстей в регулируемом артикуляторе IvoclarStratos 3000 типа Arcon. для визуализации интеркуспидации использовали артикуляционную бумагу разного цвета. Характер окклюзионных контактов и супраконтактов изучали в положении задней контактной позиции, на пути скольжения к центру; в центральной и передней окклюзиях, а также в протрузийном движении; в положениях обеих боковых окклюзий ипри движении из центральной окклюзии в боковые. Качество восстановления окклюзионной схемы определяли по стабильности центральной окклюзии, конфигурацией окклюзионной поверхности, по типу окклюзионных контактов. Реабилитационные мероприятия проводили в два этапа. Первый (подготовительный) заключался в изготовлении релаксационных окклюзионных шин на

верхнюю челюсть со средним сроком пользования 3 месяца. Шины подлежали поэтапному пришлифовыванию, во время которого создавались наклонные площадки с целью позиционирования нижней челюсти. Второй этап включал планирование объема прямых и косвенных стоматологических реставраций, который предусматривал проведение воскового моделирования коронковых частей зубов после гипсования моделей челюстей в артикулятор в заданном на окклюзионной шине положении. Изготовление постоянных реставраций проводили только после предварительной подгонки временных конструкций. Прямые реставрации осуществляли с помощью «силиконовых ключей». Оценку качеству проведенных мероприятий окклюзионной коррекции проводили по субъективной симптоматике и оценке окклюзионных контактов с использованием методики последовательного использования артикуляционной бумаги разного цвета и толщины.

Результаты. Об успешности проведенных реабилитационных мероприятий по нормализации окклюзионных соотношений после реконструктивного лечения с данными опроса можно утверждать у подавляющего числа больных патологическое стирание твердых тканей зубов (58,4 ± 10,1%). Эти пациенты были удовлетворены результатами лечения, жалоб не оказывали, отмечали улучшение смыкания зубов, большее удобство как в состоянии покоя, так и при пережевывании пищи.41,7 ± 10,1% исследований указывали на устранение явлений дискомфорта, возникших после осуществленного предварительно нерационального реконструктивного лечения. Согласно объективной оценки качества восстановления межзубных соотношенийу всех больных, у которых была проведена окклюзионная коррекция, нами установлены признаки полноценной функциональной динамической окклюзии, характеризующиеся максимальным количеством межзубных контактов в центральной окклюзии, а также плавным перемещением нижней челюсти вперед и в стороны с сохранением достаточного количества точек контактирования. Однако, к сожалению, 33,3 ± 9,6% больных отказались от проведения мероприятий, направленных на окклюзионную коррекцию, уже на начальных диагностических этапах,а также в процессе пользования окклюзионной шиной. причины негативного отношения к повторному лечению среди этого контингента больных были разными: одни из них не испытывали существенных неудобств в результате проведенных некорректных реставрационных мероприятий и отрицали необходимость дополнительных вмешательств, другие имели низкий уровень самодисциплины и при понимании проблемы были не способны к длительному ношению шин.

Выводы. Успешность восстановительного лечения патологического стирания зубов заключается в создании стабильного, с максимальным количеством точек, контактирующих, окклюзионного соотношения, которое одновременно не приводит к изменению пространственного соотношения челюстей, а, следовательно, щадяще влияет на суставы. Соблюдение данного принципа возможно только при условии комплексного подхода, который

включает планирование всех реконструктивных мероприятий, как прямых реставраций, так и несъемного протезирования, в регулируемом артикуляторе с желаемым применением временныхконструкций для проверки и адаптации.Несмотря на отсутствие негативной субъективной симптоматики вследствие нерационального восстановления окклюзионных соотношений у ряда больных патологическое стирание твердых тканей зубов, с большой степенью вероятности можно утверждать об изменениях в конфигурации суставов и о перестройке мышечных рефлексов в них, что в дальнейшем способны привести к существенным расстройствам в функционировании зубочелюстного аппарата. Отсюда, гнатологический подход в реставрационном лечении патологического стирания твердых тканей зубов целесообразно рассматривать в качестве меры третичной стоматологической профилактики.

ВЛИЯНИЕ ГИПОФУНКЦИИ ПОЛОВЫХ ЖЕЛЕЗ НА НЕСПЕЦЕФИЧЕСКУЮ ЗАЩИТУ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ЖНЩИН В МЕНОПАУЗЕ

А.В. Бутаева - студентка 504 группы стомататологического факультета, С.М. Исаева *84*

Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия

Актуальность работы. В настоящее время факт взаимосвязи тканей пародонта и состояния гормонального статуса в организме женщин в период менопаузы установлен [2]. Не вызывает сомнения и то, что гипоэстрогения негативно влияет на состояние твердых тканей зубов [3]. Наличие воспалительного процесса в тканях пародонта, всегда сопровождается изменениями местного иммунитета в полости рта [1]. Имеются литературные данные корреляции гипоэстрогении и воспалительных заболеваний тканей полости рта. К тому же, общеизвестно, что при дефиците эстрогенов заболевания тканей пародонта у женщин встречается чаще чем, при нормоэстрогении.

Доказано влияние уровня эстрогенов на стоматологический статус пациенток [4].

Однако, требуется тщательное исследование состояния местной неспецефической защиты.

Целью исследования – выявить изменения местного иммунитета полости рта у женщин с гипофункцией половых желез при менопаузе.

Материал и методы исследования. Нами было проведено исследование у женщин со сниженной концентрацией эстрогенов и заболеваниями пародонта, на содержание иммуноглобулинов в ротовой полости. Пациентки были разделены на три группы: 1 группа- женщины в перименопаузе; 2 группа - женщины в менопаузе; 3 группа - женщины в постменопаузе.

Определение в слюне количества иммуноглобулинов проводилось в нефелометрическом

методом. Для изучения состояния местных защитных факторов полости рта была определена активность местного иммунитета, о которой судили по содержанию IgA, IgG, SIgA в ротовой жидкости. Исследованию подвергалась нестимулированная смешанная слюна, выделенная у обследованных натощак и собранная путем сплевывания в пробирки.

До постановки реакции слюну сохраняли в морозильной камере при температуре 20 градусов. Для определения концентрации иммуноглобулинов использовали моноспецифические антитела против IgA, IgG, SigA антигенов. Применяли стандартные растворы с известным содержанием антигенов, фосфатно-солевой буферный раствор (pH 7,4), 4% раствор полиэтиленгликоля, приготовленного на этом буфере. Для построения калибровачных кривых готовили ряд последовательно разведенных стандартов раствора, по степени разведения (1:10, 1:20, 1:40, 1:80, 1:100) определяли содержание антигенов в стандартном растворе и в исследуемой жидкости.

Внесение иммунореагентов в кювете начинали с антител, после чего проводилось измерение фонового рассеяния в этих кюветах.

Затем вносили стандартные контролируемые исследуемые жидкости. Инкубировали в течение 45 минут при температуре 20 градусов с периодическим встряхиванием. После инкубационного измерения величины светорассеянных стандартных и исследуемых проб определяли концентрации антигенов, проводили по калибровочной кривой.

Результаты исследования. Содержание иммуноглобулинов ротовой полости у обследованных женщин отражены в приведенной таблице.

Таблица

Содержание иммуноглобулинов ротовой полости у обследованных женщин

ГРУППЫ	Содержание иммуноглобулинов(мг)%		
	IgA	IgG	SIgA
1 группа	18,3±2,6	21,2±1,9	27,0±2,1
2 группа	15,9±0,7	27,0±2,8	14,3±4,0
3 группа	36,4±4,5	32,7±4,9	8,6±3,7
Контрольная группа			

Сравнение данных, приведенных в таблице, показывает, что концентрация иммуноглобулина в ротовой жидкости у женщин с гипоэстрогенией и заболеваниями пародонта отличается о таковых в контроле.

В контрольной группе содержание иммуноглобулинов в ротовой полости, по данным литературы, составляет: для IgA-4,20,4мг/%, для IgG-15,3±2%, для SlgA- 36,3±5,0.

В 1 группе у женщин перименопаузальным периоде содержание иммуноглобулинов А достоверно повышено ($P<0,05$), содержание иммуноглобулина С также достоверно повышено($P<0,05$), а содержание SIgA несколько снижено. Следовательно, у пациенток 1 группы имеется определенный дисбаланс уровня иммуноглобулинов в ротовой полости, при

этом, по-видимому, снижение содержания иммуноглобулина SIgA компенсируется IgA, IgG.

Показатели иммуноглобулинов во 2 и 3 группах имеют следующие особенности. Содержание остается увеличенным, причем более всего в 3 группе, содержание также растет от 1 группы к 3-й, а показатели, напротив, достоверно снижаются по мере увеличения тяжести патологии пародонта (P<0,05) как во 2, так и в 3 группах.

Вывод. Анализ полученных данных позволяет судить о том, что у пациенток при выраженном дефиците эстрогенов, регистрировались выраженные негативные изменения состояния тканей пародонта. Снижение концентрации секреторного иммуноглобулина А, что считается важным показателем угнетения местного иммунитета ротовой полости.

Список литературы

1. Динамика показателей неспецифических защитных факторов слюны и сыворотки крови больных пародонтитом, под влиянием местных лечебных воздействий / Лемецкая Т. И., Олейник И. И., Давидова М. М. // Стоматология.- 1983.- №1.- С.26-29.

2. Oral health and menopause: a comprehensive review on current knowledge and associated dental management/ P.Dutt [et al.]// Ann. Med. Health. Sci. Res.-2013.- Vol.3.- P320-323.

3. Забалуева Э.Ю. Повышение качества оказания стоматологической помощи пациентам с воспалительными заболеваниями пародонта на фоне гормонального дисбаланса/Э.Ю. Забалуева // РАМН. Бюл. национального научно –исследовательского института общественного здоровья.- 2012.-№ 5-С.21-22.

4. Оптимизация процесса адаптации к съемным пластиночным протезам женщин в постменопаузальный период/ А.В. Ганисик [и др.] //Институт стоматологии.-2012.-№2.-С.74-75.

ЛИМФОТРОПНОЕ ВВЕДЕНИЕ АНТИБИОТИКОВ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Ш.Р. Махмудов, Г.М.-А. Будайчиев – клинический ординатор , З.К. Махмудова 88

Кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии и терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России г. Махачкала, Россия

Введение. В последнее время в России наблюдается тенденция к увеличению количества заболеваний челюстно-лицевой области (ЧЛО). Причинами этого явления является адаптация и резистентность микроорганизмов; использование устаревших методик лечения; урбанизация, является причиной снижения общей сопротивляемости организма. Именно поэтому поиск и разработка более современных методик антибиотикотерапии могут изменить ход гнойно-воспалительных процессов ЧЛО.

Цель. Дать общие представления о лимфотропном введении антибиотиков (ЛВА) путем

изучения и детального анализа современных данных литературы.

Методика исследования. Научно-аналитические поиск и обработка найденной информации, сравнение данных из разных источников.

Результаты. ЛВА - это одна из разновидностей общей антибиотикотерапии, для которой характерно лимфогенное введения препаратов. В течение последних десятилетий была доказана эффективность этого метода. Исследования подтвердили ряд преимуществ перед другими методами введения антибиотиков, а именно: создание высоких и длительных концентраций антибактериальных препаратов в организме, прерывания лимфогенной диссеминации и размножения микрофлоры в лимфатических узлах, восстановление иммунного статуса, гораздо эффективнее работает «лимфоцитарный» механизм транспорта антибиотиков, наблюдается выраженное дезинтоксикационное действие, снижение частоты тяжелых гнойно-воспалительных осложнений в послеоперационном периоде, а также летальности. Что касается негативных последствий, то они являются такими же характерными, как при общих методах введения антибиотиков, то есть могут вызвать анафилактический шок, инфицирование мест установки катетеров и др.

Судя по тому, насколько эффективность ЛВА преобладает над традиционными методами, можно с уверенностью сделать **вывод**, что этот метод является достаточно перспективным, а вопрос введения его в клинику как общепринятого метода - актуальным.

ВОЗДЕЙСТВИЕ ВРЕДНЫХ ФАКТОРОВ НА СОСТОЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ И МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА ПОЛОСТИ РТА У РАБОТНИКОВ СТЕКЛОВОЛОКОННОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

П.Н. Рашкуева – аспирант *67*

Кафедра стоматологии ФПК и ППС

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия

Научный руководитель - к.м.н., проф. А.И. Абдурахманов

Актуальность. В настоящее время приоритетными задачами государственной политики практически всех развитых стран мира являются научные аспекты проблемы нормирования и оценки влияния факторов окружающей и рабочей среды на здоровье человека и профилактики заболеваемости населения на основе обеспечения его гигиенической и эпидемической безопасности (Е.Н.Беляев с соавт., 2001; А.И.Потапов, 2002, 2003; В.И.Покровский, 2003; Г.Г.Онищенко, 2004; Н.Ф.Измеров, 2005).

Методология количественной оценки риска здоровью человека от воздействия факторов среды его обитания и производственной среды стала не только ведущим направлением научных исследований в области гигиены окружающей среды и медицины труда, но и одним из важнейших инструментов совершенствования всей системы контроля и обеспечения

санитарно-эпидемиологического благополучия населения (А.И.Потапов с соавт., 2000, 2004; М.И.Чубирко, Н.М.Пичужкина, 2003; Н.Ф.Измеров, Э.И.Денисов, 2004; Г.Г.Онищенко, 2005; Л.Ф.Кирьянова, Т.А.Шашина, 2005; Ю.А.Рахманин с соавт., 2005; К.В.Карташов, Н.И.Измерова и др., 2008).

Большое число исследований (Лернер А.Я., 2005; Гарус Я.Н., 2006; Ермолаев Ю.Г., 2008; Сорокоумов Г.Л., 2009; Жирихина И.А, 2009) показало, что многообразие и своеобразие этиологических факторов производственной среды, их различные сочетания и пути влияния на организм свидетельствуют об особенностях развития и течения профессиональной патологии, определяют своеобразие их патофизиологической и патоморфологической сущности.

Исследования влияния вредных факторов стекольной промышленности на состояния тканей пародонта актуальны поскольку при производстве стекловолоконной промышленности на организм работающих воздействуют такие неблагоприятные факторы, как пыль СВ, стероль, эпоксидные смолы, тепловое излучение, формальдегид, кселол, уксусная кислота, аэрозоль замасливатель и продукты его распада, высокая температура воздуха. В имеющихся исследованиях недостаточно отражены данные о распространенности и интенсивности хронического генерализованного пародонтита у работников стекловолоконной промышленности.

Цель работы: выявить распространенность и интенсивность признаков хронического генерализованного пародонтита у работников завода стекловолоконной промышленности в зависимости от стажа их работы.

Материалы и методы. В качестве объекта исследования выбрано предприятие ОАО «Завод Стекловолокна.

Было обследовано 100 рабочих ОАО «Завода Стекловолокна». Обследованные рабочие были в возрасте от 20 до 60 лет, которые были разделены на две группы в зависимости от стажа их работы ,стаж работы на данном производстве колебался от 1 до 20 лет (таб. 1).

Для оценки распространенности и интенсивности хронического генерализованного пародонтита 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.

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

Результаты. Нашим исследованием выявлены достоверные отличия в состоянии тканей пародонта у лиц, имеющих разный характер и степень контакта с промышленными факторами в зависимости от стажа их работы.

Таблица 1

Распространенность показателей индекса CPITN в зависимости от стажа работы (%)

Показатели	Стаж работы до 10 лет	Стаж работы от 10 до 20 лет
	Завод стекловолокна	Завод стекловолокна
Здоровые секстанты	3,5	2,7
Кровоточивость десен	60,3	86,3
Твердые зубные отложения	58,7	85,2
Пародонтальный карман от 4 до 6 мм	43,8	36,8
Пародонтальный карман более 6 мм	56,2	64,2

Такой симптом, как кровоточивость десен свидетельствует, что у работников завода стекловолоконной промышленности со стажем работы до 10 лет составлял 60,3%, а со стажем от 10 до 20 лет 86,3% то есть с увеличением стажа работы, кровоточивость имеет тенденцию к возрастанию. Твердые зубные отложения у работников завода со стажем работы до 10 лет составлял 58,7%, а со стажем работы от 10 до 20 лет 85,2%.

Пародонтальные карманы глубиной от 4 до 6 мм диагностированы у работников завода стекловолокна со стажем до 10 лет 43,8%, а со стажем работы от 10 до 20 лет 36,8%, а пародонтальные карманы более 6 мм со стажем работы до 10 лет 56,2%, а со стажем работы от 10 до 20 лет 64,2%, что свидетельствует о том, что с увеличением стажа работы отмечается увеличение степени воспаления в тканях пародонта. В группе со стажем от 10 до 20 лет чаще диагностировалась средняя степень воспаления осмотренных, однако и тяжелая степень воспаления в данной группе диагностировалась значительно чаще.

Доля рабочих данной специальности со здоровым пародонтом не выявлена.

Выводы: Высокая распространенность и интенсивность заболеваний пародонта у рабочих завода стекловолоконной промышленности, объяснима непосредственным и длительным контактом этих рабочих с неблагоприятными производственными факторами в зависимости от стажа их работы.

Литература.

1. Боровский Е.В.,Кузьмина Э.М., Лемецкая Т.И. Первичная профилактика стоматологических заболеваний: Учебно-методическое пособие.-М.:Изд ММСИ им.Н.А Семашко,1986-77с.

2. Гемонов В.В. Пародонт//Пародонтит/Под ред.проф. Л.А.Дмитриевой.-М.:МЕДпресс-информ,2007.-С.18-38.

3. Григорьян А.С.,ФроловаО.А., ИвановаЕ.В. Морфогенез ранних стадий воспалительных заболеваний пародонта//Стоматология.2002№1.С.19-25.

4. Заболевания пародонта/ Под общей редакцией проф.Л.Ю.Ореховой.-М.: Поли Медиа Пресс,2004.-432с.

5. Cowley G/ C., Levine M. The effect of plaque of gingival epithelium// Oral Sci. Rev/1972.V.1.P.103-127.

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ПРЕДЕЛАХ ЗУБНОГО РЯДА МЕТОДОМ ОСТЕОСИНТЕЗА

Ш.Р. Махмудов, Г.М.-А. Будайчиев – клинический ординатор *84*

Кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии и терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России г. Махачкала, Россия

Актуальность. Значительный научный и практический интерес вызывают современные методы лечения переломов нижней челюсти в пределах зубного ряда. В этом случае хорошо себя зарекомендовали компрессионные внутрикостные винты.

Цель. Обобщение информации и опыта использования компрессионных винтов при переломах нижней челюсти в пределах зубного ряда в отделении челюстно-лицевой хирургии.

Материалы и методы. Литературные сообщение о применении компрессионных винтов в практике челюстно-лицевой хирургии и истории болезней 12 пациентов, которые находились на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии Республиканской клинической больницы г.Махачкалы по поводу травматических повреждений нижней челюсти различной локализации, фиксация костных фрагментов в которых осуществлялась с помощью компрессионных винтов.

Результаты. Как показывает анализ специальной литературы и историй болезней, компрессионные винты с успехом применяются в условиях травматических повреждений нижней челюсти всех локализаций, однако наиболее часто - при переломах ее фронтального отдела. Основными преимуществами способа является малоинвазивность, невысокая стоимость, а также обеспечение жесткой фиксации, которая исключает подвижность и смещение костных фрагментов, расширение нижней челюсти с соответствующим формированием перекрестного прикуса за счет образования щели с языковой стороны нижней челюсти, что характерно при использовании традиционных мини пластин, расположенных вестибулярно.

Выводы. По нашему мнению, остеосинтез с использованием компрессионных винтов является перспективным способом хирургического соединения костных фрагментов. Жесткость соединения костных фрагментов и их компрессия позволяет отказаться от привлечения дополнительной межчелюстной иммобилизации и расширить показания к оставлению зубов в щели перелома, чрезвычайно важно в эстетически значимых участках

нижней челюсти. Этот способ малоинвазивный, не требует привлечения дополнительного инструментария, требуя одновременно глубокого знания топографо-анатомических особенностей челюстно-лицевой области с целью избежания повреждений смежных образований во времени проведения остеосинтеза.

КОМПРЕССИОННО - ДИСЛОКАЦИОННАЯ ДИСФУНКЦИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА С ПРОЯВЛЕНИЯМИ БОЛЕВОГО СИМПТОМА

Т.А. Абакаров, Г.М.-А. Будайчиев– клинический ординатор *92*

Кафедры ортопедической и терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия

Введение. Проблемы диагностики и лечения заболеваний височно - нижнечелюстного сустава и сегодня не теряют своей актуальности, прежде всего, из-за постоянного увеличения количества больных, имеющих различные внешне- и внутренние расстройства. Как свидетельствуют данные научных публикаций, на те или иные патологические состояния височно-нижнечелюстных суставов страдает от 50 до 70% населения разных стран мира. Учитывая тот факт, что указанные заболевания возникают преимущественно в молодом возрасте, вполне понятно социальный аспект данной проблемы. В то же время среди различных височно-нижнечелюстных расстройств наиболее распространен синдром болевой дисфункции, которая Международной классификации заболеваний ВОЗ признана отдельной нозологической формой. Впрочем, трудно не согласиться с мнением тех исследователей, которые указывают на то, что явления дисфункции, которые сопровождаются болью, присущие практически всем заболеваниям височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС).

Синдром болевой дисфункции ВНЧС характеризуется большим разнообразием клинических проявлений. Чаще всего пациенты жалуются на боль в области сустава, некоординированное смещение нижней челюсти при открывании рта, щелчки, хруст в суставе, головные боли, ослабление слуха. По данным многих ученых, у значительного числа пациентов наблюдается сочетание этих симптомов. Научный интерес вызывает изучение механизмов возникновения функциональных нарушений ВНЧС. Впрочем, несмотря на активные научные разработки, направленные на определение патогенеза болевого симптома при дисфункциях ВНЧС, до сих пор не удается найти однозначного ответа на этот вопрос. В свою очередь, неопределенность этиологии и патогенеза заболевания значительно затрудняет поиск эффективных средств преодоления данной болезни.

Целью исследования было сопоставление клинических проявлений болевого симптома при мышечно-суставной компрессионно-дислокационной дисфункции височно-нижнечелюстного сустава и его рентгенологических характеристик для уточнения механизма возникновения боли.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 54 больных (все женского пола) в возрасте от 18 до 49 лет. Субъективное обследование пациенток основывалось на изучении характерных жалоб: дискомфорт или боли в области одного или обоих ВНЧС в покое, при открывании и закрывании рта, наличие посторонних звуков в суставах при смещениях нижней челюсти, нарушение смыкания зубов. Из анамнеза

заболевания выяснялось, когда и из каких вероятных причин появились его симптомы, проводились предварительно лечебные мероприятия и какие именно. В процессе получения общих анамнестических данных обращалось внимание на перенесенные и имеющиеся соматические заболевания, в том числе невротические расстройства. При локальном объективном обследовании устанавливали наличие асимметрии лица, изучали конфигурацию отделов ВНЧС при закрытом и открытом рте, объем движений нижней челюсти и характер ее смещений при открывании и закрывании рта. С помощью пальпации определяли тонус височных, жевательных, крыловидных мышц с обеих сторон, выявляли наличие или отсутствие боли при легком нажатии на суставные головки при закрытом рте и при смещении нижней челюсти вниз и в стороны, появление при этом посторонних звуков в суставе. Фиксировали внимание на положении суставных головок при максимальном открывании рта. Также в ходе объективного обследования изучался характер прикуса, устанавливались наличие патологической стираемости зубов, симметрии средней (межрезцовой) линии, существование суперконтактов. Степень тяжести болевого симптома определялась, исходя из субъективных ощущений больных, они оценивали по десятибалльной визуально-аналоговой шкале (ВАШ): 0 (нет боли) 1-2 (боль незначительная) 3-4 (умеренная) 5-6 (сильный) 7-8 (очень сильная); 9-10 (крайне сильная, невозможная). Обследование дополнялось рентгенографией обоих ВНЧС. Прицельную зонографию обоих ВНЧС проводили всем больным на аппарате ОРТНОРНОS Х65 при закрытом и открытом рте. Анализ рентгенограмм включал оценку размеров и форм суставных головок, их рентген-анатомическую плотность, высоту суставных бугорков, характер смещения суставных головок по отношению к суставному бугорку при открытом рте. Проводилось сопоставление измерений ширины суставной щели обоих суставов при закрытом рте в трех участках: переднем, верхнем и заднем.

Результаты исследования. Все больные жаловались на боль в одном из ВНЧС, неполноценное жевание, болевые ощущения в околоушно-жевательной области и в ухе с одной стороны, иррадирующая в щечную, височную, лобную области, челюсти, зубы, твердое небо, головная боль. Во время движений нижней челюсти у 44 больных возникал щелчок в ВНЧС. Во время поворотов головы, при жевании, глотании, разговоре у большинства больных боль усиливалась. Описывая характер болевых ощущений, больные определяли их как жгучие, тягучие, стреляющие, давящие. Пациенты указывали на постоянство боли в начале открывания или при закрывании рта. Изучение анамнеза заболевания показало, что его продолжительность у больных, находившихся под нашим наблюдением, колебалась в довольно значительных пределах - от нескольких дней до 2 лет. Начало заболевания большинства пациенток связывалось со слишком широким открыванием рта при откусывании большого фрагмента пищи, зевоте, посещении стоматолога по поводу лечения или удаления зубов (обычно третьих нижних моляров), при протезировании дефектов зубного ряда. К обращению в нашу клинику

больные по поводу боли в области ВНЧС наблюдались не только у стоматологов, но и в отоларингологов, невропатологов, специалистов нетрадиционной медицины. Проведенное ими лечение, направленное на устранение болевых ощущений в области ВНЧС, приводило к кратковременному улучшению их состояния. При обследовании было выявлено, что у всех больных при открывании рта наблюдалось нарушение его амплитуды и смещение нижней челюсти в сторону, где возникала боль. Пальпация участка этого сустава была мучительной. Пальпация симметричного сустава не вызывала боли, но при открывании рта наблюдалось значительное выхаживание суставной головки под скуловую дугу. Пальпация нижних отделов медиального и латерального крыловидных мышц была болезненной у большинства пациенток (42 человека), движения нижней челюсти сопровождались неприятными тянущими ощущениями в собственно жевательных мышцах. Было также обнаружено, что их мышечная масса с разных сторон у большинства больных (44 человека) была неодинаковой: на стороне болевых ощущений она была больше по сравнению с противоположным. При аускультации суставов при движении нижней челюсти у 49 больных определялись шумовые явления с обеих сторон. При осмотре полости рта оказывались суперконтакты группы жевательных зубов со стороны болезненного сустава. На противоположной стороне контакты жевательных поверхностей зубов достигались только при произвольном сжатии челюстей. Изучение выраженности болевых ощущений по ВАШ указало, что в день первичного обращения у 9 пациентов боль в области сустава характеризовалась как умеренная, у 23 - сильная, у 22 - очень сильная. На рентгенограммах ВНЧС при закрытом рте у большинства пациенток привлекало внимание достоверное сужение суставной щели в передне-верхних и задних отделах на стороне болевых явлений и ее расширение в задних и верхних отделах на противоположной стороне. В то же время при открытом рте суставная головка на стороне болевых симптомов «утопала» в суставной ямке, а на противоположной стороне выходила за пределы вершины суставного бугорка вперед.

Вывод. Итак, в развитии мышечно-суставной компрессионно-дислокационной дисфункции ВНЧС, что сопровождается болевым симптомом, существенное значение имеет одностороннее нарушение функции жевательной мускулатуры, дискоординация в работе латеральных крыловидных, височных и собственно жевательных мышц. Их асимметричное сокращение приводит к несогласованному смещению обеих суставных головок в суставных ямках, что, в свою очередь, вызывает сдавление или ограничения внутрисуставного диска в задне- верхних отделах суставной полости одного из суставов, а также большой сети нервных волокон, расположенных здесь, сопровождающееся болью не только в области сустава и жевательных мышц, но и болями в области уха и головными болями. Таким образом, объективный анализ взаимоотношений всех анатомических компонентов обоих ВНЧС, которые проявляются на прицельных рентгенограммах, проведенный с учетом детальной

оценки жалоб и анамнеза заболевания позволяет доказательно установить причину возникновения компрессионного болевого мышечно-суставного симптома и обеспечить адекватное эффективное лечение больных с компрессионно-дислокационной дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава.

КЛИНИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ АПИКАЛЬНО-ЛАТЕРАЛЬНЫХ ГРАНУЛЕМ

Г.М.-А. Будайчиев – клинический ординатор, Ш.Р. Махмудов *93*

Кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии и терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия

Введение. Несмотря на существование современных материалов, с помощью которых значительно повысилась эффективность лечения хронических форм периодонтита, распространенность которых составляет около 35% в нозологической структуре посещения стоматолога, наличие апикально-латеральных гранулем является прямым показанием к экстракции зуба. В настоящее время данная нозологическая единица в отдельных клинических случаях является актуальной и нерешенной проблемой.

Цель исследования. Объектом данного исследования является лечение апикально-латеральных гранулем с сочетанием консервативно-хирургических методов с использованием материалов на основе гидроксида кальция «Коласепт», «Апексдент», «Иодент» и остеопластического материала «Коллапан».

Материалы и методы. Проведено лечение 40 зубов с апикально-латеральными гранулемами: с использованием консервативно-хирургического метода 30 зубов и хирургического метода-10 зубов. Пациентам проводилась щадящая резекция верхушки корня.

Результаты. Лечение с совмещенным использованием консервативно-хирургического метода дало высокие результаты во всех группах исследования, подтверждено положительной динамикой клинико-рентгенологического исследования. Использование только хирургического метода с применением остеопластического материала дало значительно худший результат, что обусловлено возникновением рецидива и появления со временем, воспалительных явлений в периапикальных тканях.

Выводы. С помощью данной методики стало возможным эффективное лечение апикально-латеральных гранулем. Эффективность лечения с сочетанием различных пломбировочных и остеопластических материалов остается недостаточно изученной. Необходимость поиска материалов с более высоким лечебным эффектом позволит ограничить показания к экстракции зубов с хроническими заапикальными воспалительными процессами.

АНАЛИЗ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЙ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ФАКУЛЬТЕТЕ

М.Г. Шахаев – молодой специалист, И.М. Расулов, С.Г. Гусенов, Г.Ш. Шахаев 94

Кафедра ортопедической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России г. Махачкала, Россия

Актуальность работы. Постоянный рост требований к уровню образования, поиск новых методов обучения и средств повышения эффективности образовательных процессов придали процессу обучения качественно новые характеристики и повысили значимость практической направленности подготовки будущего выпускника. Построение образования с учетом современных требований на основе компетентного подхода привело к увеличению удельного веса практических занятий и роли активных и интерактивных методов обучения, которые помогают сформировать умения и приобрести опыт через действия, поскольку восприятие и усвоение теоретического материала более эффективно по сравнению с традиционными методами обучения. Эти методы также расширяют и углубляют знания, полученные в результате теоретической подготовки в большем объеме, чем традиционные методы обучения. Овладение знаниями в активных формах обучения положительно влияет на восприятие и запоминание информации человеком.[2,3,4]

Обучение на стоматологическом факультете медицинского вуза осуществляется по многим формам: в виде лекций, семинаров, практических занятий, различных контрольных работ. Практическое занятие в связи с прикладным направлением стоматологии имеет особое, определяющее значение. Всё это делает актуальной разработку принципов организации практических занятий и введение новых форм обучения. [1,5,6]

Цель исследования. Целью нашего исследования явилось изучение и анализ различных форм обучения на практических занятиях стоматологического факультета.

Материал и методы исследования. Структура практического занятия состоит из следующих компонентов:

1. Название темы занятия;
2. План практического занятия;
3. Определение цели занятия;
4. Вопросы, изученные ранее и необходимые для данного занятия;
5. Задачи для контроля исходных знаний;
6. Схематическое представление учебного материала: схема ориентировочной основы действия.
7. Задачи для контроля результатов усвоения;
8. Задание к следующему занятию.

Данный перечень является основой, которую можно дополнять и сокращать в процессе

конкретизации материала. По сути, ведение всего практического занятие идет по принципу преподаватель-студент. Проведение занятий при этом по стандартной схеме в соответствии с методическими разработками приводят к усредненному уровню, где одни студенты не в состоянии достичь поставленной цели, а другие «скучают». [1,6]

Нами предложена в виде одной из форм обучения регулярное проведение докладов-презентаций по тематике занятий. Студенту заранее дается тема доклада-презентации по текущей тематике. И по этой теме, заранее подготовившись совместно с преподавателем, он выступает перед студентами своей группы. Презентация сопровождается слайдами и видеоматериалом, который соответствует данной тематике, что делает усвоение презентации более интересной, доступной и эффективной. По окончании доклада, студенты задают интересующие вопросы докладчику, что заставляет выступающего не просто доложить материал, а более досконально и детально подготовится по теме доклада.

Кроме вышеизложенной методики, мы решили внедрить у себя на факультете и такую форму проведения занятий, при которой один студент выступает в роли преподавателя, излагает текущую тему занятия, а остальные студенты слушают и задают вопросы. Т.е. студент выступает в роли преподавателя. Проведение такого вида занятия вызывает у студентов дух соревнования, никто не хочет отставать от сокурсников. Возникает активная дискуссия между студентами. А преподаватель выступает в роли арбитра и поясняет непонятные вопросы. Все это мотивирует студентов и вызывает активное, позитивное отношение к учебе, что является наиболее актуальным для формирования мотивированной личности студента, способной жить и трудиться в динамично изменяющихся условиях.

Результаты исследования. Проведение новых форм обучения позволило нам поднять уровень активности студентов, поднять интерес к предмету. Все это сказалось и на результатах экзаменов и дифференцированных зачетов. Группы, в которых проводилась данная форма обучения, показали лучшие результаты по сравнению с группами, где занятия проводились по стандартной схеме.

Выводы.

Активные методы обучения стимулируют интерес студентов, повышают интерес к предмету, повышают дисциплину и ответственность, вырабатывают клиническое мышление, что очень важно в их дальнейшей профессиональной деятельности.

Постановка работы, таким образом, на наш взгляд, дает положительные результаты и позволяет повысить уровень подготовки будущих специалистов. Поэтому мы рекомендуем внедрение данных форм обучения при проведении практических занятий для студентов.

Литература.

1. Азизов К.А., Гусенов С.Г., Карнаева А.Ш. Конструкция методических указаний к

практическим навыкам. // Материалы конференции «Совместная деятельность кафедр - основа повышения качества образовательной, научной и лечебной деятельности» Махачкала, 2016. С.3-5.
2. Бобылев Б.Г., Образцов П.И., Кошелева С.В., Демина Ю.А. Информационные системы как средство обучения и контроля знаний студентов. // - Москва: Мир, 2016. - 278 с.
3. Востриков В.Н., Лищук Е.Н. Ценности и инновации в системе образования // Дни науки–2014: сборник трудов V научно-практической конференции с международным участием, 25–27 февраля 2014 г.; НОУ ВПО Центросоюза РФ «СибУПК». – Новосибирск,. 2014. – с. 241–250.
4. Панфилова А.П. Инновационные педагогические технологии. Активное обучение // - М.: Академия, 2017. - 192 с.
5. Расулов И.М., Гусенов С.Г. Использование учебных фильмов в процессе чтения лекций по ортопедической стоматологии. // Материалы учебно-методической конференции «Лекционный процесс в медицинском ВУЗе». – Махачкала, 2010.- с. 80-82
6. Расулов И.М., Гусенов С.Г., Рамазанова С.Я. «Шаг обучения» и его значение в повышении качества образования.// Материалы учебно-методической конференции «Пути повышения качества образования в свете требований учебных стандартов и планов нового поколения». – Махачкала, 2011.- с.66-67.

НАШ СПОСОБ ИДЕНТИЧНОГО ОФОРМЛЕНИЯ ГИПСОВЫХ МАСОК ЛИЦА

А.Ш. Карнаева - ассистент, И.М. Расулов, С.Г. Гусенов, А.Г. Гаджиев *58*
Кафедра ортопедической стоматологии
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России г. Махачкала, Россия

Для демонстрации результатов пластических операций снимают гипсовые слепки с лица до и после операции и составляют коллекции гипсовых масок. Для того чтобы на второй маске был виден эффект операционного вмешательства, оформление масок должно быть одинаковым. Для получения оттиска с лица необходимо:

1. Больному придать горизонтальное положение, предупредив его, что он должен лежать спокойно, не делать никаких мимических движений, глаза закрыть, губы должны оставаться в обычном для них положении, т. е. если при сомкнутых зубах губы смыкаются, то сомкнуть их, если нижняя губа перекрывается выступающими верхними фронтальными зубами, то оставить губу в таком естественном положении. Предупредить больного, что дышать он должен через нос. Наконец, следует закрыть грудь больного клеенкой или простыней, чтобы гипсом не загрязнить одежду.

2. Лицо больного необходимо предварительно тщательно смазать вазелином, особенно в волосистых местах: корни волос на лбу, брови, веки, на висках и т. д. Это обеспечивает легкое и безболезненное отделение оттиска.

3. Затем приступают к наложению гипса. При этом следует помнить следующее:

а) больному необходимо обеспечить свободное дыхание через нос. Вставлять для этой цели резиновые трубки в ноздри мы не рекомендуем, так как этим деформируются ноздри.

Лучший прием следующий: на каждое крыло носа наложить немного жидкого гипса от спинки носа до щеки и дать ему затвердеть. Это в полной мере обеспечивает то, что последующие слои гипса не прижмут крыла носа к перегородке. При наложении гипса на верхнюю губу необходимо следить за тем, чтобы не закрыть носовые ходы. Хорошо при этом пользоваться цементной лопаточкой, чтобы осторожно снять лишний гипс;

б) накладывать гипс на глаза следует таким образом, чтобы он стекал с надбровных дуг на веко. Это обеспечит правильное положение ресниц, и они не будут вырываться при отделении маски;

в) наложив гипс, как указано, на глаза, нос, кладут его на остальные участки. Первые слои гипса следует накладывать жидкой сметанообразной консистенции, чтобы он растекался, а последующие слои — из более густого гипса;

г) границы маски: верхняя — корни волос, нижняя — шейная поверхность подбородка, боковые — задняя поверхность восходящей ветви.

Гипс, наложенный толщиной в 1—1,5см, должен на лице затвердеть, после чего можно оттиск снять. Для этого врач становится впереди больного, взявши маску за края с обеих сторон, делает медленные движения вниз и на себя. После нескольких таких движений оттиск маски отделяется от лица безболезненно. Больному предлагают умыться.

Чтобы отлить маску минимального веса и равномерной толщины, мы пользуемся следующим способом. Полученный оттиск опускаем в чистую воду комнатной температуры на 1 час, после чего вынимаем его из воды и кладем на стол (отпечатком вниз), чтобы стекла вода. Затем наливаем в оттиск жидкий разведенный гипс и распределяем его по всей внутренней поверхности оттиска тонким слоем (до 5-6мм); излишки гипса сливаем из восковой пластинки, нарезаем полоски шириной 3-4мм и длиной 5-6мм, приклеиваем их в виде столбиков по всей внутренней поверхности оттиска. Затем разводим новую порцию гипса и наливаем в оттиск столько, чтобы его слой был равен высоте восковых столбиков палочек. После полного затвердения гипса (лучше на другой день) отделяем маску от оттиска, откалывая гипс небольшими кусочками ударами молоточка по шпателю. Для идентичного оформления масок отливаем из гипса диски диаметром 28 см. Заготовив воду в двух резиновых чашках, подкрашиваем ее погуще водяной краской, синей, зеленной, красной, желтой и др. Форму смачиваем водой, кладем ее на стол и заливаем гипсом, разведенным в одной чашке. В середине диска оставляем отверстие.

После затвердения гипса диск легко отделяется от формы. Делаем два таких диска. Следует учитывать, что воду нужно подкрашивать погуще. Оба диска помещаем на стол рядом

(вогнутой гладкой поверхностью вверх) и на каждый из них кладем по маске. При помощи линейки, накладываемой последовательно на лоб, нос и подбородок, выравниваем расположение обеих масок так, чтобы линейка была параллельна столу. Затем слегка очерчиваем карандашом контур каждой маске на диске, разводим жидко гипс, окунаем одну маску и диск в воду, укладываем маску на диск по рисунку; ложкой накладываем гипс на место соединения маски с диском. Из проволоки (модно алюминиевой, сечение 2,5мм) делаем петлю из 3-4 завитков с концами длиной до 12-15см. Петлю закрепляем гипсом на обратной стороне диска, причем концы проволоки загибаем за край отверстия имеющегося в середине. Этим достигается прочность фиксации петли. Затем берем две стеклянные пластинки размером 35*70мм и приклеиваем к ним водой отпечатанный на машинке пояснительный текст. Эти пластинки закрепляем гипсом на дисках под масками в наклонном положении.

Оформленные таким образом белые маски выгодно выделяются на окрашенном фоне дисков, и благодаря одинаковому оформлению нужное место становится отчетливо заметным. Разница цвета каждой пары дисков помогает сразу определять маски лица одного больного. Это становится особенно наглядным, когда операции проводятся поэтапно.

НЕРВНЫЕ БОЛЕЗНИ

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У МУЖЧИН В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

М.А. Омарова – студентка 602 гр. лечебного факультета, К.Б. Манышева – аспирант, Ф.Б. Джамалудинова, Н.А. Умарова – студентки 524 гр. лечебного факультета 96

Кафедра нервных болезней, медицинской генетики и нейрохирургии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия

Научный руководитель - к.м.н., доц. Б.А. Абусуева.

Актуальность. Инсульт является серьезной медико-социальной проблемой. По статистике Всемирной организации здравоохранения он находится на 2 месте в мировой структуре причин смертности. В последние десятилетия подтверждается наличие различий в эпидемиологии, клинических проявлениях, течении, и даже ответной реакции на терапевтические и реабилитационные мероприятия у мужчин и женщин.

Цель исследования – дать характеристику эпидемиологических и клинических показателей ишемического инсульта у мужчин в Республике Дагестан (РД).

Материал и методы исследования. На базе Республиканской клинической больницы РД нами проанализировано 30 случаев острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) по ишемическому типу в острейшем и остром периодах, произошедших у мужчин. Диагноз ишемического инсульта (ИИ) был верифицирован методами нейровизуализации – МРТ, МСКТ или КТ. Каждому пациенту после подтверждения диагноза был проведен полный неврологический осмотр.

Результаты исследования. Возраст пациентов составил от 21 до 82 лет. Соотношение городского к сельскому населению составило 1:1,7.

В бассейне ВБА произошло 7 ОНМК, в каротидном – 23, из которых 1 ИИ в бассейне кровоснабжения левой внутренней сонной артерии (ВСА), по 11 случаев в бассейнах васкуляризации правой и левой СМА. Впервые произошедшее ОНМК имело место у 25 мужчин. У остальных пациентов отмечался повторный (второй или третий в жизни) инсульт. 19 пациентов поступили в стационар в острейшем периоде инсульта (первые 5 суток с момента появления первых симптомов), остальные 11 – в остром периоде (с 6 по 21 день заболевания). Средняя длительность нахождения в стационаре составила 11,8 койко-дней.

Уровень сознания у 28 пациентов составил 15 баллов по шкале комы Глазго, что соответствует ясному сознанию, у 2 больных– 13 баллов (оглушение).

У 9 больных с ОНМК в бассейне левой СМА, у 10 с ИИ в бассейне кровоснабжения правой СМА, у пациента с инсультом в бассейне кровоснабжения левой ВСА отмечался контралатеральный центральный (спастический) гемипарез, который в 5 случаях достигал степени гемиплегии. Среди пациентов с ОНМК в бассейне ВБА гемипарез отмечался в 2

случаях.

Чувствительные нарушения отмечались в 16 случаях: у 9 больных выявлена левосторонняя гемигипестезия, у 5 – гемигипестезия справа, у 1 пациента – синдром левосторонней гемигиперестезии, ещё у 1 – гипестезия по полиневритическому типу в виде носков и перчаток, вероятно, на фоне имеющегося сахарного диабета 2 типа.

У 22 больных обнаружен центральный парез лицевого нерва: в 8 случаях левосторонний, в 14 – правосторонний. У 18 пациентов прозопарез имел место при ОНМК в бассейне СМА, в 1 случае ИИ в бассейне кровоснабжения ВСА и в 3 случаях ОНМК в бассейне васкуляризации ВСА.

Распределение центрального пареза мышц языка было практически равномерным – у 9 пациентов правосторонний, у 8 – левосторонний. Из них среди мужчин с инсультом в бассейне ВБА он был правосторонним в 2 случаях, левосторонним – в 1 случае.

Дизартирия наблюдалась у 4 больных, сочетание дизартрии и дисфонии, а также дисфонии и дисфагии отмечалосьоднократно у пациентовс ИИ в бассейне кровоснабжения ВБА.

Моторная афазия наблюдалась в 8 случаях инсультов в бассейне кровоснабжения левой СМА, в 1 случае при очаге в бассейне правой СМА, а также у 1 пациента с ОНМК в бассейне ВБА (при повторном инсульте). Сенсомоторная афазия была выявлена у 1 пациента с инсультом в бассейне кровоснабжения ВСА слева, сенсорная афазия – у 1 больного при инсульте в бассейне СМА левого полушария.

У 2 пациентов с ИИ в бассейне кровоснабжения ВБА отмечалась правосторонняя гомонимная гемианопсия. У 1 больного при ОНМК в бассейне правой СМА был выявлен парез взора влево.

У 11 больных обнаружен синдром нарушения координации движений, из них инсульт в бассейне ВБА верифицирован в 5 случаях.

Нарушение когнитивных и мнестических функций в сочетании было обнаружено в 9 случаях (2 повторных ОНМК). Когнитивные функции были снижены у 10 пациентов: 3 пациентов с ОНМК в бассейне ВБА, 3 – левой СМА, 4 – правой СМА. Нарушения памяти также были выявлены у 10 больных: в 2 случаях ИИ в бассейне кровоснабжения ВБА, 3 – левой СМА, 5 – правой СМА.

Нарушение ФТО отмечалось у 20% обследованных пациентов.

Выводы. ИИ встречается у мужчин на протяжении всей жизни. У каждого 6 пациента в нашем исследовании инсульт был повторным. Инсульт в каротидном бассейне развивается достоверно чаще, чем в бассейне ВСА. Как правило, серьезных нарушений сознания, как качественных, так и количественных, у пациентов с ИИ не возникает. Наиболее универсальным клиническим проявлением у мужчин является поражение кортикоспинального

и кортиконуклеарного трактов. В 2/3 случаев обнаруживаются когнитивные и/или мнестические нарушения. Чувствительные расстройства отмечаются приблизительно в половине случаев. Из нарушений речи наиболее часто – у каждого 3 пациента – выявляется моторная афазия.

Выявление подобных характеристик инсульта представляет интерес для его эффективного лечения, стратегического планирования и проведения реабилитационных мероприятий, уменьшения степени инвалидизации пациентов, проведения вторичной профилактики, и, как следствие, уменьшения числа повторных инсультов и снижения уровня смертности.

КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЙ МОНИТОРИНГ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ

С.Б. Ханмурзаева[1] - ассистент, Н.Б. Ханмурзаева[2] -- ассистент *92*

Кафедры нервных болезней, медицинской генетики и нейрохирургии[1] и фармакологии[2]

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России г. Махачкала, Россия

Научный руководитель - к.м.н., доц. Б.А. Абусуева.

Актуальность: Синдром хронической тазовой боли (СХТБ) представляет собой широко распространенное состояние. Причины возникновения СХТБ разнообразны и включают перенесенные гинекологические и урологические заболевания и поражение органов малого таза, мышечно-тонические нарушения с формированием стойкого напряжения мускулатуры спины и поясницы, сопровождающегося нарушением осанки и биомеханики позвоночника [2]. Развитию хронического болевого синдрома любой локализации способствуют индивидуальные особенности личности, в частности, повышенный уровень тревожности, завышенная самооценка, на возможность в полной мере реализовать свои возможности и потребности [4,5]. Хроническая боль,изменения психоэмоционального состояния, а также их сочетание сопровождаются выраженной дисфункцией вегетативной нервной системы [3]. СХТБ и аффективные нарушения могут сопровождаться вегетативной дисфункцией, обусловленной, в т.ч., гормональными изменениями организма женщины [1].

Цель исследования: изучение характера вегетативных и аффективных нарушений при синдроме ХТБ у женщин различных возрастных групп.

Материал и методы. Наблюдались 76 женщин, среди них 24 – детородного возраста (средний возраст - 37,4±6,3 лет; 1-я группа) и 25 - в постменопаузальном периоде (средний возраст – 58,2±7,3 лет; 2-я группа) с СХТБ. Диагноз СХТБ устанавливался в соответствии с определением ICS [8]. Критерии включения: возраст 18-75 лет; наличие боли в нижней части живота, задней области спины, половых органов; выраженность болевого синдрома, снижающая качество жизни пациенток, ограничивающая их полноценное повседневное

функционирование; длительность болевого синдрома не менее 6 мес. Критерии исключения: возраст моложе 18 лет; беременность или послеродовый период; острое воспалительное, хирургическое, урологическое или гинекологическое заболевание, подтвержденное результатами клинического наблюдения или инструментального обследования; онкологическое заболевание. Контрольную группу составили 27 женщины (48,5±9,2 лет) без СХТБ.

Все больные были осмотрены профильными специалистами (уролог, хирург, гинеколог). Для исключения органической соматической патологии использовались методы КТ и УЗИ органов малого таза, биохимические исследования. Для оценки неврологического статуса проводились неврологический клинический осмотр, оценка интенсивности болевого синдрома в соответствии с Визуально-аналоговой шкалой (ВАШ), оценка частоты эпизодов боли, их длительности и цикличности.

Оценка состояния вегетативной нервной системы включала регистрацию в покое частоты сердечных сокращений (ЧСС), систолического и диастолического артериального давления (САД и ДАД соответственно), с использованием тестов Ашнера, Вальсальвы, ортостатической пробы и расчета индекса Кердо [2]. Наличие и выраженность тревожных нарушений оценивали на основании опросника Гамильтона (HAM-A), астении - модифицированной шкалы астении (MFI).

Результаты обработаны статистически при помощи программного пакета SPSS 17.0. Данные представлены в виде среднего и стандартного отклонения (M±SD). За достоверные принимали отличия при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждения. Длительность заболевания составила 17,4±5,3 и 18,4±7,3 мес. в 1-ой и 2-ой группах соответственно (отличия недостоверны). Интенсивность боли по ВАШ не различалась в 1-ой и 2-ой группах (65,4±11,2 и 59,5±10,4 балла соответственно).

Больные обеих групп предъявляли жалобы на частые, длительные (продолжительность – более чем половины времени бодрствования) боли в нижней части поясницы, ягодицах, промежности тупого монотонного характера. Провоцирующие факторы назвали 9 больных из 1-ой и 10 больных – 2-ой групп (37,5% и 41,7%; отличия недостоверны). Боль усиливалась при длительном стоянии, ходьбе, в жаркое время, непосредственно во время или после половой активности. В 1-ой группе – накануне менструации или непосредственно после нее. У 5 больных из обеих групп усиление боли наблюдалось по время или после мочеиспускания или дефекации.

Фоновые показатели ЧСС, САД и ДАД у больных обеих групп достоверным образом не отличались, однако, у пациенток 1-ой группы были зарегистрированы более высокие значения указанных показателей. При исследовании состояния функции вегетативной нервной системы у всех больных были выявлены признаки дистонии. У 18 (75,0%) пациенток 1-ой группы имела

место симпатическая направленность дистонии, во 2-ой группе – у 5 (20,0%; $p<0,05$); во 2-ой группе преобладала парасимпатикотония (n=20; 80,0%). При проведении функциональных проб для оценки состояния вегетативной системы, оказалось, что в 1-ой группе имела место симпатикотония (тахикардия, тахипное, умеренная артериальная гипертензия). Пробы Ашнера и Вальсальвы указывали на активацию парасимпатической нервной системы ($p<0,05$ по сравнению со 2-ой группой). Во 2-ой группе имелись признаки парасимпатической активации.

Наличие СХТБ в определенной степени ограничивало повседневную активность больных, затрудняло выполнение повседневных бытовых работ и служебной деятельности, однако ни у одной из пациенток не явилось причиной оформления группы инвалидности или прекращения трудовой деятельности. Характерным оказалось нарушение ночного сна в виде трудности засыпания, частых пробуждений среди ночи, отсутствия чувства отдыха после сна.

Корреляционная связь между частотой пробуждений среди ночи, продолжительностью ночного сна и интенсивностью боли по ВАШ отсутствовала ($r=-0,056$; $r=0,079$; $p>0,05$). Более тесная связь имелась между выраженностью диссомнических и вегетативных расстройств, однако, она также не носила достоверного характера ($r=0,279$; $p>0,05$).

Различные проявления астении оказались характерными для больных обеих групп, в той или иной степени выраженности они имелись у 19 (79%) и 22 (88%) больных соответственно.

При анализе характера астенического синдрома оказалось, что его выраженность (суммарные значения по всем доменам опросника MFI-20) не имела статистически значимой связи с интенсивностью болевого синдрома ($r=0,166$; $p>0,05$), однако положительно коррелировала с длительностью болевого синдрома ($r=0,412$; $p<0,05$).

Выводы. СХТБ – распространенный среди женщин различных возрастных групп клинический синдром. У всех обследованных больных имеются признаки вегетативной дистонии. Вегетативные нарушения протекали по смешанному типу, однако, у более молодых больных имело место преобладание симпатической нервной системы, тогда как у больных старшего возраста преобладала парасимпатическая направленность нарушений. Имеется зависимость выраженности тревожного расстройства от выраженности вегетативных нарушений. Фоновые значения ЧСС, САД, ДАД существенно не отличаются у женщин различного возраста с ХТБ, и не носят достоверных отличий от соответствующих показателей в контрольной группе. Различия между группами приобретали достоверный характер при использовании функциональных проб (Вальсальвы, Ашнера, ортостатическая проба). В связи с этим представляется целесообразным для уточнения характера направленности и выраженности вегетативных нарушений у женщин с СХТБ применение специализированных нагрузочных проб и тестов.

Список использованной литературы:

1.Болотов А. В. Неврологические аспекты синдрома хронической тазовой боли у женщин:

Дисс. … канд. мед.наук. М.; 2005. 114 с.

2. Ханмурзаева С.Б., Абусуева Б.А., Камчатнов П.Р. Синдром хронической тазовой боли у женщин различных возрастных групп. Медицинский алфавит. Неврология и психиатрия. 2016; 26(289); 4: 26-31.

3.ChenI., MoneyD., YongP. etal.An Evaluation Model for a Multidisciplinary Chronic Pelvic Pain Clinic: Application of the RE-AIM Framework. J. Obstet. Gynaecol. Can. 2015; 37 (9): 804–9

4.Извозчиков С. Б. Невоспалительный синдром хронической тазовой боли у мужчин: неврологические аспекты урологической проблемы: Дисс. … канд. мед.наук. М.; 2007. 117 с.

5. Ханмурзаева С.Б., Абусуева Б.А.,Ханмурзаева Н.Б. Вегетативные и аффективные расстройства при синдроме ХТБ у женщин. Материалы 65й Всероссийской юбилейной научной конференции молодых ученных с международным участием 2017,188-190;

ПЕДИАТРИЧЕСКОЕ АУТОИММУННОЕ НЕЙРОПСИХИАТРИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО, АССОЦИИРОВАННОЕ СО СТРЕПТОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ (PANDAS-СИНДРОМ). СОВРЕМЕННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ. ДИАГНОСТИКА, ЕЁ ЗНАЧЕНИЕ В ВЫБОРЕ КОРРЕКТНОГО МЕТОДА ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

И.Н. Гусейнов – Махачкала, Республика Дагестан, Россия,
С. Сонглинг– Харбин, Китай *96*

Кафедра нервных болезней, медицинской генетики и нейрохирургии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия

Научный руководитель - к.м.н., доц. Б.А. Абусуева.

Актуальность темы исследования. Проблемы детской неврологии всегда привлекали внимание врачей областей, как неврологии, так и психиатрии. Установлено, что некоторые психоневротические состояния имеют тенденцию не только к прогрессированию, но и к закреплению, и многие подростки и юноши страдают психопатологическими расстройствами, чей патогенез стартовал еще в детском возрасте. Наибольший интерес и эпидемиологическую распространённость представляют собой тикозные гиперкинезы и обсессивно-компульсивные расстройства детского возраста, обусловленные синдромом Туррета(TS) и другой этиологии. В современности из 1000 детей от 1 до 10 имеют склонность к тикам и гиперкинезам, а около 10 из 1000 уже имеют тиковые расстройства .

Цель работы. Определение настоящих диагностикумов и введения больных с PANDAS-синдромом.

Материал и методы исследования. Педиатрическое аутоиммунное нейропсихиатрическое расстройство, ассоциированное со стрептококковой инфекцией (PANDAS-синдром) - нейропсихиатрический синдром, рассматриваемый как подгруппа педиатрического острого нейропсихиатрического синдрома (PANS), статистически

обоснованной стрептококкассоциируемой этиологией, имеющий антинейрональную аутоимунную природу, характеризующийся острым началом или обострением нейропсихиатрических симптомов, включая умеренное или нередко тяжелое течение ОКР.

Антинейрональные аутоантитела, диагностируемые у большинства случаев, одинаково как у PANDAS, так и у SC реагируют с энцефалическими аутоантигенами включая дофаминовые рецепторы, лизоганглиозиди тубулин, а также активируют кальций калмодулин-зависимую протеинкиназу II (CaMK II) в нейронах человека. Антинейрональные аутоантитела, экспрессированные в трансгенную линию мышей, связывались в систему антиген-антитело с рецептором дофамина D2 (D2r) и вызывают активацию CaMK II. Эксперимент показывает взаимодействие аутоантител с рецепторами энцефалических нейронов, что вызывает у иммунизированных GAHSB биомоделей поведенческие расстройства, также активация CaMK II демонстрирует иммунологическую схожесть у людей SCи PANDAS.

Группа исследователей Swedo, etal. в Национальном Институте Психиатрического Здоровья (NIMH) в своей работе описали диагностические критерии для PANDAS.[5].

Таблица 1. Исходные критерии PANDAS (Swedo, etal., 1998).

Обязательно наличие всех из перечисленных критериев
Наличие OCD и/или тикозных расстройств
Манифестрация симптомов в предпубертантном периоде
Острое начало и эпизодическое (рецидивирующее) течение
Связь с GABHS между началом/обострением симптомов
Проявление неврологической симптоматики (хореобразные гиперкинезы, моторная гиперактивность

Результаты исследования. Установлено, что гиперкинезы PANDAS и SC (хореобразные фортепианные движения пальцев рук и ног и др.) схожи. Также стоит указать на иммунологическое сходство (антинейрональные антитела к D2r). Рассматривая неврологическую картину можно также заметить схожесть тикозных гиперкинезов и симптомов OCD при продромальной фазе SC одновременно с хореоидными движениями, с PANDAS. Но при этом стоит отметить, что SC является монофазным заболеванием, даже при наличии описанных рецидивов. Против этого, повторение эпизодов ссылает в пользу PANDAS. Также для PANDAS не характерна клиника SC описанная как основные критерии Киселя-Джонсона, таких как эхокардиографическая патология и др..

Установлено, что бицилинно-профилактика использующаяся для ARF, также показана для PANDAS, как терапевтическая мера снижения частоты рецидивов.

Перспективна эффективность использования пенициллина либо азитромицина в

уменьшении нейропсихиатрических симптомов у детей с PANDAS. Также был описан эксперимент по проведению тонзилэктомии у двух сибсов с эпизодами нейропсихиатрических расстройств после перенесённого фарингита. Оба ребёнка показывали хорошие результаты в течении 11 месяцев контроля после проведённой операции. За последние десятилетия эффективность иммунной модуляции первой линии (стероиды, плазменный обмен [PE], внутривенные иммуноглобулины [IVIg]) продемонстрировали эффективность при лечении острого SC.

Выводы проведённого исследования:

1. При правильном поставленном диагнозе PANDAS как и SC, необходимо учитывать, что антибактериальная, иммуномодулирующая и т.п. терапии стоят на первом месте.
2. Правильно собранный анамнез заболевания, а не только инструментально-лабораторный анализ, помогает в диагностике заболеваний.
3. PANDAS-синдром стоит рассматривать как возможный диагноз у ребенка с нейропсихиатрическими расстройствами, которого необходимо подвергать критеризационной диагностике. Но при этом нельзя прибегать к гипердиагностике.
4. Процесс исследования диагностики этого синдрома по-прежнему затруднён из-за так называемого «садового разнообразия» симптоматики OCD, TSи тиков.
5. После первоописания PANDAS даже спустя почти 2 десятилетия по-прежнему нуждается в дальнейших клинических испытаниях и диагностических исследований.

КОРРЕЛЯЦИЯ КЛИНИКО-ЭЛЕКТРОГРАФИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕИЙ И ПРОГНОЗА У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ВЕСТА

Ф. А. Мурачуева - аспирант *90*

Кафедра неврологии ФПК и ППС ФГБОУ ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия

Научный руководитель - к.м.н., доц. Л.Г. Гейбатова

Актуальность. Эпилепсия является одним из наиболее распространенных заболеваний нервной системы. У большинства пациентов эпилепсия дебютирует в детском возрасте,а наиболее высокие показатели заболеваемости отмечаются среди детей первого года жизни. Одним из таких возрастзависимых эпилептических синдромов с дебютом на 1 году жизни является Синдром Веста (СВ). Данный синдром относится к разрушительным эпилептическим энцефалопатиям с характерными диагностическими критериями: эпилептические приступы по типу инфантильных спазмов, ЭЭГ паттерн–гипсаритмия, задержка психомоторного развития с выраженными когнитивными и поведенческими нарушениями. Актуальность проблемы изучения и ведения пациентов с синдромом Веста определяется высокой частотой в популяции детей раннего возраста, полиэтиологичностью, тяжестью течения, фармакорезистентностью и

частой трансформацией в другие эпилептические синдромы.

Цель исследования: выявить наиболее значимые факторы риска возникновения синдрома Веста в Республике Дагестан, оценить эффективность проводимой терапии и исходы заболевания.

Материал и методы исследования. В течении 3 лет проводилось наблюдение 39 пациентов с синдромом Веста, обратившихся за консультативной помощью на кафедру неврологии ФПК и ППС ДГМУ. Всем больным проводилось неврологическое обследование, МРТ головного мозга, видео ЭЭГ исследование при первичном осмотре и в динамике, лекарственный мониторинг и исследования биохимических и общеклинических анализов крови. Среди вошедших в группу наблюдения было 23 (58,9%) мальчиков и 16 (41,02%) девочек, возраст которых колебался от 3-х месяцев до 18 мес. (средний возраст детей 7 мес). Заболевание дебютировало в возрасте до 6мес у 20 (51,2%) пациентов, и у 19 (48,7%)- после 6 месяцев.

Результаты исследований. В нашем исследовании, в подавляющем большинстве случаев синдром Веста носил симптоматический характер(89%), что подтверждено наличием очаговой неврологической симптоматики, отставания в темпах психомоторного и речевого развития, а также результатами нейровизуализации (МРТ). У всех пациентов с симптоматической формой синдрома Веста были выявлены различные виды дисгенезий головного мозга, очаги гипоксического поражения и глиоза в коре и белом веществе, атрофии коркового вещества лобной доли, смешанная гидроцефалия,гипоплазия мозолистого и перивентрикулярные кисты. Криптогенная форма синдрома Веста диагностирована у 4 пациентов (10,2%).

При изучении анамнеза выявлено неблагоприятное течение беременности в 51,2% случаев (угроза прерывания в 1 половине, ОРВИ на раннем сроке беременности, истмико-цервикальная недостаточность, преждевременная отслойка плаценты, гестоз в последнем триместре на фоне высокого АД), отягощенный акушерский анамнез в 46,1% случаев(самопроизвольные выкидыши на ранних сроках беременности, мертворождения). Из 39 пациентов, 7 детей(17,9%) родились недоношенными в сроке на 32-34 неделе беременности. В 8(20%) пациенты страдающие синдромом Веста рождены от близкородственных браков. У 11 детей(28,2%) неонатальный период протекал неблагоприятно за счет перинатальной патологии ЦНС.

Ведущим клиническим симптомом синдрома Веста являются инфантильные спазмы, возникающие кластерами приступов высокой частоты, чаще после пробуждения и/или при засыпании. В нашем исследовании они проявлялись изолированно 64% случаев: в виде флексорных (48,7%), экстензорных (15,3%)приступов. Сочетание инфантильных спазмов с атонически-астатическими, гемиконвульсивными, псевдоабсансными и миоклоническими

приступами наблюдалось 36% случаев.

До момента возникновения первых приступов нервно-психическое и моторное развитие у 32 детей (82%) соответствовало возрастной норме. У 89,7% мышечный тонус был сниженным, при повторном неврологическом осмотре через 3-6 месяцев практически у всех детей наблюдалась различной степени задержка психомоторного развития: у 28% спастические тетрапарезы, у 76,9% грубая задержка психоречевого развития.

У всех пациентов в дебюте заболевания на ЭЭГ регистрировался специфический паттерн «гипсаритмия»- непрерывная генерализованная высокоамплитудная медленная и гиперсинхронная активность с острыми волнами, спайками и комплексами спайк-волна. В исследуемой группе типичная гипсаритмия зафиксирована у 28 (71,7%) пациентов, а локальные эпилептиформные паттерны на фоне дисритмичной ЭЭГ наблюдались у 11 (28,2%) детей.

Своевременно назначенная терапия позволяет купировать приступы у большей части пациентов с синдромом Веста. Основная схема лечения включала препараты вальпроевой кислоты как в монотерапии или в сочетании с леветирацетамом, ламотриджином, этосуксимидом. Всем пациентам проводилась курсовая терапия пиридоксином в высоких дозах 100 – 300 мг/сут. В ходе проводимой терапии ремиссии по приступам достигло 15,4% детей, урежение приступов более чем на 50% наблюдалось у 23% детей, в 5,1% случаев приступы рецидивировали после длительной ремиссии, 46,2% детей не имели значимой динамики по приступам не смотря на политерапию, у 10,3% отмечалась абсолютная фармакорезистентность.

В ходе нашего наблюдения ремиссия приступов была зафиксирована у 9 (23,07%) пациентов, трансформация в синдром Леннокса-Гасто у 7(17,9%), трансформация в симптоматическую фокальную эпилепсию у 3(7,6%) детей.

Выводы:

1. Ранняя диагностика и лечение пациентов с синдромом Веста приводит к более быстрому купированию приступов и лучшему прогнозу заболевания
2. Дети с криптогенной формой синдрома Веста быстрее достигали ремиссии на фоне противоэпилептической терапии, имели высокую чувствительность к терапии пиридоксином, по сравнению с группой симптоматической формы.
3. Прогноз по купированию приступов у детей с синдромом Веста более благоприятный если до дебюта приступов нервно-психическое и моторное развитие ребенка соответствовало возрасту, появление когнитивных нарушений умеренной степени после манифестации припадков, при симметричных спазмах и симметричной гипсаритмии, а также при отсутствии грубых неврологических выпадений и значимых структурных изменений головного мозга.

4. Прогноз по психомоторному и речевому развитию детей с синдромом Веста, даже при купировании инфантильных спазмов остается неудовлетворительным. Только у 11 % пациентов в нашем исследовании психомоторный дефицит был компенсирован. Почти у половины остаются двигательные нарушения и у 89% - задержка психического развития.

СИНДРОМ БЕСПОКОЙНЫХ НОГ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

К.А. Магомедова - ассистент *40*
Кафедра неврологии ФПК и ППС
ФГБОУ ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия

Актуальность. Синдром беспокойных ног (СБН) или синдром Экбома - сенсомоторное расстройство, характеризующееся неприятными ощущениями в нижних конечностях, которые появляются в покое (чаще в вечернее и ночное время), вынуждают больного совершать облегчающие их движения и часто приводят к нарушению сна. Распространенность СБН в Европе находится в пределах 3-12%. Данные отечественных авторов по этой тематике ограничены. Различают первичный и вторичный СБН. Первичный (идиопатический) СБН, как правило, проявляется в первые три десятилетия жизни и может носить наследственный характер. Вторичный СБН может развиваться на фоне беременности, дефицита железа, почечной недостаточности, периферической нейропатии, сахарного диабета, фибромиалгии.

СБН относится к частым заболеваниям, но диагностируется редко — в основном из-за малой осведомленности практических врачей, которые зачастую склонны объяснять жалобы больных другой патологией.

Цель. Диагностика и лечение вторичного синдрома беспокойных ног.

Материал и методы исследования. На амбулаторном приеме обратилась пациентка М.,54 лет с жалобами на неприятные ощущения (парестезии, иногда ноющие боли) в области стоп, голеней и коленных суставов, возникающие преимущественно в вечернее время (в 23.00–23.30 часа) и нарушающие засыпание. Для уменьшения страданий больная вынуждена совершать сгибательные, разгибательные и вращательные движения стопами, помимо этого испытываемые ощущения прекращаются на некоторое время при обливании ног холодной водой, в итоге, после стандартного «ритуала» пациентка засыпает в 04.00–05.00 часов утра. Также она предъявляла жалобы на периодические головные боли, общую слабость и быструю утомляемость. Из анамнеза заболевания: считает себя больной около 15 лет, когда стали беспокоить постепенно нарастающие неприятные ощущения в ногах перед засыпанием, за медицинской помощью обращались к участковому неврологу неоднократно, в результате чего назначались снотворные препараты, но без эффекта. Данные физикального обследования: общее состояние удовлетворительное. Телосложение гиперстеническое. Рост 159 см, масса тела 86 кг. Кожные покровы обычного цвета, температуры и влажности. Отеков нет. Стопы,

голеностопные и коленные суставы визуально не изменены. Активные и пассивные движения в суставах в полном объеме, безболезненные. Артериальное давление 130/80 мм рт. ст. Система органов пищеварения и мочевыделения без патологических изменений. Со стороны двигательной и чувствительной сферы патологических изменений не выявлено, очаговой неврологической симптоматики не выявлено. Результаты дополнительных методов исследования: в общем анализе крови выявлено снижение следующих показателей: концентрации гемоглобина до 113 г/л, среднего объема эритроцитов - 70 фл, среднего содержания гемоглобина в эритроците - 21,1 пг, цветового показателя до 0,63, в биохимическом анализе крови: снижение сывороточного железа до 4,0 ммоль/л, ферритина - 7,2 нг/мл.

По данным актиграфии выявлена высокая двигательная активность в течении ночи.

Результаты исследования. На основании жалоб, данных анамнеза, объективного осмотра и результатов дополнительных методов исследования можно предположить наличие у пациента вторичного СБН. Обследуемой предложено заполнение анкеты со шкалой степени тяжести СБН, результаты анкетирования составили 29 балл, что соответствует тяжелому течению заболевания. В качестве терапии больной назначен сульфат железа по 325 мг 3 раза в день в комбинации с 200 мг витамина С в течении нескольких месяцев. На фоне терапии симптоматика стала уменьшаться: сократилось время засыпания, неприятные ощущения в ногах стали менее выраженными. Помимо медикаментозного лечения была рекомендована лечебная физическая культура и теплый душ перед сном. Также рекомендовано избегать приема препаратов, провоцирующих приступы неприятных ощущений в ногах (кофеин, метоклопрамид, нейролептики, димедрол, трициклические антидепрессанты, препараты лития, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, антагонисты кальция и антиконвульсанты). Резюмируя выше изложенное, сформулировать клинический диагноз можно следующим образом: вторичный СБН, хроническая форма, тяжелое течение, железодефицитная анемия.

Выводы. СБН довольно распространенное неврологическое заболевание. Современные методы лечения позволяют добиться практически полного устранения симптомов и существенного улучшения качества жизни у подавляющего большинства больных. В связи с этим ключевое значение приобретает своевременная диагностика синдрома - врачи должны научиться распознавать за внешне «банальными» жалобами пациентов на бессонницу или неприятные ощущения в ногах это весьма своеобразное и, что особенно важно, курабельное заболевание.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКОЙ

А.А. Чопикян,Т.И. Кирилюк - студенты 612Л2 группы II медицинского факультета93

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского

ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского», г. Симферополь, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доц. Ткач В.В.

Актуальность. У большой части неврологических больных, в особенности с бульбарными нарушениями, наблюдается развитие энергетического дефицита, сопровождаемого снижением массы тела, что требует обеспечения нутритивной поддержки, которая осуществляется парентеральным или зондовым путем и может оказывать влияние на качество жизни больных

Цель. Изучение влияния нутритивной поддержки на качество жизни больных неврологического отделения РКБ им. Н.И. Семашко.

Материалы и методы. Исследование проводилось путем анкетирования 48 больных (62,4% мужчин и 37,6% женщин, средний возраст – 57,3±4,6 года) неврологического отделения, которым осуществлялась нутритивная поддержка по стандартному опроснику SF-36 и по личностному опроснику Бехтеревского института (ЛОБИ). Анализ полученных данных осуществлен в программе MicrosoftOfficeExcel 2013.

Результаты.Среднее значение по показателю физического функционирования составило 53,6%, физического состояния – 32,4%, интенсивности боли – 24,9%, общему состоянию здоровья – 41,2%, жизненной активности – 46,7%, социального функционирования – 65,4%, эмоционального состояния – 76,5%, психического здоровья – 75,1%. При этом, суммарный показатель психологического компонента здоровья составил 74,2%, а суммарный показатель физического компонента здоровья – 65,4%. У 54,3% больных отмечен гармоничный тип отношения к болезни, у 25,6% - эргопатический, у 13,2% - неврастенический, у 6,9% - тревожный.

Выводы. Полученные в ходе исследования результаты продемонстрировали, что качество жизни большинства больных, находящихся на нутритивной поддержке, страдает прежде всего из-за физического компонента здоровья, в то время как показатели, характеризующие психологический компонент здоровья находятся в пределах нормы. При этом, у более чем половины пациентов отмечен гармоничный тип отношения к болезни, что свидетельствует о понимании необходимости нутритивной поддержки без формирования негативного отношения к данному виду питания.

ПРИМЕНЕНИЕ АЛЛО- И АУТОТРАНСПЛАНТАТОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ДЕФОРМАЦИЯХ НАРУЖНОГО НОСА

Д.Р. Рагимова – молодой ученый *74*
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва, Россия

Актуальность. Нос является наиболее частым объектом оперативных вмешательств с целью исправлений и изменений его врождённых и приобретённых деформаций.

Приобретённые деформации носа, прежде всего, связаны с центральным местоположением и выстоянием его над уровнем окружающих тканей, в связи, с чем травмы носа в большинстве случаев оказываются наиболее тяжёлыми и их приходится наблюдать относительно чаще, чем травмы других частей лица (Пшениснов, К.П., 2001).

При закрытых травмах наблюдаются переломы и смещения скелета носа. Повреждения носа возникают у 80% населения Земного шара по самым разнообразным причинам: родовая травма, на производственных работах, во время спортивных игр, в результате транспортных происшествий, при падении во время припадка эпилепсии.

Одним из самых трудных, но в тоже время, очень востребованных и популярных разделов пластической хирургии является ринопластика. По статистике она занимает второе место в пластической хирургии после маммопластики.

Деформации наружного носа врожденного характера, или возникшее вследствие травмы и ятрогении, изменяют благообразие лица, соответственно лишает его выразительности, а иногда и уродует, приводя к тягостным переживаниям, тяжелым психогенным реакциям, отрывает людей от коллектива и от общественно полезной деятельности. Поэтому изменение формы наружного носа (восстановление благообразия лица) уже на протяжении многих десятилетий остаются в центре внимания исследователей. За последние годы значительно увеличилось количество ринопластик при врождённых и посттравматических деформациях носа. Если раньше ринопластику выполняли в основном оториноларингологи и, лишь по поводу грубых посттравматических деформаций перегородки и спинки носа, то сегодня это стало одним из главных направлений деятельности пластических хирургов.

Сегодня в распоряжении хирургов имеются как имплантаты – материалы небиологического происхождения (силикон, углеродные конструкции и т.д.), так и трансплантаты – материалы биологического происхождения (Ковальский, М. П., 2009).

В свою очередь, трансплантаты могут быть человеческого (аутотрансплантаты, а также алло- или гомотрансплантаты) и животного (ксено- или гетеротрансплантаты) происхождения. Следует отметить, что наилучшими свойствами обладают собственные ткани человека – аутотрансплантаты (Arslan E, Aksoy A., 2007) .

Использование такого распространенного материала, как силикон, или

других синтетических материалов, широко распространенных в пластической хирургии в настоящее время, признано неэффективным при пластике наружного носа, так как при дефектах спинки носа они подвержены смещению, раздражают кожу, вызывают воспаление и затем выводятся из организма.

Однако, частый дефицит собственных тканей (в частности хрящевой ткани), который, как правило, встречается в ринохирургии, в связи с предыдущими операциями или нежелания пациентов иметь дополнительные послеоперационные рубцы в области взятия аутоматериала, вынуждают хирургов постоянно заниматься поиском новых пластических материалов. Важными факторами являются необходимые свойства этих трансплантатов применительно к реципиентной зоне: они должны быть пластичными, иметь возможность к моделированию, соответственно необходимой форме спинки носа, не вызывать повышенного рубцевания, укрывать дефекты на протяжении и др.

Цель исследования: сравнить эффективность применения алло- и аутотрансплантатов реберного хряща при деформациях наружного носа в отдаленном периоде (срок наблюдения – 1 год).

Задачи:

1. Определить структурные нарушения благообразия лица, развывшиеся после травмы, без утраты мягких тканей носа, но с изменением формы пирамиды носа, вследствие повреждения костно-хрящевого каркаса.
2. Оценить ближайшие и отдаленные результаты ринопластики с использованием консервированного алло- и ауторебернго хряща.
3. **Материалы и методы исследования.** Под нашим наблюдением находились 10 пациентов – молодые люди в возрасте от 19 до 32 лет, с посттравматическими седловидными деформациями наружного носа, которые имели выраженный характер. Пациенты были разделены на 2 группы.

У всех наблюдаемых имелись структурные нарушения в средней зоне лицевого скелета, которые сопровождались расхождением лобных отростков верхней челюсти, деформацией перегородки и спинки носа и опущением кончика.

В первую группу вошли 5 больных, в качестве трансплантата которым был использован реберный аутохрящ, изъятый интраоперационно. Материал брали из 7 ребра справа, и в последующем моделировался по необходимой форме спинки носа. Кроме того, в область между медиальными ножками крыльного хряща также устанавливалась и фиксировалась колонка (пластинка) хряща шириной около 10 мм и толщиной 2 мм.

Вторая группа состояла из 5 лиц, в качестве пластического материала которым был применен консервированный реберный хрящ, (банк биоматериалов «Аллоплант», г. Уфа, Россия). Моделирование хряща для спинки и кончика носа производили аналогично первой

группе.

Результаты исследования. Оперированные наблюдались в течение 1 года.

В первой группе (где применялся аутохрящ) – форма носа имела эстетически удовлетворительный вид, спинка носа по средней линии, кончик носа стабилен, больные результатами операции довольны.

Во второй группе (где был применен консервированный реберный хрящ) в течение всего срока наблюдения форма носа также оставалась стабильной, отклонения спинки носа от средней линии нет, кончик носа фиксирован в изначальном положении, покрывающие мягкие ткани не изменены.

Однако следует отметить, что для забора аутоматериала возникает необходимость дополнительной операции на грудной клетке (для взятия фрагмента ребра), что вызывает затягивание вмешательства, а также известные неудобства в ближайшем послеоперационном периоде.

Выводы:

1. В обеих группах наблюдения (в течение 1 года) отмечаются хорошие результаты со стабильным эстетичным видом в отдаленном периоде.
2. Алломатериалы и аутотрансплантаты могут применяться в реконструктивной хирургии средней зоны лица с одинаковым косметическим эффектом.

Литература.

1. Пшениснов, К.П. Ринопластика III: Осложнения в эстетической хирургии носа и вторичная ринопластика // Избранные вопросы пластической хирургии. - 2001;1(6). – С. 44.
2. Ковальский, М. П. «Ріногіластика — короткий екскурс в історію» /М. П. Ковальский, О. О. Маркевич, К. О. Прокопець / Науковий вісник НМУ ім. О. О. Богомольця. - Київ, 2009, № 1
3. Arslan E, Aksoy A (June 2007). «Upper lateral cartilage-sparing component dorsal hump reduction in primary rhinoplasty». The Laryngoscope 117 (6): 990–6.

СОВРЕМЕННЫЙ СПОСОБ ВРЕМЕННОЙ ОСТАНОВКИ НАРУЖНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АППЛИКАЦИОННОГО ГЕМОСТАТИЧЕСКОГО СРЕДСТВА МЕСТНОГО ДЕЙСТВИЯ

Х.Р. Халилюлин - студент 529 группы лечебного факультета,
Ф.Р. Худойбердиев - студент 637 группы лечебного факультета92
Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия

Научный руководитель – д.м.н, доц.. А.Р. Атаев

Актуальность. Травма является одной из самых значительных проблем здравоохранения. Более 50% травм обусловлено поверхностными и открытыми ранами системы кровообращения. Использование давящей повязки или пальцевого прижатия для временной остановки кровотечения при ранении крупных вен и артерий - малоэффективны. Наложение кровоостанавливающего жгута не всегда возможно из-за особенностей локализации источника кровотечения, к тому же неправильное наложение жгута может привести к таким тяжелым последствиям, как гангрена или ишемический парез. Поэтому в последние годы идет широкая разработка и применение аппликационных гемостатических средств местного действия.

Цель исследования: внедрить способ временной остановки кровотечений с использованием современных аппликационных гемостатических средств местного действия.

Материал и методы исследования: Исследование проводилось в Республиканском ортопедо-травматологическом центре г. Махачкалы. В анализируемую группу вошли 40 пострадавших с наружным кровотечением из ран конечностей.

Результаты исследования: Увеличение количества травматизма в последние годы привело к нарастанию поступающих раненых с различного рода наружными кровотечениями. Использование жгута в качестве временной остановки кровотечений из ран конечностей не всегда является залогом успешного лечения, а большинстве случаев применяется не по показаниям. Поэтому в последние годы идет широкая разработка и применение отечественных аппликационных средств местного действия.

Нами проведен анализ эффективности использования первого отечественного местного гемостатического средства «Гемостоп» при обширных взрывных ранениях конечностей.

В анализируемую группу входили 26 пострадавших при взрывах, где имели место множественные ранения мягких тканей конечностей. Они имеют обширную раневую поверхность со своеобразными по внешнему виду множественными рваными ранами кожи, повреждениями подкожной жировой клетчатки и подлежащих мышц, распространяясь зачастую до промежности и таза. Такие раны представляют собой источник постоянного

капиллярного и венозного кровотечения, которое по величине, продолжительности и интенсивности превышает кровотечение из оторванной конечности.

Исходя из особенностей травматогенеза, при минно-взрывных ранениях традиционные методы гемостаза не могут рассматриваться в качестве исчерпывающих. Не решает проблему и кровоостанавливающий жгут. В этих случаях высокое наложение жгута хотя и обеспечивает полное обескровливание конечности, но при поздних сроках поступления раненых на этапы квалифицированной хирургической лишает возможности сохранения поврежденной, но не оторванной конечности, а некоторым раненым стоит и жизни. Давящая повязка как альтернатива жгуту в этих случаях не столько обеспечивает остановку кровотечения, сколько увеличивает общую кровопотерю, впитывая из обширной раневой поверхности массу крови.

Разработанный нами способ местного гемостаза при взрывных ранениях (изобретение №2583138) заключается в том, что между слоями гигроскопичного атравматичного материала, например многослойной марлевой салфетки, наносят слой средства «Гемостоп», оказывающего местное кровоостанавливающее действие. Наложение такой повязки является временным способом остановки кровотечения при обширных взрывных ранениях. Способ реализуется следующим образом. На стерильную марлевую салфетку, состоящую из 3-4 слоев марли, наносится средство «Гемостоп» из расчета 1,0-2,0 гр. на 1 кв.см., затем повязка накладывается на рану и конечность туго бинтуется. Несомненным преимуществом данного способа является быстрота проведения манипуляции. Применение данного способа при оказании помощи пострадавшим на догоспитальном этапе позволяет в течение нескольких минут остановить кровотечение, соответственно избежать таких осложнений, как травматический шок вследствие массивной кровопотери и повторные (вторичные) кровотечения.

Выводы: Способ местного гемостаза прост в использовании, дает быстрый и надежный гемостаз, рекомендуется к применению для бригад скорой медицинской помощи и медицины катастроф.

УСТРОЙСТВО ДЛЯ ВРЕМЕННОЙ ОСТАНОВКИ НАРУЖНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ РАН КОНЕЧНОСТЕЙ

Ф.Р. Худойбердиев - студент 637 группы лечебного факультета,
Х.Р. Халилюлин - студент 529 группы лечебного факультета[65]
Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия
Научный руководитель – д.м.н, доц.. А.Р. Атаев

Актуальность. Среди актуальных вопросов современной неотложной хирургии важное место занимает проблема остановки интенсивных наружных кровотечений. Эффективность временной остановки наружных кровотечений из ран конечностей в первую очередь зависит от

средств оказания помощи при оказании догоспитальной помощи пострадавшим. В связи с этим разработка и внедрение новых методов временного гемостаза является одной из приоритетных задач, стоящих перед медицинской наукой.

Цель исследования: внедрить устройство для временной остановки кровотечений из ран конечностей.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось в Республиканском ортопедо-травматологическом центре г. Махачкалы. В анализируемую группу вошли 10 пострадавших с продолжающимися наружными кровотечениями из ран конечностей.

Результаты исследования. В последние годы увеличилось количество пострадавших с различными видами травм конечностей сопровождающихся наружными кровотечениями. Нами предложен кровоостанавливающий жгут «F1» (регистрационный номер 17-1514) для временной остановки наружных кровотечений из ран конечностей. Он представляет собой резиновую ленту до 1,5 м желтого цвета, с таймером и замком на одном конце и рельефной застежкой на другом конце. В отличие от классических жгутов, при использовании кровоостанавливающего жгута «F1» не нужно записывать время и дату. При наложении жгута запускается таймер, который в дальнейшем ведет подсчет времени наложения. Достаточно просто нажать на кнопку таймера после наложения жгута, дата и время фиксируется автоматически. Использование устройства реализуется следующим образом. Жгут должен располагаться выше (центральнее) поврежденного участка (при ранении стопы или голени, колена - на уровне бедра, при ранении бедра - на 5-7 см выше ранения; при ранении кисти или предплечья — на плече, при ранении плеча - в верхней трети плеча). Жгут подводят под конечность. Затем захватывают его у конца и в средней части, растягивают и уже в растянутом виде обертывают вокруг конечности до прекращения кровотечения из раны. Первый тур жгута должен быть самым тугим, последующие туры более слабыми. Постепенно уменьшая растяжение резины, закрепляют весь жгут на конечности. Туры его укладывают достаточно плотно друг к другу, чтобы избежать ущемления тканей между ними. При наложении жгута не следует прикладывать чрезмерных усилий, т.к. это может вызвать повреждение подлежащих тканей. Поэтому его натягивают лишь в той степени, которая необходима для остановки кровотечения, но не более. Для контроля эффективности сжатия артерий после наложения жгута можно пользоваться определением пульса ниже него — исчезновение пульса свидетельствует о пережатии артерий. После эффективной фиксации жгута заводится таймер, одним нажатием. В случае снятия жгута и повторного наложения, таймер обнуляется и заводится заново.

Выводы: 1. Устройство удобно в применении ввиду отсутствия необходимости фиксации записки с отмеченным временем наложения.

2. Позволяет в течение нескольких минут остановить кровотечение, соответственно

избежав таких осложнений, как травматический шок вследствие массивной кровопотери.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ФОКАЛЬНОГО НЕВРИТА ПОДОШВЕННОГО НЕРВА

О.С. Боровская – студентка 1540 группы лечебного факультета 69

Кафедра травматологии и ортопедии УО БГМУ, г. Минск, Республика Беларусь

Научный руководитель – к.м.н., доц. П. И. Беспальчук

Актуальность. Фокальный неврит подошвенного нерва, известный также под названием «подошвенная невралгия», «болезнь Мортона», «периневральный фиброз», «синдром мортоновского пальца» является весьма распространённым заболеванием стопы, в основном у женщин среднего возраста. Клиническая картина выражается наличием сильной «жгучей», «невыносимой» боли по подошвенной поверхности стопы в третьем межпальцевом промежутке у основания III-IV пальцев. Боль усиливается при нагрузке и длительной ходьбе; ослабевает в покое и при снятии обуви.

Данное заболевание может возникнуть вследствие сдавливания нерва костями плюсны, проходящими между третьим и четвёртым пальцами; поперечного плоскостопия; острых травм, гематом, облитерирующих заболеваний ног, а также хронических инфекций; длительного нахождение в положении стоя; ношение тесной обуви (что чаще встречается у женщин), которая вызывает болевые ощущения и дискомфорт при ходьбе, что служит причиной давления на нерв;

избыточного веса - большая масса тела оказывает давление на ткани нервов нижних конечностей.

Начальная стадия заболевания визуально может быть не заметна, то есть при осмотре даже опытный специалист может сделать ошибочное заключение. Основным признаком наличия патологического процесса является боль при сжатии области между пальцами в поперечном направлении.

Пациенты обычно жалуются на онемение в области пальцев ног; ноющие боли и жжение; дискомфорт и покалывание; ощущение инородного тела в области локализации заболевания.

Последняя стадия болезни имеет выраженные симптомы, заключающиеся в жгучей и стреляющей боли, которая становится постоянной. Подобные проявления возникают независимо от нагрузок и обуви, и распространяются от стопы к кончикам пальцев. Чем «старше» заболевание, тем сильнее болевые ощущения в межпальцевом промежутке, между четвёртым и третьим пальцем.

Цель исследования. Определить эффективность хирургического лечения болезни Мортона.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 20 пациентов

в возрасте от 30 до 61 года. 19 женщин и один мужчина. Средний возраст 46 лет. Заболевание левой стопы имело место в 9-то случаях, правой –в 8-ми, обе стопы –в 3-х наблюдениях. Всем пациентам были выполнены радикальные хирургические вмешательства – резекция болезненной невромы.

Результаты исследования. В 3% случаях операции были выполнены одновременно на обоих стопах; в 2-х – поочередно (с промежутком 3-6 месяцев) было произведено хирургическое вмешательство на противоположной стопе. Таким образом, оперативный метод лечения применим на 23-х стопах. Тыльный доступ к патологическому участку использован в 14 случаях, подошвенный – в 9-ти.

Выводы. Отдаленные результаты проведённых хирургических вмешательств изучены по прошествии года после операции. Все пациенты отмечали исчезновение боли и полноценную функциональную нагрузку оперированных стоп. Таким образом, хирургический метод лечения фокального неврита подошвенного нерва является эффективным.

ПАЛЛИАТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ТАЗОБЕДРЕННОМ СУСТАВЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА

А.А. Абакаров – аспирант, А.А. Абакаров *3 6*

Кафедра травматологии, ортопедии ФПК и ППС

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия

Аннотация: под нашим наблюдением находилось 105 больных (130 суставов) с врожденным вывихом бедра в возрасте от 16 до 38 лет, которым выполнены различные варианты реконструктивных оперативных вмешательств. Применение у данных больных внутрисуставных вмешательств, приводит к неудовлетворительным анатомо-функциональным результатам у абсолютного большинства больных. Вначале своей работы, у большинства больных мы использовали методику Г.А. Илизарова по созданию дополнительной точки опоры под таз. Однако при этом отмечали частые гнойные инфекционные осложнения вокруг спиц. С целью сокращения сроков лечения больных в стационаре, нами предложено два новых варианта операции и металлические пластинки с характерным углом коррекции. Данные методики применены у 86 больных (92сустава). У остальных 5 больных использована методика ацетабулопластики неоартроза костно-хрящевым аллотрансплантатом с созданием дополнительной точки опоры под таз по методике автора. Результаты лечения изучены в сроки от 4 до 15 лет, где отмечено значительное улучшение походки у абсолютного большинства больных.

Лечение врожденного вывиха бедра у взрослых до настоящего времени остается сложной и не решенной проблемой ортопедии. Клинические проявления и функциональные нарушения в подростковом возрасте и у взрослых становятся ярче, появляются дегенеративно-

дистрофические изменения в неоартрозе, сопровождающиеся выраженным болевым синдромом при ходьбе. Общепринятые хирургические методы лечения с восстановление анатомических соотношений в суставе и реконструкцией тазового компонента приводят к асептическому некрозу и развитию раннего коксартроза с грубыми нарушениями функции сустава.

Нами в течении последних 20 лет накоплен опыт лечения врожденного вывиха бедра у подростков и взрослых с сохранением собственных костных структур и улучшением опорной функции сустава. Основной методикой являлась операция Г.А. Илизарова с созданием дополнительной точки опоры под таз и выравниванием длинны конечности.

Под нашим наблюдением находились 105 больных (130 суставов) в возрасте от 16 до 38 лет, которым применялись различные реконструктивные операции на проксимальном конце бедра, неоартрозе с выравниванием длинны конечностей (118 операций).

Двусторонняя локализация патологии установлена у 25 человек.

Все больные были с высокими подвздошными вывихами бедер, с высокой степенью функциональной недостаточности, а неоартроз развивался у 81% больных. В 22 случаях применена ацетабулопластика неоартроза костно-хрящевым аллотрансплантатом по нашей методике (а. с. №995749).

Наиболее важным фактором достижения хороших результатов лечения является выбор уровня остеотомии бедренной кости. Для этого производили рентгенограмму таза с полной функциональной нагрузкой на оперируемую конечность. На рентгенограмме выявляли место максимального приближения бедра к тазу, измеряли в сантиметрах расстояние от верхушки большого вертела. Полученные данные являлись ориентирами для выбора уровня остеотомии. Перекос таза на функциональной рентгенограмме учитывали при компенсации укорочения конечности. В начале своей работы мы повторяли методику Г.А. Илизарова (1982г.), где производили двойную остеотомию бедра (в подвертельной области и в нижней трети бедра) с предварительным наложением аппарата Илизарова (14 операций). Однако длительные сроки лечения (до 180 дней), воспаление вокруг спиц особенно в верхней трети бедра заставили нас изменить методику лечения (а.с. №1146025). Доступом типа Лангенбека обнажали поднадкостнично верхнюю треть бедра и по передне-внутренней поверхности меж-подвертельной области. Долотом отделяли кортикальную пластинку. В дистальном отделе пластинку отсекали полностью, а у шейки бедра надламывали. Сохранялись соединения с мышцами по задней поверхности бедра на уровне нижней трети отсеченной кортикальной пластинки. Перпендикулярно к ней с задне-наружной поверхности бедренной кости кпереди и кнутри просверливали туннель. В него с наружной стороны бедренной кости проводили удлиненный стержень с резьбой толщиной 6 мм. Конец стержня упирался в кортикальную пластинку. Накладывали аппарат Илизарова из двух дуг и одного кольца. В нижней трети

бедра долотом производили полуоткрытую остеотомию. Рану зашивали послойно и наглухо капроном. Через семь-десять дней после операции начинали дистракцию нижней трети бедра по ¼ оборота гайки четыре раза в день, а так же дистракцию кортикальной пластинки в верхней трети бедра со скоростью ½ оборота два раза в день. Средний срок лечения длился до четырех месяцев. К концу лечения формировался регенерат треугольной формы в верхней трети бедра с упором в область седалищной кости, и компенсировалось укорочение конечности. Предложенная методика лечения позволяла создать дополнительную точку опоры под таз при сохранении физиологической оси конечности.

С целью сокращения сроков лечения и осложнений вокруг спиц нами предложена методика удлиняющей одномоментной остеотомии в верхней трети бедра с фиксацией отломков углообразно согнутой накостной пластинкой. Остаточное укорочение конечности компенсировали путем остеотомии бедра на втором этапе с помощью известной методики Илизарова. Пластинка сгибается под углом 140º в сагиттальной плоскости, и разворачивается вокруг оси на 20º с ориентиром на правую и левую конечность.

Методика операции: доступом Лангенбека от верхушки большого вертела, по ходу оси бедра послойно рассекаются все слои и поднадкостнично обнажается подвертельная область. Специальным проводником проводится пила Джигли вокруг бедренной кости. На 3 см. ниже намеченной точки остеотомии, производится пересечение бедра на половину его диаметра. Затем долотом производится остеотомия наружной кортикальной части косо сверху вниз и снаружи кнутри до встречи с предыдущей линией кортикотомии. Получается два фрагмента бедра с косой линией излома в межвертельной и подвертельной областях. За малым вертелом желобоватым долотом производится выемка, куда с помощью ложки-направителя внедряется проксимальный конец дистального отломка. Однозубым крючком смещается проксимальный конец бедра максимально вниз и вперед под углом 20º. Путем отведения дистальной части бедра восстанавливается биомеханическая ось конечности. Заданное положение конечности фиксируется на пластинке нашей конструкции. Рана дренируется и зашивается наглухо капроном. Таким образом, формируется угол 140º-150º к продольной оси бедра открытый кнаружи, а проксимальный конец максимально приближается к тазу и разворачивается по отношению сагиттальной плоскости на 20º. Абсолютная длинна бедра увеличивается на 2-2,5см.

По данной методике оперировано 86 больных (92 сустава). Осложнения в послеоперационном периоде не отмечены. Нагрузка на конечность разрешается через 4-4,5 месяцев после операции.

Больной выписывается из стационара на 18-20 день после хирургического лечения. Восстановительное лечение начинается через три месяца после выписки больного из стационара обычно в условиях амбулатория.

Остаточная вальгусная деформация коленного сустава выявлена у 4 больных, где потребовалась девальгизирующая остеотомия бедра в нижней трети с наложением аппарата Илизарова. Этим больным девальгизация коленного сустава сопровождалась удлинением бедра на три пять сантиметров.

Результаты лечения изучены от 4 до 15 лет у 56 больных, где отмечены значительное улучшение походки, уменьшение болевого синдрома, отрицательный или слабоположительный симптом Тренделенбурга.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭТНИЧЕСКОГО САМОСОЗНАНИЯ И КОМПОНЕНТОВ ЕГО СТРУКТУРЫ

А.Б. Кафарова - заочный аспирант *65*

Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия

Научный руководитель – д.м.н., доц. Н. Р. Моллаева

Проблема исследования этнического самосознания исходит из его структурной представленности. На сегодняшний день в этнопсихологии нет четкого определения структуры этнического самосознания. Вычлененные компоненты детерминированы толкованием его содержательных характеристик. Ю.В. Бромлей (1989 г.) выделяет такие элементы в структуре этнического самосознания, как национальная идентификация; представления о типичных чертах своей общности, ее свойствах как целого, автостереотипы; представления об общности исторического прошлого народа; о территориальной общности («родной земле»); о государственной общности при определенных конкретно - исторических условиях. Самостоятельным элементом в структуре этнического самосознания является осознанное отношение к материальным и духовным ценностям нации, ее достижениям, ориентациям на них. Данной структуры придерживаются Ю.В. Арутюнян и Л.М. Дробижева (1972 г.).

А.Х. Гаджиев (1982 г.), раскрывая сущность этнического самосознания, показывает его конкретное выражение в многообразных формах: познавательной, эмоциональной и волевой. Познавательная сторона этнического самосознания включает в себя, во-первых, осознание человеком своей этнической принадлежности; во-вторых, осознание им своего социального положения; в-третьих, осознание санкционированных этнической общностью традиций, норм - моделей поведения; осознание своих жизненных интересов и насущных потребностей. Эмоциональная сторона этнического самосознания включает в себя чувство национальной гордости, чувство собственного достоинства за вклад в приумножении богатства своей страны. К основной функции самосознания А.Х. Гаджиев (1982 г.) относит регулятивную, поскольку оно имеет волевую форму своего проявления. Благодаря этой функции этническое самосознание регулирует и направляет все проявления этнической психологии, обеспечивает самоконтроль во всех сферах общественной жизни.

Г.В. Старовойтова (1987 г.) вычленяет такие важнейшие эмпирические индикаторы этнического самосознания, как этническая самоидентификация; представление об этноконсолидирующих и этнодифференцирующих признаках; представление о так называемом «национальном характере»; об общности черт внешнего облика этнофоров. К косвенным эмпирическим индикаторам этнического самосознания Г.В.Старовойтова (1987 г.) относит некоторые элементы традиционной культуры (национальные праздники, обычаи, обряды),

язык, ориентации в межэтническом общении.

По мнению В.С.Мухиной (1988 г.), структура самосознания строится во временном и социальном пространстве. Первично закладываются те образования самосознания, которые обеспечивают эмоционально положительное отношение индивида к самому себе (оно формируется людьми, особенно близкими, на ранних этапах онтогенеза). Это изначальные звенья структуры самосознания, которые можно определить как притязание на: 1) признание своего «Я» как своего имени, своих внешних физических данных и своей внутренней психической сущности; 2) социальное признание; 3) признание своей сущности как представителя пола, т.е. половая идентификация. Это сфера изначальных основ самосознания. Позднее в онтогенезе личности формируются еще два звена структуры самосознания: 4) временные образования самосознания - прошлое, настоящее и будущее личности; 5) наконец, в структуре самосознания личности развивается сфера ее социального пространства, которая определяет путь развития нравственного долга человека в психологическом времени (речь идет о формировании долга перед людьми и самим собой, а также формировании права личности на все то, на что она имеет право в современном мире, в том числе на долг и самоуважение). Структура самосознания при наличии одних и тех же звеньев имеет различное их наполнение в зависимости от культуры, традиций, ценностных ориентации.

На сегодняшний день в отечественной психологии придерживаются следующих подходов к исследованию самосознания личности:

1) структурный (К.К.Платонов, И.В.Дубровина, У.Джемс и др.);

2) уровневый (В.В. Столин и др.);

3) процессуальный (И.И. Чеснокова и др.);

4) системный (В.С. Мерлин).

Опираясь на принцип системного подхода к исследованию самосознания личности, предложенный В.С. Мерлиным, и учитывая существующие наработки по данной проблеме, можно выделить следующую структуру этнического самосознания:

1) осознание особенностей этнической культуры своей этнической общности;

2) осознание психологических особенностей своей этнической общности;

3) осознание тождественности со своей этнической общностью;

4) осознание собственных этнопсихологических особенностей;

5) осознание себя в качестве субъекта своей этнической общности;

6) социально-нравственная самооценка этничности.

Наряду со структурно-пространственными характеристиками этноса к этническим признакам общности относится такой генетически - временной параметр, как представление об общности происхождения членов этноса. Т.Шибутани и К.Кван, уделяя существенное внимание этому фактору, определяют этносы как совокупность индивидов, представляющих

себя (мы) и представленных другими (они) в качестве образования себе подобных вследствие общего происхождения как реального, так и воображаемого. Ведь именно в результате общности происхождения, характеризующей также и определенную общность исторического прошлого этнофоров, складывается и единство, и специфика каждой этнической системы. Осознание единства происхождения предполагает отражение в этническом самосознании характерной для многих этносов действительной или мнимой антропологической однотипности.

Под производственной подсистемой культуры этноса понимается производство и воспроизводство материальных благ (экономика). Жизнеобеспечивающая подсистема включает совокупность механизмов и средств, направленных на непосредственное поддержание жизнедеятельности ее носителей. Поэтому жилище и поселение, питание, одежду и ряд других, можно рассматривать как составные части этой подсистемы. К социо-нормативной подсистеме этнической культуры относятся такие институты, как право, мораль, обычаи, обряды, традиции, ритуалы, значительная часть религиозных институтов и различные социальные структуры. Общность соционормативной культуры имеет важное значение для внутренней интеграции этноса, обеспечивая при этом регуляцию, координацию поведения и деятельности людей. Она представлена опытом, накапливающимся в виде системы стереотипов человеческой деятельности (активности) и результатов этой деятельности, представлений о тех и других и способов их обозначения или символизации. Данная подсистема культуры является основным носителем этнических свойств, представляя этничность культуры вообще. Познавательная подсистема культуры включает совокупность научных и эмпирических знаний и опыта, а также искусство в самых различных его формах и проявлениях (профессиональное искусство и национальная литература, народное творчество, сказки, народные песни и предания и др.).

Интерес, внимание народов к достижениям, ценностям своей культуры, выраженные в профессиональной форме, имеют тенденцию к возрастанию. Это обусловлено актуализацией признания народом художественных ценностей прошлого и настоящего своей культуры, становящихся предметами национальной гордости. Культурный арсенал нации, неразрывно сопряженный с образом «мы», является фактором объективной социальной зависимости каждой личности от своей этнической общности.

Из всей совокупности психологических особенностей, характеризующих этнос, наибольшей статичностью обладает так называемый «психический склад». Учитывая различные отношения к данному психологическому образованию, допускаем, что понятие «психический склад» включает в себя национальный характер, национальный темперамент, специфические особенности направленности личности (моральные убеждения, ценностные ориентации, взгляды, идеалы и т.п.), специфические для этноса способности. Динамическую

сторону этнопсихологических особенностей раскрывают национальные настроения, чувства, интересы, аттитюды, межэтнические установки, аутостереотипы и гетеростереотипы.

Понятие «национальный характер» как психологическая категория представляет собой не элементарную суммацию отдельных психологических черт, отдельных характеров членов конкретной этнической общности, а специфическое сочетание и проявление психологических свойств, ставших в большей или меньшей степени свойственными той или иной социально-этнической общности в конкретных исторических и культурных условиях ее развития. В качестве примера можно привести сравнительные результаты экспериментальных исследований в рамках изучения стереотипов межнационального восприятия по выявлению черт характера представителей разных народов и стран, проведенных совместно отечественными и американскими психологами. Исследователями составлены характерологические портреты типичных представителей наций: 1. Японец: трудолюбивый, осторожный, организованный, серьезный, упорный, озабоченный; 2. Англичанин: тактичный, спокойный, критичный, умный; 3. Немец: практичный, организованный, трудолюбивый, уверенный, твердый, жесткий; 4. Русский: откровенный, щедрый, бесшабашный, прощающий, непрактичный, доверчивый, миролюбивый; 5. Грузин: возбужденный, импульсивный, боевитый, претенциозный, агрессивный.

Что касается удмуртского народа, то, к сожалению, отсутствие собственно психологических исследований и явный интерес этнографов к психологии этноса определяют возможность обратиться лишь к историко-этнографическим характеристикам народа. Характеризуя удмуртов, принято подчеркивать их миролюбие, доброжелательность, гостеприимство, деликатность, сдержанность, стеснительность, терпеливость, конформность.

Однако необходимо отметить, что типичность психологических черт ни в коей мере не исключает индивидуальность каждого из представителей этноса. В каждой социальной общности доминирующее социально-психологическое отношение, представленное понятием «мы», усиливает индивидуальные стороны психики каждой личности.

Этническое мировоззрение, включающее систему убеждений, ценностных ориентации, жизненных позиций, взглядов, идеалов и т.п., обусловлено конкретными историческими условиями развития этнической общности. Изменение этнического бытия влечет за собой модификацию системы мировоззрения нации.

Другим примером различий специальных способностей могут служить музыкальные способности: в различные времена разным нациям приписывались особые музыкальные таланты - большие, чем у других. Во времена Моцарта это были итальянцы, в XIX в. - немцы, «знают», что восточноевропейцы, особенно евреи, обладают особым талантом для игры на струнных инструментах.

Национальное настроение выполняет функцию, регулирующую психическую активность

людей, функцию установки воспринимать и действовать определенным образом, т.е. «выражает общее самочувствие, общее отношение ко всей окружающей действительности». Настроение нации детерминировано историческими событиями жизни своего этноса, судеб его членов, политическими, экономическими условиями функционирования этноса, служит как бы реакцией на определенные достижения, успехи и подъем, и спады в этих областях.

Динамичность национальных чувств и настроений, «сдвиг во мнениях, эмоциях и поведении» нации в силу тех или иных общественно-экономических изменений предполагает и позитивную, и негативную окраску их проявления. Подлинное чувство национальной гордости и достоинства, прогрессивное настроение нации противоположны гипертрофированному чувству превосходства и исключительности своей нации, регрессивно-агрессивному настроению, выраженных в этнофанатизме, национализме.

Таким образом, рассматривая факторы, формирующие этническую общность и признаки, определяющие ее на различных этапах этногенеза, необходимо отметить, что они меняются не только своим соотношением и весомостью, но и сущностью, и содержанием, и как следствие степенью воздействия на личность в процессе этнизации. Осознание особенностей этнической культуры, психологических особенностей своего этноса, иначе «представление о своем этносе», выражает один из уровней становления этнического самосознания, что требует разработки собственного структурного и уровнего-диагностического инструментария, методологических основ и собственных философских обоснований.

ЭПИЛЕПСИЯ ИЛИ НЕТ?

Ж. А. Гаджимагомедова - студентка 6 группы лечебного факультета95

Кафедра неврологии ФПО и ППС

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия

Научный руководитель - к.м.н., доц. Л.Г. Гейбатова

Актуальность. Эпилепсия – расстройство головного мозга, характеризующееся стойкой предрасположенностью к эпилептическим приступам, а также нейробиологическими, когнитивными, психологическими и социальными последствиями этого состояния. Это концептуальное определение было дано рабочей группой экспертов в 2015 г. (отчет ILAE 2005). По данному же определению, эпилептический приступ – преходящее клиническое проявление патологической избыточной или синхронной нейронной активности головного мозга. Однако, общеизвестно, что пароксизмальные состояния характерны не только для эпилепсии. Дифференциальная диагностика эпилептических приступов от не эпилептических зачастую представляет значительные трудности в практике. Причем не только врачей-неврологов, но и для специалистов, сталкивающихся с пароксизмальными состояниями в своей клинической работе – педиатров, врачей общей практики, скорой помощи. Наиболее часто

пароксизмальные состояния, такие как синкопы, конверсионные или псевдоэпилептические приступы, различные двигательные нарушения сна в рамках парасомний, пароксизмальный хореоатетоз, доброкачественные миоклонии, принимаются как эпилептические. Неправильная оценка типа приступа влечет ошибочную постановку диагноза эпилепсии, что влияет на течение заболевания, качество жизни и стигматизацию пациентов. Золотым стандартом диагностики была и остается электроэнцефалограмма (ЭЭГ). Однако, в условиях внезапно возникающего приступа редко представляется возможным зарегистрировать иктальное событие на ЭЭГ. Такие пациенты, как правило, направляются на консультацию к неврологам, эпилептологам, а затем в эпилептологические центры для проведения длительных и дорогостоящих ЭЭГ – видео-мониторингов.

Клиническая интерпретация и дифференциальная диагностики эпилептических приступов от псевдоэпилептических является актуальной проблемой, так как позволяет по характеру зафиксированного пароксизма оказать правильную специализированную медицинскую помощь и определять дальнейшую тактику ведения пациента

Цель исследования: изучение клинико-анамнестических данных описания пароксизмального события и достоверности диагноза «эпилепсия» у пациентов, направленных на обследование к неврологам.

Материал и методы исследования. Нами было проанализировано 2700 амбулаторных карт пациентов обратившихся с жалобами на приступы на кафедру неврологии ФПО и ППС ДГМУ. Диагностика проводилась на основании неврологического обследования, данных МРТ головного мозга, видео ЭЭГ исследований при первичном осмотре и в динамике. Диагноз эпилепсия был исключен и констатированы конверсионные (псевдоэпилептические) приступы у 89 (3,3%), пациентов, которые и составили основную группу анализа Среди вошедших в группу исследования было 80 (89,9:%) пациентов женского пола и 9 (10,1%) мужского, возраст которых колебался от 9 до 45 лет.

Результаты исследований. При изучении анамнеза пациентов исследуемой группы дебюту приступов, как правило, предшествовали ЗЧМТ (68%), стрессовые ситуации (12%), рождение детей (5,4%), тяжелые заболевания и смерть близких (4,6%), соматические заболевания (6,2%), физическая нагрузка (2,2%), аллергические реакции (1,6%). У 56 (63%) были различные социально-бытовые проблемы, 31 пациент (34,8%) отмечал проблемы взаимоотношений в семье.

У 11 пациентов (12,4%) эпилепсия наблюдалась в семейном анамнезе, 4(4,5%) были свидетелями генерализованного судорожного припадка.

Ведущими жалобами всех пациентов, помимо приступов, были головные боли постоянного диффузно-разлитого характера, нервозность, усталость, снижение памяти, нарушение сна, различные субъективные ощущения по типу «летучих» парастезий.

По характеру описываемых пароксизмов во всех анализируемых случаях наблюдались полиморфные нестереотипные приступы высокой частоты с резистентностью к противоэпилептической терапии. Как правило, приступы начинались с ощущения парастезий, чувства удушья, «кома в горле», резко возникающей головной боли, одышки, похолодания и онемения конечностей, невозможность говорить. У 76% пациентов приступ переходил в судорожный с нарушением сознания. В 71% случаев вокализация в приступе носила эмоционально речевой характер или в виде затяжного крика с агрессивно эмоциональной окраской. При этом по описанию судорожного приступа родственниками всегда констатировались закрытые глаза и невозможностью их открыть, судороги локально в кистях – по типу сжатых кулаков, вытягивания конечностей и выгибания дугой, без вегетативных проявлений (посинения, расширения зрачков). Длительность пароксизмов от 15 до нескольких часов. Травматизация в приступе не зафиксирована ни у одного пациента данной группы.

У всех пациентов в неврологическом статусе очаговая симптоматика отсутствовала, у 96% отмечались неспецифические вегетативные симптомы. В 78% случаев были выявлены высокие баллы (8-11 баллов) по госпитальным шкалам тревоги (Гамильтона, Бека).

В ЭЭГ исследованиях эпилептическая активность не выявлена, в том числе при длительных регистрациях сна и бодрствования. У 12 пациентов (13,5%) иктальные события наблюдались на приеме у врача, у 24 (27%) конверсионный характер приступа констатирован в видео-ЭЭГ мониторинге.

Выводы:

1. Характер протекания конверсионного (псевдоэпилептического приступа) имеет ряд особенностей, позволяющих отличить их от эпилептического приступа, а именно: постепенное начало, множество субъективных ощущений, закрытые глаза, отсутствие изменений зрачковых реакций, длительность протекания пароксизма без вегетативного сопровождения.

2. Частота и длительность приступов, как правило, в бодрствовании при наличии очевидцев, отсутствие травматизации в приступе, не эффективность АЭП терапии может быть проявлением конверсионного приступа

3. Тщательно собранный анамнез, умение специалиста объективно оценивать полученную от пациента и его родственников информацию о характере пароксизма, позволяет провести более точную дифференциальную диагностику и уменьшить риски постановки не правильного диагноза.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РИСКА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ФУНГИЦИДА АГРИСЕЙФ, ВК В АГРОПРОМЫШЛЕННОМ КОМПЛЕКСЕ

М.М. Васильева, А.А. Попель – младшие научные сотрудники *88*

Республиканское унитарное предприятие

«Научно-практический центр гигиены», г. Минск, Республика Беларусь

Научный руководитель – к.м.н. Е. С. Юркевич

Актуальность. Увеличение ассортимента используемых в сельскохозяйственном производстве средств защиты растений, наименее опасных для здоровья человека и окружающей среды, всегда является актуальным, причем, особенно важным для сельхозпроизводителей имеет место не только минимизация негативного влияния на здоровье населения и объекты среды обитания, но и снижение связанного с ними экономического ущерба, что позволяет производить экологически безопасные и экономически целесообразные пищевые продукты.

Для предупреждения неблагоприятных последствий при обращении нового вида средства защиты растений необходимо проводить исследования на теплокровных животных с целью выявления токсикологических свойств и токсикометрических параметров, а также гигиенические исследования по изучению влияния на работающих при применении с разработкой мер по безопасному обращению.

Токсиколого-гигиеническое изучение нового препарата – фунгицида Агрисейф, ВК (действующее вещество Пропамокарб гидрохлорид, 722 г/л) с целью последующего применения в агропромышленном комплексе позволит увеличить ассортимент используемых препаратов и урожайность сельскохозяйственных культур.

Цель исследования. Оценить комплексный риск воздействия на работающих фунгицида Агрисейф, ВК (д.в. Пропамокарб гидрохлорид, 722 г/л) для научного обоснования безопасного применения в агропромышленном комплексе.

Материалы и методы исследования. Объект исследований – фунгицид Агрисейф, ВК. Предмет исследований – пероральная токсичность; раздражающее действие на кожу и слизистые; массовые концентрации и количества Пропамокарб гидрохлорида в объектах производственной и окружающей среды, на кожных покровах и спецодежде; условия выполнения защиты культуры и возделывания обработанных площадей, характеризующие интенсивность, пути и длительность воздействия на работающих.

В работе использовали санитарно-гигиенические и токсикологические методы исследований в соответствии с действующими техническими нормативными правовыми актами. Статистическую обработку результатов проводили с использованием программных

продуктов MSExcelXP и Statistica 6.0.

Результаты исследования. Изучение острой токсичности при внутрижелудочном введении проводили согласно Инструкции 1.1.11-12-35-2004 (глава 4) со следующими дозами препарата: 2500, 3160 и 3980 мг/кг. Каждую дозу испытывали на половозрелых белых крысах (самцы), массой 180-220 г, по 6 животных в группе, с последующим наблюдением в течение 14 суток. Учитывали характер симптомов интоксикации, поведение и гибель животных. В клинической картине острой интоксикации первоначально отмечается двигательное возбуждение, в последующем – угнетение двигательной активности, гиперсаливация, одышка, тремор скелетных мышц, атаксия, тонические или клонико-тонические судороги, парезы; у выживших животных состояние нормализуется и приходит к физиологической норме спустя 12-24 часов после введения. При макроскопическом патоморфологическом исследовании – отек легких, кровоизлияния и некрозы в паренхиматозных органах, кровоизлияния эпи- и эндокард, серозный экссудат в окружающих крупные кровеносные сосуды тканях, уплотнение селезенки.

Раздражающее действие на слизистые оболочки глаз изучали при однократном воздействии согласно Инструкции 1.1.11-12-35-2004 (глава 5). Образец в нативном виде в количестве 50–100 мкл вносили в нижний конъюктивальный свод правого глаза кроликов, левый глаз при этом служил в качестве контрольного, в который закапывали 1-2 капли дистиллированной воды. Исследуемый препарат после инстилляции вызывает слезотечение, проходящее после промывания водой по окончании экспозиции на следующие сутки, полное видимое восстановление слизистой наблюдается в течение 2-3 суток после инстилляции.

Исследование местно-раздражающих свойств проводили при однократном воздействии на неповрежденные кожные покровы согласно Инструкции 1.1.11-12-35-2004 (глава 6). Изучаемый образец в нативном виде наносили на лишенную шерстного покрова кожу спины белых крыс со стоны правого бока, площадью 4×4 см (левый бок служил контролем). В клинической картине острого раздражения – гиперемия, отек, проходящие через 1–3 суток после прекращения воздействия.

Гигиеническую оценку условий труда при применении фунгицида проводили в теплице при ранцевом опрыскивании огурцов сорта Кураж с нормой расхода 0,1 л/ 100 л воды и расходом рабочей жидкости 100–200 мл/м^3, время работы – 40 минут, продолжительность рабочей смены – 6 часов, расход рабочего раствора препарата 200 л/га.

Учитывая, что в результате проведенных исследований выявлено незначительное загрязнения препаратом закрытых средствами индивидуальной защиты (кисть правой и левой руки, левое предплечье) участков тела работающих, для остальных выбранных участков средняя дермальная нагрузка (концентрация) рассчитана с учетом ½ предела обнаружения для проб со значением «не обнаружено» и составила 0,125 мг/м^2; для оператора-заправщика и для

оператора опрыскивателя; у работающих не возникало ухудшения самочувствия или раздражения кожи и слизистых оболочек глаз; жалобы на ухудшение самочувствия после работы отсутствовали.

Гигиеническую оценку степени риска для лиц, контактирующих с препаратом в ходе обработки посевов кукурузы с нормой расхода 2,0 л/га, проводили в соответствии с Методическими рекомендациями № 2001/73 «Метод оценки риска воздействия пестицидов на работающих» и Методическими рекомендациями № 2001/26 «Гигиеническая классификация пестицидов по степени опасности». Величины суммарного риска для оператора опрыскивателя и оператора-заправщика при накожном и ингаляционном воздействии фунгицида при выполнении производственных операций по обработке посадок огурца в теплицах с нормой расхода 0,1 л/ 100 л воды составили 0,039 и 0,053 соответственно (Нормативное значение величины суммарного риска, $КБ_{сумм} < 1$).

Выводы.

1. По параметрам острой внутрижелудочной токсичности препаративную форму фунгицида Агрисейв, ВК следует охарактеризовать как вещество умеренно опасное (III класс опасности по ГОСТ 12.1.007-76).

2. В условиях однократного воздействия на слизистые оболочки глаз препаративная форма фунгицида Агрисейв, ВК обладает слабым раздражающим действием на слизистые оболочки со средним суммарным баллом выраженности ирритативного действия – 3,0 (3 класс (подкласс 3В), слабое раздражающее действие).

3. При однократном воздействии на выстриженные участки кожи спины белых крыс препаративная форма фунгицида Агрисейв, ВК обладает слабым раздражающим действием на кожные покровы со средним суммарным баллом выраженности отека и эритемы – 2,0 (3 класс (подкласс 3В), слабое раздражающее действие).

4. Рассчитанный риск комплексного (ингаляционного и дермального) воздействия фунгицида Агрисейв, ВК для работающих (оператор-заправщик, оператор опрыскиватель) при применении на различных культурах в агропромышленном комплексе не превышает допустимого (составляет менее 1).

Таким образом, полученные в экспериментах на лабораторных животных токсические эффекты изучаемого пестицида и рассчитанный риск комплексного (ингаляционного и дермального) воздействия при применении в натурных условиях позволяют предупредить все возможные негативные воздействия для человека и среды обитания и учесть их при разработке тарной этикетки и инструкции по применению.

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОЦЕНКИ РИСКА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ИНСЕКТИЦИДА-АКАРИЦИДА БИОМАЙТ, ВС

В.И. Иода – ведущий лаборант, М.М. Васильева – младший научный сотрудник *83*

Республиканское унитарное предприятие

«Научно-практический центр гигиены», г. Минск, Республика Беларусь

Научный руководитель – к.м.н. Е.С. Юркевич

Актуальность. В ходе селекционного процесса, направленного в первую очередь на повышение продуктивности культурных растений, редуцировалась устойчивость культур ко многим вредителям, болезням и сорным растениям, что является одной из причин снижения урожайности. Для решения данной проблемы необходимым видится применение новых препаративных форм и расширение ассортимента применяемых в агропромышленном комплексе средств защиты растений.

Особенно важным является возможность предложить сельхозпроизводителям такие инсектоакарициды, которые позволят минимизировать негативное влияние на здоровье населения, окружающую среду и связанный с ними экономический ущерб, и послужат основой для производства экологически безопасных и экономически целесообразных пищевых продуктов.

Цель исследования. Провести гигиеническую оценку риска инсектицида-акарицида Биомайт ВС (д.в. Бифеназат, 240 г/л) для работающих занятых при его применении.

Материалы и методы исследования. В работе использовались санитарно-химические, гигиенические и токсикологические методы исследований в соответствии с действующими техническими нормативными правовыми актами и руководствами. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программных продуктов MSExcelXP и Statistica 6.0.

Результаты исследования. Изучение острой токсичности проводили согласно Инструкции 1.1.11-12-35-2004 (глава 4) со следующими дозами препарата: 2500, 3160 и 3980 мг/кг. Каждую дозу испытывали на 6 животных (половозрелые белые крыс (самцы), массой 180-220 г) при интрагастральном введении при помощи иглы-зонда с последующим наблюдением в течение 14 суток, учитывали характер симптомов интоксикации, поведение и гибель животных. Среднесмертельная доза ($ЛД_{50}$), рассчитанная по методу Литчфилда-Вилкоксона (Беленький М.Л., 1963) с использованием компьютерной программы RTGIC «Toxi» (Copyright, 1995), составляет 5280 (4950 ÷ 5490) мг/кг.

Раздражающее действие на слизистые оболочки глаз при однократном воздействии изучали согласно Инструкции 1.1.11-12-35-2004 (глава 5). Препаративную форму инсектицида-акарицида Биомайт, ВС вносили в количестве 50-100 мкл в нативном виде в нижний конъюнктивальный свод правого глаза кроликов, левый глаз при этом служил в качестве

контрольного, в который вносили 1-2 капли дистиллированной воды. Исследуемый препарат после инстилляции вызывает слезотечение, проходящее после промывания водой по окончании экспозиции на следующие сутки, полное видимое восстановление слизистой наблюдали на 2-3 сутки после инстилляции.

Исследование местно-раздражающих свойств изучали при однократном воздействии на неповрежденные кожные покровы (Инструкция 1.1.11-12-35-2004, глава 6). Изучаемый препарат в нативном виде наносили на 4 часа на лишенную шерстного покрова кожу спины белых крыс со стоны правого бока, площадью 4×4 см (левый бок служил контролем), в дозе 20 мг/см^2. По окончании опыта видимых признаков раздражения кожных покровов не отмечено.

Гигиеническую оценку условий труда при применении инсектицида-акарицида Биомайт, ВС проводили в теплице при ранцевом опрыскивании огурцов сорта Кураж с нормой расхода 0,1 л/ 100 л воды и расходом рабочей жидкости 100-200 мл/м^3, длительность работы – 40 минут, продолжительность рабочей смены – 6 часов, расход рабочего раствора препарата 200 л/га.

В результате проведенных исследований выявлено незначительное загрязнения препаратом закрытых средствами индивидуальной защиты (кисть правой и левой руки, левое предплечье) участков тела работающих, для остальных выбранных участков средняя дермальная нагрузка (концентрация) рассчитана с учетом ½ предела обнаружения для проб со значением «не обнаружено» и составила 0,112 мг/м^2; для оператора-заправщика и для оператора опрыскивателя; у работающих не возникало ухудшения самочувствия или раздражения кожи и слизистых оболочек глаз; жалобы на ухудшение самочувствия после работы отсутствовали.

Также проводили оценку степени риска для лиц, контактирующих с инсектицидом-акарицидом Биомайт, ВС в ходе обработки посевов кукурузы с нормой расхода 2,0 л/га (Методические рекомендации № 2001/73 «Метод оценки риска воздействия пестицидов на работающих» и Методическими рекомендациями № 2001/26 «Гигиеническая классификация пестицидов по степени опасности»).

Риск неблагоприятного воздействия вещества при попадании на коже определяли путем сравнения фактической кожной экспозиции (Дф, мг/см^2), рассчитанной на основании полученных данных, с ориентировочно допустимым уровнем загрязнения кожных покровов (ОДУз.к.п., мг/см^2). Величины суммарного риска для оператора опрыскивателя и оператора-заправщика при накожном и ингаляционном воздействии препарата при выполнении производственных операций по обработке посадок огурца в теплицах с нормой расхода 0,1 л/ 100 л воды составили 0,112 и 0,098, а для производственных операций по обработке посевов кукурузы с нормой расхода 2,0 л/га – 0,047 и 0,032 соответственно (Нормативное значение величины суммарного риска, $КБ_{сумм} < 1$).

Выводы.

1. По параметрам острой внутрижелудочной токсичности препаративную форму инсектицида-акарицида Биомайт, ВС (д.в. Бифеназат, 240 г/л) следует охарактеризовать как малоопасное химическое соединение (IV класс опасности по ГОСТ 12. 1. 007 – 76).

2. В условиях однократного воздействия на слизистые оболочки глаз изученный образец инсектицида-акарицида Биомайт, ВС (д.в. Бифеназат, 240 г/л) обладает слабым раздражающим действием со средним суммарным баллом выраженности ирритативного действия - 3,0 (3 класс (подкласс 3В), слабое раздражающее действие).

3. При однократном нанесении на выстриженные участки кожи спины белых крыс инсектицида-акарицида Биомайт, ВС (д.в. Бифеназат, 240 г/л) не обладает раздражающим действием на кожные покровы со средним суммарным баллом выраженности отека и эритемы – 0,5 (4 класс, отсутствие раздражающего действия).

4. Рассчитанный риск комплексного (ингаляционного и дермального) воздействия инсектицида-акарицида Биомайт, ВС (д.в. Бифеназат, 240 г/л) для работающих (оператор-заправщик, оператор опрыскиватель) при применении в агропромышленном комплексе (на закрытом и открытом грунте) не превышает допустимого (≤ 1).

Следовательно, полученные в результате экспериментальных исследований на лабораторных животных токсические эффекты изучаемого средства защиты растений и рассчитанный риск комплексного (ингаляционного и дермального) воздействия при применении в натурных условиях (на закрытом и открытом грунте) позволяют предупредить возможные негативные воздействия инсектицидов-акарицидов для человека и среды обитания, чтобы учесть их при разработке тарной этикетки, инструкции по применению и выборе средств индивидуальной защиты.

ГЕНДЕРНАЯ И ВОЗРАСТНАЯ СТРУКТУРА ГОСПИТАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В ОТДЕЛЕНИЯХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С УЧЕТОМ МАССЫ ТЕЛА

Б. М. Айсаева[1] - клинический ординатор, М. Г. Атаев[2]

[1]Кафедра акушерства и гинекологии ФПК ППС и [2]научно-исследовательский институт экологической медицины ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия

Введение. Согласно данным Worldhealthreport 2000 и Globalburdendisease (GBD) project, заболевания почек и мочевыводящих путей ежегодно приводят к смерти примерно 850 тыс. человек. Они занимают 12-е место как причина смерти и 17-е как причина стойкой утраты трудоспособности [3].

Сердечно-сосудистые заболевания(ССЗ), несмотря на современные технологии диагностики и лечения, продолжают лидировать среди причин заболеваемости, инвалидизации и смертности [4].

Ухудшение в последнее десятилетие состояния здоровья популяции человека особенно проявляется в увеличении заболеваемости населения, где лидирующее место по своей распространенности занимают заболевания дыхательной системы [1, 2,5].

Цель: изучение распространения различных заболеваний в зависимости от пола, возраста и индекса массы тела (ИМТ).

Материал и методы. Были обработаны истории болезни 102 больных отделений терапии и кардиологии Государственного Бюджетного Учреждения Республики Дагестан «Городская клиническая больница № 1» г. Махачкалы. Возраст больных колебался от 15 до 80 лет.

При обработке историй болезни учитывали следующие разделы: паспортная часть, жалобы, анамнез заболевания, анамнез жизни, данные общего осмотра, данные лабораторно-инструментальных методов исследования и клинический диагноз (табл. 1).

Таблица 1. Распределение больных по полу и диагнозам.

Заболевания	Женщины	Мужчины	Всего
Болезни мочевыделительной системы	13	3	16
Болезни органов пищеварения	12	11	23
Болезни органов дыхания	16	24	40
Болезни системы кровообращения	11	21	32

Результаты исследования. Из таблицы 2 видно, что по заболеваниям почек преобладают женщины в 4,3 раза. Заболевания ЖКТ практически одинаково распространено у обоих полов. Мужчины чаще болеют сердечно-сосудистыми и легочными заболеваниями.

Таблица 2. Распределение заболеваний в зависимости от пола (%)

Группы болезней	Женщины	Мужчины	Всего
Болезни мочевыделительной системы	81,3	18,8	100,0
Болезни органов пищеварения	52,2	47,8	100,0
Болезни органов дыхания	40,0	60,0	100,0
Болезни системы кровообращения	34,4	65,6	100,0

В возрасте от 45-59 и 60-80 лет люди болеют чаще остальных возрастных групп ССЗ. В 60-80 лет наблюдается преобладание всех заболеваний. Также отмечается два пика заболеваний почек в 15-29 и 60-80 лет с преобладанием в молодом возрасте (табл. 3).

Таблица 3.Частота заболеваний в разных возрастных группах (%)

Группы болезней	Возраст, лет				Всего
	15-29	30-44	45-59	60-80	
Болезни мочевыделительной системы	37,5	12,5	18,8	31,3	100,0
Болезни органов	21,7	21,7	30,4	26,1	100,0

пищеварения					
Болезни органов дыхания	22,5	15,0	25,0	37,5	100,0
Болезни системы кровообращения	0,0	3,1	53,1	43,8	100,0

Больше всего заболеваний наблюдается у людей с нормальной массой тела. Заболевания почек чаще встречаются у людей с нормальным и избыточным ИМТ, ССЗ – при избыточном ИМТ и ожирении 1 степени. Преобладание заболеваний у людей с нормальным ИМТ связано, скорее всего, с большей распространенностью их в популяции и возрастом больных обращающихся в больницы за медицинской помощью (табл. 4).

Таблица 4. Соотношение ИМТ и заболеваний

Группа болезней	ИМТ, кг/м^2						Всего
	14-18,5	19-24,9	25-29,9	30-34,9	35-39,9	40+	
Болезни мочевыделительной системы	0,0	37,5	37,5	6,3	0,0	6,3	100,0
Болезни органов пищеварения	4,3	47,8	21,7	0,0	8,7	8,7	100,0
Болезни органов дыхания	5,0	35,0	22,5	15,0	7,5	2,5	100,0
Болезни системы кровообращения	0,0	12,5	34,4	18,8	6,3	3,1	100,0

Выводы

1. Наблюдается два пика заболеваемости почек в молодом и старческом возрастах, что может быть связано с образом жизни молодых людей и изменением анатомического строения стареющего организма.
2. Выявлена связь возникновения различных заболеваний в зависимости от пола, возраста
3. Наблюдается увеличение частоты заболеваний почек и ССЗ при избыточной массе тела, почек, органов дыхания и пищеварения – при нормальном ИМТ.

Список литературы

1. Вершинин Э.Н., Вербицкая Г. Н., Кику П.Ф.Распространение болезней органов дыхания населения приморского края.URL: http://cyberleninka.ru/article/n/rasprostranenie-bolezney-organov-dyhaniya-naseleniya-primorskogo-kraya#ixzz4gJHXXSlz (дата обращения 5/05/2017).

2. Лученко М.Т. Состояние здоровья населения Дальневосточного региона и факторы, его определяющие // Бюл. физиологии и патологии дыхания.1998, Вып. 1.-С.4-14.

3. Оленко Е.С., Кодочигова А.И., Киричук В.Ф. Факторы рискаразвитияхронической болезни почек. URL: http://cyberleninka.ru/article/n/faktory-riska-razvitiya-hronicheskoy-bolezni-

pochek(дата обращения 5.05.2017).

4. Солошенкова О.О., Орлова Н. В., Чукаева И.И. Дислипидемии в клинической практике. Часть 1. URL: http://cyberleninka.ru/article/n/dislipidemii-v-klinicheskoy-praktike-chast-1(дата обращения 5.05.2017).

5. ЧучалинА.Г. Пульмонология в России и пути ее развития // Пульмонология.-1999, №1.-С.6.-22.

УРОЛОГИЯ

ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВА СТРИКТУРЫ УРЕТРЫ

М.Г.Османов, Г.Д. Гаджиев – молодые ученые,
Х.М. Мухумаева – студентка 528 группы лечебного факультета *92*
Кафедра урологии
ФГБОУ ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия
Научный руководитель - д.м.н. К.М. Арбулиев

Актуальность. Тактика лечения пациентов со стриктурами уретры – один из спорных и неоднозначных вопросов современной урологии. Актуальность проблемы обусловлена наличием двух принципиально разных подходов к лечению данного заболевания. Первый подход предполагает проведение эндоскопических операций для коррекции стриктур уретры, второй – выполнение различных пластических операций на уретре. Предложены варианты противорецидивной терапии препаратами различных групп. Расхождения обусловлены как более высокой частотой рецидива после проведения эндоскопического лечения по сравнению с уретропластикой, так и возможными осложнениями и недостатками уретропластики как более травматичного вмешательства. Тем не менее, в большинстве случаев первичным методом лечения при коротких стриктурах уретры является внутренняя оптическая уретротомия. По данным литературы и, исходя из собственного опыта лечения пациентов со стриктурами уретры, эндоскопические методы более эффективны при наличии стриктур различных отделов мочеиспускательного канала протяженностью не более 1-го см. Таким образом, в настоящее время стандарты лечения больных со стриктурами уретры являются предметом дискуссий.

Цель исследования - изучение воздействия препарата «Митомицин» на экспериментальный рубцовый процесс в уретре лабораторных животных и его возможностей в процессе метафилактики стриктур уретры после их эндоскопического рассечения.

Материал и методы исследования. Для тщательного изучения влияния препарата «Митомицин» на рубцовый процесс нами проведено экспериментальное исследование с моделированием травматического повреждения уретры и применением «Митомицина» для профилактики рубцового перерождения эпителия слизистой оболочки в процессе восстановления уретры. Экспериментальное исследование проводилось с разрешения этического комитета и на базе кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, в условиях кафедральной операционной. В период с ноября 2014 по май 2015 года был проведен эксперимент на 32 кроликах - самцах породы Шиншилла, весом от 1500 до 2000 грамм, среди которых было выделено 4 группы (табл.1):

Таблица 1

Общая характеристика экспериментального исследования

Количество животных	Характеристика проведенных вмешательств по группам
I группа	Оперированные животные (травматическое повреждение уретры)
II группа	Оперированные животные (травма уретры + введение раствора препарата в день операции)
III группа	Оперированные животные (травма уретры + введение раствора препарата в день операции и через 5-7 суток)
IV группа	Интактный контроль

Животным I-III групп под внутримышечно введенным препаратом «Золетил» (50 мг действующего вещества), проводилась обработка операционного поля. Обнажался половой член, в просвет уретры, по нижней поверхности, вводилась бранша зубчатого хирургического зажима, воздействием которой осуществлялось травматическое повреждение слизистой оболочки уретры, вторая бранша осуществляла сдавление тканей полового члена снаружи. Зажим с помощью фиксаторов смыкался, сдавление осуществлялось в течение 3-5 минут, до появления следов кровоизлияний в тканях полового члена. У животных II и III групп, помимо травматического воздействия, в стенку уретры инъекционно вводился 0,1 мл раствор препарата «Митомицин» (40 мг вещества + 40 мл 0,9 % раствора хлорида натрия): во II–ой группе – только в день операции, в III-ей группе – в день операции и на 5-е сутки после операции. Повторное введение препарата осуществлялось также под анестезией. В среднем, через 20 суток после введения препарата «Митомицин», животные всех групп умерщвлялись введением в летальной дозе анестетика Золетил 50 (до 5,0 мл в/м). Производился забор биологического материала для морфологического исследования. Срезы окрашивались гематоксилин-эозином и изучались с помощью электронного микроскопа подключенного к персональному компьютеру, при увеличении х100 и х200 с фотофиксацией. Микроскопическое исследование срезов уретры выявило, что механическая травма на клеточном уровне выражается дефектом покровного многослойного плоского эпителия, гиперемией капилляров, отеком собственного слоя и умерено выраженной воспалительной инфильтрацией с примесью нейтрофилов. У животных опытной серии с травмой мочеиспускательного канала и 2-х кратным введением в стенку уретры митомицина наблюдались морфологические признаки более активной регенерации эпителия слизистой оболочки, затихания воспалительной реакции со слабо выраженной очаговой лимфоцитарной инфильтрацией и ангиогенезом, без признаков фибропластической трансформации и стенозирования просвета.

Следующим этапом нашего исследования стало практическое применение препарата «Митомицин» в процессе эндоскопического лечения непротяженных стриктур уретры. С

января 2013 г. по декабрь 2016 г. на базе Республиканского Урологического Центра 25 пациентам проведено эндоскопическое лечение непротяженных (до 1 см) стриктур различных отделов уретры. Все пациенты прошли комплексное клинико-лабораторное обследование, включающее восходящую уретрографию и урофлоуметрию. В соответствии с планом исследования пациенты были разделены на две группы: основную (n = 10) и группу сравнения (n = 15). Всем пациентам была проведена внутренняя оптическая уретротомия по принятой в клинике методике. Пациентам основной группы сразу после оптической уретротомии «холодным» ножом строго на 12 часах условного циферблата, интраоперационно, в область рассечения стриктуры, на 10 и 14 часах условного циферблата, эндоскопическим инъектором вводился раствор препарата «Митомицин» (40 мг вещества + 40 мл 0,9 % раствора хлорида натрия)из расчета 1 мл раствора на 0,5 см длины стриктуры. Длина стриктуры оценивалась с помощью мочеточникового катетера. После завершения введения препарата мочевой пузырь дренировался силиконовым уретральным катетером № 16-18F на 10–14 дней. В группе сравнения препарат не вводился. Контрольное обследование (оценка жалоб по шкале IPSS, ультразвуковое исследование для оценки объема остаточной мочи, урофлоуметрия, уретроцистоскопия при подозрении на рецидив) осуществлялось через один, три и шесть месяцев после операции. Статистический анализ был проведен с использованием программы Statistica 6.0, статистическую обработку проводили критерием Стьюдента.

Результаты исследования. Через шесть месяцев после уретротомии проведена оценка эффективности эндоскопического лечения стриктур уретры. В основной группе рецидив наблюдался в одном (10%) случаев из 10, в группе сравнения – в двух (13%) случаях из 15. Оценка межгрупповых различий подтвердила, что подслизистое введение препарата «Митомицин» ($p < 0,05$) снижает вероятность наступления рецидива в два раза при эндоскопической коррекции непротяженных (менее 1 см) стриктур уретры. Применение препарата уменьшило частоту рецидива стриктур с 15,5 до 11,5% у данной категории больных.

Выводы

Применение препарата «Митомицин» показало свою эффективность в процессе экспериментального исследования и подтвердило его на практике, при этом не отмечалось побочных эффектов, как местного, так и системного характера. На основании проведенного исследования можно сделать вывод о хорошем соотношении эффективности и безопасности препарата в профилактике рецидива стриктур уретры после их эндоскопического лечения, что позволяет применять его в клинической практике.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ОСМОТРЫ ШКОЛЬНИКОВ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ АНОМАЛИЙ И ЗАБОЛЕВАНИЙ МУЖСКИХ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

М.О. Азизов – аспирант, С.С. Маллеев - клинический ординатор,
З.А. Гасанова - студентка 609 группы лечебного факультета74
Кафедра урологии
ФГБОУ ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия
Научный руководитель - к.м.н., доц. Н.М. Гусниев

Актуальность. Учитывая распространение мужского фактора бесплодия, приводящее к демографическому кризису в стране, необходимо раннее выявление и лечение патологий, которые в дальнейшем могут стать причиной мужского бесплодия.

Цель: выявление аномалий и заболеваний мужских наружных половых органов путем профилактических осмотров с целью определения наиболее распространенных патологий для дальнейшего лечения и диспансерного наблюдения.

Материалы и методы исследования. Эпидемиологические исследования частоты аномалий и заболеваний мужских половых органов в республике Дагестан практически никогда не проводились. После принятия программы «Мужское здоровье» МЗ РД под кураторством НИИ урологии МЗ РФ и его директором проф. О.И. Аполихиным, главным врачом РУЦ Гаджиевым Д.П. и его сотрудниками проведены профилактические осмотры мальчиков с целью выявления андрологической патологии.

Данные литературы о частоте заболеваний и пороков развития наружных половых органов у мальчиков немногочисленны и касаются, в основном, наиболее тяжелых аномалий. Частота крипторхизма у подростков колеблется от 1 до 5%, варикоцеле - 10-15%, фимоза - 2-3% (Лопаткин Н.А., 2013., Щилла В. И соавт., 2011; Тиктинский О.Л. и соавт. 2010).

Учитывая низкую обращаемость к урологам подростков с заболеваниями и аномалиями наружных половых органов, мы провели массовые профилактические осмотры школьников 1 – 11 классов.

Результаты исследования. Нами осмотрено 3783 мальчика в возрасте от 7 до 17 лет, при этом у 601 (6,1%) обнаружены заболевания и пороки развития наружных половых органов (см. таблицу №1).

Таблица №1

Частота выявлений и структура заболеваний и пороков развития наружных половых органов у мальчиков 7-17 лет.

Htf Аномалии и заболевание	Количество
Крипторхизм	63
Варикоцеле	381

Гидроцеле	84
Гипоплазия яичек и гипогонадизм	37
Паховая грыжа	10
Фимоз	46
Гипосподия головки полового члена	666

Тяжелые формы гипо- и эписподии не наблюдались. Если в возрасте 7-10 лет у 44 школьников был выявлен фимоз, то у подростков 10-17 лет почти всем мальчикам была сделана циркумцизия. Интересно, что с увеличением возраста наблюдалось и увеличение количества мальчиков с варикоцеле. Причем у 19 из них были рецидивы после операции. Нарастание варикоцеле, гидроцеле, паховых грыж можно связать с активным занятием спортом подростков. Следовательно, с увеличением возраста частота андрологической патологии у мальчиков повышается. Таким образом, аномалии и заболевания мужских наружных половых органов нами выявлены у 6,1% школьников. Если сравнивать наши данные с исследованиями Л.П. Агулянского, проведенные 35 года назад, отмечается увеличение количества мальчиков с аномалиями и заболеваниями половой системы. Эти данные настораживают и лишний раз убеждают нас в продолжении работы по активному раннему выявлению андрологической патологии для предупреждения мужского бесплодия.

Выводы: Следовательно, с увеличением возраста частота андрологической патологии у мальчиков повышается. Таким образом, аномалии и заболевания мужских наружных половых органов нами выявлены у 6,1% школьников. Если сравнивать наши данные с исследованиями Л.П. Агулянского проведенные 35 года назад, отмечается увеличение количества мальчиков с аномалиями и заболеваниями половой системы. Эти данные настораживают и лишний раз убеждают нас в продолжении работы по активному раннему выявлению андрологической патологии для предупреждения мужского бесплодия.

20 – ЛЕТНИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ УРОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ (ПО ДАННЫМ РУСПУБЛИКАНСКОГО УРОЛОГИЧСКОГО ЦЕНТРА)

М.Г. Арбулиев, Д.П. Гаджиев, Н.М. Гусниев, К.М. Арбулиев, А.Г. Гамзатов, С.С. Маллеев - клинический ординатор, С.Х. Михайлов[94]

Кафедра урологии

ФГБОУ ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия

С появлением первых письменных источников проблемы урологии и гинекологии рассматривались вместе. Так, в папирусах Кахуна, датируемых 2000 годом до нашей эры, наряду с болезнями женских половых органов, обсуждались заболевания мочевого пузыря.

При рентгенологическом исследовании у мумии одной их шести женщин при дворе фараона Менухотена (это примерно 2050 год до нашей эры) был обнаружен обширный мочеполовой свищ. В «Каноне врачебной науки» - энциклопедии средневековой медицины (это примерно 1000 год нашей эры) Абу Али Ибн-Сина (Авиценна) указывает основные приемы обследования и лечения урогинекологических больных.

В становлении урогинекологии видную роль сыграли многие представители отечественной и зарубежной науки. Совершенно особое место занимают Дмитрий Оскарович Отт и Дмитрий Вавильевич Кан. Последний написал «Руководство по акушерской и гинекологической урологии», являющееся настольной книгой урологов и акушер - гинекологов. В последние десятилетия эту проблему успешно развивают ученики Дмитрия Вавильевича Кана - член-корреспондент Российской академии медицинских наук, профессор Олег Борисович Лоран и профессор Дмитрий Юрьевич Пушкарь.

Развитию урогинекологии в Дагестане способствовало создание Республиканского урологического центра. Начали выполняться многие урогинекологические операции по поводу мочеполовых свищей, недержания мочи, иссечения парауретральных кист, уретероцистоанастомоз, операция Боари. С приобретением современной эндоскопической техники стали шире применять эндовезикальные операции и стентирование мочеточников.

В 1993 г, впервые в республике, кафедра урологии Дагмединститута приобрела и внедрила в клиническую практику урофлоуметрию.

За последние 20 лет мы наблюдали 768 женщин с пиелонефритом беременных, 65 с мочеполовыми свищами, 121 с недержанием мочи и 85 с парауретральными кистами.

По данным эпидемиологических исследований, гестационный пиелонефрит осложняет течение беременности у 8-12% женщин. За период с 1993г. по 2013годы наблюдали 768 женщин с гестационным пиелонефритом в возрасте от 17 до 48 лет. При обращении пациентки предъявляли жалобы на лихорадку с ознобом, боль в поясничной области, присутствовали признаки интоксикации. В лабораторных анализах - лейкоцитоз, лейкоцитурия и бактериурия. Микробиологическое исследование позволило установить, что этиологическим фактором гестационого пиелонефрита наиболее часто служили: E.Coli 65%, реже protens vulgaris 13%, klebsiella spp 7%, Staphylococcus -11%. В 4% наблюдений зарегистрирована ассоциация E.Coli и staphylococcus aureus.

При УЗИ у 704 (90%) женщин выявлена дилатация чашечно-лоханочной системы. В последнее время для диагностики гнойных форм пиелонефрита применяем ультразвуковую допплерографию почек и реже магнитно - резонансную томографию.

Первым этапом лечения было восстановление оттока мочи из пораженной почки. Если раньше мы применяли для этого мочеточниковые катетеры, то в последние 5 лет активно проводим стентирование мочеточников.

В 6 наблюдениях выполнена открытая нефростомия, вскрытие абсцесса и декапсуляция почки. Одной пациентке проведена пункционная нефростомия под ультразвуковым наведением.

В ходе антибактериальной терапии применяли: ампициллин, оксацилин, оксамп, нацеф, цефабол, амоксиклав, вильпрафен, монурал, фурамаг.

Своевременное дренирование верхних мочевых путей и адекватная антибактериальная терапия позволили у 97 % (752 больных) женщин купировать атаку острого пиелонефрита, не прибегая к открытым оперативным вмешательствам.

Ведущей проблемой современной урологинекологии являются мочеполовые свищи:

За последние 20 лет мы наблюдали 65 женщин с мочеполовыми свищами: 49 пузырно - влагалищные, 14 мочеточниково - влагалищные и 2 с уретро - влагалищными свищами.

Основным симптомом мочеполовых фистул, независимо от их вида, является непроизвольное выделение мочи из влагалища.

Распознавание свищей в большинстве случаев не вызывает больших трудностей. Влагалищное исследование, введение металлических зондов, цистоскопия в большинстве случаев позволяют диагностировать фистулу.

Для выявления мочеточниково - влагалищных свищей применяют хромоцистоскопию, УЗИ, в/в урографию, катетеризацию мочеточников.

Пластику пузырно - влагалищных свищей выполняли чрезпузырным доступом, хотя у одной больной провели чрезбрюшинным методом. Среди 49 оперированных женщин у 43 (82%) удалось закрыть пузырно - влагалищный * свищ.

Более сложное лечение мочеточниково - влагалищных свищей: 12 женщинам выполнен уретероцистоанастомоз, двум операция Боари, а еще двум пришлось провести нефрэктомию.

Наблюдали 2-х больных с уретровлагалищными свищами. Одной фистулу удалось закрыть, а у другой образовался рецидив. Ее отправили на дальнейшее лечение в г. Москву.

Недержание мочи - это непроизвольное выделение мочи, не поддающееся волевому усилию. Из за постоянного ношения прокладок, неприятного запаха нарушается социальная адаптация пациенток и значительно ухудшается качество жизни. В мире более 20 млн. женщин страдают этим заболеванием. В России недержание мочи является причиной страдания 40% женщин в возрасте от 35 до 60 лет. Это больше, чем сахарный диабет, бронхиальная астма, эпилепсия, болезнь Паркинсона. Обращаются же за квалифицированной медицинской помощью лишь 4%. Столь малую частоту обращений к врачу можно объяснить деликатностью данного вопроса и не желанием обсуждать его в семье и даже в кабинет врача, что же нам говорить о нашей республике, где большинство женщин придерживается канонов ислама.

Только этим можно объяснить такое малое количество больных с недержанием мочи, которые находились в республиканском урологическом центре за последние 20лет. 121

женщине выполнено 105 операций: 88- операция Маршала - Марчетти- Крантца, 17 - Гебиль – Щтеккеля. 16 пациенткам проведена медикаментозная терапия с вагинальной и уретральной электростимуляцией и лазеротерапией на аппарате «Андрогин». Надо отметить, что наиболее современными и эффективными во всем мире считаются петлевые операции по типу ТУТ (свободная синтетическая петля)- эффективность которых достигает 90-96%.

Парауретральные шопы являются распространенным заболеванием и встречаются от 1 до 6 % случаев. За период 1993 по 2013гг в нашей клинике находилось 85 женщин. Возраст их составляет от 21 до 58 лет. Средняя продолжительность заболевания от 6 месяцев до 5 лет.

Основные жалобы: наличие пальпируемого парауретрального образования, дизурия, рецидивирующая инфекция нижних мочевых путей, выделение из уретры. План обследования женщин включал: 1) осмотр в гинекологическом кресле; 2) ультразвуковое исследование, включая трансвагинальное УЗИ; 3) уретро-цистоскопию; 4) микционная цистография или ретроградная уретрография.

Операция проводилась под наркозом в гинекологическом положении. В мочевой пузырь устанавливали катетер «Фолея№16» по Шарьеру. После предварительной гидропрепаровки передняя стенка влагалища вместе подлежащей лобково - шеечной фасцией рассекалась продольном направлении над кистой, а затем тупым и острым путем производится выделение образования вплоть до уретры. Ложе удаленной кисты ушивается кетгутовыми швами. Стенки влагалища ушиваются узловыми швами по Донати. Осложнения были у двух больных: у одной - недержание мочи, у другой развился уретровлагалищный свищ.

Подводя итоги можно сказать, что урогинекология в Дагестане является широко востребованной специальностью. Этому способствуют большое количество родов, увеличение числа акушерских и гинекологических операций.

Для улучшения результатов лечения женщин с недержанием мочи при напряжении считаем необходимым приобрести для республики современную уродинамическую аппаратуру и наборы для TVT операций.

РАННЯЯ ПРОФИЛАКТИКА РУБЦОВЫХ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ДГПЖ)

К.М. Арбулиев, Ю.Д. Магомедов, М.Г. Арбулиев, Г.Д. Гаджиев - молодой ученый *84*

Кафедра урологии

ФГБОУ ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия

Для эффективности лечения воспаления ложа после ТУР АПЖ, и профилактики уриногенного и резорбтивного распространения инфекции нами будет использован метод, который позволяет вводить медикаменты непосредственно к очагу воспаления. С этой целью

мы интраоперационно производим интубацию семявыпосящего протока для последующего введения по дренажам лекарственных препаратов в ложе аденомы 5-фторурацила.

Флюороурацил (Фторурацил) — противоопухолевый препарат из группы антиметаболитов, антагонистов пиримидинов.

Цель работы - улучшить результаты оперативного лечения больных с ДГПЖ путем уменьшения количества осложнений после ТУР АПЖ с помощью введения 5-фторурацила непосредственно в ложе аденомы.

Задачи исследования.

1.Разработать методику введения 5-фторурацила в ложу аденомы после ТУР.

2.Изучить влияние 5-фторурацила на сроки заживления раны, течении послеоперационного периода, уродинамику нижних мочевых путей и на качество жизни пациента.

Материалы и методы. Исследования основаны на результатах хирургического лечения 50 больных с ДГПЖ, находившихся на стационарном лечении в Республиканском Урологическом Центре Республики Дагестан за период с 2016 по 2017гг. Всем больным была произведена Тур-аденомы предстательной железы. И в зависимости от способа проведения послеоперационного лечения, больные были разделены на две группы – основную и контрольную. Возраст больных включенных в группы исследования составил от 50-75лет, в среднем 60+-7 лет. В основную группу вошли 30 пациентов. Им вместе с традиционным лечением, в послеоперационном периоде в ложе аденомы через канюлированный семявыносящий проток вводился: концентрированный раствор Фторурацила 2мл 500мг -7 дней на 0,9% физиологическом растворе 1 раз в день, и антибиотики цефалоспоринового ряда по 1г х 2 раза в день.

В контрольную группу вошли 20 больных, которые в послеоперационном периоде получали традиционное лечение. Контрольная группа пациентов была сопоставима с основной группой-возрастными параметрами, сопутствующей патологией, длительностью и стадиям заболевания. Продолжительность заболевания с момента проявления инфравезикальной обструкции варьировала от несколько месяцев до 15 лет. Всем больным в предоперационном периоде проводилось стандартное обследование: общеклинические и биохимические анализы; ректальный осмотр предстательной железы; экскреторная урография с микционной цистографией; УЗИ-предстательной железы с определением объема аденомы и количества остаточной мочи; анализ крови на простат-специфический антиген (ПСА); урофлоуметрия и др.

Результаты и обсуждение. Динамику воспалительного процесса оценивали в 1 .3 и 7 сутки послеоперационного периода по следующим критериям уровень средних молекул (СМП) и лейкоцитарный индекс интоксикации, (ЛИИ). Аденома простаты сопровождается

выраженными нарушениями микроциркуляци, с прогрессивным ухудшением реологических свойств крови, нарастанием синдрома эндогенной интоксикации.

Изучение уровня средних молекул в крови позволяет адекватно оценивать степень тяжести и контролировать течение инфекционно-воспалительного процесса, оценивать эффективность проводимой терапии. Изучая тяжесть интоксикации у больных с аденомой простаты до и после проведения ТУР, мы обнаружили наиболее выраженные изменения у больных основной группы, пациентов которым проводилась кануляция семявыносящего протока с введением препарата, степень интоксикации значительно ниже.

Как видно из лабораторных данных, у больных с аденомой простаты в процессе послеоперационного введения включением фторурацила для раневого диализа, отмечено снижение уровня СМП к 3-7 суткам соответственно на 47.9%, что значительно опережает показатели СМП у больных контрольной группы 34,9%. Аналогично меняется и ЛИИ. К 7 дню послеоперационного периода он составил 3,4+6,43у.е. ($p<0,05$), что значительно ниже чем в другой группе.

Таким образом, предложенный нами сравнительный анализ выявил благоприятное влияние 5-фторурацила как на течение раневого процесса, так и на снижение интоксикации. Для объективизации жалоб и общего состояния больных, нами использована Международная система суммарной оценки простатических симптомов (IPSS). Анкета заполнялась больными самостоятельно. По результатам анкетирования больные разделены на следующие группы:

0-7 баллов с легкой симптоматикой-3(6,2%);

8-19 баллов с умеренной симтоматикой-43(86,5%);

20-23 баллов с тяжелой симптоматикой-4(8,3%);

Для определения индекса оценки качества жизни (QOL=0-6 баллов) задавался только один вопрос. Ответ на него мог варьировать от «прекрасно» до «очень плохо».

Как видно из наших данных, средние показатели суммарного балла простатических симптомов (IPSS) и индекса качества жизни (QOL) в основной группе значительно лучше по сравнению с контрольной группой.

Урофлоуметрические данные в исследуемых группах до операции, после операции и через три месяца после выписки из стационара средние урофлоуметрические показатели в основной группе значительно превосходят таковых в контрольной группе. Сравнительные результаты исследования клеточного состава раневого отделяемого из ложа аденомы показывает, что заживление раны в основной группе происходить значительно быстрее, чем в контрольной группе, а также значительно реже отмечается расстройство мочеиспускания, обусловленное рубцовыми изменениями в простатическом отделе уретры. По данным авторов (1,5,6) стриктура заднего отдела уретры в отдаленном послеоперационном периоде наблюдалась у 5-10% больных (2,3,4). По нашему наблюдению, по данным

рентгенологического исследования, в отдаленном послеоперационном периоде стриктура заднего одела уретры развилась в основной группе у 2(6,6%) и в контрольной группе у 2(9,9%) больных.

Литература.

1. Н.Ф.Сергиенко, М.И. Васильченко, А.И. Бегаев и др. Отличительные особенности чреспузырной экстрауретральной аденомэктомии от трансуретральной резекции простаты при аденоме. Урология. 2010; 5: 29–35.

2. А.С.Ларионов, Н.Л.Мелканян, В.В. Евдокимов, Эпидемиологические аспекты аденомы предстательной железы: состояние и перспективы/Аденома предстательной железы, М., 1987. — С.5-11. 73.1987.

3. Н. Ф. Сергиенко, А. И. Бегаев, М. И. Васильченко, О. И. Братчиков Ошибки и осложнения трансуретральной резекции предстательной железы при аденоме. Бином, 2013. - С. 25-34.

4. А.С.Портной Хирургическое лечение аденомы и рака предстательной железы. Москва, Медицина, 1989. - С. 17-24.

5. Г.С. Перепанова, И.И. Деревянко, Ю.В. Кудрявцев и др. Достижения и перспективы развития отечественной урологии. Сборник научных трудов. - С. 100-107. 1999 г.

6. Н.А. Лопаткин, А.Г.Мартов, Б.Л.Гущин, А.К.Чепуров Руководство по трансуретральной эндоскопической электрохирургии доброкачественной гиперплазии простаты. «Триада - Х».- Москва, МОНОГРАФИЯ, с. 35-41.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И КАЧЕСТВА ПРОФИЛАКТИКИ ЙОДОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Э.Э. Велиева - студент 506 группы лечебного факультета,
Э.М. Джамолодинова - студентка 601 группы педиатрического факультета ***93***
Кафедра эндокринологии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - к.м.н., доц. Э.М. Солтаханов

Актуальность. Дефицит йода в природе и йододефицитные заболевания до сих пор продолжают оставаться одной из серьезнейших медико-социальных проблем на земном шаре в связи с высокой распространенностью и серьезными последствиями как в соматическом, так и в интеллектуальном аспекте. Тяжелые последствия дефицита йода проявляются на самых ранних этапах формирования человеческого организма, когда происходит закладка и формирование ЦНС, головного мозга плода. Известно, что эндокринная система матери оказывает существенное влияние на рост, развитие плода и ребенка после рождения.

Высокая распространенность тиреоидной патологии, тенденция к дальнейшему увеличению заболеваемости у женщин фертильного возраста, связанные с этим неблагоприятные исходы для самой женщины и ее потомства имеют большое медико-социальное значение. Вышеуказанное диктует необходимость повышения эффективности и качества диспансерного наблюдения женщин репродуктивного возраста.

Цель нашего исследования явилось оценка эффективности и качества диагностики и профилактики йододефицитных состояний и тиреопатий у женщин репродуктивного возраста.

Методы исследования. Исследование было проведено среди женщин репродуктивного возраста по результатам заполнения анонимной анкеты по специально разработанному опроснику. В опросе участвовало 225 человек в возрасте от 20 до 38 лет, отобранных методом случайной выборки. Статистическую обработку результатов проводили с использованием программы Microsoft Excel 2007.

Результаты исследования. По результатам анкетирования было выяснено, что у 63 женщин (28%) отмечались симптомы, которые могут быть отнесены к патологии щитовидной железы (чувство кома в горле, частая смена настроения, появление сонливости, медлительности, постоянная усталость, чувство мерзлоты, даже когда тепло, учащение пульса в состоянии покоя, отягощенный наследственный анамнез – родственники страдали болезнями щитовидной железы), что требует дополнительного обследования и консультации эндокринолога. Из 225 опрошенных лишь у 60 женщин (26,7%) проводился контроль размеров щитовидной железы по УЗИ и исследовался гормональный профиль в пубертатном возрасте. Для определения качества профилактики йододефицитных состояний во время беременности было выяснено, что из 132 женщин у 35 (26,5%) проводили исследование щитовидной железы

в период беременности. По данным опроса было выяснено, что среди женщин с патологией щитовидной железы (9,3%) имели отягощенный акушерский анамнез (преждевременные роды, переношенная беременность, прерывание беременности), что может быть результатом тиреопатий. На вопрос «Потребляете ли Вы в пищу йодированную соль?» лишь 114 женщин (50,6%) ответили, что используют в рационе йодированную соль. При этом часть опрошенных указали на недостаточную доступность йодированной соли.

Выводы. Наши результаты указывают на недостаточный охват женщин репродуктивного возраста в профилактике йододефицитных состояний и тиреоидной патологии. При достаточной информированности о проблеме йододефицита сохраняется недостаточное внимание со стороны медицинских работников к данной проблеме особенно в критические периоды жизни женщин репродуктивного возраста. Поэтому необходимо активизировать работу поликлиник и женских консультаций в профилактике и диагностики тиреопатий и йододефицитных состояний с обязательной оценкой тиреоидного профиля и размеров щитовидной железы в пубертатном периоде и во время беременности.

АНАЛИЗ ОБРАЩАЕМОСТИ ПО ПОВОДУ НИЗКОРОСЛОСТИ

З.Ш. Шапиева, Г.З. Ибрагимова – студентки 601 группы педиатрического факультета *93*

Кафедра эндокринологии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия

Научный руководитель – к.м.н. Э.М. Солтаханов

Актуальность. Рост ребенка является одним из основных индикаторов оценки здоровья. Низкорослость у детей – актуальная проблема в педиатрии и детской эндокринологии. Это обусловлено как высокой распространенностью данного состояния (3-5% от общей популяции), так и плохой медико-социальной адаптацией лиц, страдающих ею.

Своевременное обращение к врачам и обследование детей позволяет установить этиологию данной патологии и выбрать тактику лечения, что является актуальным в предотвращении проблем, связанных с влиянием низкорослости на психику детей.

Цель исследования. Анализ обращаемости по поводу низкорослости в отделении эндокринологии ГБУ РД «Детской республиканской клинической больницы им. Н.М. Кураева».

Изучение структуры низкорослости, обусловленной гипофизарным нанизмом и идиопатической низкорослостью.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ архивного материала в отделении эндокринологии ГБУ РД «Детской республиканской клинической больницы им.Н.М. Кураева» за 2015-2017г. Обработаны 363 карты стационарного больного. Из анализа исключены истории болезни пациентов с низкорослостью, обусловленной соматогенной причиной, первичным гипотиреозом. В обработке использовались карты пациентов с

идиопатической низкорослостью и гипофизарным нанизмом.

Результаты исследования. При анализе 363 случаев выявилось, что в 238 случаях низкорослость явилось идиопатической, в 125 – гипофизарным нанизмом.

Гендерное распределение было следующим: низкорослость в 245 случаях встречалась у мальчиков (68%), в 118 - у девочек; что вероятнее всего обусловлено более пристальным вниманием со стороны родителей к росту мальчиков, чей социально приемлемый рост выше. При этом частота встречаемости гипофизарного нанизма у мальчиков в 3 раза выше, чем у девочек (среди мальчиков 94 случая гипофизарного нанизма, среди девочек – 31).

При анализе возрастной структуры пациентов страдающих низкорослостью на долю детей пубертатного возраста (10-17 лет) приходилось 242 случая, на препубертатный период – 119. При этом диагностика гипофизарного нанизма приходилась в большей части пациентов на препубертатный период (до 10 лет).

Выводы:

1. Выявлены половые различия: у мальчиков низкорослость встречается в 2,1 раз чаще, чем у девочек.
2. Частота встречаемости идиопатической низкорослости в 2 раза выше, чем гипофизарного нанизма.
3. Выявлено, что низкорослость чаще диагностируется в пубертатном периоде (в 67% случаев).

ОНКОЛОГИЯ

МЕТОДЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЯДЕРНОЙ МЕДИЦИНЫ В ДИАГНОСТИКЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Ш.В. Ходисов - студент 3 курса *38*

Медицинский институт Чеченского государственного университета, г. Грозный, Россия

Актуальность. В настоящее время особую актуальность представляет изучение и развитее одного из самых инновационных направлений медицины - ядерная медицина, где при лечении и диагностике используются радиоактивные изотопы. По официальным данным, среди причин смерти россиян злокачественные новообразования занимают второе место после сердечнососудистых заболеваний. Согласно статистическим данным, например, совокупный показатель распространенности заболевания злокачественных опухолей составил 2 252,4 на 100 000 населения в 2015 г., в территориальных онкологических учреждениях России состояли на учете 3098855 больных [1, С. 28.].

Целью исследования является анализ современного развития ядерной медицины и использование ее потенциала, в частности, позитронно-эмиссионной и компьютерной томографии в диагностике и лечении онкологических заболеваний.

Материалы и методы исследования. Необходимо отметить, что история использования ядерной медицины началась со сцинтиграфии. Сегодня это исследование очень распространено, например, в США сцинтиграфию ежегодно проходят 15 миллионов человек, в Европе – 12 миллионов. [4, С. 36.]. Основная задача позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ) обнаружить опухоль или ее метастазы в тот момент, когда другие методы исследования их просто не заметят. Так, с его помощью можно увидеть новообразования размером 3–4 мм, при этом быть точно уверенным в злокачественной природе опухоли. Если при сцинтиграфии для каждого органа используют свой изотоп, для ПЭТ нужен один элемент – 2-дезокси-2-фторо-D-глюкозы (ФДГ). Он имеет свойство накапливаться в злокачественных клетках. В 90% случаев ПЭТ используется для того, чтобы вовремя обнаружить рецидив злокачественной опухоли или появление ее метастазов. Это позволяет вовремя начать повторное лечение – выполнить хирургическую операцию, провести лучевую или химиотерапию, что дает шанс окончательно победить болезнь. Также ПЭТ применяется в спорных случаях, когда другие методы не позволяют отличить доброкачественную опухоль от злокачественной. Бывают ситуации, когда анализ на онкомаркеры показывает, что опухоль есть, но даже детальное обследование не выводит специалистов на ее след. В этом случае без ПЭТ не обойтись. В том органе, где накопится препарат, и следует, прицелено искать новообразование[2, С. 86.].

Сама по себе ПЭТ дает довольно размытый визуальный результат, по которому бывает трудно установить точное место накопления. Поэтому в наши дни чаще всего выполняется

ПЭТ/КТ – когда вместе с позитронно-эмиссионной выполняют компьютерную томографию, и затем результат ПЭТ накладывается на точные срезы, полученные КТ.

Результаты исследования. Необходимо отметить, что в настоящее время в развитии отрасли ядерной медицины, лидирующие позиции занимают, в первую очередь, США, Япония и некоторые европейские страны. Россия же входит в число стран-лидеров по производству сырьевых медицинских изотопов, однако принятие федеральной целевой программы по развитию ядерной медицины на данный момент находится в стадии разработки.

В России открыты пять центров ядерной медицины, в которых осуществляют диагностику рака методом комбинированной позитронно-эмиссионной и компьютерной томографии (ПЭТ/КТ). В Минздраве полагают, что работа федеральной сети таких центров снизит смертность от рака как минимум на четверть. Основными отечественными центрами исследований в области методов ядерной медицины являются НБИК-центр Курчатовского института и Институт теоретической и экспериментальной физики (оба — Москва), Институт физики высоких энергий (ИФВЭ, Протвино), Петербургский институт ядерной физики (ПИЯФ, Гатчина), МРНЦ им. А.Ф. Цыба, Обнинск. Рассчитывая на рост спроса после принятия ФЦП по развитию ядерной медицины, «Росатом» подписал с Philips соглашение, предусматривающее размещение в стране производств однофотонных и позитронных эмиссионных томографов со степенью локализации не менее 51 % .

Справедливо заметить, что обеспеченность страны ядерной медициной пока что довольно низка. По состоянию на 2007 год обеспеченность гамма-камерами составляла 1 на миллион жителей (для сравнения: Северная Америка — 33, Восточная Европа — 2,2, Латинская Америка — 2,1). По оценкам экспертов, для достижения заметного экономического и социального эффекта необходим 1 ПЭТ-томограф на 1 млн населения, в то время как в 2012 году в России действовало только 24 ПЭТ-томографа (при норме 143). Постановлением Правительства РФ от 17 февраля 2011 года № 91 была утверждена федеральная целевая программа «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности Российской Федерации на период до 2020 года и дальнейшую перспективу». Вслед за ней ожидалось принятие ФЦП «Развитие ядерной медицины в РФ», однако такая программа пока не принята. Ситуация затрудняется и дефицитом квалифицированных кадров. Как утверждает, профессор А. Бутенко (онколог, доктор медицинских наук): «Многие наши врачи профессионально прекрасно осведомлены о вариантах использования метода по литературным данным. Но они не имеют практической возможности широко использовать его в своей работе» [3]. До создания федеральной сети центров ядерной медицины ПЭТ/КТ-сканеры работали только в Москве, Петербурге.

Вывод. Подведя итог, можно отметить, при условии ранней диагностики заболевания возможности современной медицины позволяют не только поддерживать достойное качество

жизни онкологических больных, но и во многих случаях дает шанс на излечение. Исследования методами ядерной медицины позволяет лечащему врачу обладать всей информацией о течении заболевания и вовремя принимать обоснованные решения по дальнейшему лечению. Что, в конечном счете, помогает достичь положительной динамики.

Список использованной литературы:

1. Злокачественные новообразования в России /под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В.Петровой. М.,2016.
2. Ратнер М. О развитии нанобиотехнологии. – М.: «Академия», 2015. – 560 с.
3. По материалам с сайта журнала"Здоровье"// URL: http://zdr.ru/articles/chto_takoe_yadernaya_meditsina
4. Гаврилов В. Радиопассивность // Огонёк : журнал. — М., 2012. — № 36 (5245).

РОЛЬ ОЦЕНКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБЩЕГО АНАЛИЗА КРОВИ, БИОХИМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА КРОВИ И ГЕМОСТЭЗИОГРАММЫ У ПАЦИЕНТОВ С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

А. С. Пумпур – студентка 1531 гр. лечебного факультета *6*
Кафедра онкологии УО БГМУ, г. Минск, Республика Беларусь

Научный руководитель - к.м.н., асс. Е. Г. Мороз

Актуальность. Колоректальный рак является одной из самых распространенных форм злокачественных новообразований. По данным канцер-регистра Республики Беларусь за последнее десятилетие заболеваемость колоректальным раком увеличилась в 1,5 раза.

Цель исследования. Оценить динамику показателей общего анализа крови, биохимического анализа крови и гемостэзиограммы у пациентов с колоректальным раком с учетом стадии и локализации новообразования, возраста, пола пациентов и наличия или отсутствия осложнений до и после проведенного лечения.

Материалы и методы исследования. Материалом для исследования послужили результаты общего анализа крови, биохимического анализа крови и гемостэзиограммы у 135 человек, больных колоректальным раком в Минском городском клиническом онкологическом диспансере в период за 2015 год. Исследование проводилось статистическим методом с последующим анализом результатов.

Результаты исследования. Из анализируемых 135 человек количество мужчин составило 66 человек, а женщин 69. Все пациенты были разделены на две группы в зависимости от возраста: первая группа – до 60 лет (n=28), вторая – пациенты старше 60 лет (n=107) соответственно. Также, одним из оцениваемых критериев являлась стадия опухолевого процесса: I стадия – 30 человек, II стадия – 51 человек, III стадия – 30 человек, IV стадия – 24 человека. По локализации новообразования выделены 5 групп пациентов: с опухолью в слепой

кишке (n=7), ободочной (n=33) и сигмовидной (n=37), а также в ректо-сигмоидном соединении (n=24) и прямой кишке (n=34). Последним критерием сравниваемых результатов явилось наличие (n=35) или отсутствие (n=100) осложнений опухолевого процесса, такие как непроходимость кишечника, распад опухоли, воспаление и перфорация стенки кишечника. На основании анализа данных критериев, можно сделать выводы о том что:

- Чем старше пациент, тем проксимальнее опухоль толстой кишки;
- Локализация новообразования в прямой кишке диагностируется на более ранних стадиях;
- У женщин опухоль чаще локализуется в сигмовидной кишке, у мужчин - в прямой;
- Чем более поздняя стадия опухолевого процесса, тем выше риск развития осложнений.

Изучая изменение показателей эритроцитов и гемоглобина были получены следующие данные: снижение гемоглобина до операции наблюдалось у 80,7% пациентов (n=109), после операции у 74% (n=100); снижение количества эритроцитов до операции - у 34% (n=46), после операции – у 29,6% (n=40). Оценив корреляцию показателей от сравниваемых критериев можно сделать выводы от том, что: зависимости от пола не выявлено, а пациенты старше 60 лет более подвержены сдвигу показателей от нормы; в зависимости от стадии новообразования значения эритроцитов и гемоглобина снижаются с прогрессированием опухолевого процесса; взаимосвязи с локализацией опухоли не наблюдается; наличие осложнений не обязывает к отклонению от референтных значений.

Полученные результаты показателей эритроцитов и гемоглобина, доказывают, что анемия является частым осложнением онкологических заболеваний. Однако вовремя проведенное хирургическое лечение снижает риск развития анемии.

На следующем этапе было изучено изменение лейкоцитарной формулы. Из всех анализируемых показателей были увеличены лейкоциты – 23% (n=31), моноциты – 37% (n=50), эозинофилы – 13,3% (n=18), нейтрофилы - 12,6% (n=17), в том числе палочкоядерные и сегментоядерные. Количество лимфоцитов было снижено – 23,7% (n=32). После проведенного хирургического лечения улучшились все показатели, за исключением моноцитов и эозинофилов, количество которых увеличилось еще в большей степени – 44,4% и 25,1% соответственно. К увеличению показателей лейкоцитарной формулы в большей мере склонны мужчины, нежели женщины, а также пациенты в возрасте до 60 лет. С прогрессированием опухолевого процесса увеличивается склонность к отклонению показателей лейкоцитов от нормы. Зависимость от локализации в большинстве случаев свойственна пациентам с новообразованиями в сигмовидной кишке. Наличие осложнений не обязывает к отклонению от референтных значений.

Отдельно была изучена зависимость снижения лимфоцитов от используемых критериев. Явной корреляции не выявлено, за исключением зависимости от локализации образования, при

которой значимые результаты наблюдались при новообразованиях прямой кишки.

На следующем этапе изучалось изменение одного из основных показателей, говорящих о наличии патологического процесса в организме – увеличение скорости оседания эритроцитов. Патофизиологическими аспектами данного процесса является гиперфибриногенемия и диспротеинемия. Отсутствует явная корреляции изменений показателей СОЭ от анализируемых критериев, поскольку, полученные значения везде достигают цифр 90 и более процентов.

Следующим изученным показателем, а вместе с ним и анализом является количество тромбоцитов и гемостэзиограмма соответственно. После подсчета результатов оказалось, что у 14% пациентов увеличено АЧТВ, а у 51% количество фибриногена в крови, протромбиновый индекс и тромбиновое время были в норме. Увеличение тромбоцитов до лечения наблюдалось у 19,2% пациентов (n=26), после хирургического лечения – у 17,7% (n=28). Изменение значений в зависимости от пола и возраста в больше степени наблюдается у мужчин и пациентов в возрасте до 60 лет. В зависимости от стадии новообразования значения увеличиваются с прогрессированием опухолевого процесса. Четкой зависимости от локализации новообразования не выявлено. Наличие осложнений не обязывает к отклонению от референтных значений. Данные результат доказывают наличие такого основного осложнения опухолевого процесса, как тромбообразование.

Последним проанализированным анализом является биохимическое исследование крови. Снижение белка до операции наблюдалось у 35,5% пациентов (n=48), после операции – у 28,8% (n=40). Увеличение ионов натрия отмечалось у 13,3% пациентов (n=18) в дооперационном периоде и 8,8% пациентов (n=12) в послеоперационном. Ионы кальция до хирургического лечения были снижены у 23% пациентов (n=31), а после хирургического лечения – у 10,3% (n=14). К отклонению от референтных значений в большей мере склонны мужчины, нежели женщины, а также пациенты в возрасте старше 60 лет. С прогрессированием опухолевого процесса увеличивается склонность к отклонению показателей биохимического исследования крови от нормы. Зависимость от локализации не была выявлена. Также отсутствует корреляция от наличия либо отсутствия осложнений.

Выводы. В результате проделанной работы можно сделать следующие выводы:

- Изменения, наблюдаемые в анализах, подтверждают основные осложнения опухолевого процесса: анемия и тромбообразование.
- Нарушение показателей биохимического анализа крови является доказательством расстройства биоэнергетических и синтетических процессов в организме пациентов с злокачественными новообразованиями.

- Для всех анализируемых показателей свойственна зависимость от стадии опухолевого процесса: чем более поздняя стадия, тем вероятнее отклонение показателей от референтных значений, а следовательно, риск развития осложнений.
- Зависимость изменения показателей от таких критериев, как пол, возраст, локализация и наличия осложнений опухолевого процесса не достоверна при данном количестве исследуемых пациентов.
- После проведенного хирургического лечения наблюдалась положительная динамика анализируемых показателей.

ОТНОШЕНИЕ РАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ К ОРГАНИЗАЦИИ И КАЧЕСТВУ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

М.А. Гамзаева, А.Р. Эфендиев, Ф.Б. Адигюзелов - аспиранты *86*

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия

Научный руководители - д.м.н., проф. Р.С. Гаджиев, д.м.н., доц. Л.С. Агаларова

Актуальность. Одним из средств, позволяющих получить информацию о запросах населения, является изучение общественного мнения. Важнейшая предпосылка для повышения удовлетворенности населения медицинскойпомощью – устранение факторов неудовлетворенности.

Данные социологических исследований позволяют научно обоснованно подходить к анализу современныхявлений и процессов, помогают выявлять недостатки и упущения, определять наиболее правильные пути их устранения, вскрывать и лучше использовать имеющиеся резервы [1,2]. За последние годы опубликован ряд работ по отдельным аспектам диспансеризации работающего населения. Однако до настоящего времени проведенонедостаточно исследований, посвященных этой проблеме.

Целью настоящего исследования явилась разработка рекомендаций по повышению качества и эффективности диспансеризации работающего населения.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось 2015 г. на базе 2 городских поликлиник (№ 2, 9) Махачкалы Республики Дагестан.Нами проведен опрос и статистически обработано 647 анкет для изучения отношения городского работающего населения к организации и качеству диспансеризации. Для сбора информации были разработаны 2 анкеты: «Анкета изучения мнения работающего населенияпо вопросам организации и качества диспансеризации» и «Анкета изучения мнения медицинских работников об организации и качестве диспансеризации».

Исследовали влияние 5 групп факторов на отношение городского населения к профилактическим медицинским осмотрам (ПМО) и диспансеризации социально-демографических, социально-профессиональных, медико-организационных, социально-психологических, а также самооценки здоровья.

Результаты и их обсуждение. Анализ полученного материала показал, что среди респондентов 58,7% составили женщины и 41,3% мужчины. Преобладание числа женщин-респондентов над мужчинами, по-видимому, объясняется существующими тенденциями в демографической ситуации и высокой активностью женщин при социологических опросах. Среди опрошенных преобладали лица в возрасте от 41 года до 50 лет (28,4%).

Почти одинаковый удельный вес имели возрастные группы 21-30 и 31-40 лет – 21,4 и 23,5 %

соответственно. Лица в возрасте 51-60 лет составили 11,5 %, 61-70 лет – 7,6%.

При анализе явок населения на профилактические осмотры обнаружено, что до 34% рабочих и служащих не приходят на профилактические осмотры даже в рабочее время. Основными причинами неявки, как считают опрошенные, являются низкое качество профилактических осмотров (40,3%), собственное мнение о хорошем состоянии здоровья (14,1%), недооценка важности этого мероприятия (11,5%), очереди в поликлинике (9,4%), чрезмерная занятость на работе и приусадебном участке (2,6%) и др.

Опрос населения показал, что более **2/3 (75,1%)** положительно относятся к проводимым профилактическим обследованиям, 11% считают профилактические осмотры ненужными, **13,9%**воздержались от ответа. **15,6%**опрошенных уклоняются от обследования из-за боязни выявления у них тяжелых заболеваний.

Немаловажное значение имеет знание населением основных источников информации о значении и важности профилактических осмотров. На вопрос «Откуда Вы почерпнули сложившееся у Вас представление о профилактическом осмотре?» были получены следующие ответы: на работе - 39,7%, от участкового терапевта - 8,9%, от врачей другихспециальностей - 5%, из газет и журналов - %, из средств массовой информации - 3%, в бытовых беседах - 2,4%, из популярных брошюр - 1,9%, из книг -1,4%.

Одним из факторов, влияющих на качество медицинской помощи, является медицинская активность населения, в частности самооценка здоровья и своевременность обращения за медицинской помощью. 53,1% опрошенных оценили свое здоровье как удовлетворительное. Респондентов, оценивающих свое здоровье как плохое, было больше (38,9%), чем оценивающих его как хорошее (8%). Мужчины по сравнению с женщинами оценили состояние своего здоровья значительно выше: 21,9% оценили его как удовлетворительное (среди женщин 16,9%), 19,1% — как плохое (среди женщин 29%; $p< 0,05$).

Установлена низкая медицинская активность населения. Так, в случаях выявления на профилактическом осмотре заболеваний, о которых опрошенные ранее незнали, 29,4% предпочитают не обращаться в поликлинику: 15,2% ждут вызова врача, 8,4% лечатся домашними средствами, 5,6 % ничего не предпринимаются, 3,1 % советуются с другими людьми.В последнее **время все**большее внимание уделяется изучению приверженности проводимой лечебно-профилактической программе, степени выполнения рекомендаций врачей. Однако, 19,7% опрошенных не выполняют рекомендации врачей, полученные на профилактических осмотрах.

На вопрос «Какие трудности Вы видите, когда проходите профилактический осмотр?» были получены следующие ответы: 35,6% опрошенных отметили очереди у врачей, 31,8% - очередь в регистратуру, 17,2% – недостаточное внимание со стороны медицинского персонала, 8,7% указали на низкую культуру обслуживания, 6,9% сообщили, что врачи при осмотрах не

дают соответствующие рекомендации, 3,6% отметили невозможность осуществления дальнейших оздоровительных мероприятий, 2,7% трудности, связанные с консультациями.

Отвечая на вопрос «Какие отрицательные качества врачей, участвующих в профилактическом осмотре, неприемлемы для Вас?» почти половина (48,2%) опрошенных отметила формальное отношение к работе, 28,4% - невнимательность, 23,2% - торопливость, 18% - невежливость. В ходе профилактических осмотров населением было замечено много дефектов в работе регистратуры: грубость - 26,5%, медлительность - 22,4%, медленная доставка медицинских карт в кабинеты врачей - 16,7%, нечеткость в работе - 5,3%, невыполнение своих обязанностей - 7,1%. Немаловажное значение в организации ПМО имеет рационально составленный график с точным указанием времени их проведения. Однако 17,8% опрошенных сообщили, что время, отведенное им для профилактического осмотра, не очень удобно.

При изучении мнения врачей по вопросам диспансеризации населения было обнаружено, что организацией диспансеризации населения в поликлинике не удовлетворены 37,4% опрошенных респондентов и 56,2% опрошенных врачей - качеством проводимых диспансерных осмотров населения. Среди недостатков в организации диспансеризации населения, по мнению врачей, необходимо выделить недостаточно четкую регламентацию диспансеризации здоровых и практически здоровых (26,4%); недостаточно четкую регламентацию диспансеризации больных с сочетанной патологией (24%); недостаточное количество времени, выделяемого для диспансеризации населения (21,1%); отсутствие приоритетов диспансеризации различных контингентов населения (7,4%) и большое число больных, подлежащих диспансерному наблюдению у врача (6,9%).

Заключение. Таким образом, в результате анализа данных социологического опроса, выявлены основные причины неудовлетворенности населения качеством диспансеризации: низкая оснащенность лечебно-диагностической аппаратурой, нерациональный график и режим работы, очереди к врачам и во вспомогательные кабинеты, невнимательность, нетактичное отношение медицинского персонала к пациентам, низкое качество лечебно-оздоровительных мероприятий и др. Устранение этих недостатков приведет к повышению качества диспансеризации и степени удовлетворенности ею населения.

Социологические опросы для органов управления здравоохранением могут служить важным инструментом оперативного контроля и управления качеством лечебно-профилактической помощи в условиях страховой медицины.

Литература

1. Агаларова Л.С. Особенности диспансеризации населения, находящегося под медицинским наблюдением. //Здравоохранение Российской Федерации. – 2008.– № 2. – С. 13-16.
2. Гаджиев Р.С. Врач общей практики (семейный врач). – М. Медицина, 2005. – 544 с.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРКОМАНИИ И ТОКСИКОМАНИИ В ДАГЕСТАНЕ

Ф.Б. Адигюзелов – аспирант, А.Н. Акавов – врач-невролог 64

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия

Научный консультант – д.м.н. Моллаева Н.Р.

Научный руководитель – д.м.н. Агаларова Л.С.

Актуальность. Масштабы и темпы распространения наркомании в стране таковы, что ставят под угрозу здоровье молодежи и будущее значительной ее части, социальную стабильность российского общества в уже ближайшей перспективе [1,2,3]. За последние 10 лет больных наркоманией в России выросло в 12 раз: по данным исследований[1,3], в разных регионах России, 44,8% несовершеннолетних и молодежи (т.е. 4910 тыс. чел.) так или иначе знакомы с употреблением наркотиков;по некоторым данным[1,3], в стране насчитывается примерно 4 млн. людей, употребляющих наркотики, где 76% из них – молодежь от 14 до 30 лет;получила распространение «семейная наркомания», даже приобщение родителями малолетних детей к наркотикам. В реанимационные токсикологические отделения больниц попадают дети 5-7 лет.

Цель исследования явилась разработка рекомендаций, направленных на профилактику и снижение заболеваемости наркоманией и токсикоманией.

Материал и методы исследования.Исследование проводилось в 2015 г. на базе двух школ (№ 22, 39) г. Махачкала, Россия. Для сбора материала была разработана специальная анкета. Кроме того использовали материалы наркологического диспансера и Минздрава Республики Дагестан (справочник «Состояние здоровья населения Республики Дагестан в 2016 году»).

Результаты и их обсуждение.Материалы исследования показали, что основными причинами наркомании и токсикомании являются: подражание; любопытство; влияниесоциальной среды; стремление; резкое изменение социального статуса; ослабление семейных связей; социальные факторы; личностные особенности.

Материалы анкетного анализа показали, что 27% опрошенных считают, что наркотик делает человека свободным, 36% уверены, что от увлечения наркотиками всегда можно отказаться.

По материалам статистического отчета Минздрава Республики Дагестан первичная наркологическая заболеваемость в 2016 г. в целом по республике составила 30,2 на 100 тыс. населения, по районам – 19,7, по городам – 43,2 на 100 тыс. населения. Высокая наркологическая заболеваемость отмечается: в Кизлярском (110,1), Кулинском (44,1), Лакском (44,1), Тарумовском (39,7), Чародинском (32,7 на 100 тыс. населения) районах; в городах: Махачкале (55,2 на 100 тыс. населения), Даг. Огни (48,4), в Кизляре (136,8).

Общая наркологическая заболеваемость в Республике Дагестан за 2016 г. составила 651,1 на 100 тыс. населения, в том числе в сельских районах - 407,3, в городах - 955,2 на 100 тыс. населения, т.е. показатели заболеваемости наркомании в городах 2 раза выше, по сравнению с сельскими районами.

Высокая общая заболеваемость отмечается в Кизлярском (121,6 - 2 раза выше среднего республиканского показателя, в Кизлярском (661,7), в Курахском (589,5), Лакском (661,7), Ногайском (940,1), С.Стальском (610,1), Хивском (548,0) и в Чарадинском (571,3 на 100 тыс. населения) районах.

Высокая общая заболеваемость отмечается в Махачкале (1128,1) и в Кизляре (2522,5 на 100 тыс. населения).

Первичная наркологическая заболеваемость в целом по республике снизилась 40,8 в 2013 г. до 30,2 в 2016 г., по районам соответственно - с 29,3 до 19,7 на 100 тыс. населения, в городах снизилась с 55,9 до 43,2. Общая заболеваемость в целом по республике снизилось с 818,6 в 2013 г. до 651,1 в 2016 г., в районах - соответственно с 454,2 до 407,3. В тоже время в городах заболеваемость возросла с 128,0 в 2013 г. до 955,2 в 2016 г.

В Махачкале работает молодежный центр профилактики наркомании. Основной задачей центра – воспитать психически здоровую личность, которая сможет самостоятельно решать жизненные задачи без приема психоактивных средств. Центр ежегодно проводит городские акции, посвященные Всемирному дню борьбы с наркоманией, беседы тренинги посвященные Всемирному дню Здоровья.

Основными направлениями профилактики наркомании и токсикомании является: активная антиалкогольная и антинаркотическая пропаганда; выявление среди молодежи, особенно учащихся, лиц со склонностью к употреблению токсических веществ; регулярное обследование и проведение разъяснительных мероприятий; выделение групп повышенного риска.

Заключение. Первичная наркологическая заболеваемость в Дагестане за 2016 г. составляет 30,2 на 100 тыс. населения, а общая заболеваемость 651,1 на 100 тыс. населения. Благодаря профилактическим мероприятиям, проведенным в республике первичная заболеваемость снизилась с 40,8 в 2013 г. до 30,2 в 2016 г., а общая заболеваемость соответственно - с 818,6 до 651,1 на 100 тыс. населения. В тоже время в республике отмечается рост заболеваемости токсикоманией с 7,3 в 2014 г. до 9,4 в 2016 г. на 100 тыс. населения.

Литература

1. Бузик О. Ж., Тучин П. В., Агибалова Т. В. II Материалы науч,- практ. конф. «Наркология-2010», посвящ. 25-летию ФГУ ННЦ наркологии Минздравсоцразвития России. - М.: Радуга, 2010, - С. 35-36.

2. Иванов В. П. И НаркоНет.2010. № 1. С. 16-22.

3. Плахов Н.Н., Буйнов Л.Г., Зайцев А.Г. Деформации в мотивационной и смысловой сфере как один из основных факторов, обусловливающих предрасположенность к асоциальному поведению / Материалы XII Всероссийской научно-практической конференции «Развитие системы уровневой подготовки специалистов безопасности жизнедеятельности».-СПб.:РГПУ им. А.И.Герцена,2008,- С. 163-164.

РЕКЛАМА КАК ОДНА ИЗ ФОРМ ПРОПОГАНДЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

С.Р. Гаджиев – студент 2 курса стоматологического факультета,
П.Г. Магомедшапиева - студентка 3 курса стоматологического факультета 59
Кафедра терапевтической стоматологии
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия
Научный руководитель – д.м.н., доц. Меджидов М.Н.

Переходом на рыночные отношения привел к росту и развитию многих сфер здравоохранения, в том числе и стоматологии. Рыночная экономика подразумевает, прежде всего, наличие частного сектора, появление здоровой конкуренции между участниками рынка, ведущее в конечном итоге, к появлению более качественных товаров и услуг.Новые условия хозяйствования в здравоохранении сделали актуальными проблему определения стоимости медицинской помощи населению. Из всех областей медицины экономические преобразования особенно коснулись стоматологии [1-5].

Рост числа частных стоматологических клиник, а также фирм-продавцов стоматологического оборудования, материалов и инструментария на сегодняшний день привел к высокой конкуренции среди частных стоматологических клиник. Частным стоматологическим клиникам необходимо не только предлагать услуги, но и информировать потребителей о преимуществах. Для этого клиники должны умело использовать такие средства, как рекламу и связи с общественностью.

Рекламные акции должны быть просчитаны и оценены, поэтому очень важно выбрать именно то средство, которое принесет максимум эффекта в какой-либо ситуации. От правильности выбора средства агитации зависит не только эффективность повышения обращаемости, но и дохода всей фирмы. Реклама отличается заинтересованностью в конечном результате. Всё вышеизложенное, а также важность рекламы для современной стоматологии привело к изучению этой проблемы, и показывает актуальность данного исследования.

Цель исследования - изучение воздействия того или иного вида рекламы на обращаемость населения за стоматологической помощью.

Материал и методы исследования. Нами было проведено исследование коммерческих стоматологических учреждений. Было проведено анкетирование пациентов обратившихся в

коммерческие стоматологические клиники, чтобы выявить каким клиникам отдается больше предпочтений. При проведении анкетирования было изучено мнение населения различных возрастных групп (от 20 до 60 лет и старше). Изучено мнение 237 респондентов обратившихся в коммерческие стоматологические клиники. С этой целью нами была разработана анкета, отражающая показатели общеобразовательного уровня, уровень доходов, социальный статус и др. В соответствии с целью и задачами в исследовании были использованы статистический и аналитический методы исследования.

Результаты исследования. Нами была изучена численность и возрастно-половой состав респондентов, обратившихся за стоматологической помощью в коммерческую клинику. Анализ полученных данных показал, что в структуре изучаемого контингента населения преобладали лица мужского пола (52,8%), а женского пола составили 47,2%.

Чаще всего за стоматологической помощью в коммерческие стоматологические клиники обращаются лица в возрасте 20-29 лет (25%) и 30-39 лет -18,8%. В возрастной группе 20-29 лет высшее образование имеют 37% респондентов, в возрастной группе 30-39лет - 72,4%, в возрастных группах 40-49 лет и 50-59 лет, соответственно, 67,4% и 71,2%.

Немаловажное значение в оценке структуры обращаемости населения за стоматологической помощью в коммерческие стоматологические клиники имеет определение социального статуса респондентов. Наибольший удельный вес составляют служащие в возрастных группах 30-39, 40-49 и 50-59 лет, соответственно 52,7%, 58,1% и 51,4%. Наименьший удельный вес составили рабочие. Данный факт можно объяснить низкими доходами, не позволяющими обращаться за стоматологической помощью в коммерческие структуры. Самая большая доля предпринимателей (59,5%) отмечается в возрастной группе 30-39 лет, 40-49 лет (34,7%).

В своем исследовании мы выяснили, какому типу информации отдают предпочтение участвовавшие в опросе респонденты. Был выявлен интересный факт: практически во всех возрастных группах наибольший удельный вес среди ответов респондентов составляет по рекомендации друзей, знакомых, компетентных лиц. Важное значение для респондентов имеет дизайн клиники. Практически половина респондентов, ответили положительно на важность дизайна и оформления клиники. Так, в возрастной группе 20-29 лет таковых оказалось 63,7%,в группе 30-39 лет-49,1%,в группе 40-49 лет- 47,2%.

Интересными оказались ответы респондентов, касающихся организации и проведения самого приёма. Большинство опрошенных (67,4%) обращают своё внимание на внешний вид персонала. Из этого следует, что аккуратный вид персонала также является своего рода скрытой рекламой клиники, и что данный пункт можно считать дополнительным плюсом в пользу привлечения пациентов. Очень важное значение имеет роль врача, так как от него во многом зависит успех или провал всей рекламной стратегии и политики стоматологической

клиники. Пациенты обращают внимание на поведение врача во время приёма. 78,2% респондентов заявили, что для них весьма важным и необходимым является процесс объяснения врачом предстоящих этапов лечения.

Рекламная политика коммерческой стоматологической должна быть постоянной, чтобы активно привлекать пациентов и должна быть направлена на сохранение повторного обращения именно в данную стоматологическую клинику, а также на привлечении через них новых пациентов.

В анкете был вопрос о том, из каких источников респонденты узнали о существовании клиники. Этот вопрос имел очень важную информацию, крайне необходимую для планирования рекламной кампании стоматологической клиники с целью проведения правильной политики в выборе средств распространения рекламной информации. Исследование показало, что 67,8% респондентов узнали о существовании клиники от знакомых. Никакого значения для респондентов не имела информация по радио и размещение рекламы в газетах и информационных справочниках.

Заключение.Реклама имеет несколько важных и взаимосвязанных между собой целей: она формирует у потребителя определенный уровень знаний о данном товаре или услуге; формирует отношение к клинике; ориентирует потребителя обратиться в данную клинику и воспользоваться услугами этой клиники; помогает потребителю в выборе товаров и услуг.

Литература

1. Алимский А.В. Организация стоматологической службы в условиях рыночной экономики//Проблемы стоматологии.-1998.-№2.- С.58-59.

2. Григорян А.А. Роль рекламы в мотивации обращаемости населения за стоматологической помощью. //Проблемы стоматологии.-2003.-№3.- С.48-52.

3. Кальдин К.М., Методы управления эффективностью стоматологического бизнеса.// Экономика и менеджмент в стоматологии.-2001.-№3(5).- С.58-60.

4. Ковалева Е., Джизгая И.,Губкова В., Как сделать работу зубного врача более эффективной. Часть 3.Менеджмент стоматологической клиники. //Новое в стоматологии.-2001.-№9(99).- С.7-14.

5. Пахомов Г.Н. Коммунальная стоматология и частная практика - опыт некоторых зарубежных стран.//Стоматология для всех.-2002.- №4(21).- С.36-40.

АНАЛИЗ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧЕЙ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

А.Р. Омарова– студентка 5 курса лечебного факультета,
С.Р. Гаджиев – студент 2 курса стоматологического факультета 88
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия

Научный руководитель – д.м.н., доц. Агаларова Л.С.

Актуальность. В современном мире возрастает вовлечение врачей-клиницистов в процесс управления клиническими ресурсами на основе познания основных положений менеджмента и экономики здравоохранения. Наряду с этим в цивилизованных странах общество повышает требования к уровню подготовки врачей в области экономики, менеджмента, планирования и финансирования здравоохранения [1-4] .

На более высокую ступень своего развития расположилась экономическая заинтересованность (мотивация) врача в конечных результатах своего труда, когда заработная плата зависит от объема и качества оказанной медицинской помощи. Каждый врач на своем участке работы должен заботиться о рациональном и эффективном использовании ресурсов здравоохранения.

Целью настоящего исследования явилось изучение экономических аспектов деятельности врачей первичного звена здравоохранения и разработка рекомендаций направленных на повышение медицинской и экономической эффективности их труда.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось в 2015 – 2016 гг. на базе 2 городских поликлиник г. Махачкала, Россия Республики Дагестан.

В основу настоящего исследования были положены общие методические подходы экономического анализа деятельности организаций. Фундаментом нашей работы явилась разработка специальной программы, которая предусматривала сбор материала, его обработку, проведение экономических расчетов и анализ полученных данных по вопросам эффективности использования ресурсов здравоохранения участковыми врачами.

Для анализа были взяты следующие экономические показатели: количество лабораторных анализов и инструментальных исследований на 1 и на 100 посещений (по законченному случаю); стоимость одного посещения к участковому врачу в поликлинике; коэффициент использования лечебно-диагностической аппаратуры и другие показатели.

Результаты исследования. В условиях обязательного медицинского страхования в стационарах и поликлиниках широко используются стандарты медицинской помощи. Важным шагом проведения экономической оценки стандартов является расчет стоимости всех исследований, проведенных больным с тем или иным заболеванием. С этой целью нами проводился расчет стоимости каждого лабораторного и инструментального исследования.

Данные о стоимостных оценках диагностических исследований на примере отдельных групп больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями рассчитаны на основе их вида и числа, рекомендуемые стандартами медицинской помощи по нозологическим формам. Выбор больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями для изучения объема исследований был обусловлен тем, что в последние годы в целом по стране, в том числе и в Дагестане наблюдается рост общей заболеваемости и смертности от данной группы заболеваний.

Стоимость лабораторных исследований, рекомендуемых по стандартам в условиях поликлиники, составляет 3101 рублей, а фактические расходы составили – 1452 рубля. По данным экспертов, стоимость всех необходимых лабораторных исследований должна составлять 2843 рубля. Стоимость инструментальных исследований, если их проводить в соответствии со стандартами составляет 10565 рублей, по фактическим данным – 5600 рублей, а с учетом мнения экспертов – 10350 рублей.

Таким образом, стоимость всех исследований (лабораторных и инструментальных) при ишемической болезни сердца в поликлинике у участковых терапевтов составляет по стандартам –13 666 (3101+10565) рублей, по фактическим данным –7052 (1452+5600) рубля, по материалам экспертных оценок –13 193 (2843+10350) рубля.

Кроме того, нами проведен расчет стоимости лабораторных и инструментальных исследований при ишемической болезни сердца у одного пациента, находящегося под наблюдением у врача общей практики. При этом установлено, что фактические расходы на лабораторное исследование одного пациента составили 2810 рублей против 1452 у участкового терапевта, а на инструментальное – 7450 рублей против 5600 рублей, т.е. ВОП лучше выполняет стандарты обследования при данном заболевании.

Стоимость всех исследований (лабораторных и инструментальных) при ишемической болезни сердца в поликлинике у врачей общей практики составляет по стандартам – 8430,1 (5110,1 + 3320,0) рублей, по фактическим данным – 10260 (2810+7450) рублей, по материалам экспертных оценок – 15426 (3276+12150) рублей.

Выводы:

По итогам проведенного исследования, мы пришли к выводу, что врачи общей практики в большей степени соблюдают стандарты медицинской помощи по сравнению с участковыми терапевтами. Участковые терапевты не соблюдают стандарты, т.е. не назначают все положенные по стандарту исследования больным.

На основе материалов исследования разработаны методические рекомендации по повышению медицинской и экономической эффективности труда участковых врачей, которые включают: эффективное использование трудовых и материальных ресурсов здравоохранения участковыми врачами; совершенствование преемственности в работе участковых врачей; программу повышения квалификации участковых врачей по экономике здравоохранения, финансированию и планированию; экономические показатели деятельности участковых врачей.

Литература

1. Гаджиев Р.С. Экономика здравоохранения: Учебное пособие. – М.: Медицина, 2003. – 464 с.

2. Кучеренко В.З., Фокин И.В. Сравнительная оценка стоимости лечения мигрени при проведении клинико-экономического анализа. // Экономика здравоохранения.
– Москва. – 2007. - № 2-3 (112). – С. 40 – 45.
3. Кучеренко В.З., Мартынчик С.А., Хомяков С.М., Мартынчик Е.А. Подходы к построению системы обеспечения качества и управления затратами на оказание больничной помощи. //Экономика здравоохранения. – Москва. – 2007. - № 6 (115).
– С. 5 – 14.
4. Шамшурина Н.Г. Экономика лечебно-профилактического учреждения. – М.: МЦФЭР. 2001. – 278 с.

ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА КАЧЕСТВО ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ГОРОДСКИХ ПОЛИКЛИНИКАХ

М.А. Гамзаева, О. А. Омарова, Ф.Б. Адигюзелов, А.Р. Эфендиев - аспиранты *81*
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия
Научный руководители - д.м.н., проф. Р.С. Гаджиев, д.м.н., доц. Л.С. Агаларова

Актуальность. Качество и эффективность медицинской помощи во многом зависит от того, как организован труд врачей и среднего медицинского персонала. К числу факторов влияющих на качество можно отнести состояние материально технической базы учреждения, квалификацию медицинского персонала, технологию оказания медицинской помощи [1,2].

Целью настоящего исследования явилась разработка рекомендаций по повышению качества терапевтической помощи городскому населению.

Материал и методы исследования. В базовых поликлиниках (№ 2,9) г. Махачкалы были изучены факторы, влияющие на качество медицинской помощи: материально – техническая оснащенность, организация труда и квалификация медперсонала, система контроля качества медицинской помощи, моральное и материальное стимулирование труда медработников.

Одним из основных факторов, влияющих на качество медицинской помощи является оснащённость поликлиник лечебно-диагностической аппаратурой. Однако во всех изученных нами поликлиниках функционировали лишь кабинеты электрокардиографии и клинические лаборатории, а кабинеты ультразвукового и флюорографического исследований – только в поликлинике №9.

Результаты исследования. По данным анкетного опроса, больные часто отказываются обследоваться или идут на обследование несвоевременно из-за наличия очередей в диагностические кабинеты (72%), из-за расходов на транспорт (19,4%).

Все это оказывает негативное влияние на полноту и своевременность обследования

больных. Так при сравнительном анализе результатов было установлено, что в поликлинике №9, где оснащение сравнительно лучше, своевременность обследования больных на 15% и полнота обследования на 18% больше, чем в других поликлиниках.

Анализ структуры посещений населением участковых врачей показал, что наибольший удельный вес имеют лечебно-диагностические посещения (69,4%), затем профилактические (17,5%), посещения с целью оформления медицинской документации (8,2%) и консультативные (4,9%).

Изучение средних затрат времени на 1 посещение показало, что на них влияет прежде всего причина посещения. Так все врачи в среднем на больного пришедшего с лечебно-диагностической целью тратят времени почти в 1,5-2 *раза* больше, (до 11,4±0,08 мин.), чем на лиц, пришедших с профилактической целью (до 6,8 ± 0,2 мин.).

На средние затраты времени оказывает влияние и кратность посещения. Так у всех врачей в среднем на приём повторных больных затраты времени меньше (до 10,3±0,2 мин.), чем на первичных (до 12,6±0,2 мин.)

Материалы исследования позволяют считать, что наиболее реальными резервами являются сокращение затрат времени на «работу с документацией», «другие виды деятельности» и на «непланируемые перерывы». На эти виды деятельности врачами в сложившихся условиях расходуется более половины (до 61,5%) всего бюджета времени.

Важным разделом работы врачей поликлиники является посещение больных на дому. Анализ структуры затрат рабочего времени врачей при оказании медицинской помощи на дому по видам деятельности показал, что велики затраты времени на оформление медицинской документации (17,3%), переходы и переезды, связанные с обслуживанием больных (35,6%). По данным опроса медработников, большие затраты времени на переходы и переезды связаны с тем, что поликлиники не обеспечены транспортом, а радиусы обслуживаемых участков составляют от 3 до 6 км. На обслуживаемой территории имеются и дачные участки, не обеспеченные городским транспортом.

Анализ структуры затрат рабочего времени участковых медицинских сестёр в поликлинике показал, что они значительно больше времени затрачивают на письменную работу, связанную с приёмом больных (55,8%) и работу с медицинской документацией в отсутствие больных (17,2%).

Известно, что условия труда медперсонала в значительной степени влияют на эффективность работы. Установлено, что в базовых поликлиниках 6,2% врачей не имеют постоянного кабинета или имеют кабинет на 2 врача, что создает, дополнительные трудности. У 9,6% врачей нет постоянной медсестры. По данным годовых отчётов, укомплектованность штатов врачами в среднем по всем поликлиникам составляет 98,9%, а средним медперсоналом – 87,6%.

К профессиональной характеристике врачей и средних медработников относится наличие у них категории. Число аттестованных врачей в среднем по всем поликлиникам составило лишь 24,5%, в том числе имеющих высшую квалификационную - 6,7%, первую - 15,6% и вторую - 2,2%.

Немаловажное значение имеет регулярность повышения личной квалификации врачей. За последние 5 лет прошли курсы повышения квалификации и имеют сертификат специалиста 86,3% врачей и 72% средних медработников.

По данным анкетирования, врачи редко занимаются такими формами повышения квалификации, как посещение семинаров и конференций (24,7%), научных обществ (8%). Лишь около половины (43,6%) врачей выступают докладами на конференциях и семинарах, в основном в своём учреждении (82,5%), а на городских конференциях – 10,5%.

Основными причинами, препятствующими своевременному повышению квалификации, по мнению опрошенных, являются: сменные обстоятельства (56,3%), отсутствие соответствующих путевок (32,8%), недостаточная укомплектованность кадрами (7,9%).

Следует отметить, что медицинскую литературу выписывают лишь 36% врачей, в частности "Медицинскую газету"−24,2% и специальные медицинские журналы – 11,6%. При этом врачи ссылаются на дороговизну изданий.

Повышение качества лечебно-профилактической помощи населению невозможно без повседневного внедрения в практику новейших достижений медицинской науки и техники, передового опыта.

Материалы исследования показали, что в поликлиниках не уделяется должного внимания этому вопросу. Об этом свидетельствует тот факт, что ни в одной исследуемой поликлинике не ведётся регистрация и учёт методических рекомендаций, писем, предложений по внедрению.

Заключение. Известно, что одним из путей усовершенствования знаний врачей является их участие в научно-исследовательской работе. Однако среди врачей поликлиник мало лиц, занимающихся научной работой и публикациями. Так, за последние 5 лет врачами поликлиник опубликовано всего лишь 6 статей в журналах и сборниках.

Препятствуют внедрению достижений медицинской науки в практику, по мнению опрошенных, в основном слабая техническая оснащенность поликлиник диагностической и лечебной аппаратурой (46,1%), несовершенство организационного механизма внедрения и системы управления (30%), малое число новшеств, соответствующих потребностям амбулаторно-поликлинического обслуживания (26,4%), недостаточное обеспечение лекарственными средствами и реактивами (11,7%), невозможность и трудность обучиться новым методам в условиях поликлиник (7,3%), отсутствие системы поощрения за внедрение нового (4,4%), недостаточная обеспеченность методическими документами о новшествах (4,1%).

Литература

1. Гаджиев Р.С., Агаларова Л.С. Качество медицинской помощи и его обеспечение. – Махачкала: Издательство «Лотос», 2017. –160 с.

2. Агаларова Л.С. Качество медицинской помощи, оказываемой врачами общей практики и участковыми терапевтами в городских поликлиниках. Общественное здоровье и здравоохранение. Казань, 2008. − № 1. – С. 35-39.

КАЧЕСТВО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРЕ: МНЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ

М. С. Авхачёва – студентка 1616 гр. лечебного факультета,
М. Ю. Малько - студентка 1609 гр. лечебного факультета *82*
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
УО БГМУ, г. Минск, Республика Беларусь
Научный руководитель - ст. преп. И.Н. Гирко

Актуальность. Качество медицинской помощи – это совокупность характеристик медицинской помощи, отражающих ее способность удовлетворять потребности пациентов с учетом стандартов здравоохранения, соответствующих современному уровню медицинской науки. Важнейшим источником информации о качестве медицинского обслуживания является изучение мнения пациентов, которое позволяет выявить позитивные и негативные тенденции в деятельности лечебных учреждений, корректировать направления их развития, а также определить факторы, определяющие степень удовлетворенности медицинской помощью.

Цель. Оценить удовлетворенность пациентов стационара качеством оказания медицинской помощи и выявить факторы, определяющие её.

Материалы и методы. Исследование включает данные опроса 120 пациентов, находившихся на стационарном лечении в инфарктных и ревматологических отделениях 1 ГКБ г. Минска. Время исследования – январь-февраль 2017 года. Использовались социологический и статистический методы. Для проведения исследования была разработана анкета, включающая в себя различные аспекты оценки медицинского обслуживания, состоящая из 17 вопросов. Статистическая обработка данных проводилась при помощи программ MicrosoftExcel, Statistica 10.0. Использовались методы описательной статистики и непараметрический метод вычисления критерия соответствия χ^2. Статистически достоверным принимали уровень коэффициента при $p<0,05$.

Результаты и их обсуждение. Исследование заключалось в оценке удовлетворенности пациентов качеством оказания медицинской помощи, а также её различия в зависимости от пола, возраста, уровня образования, длительности пребывания в стационаре и профиля отделения.

Для оценки качества медицинской помощи были выбраны следующие критерии: условия пребывания и работа персонала в приемном отделении, режим и условия пребывания в профильном отделении, ассортимент пищи, отношение медицинских работников, качество оказываемых процедур, объем информации о состоянии здоровья.

Из числа опрошенных 58% (n=70) составили женщины и 42% (n=50) – мужчины. Средний возраст составил 63,2±12,5 года. Наибольшая доля опрошенных имели среднее специальное образование (47%), высшее и среднее образование имели 36% и 17% респондентов соответственно. Медиана длительности пребывания в стационаре составила 9 (5,0-11,0) дней.

Большая часть респондентов были полностью удовлетворены как работой персонала приёмного отделения, так и условиями ожидания приёма – 74% и 72% соответственно.

Наибольшая доля анкетированных проводила в приёмном отделении до 15 минут – 57,5%, от 16 до 30 минут – 24,2%, от 31 до 45 минут – 10,8%, от 46 до 60 минут – 3,3% и более 60 минут – 2,5% пациентов.

Пациенты, находящиеся в приёмном отделении до 15 минут достоверно чаще были полностью удовлетворены работой персонала (χ^2=7,3; p<0,05)и условиями пребывания в нём (χ^2=5,4; p<0,05)по сравнению с пациентами, ожидавшими приёма 46 – 60 минут.

Также большинство пациентов ответили, что они полностью удовлетворены условиями пребывания в профильном отделении (73,3%), качеством уборки помещений, освещением палат, температурным режимом (67,5%), качеством и ассортиментом пищи в стационаре (68,3%).По данным позициям достоверных различий в оценке удовлетворенности в различных группах пациентов не отмечалось.

19,2% респондентов приобретали лекарственные средства самостоятельно.

Отношение врачей, медицинских сестер и младшего медицинского персонала как вежливое и внимательное оценивали 96,7%, 92,5% и 93,3% опрошенных соответственно.

Респонденты старше 70 лет (χ^2=4,7; p<0,05), а также в возрасте 51 – 60 лет (χ^2=4,4; p<0,05)достоверно чаще оценивали отношение врачей как вежливое и внимательное по сравнению с респондентами до 40 лет.

Качество проводимых процедур достоверно выше оценивали женщины по сравнению с мужчинами (χ^2= 7,4, p<0,01).

Пациенты в возрасте старше 70 лет чаще были удовлетворены медицинскими процедурами по сравнению с пациентами до 40 лет (χ^2= 9,6, p<0,01).

Удовлетворенными объемом информации о состоянии здоровья, полученным от медицинского персонала, а также качеством медицинских процедур оказались 86% и 93% опрошенных соответственно.

Респонденты с высшим образованием достоверно чаще оценивали объем информации о состоянии здоровья как недостаточный по сравнению с лицами со средним и средним

специальным образованием (χ^2= 9,6; p<0,01).

Респонденты мужского пола также чаще были не удовлетворены количеством информации о своем здоровье по сравнению с респондентами женского пола (χ^2= 9,9; p<0,01).

Пациенты в возрасте старше 70 лет достоверно чаще оценивали объем информации о состоянии своего здоровья как достаточный по сравнению с другими возрастными группами (таблица 1).

Таблица 1. Распределение ответов респондентов на вопрос «Удовлетворены ли Вы объемом информации о состоянии здоровья?» в зависимости от возраста

возраст		Доля ответов для каждой из групп, %		Статистическая значимость различий
		достаточный объем информации	недостаточный объем информации	
	1.до 40 лет	71,4%	28,6%	χ^2 = 9,6; p<0,01 (1 vs 5)
	2.41 – 50 лет	72,7%	27,3%	χ^2 = 9,4; p<0,01(2 vs 5)
	3.51 – 60 лет	86,7%	13,3%	χ^2 = 4,6; p<0,05(3 vs 5)
	4. 61 – 70 лет	80%	20%	χ^2 = 7,2; p<0,01(4vs 5)
	5.старше 70 лет	100%	0%	

Выводы. Гендерные различия отмечаются в отношении удовлетворенности объемом информации о состоянии здоровья и качеством проводимых процедур. Пациенты старших возрастных групп достоверно выше оценивали отношение врачей как вежливое и внимательное, удовлетворенность объемом информации о состоянии здоровья и качеством проводимых процедур. Респонденты с высшим образованием оценивали объем информации как недостаточный в сравнении с другими группами. Пациенты, находящиеся в приёмном отделении до 15 минут, чаще были полностью удовлетворены работой персонала и условиями пребывания в нём в сравнении с пациентами, ожидавшими приёма 46 – 60 минут. Не отмечается различий в оценке качества медицинской помощи в зависимости от профиля отделения и длительности пребывания в стационаре, а также в оценке удовлетворенности условиями пребывания в профильном отделении, качеством уборки помещений, освещением палат, температурным режимом, качеством и ассортиментом пищи в стационаре.

АМБУЛАТОРНАЯ ХИРУРГИЯ – ОДНО ИЗ ПЕРСПЕКТИВНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ РАЗВИТИЯ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Короткевич Д.В. – студент *41*

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения УО "Гомельский государственный медицинский университет", г. Гомель, Республика Беларусь

Научный руководитель - асс. А.М. Островский

Введение. Поиск оптимальных путей использования материальных ресурсов в здравоохранении является актуальной задачей в общей структуре реформирования данной отрасли в нашей республике. Одним из таких организационных направлений является система «однодневной хирургии» или стационарзамещающей хирургии. Главной задачей данного направления является повышение хирургической активности в амбулаторно-поликлинических условиях и уменьшение сроков пребывания пациентов в стационаре за счёт внедрения малоинвазивных методик [1].

Целью настоящей работы явился анализ системы организации амбулаторной хирургии в Республике Беларусь.

Материал и методы исследования. На основе аналитического обзора отечественных и зарубежных периодических медицинских научных изданий и интернет-ресурсов выделены основные направления развития амбулаторной хирургии на современном этапе социально-экономического развития Республики Беларусь.

Результаты исследования и их обсуждение. Впервые термин «хирургия одного дня» был сформулирован в Великобритании более 100 лет тому назад. Одним из первых, кто опроверг традиции длительного постельного режима после операции, был шотландец J.N. Nicol. Он же впервые показал и экономическую эффективность этого подхода к лечению [2].

Привлечение внимания государственных служб в связи с экономической целесообразностью и эффективностью «хирургии одного дня» дало импульс для быстрого развития этого нового направления. В 1987 году в США на заседании Конгресса программа «хирургии одного дня» получила полную поддержку. В настоящее время в США список разрешённых к выполнению в амбулаторных условиях операций включает более 400 наименований [3]. В Германии значительная часть медицинской помощи оказывается в стационарах одного дня (Praxis). Список манипуляций неуклонно расширяется. Следует отметить, что в большинстве стран Европы программа «хирургии одного дня» также имеет государственную поддержку [4].

В рамках повышения социальной эффективности различных форм медицинской помощи в Республике Беларусь в настоящее время достигнуты конкретные результаты: центры «хирургии одного дня» работают во всех городах и крупных населённых пунктах страны. Их деятельность построена в соответствии с законодательными актами, принятыми на государственном уровне: Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 562 от 04.07.2007 г. «Об организации медицинской помощи больным с хирургическими заболеваниями в амбулаторных условиях и по технологии «хирургия одного дня»; Постановление Коллегии Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 71 от 25 апреля 2012 г. «О состоянии первичной медицинской помощи населению Республики

Беларусь», Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 891 от 26 августа 2013 г. «Об утверждении перечня оперативных вмешательств, выполняемых в амбулаторных условиях и в хирургических отделениях (с краткосрочным пребыванием пациента)».

Формы оказания медицинской помощи по программе стационарзамещающих технологий включают амбулаторное выполнение определённых операций в поликлинике или стационаре без госпитализации пациента; хирургическое лечение в стационаре с кратковременным пребыванием пациента от нескольких часов до трёх суток. Достигнутые результаты очевидны: средняя длительность пребывания на больничной койке пациентов, оперированных по поводу паховой, пупочной, бедренной грыжи, калькулёзного холецистита, сокращена более чем в три раза. Например, для пупочной грыжи с 8,02 до 2,44 дня. Средний койко-день после грыжесечения составил 3,02 дня. Инфекционные осложнения послеоперационных ран при лечении в центрах «хирургии одного дня» отмечены почти в 7 раз реже, чем в стационаре длительного пребывания [5].

С накоплением мирового опыта становится очевидным, что главная выгода от «хирургии одного дня» — это, прежде всего, экономия финансовых ресурсов, которая обеспечивается кратковременностью пребывания пациента в стационаре, а также уменьшением средней продолжительности нетрудоспособного периода.

Кроме того, по мнению многих исследователей, данный вид оказания медицинской помощи имеет практическую целесообразность и несет социальные выгоды. Техника проведения операций позволяет значительно сократить послеоперационный период, уменьшает риск инфицирования внутрибольничными инфекциями и сокращает время нетрудоспособности.

Таким образом, реализация программы «хирургия одного дня» при оказании медицинской помощи возможна лишь при наличии: нормативных документов, дающих правовую основу деятельности врачей-хирургов; чёткой организации службы; высокого профессионального уровня специалистов данной отрасли; целенаправленного отбора пациентов с учетом показаний и возможных противопоказаний, а также преемственность на всех этапах лечебно-диагностического процесса.

Выводы

1) Амбулаторная хирургия или «хирургия одного дня» является перспективным направлением в развитии организаций здравоохранения ввиду своей экономической и практической целесообразности.

2) Данный вид медицинской помощи позволяет заметно снизить риск назокомиальной инфекции и психологической депривации.

Список используемой литературы:

1) Стационарзамещающие технологии в поликлинических условиях – реальность и перспективы / Н. Н. Лебедев, А. Н. Шихметов, С. И. Воротницкий // Амбулатор. хирургия. Стационарозамещающие технологии. – 2007. – № 2. – С. 3-4.

2) 2. Мосиенко, Н. И. Медицинская и экономическая эффективность работы центра амбулаторной хирургии / Н. И. Мосиенко, А. А. Кутин, Р. Х. Магомадов // Рос. мед. журн. – 2001. – № 5. – С. 9-11.

3) Ждановский, В. В. Хирургия одного дня : 10-летний опыт работы центра амбулаторной хирургии МБУЗ «КГП № 1» г. Сургута : на основе дополн. учеб. пособия, рекомендованного Учеб.-метод. об-нием по мед. и фармацевт. образованию вузов России для системы послевуз. проф. образования врачей / В. В. Ждановский, В. В. Дарвин, В. Г. Шаляпин. – Сургут : Таймер, 2011. – 241 с.

4) Гучев, И. А. Рациональная антимикробная химиотерапия инфекций кожи и мягких тканей / И. А. Гучев, С. В. Сидоренко, В. Н. Французов // Антибиотики и химиотерапия. 2003. Т. 48, № 10. С. 25–31.2.

5) Ефименко, Н. А. Инфекции в хирургии. Фармакотерапия и профилактика: монография / Н. А. Ефименко, И. А. Гучев, С. В. Сидоренко. Смоленск, 2004. 296 с.

ОТНОШЕНИЕ МОЛОДЕЖИ К ФАКТОРАМ, ВЛИЯЮЩИМ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И ЗДОРОВЬЕ

И.К. Патонич – студентка 3 курса 10 группы лечебного факультета ***91***

Кафедра лучевой диагностики и терапии УО «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Республика Беларусь

Научные руководители - ст. препод. Г. Д. Смирнова, к.м.н., доц. С.П.Сивакова

Актуальность. Состояние репродуктивного здоровья (РЗ) населения в последние десятилетия является предметом интереса не только медицинской практики, но и мировой общественности.

Актуальность вопроса сохранения репродуктивного потенциала девушек-подростков обусловлена как негативными в настоящее время показателями количественного и качественного воспроизводства населения, так и ухудшающимися характеристиками здоровья детей и матерей. В сегодняшних социально-экономических условиях РЗ и репродуктивное поведение (РП) будущих матерей становится одной из наиболее актуальных демографических проблем. Рост преждевременных родов напрямую связан с ухудшением репродуктивного здоровья будущих мам.

В Республике Беларусь по данным Национального статистического комитета по итогам января-сентября 2016года, впервые отмечен естественный прирост населения. Уровень рождаемости в Республике Беларусь увеличился до 12,6‰ – это один из самых высоких

показателей в Европе. Приоритетные задачи национальной политики направлены на охрану материнства и детства и сохранение РЗ нации. [1].

Цель. Изучение отношения молодежи, получающей медицинское образование, к факторам, влияющим на РЗ и РП, а также выяснение значимости различных источников получения информации.

Материал и методы исследования. Проведена статистическая обработка результатов социолого-диагностического исследования 536 студентов педиатрического и лечебного факультета УО «Гродненский государственный медицинский университет» и 133 учащихся УО «Гродненский государственный медицинский колледж».

Результаты исследования. Основные направления исследования учитывали такие факторы, влияющие на РЗ и РП как состояние здоровье, семья, питание, инфекции передающиеся половым путем (ИППП) и отношение к абортам. Заинтересованность факторами, влияющими на РЗ и РП среди молодежи, получающей медицинское образование, достаточно высокая – 89,5% во всех группах респондентов. Хотя необходимые знания о здоровье, в том числе и репродуктивном, должны закладываться ещё с детских лет и в первую очередь родителями в семье. К факторам респонденты отнесли: влияние вредных привычек - 61,0%, беспорядочное половое поведение - 43,9%, заболевания, передающиеся половым путем - 40,2%, безответственность по отношению к своему здоровью - 39,0%. Основными факторами будущие медики считают: здоровье родителей -56,1%, роль семьи - 48,8%, влияние вредных привычек-46,3%, влияние неблагоприятных условий жизни, труда-45,1%. На вопрос о значимости состояния своего здоровья 50,1% студентов и 67,8% учащихся колледжа считают, что это отсутствие болезней, а в среднем для 27,2% – это возможность достижения поставленных целей и благополучия. У всех респондентов самооценка состояния здоровья распределилась следующим образом: хорошее у 42,8%, удовлетворительное у 54,9%. Не смогли определить степень своего здоровья около 2,3% учащейся молодежи. Среди основных факторов, наиболее негативно влияющих на здоровье, 89,2% молодежи на первое место поставили неблагоприятные экологические условия окружающей среды, стресс - 73,2%, нарушения здорового образа жизни - 57,3%, заболевания - 47,6%, нерациональное питание - 24,4%. Анкетирование по распространенности вредных привычек, которые в особой степени влияют на репродуктивное здоровье, показало, что курящих респондентов было в 4 раза меньше, чем некурящих (12,2% к 87,8%). В нашем обществе сейчас трудно найти человека, который бы не употреблял алкоголь вообще. Стараются питаться рационально 64,5% респондентов, но только у 11,0% присутствует постоянный самоконтроль над своим питанием. О том, что у них есть лишний вес, положительно ответили 22,9% молодых людей. Одним из факторов, способствующих нарушению репродуктивного здоровья, являются ИППП. Анкетирование показало, что подавляющее большинство респондентов (92,9%) знают,

какие инфекции передаются половым путём, но не все имеют представление о том, как можно предотвратить заражение. Так 44,7% молодых людей считают, что это отказ от сексуальных контактов», хотя ИППП можно заразиться и во время переливания крови, и при многократном использовании одноразового шприца. Тем не менее, выяснение отношения к медицинским осмотрам показало, что 57,2% считает их просто формальностью.

Ранее начало половой жизни стало типичным явлением среди молодежи: от 56,6% респондентов имеют опыт сексуального общения. Со вступлением в брак связывают начало половой жизни только 43,3% девушек. Большинство из них считали, что вступать в интимные отношения можно с 17-18 лет, а каждая третья была убеждена, что это можно делать и в более раннем возрасте. Увеличение количества абортов в наше время большинство 82,9% связывают с тем, что люди стали менее ответственными, а вот 4,3% респондентов считают, что у нас этой проблемы нет вообще. В случае возникновения нежелательной беременности 80,5% респондентов считают, что принимать решение о сохранении или прерывании беременности партнеры должны вместе. Самостоятельно предпочитают решать данный вопрос 14,8% учащихся и студентов, последовать совету родителей – 2,6%, а рекомендациям врача – 0,5%. Наиболее частой причиной искусственного прерывания беременности 72,9% респондентов считают материальные проблемы, 36,1% - жилищные трудности, 35,5% - нежелательную беременность, 20,1% - нарушение жизненных планов, 15,4% - «плохие семейные отношения». Сторонниками абортов являются 11,0% молодых девушек, а 18,3% считают, что это их личное дело. В тоже время к официальному запрету абортов большинство респондентов во всех группах относятся скорее отрицательно – 69,8%. Выяснение отношения к селективным абортам показало, что это играет роль для 8,5% современных молодых людей. При получении информации о РЗ и РП респонденты руководствуются советами медработников (76,8%), интернетом (15,9%), СМИ (3,8%) и помощью друзей (2,4%). Родители разговаривали о репродуктивном здоровье только с 34,1% респондентов, а 17,2% выбрали ответ «зачем, я и так всё знаю». Лишь 11,8% молодых людей отметили, что обсуждают в компании эту тему, но у 72,4% в основном интерес при общении друг с другом вызывают вопросы, касающиеся сексуальных отношений сверстников, нежелательной беременности, гендерных различий в сексуальной активности.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют с одной стороны об определенных нравственных изменениях в отношении к факторам, влияющим на РЗ и РП, с другой о недостаточной осведомленности молодежи о сохранении РЗ и методах контрацепции, способах возможного заражения ИППП, для многих характерным остаётся рискованное половое поведение. Но при этом молодёжь испытывает высокую потребность в получении достоверной информации по вопросам репродуктивного здоровья, удовлетворить которую можно совершенствованием образовательных программ в данной сфере, расширением

информационного пространства, обучением практическим навыкам сохранения и укрепления репродуктивного здоровья, своевременным и качественным консультированием молодёжи по вопросам РЗ и РП. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о необходимости непрерывного валеолого-гигиенического образования.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Жарко В.И. Об итогах работы органов и организаций здравоохранения Республики Беларусь в 2012 году и основные направления деятельности на 2013 год. / Жарко В. И. //Вопросы организации и информатизации здравоохранения, – 2014. - № 1. – с. 4-16.
2. Антонов А. И. Репродуктивное поведение и диагностика рождаемости /А. И. Антонов, В. М. Медков, А. Б. Синельников //Население России на рубеже XX-XXI веков: проблемы и перспективы. – М.,2012. – с. 157-201.

МОРФОЛОГИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ПРИ ДЕГИДРАТАЦИИ

С.Т. Гусейнова, Т.С. Гусейнов, Н.М. Меджидова, З.М. Юсупова[94]
Кафедра анатомии человека ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия

Введение. В водно-солевом режиме организма и его секреторном процессе значительное место занимают большие (околоушная , поднижнечелюстная, подъязычная) и малые (щечные, молярные, язычные, резцовые, небные, губные) слюнные железы.

Слюна выполняет многочисленные функции: 1) смачивание пищевого комка в ротовой полости; 2) разжижение пищи; 3) ферменты помогают пищеварению; 4) помощь в расщеплении пищи; 5) содержит слизь ; 6) участие в разговорной речи ; 7) очищает полость рта (гигиеническое значение).

Слюна состоит из 98,5-99,5 % воды и электролитов: Na, K, Ca, Mg, хлориды , фосфаты, бикарбонаты, йод, слизь, иммуноглобулины, альфа-амилаза, белок, птиалин и т.д.

Слюна является важным и существенным фактором регуляции и поддержки водного обмена. Уменьшение выделения слюны вызывает сухость во рту при снижении количества воды в организме и появляется жажда [1,2,3].

Ферментный состав слюны разнообразен : амилаза, мальтаза, птиалин, пероксидаза, оксидаза.

За сутки слюнные железы у человека выделяют до 2литров слюны, а различные животные по-разному. При обезвоживании уменьшается выделение слюны и как экологический фактор недостаточно изучен.

Цель работы: изучить морфологические и морфометрические параметры околоушной слюнной железы при дегидратации.

Материал и методы. На 45 белых крысах по 15 в каждой серии: контроль, дегидратация и по15 в каждой серии: контроль, дегидратация 3 и 6 суток. Обезвоживание обеспечивают путем содержания крыс на безводной диете. Использовали анатомические ,гистологические , цитологические и морфометрические методы исследования.

Результаты исследования и их обсуждения. При макро- и микроскопическом исследовании и морфометрический анализ строения малых и больших желез в условиях нормы отмечается особенности в цитологии, гландулоцитов, размерах начальных отделов долек желез, выводных протоков, топографии, миоэпителиальных клеток, кровеносных и лимфатических капилляров и сосудов. Околоушная железа состоит из мелких долек и начальных отделов — альвеол, отделенных соединительной тканью.

В зависимости от продолжительности дегидратации 3-х и 6-суток выявляются изменения в околоушной железе у белых крыс (таблица 1, размеры в мкм).

Таблица 1

Параметры строения околоушной железы	Контроль	Дегидратация 3-х суток	Дегидратация 6 суток
Длина начальных отделов желез	52± 0,1	38±0,01	32±0.01
Диаметр просвета начальных отделов желез	15±0,1	13±0,01	9±0,01
Диаметр выводных протоков	19±0,1	17±0,01	13±0,01
Диаметр гемокапилляров	6 — 9	5 — 6	4 — 5
Диаметр лимфатических капилляров	28±0,2	25±0,1	22±0,1
Форма гландулоцитов	цилиндрическая	кубическая	кубическая

Анализ таблицы 1 показывает, что при депривации воды заметно уменьшаются размеры секреторного отдела и их сосудов.

Чем длиннее сроки, тем резче выражены морфологические показатели околоушной железы.

Как указывает [4] не все вопросы морфогенеза слюнных желез достаточно изучены . Особенно в этом плане следует продолжать научные поиски о морфологических изменениях слюнных желез при дегидратации. Ибо слюнные железы являются важнейшими участниками и регуляторами водного обмена [2]. При обезвоживании происходит сморщивание начальных отделов желез в пределах 12-26% в зависимости от длительности срока обезвоживания. Уменьшаются размеры гландулоцитов.

Вывод. Дегидратация , как фактор морфогенеза , влияет на макро- и микроскопическое строение больших слюнных железы и на ее сосудистое русло .

Литература

1. Батмангхелидж Ф. Ваше тело просит воды // Минск, изд-во «Попури» 2010-208с.
2. Гусейнов Т.С. Водный баланс организма человека // Махачкала , изд.дом «Наука плюс», 2013-68с.
3. Неумывакин И.П. Вода — жизнь и здоровье (мифы и реальность) // М., 2011-128с.
4. Никитюк Д.Б., Колесников Л.Л., Шадлинский В.Б.,Б аженов Д.В., Алексеева Н.Т., Клочкова С.В. Многоклеточные железы стенок пищеварительной и дыхательной систем // Воронеж ИПЦ «научная книга», 2017-278 с.

ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ У ЧЕЛОВЕКА В ОНТОГЕНЕЗЕ

С.Т. Гусейнова, Н.М. Меджидова, П.А. Магомедова - студентка 6 курса,
Д.К. Нурмагомедова - студентка 2 курса92
Кафедра анатомии человека ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия

Актуальность. Верхнечелюстная пазуха является самой обширной воздухоносной полостью черепа. Ее зачаток образуется раньше, чем зачатки других пазух. У эмбриона 9 недель он появляется в углублении между средней и нижней носовыми раковинами. По своему развитию она отличается от других околоносовых пазух, так как окружающий ее хрящ носовой капсулы окостеневает только у отверстия, которое ведет пазуху из среднего носового хода [1 - 4].

Цель исследования: изучить строение верхнечелюстной пазухи у человека в онтогенезе.

Материалы и методы исследования. На 19 черепах различных возрастов и рентгеновских снимках с использованием анатомических, гистологических, морфологических методов исследовали анатомию черепа.

Результаты исследования. По результатам нашего исследования установлено, что формирование стенок и полости верхнечелюстной пазухи протекает гетерохронно в зависимости от возраста и прорезывания зубов.

Верхнечелюстная пазуха у лиц зрелого возраста имеет следующие стенки: 1) наружная; 2) внутренняя; 3) задняя; 4) нижняя; 5) верхняя. В литературе [1 - 4] у новорожденных и детей до 5-6 лет пишут о 3-х стенках: 1) верхняя; 2) внутренняя; 3) наружная.

Дно пазухи или нижняя стенка у детей 1-3 лет соответствует уровню прикрепления нижней носовой раковины. Усиленное формирование верхнечелюстной пазухи идет с 5-15 лет, что связано с прорезыванием зубов, развитием жевательных мышц и усиленным ростом костей лицевого черепа.

Толщина стенок пазух меняется с возрастом, их толщина уменьшается, начиная с 60 лет и далее (таблица1).

Таблица 1

Морфометрия (в мм) структур верхнечелюстной пазухи у человека в онтогенезе

Возраст	Высота пазух	Ширина пазух	Длина пазух	Толщина стенок пазух
Новорожденные	4-6	2-4	5-8	0,2
Дети 5-15 лет	12-20	15-18	18-27	0,3
Зрелые	35-41	16-21	38-41	0,6
Возраст 31-55				
Зрелый возраст 60 лет	38-44	34-36	37-39	0,7
Старческий возраст	35-41	31-33	36-38	0,5

Вывод. Таким образом, врачу необходимо знать морфометрические показатели

верхнечелюстной пазухи у человека.

Литература

1. Волков А.Г. Лобные пазухи//Ростов-на-Дону, Феникс, 2000. -512 с.
2. Гусейнов Т.С. Анатомия черепа// Махачкала, ИПЦ ДГМА, 2015. -36 с.
3. Сперанский В.С., Зайченко А.И. Форма и конструкция черепа// М.: Медицина, 1980.-280 с.
4. Шадлинский В.Б., Абдуллаев А.С., Шадлинская Р.В. Клиническая анатомия околоносовых пазух//Баку, 2017.-175 с.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА У СТУДЕНТОВ

М. В. Борисова, М.Б. Шумилович – студентки 206 гр. лечебного факультета79
Кафедра нормальной физиологии ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж, Россия
Научный руководитель – асс. Е.Н. Колесникова

Актуальность. Биологический возраст – понятие, отражающее степень морфологического и физиологического развития организма. Введение понятия «биологический возраст» объясняется тем, что календарный возраст, или как его еще называют паспортный возраст, не является достаточным критерием состояния здоровья и трудоспособности человека.

"Износ" тела не у всех людей выражен одинаково и не у всех происходит с одинаковой скоростью. Теоретически физиологическое старение организма человека и его биологический возраст должны совпадать. Если биологический возраст отстает от календарного, то это может говорить о большей продолжительности жизни, если же они равны, то идет нормальный физиологический процесс, если же календарный возраст отстает от биологического — это преждевременное старение. В случае если биологический возраст превышает календарный – это означает, что повышен риск развития сердечно-сосудистых, эндокринных заболеваний, болезней органов пищеварения и дыхания, ряда других заболеваний, и, как следствие, частые инфекции, снижение иммунитета, онкологические заболевания, ожирение, нарушение обмена веществ, атрофические изменения и преждевременное старение кожи, а также многое другое. Сейчас не редкость, когда такое самочувствие появляется у совсем молодых людей. Легко можно назвать причины, приводящие к таким состояниям - это нервно-эмоциональное перенапряжение, психическое переутомление, гиподинамия, неправильное питание, употребление алкоголя, курения и еще много причин, из-за которых мы сами вольно или невольно укорачиваем свою активную жизнь. Все составляющие здорового образа жизни влияют на биологический возраст.

Цель работы: изучить основные особенности изменения биологического возраста у студентов на разных этапах обучения в вузе.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 20 студентов 2 курса и столько же обучающихся 6 курса (из них в каждой группе было по 12 девушек и 8 юношей). Средний возраст в 1 группе составил 21,3 года, во второй группе – 23,2 года.

В работе применяли методику Апанасенко Г.Л., Попова Л.А. Она включает в себя опросник самооценки здоровья (СОЗ), и следующие показатели: артериальное давление: систолические (АДС), диастолическое (АДД) и пульсовое (АДП=АДС-АДД), жизненную емкость легких (ЖЕЛ), продолжительность задержки дыхания в секундах после глубоко вдоха (ЗДвдоха) и глубокого выдоха(ЗДвыдоха) (проба Штанге и Генча), а также статистическую

балансировку (СБ).

Для определения биологического возраста использовали формулы:

Для мужчин: БВ= 44.3+0.63хСОЗ + 0.40хАДС – 0.22хАДД – 0.22хАДП – 0.004хЖЕЛ – 0.11хЗДвдоха + 0.08хЗДвыдоха – 0.13ХСБ.

Для женщин: БВ= 17.4 + 0.82хСОЗ – 0.005хАДС + 0.16хАДД + 0.35хАДП – 0.004хЖЕЛ + 0.04хЗДвдоха – 0.06хЗДвыдоха – 0.11хСБ.

В результате получили усредненные данные учащихся второго курса:

М: АДС= 124 ;АДД= 76,5 ;АДП=52,5 ; ЖЕЛ= 3200 ;ЗД вдоха = 60 ;ЗД выдоха = 37 ;СБ = 13,5; БВ= 38; ДБВ= 29.

Ж: АДС= 108,9; АДД=74,4; АДП=34,8; ЖЕЛ= 2500; ЗД вдоха = 55 ; ЗД выдоха =27; СБ=40,6; БВ= 29,8; ДБВ= 25,2.

Таким образом, средний биологический возраст учащихся второго курса составил 29,8 и 38 лет, должный биологический возраст 29 и 25,2 лет у мужчин и женщин соответственно. Отношение БВ/ДБВ у студентов второго курса составило 1,3 у мужчин, у женщин 1,2.

Такое же исследование провели среди обучающихся 6 курса:

М: АДС= 125 ;АДД= 78,5 ;АДП=46,5 ; ЖЕЛ= 3010 ;ЗД вдоха = 52 ;ЗД выдоха = 31 ;СБ = 13,6; БВ= 44; ДБВ= 32.

Ж: АДС= 118,9; АДД=78,2; АДП=40,7; ЖЕЛ= 2420; ЗД вдоха = 53 ; ЗД выдоха =24; СБ=39,6; БВ= 36,8; ДБВ= 29,8.

Отношение БВ/ДБВ у студентов шестого курса составило 1,4 у мужчин, а у женщин 1,3.

Выводы. Таким образом, можно сделать вывод, что отношение биологического возраста к должному биологическому возрасту у студентов 6 курса выше, чем у учащихся 2 курса, что свидетельствует об ускорении темпов постарения организма за 4 года обучения. Главным образом, это обусловлено повышенным уровнем стресса, испытываемым студентами на протяжении всего периода многолетнего обучения, а также психическим переутомлением и несбалансированным образом жизни. Чтобы минимизировать влияние этих негативных факторов на организм, рекомендуется придерживаться основных рекомендаций по ведению здорового образа жизни, а именно: избегать гиподинамии, чрезмерных умственных и психо-эмоциональных нагрузок, отказаться от вредных привычек, сбалансировать режим труда и отдыха.

ВЛИЯНИЕ СВОЕВРЕМЕННОЙ КОРРЕКЦИИ ФАКТОРОВ РИСКА НА БИОЛОГИЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ СТУДЕНТОВ

В. О. Джуганова – студентка 206 гр. лечебного факультета92

Кафедра нормальной физиологии ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж, Россия

Научный руководитель – асс. Е.Н. Колесникова

Актуальность. Студенты - это особая группа людей, которая подвержена повышенному умственному и психоэмоциональному воздействиям. Так, по данным комитета экспертов Всемирной организации здравоохранения установлено, что у студентов на первых этапах обучения увеличивается число функциональных нарушений сердечно-сосудистой, нервной и эндокринной систем, которые являются следствиями дезадаптации, напряжения компенсаторно-адаптационных систем организма, обусловленных изменением условий жизни, обучения, высокой суммарной учебной нагрузкой, новизной и сложностью материала.

Все это непосредственно влияет на показатель биологического возраста, который определяется совокупностью обменных, функциональных и регуляторных особенностей. В большинстве случаев биологический возраст редко совпадает с календарным, вследствие того, что организм, как «машина», изнашиваясь, перестает работать должным образом.

С целью увеличения продолжительности жизни нужно проявлять максимальную заботу о своем организме при его эксплуатации, при этом стараясь скорректировать потенциально опасные для здоровья факторы. Полноценное питание, здоровый сон, душевное спокойствие, умеренные физические нагрузки - вот главные факторы, которые позволяют нормально функционировать организму за счет стабилизации процессов на уровне клетки, тканей, целого организма.

Цель работы: опытным путем доказать роль своевременной коррекции потенциально опасных для здоровья факторов на биологический возраст обучающихся.

Материалы и методы исследования. В ходе работы было обследовано 20 студентов 6 курса (из них 12 девушек и 8 парней) в возрасте 22-23 лет в процессе коррекции факторов риска в динамике. Разность между исследованиями составила 6 месяцев.

В работе применяли методику Апанасенко Г.Л., Попова Л.А. Она включает в себя опросник самооценки здоровья (СОЗ), а также измерение главных показателей жизненно важных функций, к которым относят артериальное давление: систолические (АДС), диастолическое (АДД) и пульсовое (АДП=АДС-АДД), жизненную емкость легких (ЖЕЛ), продолжительность задержки дыхания в секундах после глубоко вдоха (ЗДвдоха) и глубокого выдоха(ЗДвыдоха) (проба Штанге и Генча), а также статистическую балансировку (СБ).

Для определения биологического возраста использовали формулы:

Для мужчин: БВ= 44.3+0.63хСОЗ + 0.40хАДС – 0.22хАДД – 0.22хАДП – 0.004хЖЕЛ – 0.11хЗДвдоха + 0.08хЗДвыдоха – 0.13ХСБ.

Для женщин: БВ= 17.4 + 0.82хСОЗ – 0.005хАДС + 0.16хАДД + 0.35хАДП – 0.004хЖЕЛ + 0.04хЗДвдоха – 0.06хЗДвыдоха – 0.11хСБ.

Результаты исследования. В результате, при первоначальном обследовании студентов, были получены следующие данные:

Мужчины: АДС= 125 ;АДД= 78,5 ;АДП=46,5 ; ЖЕЛ= 3010 ;ЗД вдоха = 52 ;ЗД выдоха =

31; СБ = 13,6; БВ= 44; ДБВ= 32.

Женщины: АДС= 118,9; АДД=78,2; АДП=40,7; ЖЕЛ= 2420; ЗД вдоха = 53 ; ЗД выдоха =24; СБ=39,6; БВ= 36,8; ДБВ= 29,8.

Отношение БВ/ДБВ у студентов при первоначальном исследовании составило 1,4 у мужчин, а у женщин 1,3. Индекс БВ/ДБВ >1 свидетельствуют о большей по сравнению с календарным возрастом степени постарения организма. Далее был провден сбор анамнестических данных, который позволил выявить наличие у некоторых обследованных уже имеющихся хронических неинфекционных заболеваний и у всех обследованных немалое количество факторов риска их развития.

С целью коррекции выявленных факторов риска, всем обследуемым были даны индивидуальные рекомендации, которые включали в себя полный отказ от курения, изменение питания (дробно, малыми порциями 4-6 раз в день), нормализацию сна (не менее 6-7 часов в сутки) и обязательные физические нагрузки (минимум 30 минут ходьбы ежедневно).

Полученных рекомендаций студенты придерживались на протяжении 6 месяцев, после чего им было проведено повторное аналогичное исследование тех же показателей. При обследовании через 6 месяцев, с учётом проведенной коррекции факторов риска, были получены следующие результаты:

Мужчины: АДС= 119 ;АДД= 75 ;АДП=44 ; ЖЕЛ= 3120 ;ЗД вдоха = 54 ;ЗД выдоха = 33; СБ = 13,6; БВ= 41; ДБВ= 32.

Женщины: АДС= 118; АДД=72; АДП=46; ЖЕЛ= 2490; ЗД вдоха = 54 ; ЗД выдоха =26; СБ=39; БВ= 36,2; ДБВ= 29,8.

Отношение БВ/ДБВ у студентов после коррекции факторов риска составило 1,3 у мужчин, а у женщин 1,2.

Выводы: полученные данные свидетельствуют о заметном улучшении основных показателей и уменьшении индекса БВ/ДБВ после индивидуальной коррекции факторов риска. Следовательно, своевременное их выявление и активное воздействие на них может предупредить преждевременное постарение организма, а значит, и предотвратить развитие хронических заболеваний и их серьёзных осложнений.

ВЛИЯНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ НА РИТМИЧЕСКУЮ АКТИВНОСТЬ МОЗГА СПОРТСМЕНОВ РАЗНЫХ ВИДОВ СПОРТА

Р.М. Беридзе – студент 327 гр. лечебного факультета,
Е.Ю. Давидовская – студентка 327 гр. лечебного факультета
Кафедра нормальной физиологии УО "Гомельский государственный медицинский университет", г. Гомель, Республика Беларусь
Научный руководитель - асс. А.А.Жукова

Актуальность. Установление зависимости между показателями спектрального анализа вегетативной регуляции и ритмами мозговой активности спортсменов разных видов спорта может явиться важным информативным источником для стимулирования спортивных результатов.

Цель исследования. Найти зависимость между показателями спектрального анализа вегетативной регуляции и биоэлектрической активности мозга спортсменов разных видов спорта.

Материалы и методы исследования. Обследование спортсменов высшей категории четырех видов спорта: плавания, легкой атлетики, велоспорта и вольной борьбы, проводилось с помощью программно-аппаратного комплекса «Омега-С». Обследование в течение тренировочного цикла проводилось путем записи ЭКГ в 1-м стандартном отведении. Для оценки функционального состояния спортсменов учитывались спектральные показатели вегетативной регуляции и показатели спектральной мощности мозговой активности.

Результаты исследования. Анализ биоэлектрической активности мозга спортсменов выявил обратную корреляционную зависимость между дельта- и бетта-ритмами. У представителей велоспорта и вольной борьбы отмечается наибольшая мощность дельта-ритма и более низкая активность бета- и альфа-ритмов. Активность дельта-ритма увеличивается при высокой доле участия парасимпатической составляющей (HF). У представителей легкой атлетики и плавания активность высокочастотных бета- и альфа-ритмов на 10-15% больше, чем в других исследуемых группах. Преобладание бетта-ритма отмечается при усилении влияния симпатического контура регуляции (LF).

Выводы. Для спортсменов высшей квалификации, занимающихся велоспортом и вольной борьбой, увеличение активности мозга в дельта-ритме характеризуется преобладанием парасимпатического тонуса вегетативной регуляции. У представителей плавания и легкой атлетики имеется прямая корреляционная зависимость между активностью мозга в бета-диапазоне и преобладанием симпатического контура регуляции.

КРИТЕРИИ ВЫБОРА ВИДА КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

М.А. Андала – студент 1429 гр. лечебного факультета,
Е. Д. Бойко– студент 1431 гр. лечебного факультета86
Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии
УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь
Научный руководитель - к.м.н., доц. П.В. Маркауцан

Актуальность. Патология сердечно-сосудистой системы (ССС) является ведущей в структуре смертности населения развитых стран мира. По данным ВОЗ подавляющее число смертельных случаев в мире вызваны такими сердечно-сосудистыми заболеваниями, как инфаркт головного мозга (2,5 млн. смертей в год) и ишемическая болезнь сердца (ИБС) (2,3 млн. смертей в год) [1] . Сегодня одним из самых эффективных методов хирургического лечения ИБС является шунтирование коронарных артерий, позволяющее значительно улучшить качество жизни пациентов.

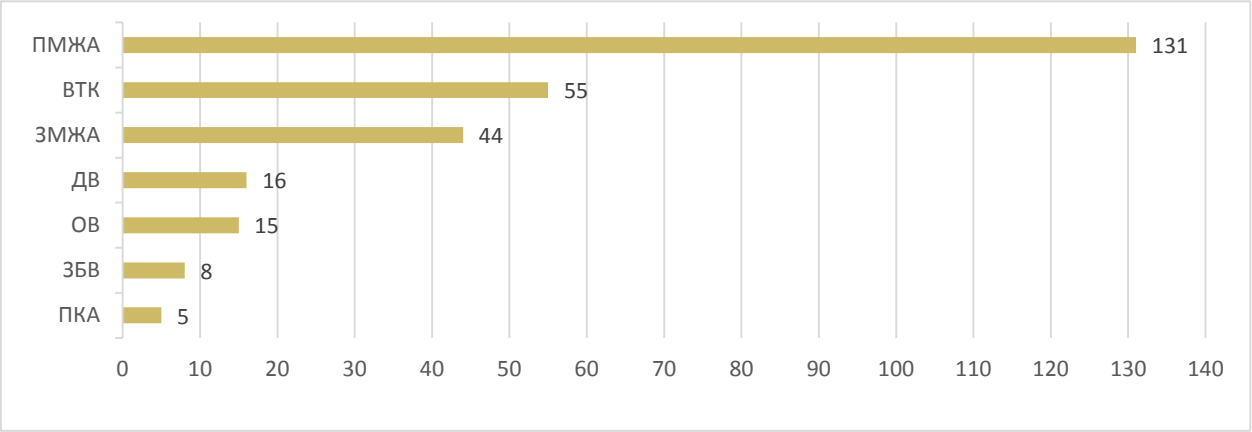
Цель.установить критерии выбора вида коронарного шунтирования: аортокоронарного шунтирования (АКШ) и маммарокоронарного шунтирования (МКШ).

Материалы и методы. Выполнено проспективное исследование, включающее в себя анализ историй болезней 136 пациентов разного пола и возраста, проходивших стационарное лечение в кардиохирургическом отделении УЗ «9-я городская клиническая больница» г. Минска за 2016 год.

Результаты исследования. В результате проведенного исследования проанализированы истории пациентов кардиохирургического отделения, которым была выполнена операция шунтирования коронарных артерий. 83% (n=113) выборки составили пациенты мужского пола в возресте от 36 до 81 года, средний 61,1 года, 17% (n=23) - женского в возрасте от 46 до 78 лет, средний возраст 67,2 года.

Критерием выбора проведения МКШ явилась патология передней межжелудочковой артерии (ПМЖА). Операция МКШ была выполнена 30 (22%) пациентам. 106 (78%) пациентам была выполнена операция АКШ+МКШ, критерием выбора которой явилась патология не только ПМЖА, но и других коронарных артерий. Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1.*Частота шунтирования коронарных артерий (ВТК - ветвь тупого края, ЗМЖА - задняя межжелудочковая артерия, ДВ - диагональная ветвь, ОВ - огибающая ветвь, ЗБВ -заднебоковая ветвь, ПКА - правая коронарная артери)*



В (98,5%) случаев накладывался анастомоз ЛВГА – ПМЖА, лишь в 2-ух операциях шунтирования (1,5%) ПВГА – ПМЖА и БПВ – ПМЖА.

Использование ВГА как кондуита в абсолютном большинстве случаев при операциях шунтирования коронарных артерий обосновывается рядом её важнейших преимуществ:

- ✓ соответствие диаметров внутренней грудной и коронарной артерии;
- ✓ анастомоз накладывают между артериальными тканями;
- ✓ накладывается только один анастомоз, и отпадает необходимость наложения проксимального анастомоза;
- ✓ внутренняя грудная артерия редко поражается атеросклерозом или спазмируется;
- ✓ отсутствие клапанов (в отличии от БПВ);
- ✓ тонус хорошо контролируется медикаментозно.

Комбинация уникальной биологии ВГА и хорошего оттока по ПМЖА обеспечивает чрезвычайно длительную нормальную функцию этого шунта. [2]

106 (78%) пациентам была выполнена операция АКШ+МКШ, где в качестве кондуитов была использована большая подкожная вена (БПВ) помимо ВГА. БПВ обладает меньшими потенциальными возможностями нормальной функции в отличие от артериальных кондуитов, т.к. в процессе артериализации способен к склерозу и раннему развитию атеросклероза, однако из-за доступности, относительной простоты забора и многосторонности в использовании остаётся наряду с ВГА основным кондуитом при коронарном шунтировании.

Выводы. Проанализировав частоту шунтирования различных коронарных артерий, можно утверждать, что чаще всего поражается ПМЖА. Благодаря своим значительным преимуществам ВГА является наиболее оптимальным вариантом выбора для шунтирования ПМЖА. При необходимости шунтирования нескольких коронарных артерий (помимо ПМЖА) прибегают к использованию аутовенозных кондуитов (БПВ), несмотря на их значительно меньшие потенциальные возможности нормального функционирования в отличие от артериальных кондуитов.Аутоартериальные кондуиты используются реже из-за определённых затрат времени для забора, а также возможных послеоперационных осложнений.

Литература:

4.http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/deaths-attributable-to-unhealthy-environments/ru/

ОСОБЕННОСТИ АНАТОМИИ ПУПОЧНОЙ И ОКОЛОПУПОЧНЫХ ВЕН

М. А. Круподёрова – молодой учёный

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

УО БГМУ, г. Минск, Республика Беларусь

Научный руководитель – асс. Д. М. Гордионок

Актуальность. В современной медицине пупочная вена используется в детской реанимации и неонатологии у детей в течение первых 2-3 недель жизни в качестве основного центрального венозного доступа для проведения инфузионной терапии. У взрослого человека она может быть разбужирована с целью выполнения внебрюшинной трансумбиликальной портогепатографии и манометрии для диагностики портальной гипертензии. У пациентов с данным синдромом специфическим признаком является спонтанная реканализация пупочной и околопупочных вен, образующих портокавальные анастомозы.

Цель исследования. Изучить особенности топографии пупочной и околопупочных вен, определить их роль в коллатеральном кровотоке, а также визуализировать реканализацию данных сосудов при развитии портальной гипертензии.

Материалы и методы исследования. В ходе исследования отпрепарирована висцеральная поверхность, серповидная и круглая связки 8-и нативных макроскопических образцов печени взрослых пациентов, умерших в возрасте от 18 до 60 лет от патологий, не связанных с заболеваниями гепатобилиарной системы. Также изучены изображения органов брюшной полости и забрюшинного пространства, полученных методом СКАТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства в венозной фазе, 30 пациентов с синдромом портальной гипертензии, госпитализированных в отделение портальной гипертензии УЗ «9 ГКБ» г. Минска в 2016 году.

Результаты исследования. На 8-и нативных макроскопических образцах отпрепарирована висцеральная поверхность печени: пупочная вена в круглой связке печени (ligamentum teres hepatis), идущей от пупка вверх и назад и располагающейся в передней части левой продольной борозды, венозный проток (ductus venosus), занимающий заднюю часть данной борозды, нижняя полая вена (vena cava inferior), проходящая в задней части правой продольной борозды; область ворот печени и серповидная связка печени (ligamentum falciforme hepatis).Пупочная вена впадает в левую ветвь воротной вены (ramus sinister venae portae), предварительно образуя расширение, называемое пупочно-портальным переходом или пупочным заворотом (recessusum bilicalis).

На всех макроскопических препаратах в серповидной и круглой связках печени выявлены сосуды, получившие название околопупочных вен. Данные вены разделены на 3 группы. В мембранозной части серповидной связки печени залегает верхняя группа вен Sappey (vv. Paraumbilicales Sappey superiores), обеспечивающая венозный отток от средней части диафрагмы и впадающая в ветви воротной вены в паренхиме печени. Нижняя группа вен Sappey (vv. Paraumbilicales Sappey inferiores) проходит в жировой части серповидной связки печени, направляясь от области пупка к щели круглой связки печени. А в толще круглой связки печени залегает 3-я группа околопупочных вен (вены Burrow), идущая от пупка совместно с пупочной веной и впадающая в неё в средней трети.

Кроме этого, на 8-и макроскопических образцах печени была проведена морфометрия исследуемых сосудов. Длина пупочной вены составила 95–145 мм, околопупочных вен – 42–73 мм. Наружный диаметр пупочно-портального перехода – 8–9 мм, средней трети пупочной вены – 4–5 мм, нижней трети – 1–3 мм, околопупочных вен – 1–2 мм.На основании полученных результатов проведенных измерений пупочной вены наибольший диаметр выявлен в области пупочного заворота и составил 8–9 мм.

В процессе препарирования выявлено участие околопупочных вен в образовании портокавальных анастомозов. Верхняя группа вен Sappey анастомозирует в области нижней поверхности средней части диафрагмы с нижними диафрагмальными венами из системы нижней полой вены. Вены нижней группы совместно с венами Burrow образуют анастомозы с подкожными венами живота в области пупка, способствующие формированию симптома «голова медузы» при развитии портальной гипертензии, а также вдоль задней стенки влагалища прямой мышцы живота с верхними и нижними надчревными венами из систем верхней и нижней полых вен соответственно.

У пациентов с синдромом портальной гипертензии специфическим признаком является компенсаторная спонтанная реканализация пупочной и околопупочных вен.Это было выявлено на всех изображениях органов брюшной полости и забрюшинного пространства, полученных методом СКАТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства в венозной фазе, 20-и взрослых пациентов с данным синдромом: изучаемые сосуды дилатированы на всем протяжении от области пупка до ворот печени.

Выводы. Пупочная вена впадает в левую ветвь воротной вены, предварительно образуя расширение, называемое пупочно-портальным переходом и имеющее наибольший диаметр – 8–9 мм. Околопупочные вены разделены на 3 группы: верхние и нижние группы вен Sappey, пересекающие серповидную связку печени; вены Burrow, залегающие в толще круглой связки печени и непосредственно впадающие в пупочную вену.Пупочная и околопупочные вены играют роль в коллатеральном кровотоке, участвуя в образовании портокавальных анастомозов, и способствуют формированию специфического симптома «голова медузы» при

развитии портальной гипертензии.СКАТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства – доступный и информативный инструментальный метод, применяющийся для диагностики портальной гипертензии.

АНЕВРИЗМЫ ИНФРАРЕНАЛЬНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ

Д.С. Комарова - студентка 512 гр. леч. фак-та,
А.В. Валиулин - студент 511 гр. леч. фак-та 77
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии
ФГБОУ *ВО ИГМУ* Минздрава России, *г. Иркутск, Россия*
Научный руководители – к.м.н., доц. А.Г. Макеев, к.м.н., доц. О.П. Галеева

Актуальность. Актуальность данной проблемы обусловлена тем, что аневризмы брюшной аорты могут длительное время существовать без каких-либо серьезных симптомов. В то же время существует высокий риск различных осложнений.

Цель. Проанализировать варианты и исходы лечения пациентов с аневризмой инфраренального отдела аорты в зависимости от её размеров.

Материал и методы. Проведен катамнез результатов хирургического лечения 60 пациентов с аневризмой инфраренальнго отдела аорты. Из них 54 (90,0%) мужчины и 6 (10,0%) женщины (pF<0,000). Средний возраст составил 62±7,7 лет. Этиологическим фактором в развитии аневризм был во всех случаях атеросклероз. По размеру истинного диаметра аорты (ИДА) больные разделены на три группы. В первую группу вошли пациенты с большими аневризмами брюшной аорты (ИДА >7 см) – 39 (65,0%), во вторую - с аневризм средних размеров (ИДА 5-7 см) – 9 (15,0%) и в третью с малым размером (ИДА до 5 см) – 12 (20,0%). По классификации А.В. Покровского (1968 г.) инфраренальные аневризмы II типа (изолированное расширение инфраренального отдела аорты) в первой группе встречались в 18 (53,8%) случаях, во второй в 3 (33,3%), и в третьей в 3 (25%). III типа аневризмы (расширение инфраренальной аорты с вовлечением общих подвздошных артерий) встречались в 21 (46,2%), 6 (66,7%) и 9 (75,0%) случаях соответственно. В плановом порядке оперативное лечение выполнено 45 (75,0%) пациентам, в экстренном в связи с разрывом и расслоением аорты – 15 (25,0%). Среднего размера аневризмы осложнились разрывом и расслоением, требующего экстренного хирургического вмешательства в 9 случаях (100,0%), малые в 6 (50,0%). Пациенты с большими аневризмами в 100 % случаев получали плановую хирургическую помощь. Статистическая обработка результатов произведена с помощью пакета программ Statistica 7.0 for Windows. Определение значимости различий полученных данных (p) в сравниваемых группах проведено с помощью точного метода Фишера. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимался равным 0,05.

Результаты исследования. Летальные исходы при операциях по поводу аневризмы инфраренального отдела аорты наблюдались у 16 пациентов (26,7%). В группе пациентов с большими аневризмами они наблюдались в 6 (15,4%) случаях, в группе аневризм средних размеров – в 7 (77,8%) и в группе аневризм малых размеров у 5 (41,7%). Причинами смерти в первой группе были ятрогенная перфорация сигмовидной кишки – 1 и перфорация язвы ДПК – 1 с развитием разлитого гнойного перитонита, инфекция сосудистого протеза с протезным сепсисом – 1 , острая сердечно-сосудистая недостаточность на фоне массивной кровопотери. Во второй группе острая сердечно-сосудистая недостаточность на фоне острой кровопотери – 7 (100%). В третьей – тромбоз нижней брыжеечной артерии с последующим некрозом левой половины толстой кишки и разлитым гнойным перитонитом –1 , острая сердечно-сосудистая недостаточность на фоне кровотечения – 3.

Выводы:

1. Наиболее частой причиной развития аневризм инфраренального отдела аорты после 50 лет является атеросклероз (pF<0,000).
2. Аневризмы II и III типов встречаются одинаково часто при больших и средних их размерах, при малых – преобладают аневризмы III типа (pF<0,04).
3. В структуре плановых операций при аневризмах инфраренального отдела аорты преобладают пациенты с большими размерами аневризмы (pF<0,000).
4. Пациенты с аневризмами малых и средних размеров инфраренальной аорты реже обращаются для лечения в специализированные сосудистые отделения. У них чаше развивается расслоение и разрыв аневризмы, требующие экстренного оперативного вмешательства. Соответственно, летальность при выполнении хирургического лечения выше в группе со средними и малыми аневризмами в отличие от группы с большими аневризмами.

АТЕРОСКЛЕРОЗ СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

А.В. Валиулин - студент 511 гр. леч. фак-та,
Д.С. Комарова - студентка 512 гр. леч. фак-та 76
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии
ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России, *г. Иркутск, Россия*
Научный руководители – к.м.н., доц. А.Г. Макеев, к.м.н., доц. О.П. Галеева

Актуальность. Атеросклероз является одной из наиболее распространенных болезней современности. Он и его основные осложнения продолжают лидировать в структуре заболеваемости и смертности западных стран и России.

Цель: изучить закономерности поражения сосудистого русла при хронической ишемии нижних конечностей (ХИНК) у больных атеросклерозом.

Материал и методы: проведен анализ 120 пациентов, находившихся на лечении в отделении сосудистой хирургии по поводу хронической ишемии нижних конечностей атеросклеротического генеза. Из них 104 (86,7%) - мужчины и 16 (13,3%) – женщин (pF=0,0000). Средний возраст составил 58 (52-68) лет. В зависимости от стадии ХИНК по классификации Р. Фонтейна – А.В. Покровского (1979 г.) все пациенты разделены на три группы. В первую группу вошли пациенты со 2б степенью ХИНК – 84 (70,0%), во вторую – с 3 степенью ХИНК 15 (12,5%), в третью - с 4 степенью ХИНК – 21 (17,5%).

Результаты исследования. Средний возраст при ХИНК 2б степени составил 58 (53-63) лет, при 3 степени – 62 (56-69) лет, при 4 степени – 54 (45-59) лет (R_S=0,2, p<0,05). Поражение аорто-подвздошного сегмента встречалось в 1-ой группе у 67 (79,8%), во 2-ой группе у 12 (80,0%), в 3-й – 9 (42,9%). Бедренный артериальный сегмент поражался в 1-ой группе у 51(61,7%), во 2-ой - у 14 (93,3%), в 3-ей у - 7 (33,3%). Поражения подколенно-берцового артериального сегмента наблюдалось в 1-ой группе у 31 (36,9%), во 2-ой – 7 (46,7%), в 3-ей – 16 (76,2%). Односторонние поражения артериального русла встречались в 1-ой группе у 9 (10,7%), во 2-ой у 2 (13,3%), в 3-ей у 7 (33,3%). Двухсторонние поражения в 1-ой группе наблюдались у 75 (89,3%), во 2-ой у 13 (86,7%), в 3-ей у 14 (66,7%). Одноэтажные поражения артериального русла в 1-ой группе были у 27 (32,1%), во 2-ой у 1 (6,7%), в 3-ей – у 12 (57,1%). Двухэтажные – в 1-ой группе – у 43 (51,2%), во 2-ой – у 12 (80,0%), в 3-ей у 7 (33,3%). Трёхэтажные в 1-ой группе – у 14 (16,7%), во 2-ой – у 2 (13,3%), в 3-ей – у 2 (9,5%). Из сопутствующей патологии артериальная гипертензия наблюдалась в 1-ой группе у 61 (72,6%), во 2-ой – у 12 (80,0%), в 3-ей – у 10 (47,6%). Ишемическая болезнь сердца в 1-ой – у 37 (44,0%), во 2-ой – у 9 (60,0%), в 3-ей у – 8 (38,1%). Хроническая сосудисто-мозговая недостаточность (ХСМН) в 1-ой группе – 36 (42,9%), во 2-ой – у 12 (80,0%), в 3-ей у 7 (33,3%). Статистическая обработка результатов произведена с помощью пакета программ Statistica 7.0 for Windows. Определение значимости различий полученных данных (p) в сравниваемых группах проведено с помощью точного метода Фишера. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимался равным 0,05.

Выводы:

1. В более молодом возрасте ХИНК протекает более тяжело (RS=0,2, p<0,05).

2. Подвздошно-бедренный артериальный сегмент поражается чаще у больных с 2б и 3 степенями ХИНК в отличие от пациентов с 4 степенью, у которых поражается чаще подколенно-берцовый сегмент (pF<0,05).

3. Одноэтажные поражения чаще встречаются при 4 степени ХИНК, двухэтажные - при ХИНК 2б и 3 степени, трехэтажные не имели зависимости от степени ХИНК (pF<0,05).

4. Артериальная гипертензия превалирует при 2б степени ХИНК и двухстороннем поражении нижних конечностей, вне зависимости от этажности поражения артериального русла (pF<0,05).

5. Сочетание ИБС и ХСМН наблюдается чаще у больных с многоэтажными поражениями артерий нижних конечностей.

ПОВРЕЖДЕНИЯ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ

А.В. Валиулин - студент 511 гр. леч. фак-та,
Д.С. Комарова- студентка 512 гр. леч. фак-та *92*
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии
ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России, *г. Иркутск, Россия*
Научный руководители – к.м.н., доц. А.Г. Макеев, к.м.н., доц. О.П. Галеева

Актуальность. Одной из сложных и актуальных проблем современной неотложной хирургии является лечение пострадавших с ранениями магистральных сосудов. Массивная кровопотеря, асфиксия, воздушная эмболия, обусловленные повреждением магистральных сосудов; сочетанное повреждение полых органов определяют прогрессирующую дестабилизацию жизненно важных функций организма, тяжесть состояния и высокую летальность данной категории раненых.

Цель: провести эпидемиологический анализ повреждений магистральных сосудов.

Материал и методы. Проведен анализ результатов хирургического лечения 117 пострадавших с травмой магистральных сосудов. Из них 108 (92,3%) мужчины и 9 (7,7%) женщины (pF<0,000). Возраст составил от 15 до 70 лет (средний 32±5,7). 97 (83,0%) составили лица трудоспособного возраста. У большинства больных имели место явления геморрагического шока различной степени тяжести - 105 (90,0%). По типу ранения колото-резанные встречались у 108 (93%), огнестрельные у 3 (2,4)% и закрытые повреждения у 4 (3,6)%. Изолированные сосудистые повреждения встречались у 92 (78,6%), сочетанные – у 24 (20,5%), комбинированные – у 1 (0,9%) пострадавших. По типу повреждённого сосуда изолированное повреждение артерии либо вены наблюдалось у 41 (35,4%) и 59 (50,1%), сочетанное повреждение артерии и вены, либо артерии, вены и нерва у 12 (10,3%) и 5 (4,3%) больных соответственно. По областям тела травма сосудов шеи диагностирована у 26 (22,2%), грудной клетки у – 1 (0,9%), живота и таза у – 33 (28,2%), верхней конечности у – 21 (17,9%), нижней конечности у 36 (30,8%). Среди сосудов шеи общая сонная артерия – 4 (15,4%), наружная сонная артерия – 2 (7,7%), внутренняя ярёмная вена – 12 (46,1%), наружная ярёмная вена у 2 (7,7%). Из сосудов живота и таза повреждения аорты были у 2 (6,25%), верхней брыжеечной артерии 2 (6,25%), почечной артерии у 1 (3,0), подвздошной артерии у 2 (6,25%), нижней полой вены у 7 (21,9%), верхней брыжеечной вены 2 (6,25%), воротной вены у 2

(6,25%), почечной вены у 1 (3,0%), подвздошной вены у 10 (31,3%). На верхней конечности: травма подключичной артерии было в 4 (19,0%), плечевой артерии в 12 (57,2%), локтевой артерии в 4 (19,0%), плечевой вены в 1 (4,8%) случаях. На нижней конечности: бедренной артерии в 20 (50,7%), подколенной артерии в 1 (2,9%), бедренной вены в 13 (37,1%), подколенной вены в 1(2,9%) случаях. Всем пациентам выполнено экстренное хирургическое вмешательство: лигирование сосуда как окончательная операция – 25 (21,4%), наложение бокового сосудистого шва – 54 (46,2%), наложение циркулярного сосудистого шва – 13 (11,0%), реконструктивно-восстановительная операция с применением сосудистых протезов – 25 (21,4%). Статистическая обработка результатов произведена с помощью пакета программ Statistica 7.0 for Windows. Определение значимости различий полученных данных (p) в сравниваемых группах проведено с помощью точного метода Фишера. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимался равным 0,05.

Результаты. Ампутация конечности в раннем послеоперационном периоде выполнена 2 (2,0%) пациентам. Летальный исход был у 4 (3,2%) пострадавших на фоне декомпенсированного геморрагического шока.

Выводы:

1. Травма магистральных сосудов мирного времени чаще наблюдается у лиц молодого, трудоспособного возраста (pF<0,000).
2. Преобладают в структуре травматизма колото-резанные изолированные повреждения сосудов (pF<0,000).
3. Чаще наблюдается изолированное повреждение вены либо артерии в сравнении с сочетанными повреждениями артерии и вены, или артерии, вены и нерва (pF<0,000).
4. Наиболее часто имеет место травма внутренней ярёмной вены на шее, нижней полой вены в животе, плечевой артерии на верхней конечности и бедренных сосудов на нижней конечности.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АКТИНОМИКОЗА КОЖИ

К.М. Гаджимурадова – студентка 510 группы лечебного факультета *90*

Кафедры патологической анатомии и кожных и венерических болезней

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия

Научный руководитель - к.м.н., доц. Б.Г. Магомедгаджиев

Впервые посев возбудителя актиномикоза осуществил М.И.Афанасьев в 1888 году, а D. Bollinger дал название «актиномикоз». На коже человека в большом количестве находятся микроорганизмы, составляющие её биоценоз. Некоторые из них являются условно-патогенными, и активизируются они при определённых условиях, вызывая инфекционные заболевания. Так актиномицеты колонизируют в организме человека на коже, слизистых оболочках полости рта,желудочно-кишечного тракта, лёгких.

В процессе развития заболевания актиномикоза существенную роль играет сопутствующая анаэробная и аэробная флора, которая выделяя ферменты (напримергиалуронидазу), разрушает соединительнотканные волокна и способствует распространению актиномицетов. Эти сопутствующие микроорганизмы вызывают гноеродные процессы в очаге поражения, существенно искажая клиническую картину заболевания. Проникновению возбудителей из окружающей среды способствует ряд экзогенных фактов: удаление зуба, нарушение целостности кожного покрова и слизистой оболочки. Эндогенному распространению способствует гематогенный, лимфогенный пути и контактный в местах соприкосновения.

В развитии заболевания отмечают три стадии: инфильтративная, абсцедирования и свищевая. Для первой стадии характерно образование гранулемы – актиномикомы, окруженной капсулой. В ее состав входят соединительно-рубцовые тяжи, лейкоциты, гигантские клетки. Образование абсцессов знаменует переход во вторую стадию, а вскрытие свища третью. Именно в двух последних стадиях можно идентифицировать возбудитель в форме нитей актиномицета – друзов. Поражение кожи при актиномикозе, как правило, вторично. Инфильтрат при этом имеет деревянистую плотность, синюшно-бардовый цвет. Эфлоореценции могут походить на коккцидоидоз кожи и язвенно-вегетирующую пиодермию. Первично-кожный актиномикоз манифестирует папулезным элементом в гиподерме, который прогрессирует по периферии, образуя бляшку деревянистой плотности. При первичном актиномикозе кожи пациент жалоб, как правило, не предъявляет, а при вторичном субъективные ощущения определяются основным очагом поражения.

Дифференциальную диагностику следует проводить с туберкулезной волчанкой, для которой патогномоничным является симптом «яблочного желе» при витропрессии. В

обосновании диагноза актиномикоза должен присутствовать положительный результат микроскопического анализа, при котором обнаружены друзы возбудителя заболевания.

В терапию актиномикоза входит комплекс мероприятий: специфическая терапия актинолизатом, противовоспалительная, антибактериальная (направленная на сопутствующую флору), витаминотерапия и местные хирургические вмешательства. Курсы актинолизата проводят несколько раз с интервалом 30 дней, инъекции вводят два раза в неделю внутримышечно по 3 мл (на курс 20-25 процедур).

Приводим наши наблюдения.

1. Первый случай: мужчина Б. 22 лет с жалобами на слегка болезненное уплотнение в области шеи с левой стороны. Болеет в течение четырёх месяцев, когда обнаружил там плотное образование. Шесть месяцев назад перенёс перелом нижней челюсти с левой стороны. Пациент обратился в поликлиническое отделение РКВД. При микроскопии клинического материала из очага поражения, окрашенного по Граму, обнаружены нити актиномицетов. С диагнозом актиномикоз кожи больной госпитализирован в кожное отделение РКВД. Объективно: процесс локализован в левой подчелюстной области и представлен двумя вытянутыми лентовидными инфильтратами синюшно-красного цвета. Нижний из них вскрылся двумя свищевыми ходами с гнойным отделяемым.

Общее самочувствие пациента удовлетворительное.

Лабораторные исследования. Анализ крови: Нв 146 г/л, СОЭ 10 мм в час, л $6,6x10^9$/л; э $5,1x10^{12}$/л. Биохимическое исследование крови: АСТ 19 Е/л, АЛТ 20 Е/л, билирубин 16,4 мкмоль/л,тимоловая проба 2,4ЕД, глюкоза крови 5,2 ммоль/л, холестерин 5,0 мкмоль/л, СРБ отрицательный, билирубин общий 9,0 мкмоль/л. Антитела к ВИЧ не обнаружены.

Общий анализ мочи в пределах нормы. Произведён посев отделяемого на питательную среду. Микроскопия выросшей культуры, окрашенной по Граму, позволила идентифицировать нити актиномицетов.

Диагноз. Шейно-лицевая форма актиномикоза.

Лечение.

5% витамин B_6 по 1 мл внутримышечно, доксициклин по 0,1 г 2 раза в сутки, бисептол 960 мг (2 таб) 3 раза в сутки, аскорутин 0,1 3 раза в сутки, актинолизат по 3 мл внутримышечно 2 раза в неделю 20 инъекций, трентал по 0,1 г 3 раза в сутки, аутогемотерапия №8; наружно раствор фукорцина 2 раза в день.

После проведенного курсалеченияне отмечается гнойного отделяемого в очаге поражения, однако инфильтрат сохраняется.Больному рекомендован перерыв в один месяц и повторный курс актинолизата внутримышечно 2 раза в неделю №20.

2. Приводим наше второе наблюдение: больная Ш., 11 лет, поступил в ГБУ РД РКВД с жалобами на инфильтраты в области шеи, которые появились 6 месяцев назад. Через 2 месяца

после появления экзантем обратилась к хирургу, - который вскрыл и дренировал узлы, проводил антибиотикотерапию, наружно назначил ихтиоловую мазь. Однако, улучшения не отмечалось и пациентка была направлена в отделение детской хирургии ГБУ РД ДРКБ, откуда, после осмотра специалистами, больная перенаправлена к дерматологам.

Объективно: общее состояние больной удовлетворительное. Кожный процесс носит ограниченный характер с локализацией на коже шеи в виде линейных инфильтратов подчелюстной (слева и справа) и левой надключичной областей. Очаги синюшно-красного цвета плотной консистенции с гнойным отделяемым выступают над поверхностью кожи.

Анализ крови: Нв 121 г/л, СОЭ 15 мм в час, л $6,7x10^9$/л; э $4,5x10^{12}$/л. Биохимическое исследование крови: АСТ 15 Е/л, АЛТ 17 Е/л, тимоловая проба 2,4 ЕД, глюкоза крови 4,0ммоль/л, СРБ отрицательный, билирубин общий 9,0 мкмоль/л.

Общий анализ мочи в пределах нормы. В посеве отделяемого из свищевых ходов и последующей микроскопии окрашенного по Грамму колонии, выявлены нити актиномицетов.

На основании клинической картины, анамнеза, лабораторных исследований была диагностирована шейно-лицевая форма актиномикоза.

Больной была проведена терапия, которая оказала заметный положительный эффект: цефазолин в/м по 500000 ЕД х 2 раза в день (№16), нистатин внутрь по 0,5 х 3раза в день, супрастин по 1 таблетке 2 раза в день, актинолизат по 3 мл внутримышечно 2 раза в неделю 20 инъекций; местно – смазывание раствором фукорцином, мазь «Левомеколь».

На фоне лечения выступающие участки запали до уровня кожи, отделяемого нет.

Мы описали проявление редкого дерматоза – актиномикоза, его челюстно-лицевой формы. В одном случае девочка 11 лет длительное время проводила симптоматическое лечение у хирурга, без идентификации возбудителя и выставления клинического диагноза. Назначение ей оптимизированной специфической терапии (с актинолизатом) стабилизировало процесс и способствовало рассасыванию инфильтратов. В тоже время эффект от проводимого лечения у мужчины относительно незначительный (сохраняется инфильтрат), что, возможно, требует изучение чувствительности сопутствующей флоры к антибиотикам и повторные курсы актинолизата.

Зафиксированный нами случаи кожного актиномикоза позволят врачам общей практики акцентировать внимание на этом заболевании, особенностях его клиники; а такжесвоевременно идентифицировать глубокий микоз кожи и начать комплексную терапию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Скрипкин Ю.К., Мордовцев В.Г. Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей. М. том 1; 1999; 880 с.

2. Бурова С. А. Актиномикоз женских половых органов. Лечащий врач. 2004;4.

3. Курбатова И.В., Плахотная Г.А. Нетипичный актиномикоз – микробиологические аспекты и клинические проявления. Лечащий врач.2008;5.

4. Бурова С. А. Особенности лечения актиномикоза. Лечащий врач. 2003;8.

5. Григорьев П.С. Учебник венерических и кожных болезней. Нпркомздрав СССР.М.-Л. 1938; 740 с.

6. Бурова С. А. Актиномикоз. «РМЖ» №3;.2001; 146-148.

МАТОЧНОЕ МОЛОЧКО – БИОГЕННЫЙ РЕГУЛЯТОР И АДАПТОГЕН

Д.М. Исаева - студентка 504 группы лечебного факультета *37*
Кафедра фармакологии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия
Научные руководители - д.м.н., проф. Ш.М. Омаров, к.м.н. З.Ш. Магомедова

Актуальность. Маточное молочко, этот сверхценный продукт молодых пчел, предназначенный для личинок, отличается поистине сказочными полезными эффектами. Оно обладает довольно выраженным бактериостатическим и бактерицидным свойствами.

Маточное молочко повышает жизненный то¬нус (особенно у пожилых и ослабленных людей), улучшает аппетит, нормализует обменные процессы в тканях, улучшает их питание, ак¬тивизирует ферментные процессы и обмен веществ в целом, улучшает вегетососудистую регуляцию, зрение, память, оказывает регулирующее действие на артериальное давление, обладает антиспастическими свой¬ствами (способствует, например, ликвидации спазмов сосудов), стимули¬рует кроветворную функцию, понижает уровень сахара в крови, обладает противорадиационными свойствами, ускоряет выведение из организма различных ядов, в том числе и тяжелых металлов. «Королевское желе» сти¬мулирует и регулирует также функцию эндокринных желез (в том числе и половых), иммунной системы, снижает содержание холестерина в крови и тканях организма (видимо, под влиянием маточного молочка уменьша¬ется всасывание его в кишечнике, кроме того, холестерин более активно начинает использоваться для синтеза стероидных гормонов, при этом наблюдается и некоторое увеличение в печени жирных кислот, что спо¬собствует выведению холестерина через желчные пути), обладает противо¬воспалительным, противоопухолевым и биостимулирующим действиями.

Все составляющие маточного молочка необходимы для человеческо¬го организма, оказывают на него как укрепляющее, так и омолаживаю¬щее действие. Особенно хорошо действует «королевское желе» на людей, выздоравливающих после болезни, переутомленных хроническими на¬грузками, систематически подвергающихся влиянию неблагоприятных факторов внешней среды, а также на детей и стариков. Маточное молочко повышает выносливость человека, способствует вос¬становлению его сил после нагрузок, повышает устойчивость к стрессам, инфекции и другим неблагоприятным факторам внешней среды (то есть обладает адаптогенными свойствами), нормализует обмен жиров, рас¬ширяет сосуды.

Все эти положительные свойства маточного молочка послужили основанием для назначения его врачами как лечебного и профилак¬тического средства при анемии (маточное молочко стимулирует кро¬ветворение, повышая количество эритроцитов и гемоглобина),

упадке сил и в период выздоровления после тяжелых заболеваний. Маточное молочко рекомендуется также как тонизирующее и восстанавливающее средство при сильном физическом и нервном утомлении. Назначение его ослабленным детям уже через несколько дней их преображало: они становились бодрыми, подвижными, жизнерадостными, у них появ¬лялся аппетит, увеличивался вес, увеличивалось в крови содержание гемоглобина и т. д.

Маточное молочко оказалось не только прекрасным укрепляющим средством после болезней и истощения, оно зарекомендовало себя как действенный препарат при лечении язвенной болезни желудка и двенад¬цатиперстной кишки, гастритов, заболеваний кишечника, почек, печени (маточное молочко стимулирует регенерацию печеночной ткани, что ве¬дет к восстановлению функции печени). Действенно «королевское желе» также при лечении атеросклероза, стенокардии, пониженного или по¬вышенного артериального давления, инфаркта миокарда, туберкулеза, артритов, различных кожных заболеваний, бронхиальной астмы и аст¬матического бронхита, неврозов, вегетососудистой дистонии, онкологи¬ческих заболеваний и многих других. Конечно, обычно оно используется в комплексе с другими препаратами и лечебными воздействиями. Од¬нако это не умаляет его роли, ибо благодаря маточному молочку суще¬ственно сокращаются сроки лечения и значительно выше оказывается процент положительных исходов (А. Ф. Синяков, 2001).

Маточное молочко рекомендуется:

1) при усталости и переутомлении, при астении, неврастении, при по¬тере аппетита и бессоннице, в послеоперационный период, в период выздоровления, при анемии, туберкулезе (особенно в период выздо¬ровления);

2) при бронхиальной астме, расстройстве кровообращения;

3) при износе организма (старости), при преждевременной старости, артрите, подагре;

4) при гриппозных состояниях;

5) в медицинской косметике и др.

Цель. Изучить адаптогенные свойства маточного молочка.

Материалы и методы. Маточное молочко смешивают с пчелиным медом в пропорции 1:100; взрослые ежедневно принимают по 10 г, дети до 10 лет — 5 г.

При приеме смеси нельзя пользоваться металлической ложкой (она должна быть из дерева, пластического материала, стекла или кости).

Такие дозы маточного молочка можно принимать ежедневно, как су¬перконцентрат, без назначения врача.

Так как мед из сотов (сосуда) имеет удельный вес 1,4, маточное мо¬лочко - 1,1, то перед употреблением их необходимо смешивать.

Кристаллизованный мед не имеет примесей, устраняет всякие су¬спензии, он наиболее

пригоден для смешивания с молочком.

Сосуд, содержащий маточное молочко, смешанное с медом, должен быть герметически закрыт; хранить его следует на холоде или, в крайнем случае, в камере с постоянной температурой (20 °С).

В период приема маточного молочка рекомендуется включать его в обычную диету и одновременно употреблять больше меда.

Маточное молочко не на всех влияет благотворно, хотя не наблю¬далось еще ни одного случая, когда бы оно принесло вред. Не всякую болезнь и поражение организма можно лечить маточным молочком. Неумеренное употребление маточного молочка не снимает усталости, не излечивает больной организм. Поэтому принимать маточное молочко надо в строго определенных дозах.

Прием молочка внутрь (не под язык) приводит к разрушению белко¬вых веществ молочка ферментами желудка и кишечника.

Маточное молочко используется как одно из лечебно-профилактических средств при хронических кожных заболеваниях, сопро¬вождающихся изменением обменных процессов, в частности жирового обмена (например, псориаза).

Результаты исследования. Отмечены хорошие результаты при назначении апилака и других препаратов маточного молочка больным с нейродермитом и эк¬земой (апилак давался для приема под язык по 1 таблетке в течение 2 не¬дель, а наружно применялась 10%-ная мазь с прополисом).

Положительные результаты зафиксированы также при лечении апи¬лаком очагового облысения (доза препарата - 1 таблетка под язык 3 раза в день в течение 6—10 недель).

В виде 0,5%-ного аэрозоля маточное молочко использовалось для ле¬чения микробной и себореи ной экземы.

Мазь апилака и пыльца-обножка с успехом использовались в лечении псориаза. При этом высыпания на коже смазывались 3%-ной мазью апилака, а пыльца принималась по 1 чайной ложке два раза в день перед едой. Дли¬тельность лечения составляла 4-6 недель. Уже через 10-14 дней отмечалось уменьшение шелушения и улучшение общего состояния больных. Примене¬ние маточного молочка в комплексе с основным лечением позволяло добить¬ся весьма значительных успехов в лечении этой болезни.

При работе со спортсменами и физкультурниками использовалась смесь маточного молочка с медом (в пропорции 1 г маточного молочка на 10 г меда). Это доступный и легкоусвояемый продукт. Дозировка его со¬ставляла 5 г 2 раза в день (препарат следует принимать за час до еды).

Маточное молочко давалось курсами длительностью 14 дней, затем делался перерыв. Более длительный прием препарата приводит к сни¬жению его эффективности (вероятно, в

связи с адаптацией организ¬ма). В течение года можно 3-4 раза повторять курсы приема маточного молочка, назначая их в период наиболее нагрузочных занятий или по ме-дицинским показаниям (например, при явлениях переутомления, пере¬тренированности, вегетососудистой дистонии, при переездах, ведущих к резкой перемене климатических условий, в осенне-весенний период, когда отмечается увеличение числа острых респираторных заболеваний и повышается заболеваемость гриппом и т. п.)

Выводы. Маточное молочко повышает умственную и физическую работоспособ¬ность, благодаря чему его можно использовать в период напряженных умственных и физических нагрузок (например, при подготовке к экза¬менам или при спортивной тренировке), способствует улучшению качества жизни.

АНАЛИЗ МАРКЁРОВ ВОСПАЛЕНИЯ НА ФОНЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Н.Б. Ханмурзаева[1] - ассистент, С.Б. Ханмурзаева[2] - ассистент *86*

Кафедры фармакологии[1] и нервных болезней, медицинской генетики и нейрохирургии[2]

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России г. Махачкала, Россия

Актуальность. В настоящее время активно изучается роль системного и локального воспаления в патогенезе артериальной гипертензии и поражении органов-мишеней. В отношении механизмов развития эссенциальной артериальной гипертензии (ЭАГ) в настоящее время получено огромное количество фактических данных, которые становится все сложнее увязать в рамках единой патогенетической теории. Широкое развитие экспериментальных методик позволяет исследовать вклад различных клеточных популяций и цитокинов в течение ЭАГ. Однако клинических исследований, позволяющих экстраполировать имеющиеся знания в условия реальной кардиологической практики недостаточно.

Целью настоящего исследования явилось изучение содержания растворимых маркеров воспаления (вчСРБ, MCP-1, IP-10) в крови у больных ЭАГ с различной тяжестью течения заболевания.

Материалы и методы. 158 пациентов с ЭАГ по результатам клинического, лабораторного и инструментального обследования были разделены на группы в зависимости от стадии заболевания (пациенты с 1 стадией ЭАГ, n=54; 2 стадией, n=44 , 3 стадией n=60), а также наличия метаболического синдрома (МС) (пациенты с метаболическим синдромом n= 46, пациенты без метаболического синдрома n=112). Всем пациентам проводилось суточное мониторирование артериального давления (АД) с анализом индекса времени артериальной гипертонии за сутки и показателей суточного ритма АД, а также анализ содержания вчСРБ, MCP-1, IP-10, IL-10 в сыворотке периферической крови методом нефелометрии. Всем пациентам проводилась антигипертензивная терапия согласно Российским рекомендациям

«Диагностика и лечение артериальной гипертензии» (2010) до достижения целевых значений АД и производилась оценка уровней вчСРБ, MCP-1, IP-10, IL-10 в динамике через 3 мес.

Результаты исследования. С утяжелением стадии АГ возрастает содержание провоспалительных маркеров вчСРБ ($p<0,05$), MCP-1 ($p<0,05$) и IP-10 ($p<0,05$). Имеет место прямая корреляционная взаимосвязь между концентрацией IP-10 и стадией течения ЭАГ ($r=0,56$, $p=0,002$). В крови больных с метаболическим синдромом по сравнению с пациентами без МС повышены уровни вчСРБ ($p<0,05$) и MCP-1 ($p<0,05$), но не IP-10. Концентрация MCP-1 повышена у пациентов с МС по сравнению с пациентами без МС в подгруппе больных ЭАГ без поражения органов-мишеней ($p<0,05$).Среди анализируемых маркеров только содержание MCP-1 отражает нагрузку давлением у больных ЭАГ – концентрация MCP-1 выше у больных ЭАГ с зарегистрированным при СМАД индексом времени артериальной гипертонии за сутки более 50% по сравнению с теми, у кого индекс времени менее 50% ($p<0,05$). У пациентов с нарушением суточного ритма АД (стойко повышенным АД ночью) выявлены повышенные концентрации вчСРБ ($p<0,05$) и IP-10 ($p<0,05$) по сравнению с пациентами с нормальной и недостаточной СНС. Достижение целевых уровней АД на фоне антигипертензивной терапии сопровождается снижением концентрации провоспалительных маркеров вчСРБ в группе 3 ($p<0,05$) и MCP-1 в группах 1 и 2 (оба $p<0,05$) и повышением уровня противовоспалительного маркера IL-10 в группе 3 ($p<0,05$), существенной динамики уровня IP-10 не выявлено.

Выводы. Содержание провоспалительных маркеров вчСРБ, MCP-1 и IP-10 возрастает с утяжелением стадии ЭАГ, при этом содержание вчСРБ и MCP-1 выше у больных с метаболическим синдромом. Содержание маркёров воспаления увеличивается при утяжелении стадии ЭАГ и тяжестью заболевания по данным суточного мониторирования АД. Отмечено улучшение показателей у пациентов при достижении целевых уровней АД на фоне оптимальной медикаментозной терапии.

СОСТОЯНИЕ РЕГУЛЯТОРНЫХ СИСТЕМ ОРГАНИЗМА У ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЕЙ НА ФОНЕ ПРИЕМА АНТИГИСТАМИННЫХ ПРЕПАРАТОВ

А.М. Абакарова – аспирант, С.В. Сулейманова – ассистент *82*
Кафедра клинической фармакологии
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия
Научный руководитель - д.м.н., доц. М.Г. Абакаров.

Актуальность. Адаптация, или приспособление к условиям окружающей среды, к социальным, производственным, бытовым или климатическим факторам, - одно из фундаментальных свойств организма человека. Любое заболевание, с позиций современной теории адаптации, может рассматриваться как результат истощения адаптационных

механизмов (Р.М.Баевский, 1979). Соответственно, адекватность лечебных мероприятий необходимо оценивать не только по их способности устранять клинические проявления заболевания, но и способности нормализовать течение адаптационных процессов.

Современным и информативным методом оценки состояния адаптационных механизмов является вычисление «показателя активности регуляторных систем (ПАРС)». Он вычисляется в баллах и ориентируется на статистические показатели, показатели гистограммы и данные спектрального анализа результатов исследования вариабельности сердечного ритма (ВСР).

Целью настоящего исследования была оценка влияния наиболее распространенных в практике антигистаминных лекарственных препаратов и их метаболитов на показатели активности регуляторных механизмов.

Материалы и методы исследования. У 58 детей с аллергической крапивницей (всего 4 группы по 18-20 человек) проведено клиническое и лабораторное обследование в соответствии со стандартами диагностики и лечения. Исследование было открытым, сравнительным, рандомизированным и контролируемым. Контроль – состояние до начала антиаллергической терапии. У всех пациентов в связи с тяжестью состояния заболевания лечение было комплексным - комбинация преднизолона в дозе 30 мг с Супрастином, Кларитином, Супрастином + Кларитином и Эриусом. Исследование ВСР проводили в стандартных условиях в покое (аппаратно-программный комплекс «Кармин», фирма «Нейротех», г. Таганрог) в первые сутки поступления в клинику до начала лечения и на 10-12 день перед выпиской на фоне четкого клинического улучшения состояния. В соответствии с рекомендациями (Баевский Р.М., Берсенева О.Н,1997, Михайлов В.М.2000), значения ПАРС выражались в баллах от 1 до 10.

Результаты исследования. Исследование показало, что у всех пациентов имелось отклонение показателя ПАРС от нормальных величин, что вполне логично, поскольку речь идет о патологическом состоянии, при котором нарушение процессов адаптации очевидно. Однако степень напряжения была разной. У 14 пациентов отмечена умеренная степень напряжения регуляторных систем, когда для адаптации к условиям окружающей среды организму требуются дополнительные функциональные резервы (ПАРС=3-4). У большинства пациентов (36 человека) имело место состояние выраженного напряжения регуляторных систем, связанного с активной мобилизацией защитных механизмов, в том числе повышением активности симпатико-адреналовой системы и системы гипофиз-надпочечники (ПАРС=5-6). В состоянии перенапряжения регуляторных систем, для которого характерна недостаточность защитно-приспособительных механизмов, их неспособность обеспечить адекватную реакцию организма на воздействие факторов окружающей среды (ПАРС=7-8) наблюдалась у 25 исследуемых.

После 10-ти дневного курса лечения антигистаминными препаратами, диагностировано

неоднозначное влияние различных антигистаминных лекарственных средств на показатели ПАРС, и, что важно, динамика показателей носила индивидуальный характер и не зависела от их исходных значений. При этом у пациентов, принимавших Супрастин и Эриус, имелась тенденция к улучшению показателей, тогда как в группах принимавших Кларитин в комбинации с Супрастином имело место отчетливое ухудшение. Так, число пациентов с ПАРС=5-6 в группе принимавшей Кларитин практически не изменилось (10 человек до приема препарата и 9 после его приема), а в группе принимавших Кларитин + Супрастин показатели ПАРС ухудшились и это не зависело от исходных значений. В одном случае наблюдалось ухудшение ПАРС с 7-8 до 9-10, что следует расценивать как ухудшение прогноза заболевания.

Выводы:

1. Изменение показателей ВСР, характеризующих активность регуляторных механизмов, в процессе антигистаминной терапии у детей с аллергической крапивницей, носит индивидуальный характер и не зависит от исходного состояния пациента.

2. Применение Кларитина и комбинации Супрастин + Кларитин, приводит к отчетливому повышению напряжения адаптационных механизмов.

3. Более безопасным, с точки зрения влияния на адаптационные системы, является применение одного антигистаминного средства, в нашем случае, Супрастина или Эриуса.

ВЛИЯНИЕ МЕТФОРМИНА НА РАЗВИТИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Э.В. Балданов – студент 406 группы лечебного факультета, С.З. Цыдендамбаева – студент 407 группы лечебного факультета, Б.В. Колесов, С.В. Баранников – студенты 403 группы лечебного факультета *91*

Кафедра госпитальной терапии с курсом фармакологии

ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, г. Благовещенск

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

Актуальность. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является наиболее распространенной патологией у мужчин во всем мире. Половина всех мужчин в возрасте 50 лет, имеют гистологически идентифицируемую ДГПЖ, и к 85 годам процент больных с данной патологией достигает 90%. Между тем, лежащие в основе молекулярные изменения, до сих пор плохо изучены.

Тем не менее, эпидемиологические данные свидетельствуют о том, что ДГПЖ связана с сахарным диабетом. То есть, сахарный диабет повышает риск развития ДГПЖ.

Метформин является препаратом первой линии при лечении сахарного диабета 2 типа, был назначен 120 миллионам больным по всему миру. В исследованиях на линии раковых клеток, было показано, что метформин ингибирует пролиферацию клеток путем блокирования

клеточного цикла в G0/G1 периоде путем активации АМФК путем. Однако влияние метформина на клетки доброкачественной аденомы простаты до сих пор остается неясным.

Цель исследования. Показать ингибирующее влияние метформина на пролиферацию двух линий клеток ДГПЖ, BPH-1 и P69, в зависимости от «доза-эффект» и «время-эффект».

Материалы и методы исследования. В качестве материала были отобраны две линии клеток ДГПЖ, BPH-1 и P69. Пролиферацию клеток и анализ клеточного цикла осуществляли с помощью пробирного МТС и проточной цитометрии, соответственно. Экспрессию ИФР-1Р определяли с помощью вестерн-блоттинга и иммуноцитохимии. Уровень секреции IGF-1 в культуральной среде измеряли с помощью иммуноферментного анализа.

Статистический анализ проводили с использованием t- критерия Стьюдента. Значение p менее 0,05 считалось статистически значимым.

Результаты исследования и их обсуждение. Метформин ингибирует пролиферацию клеток ДГПЖ. В ходе исследования были выделены культуры клеток P69 и BPH-1. Затем последовало назначение метформина в концентрациях 0,5, 1, 5 мМ. После 24 часов экспозиции, значительно снизилась жизнеспособность клеток с повышением дозы метформина. Далее, P69 и BPH-1 клетки были обработаны метформином (5 мМ) в течение 48-часового периода. МТС испытаний показали, что метформин ингибирует пролиферацию обеих клеточных линий в зависимости от времени. Обработка метформином в дозе 5 мМ в течение 48 часов значительно ингибирует рост клеток в обеих клеточных линиях ($p<0,001$).

Выводы. Существуют множество доказательств по поводу того, что у больных сахарным диабетом 2 типа имеется более высокий риск развития ДГПЖ. И в качестве препарата первой линии метформин демонстрирует лучший профиль риск-польза по сравнению с другими лекарствами выписываемых при диабете.

ИЗУЧЕНИЕ КОМПОНЕНТНОГО СОСТАВА ЭФИРНОГО МАСЛА ШАЛФЕЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО

Ш. М. Шихрагимова - студентка 4 курса химического факультета *86*

Кафедра фармацевтической и аналитической химии

ФГБОУ ВО ДГУ, г. Махачкала, Россия, Россия

Научный руководитель - к.х.н., доц. Ф. М. Гусейханова

Актуальность. В последнее время резко возрос интерес к эфирномасличному лекарственно растительному сырью. Издревле известной ароматной травой является шалфей лекарственный. Недаром Гиппократ назвал его «священной травой» и рекомендовал широкое применение в разных областях врачевания. Шалфей лекарственный обладает болеутоляющим, противодиабетическим, репаративным, спазмолитическим действием [1]. В настоящее время он используется для лечения острых и хронических воспалительных процессов, гриппа, при

заболевании почек, сердечнососудистой, нервной системы, при воспалительных катарактах слизистых оболочек, ожирении, радикулите [1,2]. Все эти свойства трава имеет благодаря наличию в нем эфирного масла.

Шалфей лекарственный культивируемый в Дагестане не используется для получения эфирных масел в промышленных масштабах. Теплый климат Дагестана подходит для выращивания высоко эфирномасличных лекарственных растений. Поэтому актуально узнать компонентный состав эфирного масла полученного из шалфея лекарственного выращенного в условиях горного климата.

Объектом исследования была трава шалфея лекарственного выращенного в горно – ботаническом саду селения Гуниб.

Цель работы. Определение подлинности и доброкачественности шалфея лекарственного. Получение эфирного масла перегонкой водяным паром. Определение числовых показателей эфирного масла. Определение компонентного состава эфирного масла.

Материалы и методы исследования. Для анализа доброкачественности лекарственного растительного сырья травы чистотела (ЛРСТЧ) оценивали числовые показатели – влажности, общей золы, золы нерастворимой в 10% соляной кислоте согласно методикам, приведенным в ГФ XIII [3].

Для получения эфирного масла шалфея использовали метод перегонки с водяным паром. Этот метод подходит для высокоэфирномасличного сырья и когда температура перегонки не повлияет на химический состав. Компоненты масла кипят при разных температурах (в пределах 150-350˚С) но перегоняются с паром при 100˚С [4]. .

Для подтверждения подлинности, доброкачественности и чистоты эфирного масла проводили органолептический анализ (вкус, запах, цвет, примеси) и определение числовых показателей (кислотное число, число омыления, эфирное число, показатель преломления) по методикам, приведенным в ГФ XIII [3].

На сегодняшний день, наиболее эффективным методом анализа многокомпонентных смесей является газо-жидкостная хроматография [5]. Современные газо-жидкостные хроматографы оснащены масс-спектрометром, что дает возможность обнаружить органические вещества любых классов не зависимо от летучести.

Результаты исследования. Экспериментальные данные по изучению соответствия анализируемого сырья, требованиям ГФ XIII представлены в таблице 1.

Таблица 1

Числовые показатели лекарственного растительного сырья

№	**Числовые показатели**	**Содержание, %**	
		Экспериментальные данные	**ГФ**

1	Влажность	10,3	Не более 14
2	Зола общая	8,6	Не более 12
3	Зола не растворимая в 10% HCl	0,9	Не более 3

Выход эфирного масла полученного методом перегонки с водяным паром составил 1,29%.

Экспериментальные значения кислотного числа, числа омыления, эфирного числа и значение показателя преломления приведены в табл. 2.

Таблица 2

Числовые показатели эфирного масла травы шалфея лекарственного

Числовые показатели	**Экспериментальные данные**
Кислотное число	2,6 мг/г
Эфирное число	6,6 мг/г
Число омыления	9,2 мг/г
Показатель преломления	1,461

Компонентный состав эфирного масла шалфея лекарственного: 3 карен (0.63%), α-пинен (1.94%), камфен (2.01%), β-пинен (1.95%), β-мирцен (0.87%), м-цимен (0.41%), лимонен (0.61%), эвкалиптол (13.35%), туйон (38.45%), α-туйон (8.25%), камфор (12.77%), борнеол (1.52%), терпинеол (0.71%), миртенол (0.31%), борнилацетат (0.21%), карвакрол (0.89%), кариофилен оксид (0.34%), ледол (2.53%), гумулен оксид (0.56%), δ-ледол (0.78%), цис-α-бизаболен эпоксид (1.98%), биформен (0.23%), эпиманул (1.17%).

Выводы

1. Полученные основные показатели указывают, что трава шалфея лекарственного соответствует требованиям ГФ XIII.

2. Из сухого сырья листьев шалфея лекарственного перегонкой с водяным паром получено эфирное масло. Выход составил 1,29% от массы сырья.

3. Проведен органолептический анализ эфирного масла шалфея лекарственного. Для этого определен вкус, запах, цвет и подтверждено отсутствие примесей.

4. Определены числовые показатели эфирного масла шалфея лекарственного. Кислотное число составило 2,6 мл/г. Эфирное число - 6,6 мг/г. Число омыления - 9,2 мг/г. Показатель преломления - 1,461.

5. Определен компонентный состав эфирного масла шалфея лекарственного. Главными составляющими эфирного масла шалфея лекарственного являются: туйон (38.45%),

эвкалиптол (13.35%), камфор (12.77%), α-туйон (8.25%), ледол(2.53%), камфен (2.01%), β-пинен (1.95%), борнеол (1.52%).

Литература

1. Ткаченко, К.Г. Эфирномасличные растения и эфирные масла: достижения и перспективы, современные тенденции изучения и применения /К.Г. Ткаченко// Вестник удмуртского университета. – 2011. – Вып. 1. – С. 88-100.

2. Доля, В.С. Особенности химического состава видов рода Salvia L. /В.С. Доля, С.Д. Тржецински, В.И. Мозуль, Н.И. Третьяк // Запорожский государственный медицинский университет. – 2013. − № 13. – С. 83-85.

3. Государственная фармакопея Российской Федерации [Электронный ресурс]. − Режим доступа: http://femb.ru/feml (дата обращения 04.08.2017).

4. Кошевой, О.Н. Фармакогнозия. Конспект лекций для подготовки к экзамену / Кошевой О.Н., [и др.] под общ. ред. О.Н. Кошевого. – Изд-е 9, испр. и доп. − Х.: НФаУ, 2015. – 88 с.

5. Андреева, В.Ю. Методы фармакологического анализа лекарственно растительного сырья: В.Ю. Андреева, Г.И Калинкина ,Е.Н. Сальникова. – Томск.: СГМУ, 2008. −55с.

ДЕПРИВАЦИЯ ВОДЫ КАК ФАКТОР МОРФОГЕНЕЗА ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

С.Т. Гусейнова, Т.С. Гусейнов, З.Ш. Шехахмедова, Д.К. Нурмагомедова, Р.Г. Сулейманова, Н.М. Меджидова *94*

Кафедра анатомии человека ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия

Введение. Нарушение водного обмена являются ведущим признаком большого числа заболеваний. Изучение механизмов перераспределения жидкостей в организме, где не последнюю роль играет микроциркуляторное кровеносное и лимфоносное русло при обезвоживании представляет большой практический интерес. В литературе, кроме единичных упоминаний не обнаруженоспециальных исследований, посвященных морфологическим изменениям путей лимфоциркуляции при обезвоживании организма.

Целью настоящей работы является экспериментально-морфологическая оценка перестройки путем лимфоциркуляции при сублетальной дегидратации организма у животных.

Материал и методы исследования. Исследование выполнено на 60 белых беспородных крысах его пола весом 180-200г. Модель сублетального обезвоживания организма достигалась алиментарным путем. Животные под нембуталовым наркозом забивались на 11-е сутки безводного содержания. Оценка путей лимфоциркуляции осуществлялась комплексом морфологических методов. Тотальные фрагменты фиброзной капсулы почки (ФКП), брыжейки тонкой кишки (БТК), мышечной части диафрагмы (МЧД) и париетальной брюшины (ПБ) импрегнировались азотным серебром окрашивались по Гомори с последующим морфометрическим анализом и статистической обработкой по Стьюденту.

Анализ импрегнированных микропрепаратов исследуемых объектов обнаруживает в целом однонаправленный характер изменений лимфоносного русла при сублетальном обезвоживании организма.

Результаты исследования. Во всех исследованных объектах обнаруживаются признаки атрофии, редукции капиллярного звена лимфоциркулярного русла. При этом лимфатические капиллярные сети ФКП, БТК и МЧД деформируются, представляют собой «обрубленные», истонченные локальные комплексы, имеющие, самую причудливую форму. Стенки лимфатических капилляров (ЛК) деформируются, контуры их изъедены. Диаметры отдельных ЛК по сравнению с интактной группой в среднем уменьшаются на 43% ($p<0,05$). Наиболее яркие изменения ЛК выражены в ФКП и БТК, где помимо указанных изменений в просвете ЛК обнаруживаются форменные элементы крови с признаками периваскулярного отека и клеточной инфильтрации. Посткапиллярное звено лимфатического русла характеризуется обшей деформацией стенок с появлением фрагментарных сужений и различных боковых выбуханий. На фоне общего уменьшения диаметров лимфатических посткапилляров (ЛПК) и

лимфатических сосудов (ЛС) отмечается аргирофилия их стенок, а при окраске по Гомори обнаруживается увеличение интенсивности окраски их по сравнению с интактной группой. Морфометрия обнаружила статистически достоверное уменьшение диаметров ЛПК и ЛС по сравнению с интактными на 27% и 18% соответственно ($p<0,05$). Ход ЛПК и ЛС отличается повышенной извитостью и угловатостью, причем отдельные ЛПК приобретают "зигзагообразный" ход. Необходимо отметить характерные сужения и "колбообразные"' расширения в области расположения клапанов и лимфангионов с деформацией створок. Наиболее интенсивные изменения обнаруживаются в серозных оболочках (ФКП и БТК), а МЧД они несколько меньше выражены. Однако в МЧД характерным признаком является формирование большого числа лакун овальной, многоугольной или вытянутой формы.

Выводы. *При сублетальной дегидратации организма во всех исследованных объектах выявляются*однотипные признаки перестройки лимфоциркуляторного русла в виде: извитости хода сосудов, деформации контуров, дистрофии стенок, уменьшения диаметров, редукции и деформации капиллярных сетей с образованием локальных петлевидных комплексов и бессосудистых полей. В просвете единичных капилляров обнаруживаются форменные элементы.

ПОКАЗАТЕЛИ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ ПАТОГЕННОЙ МИКРОФЛОРЫ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА И МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Г.М.-А. Будайчиев – клинический ординатор, М.Н. Меджидов[96]

Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия

Введение. В развитии болезней пародонта значительную роль играют аутоиммунные процессы, которые развиваются вследствие повреждения тканей бактериальными факторами патогенности - ферментами и токсинами. Поврежденные ткани приобретают свойства авто антигенов. В результате иммунного ответа на бактериальные и тканевые компоненты развивается иммуноопосредованный воспалительный процесс с участием клеточных элементов - макрофагов, нейтрофилов, тучных клеток, натуральных и иммунных киллеров, а также системы комплемента. С другой стороны, при дорсопатиях, которые развиваются при механическом повреждении межпозвоночных дисков и других паравертебральных тканей, также проявляются аутоиммунные процессы по указанным тканям. Следовательно, есть основания считать, что аутоиммунные процессы являются общими этапами патогенеза болезней пародонта и определенных деформирующих дорсопатий.

Цель. Определить наличие общих звеньев в патогенезе заболеваний пародонта и деформирующих дорсопатий на основе экспериментальных исследований сенсибилизационных свойств микробных модельных культур, тканей пародонта и

межпозвонковых дисков.

Материалы и методы исследования. Исследования проводили на морских свинках. В каждом варианте опыта использовали 6 животных. Ткани пародонта и межпозвонковых дисков забирали у крысы. Отобранные ткани по 10 мг вносили в лунки полистироловых пластинок, в которых в специальной среде культивировали микроорганизмы, полученные при посеве материала с пародонтальных карманов больных. После 72-часового культивирования материал с лунок вводили внутрикожно морским свинкам. Через 7 дней у свинок забирали кровь из сердца и получали сыворотку. животным контрольной группы сенсибилизации не проводили. Перитонеальные мастоциты получали путем промывания брюшинной полости крысы раствором Хэнкса. К полученной суспензии тучных клеток вносили материал, которым осуществляли сенсибилизации в разведении 1: 100. На предметное стекло, окрашенное нейтральным красным наносили каплю (0,02 мл) суспензии тучных клеток и сыворотку морской свинки (0,02 мл), накрывали покровным стеклом, края которого смазаны вазелином. Таким образом получали микрокамеру, которую выдерживали 15 мин. в термостате, после чего с помощью микроскопа определяли процент дегранулированных и разрушенных тучных клеток.

Результаты исследования. При введении морским свинкам бактерий из модельных культур, у животных развивается состояние сенсибилизации, которое определено на основе дегрануляции перитонеальных тучных клеток крысы: процент дегранулированных клеток оказался в 5 раз выше, чем в контроле (27,5 ± 2,2%).

При добавлении к модельным бактериальным культурам тканей пародонта крысы степень сенсибилизации была выше - в модельных культурах, содержащих ткань пародонта или межпозвоночных дисков - соответственно 54,7 ± 3,7% и 58,3 ± 3,5%. Сенсибилизация выявлена также при введении морским свинкам отдельно тканей пародонта и межпозвонковых дисков, но ее степень была ниже - процент дегранулированных клеток составлял 24,2 ± 1,8% и 24,2 ± 1,8% в соответствии.

Выводы. Таким образом, в условиях эксперимента выявлено сенсибилизационное свойство бактериальных культур, полученных от больных с пародонтитом, а также тканей пародонта и межпозвонковых дисков. На основе полученных результатов можно предположить наличие общих звеньев в патогенезе заболеваний пародонта и определенных форм, деформирующих дорсопатий.

ВЛИЯНИЕ ОТХОДОВ ПРОИЗВОДСТВА ПЕСТИЦИДОВ НА МОЛЛЮСКА *LYMNAEA STAGNALIS* L. НА РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЯХ ОНТОГЕНЕЗА

О. А. Борис[1] - научный сотрудник, С. Н. Шевцова[1] - старший научный сотрудник, И. И. Ильюкова[1] - заведующий лабораторией, С. Ю. Петрова[1] - старший научный сотрудник, С. Е. Дромашко[2] - заведующий лабораторией 94

[1] *Лаборатория профилактической и экологической токсикологии Республиканского унитарного предприятия «Научно-практический центр гигиены» Министерства здравоохранения Республики Беларусь, г. Минск, Республика Беларусь*

[2] *Лаборатория моделирования генетических процессов государственного научного учреждения «Институт генетики и цитологии Национальной академии наук Беларуси», г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. Интенсивное развитие химической промышленности сопровождается постоянным увеличением числа разнообразных ксенобиотиков органической и неорганической природы, которые проникают в почвенную, воздушную и водную среду в составе пестицидов, удобрений, лекарственных средств, косметики, а также отходов их производства. Применение беспозвоночных организмов в практике биотестирования отходов производства с целью определения их экотоксичности вполне оправдано, поскольку данный подход отличается методической простотой, экономической целесообразностью и позволяет адекватно оценить характер воздействия тестируемого объекта. В целях установления класса опасности отходов по критериям токсичности для окружающей природной среды используются организмы с различной таксономической принадлежностью: от одноклеточных водорослей и планктонных ракообразных до рыб. Среди беспозвоночных одной из тест-моделей, широко применяемых в токсикологических и экотоксикологических исследованиях, является пресноводный брюхоногий моллюск большой прудовик (*Lymnaea stagnalis* L.).

В данной работе представлены результаты лабораторного биотестирования отходов (осадков), образующихся на сооружениях очистки химически загрязненных сточных вод предприятия по производству средств защиты растений, расположенного на территории Республики Беларусь. При испытаниях отходов производства тест-модель прудовик *Lymnaea stagnalis* (лабораторная популяция большого прудовика) применялась на пренатальном и постнатальном этапах онтогенеза.

Цель исследования. Изучить особенности отклика прудовика *Lymnaea stagnalis* на воздействие отходов производства на различных этапах онтогенеза и оценить применимость данной тест-модели для установления класса опасности отходов по критериям экотоксичности.

Материалы и методы исследований. Проведенные исследования включали в себя два эксперимента (каждый в трех повторностях), первый из которых предполагал оценку воздействия осадка очистных сооружений на кладки моллюска, т.е. от начала эмбриогенеза до выклева молоди, второй – на половозрелых особей моллюска.

Эксперименты проводили в стандартизированных лабораторных условиях. Контрольные группы кладок в эксперименте 1 и половозрелых особей моллюска в эксперименте 2 инкубировали в отстоянной водопроводной воде. В эксперименте 1 был протестирован образец отходов в концентрации 2; 4; 6; 8 мг/мл на кладках моллюсков лабораторного разведения, содержащих зародыши на стадии гаструлы. Каждую кладку делили на 5 приблизительно равных частей, которые случайным образом расформировывали на одну контрольную и 4 опытные группы и помещали в чашки Петри, предварительно заполненные исследуемыми растворами. Подсчитывали изначальное количество зародышевых капсул, содержащих по одному эмбриону, в каждой чашке. По окончании экспозиции подсчитывали в каждой экспериментальной чашке погибших эмбрионов и выклюнувшихся ювенильных особей. Оценку эффекта угнетения выклева в тест-модели *Lymnaea stagnalis* проводили путем подсчета выклюнувшихся особей в каждой исследуемой концентрации и в контроле, на основании чего рассчитывали процент выклюнувшихся особей относительно изначального количества зародышевых капсул для каждой повторности – это % успешного выклева. На основании усредненного из каждой повторности показателя % успешного выклева для каждой концентрации относительно контроля рассчитывали *угнетение выклева* (%) по формуле:

*угнетение выклева (%) = (К-О)/К *100%*

где, К - % успешного выклева в контроле,

О - % успешного выклева в опыте.

Длительность эксперимента 2 составила 6 месяцев, возраст моллюсков на момент начала и окончания эксперимента – 2 и 8 месяцев, соответственно, на каждую из заданных концентраций образца отходов приходилось 20 особей. Концентрации образца в водном растворе составили: 0,0001, 0,001, 0,0275 и 0,11 мг/мл. Особей контрольных групп (по одной на каждую повторность) инкубировали в отстоянной водопроводной воде.

В ходе эксперимента моллюсков с избытком кормили свежими листьями салата, каждые 7 суток собирали отложенные кладки, обновляли водную среду, а также оценивали сырую массу моллюсков и количество выживших особей. Суммарную плодовитость оценивали как отношение суммарного значения числа зародышевых капсул, произведенных моллюсками экспериментальной группы, к числу особей группы за период эксперимента. Достоверность различий между контролем и опытом по выбранным показателям оценивали по t-критерию с помощью программы «Statistica 6.0».

Результаты исследования. Согласно результатам эксперимента 1, образец протестированных отходов в концентрациях 2-8 мг/мл оказал существенное токсическое влияние на тест-модель *Lymnaea stagnalis* по такому критерию, как угнетение выклева молоди из кладок (таблица 1).

Таблица 1 – Эмбриотоксическое влияние образца отходов на кладках *Lymnaea stagnalis*

Концентрация отходов, мг/мл	Успешный выклев, %	Коэффициент вариации, %	Угнетение выклева, %
Контроль	90,79	3,91	%–
2,0	13,88	22,6	84,72
4,0	1,6	22,07	98,23
6,0	0	–	100
8,0	0	–	100

По итогам эксперимента 2 с продолжительностью экспозиции 6 месяцев было установлено статистически достоверное ($p < 0,01$) угнетение роста и снижение плодовитости у особей *Lymnaea stagnalis* по сравнению с контрольной группой в результате хронического воздействия отходов в наивысших заданных концентрациях (0,0275 мг/мл и 0,11 мг/мл).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о высокой чувствительности использованной тест-модели в экспериментах на кладках и половозрелых особях к воздействию исследованных отходов производства. При этом из всех использованных нами критериев оценки воздействия образца отходов наибольшей чувствительностью характеризуется показатель «снижение плодовитости» большого прудовика, отражающий репродуктивную токсичность.

Выводы. Отмечено значительное снижение выклева молоди большого прудовика при влиянии концентраций в диапазоне 2 – 8 мг/мл образца отходов в период эмбриогенеза. Для половозрелых особей моллюска в хроническом 6-месячном эксперименте установлено достоверное угнетение роста и снижение плодовитости в результате воздействия осадка очистных сооружений производства пестицидов в концентрациях 0,0275 мг/мл и 0,11 мг/мл. Полученные результаты свидетельствуют о высокой чувствительности использованной тест-модели к воздействию отходов производства пестицидов, а также о перспективности применения *Lymnaea stagnalis* для лабораторного биотестирования на основе использования таких показателей, как угнетение выклева молоди, снижение темпов роста и суммарной плодовитости на половозрелой стадии жизненного цикла.

ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ДИИЗОНОНИЛФТАЛАТА НА РЕПРОДУКТИВНЫЕ ФУНКЦИИ БЕЛЫХ КРЫС

В. А. Грынчак – аспирант, младший научный сотрудник лаборатории профилактической и экологической токсикологии[93]

Республиканское унитарное предприятие

«Научно-практический центр гигиены», г. Минск, Республика Беларусь

Научный руководитель – к.м.н., доц. С.И. Сычик

Актуальность.Интенсивное развитие химического производства приводит к появлению широкого спектра потребительской продукции на полимерной основе. Для придания полимеру мягких и гибких свойств производители используют сложный эфир фталевой кислоты – диизононилфталат (ДИНФ), опасные свойства которого для человека не изучены. Известно, что фталаты являются эндокринными эффекторами и, в частности, способны проявлять антиандрогенные свойства. Одним из компонентов изучения негативного воздействия химического фактора является идентификация опасности в опытах на лабораторных животных.Результаты исследованиянеобходимы для разработки гигиенического норматива допустимого количества миграции ДИНФ из изделий медицинского назначения в целях оценки их безопасного применения при проведении процедуры государственной регистрации органами санитарного надзора.

Цель исследования. Изучение влияния ДИНФ на репродуктивную функцию белых крыс с учетом изменений, возникающих в постнатальном развитии и определением недействующих уровней доз.

Материалы и методы исследования. Эксперименты проводили на 105 рандомбредных половозрелых крысах-самках (160-180 г) по комбинированной схеме изученияэмбриотоксического и тератогенного действия с учетом состояния потомства в постнатальном периоде. Отобранным самкам, распределенным в 5 группах по 21 особи, начиная с первого дня беременности внутрижелудочно вводили ДИНФ в фиксированных дозах – 10, 100, 1000 и 10000 мг/кг на протяжении всего срока беременности (контрольной группе вводили 2 мл дистиллированной воды). По завершению органогенеза н**а** 20-й день беременности проводили умерщвление 11 из 21 самки в каждой группе. Наличие аномалий развития внутренних органов эмбрионов определяли с помощью метода сагиттальных срезов**.** Остальные самки приносили потомство, у самцов которого по достижении трехмесячного возраста определяли массу и длину тела, исследовалиотносительные коэффициенты массы придатков и семенников, подвижность и концентрацию сперматозоидов**.**

Результаты исследования. В ходе исследования установлено, что внутрижелудочное введение ДИНФ самкам на протяжении периода беременности в дозах 100, 1000 и 10000 мг/кг инициировало дозозависимоеформирование внешних и внутренних пороков развития эмбрионов, таких как микрофтальмия, анэнцефалия, гидроцефалия, акрония, микрогнатия, гипоплазия легкого, отсутствие межжелудочковой перегородки сердца, эвентрация кишечника и/или печени. Уровень воздействия 10000 мг/кг характеризуется увеличением общей п**остимплантационной** и эмбриональной смертности, наличием множественных (сочетанных) пороков развития эмбрионов. При этом по показателям постнатального развития потомства достоверных по сравнению с контролем изменений не обнаружено.

Выводы. Изучили влияние ДИНФ на репродуктивную функцию белых крыс.В эксперименте установлена максимально недействующая доза ДИНФ на уровне 10 мг/кг, при которой признаков тератогенного и эмбриотропного действия не выявлено.

ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АДАПТИВНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ СИНДРОМЕ ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛИВАНИЯ

З. М. Саидов – молодой ученый *79*

Кафедра патологической физиологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия

Научный руководитель - д.м.н., проф. М.З. Саидов

Введение. Синдром длительного сдавливания представляет собой комплекс специфических патологических процессов, развивающихся после освобождения раненых из-под завалов (землетрясения, цунами, взрывы в жилых домах и др.), связанных с возобновлением кровообращения в травмированных и длительно ишемизированных тканях, прежде всего, мышечной. Реперфузия ишемизированной мышечной ткани по истечении одного и более часа индуцирует тяжёлую генерализованную эндотоксемию, плазмопотерю, болевой шок и полиорганную недостаточность с ведущей ролью острой почечной недостаточности. Летальность при СДС тяжёлой степени, особенно при больших землетрясениях, может достигать 80%. Очевидно, что перечисленные выше патологические процессы оказывают непосредственное воздействие на органы и клетки врождённого и адаптивного иммунитета, обуславливая формирование иммунопатологического звена СДС

Цель работы: изучение уровня сывороточных CD3G и CD19, а также сывороточных уровней провоспалительных цитокинов и кортизола на экспериментальной модели СДС в зависимости от степени тяжести СДС

Материалы и методы: эксперименты проведены на крысах-самцах Вистар 8-12 месячного возраста, массой 150-180 гр. Животные содержались в стандартных условиях и диете в виварии кафедры патофизиологии ДГМУ. Работа с животными проводилась в соответствии с “Правилами проведения работ с использованием экспериментальных животных. Приложения №1,2,3,4“ [idbas.comcor.ru/bioetica/bioetic1.doc].

Модель СДС воспроизводилась у крыс путём наложения металлических тисков с площадью сдавливающей поверхности 5-6 см^2. Тиски накладывались на 2, 4 и 6 часов на задние лапки под тиопенталовым наркозом (0,2-0,3 мл 10% раствора тиопентала на одну особь). При этом сила сдавливания была максимальной, но не нарушающей целостность костей нижних конечностей. Такая модель является общепринятой и позволяет точно воспроизводить степень компрессионной травмы. Экспериментальные животные были разделены на 3 группы: 1 группа крыс (n=15) с СДС лёгкой степени (I степень тяжести), время

сдавливания – 2 часа; 2 группа крыс (n=15) с СДС средней степени (II степень тяжести), время сдавливания – 4 часа; 3 группа крыс (n=15) с СДС тяжёлой степени (III степень тяжести), время сдавливания – 6 часов и контрольная группа крыс (n=10).

Уровень CD3G, CD3G и кортизола в сыворотке крови определяли методом твёрдофазного ИФА на наборах иммуноферментного анализа, результаты выражались в нг/мл или в пг/мл.

Результаты: Результаты изучения уровня растворимых CD3G и CD19, а также кортизола в крови крыс при СДС различной степени тяжести представлены в табл.1.

Таблица 1

Уровень растворимых CD3 G, CD19 и кортизола в сыворотке крови крыс при СДС I, II и III степени тяжести, Me (25;75процентили)

	CD3 G, нг/мл	CD19, нг/мл	Кортизол, нг/мл
I степень СДС, n=20	0,4 (0,2;0,5)*	0,32 (0,2;0,38)*	25,5 (18,9;52)**
II степень СДС, n=20	0,5 (0,45;0,8)*	0,3 (0,26;0,4)**	23 (21,46)**
III степень СДС, n=20	0,5 (0,2;0,55)*	0,3 (0,28;0,34)**	44 (33,106)**
Контроль, n=10	0,25 (0,2;0,3)	0,16 (0,1;0,2)	3 (2,5;3,0)

Примечание: *p<0,05, **p<0,01 по сравнению с контрольной группой (Т-критерий Манна-Уитни)

Прежде всего, обращает на себя внимание резкое, достоверное увеличение уровня кортизола в сыворотке крови при I, II и III степенях тяжести СДС по сравнению с контролем (25,5(18,9;52), 23(21,46) и 44(33,106) соответственно, против 3 (2,5;3,0), p<0,01), что является отражением стресс-реакции на рабдомиолиз. Причём III степень СДС сопровождается ещё более выраженным, двукратным, увеличением уровня кортизола по сравнению с СДС I и II степени тяжести. Очевидно, что экстремальное повышение уровня кортизола в крови имеет далеко идущие последствия.

Уровень сывороточных провоспалительных цитокинов при СДС различной степени тяжести представлен в табл.2.

Таблица 2

Уровень провоспалительных цитокинов и кортизола в сыворотке крови крыс при СДС I, II и III степени тяжести, Me (25;75процентили)

	ТНФ-α, пг/мл	ИФ-γ, пг/мл	ИЛ-6, пг/мл	Кортизол, нг/мл
I степень СДС, n=20	0,73 (0,3;1,5)*	0,97 (0,8;1,2)*	3,4 (2,4;4,2)*	25,5 (18,9;52)**

II степень СДС, n=20	0,9 (0,5;1,7)**	0,8 (0,6;1,1)	3,2 (1,7;3,5)	23 (21;46)**
III степень СДС, n=20	1,23 (0,5;1,6)*	0,75 (0,5;1,1)	2,6 (2,4;3,4)	44 (33,106)**
Контроль, n=10	0,2 (0,14;0,3)	0,7 (0,5;0,9)	2,3 (1,8;2,8)	3 (2,5;3,0)

Примечание: *p<0,05, **p<0,01 по сравнению с контрольной группой (Т-критерий Манна-Уитни);

Видно, что поведение ТНФ-α, ИЛ-6 и ИФ-γ, несмотря на то, что все они относятся к группе провоспалительных цитокинов, неоднозначно. Обращает на себя внимание достоверное увеличение (p<0,05, p<0,01) ТНФ-α при всех трёх степенях тяжести СДС по сравнению с контрольной группой. Причём, увеличение степени тяжести СДС сопровождается пропорциональным увеличением сывороточного уровня ТНФ-α. III степень тяжести СДС также ассоциирована с максимальным уровнем сывороточного кортизола - 44(33,106) нг/мл. Пропорциональное степени тяжести СДС увеличение сывороточного уровня ТНФ-α является следствием нарастания признаков системного воспаления при СДС. Одновременно, синергичное максимальное увеличение уровня кортизола в сыворотке увеличивает эффективность апоптоза лимфоцитов. Именно эти факты лежат в основе лимфоцитопении, достигающей своего максимума при СДС III степени (табл.3). Концентрация ИЛ-6 и ИФ-γ превышает аналогичные показатели в контрольной группе, достигая уровня статистической значимости только при I степени тяжести СДС (p<0,05). Примечательно, что увеличение степени тяжести СДС связано с пропорциональным уменьшением уровня ИФ-γ и ИЛ-6. Вероятно, усиление эндотоксикоза при увеличении степени тяжести СДС ингибирует продукцию этих цитокинов.

Выводы.

1. Синдром длительного сдавливания сопровождается выраженным стрессом у экспериментальных животных: при I и II степени тяжести СДС уровень кортизола в сыворотке крови увеличивается в 8 раз, при III степени тяжести СДС в 14 раз.
2. На фоне гиперкортизолемии при СДС I, II и III степени тяжести достоверно увеличиваются уровни растворимых CD3G и CD19, что свидетельствует об активации общих популяций Т и В-лимфоцитов в раннем посткомпрессионном периоде СДС.
3. Синдром длительного сдавливания I, II и III степени тяжести сопровождается достоверным увеличением продукции провоспалительных цитокинов - ТНФ-α, ИФ-γ и ИЛ-6.

ОСНОВНЫЕ ПАРАМЕТРЫ ТОКСИКОМЕТРИИ ДИИЗОНОНИЛФТАЛАТА В СУБХРОНИЧЕСКОМ ЭКСПЕРИМЕНТЕ

В. А. Грынчак – аспирант, младший научный сотрудник лаборатории профилактической и экологической токсикологии[96]

Республиканское унитарное предприятие

«Научно-практический центр гигиены», г. Минск, Республика Беларусь

Научный руководитель –к.м.н., доцентС.И. Сычик

Актуальность. Для придания полимерной продукции необходимых мягких и гибких свойств производителями широко используются пластификаторы на основе сложных эфиров фталевой кислоты − фталаты. Наиболее перспективным пластификатором признано новое соединение – диизононилфталат (ДИНФ), химические свойства которого позволяют отказаться от применяемых ранее пластификаторов (например, дибутилфталата и диоктилфталата). Известно, что фталаты оказывают негативное воздействие на эндокринную и нервную системы, обладают способностью индуцировать ряд отдаленных эффектов, включая канцерогенные. Соединения с такими свойствами присутствуют в составе упаковки для пищевых продуктов, в бытовой технике, изделиях медицинского назначения, игрушках для детей и т.д. К продукции, содержащей ДИНФ, отсутствуют требования гигиенической безопасности, что не дает оснований ее считать безопасной для потребителя. В связи с этим необходимо осуществление токсиколого-гигиенической оценки для целей гигиенического регламентирования ДИНФ. Необходимым этапом таких исследований является субхронический эксперимент на теплокровных животных, который, наряду с иными показателями токсикометрии, дает представление о кумулятивных свойствах и степени потенциальной опасности изучаемого вещества для организма.

Цель исследования. Изучить токсические свойства ДИНФ в субхроническом эксперименте при внутрижелудочном введении белым крысам.

Материалы и методы исследования. Токсические свойства ДИНФ на организм самцов белых крыс массой 180-200 г изучали в субхроническом эксперименте с внутрижелудочным введением фиксированных доз по методу Ю.С.Кагана и В.В.Станкевича в течение 2 месяцев (5 дней в неделю). Животные разделены на 4 группы по 10 особей в каждой: I-контрольную и II, III, IV-опытные, подвергавшиеся воздействию 100, 1000 и 10000 мг/кг ДИНФ, соответственно. Препарат в нативном виде вводили в желудок подопытных животных с помощью иглы-зонда. Контрольной группе вводили дистиллированную воду в объеме 0,2 мл/10 г веса животного. В ходе эксперимента регистрировали изменения массы тела животных, а также сроки их гибели. По окончании эксперимента у крыс изучали ряд показателей поведенческой активности. После одномоментной декапитации крыс при аутопсии определены относительные коэффициенты массы (ОКМ) внутренних органов. Для характеристики функционального состояния организма

подопытных животных изучали морфофункциональный состав периферической крови, также, определяли биохимические показатели сыворотки крови и мочи.Морфофункциональное состояние гонад самцов подопытных крыс изучали по показателям общей концентрации сперматозоидов (включая определение подвижных и неподвижных сперматозоидов), средней скорости подвижных сперматозоидов.

Результаты исследования. На протяжении субхронического опыта в течение 2 месяцев не наблюдали гибели животных ни в одной из экспериментальных групп, подопытные животные не отличались от контрольных по приросту массы тела I группа 242 (227-256), II группа 245 (234-255), III группа 250 (256-260) и IV группа 258 (243-273) при $p>0,05$.

При введении ДИНФ отмечены статистически значимые изменения в поведении животных опытных групп II, III и IV выражающиеся в достоверном увеличении и снижении показателя проход по секторам. Другие поведенческие показатели (норковый рефлекс, вертикальная стойка, груминг) не отличались от контрольных крыс. Суммационно-пороговый показатель (СПП) определяли по факту отдергивания задней лапы от подведенного электрода при равномерном увеличении подаваемого электрического импульса (напряжения). СПП оставался в пределах показателей контрольной группы (СПП = 15,6 (12,5-18,6) В), II группа СПП = 16,5 (13,1-19,9) В, III группа СПП = 13,4 (10,8-15,9) В и IV группа СПП = 13,2 (9,8-16,5) В при $p>0,05$.

Изучение внутренних органов при экспозиции ДИНФ в дозе 1000 мг/кг вызывал у крыс увеличение ОКМ печени. При увеличении вводимой дозы (10000 мг/кг) установлено увеличение ОКМ печени, почек и селезенки. При снижении вводимой дозы (100 мг/кг) ДИНФ не вызывал изменений ОКМ внутренних органов.

При изучении биохимических показателей сыворотки крови белых крыс установлено дозазависимое достоверное повышение уровня активности гамма-глутамилтранспептидазы, увеличения содержание фосфора и мочевой кислоты в группах II, III и IV, увеличения содержание кальция и железа в группах III и IV, повышение уровня активности аспартатаминотранферазы и α-амилазы в группе IV. Другие показатели: содержание липопротеидов высокой и низкой плотности, лактатдегидрогеназы, аланинаминотрансферазы, холестерина, альбумина, креатинина, триглицеридов, магния, мочевины, глюкозы, общего белка, билирубина, компонентов компонента С3 и С4, иммуноглобулинов А, G и М, коэффициент де Ритиса достоверно не изменялись.

Морфофункциональные показатели периферической крови белых крыс подвергнутых воздействию ДИНФ достоверно изменялись в группах II, III и IV − снижение среднего содержания и концентрации гемоглобина в эритроците, в группах III и IV − увеличение среднего объема тромбоцита и снижение среднего объема эритроцита, в группе IV − снижение содержания эритроцитов, снижение концентрации гемоглобина, снижение гематокрита и

увеличение содержания тромбоцитов. Другие исследованные показатели: содержание лейкоцитов, лимфоцитов, моноцитов и гранулоцитов у подопытных крыс соответствовали таковым в контрольной группе.

Со стороны функциональных показателей состояния мочевыводящей системы на 60-е сутки эксперимента при введении ДИНФ отмечалось увеличение суточного диуреза и содержания кальция, снижение содержания фосфора, α-амилазы, креатинина, мочевины и мочевой кислоты при введении доз 100, 1000 и 10000 мг/кг. В группе IV, также отмечено снижение содержания общего белка и магния, увеличение клиренса мочевины. Такие показатели, как pH, клиренс креатитина, содержание железа и альбумина в моче достоверно не изменялись.

В подопытных группах не наблюдалось достоверных отклонений показателей, характеризующих генеративную функцию − ОКМ семенников и придатков, общая концентрация сперматозоидов (включая определение подвижных и неподвижных сперматозоидов), средняя скорость подвижных сперматозоидов.

Выводы. Как показали результаты изучения субхронической токсичности при интрагастральном поступлении в организм белых крыс, ДИНФ оказывает влияние на функционирование нервной системы, что отражается в дозозависимых разнонаправленных изменениях поведения животных по показателю проход по секторам. Дозы 100, 1000 и 10000 мг/кг ДИНФ оказывают влияние на показатели состояния мочевыводящей системы, гематологические и биохимические показатели, ОКМ внутренних органов. ДИНФ не проявляет кумулятивные свойства.

ВЛИЯНИЕ УДАЛЕНИЯ ПРИДАТКОВ МАТКИ НА СИСТЕМУ ГЕМОСТАЗА

Н. Г. Рагимова - студентка 411 группы стоматологического факультета73

Научно-исследовательский институт экологической медицины

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия

Научный руководитель – к.м.н.Р.И. Рагимова

Актуальность. Общая частота тромбоэмболических осложнений после гинекологических вмешательств составляет от 4 до 22% по данным (Макаров О.В. Озолиня Л.А. и др., 2004; Серов В.Н., Макацария А.Д., 1987; Шевлюкова Т.П., 1995), а в общей хирургии –30% (ТГВ). Летальность среди нелеченных достигает до 30% (Иванов А.В., 1985), но при рано начатой терапии антикоагулянтами не превышает –10% (Rich .S.). Основой развития тромбоэмболических осложнений (ТЭО) является хронический ДВС - синдром в стадии длительной гиперкоагуляции, источником тромбообразования у женщин с гиперпластическими процессами и служат сосуды, ближайшие к зоне операции, что подтверждено патоморфологически (Курочка М.П., 2002). Система емостаза оказывает

влияние на гемореологию, гемодинамику, проницаемость сосудистой стенки, участвует в заживлении ран, воспалении, и в то же время сама подвергается воздей-ствию этих факторов (Иванов А.В., 1985; Поташов Л.В., 2001).

Цель исследования – профилактика ранних нарушений в системе гемостаза после удаления придатков матки.

Материал и методы исследования. Для решения поставленных задач нами выполнены эксперименты на многорожавших беспородных 10 собаках (самках) с массой от 13 до 20 кг с соблюдением всех этических норм. Под внутриплевральным тиопенталовым наркозом вскрывали брюшную полость- нижняя срединная лапаротомия. У всех животных удаляли яичники с маточными трубами (придатки) с обеих сторон. Изучали у всех животных некоторые показатели коагулограммы (время свертывания крови по Ли-Уайту; протромбиновый индекс (ПТИ) по Квику (в %); тромбиновое время (ТВ) в сек; активированное парциальное тромбопластиновое время (АПТВ) (в сек); растворимые фибрин – мономерныекомплексы (РФМК) (мг/100мл); АТ-111 (в %), фибринолитическая активность по Доннеру (в мин); концентрация фибриногена «А» (мг/л) по Рутбергу; количество тромбоцитов по Фонио (в тыс.); реакция на фибриноген «В» по Лейоноу (в степени выраженности) (–, +, ++); антитромбин -111 (в %); наличие продуктов паракоагуляции оценивали путем этанолового теста (–, +,++) до и в сроки на 1, 3, 5, 7 и 14-е сутки после операции.

Результаты исследования. Исследования показали, что удаление придатков матки у экспериментальных животных приводит к изменениям в системе гемостаза, сопровождающиеся повышением активности свертывающей системы крови в сроки до 2-х недель. До конца 1-й недели после операции выявили значимое укорочение ТВ с последу-ющей тенденцией к восстановлению: через 1-е сутки ТВ укоротилось на 11,12% (12±1,3 (сек) ($p \leq 0,05$), на 3- е соответственно - на 28,8% (9,6±1,07) (сек) ($p \leq 0,05$). Спустя неделю отмечали тенденцию к восстановлению и ТВ (р 0,05) до - 11,6±1,2 (сек) и к 14 дню после операции составило- 12,9± 0,7 (сек), что ниже, чем исходные данные на 4,45% (при контроле 13,5±1,4). Наряду с этим наблюдали и значимое достоверное увеличение концентрации фибриногена А в ранние сроки после операции: на 1- е сутки на 62,6% до (6,8±0,58 (мг/л), на 3-е сутки на 65,9%, что составила 7,02±0,79 (мг/л) ($p \leq 0,05$). Начиная с 7-го дня и далее, наблюдали значимое снижение концентрации до 6,42±0,52, и к двум неделям после операции составила (5,9±0,42) (мг/л) ($p \leq 0,05$). Колебания фибриногена А во все сроки после операции достоверны по сравнению с исходными показателями (до операции 4,23±1,196). Также отмечали, через сутки после операции, незначимое уменьшение АПТВ до 26,4±3,47 сек (на 9,6%). Дальнейшее снижение спустя 3 и 5-е сутки составило соответственно на 20,55% - (23,2±3,25) и 18,2% - (23,9±2,8) ($p \leq 0,05$) и на14-е сутки все ещё ниже на 6,5% (27,3±2,0) (р 0,05) по сравнению с нормой (29,2±3,79) (сек). После операции удаления придатков матки

отмечали значимое снижение АПТВ в динамике до 7-й сутки после операции, кроме 1-й сутки. В динамике до 7-го дня после операции удаления придатков отмечали не значимое увеличение уровня РФМК: на 1-е сутки на 7,8% до (24,8±1,6), на 3-е сутки на 16,95% - (26,9±1,1), что значимо (p≤0,05) выше, чем исходные данные (23±2,26) (мг/100 мл). Спустя 5-7 дней на 18,26%, что составил - (27,2±1,5) (мг/100мл) в сравнении с контролем (p≤0,05). Через 7 дней отмечали снижение уровня РФМК и к 14 дню составило –(23,5±0,97) (мг/100мл) (p≤0,05). До конца 1-й недели после операции выявили значимое укорочение ВСК с последующей тенденцией к восстановлению: через 1-е сутки ВСК укоротилось на 9,25% и составило (158±6,7) (сек.) (p≤ 0,05), на 3-е, соответственно, на 14% - до (149,8±10,13) (сек.), при контроле (174,1±12,5) (p≤0,05). Через 7 дней после операции ВСК было укорочено до 116,9± 13,27 (сек.), что меньше на 32,86% по сравнению с контрольными показателями (p≤0,05). Начиная с 7-го дня и далее, отмечено достоверное удлинение ВСК и к 2-м неделям после операции составило (168,7± 10,76) (сек), что на 3,1% ниже, чем исходные данные (174,1±12,5).Через сутки после операции отмечали значимое увеличение ПТИ на 21,34%, и составил 118,8±5,0 (норма 97,9±7,7 (%)) (p≤0,05). В дальнейшем наблюдали снижение ПТИ: на 3-е сутки на 8,5% (106,3±7,46) (%) (p≤0,05), на 7-е на 2,3% -(100,2±6,9) (%) и с последующим значимым снижением в динамике и к 14 дню составил - (93,6±5,0 %) (p≤0,05) (табл. 1). Удаление придатков выявило достоверное снижение уровня АТ-111 через сутки на 4,1% (73,7±6,9), на 3-е – на 22,5% (66,5±4,92) и 5-7-е сутки на 15,4% (72,6± 5,5), а начиная с 7-й сутки выявили тенденцию к восстановлению и к 14 суткам составил- 76,2±5,13, что значимо ниже на 11,2% (p≤0,05) по сравнению с контролем (85,8±6,4 %). Наблюдали, значимое замедление фибринолитической активности (p≤0,05) до 7-го дня после операции: через 1-е сутки на 12,48% и составила - (102,7±4,8 мин.), 3-е - на 24,09 % (113,3±3,9 мин.) и спустя 5-7-е на 37,45 % (125,5±4,3 мин.) (p≤0,05). Начиная с 7-го дня после операции, наблюдали активацию фибринолитической системы крови, и к 14 дню составила- (96,2±3,4 мин.) при норме (91,3±3,7 мин.). Количество тромбоцитов значимо увеличивается до 7-го дня после операции с последующей тенденцией к нормализации. Через 1-е сутки увеличение тромбоцитов составило 23,12% (339,1±13,4 тыс.), спустя 5-7-е сутки - на 47,96% (407,5±16,6 тыс.) (p≤0,05). К концу 2-й недели количество тромбоцитов ещё выше на 4,42% (287,6±11,2 тыс.) по сравнению с исходными показателями (275,4±8,4 тыс.). Уже через 1-е сутки после операции в крови оперированных животных обнаруживали фибриноген В (++) у 25%,(+)у 75%; на 3-е сутки – (++) соответственно у 41,6% и (+) у (58,3%) и на 14-е сутки – (++) у 16,6%, (+) – у 83,3%. Положительный этаноловый тест обнаруживали после операции на 1-е сутки: (++) у 16,6%, (+) – у 83,3%; 3-е сутки (++) у 66,6%, (+) – у 33,3% и 2 недели соответственно (++) у 25% и (+) - (66,6%), а у 8,3% случаев этаноловый тест отрицательный.

Выводы. Удаление придатков матки (аднексэктомии) вызывает изменения в

свертывающей системе крови оперированных животных в ранние сроки, выражающиеся повышением активности свертывающей системы и угнетением активности противосвертывающей системы, что создает риск к возникновению ранних тромбоэмболических (тромботических) осложнений.

ГЕМОДИНАМИКА И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ РАЗНЫХ РЕЖИМАХ ПЕРЕЖАТИЯ ПЕЧЕНОЧНО-ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ СВЯЗКИ (ПДС)

З.Э. Рагимова – студентка 615 группы педиатрического факультета79

Кафедра оперативной хирургии с топографической анатомией

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия

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

Актуальность. Наиболее эффективным методом временной остановки кровотечения из афферентных сосудов печени (воротной вены и печеночной артерии) является пережатие печеночно-двенадцатиперстной связки (ПДС) (Антопольская Е.В., 1988; Духинова З.И., 1925; Журавлев В.А., 2003; Муратов А.В., 1997; Пашков В.М., 2000; Перьков А.А., 2010; Чомахашвили З.Д., 1989; Якубовский Е.В., 1971). По данным Журавлева В.А. (2003) допустимое время пережатия (ПДС) у экспериментальных животных составляет 30-40 минут, а после временного обходного портокавального шунтирования с внутриабдоминальной умеренной гипотермией удалось довести её до 60-80 минут. Резюмируя данные литературы, можно отметить, что, несмотря на большое количество работ, посвященных изучению последствий пережатия ПДС, этот вопрос все еще далек от окончательного разрешения. Результаты, полученные авторами в эксперименте и клинике, не идентичны, спорны многие положения о причинах падения артериального давления и механизме смерти животных при временном выключении печени из кровообращения. Недостаточно разработаны комплексы лечебно-профилактических мероприятий (Журавлев В.А., 2003; Муратов А.В., 1997; Пашков В.М. и соавт., 2000; и др.).

Цель исследования – выявить нарушения гемодинамики и морфологические изменения печени при разных режимах пережатия ПДС.

Материал и методы исследования. Для исследования гемодинамики и морфологических изменений, возникающих в печени после пережатия сосудов и протоковых структур, выполнены эксперименты на 5 беспородных собаках. После лапаротомии и обнажения печеночно-дуоденальной связки (ПДС) осуществляли её пережатие в динамике на 5, 10-15, 20, 30, 40, 50 минутах, брали кусочки ткани печени для гистологического исследования. Срезы окрашивали по Ван-Гизону и гематоксилином-эозином. Параллельно изучали у животных показатели общей гемодинамики: артериальное давление (АД), пульсовое давление (ПД), давление в нижней полой вене (ЦВД), давление в воротной вене (ВВ), частоту

сердечных сокращений (ЧСС) и число дыхательных движений (ЧДД). Определяли АД по методу Короткова, ЦВД и давление в ВВ определяли с помощью аппарата Вальдмана, ЧСС и ЧДД оценивали объективно.

Результаты исследования. При пережатии печеночно-дуоденальной связки (ПДС) уже на 10-й минуте у всех экспериментальных животных отмечали учащение дыхания. Через 15 минут после пережатия ПДС резко возрастает давление в ВВ на 220%, отмечали снижение АД на 30% и центрального венозного давления (ЦВВ) на 43%. На 20-25-й минуте после пережатия ПДС усилилась одышка, наблюдали дальнейшее падение АД на 40%, ПД на 52%, учащение частоты сердечных сокращений (ЧСС) на 20% и возрастание давления в воротной вене (ВВ) на 360%. Спустя 30 минут после пережатия печеночно-дуоденальной связки одышка выражена, дыхание поверхностное. На 40-й минуте пережатия (ПДС) дыхание редкое, поверхностное, кишечник, селезёнка синеватого оттенка, отмечается выраженный застой. Снижается давление в системе нижней полой вены на 85,5% (9±0,92), возрастает давление в воротной вене на 489 % (460±18,4). Отмечали падение артериального давления на 49,2% (64±1,3) и увеличение частоты сердечных сокращений на 28% (173±8,0). Наблюдали портальный застой с резким нарушением гемодинамики. Цвет печени слегка изменен к концу исследования. Спустя 50 минут турникет расслабляли, дыхание начало постепенно нормализоваться со временем. После расслабления турникета явления портального застоя постепенно возвращались к норме.

Гистологически при пережатии ПДС через 15 минут внутри печени определяли неравно-мерное распределение крови и выявляли участки значительного полнокровия вен и зоны с умеренным и незначительным содержанием ее в портальных венах на фоне обескровливания артерий. Синусоидные капилляры спавшие, обескровленные, в основном встречаются очаги с умеренным содержанием эритроцитов в перицентральных зонах долек. Балочное строение гепатоцитов сохранено, контуры ядер четкие, цитоплазма гепатоцитов окрашена неравномерно. Через 20 минут у подопытных животных количество вен, содержащих кровь, стало значительно меньше. Стенки их частично спавшие с наличием небольших скоплений (комплексов) эритроцитов около стенок. В то же время в просвете внутридольковых синусоидов определяли местами умеренное количество эритроцитов. Гистостроение паренхимы печени в целом не нарушено. Балочное строение долек сохранено, хотя цитоплазма гепатоцитов окрашивается эозином бледнее с мелкими вакуолями (начало дистрофии). Спустя 30 минут пережатия ПДС просветы большинства сосудов пустые, изредка встречаются междольковые и собирательные вены с небольшим количеством эри-троцитов. Вокруг центральных, собирательных вен и в синусоидах отмечали умеренное количество эритроцитов, лейкоцитов и лимфоцитов. Гистостроение паренхимы печени сохранено. В дольках балочки расположены радиарно. Гепатоциты со слабо выраженным набуханием и вакуолизацией

цитоплазмы, ядра сохранены и окрашены гипохромно

Выводы. Пережатие печеночно-двенадцатиперстной связки в эксперименте выявило следующие закономерности: начиная с 20-й минуты пережатия отмечали выраженные гемодинамические нарушения со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем, требующие немедленной коррекции. Гистологически при пережатии ПДС в начальном периоде до 15 минут наблюдается заметно выраженное перераспределение крови в артериях и венах печени: артерии, как правило, обескровлены, в междольковых и собирательных венах отмечается значительное накопление крови с расширением просвета и растяжением стенок. Одновременно с этим местами наблюдали кровенаполнение центральных вен и окружающих синусоидов; синусоиды периферической зоны долек обескровлены. В паренхиме печени структурные изменения не выражены. Спустя 20 минут отмечали преимущественно обескровливание большинства сосудов, но сохраняется кровенаполнение сосудов портальной системы. Более демонстративные изменения в виде обескровливания большинства междольковых вен наблюдали через 30 минут пережатия ПДС. Однако в отдельных полях зрения сохраняется циркуляция крови с накоплением ее и в центральных и собирательных венах. Со стороны паренхимы печени в эти сроки наблюдали мелкокапельную вакуольную дистрофию гепатоцитов и гипохромность окраски ядер. Одновременно отмечали и миграцию лейкоцитов и лимфоцитов в капилляры.

ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕХНОЛОГИЙ ВИРТУАЛЬНОЙ РЕАЛЬНОСТИ В СТОМАТОЛОГИИ

М.Н. Исламов – студент 2 курса стоматологического факультета, Гафуров К.А.*96*
Кафедра биофизики, информатики и медаппаратуры
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Актуальность: Одним из современных достижений в мире медицинских технологий является разработка и внедрение очков виртуальной реальности. Такого рода технологии могут быть внедрены и в стоматологии, так как лечебные медицинские процедуры в стоматологии чрезвычайно болезненны и вызывают у пациентов фобии и страхи. Причину страха могут вызывать не только болевые ощущения, но и к раздражающим факторам можно отнести звуки, незнакомые инструменты непосредственно в полости рта, визуально не наблюдаемые. Для предотвращения подобных реакций на практике используются сильные обезболивающие препараты, что в свою очередь является нежелательным для организма человека. На протяжении длительного времени врачи находятся в поиске, немедикаментозных средств для уменьшения страха и степени страдания.

В связи с решением данной проблемы представляет интерес внедрение в стоматологическую терапию очков виртуальной реальности. Такого рода средства позволяют перенести человека в виртуальный мир и тем самым избавить от страхов в период лечения.

Цель исследования: выявить степень снижения стрессового состояния пациентов при проведении лечебных стоматологических процедур, за счет использования технологии виртуальной реальности.

Материалы и методы: в ходе исследований были использованы очки виртуальной реальности Samsung Gear VR2 S6. Благодаря суперсовременной технологии, они обеспечивают эффект погружения в виртуальную реальность. Для работы данных очков используется смартфон Samsung. На него можно установить программы, чтобы просматривать видео в высоком качестве, при этом угол обзора у них 96 градусов. Для исследования используются панорамные снимки и видеоролики с полем обзора в 360 градусов, путешествие по улочкам Рима, на океанском побережье и прочие релаксационные видео. В качестве измерителя пульса применяется модель датчика BCP-62 с современным форматом BlueTooth 4.0, голландской фирмой BBB. Для сохранения и анализа значений пульса применяется спортивное программное приложение RunKeeper.

Результаты и обсуждение: в ходе исследований были выделены несколько групп, в частности это мужчины от 20 до 35 лет и мужчины от 35 до 50 лет, женщины от 20 до 35 лет и женщины от 35 до 50 лет, а также дети от 8-17 лет. В основном применение средств виртуальной реальности проводятся при лечении кариеса и процедуре удаления нерва из корня

зуба.

Заключение и выводы: Таким образом, исследования показали, как и в других разделах медицины, применение методов виртуальной реальности позволяет снизить болевые стрессовые ощущения пациентов на 30-50%, что сопоставимо с действием сильных обезболивающих препаратов, более того метод не сопровождается побочным эффектом. Практическое использование предлагаемых технологий способствует значительному снижению процента людей, отказывающихся от своевременных стоматологических услуг по причинам страха.

НОВАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ДЛЯ ФИЗИОТЕРАПИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МАГНИТО-АКУСТО-ОПТИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ОКСИГЕМОГЛОБИН

А.А.Таболич - студентка 2 группы физического факультета95

Кафедра лазерной физики и спектроскопии БГУ, г. Минск, Республика Беларусь

Научный руководитель – д. ф-м.н. М.М. Асимов

Актуальность определяется возросшим в последние годы интересом профессионалов и широкого круга зрительской аудитории к проблемам минимизации негативного воздействия на организм человека при лечении онкологических заболеваний. Также отсутствием единого комплексного исследования по проблемам воздействия оптическим излучением и магнитным полем совместно с акустическими волнами для ускорения метаболизма клеток при их гипоксии. В-третьих, в условиях ускоренного роста технологического прогресса острую необходимость приобретает изучение применения и совмещения различных методов для достижения конкретной цели. Характер существующего положения требует разработки обобщающего исследования, посвященного изучению роли как отдельно, так и совместного воздействия акустическими волнами, так и оптическим излучением с магнитным полем.

Целью для настоящего исследования послужило: определить степень оксигенации биологической ткани при совместном воздействии магнитного поля, лазерного излучения и акустических волн.

Для исследования используются следующие **методы:** спектральный, эксперимент, анализ, синтез, индукция, дедукция.

Для реализации цели проведен ряд исследований по изучению насыщения биологической ткани кислородом при сочетательном воздействии на кожные кровеносные сосуды и капилляры. Исследования проводились на базе института физики имени Б.И.Степанова Национальной Академии Наук Республики Беларусь. Мониторинг осуществляется с помощью кислородного электрода Кларка, установленного на кожный покров. Электрод Кларка состоит из серебряного анода, электролита, кислород проницаемой мембраны, нагревательной секции и электронной системы для измерения и регулирования температуры сенсора. Электрод

устанавливался на кожу посредством специальной контактной жидкости. С помощьюстандартного прибора для измерения степени оксигенации биоткани «PoMonitor TM 300T» контролировался уровень снабжения кислородом клеток кожи перед воздействием и во время воздействия ультразвуковыми колебаниями, лазерным излучением различной мощности и длины волны и магнитным полем.

Результаты исследования. Оптический метод оксигенации биоткани может быть усилен при использовании акустических ультразвуковых волн. Ультразвуковые колебания усиливают микроциркуляцию крови в капиллярах и в комбинации с оптическим методом позволяют существенно повысить локальную концентрацию кислорода в биоткани. В ходе экспериментальных исследований были выявлены оптимальная длинна волны лазерного излучения и параметры магнитного поля и акустических волн для фотодиссоциации оксигемоглобина invivo. При воздействии ультразвуком с плотностью мощности 4 Вт/см. кв. и резонансной частотой 30,39 кГц наблюдается рост величины оксигенации биоткани в среднем на 20 %.

Этот результат можно объяснить тем, что при воздействии ультразвуковых колебаний существенно меняется коэффициент диффузии в ткани. Существенно возрастает скорость транспорта кислорода через кожу. По этим причинам, перспективным является применение ультразвуковых колебаний для усиления и ускорения эффекта от воздействия лазерного излучения.

Расчеты численного моделирования диффузии кислорода из плазмы крови в тканьпроводились на основе упрощенной оптической модели кожной ткани, которая рассматривалась как гомогенная среда с одинаковой плотностью по всему объему, а кровеносные сосуды (артериальные и венозные) расположены на глубине ~ 0,5 мм. Для данной модели получено решение уравнения диффузии. Следует отметить, что скорость экстракции кислорода от HbO_2 остается постоянной в течение всего периода воздействия лазерным излучением.

Разработанный лазерно-оптический метод локальной оксигенации биотканей позволит снять проблему гипоксии в ткани раковой опухоли и существенно повысить эффективность методов фотодинамической, радиационной и химиотерапии в современной онкологии.

Экспериментальным путем установлено, что эффективность предложенных методов оксигенации биоткани оказывается сравнимой с методом гипербарической оксигенации, но отличительным преимуществом является локальность воздействия. Существенным является тот факт, что предложенные технологии на данный момент не имеет аналогов в мире и при реализации сможет заметно снизить неизбежное негативное влияние при использовании известных терапевтических методов в современной онкологии, избегая повреждение нормальных клеток, окружающих раковую опухоль.

Выводы. Анализируя литературные источники можно с уверенностью утверждать, что на данном этапе развития науки и медицины лазерные источники для медицинских целей с каждым годом находят все большее применение. Несмотря на это, проблема сочетательного воздействия лазеров с другим методами в литературе освещается в недостаточной степени.

.

СОЦИАЛЬНЫЕ СЕТИ В ЖИЗНИ СТУДЕНТА

М. А. Акаев - студент 2 курса педиатрического факультета74
Кафедра философии и истории
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия
Научный руководитель - д.филос.н., проф. Т.Э. Кафаров

Достаточно сложно представить сегодняшнюю жизнь, людей любых возрастов без доступа к интернету. Он является неоспоримым благом цивилизации и во многом упростил жизнь людей. Интернет-магазины позволяют совершать покупки, не выходя из дома, онлайн трансляции заменили многим телевизор, новости и прогноз погоды обновляются каждую минуту. Но есть еще один важный фактор, из-за которого люди «липнут» к экранам монитора сутками-социальные сети.

Когда появилась одна из первых социальных сетей, это вызвало настоящий ажиотаж. Каждый стремился создать свой аккаунт и увеличить количество друзей. Как того и следовало ожидать, со временем возникла проблема зависимости молодежи от социальных сетей.

Изначальным предназначением социальных сетей было объединение людей. Благодаря им появились возможность поддерживать связь на расстоянии. Многие отыскали родственников, одноклассников, друзей детства.

Данная тема на мой взгляд крайне актуальна и актуальность ее заключается в том, что сегодня многие молодые люди (студенты) становятся заложниками виртуального мира. В зависимость часто попадают те, кто создал свой идеальный образ, посредством аккаунта. Таким образом, люди стараются самоутвердиться, особенно если в реальности все не так безоблачно, как на страницах их профиля. Как правило, они не стремятся встретиться в жизни, потому что боятся предстать перед людьми такими, как они есть на самом деле.

Целью данной работы является комплексный анализ влияния социальных сетей на процесс социализации, становления и развития студентов, а также выявление зависимости студентов от социальных сетей.

Социальная сеть представляет собой социальную структуру, которая состоит из группы узлов. Эти узлы являются социальными объектами (организации или люди) и связью между ними (социальные взаимоотношения).

Социальные сети это огромный ресурс в жизни любого человека, имеющего выход в интернет, несущий в себе как положительный, так и отрицательный потенциал. К положительным мы можем отнести: связь родственников на расстоянии, объединение людей по интересам, в том числе существуют множество групп в социальных сетях где говорится о медицине, истории, географии, психологии и. др. Отрицательным и пагубным является то, что

студенты, да и не только студенты «сидят» в социальных сетях постоянно, виртуальное общение заменило все. Крайне печально это осознавать. Хочу привести несколько случаев из своей жизни, вот еду я домой на маршрутке в основном сидят там мои сверстники, может быть ребята постарше, почти каждый из них сидит уткнувшись в свой мобильник, или другой пример, если мы зайдем в любое заведение общепита, то и здесь мы будем наблюдать такую же картину. Проблема зависимости молодых людей от социальных сетей – это уже не просто проблема, она переросла в болезнь!

В связи с обозначенными проблемами не самого благоприятного влияния социальных сетей на социализацию молодых людей, было проведено комплексное социологическое исследование. Объектом анкетного опроса являлись учащиеся в возрасте от 17-23 лет.

В процессе опроса каждому предлагалось ответить на несколько вопросов, которые позволят решить поставленные задачи. Анализ результатов анкетного опроса показал, что на сегодняшний день глобальная сеть Интернет занимает значительное место в жизни современной молодежи.

На вопрос: Как часто вы пользуетесь глобальной сетью? более 70% ответили, что довольно часто, около 15% находятся онлайн практически всегда и только 10% респондентов ответили, что пользуются интернетом довольно редко, если есть свободное время.

На вопрос: Как вы предпочитаете проводить свободное время? более половины опрашиваемых ответили, что предпочитают проводить его общаясь в интернете, на 2 и 3 месте чтение книг и просмотр телевизора, как это не странно занимаются спортом в свободное время вишь около 5% респондентов.

Какова же цель посещения социальных сетей? Более 70% ответили, что посещают соц.сети для получения нужной информации, около 15% ответили , что общаются в группах по интересам и около 5% респондентов используют социальные сети для поиска новых друзей и общения с противоположным полом.

На вопрос: помогают ли вам соц.сети в решении ваших проблем? 33% ответили утвердительно, а 67% используют их как развлекательный ресурс

Как же влияет информация, полученная из социальных сетей на жизнь? Около половины опрашиваемых ответили, что оказывает незначительное влияние, четверть ответила, что отчасти формирует жизненную позицию, около 20% ответили, что не воспринимают всерьез полученную информацию.

Последний вопрос звучал так: Готовы ли вы по среди ночи войти в социальную сеть по среди ночи? Более половины ответили, что такое иногда случается.

В заключении хочу отметить, что значение киберзависимости крайне велико, настолько велико, что, порою некоторые молодые люди теряют связь с реальным миром, с головой окунаясь в мир виртуальный. Проведенное исследование свидетельствует об этом.

Анализируя результаты исследования и научную литературу по данной проблематике, можно предложить несколько направлений решения этой проблемы:

1) Нужно создать программу по интернет консультированию. Людям комфортнее начинать общение с психологом в сети. В Европе уже существуют специализированные центры помощи людям, страдающим зависимостью от сетевых сообществ.

2) Должны появиться «блоги доверия», где специалисты проконсультируют ребят по их проблемам и подскажут в какую службу им стоит обратиться.

3) Начать реализовывать развивающие программы и тренинги, направленные на развитие коммуникабельных способностей (самообладания в конфликте, гибкость и активность в общении), на развитие духовно-нравственных способностей.

Успешная реализация данных направлений, на мой взгляд, поможет молодым людям решить хотя бы ряд проблем по сложной адаптации их в современном мире. Хочу отметить, что проблемой являются не сами социальные сети, а неправильное, нерациональное распределение времени молодыми людьми (студентами).

Литература

1) Федеральный закон «О рекламе» от 13.03.2006 №38-ФЗ

2) ФЗ О Стратегии государственной молодежной политики в РФ от 18 декабря 2011 года

3) «Роль социальных сетей в социализации молодежи»- Баткаева от 29.04.2013

4) «Виртуальная социализация как современный аспект социализации личности» - Плещаков 2011

5) «Влияние социальных сетей на формирование морально-нравственных, духовных коммуникативных качеств молодежи» - Топюк от 23.05.2012

ПОВЫШЕНИЕ ИНТЕРЕСА К ИЗОБРЕТАТЕЛЬСТВУ У МОЛОДЕЖИ КАК ЧАСТЬ ПРОФОРИЕНТАЦИОННОЙ РАБОТЫ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Э.Ш. Гусейнова[1], Э.К. Рамазанова[2] *78*

[1]Отдел интеллектуальной собственности и [2]кафедра гистологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава, г. Махачкала, Россия

Основными векторами профориентационной работы в вузе являются повышение интереса молодежи к выбранной специальности, поддержание изобретательской и исследовательской активности молодежи, стимулирование молодых людей на инновационные поиски и разработки перспективных проектов и содействие их внедрению, формирование инновационной культуры. Профориентационной работой важно заниматься не только с первокурсниками, но и со старшеклассниками, которые уже начинают думать о выборе профессии. Именно на это аудиторию старшеклассников и их родителей должна быть направлена работа по повышению интереса к учебному заведению.

С этой целью ряд лет ДГМУ принимает участиев выставке «Образование и карьера», где вуз представляет разностороннюю, объективную информацию, которая отражает участие студентов в изобретательской, спортивной, творческой, жизни вуза, созданные для них условия для учебы и отдыха. Участие в этой выставке служит укреплению имиджа учебного заведения как вуза с разнообразными программами обучения икачественной подготовкой, увеличению числа абитуриентов,поступающих в ваше учебное заведение,имеющих осознанное желание стать медиками.

ДГМУ участвует в фестивале «NAUKA +0», организуемом министерством образования и науки РФ, Московским государственным университетом им.М.В. Ломоносова на площадке Библиотеки МГУ. В программе фестиваля «NAUKA+» командой ДГМУ были включены мероприятия:мастер-класс "Оказание первой медицинской помощи при экстренных состояниях", видеопрезентация: «Медицина и прогресс», видеопрезентация «Лауреаты нобелевской премии в медицине», видеопрезентация «Клиника, диагностика и принципы лечения сочетанной травмы», практическое умение и презентация «Зубные пасты. Что мы о них знаем. Приготовление зубной пасты месте со студентами и желающими из зала», видеопрезентация «Способ обработки хирургических шовных материалов». Мастер-класс, конкурс, видеопрезентация и практические умения: «Методика наложения швов». Конкурс по наложению швов на биологические материалы. Практические умения демонстрировались на фантомах, и каждый желающий мог на них попробовать наложить шов, сделать искусственное дыхание и непрямой массаж сердца и трахеотомию.

Большой интерес представляет деятельность группы «Студенческий спасательный отряд

«Снежные барсы», которая показывает для школьников, для первокурсников приемы первой медицинской помощи, проводит мастер - классы, связанные с оказанием медицинской помощи.

Очень важно уже на первых курсах формирование инновационной культуры у молодежи, разъяснение в увлекательной форме понятия интеллектуальной собственности;развитие изобретательской и исследовательской активности молодежи;стимулирование молодых людей на инновационные поиски и разработки перспективных проектов. Медицина –это не только трудная, важная наука, но медицина – это очень интересно! Важным инструментом для ознакомления школьников с особенностями будущей профессии - это участие в работе научных кружков, встречи с изобретателями-медиками, участие в олимпиадах. Международная олимпиада проводится Российской государственной академией интеллектуальной собственности (РГАИС) при содействии Всемирной организации интеллектуальной собственности (ВОИС), Федеральной службы по интеллектуальной собственности РФ. Основное направление деятельности Международной олимпиады по интеллектуальной собственности– поддержка изобретательской и исследовательской активности молодежи. Международная олимпиада по интеллектуальной собственности для старшеклассников выявляет одаренных детей. Основана олимпиада Федеральной службой по интеллектуальной собственности и Российской государственной академией интеллектуальной собственности. Эта олимпиада является единственной в России, связанной с интеллектуальной собственностью. Стратегической целью всех этих мероприятий является формирование новой инновационной среды, в которой должны развиваться будущие специалисты.

Литература.

Паскарь В. С. Современные формы профориентационной работы в ВУЗах // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2017. – Т. 27. – С. 64–68. – URL: http://e-koncept.ru/2017/574011.htm.

О НЕКОТОРЫХ АСПЕКТАХ ПРОВЕДЕНИЯ ЗАРУБЕЖНОЙ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ. ВЗГЛЯД ГЛАЗАМИ СТУДЕНТОВ

Омарова А.Р. – студентка 5 курса лечебнрго факультета92

Кафедра факультетской терапии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия

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

Производственная практика в обучении студентов медицинских и фармацевтических вузов играет незаменимую роль в подготовке будущих специалистов области здравоохранения. Изучение медицины за рубежом включает в себя развитие у студента таких качеств, как навыки командной работы и работы с ПК, профессиональной коммуникации, этики, быстрого решения задач, аналитического мышления, работы со статистическими и цифровыми данными, и т.д. Каждый год студенты, в зависимости от направления подготовки, проходят практику в разных статусах.

Студенты ДГМУ совместно со студентами КГМУ хотим поделиться нашим опытом поездки за пределы государства .

Наш состав проходил стажировку в качестве помощника врача на базе Азербайджанского медицинского университета. В городе Баку нас встретили и заселили в общежитиеуниверситета. Университет имеет 4 клиники: терапевтическая, хирургическая ,стоматологическая, онкологическая. Наша практика проходила в терапевтической клинике. В клинике имеются следующие отделения: 2 педиатрических, неврологии, реанимационное отделение, эндокринологии, гериатрии, сердечно-сосудистый центр, ревматологическое отделение, гастроэнтерологии, нефрологии (отделение эфферентной терапии), пульмонологии, аллергологии, радиологии, поликлиническое. Лаборатория, оснащенная оборудованием из Японии, Турции, Германии, Франции. Все данные анализов автоматически заносятся в компьютерную базу данных, которой пользуются врачи всех отделений, что сказывается на повышении качественных и количественных показателей работы медицинского персонала.Таким образом, практически исключены бумажные носители. После знакомства с режимом работы и клиникой, студенты были распределены по отделениям нефрологии, пульмонологии (с аллергологией), кардиологии, гематологии.

С целью получения максимальной информации, было решено проводить ротацию студентов между отделениями. Помимо ежедневной работы в отделениях (обходы с лечащими врачами, участие в проведении лечебных или диагностических процедур (гемодиализ, спирометрия, ЭКГ и т.д.), мы приняли участие в клинической конференции, встречались с главным аллергологом Минздрава Азербайджана проф. Д. Маммадовым. Кроме того, была

предоставлена возможность работы в симуляционном центре, который находится на базе хирургической клиники. Мы не только наблюдали, но освоили и сами выполняли различные практические навыки согласно требованиям и временным нормативам: внутримышечные и внутривенные инъекции, установка в/в катетера, введение эндотрахеальной трубки, трансназального зонда, катетеризация уретры, мочевого пузыря.

Кроме запланированной терапевтической практики, нам была предоставлена возможность работы в хирургической клинике, участия в различных хирургических операциях (при этом, они не только наблюдали за ходом операций, но и ассистировали хирургам).

За время практики мы встречи с директором терапевтической клиники проф. Г. Габуловым, хирургической клиники – проф. С. Гаджиевым. Также была организованна встреча с ректором АМУ – проф. Герай Герайбели. Она прошла в дружественной обстановке, ректор интересовался тем, как проходит практика, имеются ли какие-то замечания и пожелания. Нами была высказана благодарность за оказанный прием и предоставленную возможность полноценного прохождения практики.

Не менее интересной оказалась и культурная программа. Помимо практически ежедневного знакомства с прекрасным городом Баку (посещение старого города, Девичьей башни, дворца Ширваншахов, аллеи шахидов, центра Гейдара Алиева и др.), были организованы поездки к храму огнепоклонников Атешгях (государственного историко-архитектурного заповедника), в археологический заповедник Гобустан (входящий в список объектов всемирного наследия ЮНЕСКО).

Мы поддерживаем связь, стараемся сохранять дружеские отношения друг с другом.

Также в 2016 году студенты нашего вуза проходили Производственную практику по дисциплине «помощник врача терапевта» в г. Витебске (Республика Беларусь), на базе Витебской областной клинической больницы.

В первый день практики был проведен инструктаж по технике безопасности, выделена учебная комната для студентов, обговорены порядок и время прохождения практики. С целью получения максимальной пользы от практики, нашим руководителем было принято решение о прохождении ее в различных отделениях больницы по недельным циклам, с последующей ротацией.Практика проходила ежедневно, кроме выходных, с 8-00 до 15-00.

В течение первой рабочей недели (с 20.06. по 24.06.) нас распределили на группы по 2-3 человека, которые проходили практику в отделениях пульмонологии, кардиологии, ревматологии под руководством врачей и зав. отделениями. За время практики мы приняли участие в обходах зав.каф. клинической иммунологии и аллергологии (д.м.н., проф. Новиков Д.К), общей и клинической фармакологии с курсом ФПК, (д.м.н., проф. Конорев М. Р., участвовали в постановке аллергопроб под руководством проф. Выхристенко Р.Р. Кроме того, была организована встреча с профессором кафедры терапии №2 ФПК и ПК ВГМУ, д.м.н.,

Окороковым Александром Николаевичем, автором множества монографий и популярных учебников по внутренним болезням. Встреча проходила в дружественной обстановке, профессор заинтересованно общался с нами, отвечал на наши вопросы и задавал интересующие его. Помимо ежедневной работы в указанных отделениях, вся группа ознакомилась с работой следующих подразделений больницы: кабинет рентгенокомпьютерной диагностике, отделения рентгенэндоваскулярной хирургии, баротерапии, радионуклеидной диагностики, кардиохирургии. Студенты присутствовали на операции аортокоронарного шунтирования. В отделении функциональной диагностики принимали участие при проведении спирометрии, ЭЭГ, ХМ, ЭКГ). Кроме рабочей была реализована и культурная программа, запланированная организаторами. Обзорная экскурсия по городу Витебску, Экскурсия по ВГМУ, Экскурсия Витебск-Минск, Экскурсия в Здравнево (усадьба-музей И.Репина).

Так же в нашем университете проходили практику по хирургии студенты 5 курса Киргизского Государственного Медицинского Университета им И.К. Ахунбаева:

О прибытии в стенах ДГМУ:

Ибраимов Нуртай

В рамках академической мобильности между КГМА им И.К.Ахунбаева и ДГМУ нам выпала возможность пройти производственную практику по циклу «Хирургия» в стенах ДГМУ. Мы в количестве 5 студентов и с руководителем Абдиевым А.А. вылетели в Грозный.Там нас тепло встретили сотрудники международного отдела ДГМУ директор Абакров М.М и его заместитель Саджида Джанбулатовна, после приехали в Махачкалу. На следующее утро познакомились с ГКБ 1, в которой мы получали знания. Больница современная ,многопрофильная оснащена всем необходимым современным медицинским оборудованием. Приятное впечатление оставил коллектив ГКБ 1 .Все сотрудники высокие профессионалы своего дела, очень ответственно выполняли обязательства,всегда нам подсказывали и показывали тонкости врачебного искусства .Также мы наблюдали за сложными хирургическими оперативными вмешательствами. За это время мы привыкли коллективу и неохотно покидали стены ГКБ 1. Также мы посетили центр аккредитации ДГМУ, где мы отработали практические навыки на муляжах. В этом центре мы открыли для себя много нового .Во время прохождения практики мы встречались с проректорами и другими врачами, которые делились с нами опытом и давали ценные советы. Помимо образовательной части каждый день проводились различные мероприятия. Посещали музеи , парки отдыха, центр этнической культуры, пару раз ездили на море. Особое впечатление оставила нам поездка в Гуниб .Мы были очарованы красотой Дагестана .Все это время нас сопровождали Сажида Джанбулатовна ,Магомедхан Магамедович, Асли Зурпукаловна и наши друзья студенты из ДГМУ. За это выражаем им огромную благодарность. В последние дни практики мы встретились с ректором ДГМУ Мамаевым С.Н. Обсудили вопросы по развитию

дружественных отношений межу ВУЗами, ректор дал нам ценные советы и пожелал удачи .За время прохождения практики мы влюбились в Дагестан за его необычайно красивую природу ,за великодушных и гостеприимных людей .Думаю, что у каждого из нас Дагестан занял достойное место в наших сердцах. Хотелось бы дальше развивать дружественные отношения, и ждем студентов из ДГМУ в Кыргызстане.

Оглавление

ТЕРАПИЯ 6

РОЛЬ ID ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА АСЕ В ФОРМИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ЖИТЕЛЕЙ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН
Э.А. Касаева– ассистент *6*

ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С СИСТЕМНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ С.Г. Гамидова – очный аспирант *7*

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ И ПЕРВИЧНОЙ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ Д.З. Панахова - клинический ординатор *9*

СВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АДИПОНЕКТИНА И ЦИТОКИНОВ С КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ НА ФОНЕ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ТЕЛМИСАРТАНОМ ИЛИ АМЛОДИПИНОМ В.Г. Петросова - ассистент, к.м.н. *11*

ДИНАМИКА ПРОФИБРОГЕННЫХ ЦИТОКИНОВУ БОЛЬНЫХ ХГ С НА ФОНЕ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ПЕГИЛИРОВАННЫМ ИНТЕРФЕРОНОМ-α-2А И РИБАВИРИНОМ
А.А. Мусхаджиев, С.Н. Маммаев, Ш.Р. Рамазанов, Л.Р. Аджимусаева *13*

ФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ И ГОРМОНАЛЬНЫЙ СТАТУС У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ Х.И. Ибрагимова - ассистент, С.Н. Маммаев, М.Г. Магомедова *14*

СОДЕРЖАНИЕ ЦИТОКИНОВ В ЖЕЛУДОЧНОМ СОКЕ У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ Д.С. Акбиева – ассистент *16*

НОВЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ В ИЗУЧЕНИИ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА
М.Г. Атаева – студентка 604 гр. лечебного факультета, А.С. Абасова *18*

ОЦЕНКА ИНФОРМИРОВАННОСТИ ВРАЧЕЙ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ПО ВОПРОСАМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
Ш.Г. Мужаитова – студентка 543 гр. лечебного факультета, К.А. Магомедова – ассистент *21*

ОСОБЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА (ЛЖ) НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ КАРВЕДИГАММОЙ, МЕРТЕНИЛОМ И ЛИЗИНОПРИЛОМ В СОЧЕТАНИИ С ПРИЕМОМ КЛОПИДОГРЕЛЯ
П. А. Газиева, А. Н. Каллаева *22*

ВЛИЯНИЕ ДИСТАНЦИОННОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ НА ИСХОД ИНФАРКТА МИОКАРДА Б. С. Абдуллаева *23*

РОЛЬ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ В ВОЗНИКНОВЕНИИ РЕАКТИВНЫХ АРТРИТОВ З.М. Саидова - ассистент *24*

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ В ТЕЧЕНИИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА
Е. Д. Бойко - студент 1431 гр. лечебного факультета, М.А. Андала - студент 1429 гр. лечебного факультета *25*

ВЗАИМОСВЯЗЬ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА С ПОВЫШЕННЫМ УРОВНЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ
А. Ю. Кравченко, П.Г. Зыбайло – студенты 1428 гр. лечебного факультета *28*

ИНФАРКТ МИОКАРДА В СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ: КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И МАРКЕРЫ ПОВРЕЖДЕНИЯ МИОКАРДА
Ч.Н. Шарапудинова, М. Мирзамагомедов - студенты лечебного факультета, Н.И. Джанбулатова, Ш.Г. Исаев - молодые ученые *31*

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ В СТАЦИОНАРАХ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН
С.М. Абдурахманова - студентка 602 группы лечебного факультета, К. А. Магомедова – ассистент *34*

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАМБЕРИНА В ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ПОЖИЛЫХ
Б.И. Алиева, А.М.Магомедова - студенты лечебного факультета *36*

ИННОВАЦИОННЫЙ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА Э. Р. Махмудова – ассистент *39*

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ВСПОМОГАТЕЛЬНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА Э. Р. Махмудова – ассистент *41*

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ 43

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА СУ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ
Ц.Ш. Омарова – аспирант 1года обучения, А.Ш. Магомедова – клинический ординатор, Г.К. Церцвадзе - студентка 5 курса лечебного факультета *43*

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАВОЗНЫХ СЛУЧАЕВ МАЛЯРИИ НА ТЕРРИТОРИИ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА З. Я. Вагидова, Д. В. Далинкина - студенты 506 группы медико-профилактического факультета, В. В. Баскакова - студент 505 группы медико-профилактического факультета *45*

МЕРОПРИЯТИЯ, ОГРАНИЧИВАЮЩИЕ РАСПРОСТРАНЕНИЕ ВИЧ НФЕКЦИИ
Э.И. Джонназаров., М.И. Махкамова *47*

ХИРУРГИЯ 52

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ВИДЕОЭНДОХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЕ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ
Ш.М. Саиддибиров - аспирант *52*

РОЛЬ ОПЕРАЦИИ ДЕСАРДА В ЛЕЧЕНИИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ У МУЖЧИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА К.А. Магомедова - ординатор 1 года, Р.Э. Магомедбеков - заочный аспирант, М.М. Магомедов *54*

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА З.Н. Дундарова - студентка 615 гр. лечебного факультета .. *55*

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ РЕЙНО МЕХАНИЧЕСКИМ СТИМУЛИРОВАНИЕМ АНГИОГЕНЕЗА
Э.Э. Велиева - студентка 506 группы лечебного факультета *57*

РАННЕЕ ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ КАК ЭНТЕРОПРОТЕКТИВНЫЙ КОМПОНЕНТ РАЗВИТИЯ МИКРОБНОЙ ТРАНСЛОКАЦИИ У ПАЦИЕТОВ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ПАРАПАНКРЕАТИТА
З.Н. Дундарова - студентка 615 гр. лечебного факультета *59*

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПОСЛЕ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПО ЛИХТЕНШТЕЙНУ И ПО БАССИНИ-ПОСТЕМПСКОМУ
О.В.Толстова — студентка 2.5.03 группы педиатрического факультета *60*

ПЕДИАТРИЯ И ДЕТСКИЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ 62

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ РЕТИНОПАТИИ НЕДОНОШЕННЫХ
О.В. Большакова - ассистент *62*

ОСТРАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА: ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ПРОЯВЛЕНИЯ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ
Л.В. Жерко, А.С. Казакова – студентки 2404 гр. педиатрического факультета *64*

МИНИМАЛЬНАЯ МОЗГОВАЯ ДИСФУНКЦИЯ И ЕЁ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ГОРОДА МАХАЧКАЛЫ
[1]Р.М. Манапова – ассистент, [1]А.М. Алискандиев, [2]Х.М Омарова 67

ПРОЯВЛЕНИЕ ВЕТРЯНОЧНОГО ЭНЦЕФАЛИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА
А.А. Конончук - студентка 6 курса педиатрического факультета 69

ГЛАЗНЫЕ БОЛЕЗНИ 72

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ КЕРАТОКОНУСА
А.Б. Магамедова - очный аспирант 72

ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ ДАКРИОЦИСТИТА ПРИ НАРУЖНОЙ ДАКРИОЦИСТОРИНОСТОМИИ
Д. Ш. Шихунов - клинический ординатор 74

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭКССУДАТИВНОЙ ФОРМЫ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДИСТРОФИИ
М.М. Магомедова - аспирант кафедры, З.Н. Максудова - доцент кафедры, С.И. Закиева - ассистент кафедры 77

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ И ОЦЕНКА ДОСТОВЕРНОСТИ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ОСТРОТЫ ЗРЕНИЯ, У ПАЦИЕНТОВ С МАКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ
М.М. Нурудинов – врач-офтальмолог 79

ОДНОВРЕМЕННЫЙ T-CAT EPILASIK С АКСЕЛЕРАТИВНЫМ КРОССЛИНКИНГОМ РОГОВИЧНОГО КОЛЛАГЕНА ПРИ КЕРАТОКОНУСЕ
А.М. Агмадов – ассистент, Г.Ф. Байрамова – клинический ординатор, Э.Ф. Байрамова - студентка 5 курса лечебного факультета 81

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ 84

ВЛИЯНИЕ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА $Д_3$ ПРИ ОЖИРЕНИИ НА КОСТНУЮ ТКАНЬ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ М.А. Идрисова – аспирант 84

ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНАЯ АТРОФИЯ У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ П.А. Махтибекова - аспирант, М.А. Идрисова – аспирант, Л.М. Хабибулаева - аспирант 85

ИЗМЕНЕНИЕ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ПРЕРЫВАНИЯ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ И В ДИНАМИКЕ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ М.И. Омарпашаева - аспирант 88

ГОРМОНАЛЬНЫЙ ФОН У ЖЕНЩИН С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ М.А. Идрисова – аспирант 91

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЖЕНСКОЙ ПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ Л.М. Хабибулаева – аспирант, Ф.М. Гиравова – аспирант, Т.А. Кулиева - аспирант 93

ЛЕПТИН КАК САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ МАРКЕР ОСТЕОПЕНИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ М.А. Идрисова – аспирант 95

ВЛИЯНИЕ ИНБРЕДНОГО БРАКА НА ТЕЧЕНИЕ ГЕСТАЦИИ И РОДОВ
А.Ш. Магомедова - заочный аспирант 97

МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТИ И ПОКАЗАТЕЛИ ЕЕ МЕТАБОЛИЗМА У МНОГОРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ
А.Б. Гасанова - ассистент, А.М. Меджидова – аспирант, Д.К. Мурадова - аспирант 100

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РОСТА В РАЗВИТИИ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ
Ф.М. Гиравова, Д.А. Серажудинова – аспиранты, Т.С. Магомедова - ординатор 101

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ТЕРАПИИ БЕСПЛОДИЯ У ПАЦИЕНТОК С

СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ Д.А. Серажудинова – аспирант, Т.С. Магомедова – ординатор, З.К. Касумова - аспирант *103*

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ГИСТЕРОСКОПИИ В ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ З.К. Курбанова, Н.С-М. Омаров, Д.К. Кантаева *106*

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ У БЕРЕМЕННЫХ Е. О. Балашова – студент 1526 гр. лечебного факультета *109*

ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТЕЙ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ОТЯГОЩЕННЫМ АКУШЕРСКИМ АНАМНЕЗОМ Е.В. Черствая – студентка 1531 гр. лечебного факультета *112*

ОЦЕНКА ЖИРОВОГО КОМПОНЕНТА МАССЫ ТЕЛА У БЕРЕМЕННЫХ МЕТОДОМ БИОИМПЕДАНСОМЕТРИИ Е.Ю. Кощеева, В.В. Эйрих - студентки 6 курса лечебного факультета *114*

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С ТОРСИОННЫМ СКОЛИОЗОМ Д.А. Мурзаева – студент 524 гр. лечебного факультета, Г.Д. Галиева – студент 520гр. лечебного факультета *116*

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ СНИЖЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, СВЯЗАННОЙ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ В АКУШЕРСКОМ СТАЦИОНАРЕ Д.А. Мурзаева – студент 524 гр. лечебного факультета, Д.И Боечко. – студент 514гр. лечебного факультета *118*

СТОМАТОЛОГИЯ 121

РАЗРАБОТКА ИНДИВИДУАЛЬНОЙ МЕТОДИКИ ВОССОЗДАНИЯ МОДЕЛИ «ПРОЗРАЧНЫЙ ЗУБ» К. Г. Клюйко - студентка 7513 группы стоматологического факультета *121*

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ФТОРИД НАТРИЯ, ХЛОРГЕКСИДИН БИГЛЮКОНАТА И ДИОКСИДИНА НА КАРИЕСОГЕННУЮ АКТИВНОСТЬ МИКРОФЛОРЫ РТА Г.М.-А. Будайчиев – клинический ординатор, М.Н. Меджидов, Э.А. Курбанова, З.К. Махмудова *123*

ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТА ЭНДОКС ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА И ПЕРИОДОНТИТА П.М. Сайпудинова – студентка 503 гр. стоматологического факультета, Э.А.Курбанова *125*

МЕТОДЫ ЭКСТРАКЦИИ ФРАГМЕНТОВ ЭНДОДОНТИЧЕСКИХ ИНСТРУМЕНТОВ Р.М. Мирзагаджиев – студент 410 гр. стоматологического факультета, Э.А.Курбанова, А.А.Магомедов *127*

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЗУБА РАЗЛИЧНЫМИ ШТИФТОВЫМИ КОНСТРУКЦИЯМИ Г.О.Юсупов – студент 504 гр. стоматологического факультета, Э.А.Курбанова, А.А.Магомедов *129*

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ЭНДОЛУБРИКАНТОВ ДЛЯ ОБРАБОТКИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ЗУБОВ А.Г.Сулейманов – студент 410 гр. стоматологического факультета, Э.А.Курбанова *132*

ГИГИЕНИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА У 15-16 ЛЕТНИХ ШКОЛЬНИКОВ В РАЗНЫХ НАСЕЛЕННЫХ ПУНКТАХ Э.О. Макаева – молодой ученый, Х.О. Омарова, О.Г. Омаров, Э.А. Ахмедова *134*

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОРОШЕНИЙ КРЕПКОЙ СУЛЬФИДНОЙ ВОДОЙ ПРИ КОМЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА М.М. Мащилиева – молодой ученый, Э.А. Ахмедова, О.Г. Омаров, М.А. Гасанова, П.Д. Кудаева *136*

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РУБЦАМИ ГОЛОВЫ И ШЕИ Г.М.-А. Будайчиев – клинический ординатор, Махмудов Ш.Р. - ассистент *138*

ПРОБЛЕМА ВЕРИФИКАЦИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА
Г.М.-А. Будайчиев – клинический ординатор, М.Н. Меджидов 142

СОСТОЯНИЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНОГО АППАРАТА У ДЕТЕЙ ВО ВРЕМЕННОМ И РАННЕМ ПЕРИОДЕ СМЕННОГО ПРИКУСА
Ф.А. Алимирзоев, Г.М. Абдулатипов, Г.М-А. Будайчиев – клинический ординатор 143

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ МИКРОПРОТЕЗИРОВАНИЯ
Т.А. Абакаров, Г.М.-А. Будайчиев– клинический ординатор 144

ОСОБЕННОСТИ АНАТОМИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ ФИССУР КАК ФАКТОР ВОЗНИКНОВЕНИЯ КАРИЕСА ЗУБОВ
Г.М.-А. Будайчиев - клинический ординатор, М.Н. Меджидов, Э.А. Курбанова,, З.К. Махмудова 145

АНТИГАЛИТОЗНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕРЕКИСНЫХ СОЕДИНЕНИЙ
Х.М. Абдуллаева - студент 508 группы стоматологического факультета, Султанова М.А. 146

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕРОПРИЯТИЙ ОККЛЮЗИОННОЙ КОРРЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЧЕСКИМ СТИРАНИЕМ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ
Ф.А. Алимирзоев, Г.М. Абдулатипов, Г.М-А. Будайчиев – клинический ординатор 147

ВЛИЯНИЕ ГИПОФУНКЦИИ ПОЛОВЫХ ЖЕЛЕЗ НА НЕСПЕЦЕФИЧЕСКУЮ ЗАЩИТУ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ЖНЩИН В МЕНОПАУЗЕ
А.В. Бутаева - студентка 504 группы стомататологического факультета, С.М. Исаева 150

ЛИМФОТРОПНОЕ ВВЕДЕНИЕ АНТИБИОТИКОВ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ
Ш.Р. Махмудов, Г.М.-А. Будайчиев – клинический ординатор , З.К. Махмудова 152

ВОЗДЕЙСТВИЕ ВРЕДНЫХ ФАКТОРОВ НА СОСТОЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ И МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА ПОЛОСТИ РТА У РАБОТНИКОВ СТЕКЛОВОЛОКОННОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ П.Н. Рашкуева - аспирант 153

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ПРЕДЕЛАХ ЗУБНОГО РЯДА МЕТОДОМ ОСТЕОСИНТЕЗА Ш.Р. Махмудов, Г.М.-А. Будайчиев – клинический ординатор 156

КОМПРЕССИОННО - ДИСЛОКАЦИОННАЯ ДИСФУНКЦИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА С ПРОЯВЛЕНИЯМИ БОЛЕВОГО СИМПТОМА
Т.А. Абакаров, Г.М.-А. Будайчиев– клинический ординатор 158

КЛИНИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ АПИКАЛЬНО-ЛАТЕРАЛЬНЫХ ГРАНУЛЕМ
Г.М.-А. Будайчиев – клинический ординатор, Ш.Р. Махмудов 161

АНАЛИЗ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЙ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ФАКУЛЬТЕТЕ
М.Г. Шахаев – молодой специалист, И.М. Расулов, С.Г. Гусенов, Г.Ш. Шахаев 162

НАШ СПОСОБ ИДЕНТИЧНОГО ОФОРМЛЕНИЯ ГИПСОВЫХ МАСОК ЛИЦА
А.Ш. Карнаева - ассистент, И.М. Расулов, С.Г. Гусенов, А.Г. Гаджиев 164

НЕРВНЫЕ БОЛЕЗНИ 167

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У МУЖЧИН В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН М.А. Омарова – студентка 602 гр. лечебного факультета, К.Б. Манышева – аспирант, Ф.Б. Джамалудинова, Н.А. Умарова – студентки 524 гр. лечебного факультета 167

КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЙ МОНИТОРИНГ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ
С.Б. Ханмурзаева[1] - ассистент, Н.Б. Ханмурзаева[2] -- ассистент 169

ПЕДИАТРИЧЕСКОЕ АУТОИММУННОЕ НЕЙРОПСИХИАТРИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО, АССОЦИИРОВАННОЕ СО СТРЕПТОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ (PANDAS-СИНДРОМ). СОВРЕМЕННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ. ДИАГНОСТИКА, ЕЁ ЗНАЧЕНИЕ В ВЫБОРЕ КОРРЕКТНОГО МЕТОДА ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
И.Н. Гусейнов – Махачкала, Республика Дагестан, Россия,
С. Сонглинг– Харбин, Китай 172

КОРРЕЛЯЦИЯ КЛИНИКО-ЭЛЕКТРОГРАФИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕИЙ И ПРОГНОЗА У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ВЕСТА Ф. А. Мурачуева - аспирант 174

СИНДРОМ БЕСПОКОЙНЫХ НОГ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ
К.А. Магомедова - ассистент 177

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКОЙ А.А. Чопикян,Т.И. Кирилюк - студенты 612Л2 группы II медицинского факультета 179

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ 180

ПРИМЕНЕНИЕ АЛЛО- И АУТОТРАНСПЛАНТАТОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ДЕФОРМАЦИЯХ НАРУЖНОГО НОСА Д.Р. Рагимова – молодой ученый 180

ТРАВМАТОЛОГИЯ, ОРТОПЕДИЯ И ВПХ 183

СОВРЕМЕННЫЙ СПОСОБ ВРЕМЕННОЙ ОСТАНОВКИ НАРУЖНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АППЛИКАЦИОННОГО ГЕМОСТАТИЧЕСКОГО СРЕДСТВА МЕСТНОГО ДЕЙСТВИЯ Х.Р. Халилюлин - студент 529 группы лечебного факультета, Ф.Р. Худойбердиев - студент 637 группы лечебного факультета 183

УСТРОЙСТВО ДЛЯ ВРЕМЕННОЙ ОСТАНОВКИ НАРУЖНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ РАН КОНЕЧНОСТЕЙ Ф.Р. Худойбердиев - студент 637 группы лечебного факультета, Х.Р. Халилюлин - студент 529 группы лечебного факультета 184

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ФОКАЛЬНОГО НЕВРИТА ПОДОШВЕННОГО НЕРВА О.С. Боровская – студентка 1540 группы лечебного факультета 186

ПАЛЛИАТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ТАЗОБЕДРЕННОМ СУСТАВЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА А.А. Абакаров – аспирант, А.А. Абакаров 187

ПСИХИАТРИЯ, НАРКОЛОГИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ 191

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭТНИЧЕСКОГО САМОСОЗНАНИЯ И КОМПОНЕНТОВ ЕГО СТРУКТУРЫ А.Б. Кафарова - заочный аспирант 191

ЭПИЛЕПСИЯ ИЛИ НЕТ? Ж. А. Гаджимагомедова - студентка 6 группы лечебного факультета 195

ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ 198

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РИСКА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ФУНГИЦИДА АГРИСЕЙФ, ВК В АГРОПРОМЫШЛЕННОМ КОМПЛЕКСЕ
М.М. Васильева, А.А. Попель – младшие научные сотрудники 198

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОЦЕНКИ РИСКА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ИНСЕКТИЦИДА-АКАРИЦИДА БИОМАЙТ, ВС
В.И. Иода – ведущий лаборант, М.М. Васильева – младший научный сотрудник 201

ГЕНДЕРНАЯ И ВОЗРАСТНАЯ СТРУКТУРА ГОСПИТАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В ОТДЕЛЕНИЯХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С УЧЕТОМ МАССЫ ТЕЛА
Б. М. Айсаева[1] - клинический ординатор, М. Г. Атаев[2] 203

УРОЛОГИЯ 207

ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВА СТРИКТУРЫ УРЕТРЫ М.Г.Османов, Г.Д. Гаджиев – молодые ученые, Х.М. Мухумаева – студентка 528 группы лечебного факультета 207

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ОСМОТРЫ ШКОЛЬНИКОВ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ АНОМАЛИЙ И ЗАБОЛЕВАНИЙ МУЖСКИХ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ
М.О. Азизов – аспирант, С.С. Маллеев - клинический ординатор, З.А. Гасанова - студентка 609 группы лечебного факультета 210

20 – ЛЕТНИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ УРОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ (ПО ДАННЫМ РУСПУБЛИКАНСКОГО УРОЛОГИЧСКОГО ЦЕНТРА) М.Г. Арбулиев, Д.П. Гаджиев, Н.М. Гусниев, К.М. Арбулиев, А.Г. Гамзатов, С.С. Маллеев - клинический ординатор, С.Х. Михайлов 211

РАННЯЯ ПРОФИЛАКТИКА РУБЦОВЫХ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ДГПЖ) К.М. Арбулиев, Ю.Д. Магомедов, М.Г. Арбулиев, Г.Д. Гаджиев - молодой ученый 214

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ 218

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И КАЧЕСТВА ПРОФИЛАКТИКИ ЙОДОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА
Э.Э. Велиева - студент 506 группы лечебного факультета, Э.М. Джамолодинова - студентка 601 группы педиатрического факультета 218

АНАЛИЗ ОБРАЩАЕМОСТИ ПО ПОВОДУ НИЗКОРОСЛОСТИ
З.Ш. Шапиева, Г.З. Ибрагимова – студентки 601 группы педиатрического факультета 219

ОНКОЛОГИЯ 221

МЕТОДЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЯДЕРНОЙ МЕДИЦИНЫ В ДИАГНОСТИКЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Ш.В. Ходисов - студент 3 курса 221

РОЛЬ ОЦЕНКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБЩЕГО АНАЛИЗА КРОВИ, БИОХИМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА КРОВИ И ГЕМОСТЭЗИОГРАММЫ У ПАЦИЕНТОВ С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ А. С. Пумпур – студентка 1531 гр. лечебного факультета 223

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ 227

ОТНОШЕНИЕ РАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ К ОРГАНИЗАЦИИ И КАЧЕСТВУ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ М.А. Гамзаева, А.Р. Эфендиев, Ф.Б. Адигюзелов - аспиранты 227

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРКОМАНИИ И ТОКСИКОМАНИИ В ДАГЕСТАНЕ
Ф.Б. Адигюзелов – аспирант, А.Н. Акавов – врач-невролог 230

РЕКЛАМА КАК ОДНА ИЗ ФОРМ ПРОПОГАНДЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
С.Р. Гаджиев – студент 2 курса стоматологического факультета, П.Г. Магомедшапиева - студентка 3 курса стоматологического факультета 232

АНАЛИЗ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧЕЙ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ А.Р. Омарова– студентка 5 курса лечебного факультета, С.Р. Гаджиев – студент 2 курса стоматологического факультета 234

ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА КАЧЕСТВО ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ГОРОДСКИХ ПОЛИКЛИНИКАХ
М.А. Гамзаева, О. А. Омарова, Ф.Б. Адигюзелов, А.Р. Эфендиев - аспиранты 237

КАЧЕСТВО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРЕ: МНЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ М. С. Авхачёва – студентка 1616 гр. лечебного факультета, М. Ю. Малько - студентка 1609 гр. лечебного факультета 240

АМБУЛАТОРНАЯ ХИРУРГИЯ – ОДНО ИЗ ПЕРСПЕКТИВНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ РАЗВИТИЯ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
Д.В. Короткевич - студент 242

ОТНОШЕНИЕ МОЛОДЕЖИ К ФАКТОРАМ, ВЛИЯЮЩИМ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И ЗДОРОВЬЕ

И.К. Патонич – студентка 3 курса 10 группы лечебного факультета *245*

АНАТОМИЯ ЧЕЛОВЕКА 249

МОРФОЛОГИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ПРИ ДЕГИДРАТАЦИИ
С.Т. Гусейнова, Т.С. Гусейнов, Н.М. Меджидова, З.М. Юсупова..... *249*

ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ У ЧЕЛОВЕКА В ОНТОГЕНЕЗЕ
С.Т. Гусейнова, Н.М. Меджидова, П.А. Магомедова - студентка 6 курса,

Д.К. Нурмагомедова - студентка 2 курса..... *251*

НОРМАЛЬНАЯ ФИЗИОЛОГИЯ 253

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА У СТУДЕНТОВ
М. В. Борисова, М.Б. Шумилович – студентки 206 гр. лечебного факультета *253*

ВЛИЯНИЕ СВОЕВРЕМЕННОЙ КОРРЕКЦИИ ФАКТОРОВ РИСКА НА БИОЛОГИЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ СТУДЕНТОВ В.О. Джуганова – студентка 206 гр. лечебного факультета.... *254*

ВЛИЯНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ НА РИТМИЧЕСКУЮ АКТИВНОСТЬ МОЗГА СПОРТСМЕНОВ РАЗНЫХ ВИДОВ СПОРТА
Р.М. Беридзе – студент 327 гр. лечебного факультета, Е.Ю. Давидовская – студентка 327 гр. лечебного факультета..... *256*

ОПЕРАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ И ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ 258

КРИТЕРИИ ВЫБОРА ВИДА КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ М.А. Андала – студент 1429 гр. лечебного факультета, Е. Д. Бойко– студент 1431 гр. лечебного факультета 258

ОСОБЕННОСТИ АНАТОМИИ ПУПОЧНОЙ И ОКОЛОПУПОЧНЫХ ВЕН
М. А. Круподёрова – молодой учёный *260*

АНЕВРИЗМЫ ИНФРАРЕНАЛЬНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ
Д.С. Комарова - студентка 512 гр. леч. фак-та, А.В. Валиулин - студент 511 гр. лечебного факультета..... *262*

АТЕРОСКЛЕРОЗ СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ А.В. Валиулин - студент 511 гр. леч. фак-та, Д.С. Комарова - студентка 512 гр. леч. фак-та *263*

ПОВРЕЖДЕНИЯ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ А.В. Валиулин - студент 511 гр. леч. фак-та, Д.С. Комарова - студентка 512 гр. леч. фак-та *265*

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ 267

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АКТИНОМИКОЗА КОЖИ К.М. Гаджимурадова – студентка 510 группы лечебного факультета..... *267*

ФАРМАКОЛОГИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ХИМИЯ 271

МАТОЧНОЕ МОЛОЧКО – БИОГЕННЫЙ РЕГУЛЯТОР И АДАПТОГЕН
Д.М. Исаева - студентка 504 группы лечебного факультета..... *271*

АНАЛИЗ МАРКЁРОВ ВОСПАЛЕНИЯ НА ФОНЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ
Н.Б. Ханмурзаева[1] - ассистент, С.Б. Ханмурзаева[2] - ассистент..... *274*

СОСТОЯНИЕ РЕГУЛЯТОРНЫХ СИСТЕМ ОРГАНИЗМА У ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЕЙ НА ФОНЕ ПРИЕМА АНТИГИСТАМИННЫХ ПРЕПАРАТОВ А.М. Абакарова – аспирант, С.В. Сулейманова – ассистент *275*

ВЛИЯНИЕ МЕТФОРМИНА НА РАЗВИТИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Э.В. Балданов – студент 406 группы лечебного факультета, С.З. Цыдендамбаева – студент 407 группы лечебного факультета, Б.В. Колесов, С.В. Баранников – студенты 403 группы лечебного факультета *277*

ИЗУЧЕНИЕ КОМПОНЕНТНОГО СОСТАВА ЭФИРНОГО МАСЛА ШАЛФЕЯ

ЛЕКАРСТВЕННОГО Ш. М. Шихрагимова - студентка 4 курса химического факультета *278*

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА 282

ДЕПРИВАЦИЯ ВОДЫ КАК ФАКТОР МОРФОГЕНЕЗА ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ
С.Т. Гусейнова, Т.С. Гусейнов, З.Ш. Шехахмедова, Д.К. Нурмагомедова, Р.Г. Сулейманова, Н.М. Меджидова *282*

ПОКАЗАТЕЛИ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ ПАТОГЕННОЙ МИКРОФЛОРЫ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА И МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ
Г.М.-А. Будайчиев – клинический ординатор, М.Н. Меджидов *283*

ВЛИЯНИЕ ОТХОДОВ ПРОИЗВОДСТВА ПЕСТИЦИДОВ НА МОЛЛЮСКА LYMNAEA STAGNALIS L. НА РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЯХ ОНТОГЕНЕЗА
О. А. Борис[1] - научный сотрудник, С. Н. Шевцова[1] - старший научный сотрудник, И. И. Ильюкова[1] - заведующий лабораторией, С. Ю. Петрова[1] - старший научный сотрудник, С. Е. Дромашко[2] - заведующий лабораторией *285*

ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ДИИЗОНОНИЛФТАЛАТА НА РЕПРОДУКТИВНЫЕ ФУНКЦИИ БЕЛЫХ КРЫС В. А. Грынчак – аспирант, младший научный сотрудник лаборатории профилактической и экологической токсикологии *287*

ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АДАПТИВНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ СИНДРОМЕ ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛИВАНИЯ З. М. Саидов – молодой ученый *289*

ОСНОВНЫЕ ПАРАМЕТРЫ ТОКСИКОМЕТРИИ ДИИЗОНОНИЛФТАЛАТА В СУБХРОНИЧЕСКОМ ЭКСПЕРИМЕНТЕ В. А. Грынчак – аспирант, младший научный сотрудник лаборатории профилактической и экологической токсикологии *292*

ВЛИЯНИЕ УДАЛЕНИЯ ПРИДАТКОВ МАТКИ НА СИСТЕМУ ГЕМОСТАЗА
Н. Г. Рагимова - студентка 411 группы стоматологического факультета *294*

ГЕМОДИНАМИКА И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ РАЗНЫХ РЕЖИМАХ ПЕРЕЖАТИЯ ПЕЧЕНОЧНО-ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ СВЯЗКИ (ПДС)
З.Э. Рагимова – студентка 615 группы педиатрического факультета *297*

БИОФИЗИКА, ИНФОРМАТИКА И МЕДАППАРАТУРА 300

ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕХНОЛОГИЙ ВИРТУАЛЬНОЙ РЕАЛЬНОСТИ В СТОМАТОЛОГИИ М.Н. Исламов – студент 2 курса стоматологического факультета, Гафуров К.А. *300*

НОВАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ДЛЯ ФИЗИОТЕРАПИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МАГНИТО-АКУСТО-ОПТИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ОКСИГЕМОГЛОБИН
А.А.Таболич - студентка 2 группы физического факультета *301*

ФИЛОСОФИЯ И ИСТОРИЯ 304

СОЦИАЛЬНЫЕ СЕТИ В ЖИЗНИ СТУДЕНТА
М. А. Акаев - студент 2 курса педиатрического факультета *304*

ИЗОБРЕТАТЕЛЬСТВО 307

ПОВЫШЕНИЕ ИНТЕРЕСА К ИЗОБРЕТАТЕЛЬСТВУ У МОЛОДЕЖИ КАК ЧАСТЬ ПРОФОРИЕНТАЦИОННОЙ РАБОТЫ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ
Э.Ш. Гусейнова[1], Э.К. Рамазанова[2] *307*

ИННОВАЦИИ В ОБРАЗОВАНИИ 309

О НЕКОТОРЫХ АСПЕКТАХ ПРОВЕДЕНИЯ ЗАРУБЕЖНОЙ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ. ВЗГЛЯД ГЛАЗАМИ СТУДЕНТОВ Омарова А.Р. – студентка 5 курса лечебнрго факультета *309*

Под авторской редакцией

Сдано в набор 24.05.17 г. Подписано в печать 03.06.17 г.
Формат 60х84 1/8. Бумага офсетная. П. л. 18,5.
Тираж 50. Заказ №111.

Издательско-полиграфический центр ДГМУ
Махачкала, ул. Ш. Алиева, 1.

ISBN 978-5-904292-30-0