ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «ДАГЕСТАНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

СОВЕТ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ И СПЕЦИАЛИСТОВ

СТУДЕНЧЕСКОЕ НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО

им. Р. П. АСКЕРХАНОВА

АСПИРАНТСКИЕ ЧТЕНИЯ

М А Т Е Р И А Л Ы
64-й
ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ И СТУДЕНТОВ

МАХАЧКАЛА 2016

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ДАГЕСТАНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

СОВЕТ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ И СПЕЦИАЛИСТОВ

СТУДЕНЧЕСКОЕ НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО

им. Р. П. АСКЕРХАНОВА

АСПИРАНТСКИЕ ЧТЕНИЯ

М А Т Е Р И А Л Ы
64-й
ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ И СТУДЕНТОВ

МАХАЧКАЛА 2016

УДК 61(061.2) "70" (470.67)

ББК 5425

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

С.Н. Маммаев, ректор ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, доктор медицинских наук, профессор,

Н. С.-М. Омаров, первый проректор, проректор по межрегиональной и международной деятельности, доктор медицинских наук, профессор,

Р.А. Атаханов, проректор по учебной работе, кандидат экономических наук, доцент,

М.А. Хамидов, проректор по лечебной работе, доктор медицинских наук, профессор,

Н.Р. Моллаева, проректор по научной работе, доктор медицинских наук, доцент,

Р.К. Шахбанов, проректор по общим вопросам и социальной работе, кандидат медицинских наук, профессор,

М.Н. Меджидов, научный руководитель СМУ и С и СНО ДГМА, доктор медицинских наук, доцент,

Р.А. Койчуев, председатель СМУ и С ДГМА,

Н.Б. Гамзалова, председатель СНО им. Р.П. Аскерханова ДГМА.

Под общей редакцией научного руководителя Совета молодых ученых и специалистов и студенческого научного общества ДГМА, доктора медицинских наук, доцента Меджидова Меджида Нисрединовича.

Материалы 64-й Всероссийской научной конференции молодых ученых и студентов. – Махачкала: ИПЦ ДГМА. -2016. - 291 с.

В сборник вошли материалы научной конференции молодых ученых и студентов Дагестанской государственной медицинской академии, Московского государственного медико-стоматологического университета, Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И. П. Павлова, Северо-западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, Тверского государственного медицинского университета, Крымского федерального университета имени В.И. Вернадского, Волгоградского государственного медицинского университета, Дагестанского медицинского стоматологического института. 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.

© Даггосмедакадемия, 2016.

УРОВЕНЬ ЭНДОТЕЛИНА-1 В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА И ВОЗРАСТА

Ибрагимова Х.И., аспирант

Кафедра госпитальной терапии № 1 ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., проф. Маммаев С.Н

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 (РФ) составляет 39,5% (40,4% среди женщин и 37,2% среди мужчин) [1, 3]. 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 [2]. Среди лиц в возрасте до 50 лет распространенность АГ выше среди мужчин, тогда как в более старших возрастных группах данная закономерность меняется [1].

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 [4]. В реальной же клинической практике выявление и коррекция признаков ЭД начинается крайне поздно, что способствует прогрессированию сердечно-сосудистых заболеваний и развитию осложнений. 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: определение уровня эндотелина-1 (ЭТ-1) в сыворотке крови больных артериальной гипертонией в зависимости от пола и возраста.

Материалы и методы исследования

В исследование включено 89 больных эссенциальной АГ в возрасте от 30 до 68 лет (средний возраст 51,2±11,4), из них 48 женщин (средний возраст 51,5±12,5) и 41 мужчин (средний возраст 50,9±10,1). Все пациенты были разделены на 4 группы: в первую группу вошли – 22 женщины в возрасте до 50 лет (средний возраст 40,5±8,6), с сохраненной менструальной функцией, во вторую группу – 26 женщин в постменопаузе в возрасте старше 50 лет (средний возраст 59,8±7,9), в третью группу – 20 мужчин в возрасте до 50

лет (средний возраст 42,6±4,7), в четвертую группу – 21 мужчин старше 50 лет (средний возраст 58,4±7,1). Группу контроля составили 35 практически здоровых лиц: 20 женщин и 15 мужчин (средний возраст 45,6±1,9).

Всем пациентам проводилось биохимическое исследование сыворотки крови, электрокардиография (ЭКГ), ультразвуковое исследование сердца, суточное мониторирование артериального давления (СМАД), холтеровское мониторирование ЭКГ. Для исследования эндотелиальной функции определяли уровень эндотелина-1 (ЭТ-1) в сыворотке крови иммуноферментным методом с использованием набора «Эндотелин 1–21» («Biomedica Medizinprodukte GmbH&co», Австрия) в медицинском центре «Гепар» г. Махачкала. Суточное мониторирование АД проводилось аппаратом «Валента» («Санкт-Петербург», Россия) по общепринятым методикам, в течение 24 часов с интервалом измерения 15/30 минут (день/ночь соответственно). Оценивали суточный профиль систолического АД (САД), диастолического АД (ДАД), средние значения частоты сердечных сокращений (ЧСС) за три временных интервала- день, ночь, сутки; среднесуточное значение пульсового АД (ПАД); суточные профили САД и ДАД по суточному индексу. Статистическую обработку результатов исследования осуществляли с помощью пакета прикладных программ «Statistica 6.0» (Statoft Inc., США).

Результаты и их обсуждение

По результатам СМАД, наиболее часто регистрируется суточный профиль АД у больных АГ- «non - dipper» - 53,9 % (n=48), второй по частоте – «dipper» - 23,5 % (n=21), реже регистрируется – «over-dipper» у 12,3 % (n=11) и «night peaker» у 10,1 % (n=9).

У больных старших возрастных групп средние значения САД были достоверно выше (p<0,001), причем у женщин наблюдалась тенденция к более высоким цифрам АД, чем у мужчин (p<0,001). Среднесуточное САД у женщин в постменопаузе составило 165,6±2,1 мм.рт.ст., что достоверно выше, чем у женщин в возрасте до 50 лет (143,3±1,9 мм.рт.ст., p<0,001). Среднесуточное ДАД в сравниваемых группах достоверно не отличалось между собой (92,7±7,2 мм.рт.ст., 90,7±4,3 мм.рт.ст., 94,6±5,5 мм.рт.ст., 89,5±6,4 мм.рт.ст. соответственно, p=0,06). При анализе среднесуточных значений ПАД отмечено его повышение с возрастом, которое достигало максимальных значений у женщин во второй группе (61,1±4,05 мм.рт.ст) по сравнению с первой группой женщин (47,9±3,7 мм.рт.ст) и у мужчин 3-й и 4-й групп (54,9±2,6 мм.рт.ст и 57,1±3,6 мм.рт.ст., p> 0,05).

При исследовании сыворотки крови пациентов на содержание ЭТ-1 выявлено достоверное (p<0,001) повышение данного показателя во 2-й и 4-й группах обследуемых больных по сравнению с группой контроля (9,2±2,1 фмоль\мл., 5,4±0,8 фмоль\мл и

0,71±0,18 фмоль\мл, соответственно). У больных 1-й и 3-й групп также отмечено повышение уровня ЭТ-1 по сравнению с группой контроля (1,4±0,7 фмоль\мл., 1,8±0,9 фмоль\мл., и 0,71±0,18 фмоль\мл, соответственно), однако достоверных различий не установлено ($p<0,05$).

При изучении взаимосвязи ЭТ-1 с уровнем АД в нашем исследовании установлена достоверная положительная корреляция как со среднесуточным значением систолического АД ($r= 0,41$, $p= 0,03$), так и с показателями пульсового АД ($r= 0,33$, $p= 0,04$) у больных во второй группе. Полученные нами результаты свидетельствуют, что эндотелин, как один из мощных вазоконстрикторных факторов способствует развитию АГ у женщин в менопаузе [2].

Выводы

1. Среднесуточные значения систолического и пульсового артериального давления у женщин в постменопаузе достоверно выше, чем у женщин в возрасте до 50 лет и в группе мужчин.
2. В группе женщин в постменопаузе и у мужчин старше 50 лет установлено достоверное повышение содержания эндотелина-1 в сыворотке крови по сравнению с группой контроля.
3. Наибольшая концентрация эндотелина-1 выявлена у больных артериальной гипертонией в группе женщин в постменопаузе, уровень которого положительно коррелировал с среднесуточным значением систолического и показателями пульсового артериального давления.

ВЗАИМОСВЯЗИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Бейбалаева А.Т., аспирант

Кафедра госпитальной терапии №1 ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., проф. Маммаев С.Н.

Актуальность

Распространенность метаболического синдрома (МС) в настоящее время очень высока и заболеваемость продолжает расти. Актуальность проблемы МС определяется как его высокой распространенностью, так и многообразием клинических проявлений, негативным влиянием на сердечно-сосудистую систему и функцию почек. Зачастую именно поражение почек определяет прогноз больных с МС. Известно, что комбинация хронической болезни почек и МС является фактором высокого сердечно-сосудистого риска, в том числе и фатальных сердечно-сосудистых событий. При этом МС является

одним из состояний, при которых может наблюдаться «бессимптомный» вариант хронической болезни почек (ХБП). Таким образом, проблема маркеров раннего поражения почек в рамках ведения больных МС приобретает особое значение.

Немалую роль в прогрессировании гломерулярных поражений почек играет нарушение функции эндотелия. Так одним из факторов прогрессирования ХБП является нарушение зависимой от эндотелия вазодилатации. Выраженная дисфункция эндотелия является независимым предиктором сердечно-сосудистых осложнений и смертности от них.

Цель исследования: определение ранних маркеров поражения почек у больных с МС и оценка взаимоотношения между показателями раннего поражения почек и нарушением функции эндотелия.

Материалы и методы исследования

В исследование были включены 47 пациентов с МС, страдающие артериальной гипертензией (АГ) без сахарного диабета 2 типа, 23 (48,8%) мужчин и 24 (51,1%) женщин, в возрасте от 47 до 59 лет (средний возраст 53,8±3,3 года). Из исследования исключались пациенты с заболеваниями почек в анамнезе, пациенты со скоростью клубочковой фильтрации ниже 60 мл/мин/м^2 и вторичными формами АГ. В качестве контрольной группы используемой при исследовании уровня экскреции альбумина с мочой и степени эндотелиальной дисфункции (ЭД) вошли 20 практически здоровых лиц, 8 (40,0%) мужчин и 12 (60,0%) женщин, средний возраст которых составил 52,5±3,7 года. Группы были сравнимы по полу и возрасту ($p>0,05$).

Диагноз МС устанавливался в соответствии с критериями согласительного документа рабочей группы международных профессиональных сообществ 2009г. При включении больных в исследование учитывались классификационные критерии ХБП согласно национальным рекомендациям 2011 г.

Уровень экскреции альбумина с мочой определяли в разовой порции методом непрямого твердофазного иммуноферментного анализа - с использованием иммуноферментных наборов «ORGENTEC» (Австрия). Содержание эндотелина-1 (ЭТ-1) в сыворотке крови больных и пациентов контрольной группы выявили методом иммуноферментного анализа с использованием коммерческих тест-наборов «Эндотелин 1–21» («Biomedica Medizinprodukte GmbH&co», Австрия) в медицинском центре «Гепар» г. Махачкала. Для оценки степени резистентности к инсулину использовали малую модель гомеостаза с определением индекса инсулинорезистентности (ИР) (HOMA-IR). Использовались значения глюкозы и инсулина сыворотки крови натощак. За пороговое значение ИР принимали IR-HOMA равный 2,77 (E. Bonora et al., 1998). Фильтрационную

функцию почек оценивали по скорости клубочковой фильтрации, которую определяли расчетным методом по формуле CKD-EPI с учетом возраста, пола, этнической принадлежности пациентов и уровня эндогенного креатинина крови.

Статистическая обработка полученных в ходе исследования результатов проводилась с помощью программы Statistica for Windows 6.1 (StatSoft Inc.). Качественные признаки описывались с помощью абсолютных и относительных (%) показателей. Количественные – с помощью медианы (Me) и квартилей (Me [25-й; 75-й процентили]). Статистическая достоверность различий между группами определялись методом Манна-Уитни; уровень достоверности был принят как достаточный при $p<0,05$. При проведении корреляционного анализа применялся коэффициент корреляции Спирмана - (R).

Результаты и обсуждение

Уровень тощаковой глюкозы согласно критериям включения не превышал 5,6 ммоль/л и в среднем составил 5,6 [5,1; 5,5] ммоль/л. Однако у всех больных отмечалась резистентность к инсулину, индекс ИР IR-HOMA2 составил 4,6 [3,4; 5,0]. В контрольную группы лица с резистентностью к инсулину не включались, IR-HOMA2 -1,7 [1,6; 2,0].

Абдоминальное ожирение отмечалось у всех больных, обхват талии у женщин составил 111,8 [110,0; 115,0] см, у мужчин – 116,4 [115,0; 119,0] см, ИМТ в среднем 35,0 [32,5; 36,5]. Также у всех пациентов наблюдалась артериальная гипертензия: уровень систолического давления в среднем достигал 155,0 [149,0; 160,0] мм.рт.ст., диастолического - 90,0 [90,0; 95,0] мм.рт.ст. Повышенный уровень холестерина был выявлен у 35 (74,5%) пациентов, в среднем уровень холестерина составил 6,4 [6,0; 6,7] ммоль/л, липопротеидов низкой плотности - 4,0 [3,7; 5,7]. У 41 (87,2%) больных отмечался повышенный уровень триглицеридов, в среднем 2,5 [1,8; 2,6] ммоль/л.

У всех больных был выявлено превышение толщины комплекса интима-медиа сонных артерий, составивший 1,2 [1,0; 1,3] мм. Толщина межжелудочковой перегородки превышала нормальные физиологические значения у 10 (21,3%) и в среднем составила 1,1 [1,0; 1,2] см.

Соответственно целям работы из исследования исключались пациенты со скоростью клубочковой фильтрации ниже 60 мл/мин/1,73 $м^2$. У 7 (14,9%) была выявлена гиперфильтрация, оптимальная фильтрация – у 16 (34,0%), незначительно сниженная скорость клубочковой фильтрации - у 24 (51,1%). Уровень креатинина в среднем составил 82,0 [78,0; 87,0] ммоль/л. В то же время у больных МС было выявлено статистически достоверное превышение выделение альбумина с мочой в разовой порции по сравнению с контрольной группой (9,0 [5,2; 12,2] мкг/мл и 3,3 [2,6; 4,9 мкг/мл, соответственно; $p<0,001$).

Так же на основании повышения уровня ЭТ-1 у больных основной группы, по сравнению с контрольной (3,8 [1,5; 8,0] фмоль/мл и 1,6 [0,9; 2,3] фмоль/мл, соответственно; p=0,012) может свидетельствовать о развитии у больных основной группы эндотелиальной дисфункции.

При проведении корреляционного анализа выявлена прямая корреляция уровня экскреции альбумина с мочой и ЭТ-1 (R=0,47; p=0,005).

Так же выявлена прямая корреляция уровня экскреции альбумина с мочой с индексом ИР IR-HOMA2 (R=0,69; p<0,008), толщиной межжелудочковой перегородки (R=0,80; p<0,001) и систолическим артериальным давлением (R=0,45; p=0,026).

Подобные зависимости отмечены и для уровня ЭТ-1: с индексом ИР IR-HOMA2 (R=0,77; p<0,001), с толщиной межжелудочковой перегородки (R=0,65; p=0,001) и систолическим артериальным давлением (R=0,43; p=0,038).

Заключение

1. Уровень экскреции альбумина с мочой по сравнению с показателем скорости клубочковой фильтрации является более чутким критерием поражения почек.

2. Прямая корреляция уровня экскреции альбумина с мочой и уровня эндотелина-1, а также совпадение корреляционных взаимоотношений этих показателей с рядом клинико-лабораторных показателей МС позволяют считать повышение уровня экскреции альбумина с мочой одним из маркеров эндотелиальной дисфункции.

ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА *MET235THR* ГЕНА *AGT* У ЖИТЕЛЕЙ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

Касаева Э.А., аспирант

Кафедра госпитальной терапии №1. ДГМА

Научный руководитель: д.м.н., профессор Маммаев С.Н.

Актуальность. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является одной из наиболее значимых проблем здравоохранения. В Российской Федерации ХСН I-IV ФК выявляется в 7% случаев (7,9 млн. человек). Вопросы ранней диагностики, прогнозирования течения заболевания, основанные на исследовании его генетического статуса приобретают все большее значение. Использование результатов генетического тестирования наряду с традиционными факторами риска может значительно повысить прогностическую ценность при оценке вероятности развития и течения ИБС и ХСН.

В настоящее время известно около 16 генов-кандидатов, ассоциированых с сердечнососудистыми заболеваниями, среди которых особый интерес представляют ген ангиотензиногена (*AGT*). Ген ангиотензиноген (*AGT*) локализован на длинном плече 1-й хромосомы в локусе 1q42-q43, содержит 5 экзонов.

В гене *AGT* уже известно более 30 различных полиморфных сайтов. Участок ДНК гена *AGT*, в котором тимин заменяется на цитозин в позиции +704, называется генетическим маркером *T(+704)C*. В результате такой замены в белке ангиотензиногене в позиции 235 аминокислотной последовательности происходит замещение аминокислоты метионина на триптофан (*Met235Thr*). Этот полиморфизм является одним из наиболее часто используемых маркеров сердечнососудистых заболеваний.

Цель исследования: изучение полиморфизма *Met235Thr* гена *AGT* у населения Республики Дагестан в качестве генетической детерминанты развития и прогрессирования хронической сердечной недостаточности, ишемической этиологии.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены больные, страдающие ХСН 1-4 ФК по NYNA, ишемической этиологии, в возрасте от 55 до 65 лет, находящихся на стационарном лечении в 1-ом кардиологическом отделении РКБ г. Махачкалы. Контрольная группа составила 15 практически здоровых лиц в возрасте от 55 до 65лет.

Группы были сравнимы по возрасту, полу, доли курящих и лиц с повышенной массой тела и ожирением.

При оценке тяжести ХСН нами использовалась функциональная классификация, предложенная в 1964 году Нью-Йоркской ассоциацией сердца. Для объективизации функционального класса (ФК) ХСН был использован 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 *Met235Thr* полиморфизма гена *AGT* было проведено методом полимеразной цепной реакции с использованием наборов тест-систем "Кардиогенетика-гипертония" НПО "ДНК-Технология", Москва, в лаборатории медицинского центра "Гепар" (г. Махачкала).

Результаты и их обсуждение. На основании генетического типирования частота генотипа *TT* гена *AGT* у обследованных жителей Республики Дагестан достигла 16,9%, *CC* - 45,8% и *CT* – 37,3%, *C* аллель в гомо- и гетерозиготах выявлена у 49 (83,1%) из 59.

Распределение генотипов *Met235Thr* гена *AGT* отвечало закону Харди-Вайнберга (p>0,05), следовательно, результаты генетического тестирования, полученные в данной группе, могут отражать таковые в генеральной совокупности.

В исследуемой выборке генотип ТТ полиморфного маркера *Met235Thr* гена *AGT* встречается реже у больных ХСН, по сравнению со здоровыми лицами (11,4% и 33,3%,соответственно). Различия не достигли статистической значимости (p=0,113), что, однако, в данном случае может быть связано с недостаточным объемом выборки (мощность исследования P=0,396). (Табл.1)

Распределение аллелей и генотипов полиморфного маркера *Met235Thr* (*T(+704)C*) гена *AGT* в группе больных ХСН и здоровых жителей Республики Дагестан

Аллели/генотип	ОГ	КГ	p	
С	60- (68,2%)	16 – (53,3%)	0,213	
Т	28 - (31,8%)	14 – (46,8%)		
СС	21 – (47,7%)	6 –(40,0%)	0,113	0,627
ТС	18 –(40,9%)	4 –(26,7%)		0,499
ТТ	5 –(11,4%)	5 – (33,3%)		0,119

При оценке влияния полиморфизма *Met235Thr* гена *AGT*, на вариабельность липидного состава плазмы крови у страдающих ХСН жителей Республики Дагестан было выявлено, что гомозигота *СС* по сравнению с гетерозиготой ассоциирована с более высоким уровнем триглицеридов (4,4 [3,9; 5,6] ммоль/л и 3,8 [3,2; 4,2] ммоль/л, соответственно, p=0,049) и липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) (4,4 [3,9; 5,6] ммоль/л и 3,8 [3,2; 4,2] ммоль/л, соответственно, p=0,047). Учитывая множественность сравнений, различия можно расценить как статистическую тенденцию. Отсутствие достоверных различий по вышеуказанным показателям между гомозиготами *СС* и *ТТ*, возможно связано с малой встречаемостью генотипа *ТТ* в исследуемой группе. (Табл.2)

Полиморфизм *Met235Thr* (*T(+704)C*) гена *AGT* и вариабельность липидного состава плазмы крови у больных ХСН жителей Республики Дагестан

	СС	ТС	ТТ	p		
				СС-ТС	СС-ТТ	ТС-ТТ
Холестерин ммоль/л	5,7 [5,1; 6,3]	6,1 [5,2; 6,1]	5,9 [3,8; 7,8]	0,755	0,875	0,876
Триглицириды ммоль/л	2,8 [2,1; 3,1]	2,1 [1,6; 2,6]	2,4 [1,9; 3,3]	0,049#	0,724	0,134
ЛПНП ммоль/л	4,4 [3,9; 5,6]	3,8 [3,2; 4,2]	2,8 [0,8; 5,9]	0,047#	0,147	0,492

При оценке возможной связи полиморфизма *Met235Thr* гена *AGT* с систолической функции миокарда левого желудочка в группе больных ХСН, значимых зависимостей с величиной фракции выброса (ФВ) и степени укорочения переднезаднего размера левого желудочка (%ΔS) выявлено не было, в то же время у пациентов - носителей аллели *C* отмечались большие размеры левого желудочка (КДР ЛЖ, КСР ЛЖ). (Табл 3).

Полиморфизм *Met235Thr* (*T(+704)C*) гена *AGT* и систолическая функция миокарда левого желудочка у больных ХСН жителей Республики Дагестан

	CC	TC	TT	p		
				CC-TC	CC-TT	TC-TT
ФВ %	57,0 [55,1; 57,8]	56,0 [53,5; 58,0]	58,0 [50,8; 60,8]	0,372	0,938	0,755
%ΔS	28,0 [27,3; 28,7]	27,0 [21,3; 28,7]	29,0 [25,1; 30,5]	0,165	0,938	0,533
КСР ЛЖ (см)	3,0 [2,9; 3,3]	2,8 [2,6; 3,1]	2,4 [2,1; 2,8]	0,562	0,049#	0,052
КДР ЛЖ (см)	5,6 [5,1; 6,0]	5,4 [4,9; 5,8]	5,0 [4,8; 5,1]	0,449	0,044#	0,047#

Выводы

Таким образом, на основании данного исследования нельзя отрицать возможность ассоциации полиморфизма *M235T* гена *AGT* с вероятностью развития ИБС. Так же можно отметить тенденцию к более высокому уровню триглицеридов и липопротеидов низкой плотности плазмы крови у носителей гомозиготы *CC M235T* гена *AGT* и увеличение размеров левого желудочка у носителей аллели *C*. Для уточнения выявленных закономерностей необходимо продолжить исследование на выборке большего объема.

СОСТОЯНИЕ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ РАЗЛИЧНОГО ПОЛА И ВОЗРАСТА

Ибрагимова Х.И., аспирант

Кафедра госпитальной терапии № 1 ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., профессор Маммаев С.Н

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 (РФ) 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. Среди лиц в возрасте до 50 лет распространенность АГ выше среди мужчин, тогда как в более старших возрастных группах данная закономерность меняется.

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. В реальной же клинической практике выявление и коррекция признаков ЭД начинается крайне поздно, что способствует прогрессированию сердечно-сосудистых заболеваний и развитию осложнений. 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: определение уровня эндотелина-1 (ЭТ-1) в сыворотке крови больных артериальной гипертонией в зависимости от пола и возраста.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 89 больных эссенциальной АГ в возрасте от 30 до 68 лет (средний возраст 51,2±11,4), из них 48 женщин (средний возраст 51,5±12,5) и 41 мужчин (средний возраст 50,9±10,1). Все пациенты были разделены на 4 группы: в первую группу вошли – 22 женщины в возрасте до 50 лет (средний возраст 40,5±8,6), с сохраненной менструальной функцией, во вторую группу – 26 женщин в постменопаузе в возрасте старше 50 лет (средний возраст 59,8±7,9), в третью группу – 20 мужчин в возрасте до 50 лет (средний возраст 42,6±4,7), в четвертую группу – 21 мужчин старше 50 лет (средний возраст 58,4±7,1). Группу контроля составили 35 практически здоровых лиц: 20 женщин и 15 мужчин (средний возраст 45,6±1,9).

Всем пациентам проводилось биохимическое исследование сыворотки крови, электрокардиография (ЭКГ), ультразвуковое исследование сердца, суточное мониторирование артериального давления (СМАД), холтеровское мониторирование ЭКГ. Для исследования эндотелиальной функции определяли уровень эндотелина-1 (ЭТ-1) в сыворотке крови иммуноферментным методом с использованием набора «Эндотелин 1–21» («Biomedica Medizinprodukte GmbH&co», Австрия) в медицинском центре «Гепар» г. Махачкала. Суточное мониторирование АД проводилось аппаратом «Валента» («Санкт-Петербург», Россия) по общепринятым методикам, в течение 24 часов с интервалом измерения 15/30 минут (день/ночь соответственно). Оценивали суточный профиль систолического АД (САД), диастолического АД (ДАД), средние значения частоты сердечных сокращений (ЧСС) за три временных интервала- день, ночь, сутки; среднесуточное значение пульсового АД (ПАД); суточные профили САД и ДАД по суточному индексу. Статистическую обработку результатов исследования осуществляли с помощью пакета прикладных программ «Statistica 6.0» (Statoft Inc., США).

Результаты и их обсуждение. По результатам СМАД, наиболее часто регистрируется суточный профиль АД у больных АГ- «non - dipper» - 53,9 % (n=48),

второй по частоте – «dipper» - 23,5 % (n=21), реже регистрируется – «over-dipper» у 12,3 % (n=11) и «night peaker» у 10,1 % (n=9).

У больных старших возрастных групп средние значения САД были достоверно выше (p<0,001), причем у женщин наблюдалась тенденция к более высоким цифрам АД, чем у мужчин (p<0,001). Среднесуточное САД у женщин в постменопаузе составило 165,6±2,1 мм.рт.ст., что достоверно выше, чем у женщин в возрасте до 50 лет (143,3±1,9 мм.рт.ст., p<0,001). Среднесуточное ДАД в сравниваемых группах достоверно не отличалось между собой (92,7±7,2 мм.рт.ст., 90,7±4,3 мм.рт.ст., 94,6±5,5 мм.рт.ст., 89,5±6,4 мм.рт.ст. соответственно, p=0,06). При анализе среднесуточных значений ПАД отмечено его повышение с возрастом, которое достигало максимальных значений у женщин во второй группе (61,1±4,05 мм.рт.ст) по сравнению с первой группой женщин (47,9±3,7 мм.рт.ст) и у мужчин 3-й и 4-й групп (54,9±2,6 мм.рт.ст и 57,1±3,6 мм.рт.ст., p> 0,05).

При исследовании сыворотки крови пациентов на содержание ЭТ-1 выявлено достоверное (p<0,001) повышение данного показателя во 2-й и 4-й группах обследуемых больных по сравнению с группой контроля (9,2±2,1 фмоль\мл., 5,4±0,8 фмоль\мл и 0,71±0,18 фмоль\мл, соответственно). У больных 1-й и 3-й групп также отмечено повышение уровня ЭТ-1 по сравнению с группой контроля (1,4±0,7 фмоль\мл., 1,8±0,9 фмоль\мл., и 0,71±0,18 фмоль\мл, соответственно), однако достоверных различий не установлено (p<0,05).

При изучении взаимосвязи ЭТ-1 с уровнем АД в нашем исследовании установлена достоверная положительная корреляция как со среднесуточным значением систолического АД (r= 0,41, p= 0,03), так и с показателями пульсового АД (r= 0,33, p= 0,04) у больных во второй группе. Полученные нами результаты свидетельствуют, что эндотелин, как один из мощных вазоконстрикторных факторов способствует развитию АГ у женщин в менопаузе [2].

Выводы

4. Среднесуточные значения систолического и пульсового артериального давления у женщин в постменопаузе достоверно выше, чем у женщин в возрасте до 50 лет и в группе мужчин.

5. В группе женщин в постменопаузе и у мужчин старше 50 лет установлено достоверное повышение содержания эндотелина-1 в сыворотке крови по сравнению с группой контроля.

6. Наибольшая концентрация эндотелина-1 выявлена у больных артериальной гипертонией в группе женщин в постменопаузе, уровень которого положительно

коррелировал с среднесуточным значением систолического и показателями пульсового артериального давления.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА СРЕДИ ЭТНОСОВ ДАГЕСТАНА И ЗНАЧИМОСТЬ ПРОБЫ НЕЧИПОРЕНКО В ОПРЕДЕЛЕНИИ КОЛИЧЕСТВА ЛЕЙКОЦИТОВ В МОЧЕ

Адамов А.А., студент 5 курса лечебного факультета

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., проф. Шамов И.А.

Актуальность: хронический пиелонефрит – одно из наиболее распространенных заболеваний почек. Диагностика основывается на количестве лейкоцитов в моче и пробе Нечипоренко. В последнее время тест Нечипоренко стал использоваться для диагностики пиелонефрита достаточно часто. В то же время этот тест не всегда отвечает возлагаемым на него надеждам.

Цель работы: Оценить значимость пробы Нечипоренко и количества лейкоцитов в моче для диагностики хронического пиелонефрита, в том числе и в этническом аспекте.

Материалы: Больные, находящиеся в нефрологическом отделении РКБ.

Методы: работа ретроспективная. Выкопировка данных из историй болезней за 2014-2015 г.

Результаты:

	Возраст	Лейкоциты в моче	Нечипоренко	Креатинин	Мочевина
Аварцы (31)	39	15	Лей: 14034	396	15.5
Даргинцы (24)	41	17	Лей: 10899	351	15
Кумыки (14)	37	12	Лей: 13430	215	12.2
Лезгины (4)	50	17	Лей: 19750	375	16.3
Азербайджанцы (4)	35	27	Лей: 28500	263	13.

Среди Аварцев (31) у одного исследуемого проба Нечипоренко выше нормы, а лейкоциты в моче в пределах нормы. У двоих исследуемых проба Нечипоренко в норме, а лейкоциты в моче повышены.

	Лейкоциты в моче	Нечипоренко (лейкоциты)
Пахрудинова Мадинат Гаджиевна	2-3-5	38700
Джабрайева Лейла Юнусовна	Сплошь	2000
Хайдова Пирдас Хайбулаевна	13-14-17	400

Среди Даргинцев (24) у одного исследуемого проба Нечипоренко в пределах нормы, а лейкоциты в моче повышены.

	Лейкоциты в моче	Нечипоренко (лейкоциты)
Магомедов Магомед Омарович	18-19-24	200

Среди Кумыков (14) у одного исследуемого проба Нечипоренко в пределах нормы, а лейкоциты в моче повышены. У другого исследуемого проба Нечипоренко выше нормы, а лейкоциты в моче в пределах нормы.

	Лейкоциты в моче	Нечипоренко (лейкоциты)
Шамсуева Хазамат Магомедовна	10-12	1200
Шабеков Магомед Гасанович	2-4-6	Большое количество

Среди Лезгинов у одного исследуемого проба Нечипоренко выше нормы, а лейкоциты в моче в пределах нормы.

	Лейкоциты в моче	Нечипоренко (лейкоциты)
Рагимов Гасан Гасанханович	6-8-10	7200

Обсуждение: обследовано 77 больных различных этнических групп Республики Дагестан. Результаты исследования показали, что имеется высокая степень соответствия результатов общего анализа крови и пробы Нечипоренко при пиелонефритах. Расхождения составляют примерно от 5 до 10 %, причем достоверные этнические различия не выявлены.

Выводы:

1) Проба на количество лейкоцитов в моче в общем анализе мочи и проба Нечипоренко можно считать достоверными признаками пиелонефритов.

2) На практике результаты обеих проб высоко совпадают.

Литература:

- Рябов С.И. Нефрология (руководство для врачей). СПб: спецЛит, 2000. С. 545-561.
- Шулутко БИ. Воспалительные заболевания почек. СПб: Ренкор. 1996. 248 с.
- Тиктинский О.Л., Калинина С.Н. Пиелонефриты. СПб: СПбМАПО. Медиа Пресс, 1996. С. 45-53.
- Иванов Д.Д. Ренальный континуум: возможно ли обратное развитие ХБП? // Нефрология. 2006. Т. 10,-№1. С. 103-105.
- *Тареев И.Е., Кутырина И.М., Николаев А.Ю. и соавт. Пути торможения прогрессирования хронической почечной недостаточности // Тер. арх. 2000: №6. С. 9-14.*

АНЕМИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

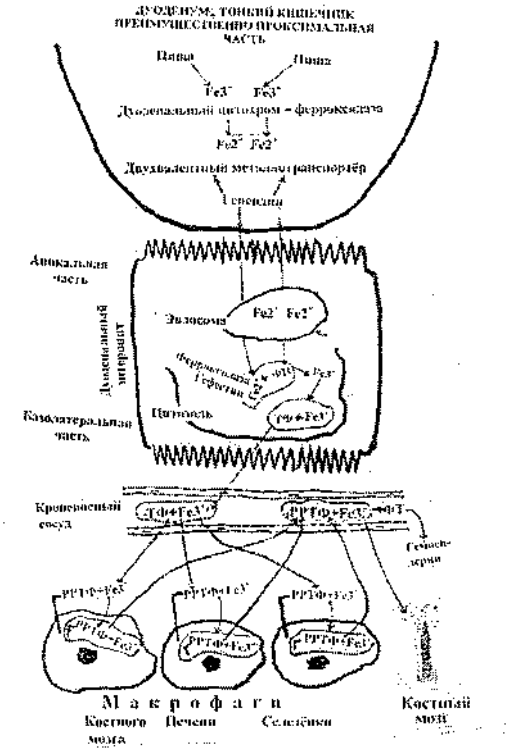
Панахова Д.З., студентка 6 курса лечебного факультета

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., проф. Шамов И.А.

Анемия хронических заболеваний (АХЗ) - новая нозологическая единица, выделенная в последние десятилетия. По своей сути это сложное в патогенетическом отношении заболевание крови при длительно протекающих опухолевом, инфекционном, воспалительном или аутоиммунном процессах.

Основные моменты патогенеза АХЗ

В генезе АХЗ участвует целый ряд факторов абсорбции и транспорта железа, которые открыты в последние десятилетия (рис. 1 по И.А. Шамову [6]).



Как установлено в последние годы, роль универсального гуморального регулятора метаболизма железа выполняет особый петид гепсидин (ГП), синтезируемый в печени. Он действует через другой важный фактор - ферропортин (ФП), который определяет высвобождение железа в плазму. При вышеуказанных воспалительных и опухолевых заболеваниях развивается перепроизводство ГП [7], что в свою очередь ведёт к ингибированию ФП, приводя в конечном итоге к снижению всасывания железа.

В развитии анемии участвуют цитокины - интерлейкин-6 (ИЛ-6), интерлейкин-22

(ИЛ-22), фактор некроза опухолей альфа (ФНО- α) и липополисахариды (ЛПС) [7,3]. Они различными путями нарушают захват железа эритроидными предшественниками.

Эти цитокины снижают экспрессию рецептора ЭПО, нарушая его синтез и ингибируя его активность [4,5].

Диагностика

При АХЗ снижение гемоглобина умеренное - НЬ редко снижается до менее 70 г/л), а анемия нормохромная и нормоцитарная.

Основа диагностики - наличие у пациента длительно текущего хронического заболевания. Наблюдается прямая связь между степенью АХЗ и тяжестью основного заболевания [1,4]. Если «фоновое» заболевание отсутствует, то диагноз АХЗ маловероятен [5].

Достаточно часто приходится проводить дифференциальную диагностику АХЗ и ЖДА. Одним из важных показателей является сывороточный ферритин [5]. Он снижен при ЖДА [1], тогда как при АХЗ его уровень может быть нормальным или даже повышенным.

Уровень ТФ нормален или низок у больных АХЗ и повышен при ЖДА. При ЖДА повышен и уровень растворимых рецепторов трансферрина (РРТФ), тогда как при АХЗ он близок к нормальным значениям [5].

Кратковременная ферротерапия (~ 10 дней) может быть использована как тест дифференциации этих анемий. При ЖДА она приводит к повышению уровня НЬ на 25-30 г/л, при АХЗ - только к незначительному его повышению [4].

В настоящее время доступные анализы на ГП в широкую клиническую практику не вошли.

Лечение

Успешное лечение основного заболевания, обусловившего развитие АХЗ, как правило, позволяет нормализовать имеющиеся гематологические нарушения. Если эффективное лечение основного заболевания невозможно, используют терапию, направленную на коррекцию анемии [2].

В лечении АХЗ можно выделить три основных направления. 1. Переливание компонентов крови. Метод применим у больных с выраженной анемией (НЬ менее 80 г/л), хотя, пока крайне сложно определить влияние трансфузий на результат лечения больных АХЗ и на течение основного заболевания [5]. 2. Назначение препаратов железа. Терапия препаратами железа не рекомендуется у пациентов с АХЗ без дефицита железа при высоком или нормальном уровне ферритина (> 200 мкг/л) из-за риска развития побочных эффектов и перегрузки железом [1]. Железо обязательно должно включаться в терапию

АХЗ с признаками абсолютного дефицита железа [5]. Препараты железа рекомендуется назначать преимущественно парентерально, поскольку всасывание железа из 12-перстной кишки при АХЗ подавлено ГП [1,4]. 3. Применение стимуляторов эритропоэза, в частности рекомбинантного ЭПО [1]. Показанием к терапии ЭПО у пациента с АХЗ следует считать уровень НЬ менее 100 г/л, и он почти всегда необходим, если уровень НЬ ниже 80 г/л [6]. Эффекта от ЭПО наступает через4-6 недель.

Особое значение имеет целевой уровень НЬ. Большинство экспертов считают целевым уровень 110 г/л.

Несколько стратегий противодействию влияния ГП при АХЗ находятся в стадии разработки. Они включают супрессоры производства ГП, вещества, его нейтрализующие и вещества, препятсвующие его соединению с ферропортином [7].

Это такие вещества, как антикалины и спигелмеры.

Выводы:

1. АХЗ - сложный в патогенетическом отношении компонент ответа организма на длительно протекающий опухолевый, инфекционный, воспалительный или аутоиммунный процесс.
2. АХЗ является следствием искаженного обмена железа, сниженного ответа на эритропоэтин (ЭПО) и значительной активности про- и противовоспалительных цитокинов.
3. Роль универсального гуморального регулятора метаболизма железа выполняет пептид ГП, который ингибирует высвобождение железа в плазму.
4. При длительно протекающих опухолевых, инфекционных, воспалительных или аутоиммунных процессах имеет место перепроизводство ГП, что приводит к гипоферремии, железодефицитному эритропоэзу и, как следствие, к АХЗ.
5. Успешное лечение основного заболевания, обусловившего развитие анемии, как правило, позволяет нормализовать имеющиеся гематологические нарушения. Если эффективное лечение основного заболевания невозможно, используют терапию, направленную на коррекцию анемии.

Литература

1. Андреичев Н.А., Балеева Л.В. Анемия хронических заболеваний // Российский медицинский журнал. 2014. N 2. С. 50-55.
2. Ватутин Н.Т., Калинкина Н.В., Смирнова А.С. Анемия хронического заболевания // Вестник Харьковского национального университета имени В.Н.Каразина. 2009. N 879. С. 40-48.
3. Левина А.А., Казюкова Т.В., Цветаева Н.В., Сергеева А.И., Мамукова Ю.И., Романова

Е.А., Цыбульская М.М. Гепсидин как регулятор гомеостаза железа // Педиатрия. 2008. Т.87,N 1. С.67-74.
4. Охотникова Е.Н., Поночевная Е.В. Анемия при хронических заболеваниях // Клиническая иммунология. Аллергология. Инфектология. 2012. N 5/6. С.22-24.
5. Руковицын О.А. Актуальные вопросы диагностики и лечения анемии при хронических заболеваниях // Клиническая онкогематология. 2012. Т.5, N4. С. 296-304.
6. Шамов И.А., Гасанов П.О. Железо, абсорбция, трансплантация // Вестник гематологии. СПб. 2016.
7. Arezes J., Nemeth E. Hepcidin and iron disorders: new biology and clinical approaches // International Journal of Laboratory Hematology. 2015. 37(Suppl.l). P. 92-98.

8. Клинический интернет-сайт: https://www.en.m.wikipedia.org/wiki/Anticalin.
9. Клинический интернет-сайт: https://www.en.ni.wikipedia.org/wiki/L-Ribonucleic_acid_aptamer.

АНЕМИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ БОЛЬНЫХ ДИФФУЗНЫМ ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ, ПОСТУПАЮЩИХ В ЭНДОКРИННУЮ ХИРУРГИЮ РКБ МЗ РД

Магомедов М.Н., студент 5 курса лечебного. факультета

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., проф. Шамов И.А.

Актуальность. В последние годы при ряде хронических заболеваний выявлена особая форма анемии - анемия хронических заболеваний (АХЗ). АХЗ - это сложное в патогенетическом отношении заболевание крови при длительно протекающих опухолевых, инфекционных, восполительных или аутоимунных процессах.

В генезе АХЗ участвует целый ряд факторов абсорбции и транспорта железа, которые открыты в последние десятилетия.

Как установлено в последние годы, роль универсального гуморального регулятора метаболизма железа выполняют особый пептид гепсидин (ГП), синтезируюмый в печени. Он действует через другой важный фактор - ферропортин (ФП), который определяет высвобождение железа из энтероцитов ЖКТ в плазму. При воспалительных и опухолевых заболеваниях развивается перепроизводство ГП , что в чвою очередь ведет к ингибированию ФП, приводя в конечном итоге к снижению всасывания железа.

При АХЗ снижение Hb умеренное - редко снижается до менее 70 г/л.

Цель исследования. В работе поставлена цель анализировать общепринятые гематологические показатели крови и установить наличие АХЗ среди больных диффузным зобом.

Материалы и методы. Работа ретроспективная. Анализированы истории болезни 42 больных диффузным зобом, находившихся на лечении в отделении эндокринной хирургии РКБ МЗ РД.

Результаты. Из приведенной ниже таблицы 1 видно, что среди больных диффузным токсическим зобом выявляется АХЗ. В основном анемия выявляется среди женщин. Как и указывается в литературе – анемии в основном лёгкой степени.

Табл.1. Количество больных с анемией хронических заболеваний среди больных диффузным токсическим зобом

Степень тяжести (гр/л)	Количество	НВ	Эр	ЦП	СОЭ	Возраст
<70	0					
70-90	1 жен.	77	3,7	0,62	20	77
91-119	10 жен.	114,6	3,25	0,87	15,2	42,8
120<	24 жен.	127,91	3,98	0.96	12,5	42,2
	7 муж.	147,28	4,51	0,97	11,57	43,14

Обсуждение. Т.о. анемия среди больных диффузным токсическим зобом выявлена у 11 человек из 42 или 46, 2 %. Все 11 больных ЖДА – женского пола, что соответствует и литературным данным. Как известно ЖДА - болезнь с "женским характером" - ею в подовляющем большинстве болеют женщины.

Одна больная из 11 имеет среднюю степень тяжести анемии. Эта пациентка 77 лет. Hb равен 77,3 г/л , количество эритроцитов $3,7x10^{12}$/л, ЦП 0,62., СОЭ 20 мм/ч.

У10 пациентов анемия была лёгкой степени.

Эти данные также соответствуют литературным данным, где отмечается, что АХЗ редко даёт понижение Hb ниже 70 г/л. Эти больные более молодого возраста. В среднем возраст больных составляет 42,8 лет., Hb 114,6 г/л., Эр. $3,25x10^{12}$/л., ЦП 0,87., СОЭ 15,2 мм/ч.

Т.о полученные нами данные свидетельствуют, что у 26% больных диффузным токсическим зобом выявляется анемия. Это анемия скорее всего относится к АХЗ, которая в последние годы выявляется у больных с целым рядом хронических заболеваний : заболеванием сердца и ХСН, ревматоидным артритом, заболванием почек и т.д.

Наши исследования позволяют присоединить к этому списку хронических болезней и диффузный токсический зоб.

На это следует обратить внимание эндокринологов Дагестана. Дело в том, что хронически протекающая форма малокровия нередко оттягощает течение основного заболевания, что нельзя не учитывать при лечении этих эндокринных больных.

Следует помнить, что это заболевание внешне напоминает железодефицитное, однако железо при нём давать больным не рекомендуется. Здесь действенным препаратом считается эритропоэтин.

Выводы:

1. При диффузном зобе частота встречаемости АХЗ 26% (11 из 42) из которых 1 человек имеет анемию средней степени тяжести, а 10 - легкой степени тяжести.
2. Наличие такой анемии среди больных токсическим зобом установлено в нашей стране впервые.
3. Анемия требует лечения одновременно с основным заболеванием, ибо длительное сопутствующее течение анемии как правило усугубляет тяжесть последней.
4. По литературным данным основным средством лечения таких заболеваний является эритропоэтин.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альперин П. М., Митерев Ю. Г. К вопросу о классификации железодефицитных анемий. // Гематол. и трансфузиол. - 1983. - № 9. - С. 11-14.

2. Бахрамов С.М., Фарманкулов Х.К., Джуманиязова К.Р. К вопросу патогенеза железодефицитных анемий в Узбекистане. // Новое в гематологии и трансфузиологии. Тез.докл.111 съезда гематол.и трансфузиол., посвящ. 50–летию института. 26 - 28 апреля. - Ч. 1.Ташкент. - 1990. - С. 99 - 100.

3. Бокарев И.И., Кабаева Е.В., Пасхина О.Е. Лечение и профилактика железодефицитной анемии в амбулаторной практике. // Тер. арх. –1998. - № 4. - С. 70- 74.

4.. Петров В.Н. Микроцитарные (гипохромные) анемии. // Рос. семейн. врач. - 1997. – № 1. - С. 12-20.

5. Серов В.Н., Баркаган З.С., Воробьёв П.А. Железодефицитная анемия. М.: Ньюдиамед. 2005. 75 с.

6. Шамов И.А. Оптимизация вторичной профилактики ЖДА. Профилактика и терапия внутренних болезней. Махачкала,1991,8-9.

7. Шамов И.А. Железодефицитная анемия. Врач, 1997,6,с.

8. Шамов И.А. и соавт. Железодефицитные анемии Дагестана. Махачкала: Юпитер, 1994. 108 с.
9. Шамов И.А.. и соавт. Железодефицитная анемия: фенотипические и генетические аспекты. Махачкала: ООО Деловой мир, 2007. 117 с.

КЛИНИЧЕСКАЯ И ИММУНО-ВИРУСОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ВИРУСА ГЕРПЕСА ЧЕЛОВЕКА 6 ТИПА У ВЗРОСЛЫХ

Мусаева Л.Н., клинический ординатор
Кафедра госпитальной терапии №3 с курсом клинической иммунологии и аллергологии ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., проф.Эседов Э.М.
Куратор- к.м.н., асс.Абасова А.С.

Актуальность: Инфекция, вызванная вирусом герпеса человека 6 типа (англ. – *human herpes virus type 6,* HHV-6), занимает особое место в структуре инфекционных поражений герпесвирусной этиологии. Во-первых, это один из наиболее распространенных в человеческой популяции герпесвирусов, которым инфицировано от 60 до 100% населения различных регионов планеты. Во-вторых, HHV-6 был открыт совсем недавно, поэтому на сегодняшний день мы располагаем довольно ограниченной информацией о патогенезе и клинике заболеваний, вызванных этим инфекционным агентом, а у практических врачей, как правило, отсутствуют надлежащие знания о современных принципах диагностики и лечения таких инфекций. В-третьих, HHV-6 не вызывает специфических высыпаний во время реактивации, поэтому диагностика эпизода сугубо по клиническим признакам, как это широко практикуется при инфекциях, вызванных HSV-1, HSV-2 и VZV, является недостижимой целью, а для верификации диагноза необходимо проведение ряда современных лабораторных тестов, недоступных многим медицинским учреждениям.

HHV-6 является иммунодепрессивным и нейротропным инфекционным агентом с оппортунистическими свойствами, который может вызывать острое лихорадочное заболевание, энцефалит и эпилептические приступы во время первичной инфекции и способен к реактивации в организме иммунокомпрометированных пациентов спустя длительное время после первичного контакта, вызывая самые разнообразные органные и системные проявления.

Результаты новых исследований указывают на то, что HHV-6 может играть этиологическую роль при некоторых неврологических заболеваниях, включая рассеянный склероз, медианную височную эпилепсию, status epilepticus и синдром хронической усталости (СХУ). Есть две различные разновидности HHV-6: HHV-6A и HHV-6B. HHV-

6А – это штамм, наиболее вероятно, связанный с рассеянным склерозом, медианной височной эпилепсией, СПИДом и злокачественными новообразованиями. HHV-6B вызывает розеолу, лихорадочные болезни и энцефалит у младенцев, а также реактивируется у пациентов после пересадки органов и тканей, вызывая такие осложнения, как энцефалит, пневмонит и печеночная недостаточность.

HHV-6 может также вызвать избирательную иммунную супрессию и нарушения обмена цитокинов, что снижает качество иммунного надзора над раковыми клетками, внутриклеточными инфекционными агентами, в частности вирусами и микобактериями. Наконец, HHV-6 обладает мощными трансактивирующими свойствами, которые позволяют стимулировать репродукцию других вирусов, таких как EBV, CMV и HHV-8. Более того, этот патоген является кофактором прогрессирования ВИЧ-инфекции.

Диагноз подтверждают путем идентификации ДНК HHV-6 в сыворотке крови (при реактивированной инфекции) или в слюне (при персистирующей инфекции) путем проведения ПЦР или ДНК-гибридизации. Обнаружение антигенемии при проведении иммуноферментного анализа (ИФА) или метода флуоресцирующих антител может быть хорошей альтернативой методам ДНК-диагностики. Серологические методы имеют вспомогательное значение, однако могут быть весьма полезны при сомнительных результатах молекулярно-генетических и иммуноморфологических тестов.

Сложность лечения заболеваний, вызванных вирусами герпеса, связана с генотипическими особенностями возбудителя, а также различной чувствительностью к препаратам. В последнее десятилетие исследования по изучению антивирусного действия некоторых препаратов показали, что ВГЧ-6, 7, 8 малочувствительны к аналогам нуклеозидов. С определенным успехом в лечении были использованы ганцикловир и фоскарнет. Однако препаратов, которые были бы достаточно эффективны в лечении инфекции, вызванной ВГЧ-6, 7, 8, пока не произведено.

К основным этиотропным лекарственным средствам относят три группы препаратов: ациклические аналоги гуанозина, интерфероны и иммуноглобулины. Ведущее место занимает противовирусная химиотерапия, представленная большой группой ациклических аналогов нуклеозидов. Применение ациклических аналогов гуанозина при герпесвирусных инфекциях соответствует уровню доказательности А. Иммунотерапия герпесвирусных инфекций, которая объединяет препараты интерферонов и иммуноглобулинов, является дополнительной, однако важной составляющей этиотропного лечения (уровень доказательности В).

Цель: определить клинические и иммуно-вирусологические проявления герпетической инфекции 6 типа у взрослых.

Материалы и методы исследования: Работа выполнена на базе кафедры Госпитальной терапии №3 в гастроэнтерологическом отделении РКБ г. Махачкалы.

Определение ДНК HHV-6 в носоглоточных смывах и плазме крови проводилось методом ПЦР.

Несмотря на широкую распространенность инфицирования HHV-6, мы наблюдали 1 случай данного заболевания. Б-й Ш-в, около 13 лет(с2002г.) многократно был обследован в различных точках планеты: (г. Москва, г. Ростов-на-Дону (Россия), Израиль, Азербайджан). Неоднократно находился на стационарном лечении с DS:Болезнь Бехчета: поражение головного мозга (тромбоз правого поперечного синуса и мелкоочаговые паренхиматозные очаги головного мозга, преходящие нарушения мозгового кровообращения, вегетативные пароксизмы), ЖКТ (эрозивный эзофагит, гастрит, энтероколит), рецидивирующий афтозный стоматит, в анамнезе - язвы гениталий, артриты. При подробном опросе больного, было выяснено, что рецидивы афтозного стоматита и язв гениталий отмечались около 4-5раз с интервалами в 3-4 месяца в течение первых 1.5лет от начала заболевания. Более 10 лет б-й непрерывно принимал ГКС (метипред в различной дозировке:6-4-2-1-1/4табл.). Несмотря на проводимую терапию, клиническая картина прогрессировала и видоизменялась (присоединились признаки поражения ЖКТ, головного мозга, психовегетативные расстройства). Однако, рецидивы основных симптомов болезни Бехчета (афтозный стоматит, язвы гениталий, поражение кожи) отсутствовали. Следует отметить, что на протяжении 13 лет при лабораторном исследовании (о/а крови, б/а крови), выраженных отклонений от нормы не отмечалось.

Результаты исследования: Полученные к настоящему времени данные свидетельствуют о гетерогенной и полиморфной клинической манифестации вируса герпеса человека 6 типа, а также о сложном характере его верификации и дифференциальной диагностики.

Заключение: Хронические HHV-6-инфекции трудно диагностировать не только по клинической картине, но и при помощи рутинных диагностических анализов. Молекулярные пробы – ДНК-гибридизация, полимеразная цепная реакция (ПЦР), иммуноморфологические тесты – полезны для верификации острых инфекций, но недостаточно чувствительны, чтобы диагностировать хроническую инфекцию, потому что в таких случаях вирус остается активным только в тканях. Особенно часто такая ситуация имеет место в ЦНС и сердце. Это означает, что имеется очень немного свободных частиц вируса, циркулирующих в сыворотке крови, что делает результаты соответствующего ПЦР-анализа малоинформативными, учитывая высокий риск псевдоотрицательных результатов при низкой вирусной нагрузке.

ПЕЧЕНОЧНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ В КЛИНИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ (HBV-, HDV- И HCV-ИНФЕКЦИИ)

Мусаева Л.Н., клинический ординатор

Кафедра госпитальной терапии №3
с курсом клинической иммунологии и аллергологии ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., проф. Эседов Э.М.
Куратор: к.м.н., асс. Абасова А.С.

Актуальность: Печеночная энцефалопатия наиболее часто осложняет течение хронических вирусных инфекций (HBV-, HDV- и HCV-инфекции). Летальность вследствие энцефалопатии наблюдается у 40% больных с печеночной недостаточностью. Основными причинами смерти являются: кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП), желудочное кровотечение, отек мозга.

Проблема вирусных гепатитов сохраняет актуальность уже на протяжении многих десятилетий. Инфицирование вирусами гепатита B, C, D (HBV, HCV, HDV) в большинстве случаев регистрируется среди лиц трудоспособного возраста (20–50 лет) и у части пациентов может приводить к длительному персистированию. Со временем хронический вирусный гепатит (ХВГ) может стать инвалидизирующим заболеванием, которое длительно прогрессирует и имеет социальные последствия при развитии неблагоприятных исходов (временная нетрудоспособность, затем преждевременная потеря нетрудоспособности и смерть больных). Широкое распространение вирусов гепатита B, C, D, отсутствие профилактической вакцинации против HCV, формирование среди лиц трудоспособного возраста неблагоприятных исходов ХВГ, а именно цирроза печени (ЦП) и гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК), которые являются показанием для проведения трансплантации печени, а также относительно высокая стоимость современной противовирусной терапии (ПВТ) являются причинами, по которым ХВГ включены в перечень социально значимых заболеваний. Рассчитанное в настоящее время бремя гепатита С в РФ подтвердило социальную значимость гепатита С, так как только треть государственных расходов обусловлены прямыми медицинскими затратами. Большая часть затрат и потерь приходилась на осложнения гепатита С (такие как декомпенсированный ЦП, ГЦК) и трансплантацию печени, развитие которых можно было бы предотвратить при своевременно начатой ПВТ тех пациентов, кто уже инфицирован.

В то же время необходимо проведение мероприятий, направленных на предотвращение новых случаев инфицирования вирусами гепатитов. Однако своевременное выявление пациентов с хронической HBV-, HCV- и HDV-инфекциями осложняется тем, что их клинические проявления неспецифические. В подавляющем большинстве случаев это симптомы астеновегетативного и диспепсического синдромов

(усталость, слабость, снижение трудоспособности, аппетита, подташнивание, дискомфорт в правом подреберье). Кроме того, у 60–70% пациентов с ХВГ и ЦП течение заболевания вообще бессимптомное. В ряде случаев дебютом заболевания может быть уже декомпенсация развившегося неблагоприятного исхода — цирроза печени (отечно-асцитический синдром, печеночная энцефалопатия, желудочно-кишечные кровотечения, гепаторенальный синдром). Все это затрудняет своевременную диагностику ХВГ и препятствует выявлению больных, инфицированных HBV, HCV, HDV.

Цель: выявление частоты возникновения печеночной энцефалопатии при хронических вирусных гепатитах и клиническая характеристика данного осложнения.

Материалы и методы исследования: Работа выполнена на базе кафедры Госпитальной терапии №3 в гастроэнтерологическом отделении РКБ г. Махачкалы.

Были проанализированы 20 историй болезни пациентов в возрасте от 18 до 65 лет с верифицированным диагнозом вирусного гепатита В (или В+D) и С, осложненного печеночной энцефалопатией (ПЭ). Среди обследованных 70% составляли мужчины и 30%-женщины. Средний возраст пациентов-45±7 лет. В группе обследованных безработных было 78%, рабочих и служащих-22%. Среднее количество койко-дней составило 12±2.

Хронический вирусный гепатит В (или В+D) и С выставлялся пациентам с развернутой клинико-биохимической картиной заболевания и наличием специфических маркеров, обнаруживаемых методом ИФА (иммунофлюоресцентного анализа): HBsAg, HBeAg, анти-HDV IgM и G, анти-HCV, а также выявляемых методом ПЦР (полимеразной цепной реакции): РНК HCV, ДНК HBV, РНК HDV; б/а крови: повышения уровня аминотрансфераз (АСТ,АЛТ), ЩФ, билирубина общего и его фракций. У данных больных на протяжении года и более до развития заболевания отмечался характерный эпидемиологический анамнез, среди которого во внимание принимались наличие контактов с больными вирусными гепатитами, оперативных (гинекологических, урологических и др.) вмешательств, проведение курса терапии у стоматолога, гемотрансфузий, в/в и в/м инъекций, в/в введение наркотических средств.

Для диагностики ПЭ использовались стандартные методы обследования: Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (АСТ, АЛТ, ЩФ, билирубин общий и его фракции, общий белок и его фракции, ПТИ, тимоловая проба), данные УЗИ органов брюшной полости.

Результаты исследования: В результате проведенного исследования, было выяснено, что ПЭ явилась осложнением хронического гепатита В в 45%±9.7% случаев, а хронического гепатита С в 48.2%±1.3%, а также микст-гепатитов, как ко-инфекций, так и

суперинфекций HBV+HDV-6,8%. Из полученных результатов, следует, что печеночная энцефалопатия чаще развивается при парентеральных хронических гепатитах приблизительно в равных количествах (HBV и HCV).

У пациентов, вошедших в исследование, мы наблюдали три стадии печеночной энцефалопатии (все, кроме IV-комы).

ПЭ I стадии (77% случаев), характеризовалась инверсией сна (сонливостью днем и бессонницей ночью-100%), сниженным вниманием(75%), незначительным изменением нервно-психического статуса-эйфорией-100%.

ПЭ II стадии (21% случаев), у пациентов можно было наблюдать дезориентацию во времени и пространстве, дизартрию, апатию, агрессию, астериксис.

ПЭ III стадии (2% случаев), регистрировались наличие бреда, сопора, ригидностью мышц, амнезией.

Таким образом, 1стадия наблюдалась более, чем у половины обследованных больных.

Выводы:

1.Основными причинами развития печеночной энцефалопатии являются гепатиты парентерального пути заражения: хронический гепатит В(%45) и хронический гепатит С(48.2%).

2.Более чем в половине случаев имело место I стадия ПЭ.

ДЕРМАТОПОЛИМИОЗИТ

Абдулаева А.М., интерн

Кафедра госпитальной терапии №3
с курсом клинической иммунологии и аллергологии ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., проф. Эседов Э.М.
Куратор: к.м.н., асс. Абасова. А.С

Актуальность: клиническая картина данного заболевания отличается полисиндромностью и полиморфностью, отражая генерализованный, системный характер заболевания в целом. В патологический процесс могут вовлекаться практически все органы, что обуславливает широкую гамму клинических проявлений дерматополимиозита. Актуальность обусловлена тем, что врачи всех специальностей могут столкнуться с данным весьма тяжелыми заболеванием, требующее проведения неотложных терапевтических мероприятий. Поэтому каждый специалист должен быть осведомлен о данном заболевании.

Цели: 1.Своевременная диагностика и лечение заболевания, для предупреждения

развития осложнений и улучшения качества жизни.

Материалы и методы исследования: Больная с тяжелым клиническим проявлением-дерматополимиозит. **Дерматополимиозит-** син. болезнь Вагнера, болезнь Вагнера-Унферрихта-Хеппа, лиловая болезнь — тяжелое прогрессирующее системное заболевание соединительной ткани, скелетной и гладкой мускулатуры с нарушением её двигательной функции, кожных покровов в виде эритемы и отёка сосудов микроциркуляторного русла с поражением внутренних органов, нередко осложняющееся кальцинозом и гнойной инфекцией.

По происхождению различают: 1.идиопатический (первичный); 2.паранеопластический (вторичный, опухолевый); 3.ювенильный дерматополимиозит (детский)4.дерматомиозит (полимиозит) в сочетании с другими диффузными болезнями соединительной ткани. По течению: острое, подострое, хроническое.

При остром течении болезни через 3-6 месяцев от начала заболевания наблюдается генерализованное поражение поперечно-полосатой мускулатуры вплоть до полной обездвиженности, развитие дисфагии, дизартрии. Появляются резкие боли и слабость в мышцах, повышение температуры тела и быстро развивается тяжелое лихорадочно-токсическое состояния с множественными разнообразными высыпаниями. Для подострого течения характерна цикличность с неуклонным прогрессированием процесса. Хроническое течение наиболее благоприятное.

Результаты исследования: на примере истории заболевания нашей пациентки мы хотели бы продемонстрировать серьезность и важность этой патологии и привить некоторую настороженность врачам разных специальностей

Больная Раджабова Хадижат, 49 лет**.** Поступила с жалобами на:1. Боли в мышцах ног (преимущественно в бедрах), рук (больше плечевого пояса); 2. Выраженная мышечная слабость с утратой к самообслуживанию (не может самостоятельно расчесывать волосы, свободно приподнимать руки, ноги, голову). 3. Боли в плечевых, коленных, тазобедренных суставах, ограничение движения в них. Чувство онемения кистей рук. 4. Гиперемия кожи лица, шеи (в области декольте), слабовыраженная гиперемия рук. 5. Отечность лица, наличие периорбитальных отеков, на фоне которых отмечается сужение глазных щелей6. Уплотнение кожи, мышц рук и ног. 7. Общая слабость, утомляемость, сухость во рту.

Больной себя считает с конца декабря 2015г, когда будучи на работе (повар в кафе), стала отмечать гиперемию рук, которую связывала с использованием нового моющего средства. Однако к врачу по этому поводу не обращалась и его использование не прекращала. В январе после перенесенного эмоционального стресса (ссора на работе), отмечала у себя ухудшение состояния в виде нарастающей гиперемии рук, а также

появление гиперемии и отечности лица, шеи и области декольте. Позже в феврале присоединились отеки, уплотнение и боли в мышцах рук и ног. Повышение температуры тела до 37.3-37.5 °С. Обратилась к дерматологу по месту жительства, где был выставлен диагноз отек Квинке и назначено следующее лечение:

- 1. Преднизолон- 60мг + 200.0 мл физ.р-р. в/в капельно №2-3.
- 2. Тиосульфат Na- 10.0+ 10.0 мл физ.р-р. в/в №10.
- 3. Супрастин 1.0 в/м 1раз в сутки №5. После проведенной терапии температура снизилась, однако со стороны других органов и систем изменений не наблюдалось.

Далее больная обращается к аллергологу в г.Кизилюрт, где были назначены следующие рекомендации: 1. Дипроспан-1 ампула однократно.

2. Зодак – по 1 таб. в день, в течение 10 дней.

3. местно примочки с раствором хлоргексидина.

4. мазь Дермовейт - 2 раза в день, на руки, кожу груди.

Эффекта от назначенной терапии не наблюдалось. В связи с чем больная была госпитализирована в РКБ, отделение аллергологии, для обследования и лечения.

STATUS PRAESENS: Общее состояние тяжелое, сознание ясное, положение в постели вынужденное. Кожные покровы при осмотре гиперемированы на лице, шее, в области декольте. На руках визуализируются следы от гиперемии. Отмечается отек лица, сужение глазных щелей. Слизистые склер инъецированы. На спине и в области поясницы имеется пастозность, на ногах твердые отеки. Мышцы ног и рук пальпаторно болезненны, уплотнены. Боли в плечевых, коленных, тазобедренных суставах, ограничение движения в них. Самообслуживание полностью отсутствует. Периферические л/узлы не увеличены. Подкожно-жировая клетчатка выражена чрезмерно, преимущественно по абдоминальному типу. Рост -167 см, Вес-100кг. ИМТ-36кг/м2. Температура тела 36.6 °С. В легких аускультативно дыхание ослаблено в нижних отделах, более выраженнее справа. ЧДД 18 в минуту. Со стороны органов кровообращения патологии нет. АД 160/70мм.рт.ст. ЧСС-86 в мин. Пульс-86 в мин.

Со стороны органов пищеварения: печень при пальпации выступает из-под края реберной на 1.5-2см, селезенка не пальпируется.

- В о/а крови: Hb-109г/л, эр-3.9*10/л, лейк-9.2*10/л, лимф-9%, соэ-30мм/ч. Б/а крови: АСТ-257 ед/л, АЛТ-153ед/л, холестерин-6.58 ммоль/л.
- LE-клетки не обнаружены.
- ЭКГ- Левограмма. Изменения миокарда.
- Рентгенография органов гр.клетки- усиление бронхолегочного рисунка, корни

уплотнены, изменения по типу «матового стекла», тяжисты, синусы свободны, сердце обычной формы.

•Узи внутренних органов: печень- размеры увеличены-18см, нижний край выступает из под края реберной дуги, контуры ровные, эхогенность повышена, структура неоднородная. Сосудистый рисунок обеднен.

желчный пузырь: форма грушевидная, размеры-10.5*3.5см, стенка-0.2см. Определяются конкременты d=0.6-1.2 см, занимают ½ полости пузыря.

холедох: без изменений, v.p=1.3см.

Поджелудочная железа: головка 2.8см, тело 2.1см, хвост 2.5см. Не увеличена. Структура умеренно неоднородная.

Состояние ЖКТ: ДПК натощак с содержимым, стенка – 0.4см. Селезенка увеличена 13.0*6.8 см. Эхогенность повышена v.l=0.7см.

Клинический диагноз: Системный дерматополимиозит с преимущественным поражением поперечно-полосатой мускулатуры. Острое течение. Антисинтетазный синдром. Метаболический синдром (Артериальная гипертензия, ожирение, гиперхолестеринемия, стеатогепатит). ЖКБ, вне обострения.

Лечение:

•1. Диклофенак-3.0мл в/м днем.

•2. Преднизолон-60.0 в/в капельно + физ.р-р 200.0мл. + лазикс 20 мг в конце.

•3. Ксизал-1тб утром.

•4. Энтеросгель- по 1ст.ложке 3р.в день, за один час до еды и приема других препаратов.

Вывод: У данной больной на фоне проводимой терапии отмечался незначительный эффект в виде улучшения общего состояния, уменьшения гиперемии, отечности. Боли в суставах перестали беспокоить. Современная терапия обусловливает обратное развитие симптоматики, предупреждает развитие кальцинации тканей и позволяет добиться ремиссии. Несвоевременность ранней установки диагноза, свидетельствует о недостаточной информированности врачей об особенностях клинического течения дерматополимиозита. Диагноз ДМ (ПМ), как правило, основывается на характерных клинико-лабораторных признаках болезни, причем ведущей является клиническая картина. Важно не только установить диагноз ДМ (ПМ), но и определить его клиническую форму, провести нередко трудную дифференциальную диагностику первичного (идиопатического) и вторичного (опухолевого) ДМ (ПМ), дифференцировать и исключить другие состояния, сопровождающиеся распространенным поражением скелетных мышц.

КОМБИНИРОВАННЫЙ БРОНХОЛИТИК ДЛИТЕЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ ВИЛАНТЕРОЛ УМЕКЛИДИНИЯ БРОМИД ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХОБЛ

Магомедова Д.Т., клинический интерн

Кафедра госпитальной терапии №3
с курсом клинической иммунологии и аллергологии ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., проф. Эседов Э.М.
Куратор: к.м.н., асс. Абасова. А.С

Актуальность: Ухудшение экологических условий, рост табакокурения и изменения демографической ситуации ведут к увеличению заболеваемости ХОБЛ, а также летальности от нее. Согласно прогнозируемым данным, к 2020 году ХОБЛ, которая в 1990 году занимала 6-ое место в общей структуре причин смертности, выйдет на 3-е место. Ситуацию также усугубляют высокие экономические расходы, которые несет государство и общество в целом, причем не только из-за расходов на оказание медицинской помощи, но и из-за того, что заболевание снижает верхнюю планку трудоспособного возраста: до 40% больных ХОБЛ выходят на пенсию раньше срока.

Цель:

- улучшение функции легких;
- уменьшение выраженности симптоматики;
- улучшение переносимости физических нагрузок;
- улучшение ощего состояния, самочувствия;
- предупреждение осложнений;
- минимизация негативных эффектов лечения.

Материал и методы исследования: ХОБЛ согласно GOLD(Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) – заболевание, которое можно предотвратить и лечить, характеризующееся существенными внелегочными проявлениями, способными дополнительно отягощать течение болезни у отдельных пациентов. Ее легочная составляющая характеризуется ограничением скорости воздушного потока, которое обратимо не полностью. Ограничение скорости воздушного потока обычно прогрессирует и связано с патологическим воспалительным ответом легких на действие ингалируемых патогенных частиц или газов. У ряда пациентов обострения и сопутствующие заболевания могут влиять на общую тяжесть ХОБЛ.

Согласно GOLD: комбинация препаратов разных классов бронходилататоров повышает эффективность лечения и снижает риск развития негативных эффектов по сравнению с монотерапией в высоких дозах.

Умеклидиний - это новый антихолинэргический препарат с сильным сродством к

М3-рецепторам. Он имеет быстрое начало действия (Cmax=5-15 мин) при медленной функциональной обратимости М3-рецепторов. Несмотря на столь быстрое достижение максимальной концентрации в плазме крови, побочных эффектов практически не отмечается за счет высокой селективности.

Вилантерол относится к классу ДДБА (длительного действия В2агонисты). Его селективность к В2адренорецепторам выше, чем у формотерола, индакатерола и сальбутамола.

В проведенном 12-недельном исследовании была оценена сравнительная эффективность следующих препаратов: умеклидиний (УМ)-n=27, вилантерол (ВИ)-n=22, тиотропий (ТИО)-n=21, комбинация умеклидиний125 мкг/сутки/вилантерол 25 мкг/сутки (УМ/ВИ)-n=40 и плацебо-n=12. Учитывались такие показатели как прирост ОФВ1 на 85-й день, изменение оценки по опроснику Госпиталя Св. Георгия (оГСГ), безопасность.

Результаты исследования:

Умеклидиний: ОФВ1 на 85й день-178 мл по сравнению с плацебо (p<0,001) и 88 мл по сравнению с ТИО; изменение оценки по оГСГ-40%; серьезные нежелательные явления (СНЯ)-7%, НЯ-9%, кардиоваскулярные НЯ(КВНЯ)-22%.

Вилантерол: ОФВ1 на 85й день-90 мл по сравнению с ТИО, 156 мл по сравнению с плацебо; -41%; безопасность-СНЯ 6%.

УМ/ВИ: ОВФ на 85й день-88 мл по сравнению с ТИО и ВИ, 231 мл по сравнению с плацебо; изменение оценки по оГСГ-53%; безопасность-СНЯ 5%, НЯ-8%, КВНЯ 15 %.

Выводы: По совокупным результатам в отношении эффективности и безопасности во всем мире и в России для дальнейшего использования одобрен вилантерол / умеклидиния бромид в дозе 25 мкг / 62,5 мкг.

Комбинированный препарат вилантерол / умеклидиния бромид выпускается под торговым наименованием Аноро Эллипта®.

ВЛИЯНИЕ МЕТЕОЗАВИСИМОСТИ НА БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Омаров Ш.С., клинический интерн

Кафедра госпитальной терапии №3
с курсом клинической иммунологии и аллергологии ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., проф. Эседов Э.М.
Куратор: к.м.н., асс. Абасова. А.С

Актуальность

Артериа́льная гиперте́нзия (АГ, гипертония, гипертоническая болезнь) — стойкое повышение артериального давления от 140/90 мм рт. ст. и выше. Эссенциальная

гипертензия (гипертоническая болезнь) составляет 90—95 % случаев гипертонии. Артериальная гипертензия — одно из самых распространённых заболеваний сердечно-сосудистой системы. Установлено, что артериальной гипертонией страдают 20—30 % взрослого населения. С возрастом распространённость болезни увличивается и достигает 50—65 % у лиц старше 65 лет.

Метеочувствительностью (*метеозависимость, метеопатия*) называется зависимость состояния организма от изменения метеорологической ситуации (давления, напряженности магнитного поля, влажности и так далее), а также поведение организма в результате воздействия этих изменений: снижение или повышение работоспособности, улучшение или ухудшение состояния.

Цель

Найти взаимосвязь между повышением артериального давления и ухудшением состояния у больных эссенциальной артерильной гипертензией и изменениями погоды. Проследить за характером этих изменений, разработать ряд мер, которые необходимо предпринять для предотвращения осложнений и улучшения качества жизни больных в данный период.

Материал исследования и методы

Исследование было проведено во время прохождения практики на базе нескольких лечебных учреждений города Махачкала, а именно Госпиталь ветеранов (2013 год), Городская поликлиника №5 (2014 год) и РКБ (2015 год). Исследование представляло собой сбор анамнеза и жалоб у ряда больных страдающих артериальной гипертензией, проведения физикальных исследований, таких как измерения артериального давления и пульса, а так же аналогичный сбор анамнеза и исследования у больных, не страдающих заболеваниями сердечно-сосудистой системы, как у контрольной группы. Больные были разделены на *3 группы*: больные эссенциальной артериальной гипертензией 2 степени, больные эссенциальной артериальной гипертензией 3 степени, больные страдающие другими соматическими заболевания, не связанными с подъемами артериального давления, в качестве контрольной группы.

За время проведения исследований было опрошено и осмотрено по 100 человек в каждой группе, учитывались жалобы, изменения артериального давления, а так же их взаимосвязь с погодными условиями. Подобные меры были предприняты и к контрольной группе.

Пример из основной группы: больной С, 63 лет, предъявляет жалобы на подъем артериального давления до 160/100 мм.рт.ст., головные боли, головокружения, слабость, ухудшение общего самочувствия. Из анамнеза заболевания известно что страдает

длительно, около 20 лет, заболевание развивалось постепенно. Периодически давление повышается до цифр 180/110 мм.рт.ст. Гипотензивные препараты принимает не постоянно, только при резком повышении давления, в основном Каптоприл 25 мг под язык. Наследственный анамнез отягощен по линии отца и братьев, которые так же страдали заболеваниями сердечно-сосудистой системы. При опросе на предмет метеозависимости отмечает четкую взаимосвязь ухудшения самочувствия и резкого повышения артериального давления и ухудшения самочувствия накануне смены погоды, по словам больного « может почувствовать когда ясная погода сменится на дождливую или наоборот». Симптоматически ухудшение самочувствия проявляется появлением головных болей, иногда легким головокружением, «мельканием мушек перед глазами», повышением цифр артериального давления до 180/110 мм.рт.ст, общей слабостью. Каких либо мер при возникновении данной ситуации не применяет, считая это уже привычным делом.

Пример из контрольной группы: больная М, 55 лет, предъявляет жалобы на периодические, ноющие боли в правом плечевом суставе, в тазобедренных, а так же в коленных суставах, редко припухлость и местную гипертермию суставов. Установлен диагноз деформирующий остеоартроз, двусторонний гонартроз. Страдает длительно, около 10 лет, периодически проводит лечение в стационаре и амбулаторно, с временным эффектом. При опросе по данной теме какой-либо связи ухудшения самочувствия, наличие эпизодов подъема артериального давления с погодными изменениями не отмечает.

Результаты исследования

Все исследования проводились описанным образом. После проведения исследования были получены следующие результаты

Группа больных эссенциальной артериальной гипертензией 2 степени — из 100 опрошенных 68 отмечали взаимосвязь с изменениями погоды

Группа больных эссенциальной артериальной гипертензией 3 степени — из 100 опрошенных 81 отмечали взаимосвязь с изменениями погоды

Группа больных другими соматическими заболеваниями — из 100 опрошенных 15 отмечали взаимосвязь с изменениями погоды

Таким образом 68% из числа опрошенных среди больных эссенциальной артериальной гипертензией 2 степени, 81% из опрошенных среди больных эссенциальной артериальной гипертензией 3 степени и 15% из опрошенных среди больных другими соматическими заболеваниями отмечали наличие у себя метеозависимости.

В общем из числа опрошенных страдающих артериальной гипертензией 2 и 3 стадии

74,5% отмечают у себя признаки метеозависимости.

Выводы.

Исходя из данных проведенного обследования у большей части (74,5%) опрошенных больных обнаружились признаки метеозависимости различных степеней. Не секрет что в последнее время разного рода погодные аномалии, магнитные бури и вспышки на Солнце не являются редкостью, подобные события происходят довольно часто, что не может не сказаться отрицательно на здоровье населения в той или иной степени, тем более если человек уже страдает каким либо заболеванием, особенно заболеванием сердечно-сосудистой системы. В данном случае эти проявления могут сыграть роль факторов риска для гипертоников, в зависимости от степени и стадии их заболевания. В связи с этим больные должны иметь четкое представление о том, какие меры предосторожности и профилактики необходимо выполнять при таком развитии событий. Необходимо подробно изучить данную ситуацию и выработать определенный комплекс мер по предотвращению осложнений у больных. Больным рекомендуется консультация с лечащим врачом по данному вопросу для подбора дозы антигипертензивных препаратов, профилактика перед возможными изменениями погоды, в виде приема адекватных доз антигипертензивных препаратов, контроль артериального давления, а так же сторониться психоэмоционального перенапряжения в неблагоприятный период. Они также должны быть в достаточной форме проинформированы о возможных осложнениях в случае подъема артериального давления до высоких цифр.

СИНДРОМ ЗИВЕРТА – КАРТАГЕНЕРА С ПОЛНЫМ ОБРАТНЫМ РАСПОЛОЖЕНИЕМ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

Нурмагомедова Ч.А., клинический интерн

Кафедра госпитальной терапии №3
с курсом клинической иммунологии и аллергологии ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., проф. Эседов Э.М.
Куратор: к.м.н., асс. Абасова. А.С

Актуальность: Сочетание транспозиции внутренних органов, пансинусита и бронхоэктазий называется триадой Зиверта—Картагенера.

Согласно статистическим данным, синдром Зиверта – Картагенера встречается с частотой 1: 30000-50000, при этом обращается особое внимание на семейные случаи этого заболевания.

Транспозиция внутренних органов (situs inversus), также называемая зеркальным (обратным) расположением внутренних органов - редкое врожденное состояние, в

котором основные внутренние органы имеют зеркальное расположение по сравнению с их нормальным положением: верхушка сердца обращена вправо (сердце находится с правой стороны), печень и желчный пузырь расположены слева, желудок справа. Нормальное расположение называется situs solitus. В редких случаях встречается неопределенное положение внутренних органов, которое называется situs ambiguous. Данное состояние затрагивает все главные органы в пределах грудной клетки и живота. Сердце расположено в правой стороне грудной клетки, желудок и селезенка в правой стороне живота, а печень и желчный пузырь слева. Трехдольным (trilobed) является левое легкое, двудольным (bilobed) - правое легкое. Кровеносные сосуды, нервы, лимфатические сосуды и кишечник также инвертированы. Большинство людей с транспозицией внутренних органов не осознают свою необычную анатомию, пока не столкнутся с медицинским обследованием по несвязанным с транспозицией причинам. Зеркальное расположение органов может привести к небольшому замешательству, так как большинство признаков и симптомов будут находиться на противоположной стороне. Например, если у человека с транспозицией разовьется аппендицит, то он будет жаловаться на боль в левой стороне нижней части брюшной полости, так как именно в этом месте у него находится аппендикс. Следовательно, при возникновении заболевания, знание того, что человек имеет транспозицию внутренних органов, может ускорить установление верного диагноза.

Транспозиция также усложняет операции по трансплантации внутренних органов, поскольку донором органов фактически наверняка будет человек с нормальным расположением внутренних органов (situs solitus). Поскольку сердце и печень не являются симметричными, возникают геометрические проблемы при помещении органа в полость, сформированную в зеркальном отображении. Например, человек с транспозицией, нуждающийся в пересадке сердца, нуждается в пересадке всех кровеносных сосудов донорского сердца. Однако, ориентация этих сосудов у человека с транспозицией полностью изменена и требует последовательных шагов к присоединению кровеносных сосудов должным образом.

Цель: оценить диагностическую ценность физикальных и инструментальных методов исследования при постановке диагноза синдрома Зиверта – Картагенера с полным обратным расположением внутренних органов.

Материалы и методы: За последний 1 год наблюдались 2 случая синдрома Зиверта - Картагенера с полной транспозицией органов. Было проведено полное физикальное обследование больных; R- графия органов грудной клетки, придаточный пазух носа; ЭКГ; ФБС; консультации специалистов различных профилей.

Результаты исследования: Больная А.А. 22 лет, поступила в пульмонологическое отделение РКБ с жалобами на кашель с мокротой слизисто-гнойного характера до 150-200 мл в сутки, одышку при ходьбе, затруднение носового дыхания, выделение из носа слизистого или слизисто-гнойного характера.

Из анамнеза: болеет с раннего детского возраста. В месячном возрасте на фоне ОРВИ отмечался кашель, затруднение дыхания. При обследовании по месту жительства было выявлено обратное расположение внутренних органов. Проведено лечение антибиотиками (ампициллин внутримышечно), грудной сбор. На фоне проводимой терапии состояние больной несколько улучшилось, но кашель сохранялся, в основном в утренние часы. В последующие годы больная отмечала частые обострения состояния по 2-3 раза в год, ежегодно лечилась в детском республиканском пульмонологическом центре, получала курсами антибиотики, отхаркивающие и физиопроцедуры, с незначительным эффектом. В 4-летнем возрасте кашель усилился с увеличением количества отделяемой мокроты, отмечалось также выделение из носа слизисто-гнойного характера в значительном количестве. При обследовании у ЛОР-врача выявлен хронический риносинусит, проводилось обычное лечение. В дальнейшем отмечала присоединение затрудненного носового дыхания и одышку, которая постепенно прогрессировала. Однократно была проведена процедура перемещения с промыванием гайморовых пазух диоксидином, эффект улучшения продлился в течение 1 месяца, затем вновь наступило ухудшение. Последнее ухудшение – в течение месяца до поступления, вновь усилился кашель с мокротой слизисто-гнойного характера в количестве до 1 стакана в сутки, усилилась одышка. Направлена в пульмонологическое отделение для уточнения диагноза и лечения.

Из анамнеза жизни: девочка родилась от 2-й беременности, в срок, беременность протекала без осложнений. Месячные с 13 лет, регулярные. Замужем 2 года, беременность за это времени не наступала. Наследственность не отягощена.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Нормостенического телосложения. Рост 167 см, вес 55 кг, индекс массы тела по Кеттле – 19,72 кг/м^2. Температура тела – 36, 6 град С. Пальцы рук тонкие, длинные (арахнодактилия), указательный и безымянный пальцы на одном уровне. Выражены межпальцевые перепонки. Имеются также и другие признаки наследственных нарушений соединительной ткани: сглаженный поясничный лордоз, плоскостопие, отсутствие мечевидного отростка. Костно-мышечная система без деформации. Грудная клетка цилиндрической формы. Перкуторно легочный звук, аускультативно – единичные рассеянные сухие хрипы, в нижних отделах – незвучная непостоянная крепитация и

мелкопузырчатые хрипы. ЧДД 19-20 в минуту. Область сердца не изменена. Перкуторно – сердце определяется справа, границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. В 5 межреберье справа, в проекции митрального клапана, выслушивается мягкий систолический шум. Тоны не изменены. АД 110/70 мм рт. ст., пульс и ЧСС 70 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный, печень определяется слева, у края реберной дуги, селезенка справа, не увеличена. Стул регулярный, оформленный. Со стороны органов мочеотделения – без патологии. Щитовидная железа несколько увеличена.

При лабораторно- инструментальном исследовании – мокрота слизисто-гнойная, консистенция вязкая, примеси слизи, лейкоциты в большом количестве, ВК – не обнаружены. ЭКГ – декстрокардия, ритм синусовый, ЧСС 66 уд/мин. В о/а крови – Нв 121 г/г, лейкоциты – 5,0х10 9/л, формула без изменений, СОЭ 24 мм/ч. Рентгенография грудной клетки – корни усилены, тяжисты, легочные поля без очагово-инфильтративных теней. Синусы свободны. Сердце расположено справа. Заключение: декстрокардия, хронический бронхит. Рентгенография придаточных пазух носа – определяется отек слизистой носа, понижение пневматизации гайморовых пазух и лобной пазухи. Заключение: хронический гайморит, фронтит. ФБС: признаки 2-стороннего хронического гнойного бронхита с бронхоэктазами. Консультация эндокринолога – у больной диффузный зоб 1 ст., эутиреоз. Консультация ЛОР-врача – у больной хронический гнойный риносинусит, обострение. При осмотре в полости носа полипов нет, носовые раковины отечны, цианотичны, носовые ходы сужены, слизистые густые выделения.

Выставлен клинический диагноз: Синдром Зиверта-Картагенера (триада): полное обратное расположение внутренних органов грудной и брюшной полостей; хронический гнойный бронхит с бронхоэктазами с обеих сторон, обострение; хронический гнойный риносинусит, обострение. Диффузный зоб 1 ст., эутиреоз. Первичное бесплодие. Получила лечение – антибиотика по чувствительности высеянной микрофлоры по данным посева мокроты – ципрофлоксацин 500 мг (100 мл) внутривенно 2 раза в день (6 дней), АСС по 200 мг 3 раза в день, бронхологическое лечение (санация бронхов и верхних дыхательных путей). Выписалась в удовлетворительном состоянии под наблюдение участкового врача.

Выводы: Результаты исследования показали высокую значимость физикальных и инструментальных методов исследования для своевременной постановки диагноза синдрома Зиверта – Картагенера с полным обратным расположением внутренних органов как врожденной аномалии развития. Больные с синдромом Зиверта - Картагенера должны находиться на диспансерном наблюдении и лечении.

СИНДРОМ ЛАЙЕЛЛА
(ТОКСИЧЕСКИЙ ЭПИДЕРМАЛЬНЫЙ НЕКРОЛИЗ)

Алиева З.И., клинический интерн

Кафедра госпитальной терапии №3
с курсом клинической иммунологии и аллергологии ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., проф. Эседов Э.М.
Куратор: к.м.н., асс. Абасова. А.С

Актуальность: В последние десятилетия наблюдается неуклонный рост аллергопатологии как осложнения лекарственной терапии. Медикаментозная аллергия- одно из самых тяжелых проявлений аллергии с многообразием клинических проявлений, сложное в плане лечения пациентов с этой патологией. Актуальность данного заболевания обусловлена также тем, что врачи всех специальностей применяют медикаментозные препараты в своей повседневной практике, и могут столкнуться с весьма тяжелыми поражениями кожи, требующими проведения неотложных терапевтических мероприятий. Поэтому каждый специалист должен быть осведомлен о возможности развития побочных эффектов, и уметь заподозрить их у своих пациентов.

Цель исследования: представить тяжелый клинический случай аллергической реакции на медикаментозные препараты, подчеркнуть необходимость междисциплинарного подхода к диагностике и лечению пациентов, а также особенностям профилактики.

Материалы и методы исследования: Больной с тяжелым клиническим проявлением лекарственной аллергии- синдромом Лайелла. Синдром Лайелла (токсический эпидермальный некролиз) - тяжелое, иммуноаллергическое, лекарственно индуцированное заболевание, угрожающее жизни больного, представляющее собой острую кожно-висцеральную патологию и характеризующееся интенсивной эпидермальной отслойкой и некрозом эпидермиса с образованием обширных пузырей и эрозий на коже и слизистых оболочках.

Синдром Лайелла (СЛ) является самой тяжелой формой острых буллезных дерматозов, представляющих собой ургентные поражения кожи различной этиологии, включающие также синдром Стивена-Джонсона и многоформную экссудативную эритему.

Увеличение частоты развития аллергических реакций на медикаменты обусловлено ростом количества аллергозов и аутоиммунных заболеваний, применением большого количества медикаментозных средств у одного больного («лечебные коктейли»), наличием сопутствующей патологии, в том числе заболеваний печени и почек,

появлением и активным использованием новых лекарственных препаратов в различных областях медицины. Ключевая роль в патофизиологии иммунологического ответа отводится активным метаболитам лекарственных веществ, или гаптенам (неполным антигенам). Гаптены необратимо конъюгируются с белками организма, в результате чего образуется полный антиген. Этот комплекс воспринимается организмом как чужеродный, вызывая аутоиммунную атаку на органы, содержащие данные белки; прежде всего, кожные покровы, печень, легкие, желудочно-кишечный тракт.

Результаты исследования: На примере истории заболевания нашего пациента мы хотели бы продемонстрировать серьезность и важность этой патологии и привить некоторую настороженность врачам разных специальностей.

Больной Татданов Н.М., 35 лет, не работает, проживает по адресу**:** г. Махачкала, п. Тарки. д. 312.Поступил 28.08.2015 г., в 13:19.

Жалобы при поступлении: выраженная общая слабость, головные боли, адинамия, эритематозно-экзематозные высыпания на шее, в подмышечной, паховой областях, в области грудной клетки, на спине, в межпальцевых промежутках сливного характера, сопровождающиеся зудом, отслойкой эпидермиса кожных покровов с мокнущей поверхностью в местах поражения.

Anamnesis morbi: Впервые высыпания в виде красных пятен и зуд появились на фоне лечения в гастроэнтерологическом отделении, где больной проходил лечение с диагнозом: хронический панкреатит с выраженным болевым синдромом. В гастроэнтерологическом отделении было назначено следующее лечение: стол №5, кваматен 20 мг 2 раза в день, хилак-форте 25 капель 3 раза в день, дротаверин по 2.0 2 раза в день в/м, бактисуптил по 1 тб 3 раза, энтерофурил 1 капсула 3 раза, дезинтоксикационная терапия, ампициллин по 0,5 г 4 раза в/м. После парентерального введения ампицилина появились первые симптомы заболевания. В связи с чем была назначена антигистаминная терапия после проведения, которой наблюдался лишь временный эффект. Так как заболевание прогрессировало, больной был переведен в аллергологическое отделение.

Объективно: Общее состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. На поверхности кожи в области шеи, груди, спины, подмышечной и паховой областях, в межпальцевых промежутках, эритематозно-экзематозные высыпания, отслойка эпидермиса кожных покровов с мокнущей поверхностью в местах поражения. Положительные симптомы Никольского и Асбо-Ганзена. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненные, температура тела 37.8ºС. Повышенного питания, вес 80 кг, рост 168, ИМТ 28.3. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, чувствителен в области правого подреберья, печень на 1.5-2 см выступает из под края

реберной дуги. Область сердца на глаз не изменена. Верхушечный толчок в 5-ом межреберье. Границы сердца в пределах нормы. Cor тоны ясные PS-71удар в мин., АД 120/70 мм.рт.ст. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. В лёгких везикулярное дыхание, ЧДД 19 в мин.

Выставлен предварительный диагноз: Острая лекарственная аллергия. Синдром Лайелла.

При обследовании выявлено: в ОАК анемия лёгкой степени тяжести (112 г/л), лейкоцитоз 12,6, лимфоцитопения 9% сегментоядерные нейтрофилы 87%. В ОАМ снижение удельного веса 1010. УЗИ органов брюшной полости: печень увеличена-18,4 диффузные изменения печени, поджелудочной железы, очаговых изменений не выявлено. Почки диффузно изменены, пирамиды умеренно деформированы. Эховключения.

ЭКГ заключение: Ритм синусовый, RR-0.8, ЧСС-75, QRS-0.08, QT-0.09, PQ-14. Вариант нормы. На основании выше перечисленного был выставлен.

Клинический диагноз: Острая лекарственная аллергия. Синдром Лайелла.

Назначено Лечение:

- Стол №5
- Тавегил 2 мл. в/м утром и вечером
- Преднизолон 60 мг + 200мл физ. раств-ра в\в вечером
- Диазолин 1т.х 3раза
- Активированный уголь 2т. * 3 раза в день (утром и вечером)
- Диоксидин местно
- Метипред 125 мг+200 физ. раств-ра в/в капельно.

Вывод: В связи с возможностью развития подобных состояний при лечении любого больного, при назначении любой лекарственной или инфузионной терапии следует предусматривать следующие профилактические меры: тщательно изучить аллергологический анамнез, назначать лекарственные средства по строгим показаниям, по возможности исключать полипрагмазию, избегать назначения лекарственных средств при эозинофилии более 10%, крайне осторожно проводить вакцинацию и серопрофилактику у аллергизированных лиц, осуществлять санацию очагов хронической инфекции, учитывать функциональное состояние печени и почек.

ОСОБЕННОСТИ ЦЕЛИАКИИ ВЗРОСЛЫХ

Асхабалиева П.М., клинический интерн
Кафедра госпитальной терапии №3
с курсом клинической иммунологии и аллергологии ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., проф. Эседов Э.М.
Куратор: к.м.н., асс. Абасова. А.С

Актуальность

Целиакия – заболевание поражающее тонкую кишку и вызывающее хроническое воспаление ее слизистой оболочки, приводящее к атрофии ворсин, мальабсорбции и возникновению клинической симптоматики, которая может манифестировать как в детском возрасте, так и у взрослых. Возникновение целиакии неразрывно связано с генетической предрасположенностью и воздействием факторов окружающей среды, а именно – контактом со специфическими пептидами злаков (пшеницы, ржи, ячменя и овса). Это одно из распространенных заболеваний органов пищеварения (1% населения всего земного шара), при котором значительно ухудшается качество жизни больного. Наблюдающиеся при целиакии нейроэндокринные и иммунные нарушения являются причиной невынашивания и неблагоприятных исходов беременности . Проблема целиакии особенно осложняется тем, что не будучи вовремя диагностированным и леченым , заболевание значительно повышает риск развития онкологических осложнений. Многочисленные публикации в основном посвящены клиническим проявлениям целиакии у детей, в то время как у взрослого населения они требуют дальнейших исследований.

Цель: изучить клиническую картину атипичной формы целиакии у взрослых.

В поликлинику к терапевту обратилась женщина 30 лет с многочисленными жалобами. Из анамнеза: в течение двух месяцев она лечилась: у дерматолога по поводу кожных высыпаний, у кардиолога, по поводу частых приступов тахикардии , у диетолога, по поводу резкой потери веса , у пульмонолога, по поводу одышки и у гастроэнтеролога, по поводу расстройства стула. При осмотре: выраженное астеническое телосложение, кожа сухая, в складках шеи, на внутренних сгибах локтей и колен остаточная пигментация. Со слов пациентки, высыпания появляются одиночными пузырьками или скоплениями. Пузырьки наполнены прозрачной жидкостью. Через определенное время вскрываются самостоятельно, оставляя пигментные пятна. В справках выданных разными дерматологами стояли такие диагнозы: псориаз, герпетиформный дерматит, экзема, нейродермит. Лечение назначалось преимущественно гормональными препаратами местного действия, но улучшение было кратковременным и клинические признаки возобновлялись. Часто подобные высыпания появлялись в полости рта, стоматологи ставили эрозивный или язвенный стоматит, и лечение назначали иммуномодуляторами. Так же наблюдались конъюктивиты, повышенное слезотечение и отечность век с сильным зудом, заложенность носа и насморк, сухой непродуктивный кашель, одышка, затрудненный вдох и свистящие хрипы. Пульмонолог поставил диагноз бронхильная астма, эндокринолог диагностировал аутоиммунный тиреоидит. В НИИ ревматологии

после подробного обследования поставлен диагноз ревматоидный артрит и назначены иммунодепрессанты, которые тоже не принесли облегчения. Кардиолог установил наличие тиреотоксической кардиомопатии, а гастроэнтеролог констатировал дисбактериоз кишечника.

Если внимательно разбирать все жалобы больной вместе, можно проследить одну закономерность, это отсутствие эффекта от назначаемых лекарств. В связи с этим больная была дообследована, При гастроскопии обнаружена атрофия слизистой тонкого кишечника. После чего был сдан анализ на антитела к тканевой трансглутаминазе, эндомизию, глиадину, которые оказались положительными. Был выставлен диагноз: целиакия, атипичная форма. Была назначена аглютеновая диета, которая оказала положительный эффект.

Вывод: Симптомы целиакии у взрослых характеризуют атипичную и латентную формы. Атипичная форма проявляется лишь на третьем четвертом десятилетии жизни человека человека. Она представляет с собой один из трех симптомов типичной формы и два- три сопутствующих. Но в целом преобладают внекишечные проявления целиакии – неврологические (мигрень, депрессия), дерматологические (герпетиформный или атопический дерматит), стоматологические (афтозный стоматит, атрофический глоссит, гипоплазия эмали), почечные (нефропатия), суставные (артрит, боли в суставах невыясненной причины), репродуктивные (выкидыши, бесплодие).

Чаще всего целиакию определяют, когда проводят диагностику всего организма по поводу одного из перечисленных выше заболеваний. Поэтому при наличии множества подобных симптомов, нужно подумать о возможно имеющемся диагнозе, как целиакия.

ОБЩИЙ ОБЗОР АУТОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Узерова А.А., клинический интерн

Кафедра госпитальной терапии №3
с курсом клинической иммунологии и аллергологии ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., проф. Эседов Э.М.
Куратор: к.м.н., асс. Абасова. А.С

Актуальность: На сегодняшний день медицина столкнулась с нозологией, которая является одновременно стремительно растущей проблемой и интересной задачей для врачей. Речь идет об аутовоспалительных заболеваниях. Эта группа заболеваний объединяет синдромы, при которых в организме периодически возникает, а затем бесследно исчезает воспалительная реакция без провоцирующих инфекционных и

аутоиммунных факторов. Данная группа заболеваний стала активно изучаться только в 20-м столетии. Многочисленные биохимические и генетические исследования позволили установить мутационную природу этих заболеваний и подробно изучить патогенетический механизм, но и по сей день они представляют собой не полностью решенную задачу. Терапия таких заболеваний затруднительна, а осложнения представляют значительную угрозу для здоровья и жизни носителей этой патологии.

Историческая справка: долгое время группа аутовоспалительных синдромов (АВС) не выделялась в отдельную нозологическую единицу, а расценивалась как проявления других системных, инфекционных и иных болезней. На сегодняшний день АВС представляют собой достаточно многочисленную группу заболеваний с уточненной и не уточненной этиологией, которая включает:

- Периодическая болезнь;
- Гипериммуноглобулинемия D;
- TRAPS-синдром;
- Криопиринопатии;
- NLRP-1,-2-оссациированная аутовоспалительная лихорадка;
- PAPA-синдром;
- Синдром Маджида;
- DIRA-синдром;
- Синдром Блау.

Цель: раскрыть основные подходы к своевременной диагностике и эффективному лечению аутовоспалительных заболеваний.

Методы: Глубокое изучение этиопатогенеза и клиники аутовоспалительных заболеваний, а также анализ клинических случаев больных с аутовоспалителными заболеваниями.

Этиопатогенез: известно, что все АВС генетически детерминированы и обусловлены мутацией в определенных генах. Вследствие мутаций в генах, кодирующих ферменты и белки, участвующие в реакциях воспаления, возникает дефект в структуре этих белков (чаще всего это замена одной аминокислоты на другую). В 1997 году был обнаружен ген периодической болезни (MEVF), локализованный в коротком плече 16-й хромосомы (16p13.3). В этом гене к 2005 году было обнаружено 55 мутаций (D.L. Kastner). В 2001 году H.M. Hoffman и соавторами был идентифицирован ген, ответственный за развитие криопирин-ассоциированного периодического синдрома (Cryopyrin associated periodic syndrome – CAPS), который включает семейный холодовой аутовоспалительный синдром (FCAS), синдром Макла-Уэльса (MWS) и синдром CINCA

(NOMID). Этот ген расположен в 1-й хромосоме (1q44), кодирует белок – криопирин (белок семейства NOD-подобных рецепторов). Синдром периодической лихорадки с дефицитом мевалонаткиназы (или синдром Гипериммуноглобулинемии D) развивается вследствие мутации в гене мевалонаткиназы, находящегося на длинном плече 12-й хромосомы (12q24). Синдром, первоначально описанный D.L. Kastner на примере большой ирландской семьи в 1982 году, был назван семейной ирландской лихорадкой. Это так называемый TRAPS-синдром (TNF Receptor Associated Periodic Sindrome), моногенное заболевание, вызванное мутацией гена TNFRSF1A, расположенного на коротком плече 12-й хромосомы (12p13). Он кодирует цистеинобогащенные внеклеточные домены CRD1 и CRD2 рецептора TNFR1.

Клиническая картина АВС: для аутовоспалительных синдромов характерным клиническим признаком является возникающая периодически без провоцирующих факторов (иногда триггерами могут быть стресс, травмы, иммунизация) лихорадка, чаще фебрильная. Ее могут сопровождать при различных синдромах различные воспалительные элементы:

- СПЛ (семейная периодическая лихорадка или периодическая болезнь (ПБ)) характеризуется циклически повторяющимися приступами лихорадки и местного воспаления (дерматиты – чаще рожеподобные, синовииты, серозиты – чаще экссудативные). Приступы возникают внезапно, без видимой причины и длятся несколько дней, затем бесследно исчезают. Таких больных оперируют по поводу перитонита, острого аппендицита, холецистита или кишечной непроходимости.
- СМУ – синдром Макла-Уэльса проявляется эпизодической лихорадкой, кожной утрикарной сыпью, артритами и артралгиями, кератоконъюнктивитом и пргрессирующей нейросеснсорной тугоухостью. Манифестация начинается в раннем возрасте, иногда на первом году жизни. Проявляется частой, иногда ежедневной фебрильной лихорадкой, сопровождающейся артритами, артралгиями, кератоконъюнктивитом, уртикарной сыпью.
- Наиболее тяжело протекающим и вызывающим значительные осложнения в организме является АВС детского возраста – NOMID (CINCA). Клиническая картина данного заболевания характеризуется манифестирующей на первых неделях жизни уртикарной сыпью, а также типичным поражением суставов, глаз и центральной нервной системы. Для детей с этой патологией характерен типичный фенотип: выступающие лобные бугры, седловидная деформация носа, гипоплазия средней зоны лица. Вследствие этого больные дети выглядят как братья и сестры. Другой характерный признак

заболевания - поражение костей в виде костной гипертрофии преимущественно коленных суставов, надколенника и дистальных отделов рук и ног.

- Клинически у этих детей наблюдают головные боли, судорожный синдром, задержку психического развития различной степени выраженности, нарушения в интеллектуальной сфере. Позже, в более старшем возрасте развивается прогрессирующая потеря зрения и слуха.
- Атаки TRAPS-синдрома характеризуются фебрильной лихорадкой, сопровождающейся сыпью (эритематозной, макулопапулезной, анулярной, уртикарной), конъюнктивитом, периорбитальной эритемой с отеком, иногда увеитом, миалгиями, артралгиями, болями в животе. Эти боли более длительные чем при ПБ, но также имитируют картину острого живота и являются причиной диагностических ошибок вплоть до лапаротомий. Миалгии здесь носят центробежный характер, являются следствием фасциитов. Над зоной миалгий часто располагается распространенная центробежная эритема.
- Клиника синдрома периодической лихорадки с дефицитом мевалонаткиназы (Гипериммуноглобулинемия D) отличается ранним началом, примерно в первые 6 месяцев жизни. Эпизоды лихорадки с ознобами возикают на фоне физических или эмоциональных нагрузок, иммунизации, а иногда и без причин, длятся в среднем 3-7 дней. Очень часто возникают рвота, диарея, поражение слизистой рта и половых органов, как при болезни Бехчета, боли в горле. Психомоторное и физическое развитие детей с этой формой патологии обычно нормальное.

Диагностика всех АВС подразумевает генетическое исследование с подтверждением наличия мутации в определенном гене, характерной именно для данной патологии. Однако невозможность применения данного метода в силу технических причин ставит врачей в тупиковую ситуацию, когда диагноз необходимо выставить имея лишь ряд не патогномоничных клинико-лабораторных симптомов. Поэтому тут задача врача заключается в умении анализировать и собирать воедино эти симптомы.

Лечение: терапия АВС весьма затруднительна, т.к. они генетически детерминированны. за многие годы были опробованы различные средства: антибиотики, гормоны, нестероидные противовоспалительные, антигистаминные, хлорохин, фенилбутазон, иммунотерапия, психотерапия, диеты с ограничением жиров в рационе. Но изучение результатов (в том числе и отдаленных) лечения показало, что все эти средства неэффективны. Однако следует отметить, что в последнее десятилетие достигнуты значительные успехи в этом вопросе: современные генноинженерные препараты позволяют с большим процентом эффективности применять их у больных с любыми АВС.

А при ПБ остается эффективным Колхицин.

- **Колхицин:** является антимитотическим препаратом в отношении макрофагов (они являются амилоидобластами), а у нейтрофилов стабилизирует мембрану, препятствуя выбросу пирина. На его эффективность при ПБ указал в 1972 году Голдфингер. дальнейшие исследования подтвердили это: Колхицин в большинстве случаев полностью предотвращает появление приступов ССЛ или значительно снижает их частоту и выраженность, а также предотвращает развитие амилоидоза. 5- и 10-летняя выживаетмость у больных ССЛ с амилоидозом возрасла от 48 и 24% соответственно до 100%. Эффективность Колхицина не зависит от стадии амилоидоза.

- **Канакинумаб (Иларис):** представляет собой полностью человеческое моноклональное антитело IgG_2 к-изотипа к ИЛ-1β. Связывание препарата с ИЛ-1β предотвращает его взаимодействие с рецепторами и значительно снижает ИЛ-1β – индуцированную продукцию медиаторов воспаления. Уже после первого введения препарата полностью купируется лихорадка, проявление остальных симптомов значительно снижается. Дальнейшая терапия позволяет контролировать атаки, снизить их выраженность, а главное - предотвратить развитие жизнеугрожающих осложнений и обеспечить больным удовлетворительное качество жизни.

- **Анакинра (Рилонацепт):** это рекомбинантный негликозилированный человеческий блокатор рецептора ИЛ-1 (аналог естественного блокатора). Рилонацепт представляет собой растворимый рецепт-ловушку для ИЛ-1α и ИЛ-1β, в его составе есть внеклеточный домен обоих компонентов рецептора ИЛ-1. Применение этих препаратов уже достаточно широкое в мире и в России. Уже имеются 24-, 48-месячные исследования применения их у больных CAPS в том числе и детей. Хорошая переносимость и незначительные побочные эффекты (в виде слабовыраженной инфекции верхних дыхательных путей) делает их препаратами выбора для лечения большинства АВС.

- **Этанерцепт:** является ингибитором ФНО- α. Использование его наиболее обосновано при TRAPS-синдроме, но имеются данные об его эффективности и при других CAPS.

- Симптоматическое лечение глюкокортикостероидами, нестероидными противовоспалительными препаратами не исключается при АВС, даже дает более быстрый эффект.

- Пациентам с семейной холодовой крапивницей (FCAS) естественно рекомендуется избегать переохлаждения (локальное воздействие низких температур на отдельные участки кожи не провоцирует данное заболевание).

Выводы:

1. Аутовоспалительные синдромы являются на сегодняшний день растущей проблемой в плане диагностики и лечения.

2. АВС имеют генетически детерминированную природу и передаются по наследству.

3. Большинство врачей не знакомы с этой нозологией, а поэтому ведут своих пациентов под множеством других болезней, под «маской» которых может протекать АВС.

4. Несвоевременность диагностики является причиной развития значительных осложнений у больных АВС. На этой стадии любая терапия бывает малоэффективной.

5. Современные достижения медицины и фармакологии дают возможность достаточно эффективно лечить больных, добиваться стойких ремиссий и избегать грозных осложнений.

Заключения: Еще раз следует сказать о том, что диагностика АВС не столь затруднительна, если врач знаком с данной патологией. Неосведомленность врачей является главной причиной поздней диагностики уже на стадии необратимых осложнений (АА-амилоидоз почек). Больные с АВС длительное время проходят в ЛПУ под ошибочными диагнозами, необоснованные лапаротомии и аппендэктомии, кистэктомии яичников также нередки у этих пациентов. Неэффективность антибиотикотерапии, гормонотерапии, терапии цитостатиками обязательно должна заставить врача обследовать больного в ином направлении. Только так можно своевременно выявить у больных это непростое заболевание и назначить эффективное лечение. Оно значительно улучшает качество жизни пациентов и позволяет избежать грозных осложнений с инвалидизацией и летальным исходом.

РЕДКИЙ ВРОЖДЕННЫЙ ПОРОК СЕРДЦА У ВЗРОСЛОГО ПАЦИЕНТА: ТРЕХКАМЕРНОЕ СЕРДЦЕ С ДВУМЯ ЖЕЛУДОЧКАМИ

Зайналова Х.З., студентка 6 курса педиатрического факультета

Кафедра внутренних болезней педиатрического
и стоматологического факультетов ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., проф. Ахмедханов С.Ш.

Актуальность. Единственное предсердие (общее предсердие**)** – это редко встречающийся порок сердца. Он относится к врожденным порокам. Характеризуется полным отсутствием какого-либо остатка перегородки между предсердиями и большими размерами, или только наличием ее рудиментальных элементов. Гемодинамика при частой форме первичного дефекта межпредсердной перегородки или общего предсердия

гемодинамически соответствует большому дефекту межпредсердной перегородки. Порок проявляется с первых дней жизни одышкой, нерезко выраженным цианозом и наличием систолического шума.

Данный порок наблюдается относительно редко. Так, G. C. Rastelli и соавт. (1968) сообщили о 15 больных с общим предсердием. S. Munoz-Armas и соавт. (1968) - о 4 больных, F. Ellis (1959) - о 5 больных. Частота встречаемости 0.1% - чистая форма и 0.3% в сочетании с другими сердечными аномалиями. Значительно чаще встречается у женщин. Дефекту часто способствует аномальный дренаж легочных вен – 25%, аномальный дренаж системных вен – 50%, дефект межжелудочковой перегородки – 20%, клапанный стеноз легочной артерии – 2%. Сопутствующей экстракардиальной патологией при общем предсердии является отсутствие селезенки (Ruttenberg H.D.et., 2004) и эктодермальная дисплазия и полидактия Эллиса – Ван Кревельда. Таким образом, врожденный порок сердца (общее предсердие) является тяжелым заболеванием. Продолжительность жизни, по данным Nadas A.S. et Fyler D. (2003) меньше, чем при дефекте межпредсердной перегородки. Прогноз связан со степенью нарушения внутрисердечной гемодинамики, а именно: от величины и направленности сброса крови и степени митральной регургитации.

Современные методы лечения позволяют существенно уменьшить клинические проявления заболевания, повысить переносимость физических нагрузок пациентами, улучшить качество жизни, увеличить ее продолжительность. Хирургическое устранение дефекта межпредсердной перегородки – единственно эффективный метод лечения. В настоящее время хирургическая операция по ликвидации дефекта межпредсердной перегородки проводится в условиях искусственного кровообращения, гипотермии 28-30 градусов. Дефекты диаметром менее 3 мм ушивают, а большего диаметра закрывают заплатой из ауто-, ксепоперикарда или синтетики.

В литературе описан только один похожий случай, встречающийся у женщины. Наш случай является единственным описанием данного порока у взрослого мужчины.

Приводим описание клинического случая

Пациент М., 1983 г.р., при поступлении в отделение общей терапии и артрологии предъявляет жалобы на отеки на нижних конечностях, одышку в покое, усиливающуюся при физической нагрузке, увеличение объема живота, слабость.

Анамнез болезни. С детства страдает ВПС. Находиться на «Д» учете у кардиолога. В динамике состояние ухудшалось, и к 2002 году значительно снизилась толерантность к физическим нагрузкам. В 2002 году в НЦ ССХ им. Бакулева было проведено обследование и выставлен диагноз: Врожденный порок сердца. Неопределенно сформированное леворасположенное сердце, полная форма открытого

атриовентрикулярного канала (АВК), двойное отхождение сосудов (ДОС) от правого желудочка (ПЖ), комбинированный стеноз легочной артерии (ЛА), стеноз правой легочной артерии (ПЛА), большие аорто-легочные коллатеральные артерии (БАЛКА) к левому легкому. Отсутствие печеночного сегмента нижней половой вены (НПВ). Выполнена операция – наложение двухнаправленного кавопульмонального анастомоза (ДКПА). После операции состояние улучшилось, уменьшилась одышка. Амбулаторно принимал дигоксин, предуктал МВ, тромбо-АСС. По нарастанию признаков декомпенсации сердечной деятельности в июне 2015 года госпитализирован в НЦ ССХ им. Бакулева, где была проведена траслюминальная баллонная ангиопластика кавопульмонального анастомоза справа. В сентябре состояние больного ухудшилось, появилась выраженная одышка, отеки ног, тяжесть и распирание в животе, снижение диуреза. С вышеуказанными жалобами больной госпитализирован в РБ№2. По данным УЗИ органов брюшной полости от 24.09.15г признаки асцита, зеркальное расположение внутренних органов. УЗИ плевральных полостей от 24.09.15г – справа большое количество жидкости. Под контролем УЗИ эвакуировано 3000мл насыщенного выпота. С относительным улучшением состояния больной был выписан.

Данные осмотра. Вес – 60 кг. Рост – 170 см. ИМТ = 20,76. Состояние тяжелое, сознание ясное. Положение вынужденное, ортопноэ. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледно-розовые. Акроцианоз. Отеки на нижних конечностях. В легких: аускультативно – дыхание ослаблено. Справа в нижних отделах несколько ослаблено. Хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС – 82 в мин. Ps = 82 в мин. АД = 120/80 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненны, увеличен за счет асцитической жидкости. Печень выступает на 10 см из под ребёнок дуги . Селезенка не пальпируется. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон.

Результаты обследования. Общеклинические анализы крови, мочи в норме. Заключение ЭКГ: ЧСС 123 в мин. Фибрилляция предсердий. Отклонение ЭОС резко влево. Блокада передней ветки ЛНПГ. Блокада ННПГ. Гипертрофия единого предсердия. ЭХОКГ: ВПС: ДОС от ПД. Выраженная дилатация единого предсердия (МПП рудимент). ДМЖП (перимембранозный, d=1,5 см). Прогиб створок АВ клапана с регургитацией (++++) в две струи. Стеноз легочной артерии. Легочная гипертензия – 4 ст. Состояние после ДКПА. ТЛБАП кавапульмонального анастомоза справа. Атриомегалия. Значительная дилатация ЛЖ. Значительное диффузное снижение сократимости миокарда. Определяется большое количество жидкости в плевральной полости = 1000 мл с обеих сторон. Очень большое количество жидкости в брюшной полости, более 1500 мл.

Клинический диагноз: ВПС: Неопределенно сформированное леворасположенное

сердце, полная форма АВК, ДОС от ПЖ, комбинированный стеноз ЛА, стеноз ПЛА, БАЛКА к левому легкому. Отсутствие печеночного сегмента НПВ. Перимембранозный ДМЖП. Анасарка. НК 2В. ФК NYHA IV.

Проведено лечение: Стол 10. Тромбо-асс 100 мг на ночь, дигоксин ½ утром, эссенциале 5.0 в/в на аутокрови, верошприрон 100 мг утром, гипотиазид 25 мг. утром, плевральная пункция, альбом ин 20%-100 мл. В/в, лазикс 20 мг. в/м.

Пациент выписан с небольшой положительной динамикой: уменьшились отеки на нижних конечностях, уменьшилась одышка. Рекомендовано: ограничение физических нагрузок, наблюдение кардиолога.

Особенностью данного случая ВПС является относительно благоприятное течение сложного врожденного порока сердца, продолжительность жизни больного – больному в настоящее 32 года.

Литература.

1. *Калмин О.В. Аномалии развития органов и частей тела* человека: Справ. пособие / О.В. Калмин, О.А. Калмина. - Пенза: Изд-во Пенз. гос. ун-та, 2004.
2. Ware Wendy A. Cardiovascular disease in small animal medicine. Manson Publishing, 2011
3. ИУ БелГУ ; О.А. Ефремова и др. ; рец.: Р.М. Заславская, А.П. Григоренко: Редкие болезни, симптомы и синдромы в кардиологической практике. - Белгород: ИПК НИУ БелГУ, 2011
4. Белоконь Н.А., Подзолков В.П.: Врожденные пороки сердца. – М.: Медицина, 1990.
5. Крымский Л. Д. (1963) Патологическая анатомия врожденных пороков сердца и осложнений после их хирургического лечения. М., Медицина.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ И МЕТОДЫ БОРЬБЫ С НЕЙ

Ханмурзаева Н.Б., мол. уч.,
Ханмурзаева С.Б., мол. уч.
Шугаева К.Я., мол. уч.,

Кафедры фармакологии и неврологии ФПК и ППС *ДГМА*
Научный руководители: д.м.н., проф. Омаров Ш.М., к.м.н., доц. Умаханова З.Р.

Артериальная гипертония — болезнь особенная. Чуть ли не каждый второй знаком с ней не понаслышке и уверен, что знает, как ее лечить. Что же на самом деле представляет собой АГ?

АГ — это заболевание, ключевым признаком которого является стойкое повышение АД, а последствиями — нарушение функций жизненно важных органов: сердца, сосудов, а также почек и головного мозга. Сегодня АГ и ее осложнения в виде инфаркта, инсульта, поражения почек — одна из главных причин смертей. Причем трагедия часто происходит неожиданно. В Республике Дагестан распространенность АГ – 3 тыс. 349,3 на 100 тыс. взрослого населения (РД 2013 г. – 5 тыс. 682,8). В 2013 году в Дагестане зарегистрировано 117 тысяч больных с АГ, в 2014 году за медицинской помощью обратилось уже более 70 тыс. больных, из них впервые выявлено 9 тыс. 500 больных.

АГ стремительно молодеет. Сегодня нередки случаи, когда АГ развивается у людей чуть старше 30 лет. Чем это опасно? Если человек начал страдать этим заболеванием с 30–35 лет и в течение последующих 15 лет не знал об этом, а значит и не лечился, то к пенсионному возрасту он придет уже с сердечной недостаточностью, а может быть, и с инсультом. А иногда такой человек погибает, не дожив до пенсионного возраста. Каждый человек, начиная с 25 лет, хотя бы раз в полгода должен измерять АД.

Наследственный фактор играет свою роль, это, несомненно. Но сама по себе наследственная предрасположенность к АГ не означает, что человек обязательно заболеет. А вот когда к наследственности присоединяются другие негативные факторы. Есть один фактор риска,— это повальное злоупотребление солью. Мало кто знает, что даже не подсаливая пищу специально, мы тем не менее употребляем поваренной соли в три раза больше того количества, которое нам требуется. Избыточное поступление в организм натрия, который содержится в поваренной соли — один из наиболее мощных факторов риска возникновения АГ. А что касается стрессов. Бесспорно, стресс часто работает как детонатор, он запускает процесс АГ. Но если человеку, который ругается с начальством, ездит по пробкам, преодолевает сугробы и лужи и т. д., предоставить идеальные условия жизни, АГ у него не исчезнет.

Человек, страдающий АГ, далеко не всегда об этом знает, даже если давно живет с очень высокими величинами АД. Самочувствие такого человека может долго оставаться хорошим — в этом коварство болезни. А когда симптомы возникают, время для профилактики болезни часто уже упущено.

Другое дело, что, конечно, есть ряд признаков, на которые пациент, уже знающий, что у него гипертония, должен обращать особое внимание. Это внезапное ухудшение зрения, уменьшение силы или чувствительности в руках или ногах, в одной или в двух симметрично или ассиметрично, резкое и не объяснимое очевидными причинами уменьшение количества мочи, отделяемой за сутки, одышка, особенно сохраняющаяся

в покое. Но это, строго говоря, не симптомы собственно АГ — это признаки того, что болезнь уже дала осложнения.

Миф об АГ! Нормальное давление — у каждого свое: кто при показателях 120/80 в обморок падает, а кому и при 180/110 хорошо.

Конечно, нет правил без исключений, но все-таки правила лучше знать. Так с показателями АД: есть некий коридор, и если показатели не выходят за его рамки, мы считаем, что давление у пациента нормальное. Границы этого коридора мы бы обозначили так: не выше 140/90 и не ниже 90/60. А если есть серьезные сопутствующие заболевания, например, сахарный диабет, то тогда верхняя граница коридора понижается — 130/80.

Если показатели более высокие — это уже стойкое повышение АД. И здесь сомнений нет: надо ставить диагноз «АГ», и активно лечить пациента.

Немаловажное в терапии АГ - устранить влияние факторов риска АГ:

- избыточной массы тела (важно знать, что уменьшение избыточной массы тела на 4-5 кг приводит к снижению АД на 5 мм рт.ст.);
- снижение употребления соли (рекомендуемое количество употребления соли составляет не более 5-6 граммов в сутки);
- гиподинамии (регулярные динамические нагрузки средней и низкой интенсивности стойко снижают уровень АД);
- избегать стрессовых ситуаций (в стрессовых ситуациях в кровоток выбрасывается кортизол и адреналин, которые повышают нормальное АД, подготавливая организм к отражению опасности);
- активного и пассивного курения (табакокурение способствует быстрому и раннему развитию атеросклероза, содержащийся в табачном дыме никотин повреждает стенки сосудов и способствует усиленному свертыванию крови внутри сосудов - образованию тромбов). В результате закупориваются артерии сердца и головного мозга, что ведет к инфаркту миокарда и инсульту;
- употребления тонизирующих напитков и алкоголя.

Всем людям старше 40 лет рекомендуется ежегодное посещение кардиолога или терапевта с целью профилактического осмотра и контроля уровня холестерина в крови.

К сожалению, **АГ, однажды возникнув, остается с человеком на всю жизнь. И это, по существу, предопределяет необходимость пожизненного лечения.**

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

ЛИХОРАДКА ЗИКА - НОВАЯ УГРОЗА

Джанмурзаева А.М.[1]- аспирант., Маммаева Ф.А. [1]- студентка.,
Алханов Р.К.[1] - аспирант., Гаджиева Л.А.[1]- аспирант, Алигишиев У.У.[1] - студент.,
Гаджиева Д.Ф.[1]- студентка., Ахмедов К.Г.[2]- студент ., Дибирова П.Ш. [1]- студентка.,
Ибрагимова К.З.[1] - студентка.

[1]*«Дагестанская государственная медицинская академия»*
[2]*Московский государственный медико-стоматологический университет им. Евдокимова А.И.*
Научный руководитель – профессор Д.Р. Ахмедов.

Актуальность: Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) объявила лихорадку Зика угрозой общественному здоровью международного уровня. По прогнозу Панамериканской и Всемирной организации здравоохранения (ПАОЗ и ВОЗ), эпидемия заболевания распространяется на все страны Америки, кроме Канады и Чили.

Вспышка лихорадки Зика началась в 2015 году в Южной и Центральной Америке, начала стремительно распространяться в Бразилии и к началу февраля 2016 года охватила территорию двух континентов в 43 странах. По прогнозам ВОЗ к концу года вирусом будет инфицировано до 4 миллионов человек. В настоящее время ситуация по лихорадке Зика в мире усложняется проведением с 5 по 21 августа 2016г в Бразилии Олимпийских игр, и вероятность заразиться вирусом будет весьма велика.

Цель: Изучить распространение лихорадки Зика и анализировать клинические проявления заболевания, методы диагностики и профилактики.

Материал и методы исследования. Для изучения распространения лихорадки Зика и анализа клинических проявлений заболевания, ее диагностики и профилактики нами проведен анализ данных Всемирной и Панамериканской организаций здравоохранения опубликованных в печати. По данным ВОЗ, Панамериканской организации здравоохранения и Роспотребнадзора случаи инфицирования вирусом лихорадки Зика зарегистрированы на сегодня в 43 странах мира Северо-американского, Южноамериканского и Азиатско-Тихоокеанского регионов. В январе 2016 года первое заболевание, вызванное этим вирусом было зарегистрировано в Европе, в частности у жителей Финляндии, Португалии и Германии, которые накануне посещали страны Латинской Америки. В 2016 г. в России зарегистрирован первый случай Лихорадки Зика. Вирусом заразилась россиянка, находившаяся на отдыхе в Доминиканской Республике. Роспотребнадзор рекомендует туристам при планировании отдыха в странах тропического и субтропического климата выбирать страны, благополучные в эпидемиологическом

отношении. Расширение ареала распространения лихорадки Зика, по данным Всемирной Организации Здравоохранения продолжается. Вирус Зика — это распространяющийся вирус, переносимый комарами, который был впервые обнаружен у макак резус в Уганде в 1947 году в рамках работы сети мониторинга за лесной формой желтой лихорадки. Затем, в 1952 году вирус был выявлен у людей в Уганде и в Объединенной Республике Танзания. Первые сообщения о вспышках болезни, вызванной вирусом Зика, поступили из Тихоокеанского региона в 2007 и 2013 годах (острова Яп и Французская Полинезия соответственно), а также в 2015 году из Америки (Бразилия и Колумбия) и Африки (Кабо-Верде). Кроме того, более чем в 13 странах Северной и Южной Америки были зарегистрированы отдельные случаи инфицирования вирусом Зика, что свидетельствует о его быстром распространении.

Наиболее неблагополучная ситуация по лихорадке Зика наблюдается в следующих странах: Бразилия, Колумбия, Эквадор, Гондурас, Сальвадор, Французская Гвиана, Гватемала, Гайану, Гаити, Мартиника, Панама, Парагвай, Пуэрто-Рико, Суринам, Венесуэла. Только на территории Бразилии зарегистрировано свыше 30 тысячь случаев заражения лихорадкой Зика. По данным литературы отмечается связь между заболеванием и пороками развития нервной системы плода при заражении матерей во время беременности Вирус Зика (ZIKI) является представителем вирусов рода Flavivirus, семейства Flaviviridae и относится к зоонозным арбовирусным инфекциям, переносимым комарами рода Aedes, является РНК-содержащим. Человеку вирус Зика передается в результате укуса зараженных комаров Aedes Albopictus, Aedes Aegypti, Aedes Polynesiensis, Aedes Unilineatus, Aedes Vittatus и Aedes Hensilli. Установлено, что вирус может передаваться половым путём парентеральным при переливании крови и трансплацентарным от матери к будущему ребёнку во время беременности.

Симптомы заболевания. Инкубационный период при лихорадке Зика колеблется от 3 до 12 дней. И примерно в 70% случаев инфекция протекает бессимптомно. Лихорадка Зика проявляется следующими симптомами: незначительные головные боли, общее недомогание**,** зудящую макулярную или папулезную сыпь на коже (сначала сыпь появляется на лице и затем распространяется по всему телу), лихорадку, боль в мышцах и суставах с возможным отеком мелких суставов, гиперемию и воспаление конъюнктивы (конъюнктивит), боль в области орбит глаз, непереносимость яркого света. В редких случаях отмечаются диспептические симптомы. Первый признак лихорадки Зика – легкая головная боль, повышение температуры до +38,5°С и прогрессирующая сыпь. Новые высыпания продолжаются в течение первых трех дней, примерно пять дней держится лихорадка. Затем температура нормализуется, и остается только сыпь, которая тоже

постепенно проходит. Во время крупных вспышек во Французской Полинезии в 2013 г. и в Бразилии в 2015 г. национальные органы здравоохранения сообщали о возможных неврологических и аутоиммунных осложнениях болезни, вызванной вирусом Зика.

В последнее время в Бразилии местные органы здравоохранения наблюдают увеличение случаев синдрома Гийена–Барре, которое совпало с заражением населения вирусом Зика, а также рост численности новорожденных с микроцефалией на северо-востоке Бразилии. По данным иностранных авторов, проводящих расследования вспышек Зики, выявляются новые данные о связи между вирусом Зика и микроцефалией. Однако для углубления понимания связи между микроцефалией новорожденных и вирусом Зика необходимы дополнительные исследования. Вирусная инфекция Зика может быть заподозрена на основе тщательно собранного эпидемиологического анамнеза (указание о прибытии больного из неблагополучной по лихорадке Зика стране) и наличии типичной клинической симптоматики. Диагностика лихорадки Зика основывается, прежде всего, на выявлении вирусной РНК из клинических образцов крови больных.

Основные диагностические методы: обнаружение нуклеиновых кислот в сыворотке крови (в первые три дня появления симптомов), а также в слюне или моче (в течение первых 3-10 дней с момента проявления симптоматики) – используя полимеразную цепную реакцию (ПЦР). Серологические тесты, включая иммунофлюоресцентное и иммуноферментное исследование крови, могут указать на наличие антител IgM и IgG.

К сожалению специфического лечения заболевания вызванного вирусом Зика пока не существует, применяются лишь средства симптоматического и патогенетического действия. Заболевание, как правило, протекает легко. Рекомендуется применение препаратов: циклоферон, виферон, полиоксидоний, ликопид и др. обладающих противовирусным и иммуномодулирующим действием. При поражении центральной нервной системы применяют диуретики (внутричерепномозговой гипертензии), дегидротационную терапию, при необходимости – спинномозговую пункцию. В комплекс симптоматической терапии входит также назначение антигистаминных препаратов, таких как кларитин, зиртек, диазолин, супрастин и др.

Прогноз и профилактика. Известно, что большую угрозу лихорадка Зика представляет для беременных женщин, у других больных заболевание протекает без осложнений и практически с полным выздоровлением. ВОЗ рекомендует воздержаться от ближайшего деторождения до устранения распространения и

нахождения оптимальных средств лечения, которые планируют разработать к концу 2016 началу 2017гг. и проведения их клинических испытаний**.** Профилактика и контроль заболеваемости основаны на сокращении численности комаров путем устранения их источника (уничтожение и преобразование мест размножения) и снижении вероятности контакта людей с комарами. Для этого необходимо использовать репелленты, носить одежду (желательно светлых тонов), закрывающую как можно большую часть тела, применять физические барьеры, такие как сетки, закрытые двери и окна. Помимо этого важно очищать, или накрывать емкости, в которых может скапливаться вода, такие как ведра, цилиндры, горшки, и т.д. Во время вспышек болезни необходимо распыление инсектицидов. Для обработки относительно больших водоемов применяются ларвициды — инсектициды, рекомендованные ВОЗ.

Выводы:

1. Всем лечебным учреждениям подготовиться к созданию условий для своевременного выявления инфицированных переносчиков этого заболевания.
2. Информирование населения о необходимости предотвращения распространения комаров используя репелленты, применение физических барьеров, ларвицидов-инсектицидов рекомендованных ВОЗ .
3. Еженедельно проводить мониторинг лиц, прибывших из стран, неблагополучных по трансмиссивным лихорадкам.

НЕФЕРМЕНТАТИВНОЕ ЗВЕНО АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ БРУЦЕЛЛЕЗОМ С ПОРАЖЕНИЕМ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ

Гаджиева Л.А., аспирант,
Гиравова Ф.М., клинический ординатор.

Кафедра инфекционных болезней им. Г.П.Руднева ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., проф. Ахмедов Д.Р.

Актуальность. Бруцеллез является одной из актуальных проблем здравоохранения повсеместно, особенно регионов (республик, краев, областей и т.п.) с животноводческой ориентацией сельского хозяйства. По данным ряда авторов изменения со стороны мочевыделительной и половой системы характерны для больных хроническим бруцеллёзом и встречаются в 48,8% случаев (Е.С. Белозеров, Е.И. Змушко, 2000).

Цель работы. Изучить состояние тиолдисульфидного звена антиоксидантной системы у больных бруцеллезом с поражением мочеполовой системы.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 142 больных

бруцеллезом с различными клиническими формами болезни. Острый бруцеллез был диагностирован у 55, подострый – у 31, хронический – у 56 больных. Диагноз бруцеллеза был выставлен на основании клинико-эпидемиологических данных и подтвержден результатами лабораторного исследования - серологических реакций Хеддльсона, Райта, РПГА с бруцеллезным эритроцитарным диагностикумом, постановкой внутрикожной аллергической пробы по Бюрне. Всем больным проведено комплексное обследование с использованием следующих методов: клинических, рентгенологических и биохимических (определение SH- и SS- групп методом амперометрического титрования на тиолдисульфидном анализаторе с вычислением ТДК, определение перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантной активности (АОА) с использованием хемилюминометра.

Результаты исследования. У 96,4% больных острым и 41,7% больных подострым бруцеллезом начало заболевания характеризовалось выраженными проявлениями синдрома интоксикации. У остальных больных отмечалось постепенное развитие болезни с наличием продромального периода длительностью 1-2 недели, нарастанием общетоксических симптомов и болей различного характера.

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

Поражение половой системы, более характерное для хронического бруцеллеза, у наблюдаемых нами больных ОБ и ПБ проявлялось развитием орхитов, эпидидимитов у 9,1% и 4,2% больных ОБ и ПБ, дисменореей, сальпингоофоритами – у 7,2% и 12,5% соответственно. Поражение половой системы у больных хроническим бруцеллёзом проявлялось развитием орхитов, эпидидимитов – у 3,6% больных, нарушением менструального цикла – у 1,8%, сальпингоофоритами – 7,1%, метритами – 5,4%, привычным невынашиванием беременности – у 5,4% больных.

Всем наблюдаемым больным проводилось исследование АОС путем количественного определения сульфгидрильных групп и дисульфидных связей в гемолизате. Были получены следующие результаты: у больных ОБ – SH-группы составили 9.9±0,05; SS-группы 4,9±0,05; у больных ХБ – 9,6±0,03; 5,7±0,8; у доноров – 11,7±0,01; 4,5±0,01 соответсвенно.

Таким образом, проведенные исследования показали, что поражения мочеполовой системы встречаются у больных как при остром так и при хроническим бруцеллезе. А также выявили снижение функциональной активности АОС у больных бруцеллезом, более выраженные у больных ХБ. Выявленные нарушения могут приводить к нарушению

репродуктивной функции больного в катамнезе, что требует дальнейших исследований в данной области для совершенствования терапии.

СОСТОЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ, ПОДГОТОВЛЕННЫХ К ХИРУРГИЧЕСКИМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ В ПОЛОСТИ РТА

Гаджиева Д.Ф., студентка 4 курса стоматологического факультета,
Ибрагимова К.З., студентка 4 курса лечебногофакультета,
Дибирова П.Ш., студентка 4 курса стоматологического факультета,
Магомедов М.А., клинический ординатор

Кафедра инфекционных болезней им. Г.П.Руднева ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., проф. Ахмедов Д.Р.

Актуальность.Одной из важнейших проблем хирургической стоматоллогии остается развитие инфекционно-воспалительных осложнений (ИВО) после хирургичексих стоматологических вмешательств: цистэктомии, дентальной имплантации, синуслифтинга, удаления третьего моляра и других. Применение одних антимикробных перапаратов не всегда обспечивает эффективную профилактику ИВО, что требует ведения в арсенал лекарственной терапии иммуномодулирующих и антиоксидантных средств, в том числе модуляторов и цитокинов. Роль факторов врожденного и адаптивного иммунитета на течение послеоперационного периода показана в работах ряда исследователей. Вместе с тем, показано, что одним из ведущих механизмов снижения резистентности является состояние антиоксидантной системы организма.

Цель работы.Изучить состояние антиоксидантной системы у пациентов, подготовленных к хирургическим вмешательствам в полости рта.

Материалы и методы.Нами проведено комплексное обследование и хирургическое лечение 37 пациентов в возрасте от 18 до 68 лет, обратившихся в стоматологическую клинику «Биодент» в 2015-2016 годы. Всем больным проведено комплексное обследование с использованием следующих методов: клинических, рентгенологических и биохимических (определение SH-и SS- групп методом амперометрического титрования на тиолдисульфидном анализаторе с вычислением ТДК, определение перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантной активности (АОА) с использованием хемилюминометра. Пациенты были распределены на 4 группы: в 1-ю были включены пациенты, подготовленные к дентальной имплантации (n=10), во 2-ю – с ретенцией и дистопией 3-го моляра (n=8), в 3-ю – с радикулярнойкистогранулемой (n=8), в 4-ю – с операцией синуслифтинга (n=11). Пациенты также были распределены на контрольную и основную группу, к комплексную терапию, которой был включен отечественный

иммуномодулятор - тамерит.

Результаты исследования.Исследование антиоксидантной активности при использваниитамерита показало, что в группе 1 АОА была в 2 раза ниже (в среднем 22,4%), чем в контрольной группе (в среднем 49,8±0,2%, P<0,01 для критерия Крускала-Уолисса). Содержание малоновогодиальдегида (МДА) в группе 1 превышало норму (1,3±0,1 мкмоль/л) в 6 раз (8мкмоль/л, P<0,001). Содержание SH-групп (7,2 мкмоль/л) было снижено в 1,5 раза по отношению к среднему нормальному значению (11,2±0,1 мкмоль/л, P<0,05). Концентрация SS-групп в группе 1 (5,% мкмоль/л) достоверно превышала норму (4,7±0.1 мкмоль/л). В результате тилдисульфидный коэффициент (ТДК) у больных также был значительно снижен (1,3±0,1) по сравнению с референтными значениями (2,4±0,1).

Антиоксидантный эффект тамерита несколько отличался в разных группах пациентов. У больных с дентальной имплантацией (группа 1) и, особенно. Цистэктомией (группа 2) наблюдали наиболее выраженное повышение АОА, концентрация SH-групп и ТДК и снижение МДА. Исходные значения показателей АОС в группе 2 отклонялись от нормы не столь выражено, как в группе 1. В группе 3 до лечения показатели АОА у пациентов были в 2 раза ниже нормы, а содержание МДА превышало норму в 4 раза. В процессе лечения тамеритом изменения показателей АОС нормализовались. Наиболее выраженный антиоксидантный эффект был зарегистрирован при удалении третьего моляра после лечения тамеритом.

Выводы. Функциональное состояние тиолдисульфидного звена антиоксиданной системы при хирургических стоматологических вмешательствах характеризуется снижением содержания сульфгидрильных и повышением дисульфидных групп,и, соответственно, снижением тиолдисульфидного коэффициента и уменьшением буферной ёмкости антиоксидантной системы.

ЦИТОКИНОВЫЙ СТАТУС У ПАЦИЕНТОВ, ПОДГОТОВЛЕННЫХ К ХИРУРГИЧЕСКИМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ В ПОЛОСТИ РТА

Гаджиева Д.Ф., студентка 4 курса стоматологического факультета ДГМА,
Ахмедов К.Г., студент 4 курса стоматологического факультета МГМСУ,
Дибирова П.Ш., студентка 4 курса стоматологического факультета ДГМА

Кафедра инфекционных болезней им. Г.П. Руднева ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., проф. Ахмедов Д.Р.

Важной проблемой хирургической стоматологии остается развитие инфекционно-воспалительных осложнений (ИВО) после хирургических стоматологических вмешательств: цистэктомии, дентальной имплантации, синуслифтинга, удаления третьего

моляра и других. Применение одних антимикробных препаратов не всегда обеспечивает эффективную профилактику ИВО, что требует ведения в арсенал лекарственной терапии иммуномодулирующих и антиоксидантных средств, в том числе модуляторов и цитокинов.

Цель работы. Изучить состояние цитокинового профиля у пациентов при амбулаторных стоматологических операциях.

Материалы и методы. Нами проведено комплексное обследование и хирургическое лечение 37 пациентов в возрасте от 18 до 68 лет, обратившихся в стоматологическую клинику «Биодент» в 2015-2016 годы. Всем больным проведено комплексное обследование с использованием следующих методов: клинических, рентгенологических, биохимических, а также иммунулогические (определение маркеров иммунокомпетентных клеток, методом проточной цитофлюориметрии с моноклональными CD-антителами на проточном лазерном цитофлюориметре Epics XL-MCL (Coulter, Франция); определение уровня Ig A, M, G и провоспалительных цитокинов ИЛ-1 β, ИЛ-6, ФНО-α с набором реагентов ИФА-БЕСТ («Вектор Бест», Россия. Пациенты также были распределены на контрольную и основную группу, в комплексную терапию, которой был включен отечественный иммуномодулятор - суперлимф.

Результаты исследования. Динамическое наблюдение уровня цитокинов проводили в течение 2 недель после операции цистэктомии, дентальной имплантации, удаления третьего моляра, сунуслифтинга при наличии следующих клинических признаков ИВО: повышения температуры тела, увеличения и болезненности регионарных лимфоузлов, отека мягких тканей лица, отека и гиперемии слизистой оболочки в области оперативного вмешательства, выраженности болевого синдрома, сопровождавшихся удлинением периода реконвалесценции. Исследование провоспалительных цитокинов у практически здоровых людей (контрольная группа) показало, что содержание ИЛ-1β составило 11,2±2,3, ИЛ-6 – 3,9±1,7, ФНО-α – 4,5±2,1 пг/мл. Для более полной оценки факторов адаптивного иммунитета у 62 пациентов в возрасте 18-68 лет, подготовленных к амбулаторным хирургическим операциям, проводили оценку иммунного статуса методом проточной цитофлюориметрии с моноклональными антителами. По результатам исследования иммунного статуса были выделены 2 группы – 36 человек (58%) с гипоиммунореактивностью организма (гипореактивный иммуновариант) и 26 человек (42%) с нормальной реактивностью иммунной системы (нормореактивный вариант). Динамика параметров при использовании традиционной и иммуномодулирующей терапии была различной. В группе с гипореактивным вариантом количество Т-лимфоцитов и Т-хелперов оказалось достоверно меньше, чем при нормальной реактивности. Показатели

субпопуляций и уровень Ig A, M, G также имели некоторые особенности. Кроме того, отмечалось достоверное снижение фагоцитарного числа, фагоцитарной активности и количества CD21 клеток. При лечении пациентов с низкой реактивностью иммуномодулятором (суперлимф), такие параметры как содержание Т-лимфоцитов, Т-хелперов, показатели фагоцитарной активности нормализовались, а Ig G – резко увеличивался. В тоже время, в группе с традиционным лечением этого не происходило. При нормальной реактивности все параметры до лечения находились в пределах нормы, а при использовании иммуномодуляторов (основная группа) каких-либо изменений иммунного статуса не выявлено. Таким образом, можно заключить, что использование иммуномодуляторов предотвращало формирование условий для развития осложненного течения раневого процесса.

Выводы. Препарат суперлимф оказывает существенное влияние на иммунный статус больных, что характеризуется благоприятным влиянием на основные параметры микроэкологии полости рта, функциональное состояние иммуной и антиоксидантной систем, локальный кровоток в области хирургического вмешательства.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНОСОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ БРУЦЕЛЛЕЗОМ

[1]Алигишиев У.У.,[1] Гаджиева Д.Ф.,[2] Ахмедов К.Г.,[1] Ибрагимова К.З.,[1] Дибирова П.Ш.,[1] Сулейманова К.Ш., [1] Джанмурзаева А.М. [1]

[1]Дагестанская государственная медицинская академия
[2]Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова
Научный руководитель: к.м.н., доц. Пашаева С.А.

Известно, что бруцеллез протекает с поражением всех органов и систем в том числе и сердечно-сосудистой и приводит к развитию неблагоприятных исходов, потере трудоспособности и инвалидизации больных, что определяет его высокую социально-экономическую значимость (В.И. Покровский, Г.Г. Онищенко, Б.Л. Черкасский, 2003; Н.Д. Ющук с соавт., 2007; E.J. Young, 1983).

Имеющиеся в современной литературе сведения о частоте, характере и механизмах поражения сердечнососудистой системы (ССС) у больных бруцеллезом разноречивы и неоднозначны (Е.С. Белозеров, 2000; П.Г. Филиппов, 2001; Ю.П. Финогеев, Ю.В. Лобзин, В.М. Волжанин, А.В. Семена, 2003; Н.Д. Ющук с соавт., 2007).

Поражение ССС в остром и отдаленном периодах инфекционного процесса может определять тяжесть течения заболевания, а в части случаев быть причиной летального

исхода. Исследованиями ряда отечественных и зарубежных авторов механизм поражения ССС при бруцеллезе объясняется влиянием токсико-инфекционных процессов. Повреждающие действия на ССС могут оказывать метаболиты инфекционного процесса: цитокины, гистамин, серотонин, лейкотриены и др.

Цель исследования: изучение клинико-функционального состояния сердечно-сосудистой системы у больных бруцеллезом.

Материал и методы исследования:

Нами проведена оценка клинико-функционального состояния ССС у больных с различными формами бруцеллеза на основании анализа выявленных электрокардиографических (ЭКГ) и эхокардиографических (ЭХоКГ) изменений ССС у больных бруцеллезом.

Проведенные исследования выявили изменения со стороны ССС у 120 (75%) – больных острой и у 92 (56,8%) – хронической формой бруцеллеза. При этом у 66,2% больных острым и 53,7% - хроническим бруцеллезом выявлена – миокардиодистрофия, у 6,9% больных острым и у 1,2% - хроническим бруцеллезом – острый миокардит, у 1,25% больных острым и у 0,6 больных хроническим бруцеллезом – эндокардит, у 0,6% больных острым и у 1,2% больных хроническим бруцеллезом – перикардит.

Наиболее частыми клиническими проявлениями поражения сердца у больных бруцеллезом были: тахикардия (у 46,2% больных острым и 10,5% хроническим бруцеллезом), кардиалгия (у 31,2% и 20,4%), брадикардия (у 5,6% и 14,2%), глухость сердечных тонов (у 49,4% и 45,1%), систолический шум на верхушке сердца (у 15% и 22,8%), артериальная гипотония (у 61,9% и 53,1% соответственно).

Поражения сердечно-сосудистой системы у больных бруцеллезом проявляются в виде миокардиодистрофии (у 66,2% и 53,7% больных острым и хроническим бруцеллезом соответственно), миокардита (у 6,9% и 1,2%), эндокардита (у 1,25% и 0,6%), перикардита (у 0,6% и 1,2%). При этом наиболее характерными клиническими проявлениями поражения сердца являются: кардиалгия (у 31,2% и 20,4% больных острым и хроническим бруцеллезом соответственно), глухость сердечных тонов (у 49,3% и 45,1%), систолический шум на верхушке (у 15% и 22,8%), артериальная гипотония (у 61,9% и 53,1%). Электрокардиографические изменения проявляются нарушениями функции автоматизма (у 70,6% и 35,8% больных острым и хроническим бруцеллезом соответственно), проводимости (у 10,6% и 29,6%), возбудимости (у 23,1% и 20,4%), реполяризации левого желудочка (у 20% и 12,3%). Эхокардиографические изменения проявляются нарушениями систолической и диастолической функций левого желудочка (у 75% больных острым и у 56,8% хроническим бруцеллезом соответственно).

ВЫВОДЫ

Таким образом, можно констатировать, что при бруцеллезе имеет место существенное увеличение линейных и объемных параметров ЛЖ, отражающих процессы его ремоделирования и формирование дилатации, которая, по видимому, является следствием миокардиодистрофии. Однако ЭХоКГ – изменения были более выраженными при остром бруцеллезе. Как следствие, ремоделирование ЛЖ сопровождалось снижением глобальной ФВ и $_{\Delta}S$, что свидетельствовало о снижении его сократимости, т.е. нарушении систолической функции.

СОСТОЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ РОЖЕЙ

Азизханова В.Н., студентка 5 курса лечебного факультета

Кафедра инфекционных болезней имени академика Г.П.Руднева ДГМА,
Научный руководитель: к.м.н., доцент Даниялбекова З.М., к.м.н., асс. Билалова С.К.

Актуальность. Глобальной проблемой здравоохранения в XXI веке продолжает оставаться стрептококковая инфекция. По данным экспертов ВОЗ, ряда отечественных и зарубежных авторов, ежегодно в мире около 100 млн. человек переносят первичную стрептококковую инфекцию. Значительный удельный вес среди них составляют заболевания, вызванные β-гемолитическим стрептококком группы А, в частности рожистое воспаление (Н.И. Брико с соавт., 2002; А.А. Еровиченко с соавт., 2002; M.W. Cunningham, 2000; D.L. Stevens, 2001).

Рожа, несмотря на спорадичность, занимает важное место в структуре инфекционной заболеваемости, составляя 15-20 случаев на 10000 взрослого населения.

В Республиканском центре инфекционных болезней (РЦИБ) за период с 2013 по 2015 годы находилось на лечении 247 больных рожей в возрасте от 2 до 87 лет. Изучение возрастного состава показало, что люди активного трудового возраста составили 68,4%, подчеркивая социально-экономическую значимость данного заболевания**.**

В последние годы наблюдается неуклонный рост неблагоприятно протекающих геморрагических форм заболевания с длительной лихорадкой, замедленной репарацией тканей в очаге воспаления, частыми осложнениями: глубокими нарушениями лимфообращения, а также с преобладанием в клинической картине интоксикационного синдрома, вплоть до развития стрептококкового токсического шока (В.Л. Черкасов, 1986; Ю.М. Амбалов, 1996; В.Х. Фазылов, 1996; М.М. Храмцов, 2000; Ж.Р. Шогенова, 2002; А.А. Еровиченков с соавт., 2004; С.Ю. Бухольц с соавт., 2006; И.Е. Гаврик с соавт., 2006;

B. Crickx, 1993, 2001; F. Granier, 2001; M.A. Jackson et al., 2003; P. Bernard et al., 2005).

Широкое внедрение в практику антибактериальных препаратов, применение иммуно- и ангиотропной терапии, традиционных физиотерапевтических методов значительно снизили летальность, улучшили результаты лечения. Однако, непредсказуема возможность возникновения упорных рецидивов рожи, которые способствуют развитию необратимых изменений в виде лимфостазов и слоновости, нарушению трофики тканей, что приводит к инвалидности. Недостаточная эффективность существующих методов лечения острых форм, рецидивов, осложнений и последствий рожи требует дальнейшего углубленного изучения отдельных звеньев патогенеза болезни с целью совершенствования терапии.

Исследования последних лет показывают, что любой адаптивный или патологический процесс протекает на фоне образования активных форм кислорода и интенсификации свободнорадикального окисления биосубстратов (В.А. Дадали, 1999; А.Н. Арцукевич с соавт., 2000; Ю.А. Владимиров, 2000; А.Р. Тагирбекова, 2006).

В настоящее время свободнорадикальное перекисное окисление липидов рассматривается как один из доминирующих факторов изменения активности ферментных комплексов, нарушения проницаемости клеточных мембран, смещения окислительно-восстановительного равновесия, накопления биологически-активных компонентов, в том числе медиаторов воспаления. Поэтому углубленное знание механизмов перекисного окисления липидов приводит не только к пониманию, но и управлению ими.

Установлено, что при ряде инфекционных заболеваниях, в том числе и при роже, развивается антиоксидантная недостаточность (И.В. Липковская, 1988; М.М. Сачек, 1989; А.В. Калинин, 1992; Д.Р. Ахмедов, 1994; М.Д. Алигишиева, 2000; З.М. Даниялбекова, 2000; Г.А. Гипаева, 2004).

Значительную роль в поддержании гомеостаза организма и обеспечении его химической чистоты играет сложная многокомпонентная антиоксидантная система, сформировавшаяся в процессе эволюции, ферментативное и неферментативное звенья которой, обеспечивают связывание и рекомбинацию свободных радикалов, предупреждение образования или разрушение перекисей (Р.Д. Сейфулла с соавт, 1990; Ю.В. Медведев с соав., 2000; В.З. Ланкин с соавт., 2001; B.O. Halliweell, 1997; *D.Harman, 1999,*.

В системе неферментативного звена антиоксидантной защиты биологических молекул в водной фазе наиболее заметную роль играет низкомолекулярная небелковая тиолдисульфидная система. Известно, что факторы, способные модифицировать тиолдисульфидную систему, оказывают тем самым прямое воздействие на зависящее от её

состояния процессы, как в норме, так и при патологии (В.В. Соколовский, 1996). Учитывая роль тиолдисульфидного звена, нарушения в котором определяют буферную емкость клетки, что влияет на активность антиоксидантных ферментов, а в целом и функциональное состояние АОС, представляется целесообразным изучение его у больных рожей с целью совершенствования патогенетической терапии.

Цель работы – изучить состояние антиоксидантной системы у больных рожей.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 168 больных рожей в возрасте от 18 до 70 лет. Среди больных подавляющее большинство составили женщины – 99 (58,9%). По варианту течения больные распределялись на две группы: с острым и рецидивирующим течением. Острый вариант представлен первичной и повторной рожей. Острое течение наблюдалось у 104 (61,9%) больных, из них у 92 (54,8%) отмечалось первичное, у 12 (7,1%) – повторное заболевание. Рецидивирующее течение болезни зарегистрировано у 64 (38,1%) больных. У 122 (72,6%) больных местный воспалительный процесс локализовался на нижних конечностях, преимущественно, в области голеней, на верхних конечностях рожа локализовалась у 8 (4,8%) пациентов, у 38 (22,6%) – в области лица. У 56 (33,3%) больных диагностирована эритематозная рожа, у 38 (22,6%) - эритематозно-буллезная, у 44 (26,2%) – эритематозно-геморрагическая и у 30 (17,9%) – буллезно-геморрагическая. Тяжесть течения заболевания оценивали по высоте лихорадки, степени проявления симптомов интоксикации, а также по форме и выраженности местного воспалительного процесса. Легкое течение квалифицировано у 27 (16,1%) больных, среднетяжелое – у 123 (73,2%) и тяжелое – у 18 (10,7%).

Исследование функционального состояния ТДЗ АОС определяли по содержанию сульфгидрильных (SH-) и дисульфидных (SS-) группы в гемолизате крови методом прямого и обратного амперометрического титрования при помощи азотнокислого серебра и унитиола (В.В. Соколовский с соавт., 1977, В.В. Соколовский, 1996). Об общей антиокислительной активности (АОА) плазмы крови судили по степени торможения накопления МДА в присутствии плазмы крови (М.Л. Демчук с соавт., 1990). Изучение интенсивности перекисного окисления липидов проводили по методике Л.И. Андреевой с соавт. (1988), определяя один из промежуточных продуктов ПОЛ – малоновый диальдегид. Контрольную группу составили 40 доноров Республиканской станции переливания крови.

Результаты. Результаты клинических наблюдений показали, что современное течение рожи характеризуется увеличением частоты геморрагических форм заболевания, протекающих с выраженными симптомами интоксикации, длительной лихорадкой, медленной репарацией тканей в очаге воспаления, более частым развитием осложнений.

Анализ результатов исследования состояния ТДЗ АОС показал (рис. 1), что содержание SH-групп в гемолизате у больных различными клиническими формами рожи в разгаре заболевания до лечения достоверно ниже изучаемого показателя у доноров, причем в большей степени - у больных острым вариантом течения заболевания.

Изучая содержание в крови окисленных тиолов (SS-группы), выявлено их значительное повышение по сравнению с группой доноров, наиболее высокие показатели содержания SS-групп отмечались у больных с острым вариантом течения рожи при геморрагической форме местного воспалительного процесса (рис. 1).

Нами, с целью определения буферной емкости АОС, у всех наблюдаемых больных рожей вычислялся тиолдисульфидный коэффициент - ТДК (SH/SS). Наблюдаемые на рис. 1 результаты сдвига окислительно-восстановительного равновесия, основным выражение которого явилось снижение уровня сульфгидрильных групп и нарастание содержания дисульфидных групп сопровождалось снижением ТДК, значительно выраженного у больных острым вариантом течения заболевания, что можно расценить как истощение адаптационного резерва организма, проявляющееся снижением буферной емкости антиоксидантной системы.

Изучение суммарной АОА плазмы показало, что у всех наблюдаемых нами больных различными клиническими формами рожи в периоде разгара заболевания происходило достоверное истощение антиоксидантной защиты организма. Максимальное снижение АОА отмечалось у больных острым вариантом течения рожи при геморрагической форме местного воспалительного процесса, по сравнению с группой доноров (рис.1).

При изучении процессов свободнорадикального окисления нами выявлено повышение активности окислительных процессов в плазме у больных различными клиническими формами рожи по сравнению с группой доноров (рис. 1).

Как видно из рис. 1, наиболее выраженное накопление МДА, наблюдается у больных острым вариантом течения заболевания при геморрагической форме местного воспалительного процесса, что свидетельствует об усилении процессов липопероксидации, степень выраженности которых, соответствует остроте процесса.

ХИРУРГИЯ

ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ВАРИКОЗНЫМ РАСШИРЕНИЕМ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Магомедов К.Г., студент 5 курса лечебного факультета

Кафедры госпитальной хирургии[1] и сердечнососудистой и рентгенэндоваскулярной хирургии ФПК и ППС ДГМА[2]; «НКО» ДЦК и ССХ»[3]
Научные руководители: д.м.н., проф. Магомедов А.Г. [1,3], асс. Айдаев С С.[2,3]

Актуальность. Варикозная болезнь вен нижних конечностей представляет собой чрезвычайно важную медицинскую и социальную проблему. Актуальность проблемы обусловлена высокой частотой ее распространенности [1]. Одним из методов лечения варикозной патологии вен нижних конечностей является эндовенозная лазерная облитерация (ЭВЛО).

Цель исследования: 1) Представить опыт диагностики и лечения больных с варикозным расширением вен (ВРВ) нижних конечностей с использованием эндовенозной лазерной облитерации. 2) Оценить эффективность сочетания различных хирургических методов с ЭВЛО подкожных вен нижних конечностей. 3) Изучить ближайшие и отдаленные результаты использования лазерной технологии для ликвидации стволового варикоза. 4) На основании полученных результатов подтвердить или опровергнуть эффективность метода ЭВЛО в лечении больных с ВРВ нижних конечностей.

Материал и методы. В ГБУ РД «НКО «Дагестанский центр кардиологии и сердечно – сосудистой хирургии» с мая 2015 г., по июль 2015 г., обследованы 101 пациент с ВРВ нижних конечностей с применением ультразвукового триплексного ангиосканирования. Возраст пациентов от 18 до 68 лет (43±25), из которых 85 пациентов женского пола и 16 пациентов мужского пола. На основании результатов исследования принято решения о применении инвазивной тактики лечения. Выполнено 115 операций у 101 пациента: 82 ЭВЛО (большой или малой подкожной вены) в комбинации с флебэктомией по Варади, 15 флебэктомий по Варади при латеральном варикозе, 18 комбинированных флебэктомий. В 14 из 18 случаев комбинированная флебэктомия выполнена вторым этапом после ЭВЛО и флебэктомии по Варади на контралатеральной нижней конечности. Показанием к комбинированной флебэктомии явились противопоказания к выполнению ЭВЛО. Основным из них являлось приустьевое расширение большой подкожной вены свыше 10 мм. Отсутствие рефлюкса по большой и малой подкожной вене и варикозное расширение вен по латеральной и задней поверхности бедра и голени было основанием для отказа от ЭВЛО или стриппинга ствола большой и малой подкожной вены. УЗДС контроль осуществлен на 2-е сутки и через месяц после оперативного вмешательства. Длительность

госпитализации пациентов после ЭВЛО и флебэктомии по Варади составило 2 койко-дня. Длительность госпитализации пациентов после комбинированной флебэктомии составило 10 койко-дней.

Результаты. У всех пациентов оперативное лечение ВРВ нижних конечностей прошло без осложнений. В двух случаях в послеоперационном периоде отмечена местная аллергическая реакция на силиконовый компонент компрессионного трикотажа. При контрольном осмотре данных за реканализацию большой или малой подкожной вены после ЭВЛО не получено. У всех больных достигнут хороший косметический эффект операции.

Выводы. Индивидуальный подход заключающийся в комплексном применении различных хирургических методов к пациентам с варикозной болезнью н.к. позволяет: 1) Уменьшить травматичность операции. 2) Добиться хорошего косметического эффекта. 3) Снизить риск послеоперационных осложнений. 4) Оптимизировать оборот койки в лечебном учреждении. 5) Сократить период реабилитации.

Литература

1. «Практикум по лечения варикозной болезни» /под ред. Константинова Г.Д/2006 г.

ПРИМЕНЕНИЕ СРЕДСТВА «ИХТИОСИН» В КОМПЛЕКСЕ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Магомедов Н.М., молодой ученый

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

Актуальность. Рожистое воспаление мягких тканей является широко распространенным острым инфекционным заболеванием. По частоте в структуре инфекционных болезней она уступает лишь вирусному гепатиту, гриппу и дизентерии. Течение рожи в последнее время приобрело упорный характер и отличается относительно высокой частотой возникновения осложненных форм, достигающей 10,9-13,6%. В специализированных гнойно-хирургических отделениях больные с осложненными формами рожи составляют от 6,7 до 10,5% от общего числа пациентов. Наиболее часто наблюдаются поражения нижних конечностей - 53,5-80,8%, верхних конечностей 22,6-34,5% и молочных желез - 9-14% случаев. Летальность в этой группе пациентов составляет, по данным различных авторов, от 6,5 до 15%. Клиническая картина осложненных форм рожи бывает, трудноотличима от проявлений заболеваний, носящих

названия "гемолитическая стрептококковая гангрена", "некротизирующий фасциит" ("некротический фасциит"), "анаэробная неклостридиальная флегмона". Острое начало, обширность и тяжесть поражения, высеваемость почти одних и тех же микроорганизмов делают трудноразрешимой проблему по постановке точного первичного диагноза. Диагностика и лечение рожи является сложной и до настоящего времени недостаточно изученной проблемой. Большое число больных с тяжелым и среднетяжелым течением болезни, неуклонный рост геморрагических форм заболевания, приводящих к тяжелым гнойно-некротическим осложнениям, а также увеличение клонов b – гемолитического стрептококка группы А с повышенной вирулентностью, заставляют искать новые пути диагностики и лечения больных рожей.

Целью исследования является повышение эффективности диагностики и лечения пациентов с рожистым воспалением на стационарном этапе путём местного использования в комплексной терапии средства «Ихтиосин».

Материал и методы исследования. В работе представлены результаты обследования и лечения 320 больных с различными формами рожи, находившихся на лечении в клинике общей хирургии, лучевой диагностики с 2000 по 2015 годы. Неодинакова заболеваемость рожей у лиц различного пола. Мужчин было 136(42,6%) и женщин - 184(57,4%).

В зависимости от клинической формы рожи, больные распределились следующим образом: эритематозная форма у 176 чел.(55%), эритематозно-буллезная 78 чел.(24,4%), эритематозно-геморрагическая у 20 чел.(6,3%), буллезно-геморрагическая у 46 чел.(14,3%). Следует отметить, что в последние годы отмечается увеличение числа больных с геморрагическими формами рожи 81 чел.(25,3%), наиболее часто приводящих к гнойно-некротическим осложнениям, которые отмечались у 104(32,5%) больных. Такими осложнениями были абсцессы у 33 чел.(31,7%), флегмоны 41 чел.(39,1%), некрозы кожи и подкожной клетчатки 30 чел.(29,2%).

У 266 пациента (83,1%) воспалительный процесс локализовался на нижних конечностях, у 49(15,3%) - верхних конечностях, у 5(1,6%) - на туловище.

Тяжелое течение отмечалось у 82(25,6%) больных, среднетяжелое – у 180(56,3%), легкое – у 58(18,1%) пациентов. По нашим данным, в первые 4 суток от момента появления первых клинических проявлений были госпитализированы 84(26,3%) пациента, в основном с эритематозной и эритематозно-буллезной формами, поступали в стационар через 7 и более суток от начала заболевания. Такое позднее обращение было обусловлено, как правило, самолечением и неоправданно длительным амбулаторным обследованием. Наибольшую диагностическую значимость наряду с общеклиническими обследованиями

имеют данные о динамике антистрептолизина-О, в особенности измерение его титра при повторных исследованиях. Снижение титра свидетельствует об успешном характере лечения. Напротив, постоянно высокий уровень АСЛ-О - признак устойчивости возбудителя к проводимой терапии.

Лечение проводилось комплексно, по трем направлениям: общая консервативная терапия; местное лечение гнойных ран, оперативная коррекция дефекта кожных покровов.

В зависимости от особенностей консервативного лечения и характера операции при гнойно-некротических осложнениях больные разделены на две группы: основную и контрольную. Контрольную группу составили 164(51,3%) больных с различными клиническими формами рожи. При лечении контрольной группы пациентов использовали традиционные методы лечения: проводилась дезинтоксикационная терапия, антибактериальная с внутримышечным и внутривенным введением препаратов. При появлении осложнений производили вскрытие и дренирование гнойного очага. Выполнялись ежедневные перевязки (в фазу воспаления промывание ран 3% раствором перекиси водорода с фурациллином, повязки с гипертоническим раствором хлорида натрия, в фазу регенерации - мази на водорастворимой основе «Левомеоль», «Левосин»). Осложнения отмечались у 84(26,3%) больных.

Разработанный в клинике комплексный подход к лечению больных рожей, применен у 156(48,7%) из 320 пациентов. Он предусматривает использование в лечении дезинтосикационной терапии, непрямого эндолимфатического введения антибактериальных препаратов, УФО на область раневой поверхности. С первого дня поступления местно применяли средство «Ихтиосин», состоящего из ихтиоловой мази 5-7 частей; стрептоцида 1-2 частей и масла касторового 92-93 частей. Перед перевязкой раневая поверхность обрабатывается 3% раствором перекисью водорода (патент РФ № 2546030 от 27. 02.2015 г.).

Результаты исследования: Анализ динамики титра стрептококковых антител в сыворотке больных, показал, что повышение их выше 500 МЕ, является прогностически неблагоприятным по развитию гнойно-некротических осложнений. У больных данной группы оправданным считается раннее выполнение лимфодренирующей операции, заключающийся в рассечении кожи и подкожной клетчатки в зоне максимального отека тканей. Данная операция выполнена 66(20,6%) больных основной группы.

Прекращение выделения серозно-гнойного экссудата, появления грануляционной ткани у больных основной группы отмечены в среднем через 3,1±0,6 дней, у больных контрольной группы - через 5,2±0,8 дней.

При оценке микробной обсемененности ран 10^5 микробных тел в 1 гр. ткани

(критический уровень), у больных основной группы выявлено – 3,3±0,7 день, а у больных контрольной группы - 8,3±0,7 день.

Скорость заживления ран, определяемая по методу Л.Н. Поповой (1942 г.), в основной группе составляло 7,2±0,8 % их общей поверхности в сутки, а в контрольной - 4,2±0,8 %.

Кожная пластика выполнялась на 5,0±1,2 сутки в основной группе, а у больных контрольной группы - 8,0±1,2 сутки. Полное приживление лоскутов при аутодермопластике отмечено в 99,5% случаев

У больных в основной группе удалось добиться полного заживления раневого дефекта, тонким, подвижным рубцом в 1,5 - 2 раза быстрее, чем в контрольной группе – у которых в 60% отмечены выраженные рубцовые деформации мягких тканей.

Выводы: Местное применение средства «Ихтиосин» в комплексе лечения рожи существенно ускоряет переход гнойно-воспалительного процесса из фазы гидратации в фазу дегидратации, способствует более быстрому заживлению ран, при этом не вызывая угнетения местного иммунитета, что наблюдается при введении антибиотиков, антисептиков традиционными способами.

СРЕДСТВО «БЕМЕТРИМ» ДЛЯ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ НАГНОИВШЕЙСЯ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ

Магомедов Н.М., молодой ученый

Кафедра общей хирургии, лучевой диагностики ДГМА
Научные руководители: д.м.н., проф. Хамидов М.А., д.м.н., проф. Магомедов М.Г.

Актуальность. Лечение эхинококкоза печени (ЭП) демонстрируется достижением современной гепатохирургии, но его традиционные оперативные методы часто сопровождаются инфекционно-воспалительными осложнениями и составляют 17,9-28,5%, значительным увеличением продолжительности лечения и высокой послеоперационной летальностью (3-7%). Поэтому профилактика и лечение послеоперационных осложнений в хирургии ЭП является актуальной проблемой.

Цель работы. Улучшение результатов хирургического лечения больных эхинококкозом печени путём внедрения в практику нового средства «Беметрим» для антисептической обработки нагноившейся остаточной полости печени после различных способов эхинококкэктомии.

Материал и методы. В рандомизированную выборку включены 52 больных, у которых клинико-инструментальными методами была верифицирована нагноившаяся

остаточная полость печени после вынужденной открытой или полузакрытой эхинококкэктомии с наружным её дренированием, в возрасте от 20 до 64 года.

Больные были разделены на 2 группы – основная (27 человек) и контрольная (25 человек). В основной группе для местного лечения в комплексе терапии использовали средство «Беметрим», а в контрольной группе - традиционную терапию.

Группы были статистически сопоставимы между собой по основным исходным критериям.

У больных была выраженная болезненность в правом подреберье, температура тела повышалась от 37,5 до 40^0С, отмечены явления интоксикации.

Лечение проводилось комплексно по трем направлениям: общая консервативная терапия, местное лечение и хирургическое вмешательство.

Объем хирургического вмешательства включало вскрытие и опорожнение гнойника, последующее адекватное дренирование и промывание полости растворами антисептиков.

Общая медикаментозная терапия заключалась в применении традиционных лекарственных средств. Объем и продолжительность его варьировали в зависимости от состояния больного.

Сущность предлагаемого способа состоит в том, что лечение нагноившейся остаточной полости печени после эхинококкэктомии с использованием средства содержащего компоненты известных в фармакологии препаратов, разрешенных к применению МЗ РФ, которые используются в повседневной врачебной практике. В качестве компонентов лекарственных препаратов использованы (г/100 мл раствора): пепсин – 4,0-4,5 г; бетаина гидрохлорид - 4,0-4,5 г; метилурацил – 3,0-4,0 г; тримекаин 2,0-3,0 г; полиэтиленоксид - 400 87,0-84,0 мл (патента РФ №2552336 от 10.06.2015 г.).

При этом, предварительно оценивают общие и местные клинические критерии больного, фаза раневого процесса, сроки очищения ран, бактериологические, цитологические, планиметрические показатели остаточной полости.

Предлагаемое средство, названное «Беметрим» использовано нами в клинике для лечения нагноившейся остаточной полости после эхинококкэктомии печени, впервые.

Для непосредственного лечения средство готовится ex tempore путем смешивания навесок ингредиентов в колбе с последующим добавлением 30% раствора полиэтиленоксид - 400 в предпочтительном варианте реализации: пепсин 4,0; бетаина гидрохлорид 4,0; метилурацил 3,0; тримекаин 3,0 г; полиэтиленоксид - 400 86,0 (pH 2,0) в обычных условиях, и не требует стерилизации, так как само обладает выраженной бактерицидной активностью.

Данное оптимальное соотношение было найдено в многочисленных экспериментах и

подтверждено в клинических наблюдениях.

Средство обладает выраженным некролитическим, бактерицидным, местноанестезирующим, дренирующим, цитопротекторным, буферным, стимулирующим регенерацию действием, наименее травматичным и гепатотоксичным эффектом.

Первым этапом проводили промывание остаточной полости через дренажную трубку с микроирригатором (патент на полезную модель №150872 от 30.01.2015 г.) введёную в полость обычным антисептическим раствором и в последующем вводили предлагаемое средство в количестве 2/3 объёма остаточной полости и закрывали дренажную трубку и микроирригатор в течение 2-х часов.

Результаты исследования. До начала и по окончании курса лечения производился мониторинг высеваемой флоры отделяемого из остаточных полостей. В результатах бактериологического анализа до применения средства по видовой принадлежности можно отметить высеваемую флору: стафилококк (39%), синегнойная палочка в виде монокультуры и в ассоциациях (26%), pseudomonas aeregenosae (12%), klebsiella pneumoniae (12%), стрептококк (5%), кишечная палочка (5%), гемофильная палочка (1%). В дальнейшем для изучения воздействия средства на стенки фиброзной капсулы проводили гистологические исследования, где отмечалась: активация макрофагальной реакции, усиление пролиферации фибробластов, рост грануляционной ткани, усиление фагоцитоза бактерий и некротического детрита макрофагами. При анализе посевов отделяемого из остаточных полостей, на фоне применения средства, было отмечено 100% бактерицидной активностью на 6 сутки от начала лечения, что на много выше чем у современных антибиотиков. Гепатотоксическое влияние средства, применяемое с целью обработки фиброзной капсулы, отмечено не было. На 6 сутки с момента лечения посевы отделяемого и смывы из остаточных полостей роста бактерий не дали. До начала и по окончании курса лечения производился мониторинг высеваемой флоры отделяемого из нагноившихся остаточных полостей в основной и контрольной группах.

В результатах бактериологического анализа до применения средства по видовой принадлежности можно отметить высеваемую флору: стафилококк (39%), синегнойная палочка в виде монокультуры и в ассоциациях (26%), pseudomonas aeregenosae (12%), klebsiella pneumoniae (12%), стрептококк (5%), кишечная палочка (5%), гемофильная палочка (1%). (Таблица 1).

Таблица 1

Результаты лечения больных после эхинококкэктомии печени с наружным её дренированием в контрольной и основной группах (M ±m)

Показатели и критерии эффективности проводимого лечения	Контрольная группа (n=25)	Основная группа (n = 27)
Скорость сокращения (заживления) остаточной полости, %	6,2±0,9	8,7±1,1*
Сроки очищения	11,8±1,2	6,6±0,6*
от гнойно-некротического детрита	18,8±2,5	12,0±1,1*
Посев раневого отделяемого:		
- стафилококк	39,0%	39,0%
- синегнойная палочка в виде монокультуры и в ассоциациях	26,0%	26,0%
- pseudomonas aeregenosae	12,0%	12,0%
- klebsiella pneumoniae	12,0%	12,0%
- стрептококк	5,0%	5,0%
- кишечная палочка	5,0%	5,0%
- гемофильная палочка	1,0%	1,0%
Стерильность раневого отделяемого:		
на 3 день	25%	75%
на 5 день	59%	89%
на 10 день	79%	100%
Сроки лечения больных, сут.	53±19	42±16*

* - статистически достоверно по отношению к контрольной группе ($p<0,05$)

При анализе посевов отделяемого из остаточных полостей, на фоне применения средства, было отмечено 100% бактерицидной активностью на 6-7 сутки от начала лечения, что на много выше чем у больных контрольной группы.

На 6-7 сутки с момента лечения посевы отделяемого и смывы из остаточных полостей в основной группе роста бактерий не дали, а в контрольной – роста бактерий дали даже на 16-18 сутки.

В дальнейшем для изучения воздействия средства на стенки фиброзной капсулы проводили гистологические исследования, где отмечалась: активация макрофагальной реакции, усиление пролиферации фибробластов, рост грануляционной ткани, усиление фагоцитоза бактерий и некротического детрита макрофагами.

Гепатотоксическое влияние средства, применяемое с целью обработки фиброзной капсулы, отмечено не было.

В таблице 2 дана характеристика больных по срокам сокращения остаточной полости после открытой эхинококкэктомии печени при наружном её дренировании в контрольной и основной группах.

Таблица 2

Характеристика больных по срокам сокращения остаточных полостей после операции при наружном её дренировании в контрольной и основной группах

Группа больных	Сутки после начала лечения (в %)			
	1	5	10	15
Контрольная (n=25)	61,2±12,5	27,4±0,9	11,6±2,3*	8,8±1,2
Основная (n=27)	64,1±8,3	23,3±1,2*	6,2±1,5*	-

Размеры остаточной полости (% от исходного)

* - статистически достоверно по отношению к контрольной группе (p<0,05)

Выводы: Применение средства «Беметрим» позволяет ускорить в 1,5-2 раза очищение остаточной полости от гнойно-некротического процесса; обеспечить быструю элиминацию патогенной микрофлоры за счёт бактерицидного действия препарата. Снижение сроков лечения больных.

ЛЕЧЕНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА И ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АНГИОНЕВРОПАТИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ МЕХАНИЧЕСКИМ СТИМУЛИРОВАНИЕМ АНГИОГЕНЕЗА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Велиева Э.Э., студентка

Кафедра общей хирургии, лучевой диагностики ДГМА
Научный руководитель: д.м.н. проф. Рамазанов М.Р.

Актуальность. Сахарный диабет – это эндокринное заболевание, характеризующееся хроническим повышением уровня сахара в крови вследствие абсолютного или относительного дефицита инсулина – гормона поджелудочной железы. Заболевание приводит к нарушению всех видов обмена веществ, поражению сосудов, нервной системы. Велика частота развития осложнений, в частности приводит к сердечно-сосудистым заболеваниям (атеросклероз сосудов, ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда), диабетической стопе - заболеванию стоп (язвы, гнойно-некротические процессы) на фоне поражения периферических нервов, сосудов, кожи, мягких тканей. В связи с этим, из-за распространенности заболевания сахарным диабетом и повышением риска развития осложнений, необходим поиск альтернативных доступных методов лечения сахарного диабета, дополняющие традиционные методы лечения.

Цель: изучить влияние аппарата механического стимулирования ангиогенеза на больных с сахарным диабетом II типа, разработанного проф. М.Р. Рамазановым. Оценить роль данного метода при диабетической стопе. Анализировать результаты предложенных способов лечения.

Материал и методы исследования. Работа основана на анализе лечения 268 больных с сахарным диабетом, диабетической ангионевропатией нижних конечностей с

2006г. по 2014г. Возраст варьировал от 31года до 86лет. Механическое стимулирование ангиогенеза проводилось многопозиционным аппаратом «мобильная кушетка» с резиновыми жгутами для ступенчатого стимулирования ангиогенеза. Для проведения лечения ступенчатым стимулированием ангиогенеза нижних конечностей поле действия зрительно разделяется 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 крови коллатералей нижних конечностей.

Во время механического стимулирования больной лежит на аппарате, закрепленном к нему с помощью сиденья; на 2-5 день процедуры устройства с горизонтального положения переводят на 30 градусов, через 5-10дней кушетка поворачивается на 60 градусов, на 15-18дней переводят в вертикальное положении. Передавливали вначале обе бедренные артерии одновременно в течение 10 дней с помощью прижимных пят от 30сек до 5 мин в день по 4 сеанса через равные промежутки времени, сеанс состоял из 6 процедур. Перерыв между процедурами – 1мин. Каждый день время передавливания артерии равномерно увеличивали на 30сек. На 11-й день передавливали брюшную аорту в проекции чуть выше места ее бифуркации. В течение первых 3 дней аорту передавливали частично. На 4-ый день аорту передавливали полностью. В день проводили по 4 сеанса, 1 сеанс составлял 6 процедур. Сроки передавления аорты 10-15дней. Курс лечения 20-25дней. Контролировали пульс, АД и дыхание. Курс лечения можно повторять от 2 до 3 раз в год в зависимости от состояния больного.

Больным предварительно в течение от 1 до 3 дней проводят подготовительные процедуры: диеты, умеренное сдавление аорты кулаком, если необходимо и слабительное.

Результаты исследования. С использованием изложенного способа в Центре восстановительной хирургии с наращиванием сосудов с 2006г. по 2014г. лечились 268 больных сахарным диабетом, диабетической ангионевропатией нижних конечностей. Из них облитерирующий атеросклероз зафиксирован у 206 (78,9%) человек, сахарный диабет 1 типа – у 57 (21,3%) больных, диабет 2 типа – у остальных; диабетическая стопа – у 197 (73,5%) человек. Ранее были прооперированы 132 (49,3%) больных (поясничная симпатэктомия, шунтирование, тромбинтимэктомия, некрэктомия). На 3-4-й день в процессе механического стимулирования ангиогенеза постепенно снижалось содержание сахара в крови и улучшалась гемодинамика конечностей и только после этого начинала заживать трофическая язва. Из 197 больных с трофическими язвами 65 больным была

выполнена некрэктомия на уровне пальцев и стопы; только 1 больному - ампутация стопы и 1 – ампутация конечности на уровне нижней трети голени, смертных случаев не зафиксировано. В 49% случаев больным повторно проводили механическое стимулирование ангиогенеза 2-3 раза. Все 268 больных были выписаны в удовлетворительном состоянии, трофические язвы и раны после некрэктомии у 197 больных зажили. Таким образом, механическое стимулирование ангиогенеза усиливает кровообращение поджелудочной железы, что способствует качественному и количественному улучшению функции клеток, выделяющих инсулин. Подтверждением этому явились лабораторные данные (сахар крови) и отмена медикаментозного лечения сахарного диабета у 48% больных.

Выводы. Полученные результаты позволяют утверждать, что лечение аппаратом для механического стимулирования ангиогенеза на 60-70% уменьшает необходимость лечения больных оперативно, снижает ампутацию конечностей (завершается некрэктомией), заметно сокращает сроки лечения больных в стационаре и на дому. И следует отметить, что способ лечения механическим стимулированием ангиогенеза эффективен, доступен и не требует для обслуживания дополнительного медперсонала и денежных средств.

СОВРЕМЕННЫЕ РЕЗЕКЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИИ АБДОМИНАЛЬНОГО ЭХИНОКОККОЗА

Магомедов Р.И., студент 3 курса лечебного факультета

Кафедра общей хирургии с лучевой диагностикой ДГМА
Научный руководитель: асс. Султанова Р.С.

Актуальность. В структуре паразитарных болезней самым серьезным заболеванием по праву можно считать эхинококкоз. Ларвальный (от латинского «ларва» — личинка) эхинококкоз является опасным зооантропогельминтозом, характеризующийся длительным хроническим течением, тяжелой органной и системной патологией, приводящими к инвалидности и нередко — к гибели больного.

В настоящее время предложено множество различных методов хирургического лечения абдоминального эхинококкоза. Радикальные хирургические вмешательства при эхинококкозе печени имеют явные преимущества перед другими методами и значительно снижают рецидив заболевания.

Цели исследования. Оценить возможности и уточнить эффективность цистперицистэктомии с помощью ультразвуковых резекционных технологий при эхинококкозе печени.

Материалы и методы. В исследование включены 36 пациентов с монокистозным эхинококкозом печени: правая доля – 27 (75,0%), левая – 9 (25,0%); диаметр кист от 10,0 до 22,0 см; 1-я фаза жизнедеятельности – 5 (13,8%), 2-я «А» - 10 (27,9%), 2-я «Б» - 8 (22,2%), 3-я – 13 (36,1%). Кисты в правой доле были локализованы: V-VI сегменты – 11 (30,5%), VI-VII сегменты – 15 (41,6%), VII и частично VIII сегменты – 1 (2,7%).

Во всех случаях выполнено радикальное лечение из широкой лапаротомии – цистперицистэктомия с использованием ультразвукового деструктора- аспиратора «Söring» (Германия). Группу сравнения составили 39 пациентов, которым была выполнена тотальная цистперицистэктомия без применения ультразвукового деструктора-аспиратора (дигитальное разделение паренхимы + диатермокоагуляция + лигирование и ушивание трубчатых структур печени).

Результаты и обсуждение. Технический успех в выполнении радикальной операции с применением ультразвукового диссектора при эхинококкозе печени отмечен в 100% случаев. Интраоперационная кровопотеря составила 220± 15,6 мл, тогда как в контрольной группе - 530± 30,5 мл. Медиана продолжительности операционного вмешательства в основной группе составила 91,6± 4,5 мин., а в контрольной- 114,5± 6,7 мин. Послеоперационные осложнения в основной группе больных не отмечены, а в контрольной группе в 2 наблюдениях имелся правосторонний экссудативный плеврит, в одном случае выполнена плевральная пункция, у 3 пациентов жидкостные скопления вокруг печени в зоне операции, которые ликвидированы перкутанным пункционным дренированием под УЗ- наведением. При двухгодичном наблюдении рецидивов заболевания в основной группе не отмечено, а в контрольной группе в двух наблюдениях замечено формирование паразитарной кисты печени в зоне эхинококкэктомии. Ретроспективный анализ установил, что имело место вскрытие кисты в ходе выполнения оперативного вмешательства.

Заключение. При абдоминальном эхинококкозе предпочтение должны отдавать закрытой (радикальной) эхинококкэктомии и выполнять ее следует с применением высоких технологий.

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ПИЩЕВАРЕНИЯ ПРИ ПОЛНОМ НАРУЖНОМ ОТВЕДЕНИИ ЖЕЛЧИ

Омарова А.А., Магомедова К.О., студентки 3 курса лечебного факультета

Кафедра общей хирургии с лучевой диагностикой ДГМА
Научный руководитель: асс. Султанова Р.С.

Актуальность. При механической желтухе опухолевого генеза, как первый этап

поэтапного лечения,так и как окончательный вариант лечения, нередко выполняется наружное дренирование билиарного тракта. Естественно, при этом возможны существенные изменения в нутритивном статусе пациентов. Более того, при отсутствии в двенадцатиперстной кишке желчи происходит нарушение кислотно-щелочного баланса и запирательной функции пилорического жома, которые приводят к выраженным морфо-функциональным изменениям в верхнем отделе желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

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

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

Результаты. Эрозивно-язвенное поражение верхних отделов ЖКТ выявлено у 64,5% больных. Почти у всех пациентов имелись высокие показатели РН в желудке и двенадцатиперстной кишке. Больные жаловались на изжогу, тошноту и рвоту. У 3,4% больных отмечено гастро-дуоденальное кровотечение. У 18,9% больных имели место стеаторея и креаторея. Гипопротеинемия наблюдалась у 49,8% больных. Водно-электролитные нарушения отмечены у 93,6% больных. Почти у всех пациентов имелась тенденция к гиповолемии и гипокалиинемии. Индекс массы тела пациентов до декомпрессии билиарного тракта составила 22,6 кг/м², на 10-12-е сутки после декомпрессии – 17,6 кг/м². Больным проводилась комплексная терапия с коррекцией водно-электролитного обмена, назначением ингибиторов протеиновой помпы, сбалансированных нутриентов, а так же пациентам налаживали пероральное поступление желчи.

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

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МАЛЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ МАЛОИНВАЗИВНЫМИ СПОСОБАМИ

Исаева З.Х., студентка 3 курса лечебного факультета

Кафедра общей хирургии с лучевой диагностикой ДГМА
Научный руководитель: асс. Султанова Р.С.

Введение. Малоинвазивная хирургия – это один из основных путей прогресса. современной хирургии в целом. В литературе последних лет существует множество информации о малоинвазивных вмешательствах при кистозных образованиях печени и селезенки. Одним из методов завершения операции при кистозных образованиях паренхиматозных органов брюшной полости является аплатизация (абдоминизация) их. Это особенно показано при средних и поверхностно расположенных кистах печени и селезенки.

Материалы и методы. Аплатизация кист печени и селезенки в малоинвазивном варианте нами проведена при 88 кистах у 75 пациентов. Паразитарные кисты у 56(7,6%) больных, простые – у 19(25,4%). Печеночная локализация кист имелась у 62(82,6%) пациентов, в селезенке – 13(17,4%) больных. В селезенке имелись одиночные кисты, а в печени у 11(17,7%) пациентов отмечены множественные кисты. Из них у 6(54,5%) эхинококковые кисты, у 5(45,5%) простые. Размеры кистозных образований составляли от 5,6 до 10,7 см в диаметре. Все кисты были с преимущественным ростом в сторону брюшной полости. Локализация печеночных кист была следующая: II-й сегмент – 10(13,3%), III-й сегмент – 15(20,0%), IV- сегмент- 10(13,3%),V-й сегмент - 14(18,6%),VI-й сегмент - 12(16,0%),VII-й сегмент - 8(10,6%),VIII-й сегмент - 6(8,2%). На диафрагмальной поверхности печени отмечены 66(88,0%) кист, на висцеральной – 9(12,0%). Ближе к нижнему полюсу селезенки имелись 8(61,6%) кист, к верхнему- 5(38,4%). Из 88 кист печени и селезенки лапароскопически удалены 33(37,5%) кисты и операция завершена аплатизацией остаточной полости. Из мини-доступа с применением устройства «Мини-ассистент» фирмы «САН» и лапароскопическим ассистированием удалено 55(62,5%) кист.

Результаты и обсуждение. При лапароскопической аплатизации кист конверсия на широкую лапаротомию проведена в 4(12,1%) наблюдениях. Во всех этих случаях имелось умеренное кровотечение из краев иссеченной фиброзной капсулы. Оно остановлено ушиванием кровоточащих участков фиброзной капсулы. Послеоперационные осложнения отмечены в 5(6,6%) случаях. Из них местные – у 3(4,0%), общие – 2(2,6%). К местным осложнениям относились жидкостные скопления в зоне печени(2) и селезенки(1). Они устранены перкутанными пункциями под УЗ-наведением. Из общих осложнений – это правосторонний экссудативный плеврит – 1 и тромбофлебит вен нижних конечностей – 1.

Летальных исходов не было.

МЕХАНИЧЕСКОЕ СТИМУЛИРОВАНИЕ АНГИОГЕНЕЗА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ

Султанова Д.К.

Центр восстановительной хирургии
Научный руководитель: профессор Рамазанов.М.Р.

Актуальность. Цирроз печени -- прогрессирующее заболевание печени, характеризующееся перестройкой нормальной структуры этого органа, вследствие чего нарушаются ее функции, и развитием в последующем печеночной недостаточности и портальной гипертензии.

В экономически развитых странах цирроз входит в число шести основных причин смерти пациентов от 35 до 60 лет, составляя 14-30 случаев на 100 тыс. населения. Ежегодно от цирроза печени умирает 300 тыс. человек. Причины возникновения этого заболевания полиэтиологичны. Возникающие при этом осложнения: печеночная энцефалопатия , кровотечение из желудочно-кишечного тракта вследствие портальной гипертензии, инфекционные осложнения и другие. Учитывая распространенность заболевания «цирроза печени», наряду с классическими методами лечения, необходим поиск других доступных методов лечения цирроза.

Целью нашего исследования является клиническая апробация способа лечения цирроза печени с помощью применения аппарата механического стимулирования ангиогенеза, разработанного проф. Рамазановым М.Р. Проанализировать результаты лечения.

Материалы и методы исследования. В экспериментальных условиях были проведены опыты на восьми собаках. Методика проведения опытов заключалась в следующем; Под общим обезболиванием , ведением внутриплеврально теопентала натрия или гексонала, собаке вскрывали брюшную полость, выделяли аорту и одновременно артерии coeliaca и ее ветви. Затем в общую печеночную артерию вводили тонкий хлорвиниловый катетер соединенный с монометром. Монометр регистрировал повышение АД в общей печеночной артерии во время пережатия брюшной аорты.

Табл.1. ***Изменения артериального давления в общей печеночной артерии до и после пережатия брюшной аорты***

Время в сек \ АД	До пережатия аорты	После пережатия аорты
10с.	170 мм. рт.ст.	195 – 200 мм. рт.ст.

20с.	170 мм. рт.ст.	190 – 195 мм. рт.ст.
25с.	170 мм. рт.ст.	185 – 188 мм. рт.ст.
30с.	170 мм. рт.ст.	180 мм. рт.ст.
60с.	170 мм. рт.ст.	170 мм. рт.ст.

Следует отметить, что артериальное давление(АД) во время пережатия аорты в печеночной артерии повышалось первые секунды от 25 до 30 мм ртутного столба, с 30 сек. АД оставалось увеличенной на 10 мм рт.ст., а к одной минуте возвращалось к исходному.

Динамическое снижение АД в общей печеночной артерии и возврат к исходному при пережатии аорты говорит о расширении внутрипеченочных артерий и усиления кровообращения в печени**.** Собаке для выяснения состояния сосудов печени до пережатия аорты и в конце процедур делали артериографию.

Изложенные экспериментальные данные позволили нам перейти к применению механического ангиогенеза в клинических условиях, для лечения больных с циррозом печени, с помощью многопозиционной «мобильной кушетки» Рамазанова. Работа была основана на анализе лечения 52 больных с циррозом печени**,** посредством улучшения кровообращения в печени способом механического стимулирования ангиогенеза. Для этого передавливается в начале обе бедренные артерии одновременно в течении десяти дней с помощью прижимных пят на протяжении 30 сек.(до 5 мин. в день по 4 сеанса через равные промежутки времени с каждым сеансом). Каждый день время передавливания артерии равномерно увеличивается на 30 сек. На 11 день передавливается брюшная аорта в проекции чуть выше места бифуркации аорты. В течении начальных 3-х дней аорта передавливается частично (прощупывается пульсация уже бедренных артерий). На 4-й день аорта передавливается полностью. В день проводится 4 сеанса, 1 сеанс составляет 6 процедур. Сроки передавливания аорты 10-15 дней. Первые 5 дней мобильную кушетку в процессе процедур переводят в полувертикальное положение, на 6 день переводят в горизонтальное положение. Курс лечения 20-25 дней. Контроль пульса, АД и дыхания. Курс можно повторять от двух до четырех раз в год, в зависимости от состояния больного. Противопоказаниями являются: кровотечение, ложная аневризма сосудов, неуправляемая гипертония, свежие инсульты, бластоматозные процессы, туберкулез и другие инфекции. **Результаты.** Из 52 больных лечивших, 36 человек трижды получали курс механического ангиогенеза печени , и они в настоящее время чувствуют себя хорошо, 12 больных по одному разу прошли лечение в стационаре, они в домашних условиях под нашим

контролем, эпизодически продолжают лечение с помощью портативных аппаратов. Один больной умер в автокатастрофе, двое от злокачественной опухоли кишечника и желудка, последний уехал из республики.

Выводы. Состояние больных циррозом печени значительно улучшилось после применения предлагаемого способа, при помощи аппарата механического стимулирования ангиогенеза, что говорит о его эффективности.

СТРУКТУРНЫЙ АНАЛИЗ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ РЕАНИМАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГБ№1

Магомедова З.М., студентка 6 курса педиатрического факультета,
Алискандиева З.А., ассистент,
Гаджиева Г.В., клинический ординатор

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

Актуальность. Острые отравления, занимает одно из ведущих мест среди несчастных случаев и травм в детском возрасте. Бесконтрольный прием лекарственных средств, доступность их среди детей является причиной увеличения частоты медикаментозных отравлений.

Целью нашего исследования является изучение частоты и структуры острых отравлений по данным работы детского реанимационного отделения городской больницы №1.

Материал и методы исследования. За период 2013-2015гг в реанимационное отделение госпитализировано 120 больных с острыми экзогенными отравлениями, мальчиков - 48 ребенка, а девочек – 72 больных. В 2013г-30 детей; 2014г-49 ребенка и 2015г-41 больных с отравлением.(таб-1).Как видно из представленных данных в большинстве случаев госпитализировано в отделение с острыми отравлениями детей раннего и предшкольного возраста 37.5% и 28.5% соответственно, в то время как 7 детей (5,8%) были школьного 7-11 лет. Среди подростков (11-15лет) отмечается тенденция роста острых медикаментозных отравлений (5%, 10%,9,2%), соответственно 2013г,2014г, 2015г. Из поступивших 29 подростков с отравлениями были больные причиной которых в 22 случаях была попытка суицида.

Таблица 1
Возрастная структура острых отравлений у детей за 2013-2015гг.

Годы	0-1г.		1-3г		3-7л		7-11л.		11-15л		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
2013г	-	-	17	14.1	6	5	1	0,8	6	5	30	25
2014г	3	2.5	14	11.7	16	13.3	4	3.3	12	10	49	40.8
2015г	2	1.7	14	11.7	12	10	2	1.7	11	9.2	41	34.2
Итого	**5**	**4.2**	**45**	**37.5**	**34**	**28.5**	**7**	**5.8**	**29**	**24.2**	**120**	**100**

Результаты исследований. Как видно из таблицы 2 первое место среди острых отравлений по нозологическим формам занимают лекарственные препараты (80%), второе - отравление угарным газом и пары (10%), и третье место – отравление препаратами

бытовой и промышленной химии, а также алкоголь и его суррогаты 3.3% и 3.3% соответственно.

Таблица 2
Структура острых отравлений по нозологическим формам за 2013-2015гг

Нозологические формы	Всего больных	
	абс	%
медикаменты	96	80
Препараты бытовой и промышленной химии Алкоголь и его суррогаты	4 4	3.3 3.3
Наркотические средства	2	1.7
Растительные и животные яды	2	1.7
СО и другие газы, пары	12	10
Итого	120	100

Таблица 3
Структура острых медикаментозных отравлений за 2013-2015гг.

Нозологические формы	Общее число отравлений	
	абс	%
Транквилизаторы, седативные, снотворные противосудорожные	12	16
Средства, действующие на сердечно-сосудистую систему	17	22.7
Препараты, влияющие на ВНС (антихолинергические) парасимпатикотонические средства)	7	9.3
Средства системного и гематологического действия	11	14.7
Анальгетики и жаропонижающие препараты	1	1.3
Антибиотики	4	5.3
Психодислептики (галлюциногены)	15	20
Другие лекарственные средства	8	10.7
Итого	75	100

Структурный анализ острых медикаментозных отравлений у детей показано в таблице 3.

Как видно из представленной таблицы наибольшую группу составляют препараты действующие на сердечнососудистую систему 17 (22.7%)- это конкор, феноптин и клофелин.

Большую группу представляют отравления транквилизаторами -12 (16%) и психодислептики -15 (20%). В данную группу входили такие препараты как сонапакс, финлепсин и феназепам.

На третьем месте наблюдались дети с отравлениями средствами системного и гематологического действия – 11 (14.7%) детей: циннаризин, курантил и эуфиллин. Отравление другими лекарственными средствами назальный спрей (нафтизин), мукалтин

встречался у 8 (10.7%) случаев детей.

Выводы: Структурный анализ острых отравлений у детей по данным реанимационного отделения, показывает, что лекарственные препараты занимают лидирующие позиции в общем структуре отравлений. Суицид как одна из существующих причин смертности детей в подростковом возрасте обусловлен эффективной формой реагирования подростков, представляющих группу риска по социальной адаптации. Все это требует, необходимости должного контроля над лекарственными средствами и проведения мероприятий по социальной адаптации и реабилитации подростков.

ВЛИЯНИЕ СУПРАСТИНА НА ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Абакарова А.М., аспирант

Кафедры клинической фармакологии и факультетской и госпитальной педиатрии ДГМА
Научные руководители: д.м.н., доц. Абакаров М.Г., д.м.н. проф. Алискандиев А.М.

Актуальность. Широкое распространение аллергических заболеваний у взрослых и детей является причиной для столь же широкого применения антигистаминных средств из группы Н-1-блокаторов, которые в настоящее время представлены двумя поколениями препаратов, обладающих различным профилем безопасности и эффективности [*Юшков В.В., 2012*]. Однако комплексная оценка их влияния на адаптационные механизмы, и соответственно, на прогноз заболевания и развитие нежелательных реакций с позиций ВСР [Михайлов В.М., 2000], не проводилась, особенно у детей. В литературе имеются лишь единичные работы, посвященные влиянию антигистаминных препаратов на параметры ВСР у взрослых пациентов [Nault M.A и соавт., 2002].

Целью настоящего исследования явилось изучение, по данным исследования параметров ВСР, изменения вегетативного статуса у детей, страдающих аллергическими реакциями (крапивница, отек Квинке, атопический дерматит) на фоне курса лечения антигистаминным препаратом «супрастин».

Материалы и методы исследования. Исследование было контролируемым, открытым, рандомизированным. Контроль - состояние до лечения, в первый день госпитализации. Обследовано 13 детей с аллергическими заболеваниями (диагнозы: крапивница острое течение, отек Квинке и атопический дерматит). Средний возраст больных 11 ± 4 года. Среди пациентов преобладали мальчики – 8 человек (61,5%), девочек было 5 (38,5 %). Обследование детей проводилось в период обострения перед началом лечения и на 10-й день после проведенного курса лечения Супрастином в

возрастной дозировке. Учитывая специфику заболевания и тяжесть течения, все пациенты, наряду с супрастином, получали преднизолон из расчета 1-2 мг/кг массы тела в/в капельно в течение первых трех дней, всего 3 инфузии.

Изучение ВСР в исследуемой группе детей осуществляли методом анализа короткой записи кардиоинтервалограммы (не менее 5 минут) с использованием аппаратно-программного комплекса «Кармин» («Нейротех», г. Таганрог). Исследование проводили лежа, утром в одно и то же время после 15 минутного периода покоя (данные представлены в таблице 1.)

Статистическую обработку результатов проводили с помощью пакета прикладных программ «Microsoft Excel 2007». Для оценки статистической значимости различий в данных при поступлении и после лечения, применяли методы непараметрической статистики - тест Вилкоксона для зависимых групп, при котором $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты спектрального анализа короткой записи кардиоинтервалограмм до и после короткого курса фармакотерапии супрастином представлены в таблице 1.

Таблица 1. Результаты исследования ВСР у детей, больных аллергическими заболеваниями до и после лечения супрастином.

Супрастин	До курса лечения	После курса лечения	p
VLF(мс^2)	590,99	80,95	0,02
LF(мс^2)	1032,03	268,26	0,03
HF(мс^2)	1572,32	528,6	0,05
LF %	60	28	0,04
HF %	40	72	0,03
LF/HF	1,5	0,38	0,01
TP-(общая мощность спектра) (мс^2)	4942,32	1031,64	0,007

Как видно из таблицы, курс фармакотерапии супрастином характеризовался достоверным изменением представленных показателей ВСР ($p<0,05$) на 10-й день: наблюдалось отчетливое снижение показателя TP (общая мощность спектра) почти в 4 раза, за счет всех трех компонентов спектральной составляющей, при этом в наибольшей степени это относится к показателю VLF (с 590,99 до 80,95мс^2) ($p=0,02$), что свидетельствует о том, что несмотря на положительную динамику клинических проявлений аллергоза, наблюдается снижение суммарного запаса сил, которые организм

может мобилизовать для преодоления стрессовой нагрузки.

Спектральный компонент HF, формируемый дыхательными высокочастотными волнами и указывающий на уровень активности парасимпатического звена вегетативной регуляции, в настоящем исследовании преобладал как в остром периоде при поступлении (1572,32 мс^2) , так и после курса терапии супрастином (528,6 мс^2) после (p=0,05). Эти данные свидетельствует о преобладании тонуса парасимпатического звена у детей из исследуемой группы, что по данным литературы характерного для детей с аллергодерматозами в острый период и во время ремиссии. [*Куберг М.Б. и соавт., 1985*]

Суммарная спектральная мощность низкочастотных компонентов (LF и VLF), индикаторов активности вазомоторного центра (LF) и влияния высших вегетативных центров на сердечнососудистый подкорковый центр (VLF), т.е. симпатических влияний, до начала лечения преобладала (60% против 40%) ($p<0,05$), а после приема супрастина соотношение мощностей стало обратным (28% против 72%) ($p<0,05$). Соответственно, значительно изменилось соотношение LF/HF: с 1,5 (до лечения) до 0,38 после курса терапии супрастином, что свидетельствует о высоком, стрессовом напряжении механизмов адаптации в остром периоде болезни, и их снижении, расслаблении при лечении с преобладанием парасимпатического тонуса.

Уровень VLF (12% и 7,8% от общей мощности спектра до и после лечения соответственно), не выступает за пределы возрастной нормы, более того, их доля снижается на фоне лечения, что также свидетельствует, о благоприятном влиянии супрастина на уровень вегетативной регуляции сердца. В тоже время, необходимо иметь ввиду, что значение полученного при обработке коротких записей (например, менее 5 мин) компонента VLF спорно, и его интерпретации при спектральном анализе коротких электрокардиограмм лучше избегать.

Отчетливое, более чем в 2 раза снижение низкочастотного спектрального компонента LF (с 60% до 28%) ($p<0,05$) и повышение высокочастотного спектрального компонента HF (с 40% до 72%) ($p<0,05$) указывает на увеличение уровня активности парасимпатического звена вегетативной регуляции, что следует расценивать как положительную динамику, поскольку свидетельствует о нормализации вегетативного тонуса - умеренное преобладание парасимпатических влияний, по данным литературы, является одним из факторов индивидуальной устойчивости здорового организма к возникновению нарушений сердечнососудистой системы в условиях психоэмоционального перенапряжения, что неоднократно подтверждалось и в клинической практике.

Выводы.

Анализ показателей ВСР у детей, больных аллергическими заболеваниями в остром периоде до и после короткого курса (10 дней) супрастином, свидетельствует о положительном влиянии препарата на показатели вегетативного тонуса, снижении напряженности механизмов адаптации, но не приводит, по данным ВСР, к повышению резервов адаптации.

Литература.

1. *Юшков В. В. «Клиническая фармакология. Национальное руководство» под ред. Белоусова Ю. Б. и Лепахина В. К., «ГЭОТАР-МЕДИА». 2012. С. 782-801.*
2. Михайлов В.М. “Вариабельность ритма сердца. Опыт практического применения метода”. Иваново, 2000. С. 200.
3. Nault M.A, Milne B., Parlow J.L. Effects of the selective H1 and H2 histamine receptor antagonists loratadine and ranitidine on autonomic control of the heart // Anesthesiology, 2002. №96(2). С. 336-41.
4. Куберг М.Б., Белоконь Н.А., Соболева Е.А., Чистяков Г.М., Ляликова В.Б., Капустин А.В., Осипова Э.К., Чебуркин А.А., Осокин Г.Г., Белозеров Ю.М., Баринов В.С. Кардиоинтервалография в оценке реактивности и тяжести состояния больных детей. Методические рекомендации. М., 1985. С. 13-14.

КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ БОЛЬНЫХ ЦЕЛИАКИЕЙ ПО ДАННЫМ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ДРКБ.

Халикова М.Х., клинический интерн

Кафедра педиатрии ФПК ППС ДГМА
Научный руководитель: к.м.н., доц. Израилов М.И.

Актуальность. Важнейшей проблемой современной педиатрии является ухудшение здоровья детей и подростков, снижение показателей их физического и полового созревания, рост общей заболеваемости и высокий уровень социально значимых болезней (Баранов А.А., 2002).

Целиакия является одной из актуальных проблем в клинической педиатрии и гастроэнтерологии, что обусловлено ее широкой распространенностью, сложностью патогенеза, трудностями диагностики и полиморфизмом клинической картины, формированием хронических гастроэнтерологических и аутоимунных заболеваний.

Внедрение современных диагностических методов повлекло за собой значительное увеличение числа больных целиакией за счет выявления латентных, скрытых форм заболевания. Клинические проявления целиакии у детей в остром периоде хорошо

известны, в то время как патогенез, полиморфизм клинической картины в отдаленном периоде, взаимосвязь с диетологическим фактором до сих пор остаются малоизученной областью.

Несмотря на определенный прогресс в изучении механизмов, участвующих в развитии целиакии, генез внекишечных симптомов заболевания остается недостаточно изученным (Пасечников В.Д., 2003; Ревнова М.О., 2005).

Формируется точка зрения, согласно которой основной причиной клинических проявлений этого заболевания являются иммунные изменения с последующим развитием нарушений мембранного пищеварения и всасывания питательных веществ (Парфенов А.И., 2005, 2007).

В настоящее время основной задачей является усовершенствование иммунологических методов диагностики и лечения метаболических нарушений при целиакии, а также их применение в комплексной терапии больных.

Цель работы: изучить особенности клинической картины, лечение и профилактику целиакии у детей.

Материал и методы исследования: исследование включает историй болезни 292 детей, больных целиакией, в возрасте от 2 до 18 лет, которые находились на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении ДРКБ им. Кураева в период за 2011- 2014 гг. с диагнозом «целиакия». Среди них было 56 % (163) девочек и 44 % (128) мальчиков в возрасте от 2 до 18 лет. В результате клинических, лабораторных и инструментальных обследований у всех исследуемых был установлен диагноз «целиакия». При составлении данных учитывались жалобы, анамнеза заболевания, анамнеза жизни. При обследовании больных использовалось клиническое обследования, включающее осмотр ребенка и антропометрию. Оценка физического развития детей проводилась согласно нормативным непараметрическим (центильным) таблицам. А так же использовались лабораторные методы, инструментальные, эндоскопическое исследование - эзофагогастродуоденоскопия и пункционная биопсия слизистой оболочки тощей кишки, фундального и антрального отделов желудка, гистологическое исследование биоптатов с проведением морфометрического исследования слизистой оболочки тощей кишки (проводилось в Москве, Санкт-Петербурге, Н.Новгороде, Ростове-на-Дону). Степень выраженности хронического дуоденита определяли по классификации R. Whitehead (1990), а морфологические стадии целиакии по классификации M. Marsh (1995). Определение уровня специфических аглиадиновых антител IgA и IgG, определение уровня антител к тканевой трансглутаминазе классов IgA и IgG в сыворотке крови, проводилось в лаборатории поликлиники «Целитель» с помощью непрямого

твердофазного иммуноферментного анализа.

Результаты исследования и их обсуждение: Изучение возрастной структуры больных целиакией показало, что 4 % (12) были в возрасте от 0 до 3 лет, 20% (58) - в возрасте от 4 до 6 лет, 32% (94) - в возрасте от 7-11 лет, 40% (117) - в возрасте от 12-18 лет. Из них: первично госпитализированные - 20% (58), повторно - 80% (234). У всех детей заболевание протекало в типичной форме.

Изучение распространенности заболевания в зависимости от климатогеографических фактора показало, что 70%(204) больных приходятся на сельских жителей и 30%(88) на городских.

При поступлении в стационар больные целиакией предъявляли жалобы на: боли в животе, склонность к диарее или запорам, отсутствие аппетита, общая слабость, снижение работоспособности, нарушение сна, рвоту, тошнота, боли в костях и другие.

Боли в животе наблюдались у 95% (276) детей, из них 90% (265) – после приема пищи; диарейный синдром наблюдался достоверно чаще у 84% (247), чем запоры у 15% (46) детей. Снижение или отсутствие аппетита наблюдались в 87% (256) случаев. Жалобы на тошноту, рвоту в общем отмечались у 28% (84) детей. Астенический синдром в виде слабости, повышенной утомляемости, снижения работоспособности, нарушения сна наблюдался у 95 % (278) детей. Жалобы на боли в костях - 9% (25) детей.

Анамнестические данные обследованных детей с целиакией: болеют с раннего возраста -100% детей; на грудном вскармливании находились - 35% (101), на искусственном - 65% (191) детей. Отягощенный акушерский анамнез – 32% (97). Отягощенная наследственность у 7,5% -(22) больных. Родственный брак родителей – 2 % (5) детей.

При объективном исследовании отмечается следующее: дефицит массы тела наблюдался у 96% (280) детей; сухие и бледные кожные покровы у 100%, подкожно-жировой слой истончен у 96% (280), мышечная гипотония наблюдалась у 17% (50), ангулярный стоматит - у 7% (20), нарушение осанки - у 23% (66), увеличение окружности живота – 100 %, болезненность по ходу кишечника -88% (257).

В последние годы наметилась отчетливая тенденция к развитию и прогрессированию заболеваний ЖКТ, находящее отражение и у больных целиакией. При проведении обследования детей с целиакией диагностировались различные заболевания органов и систем. У 43% (125) больных был выявлен хронический энтероколит, причем в 80 % случаев он сочетался с другой патологией органов пищеварения. У 18% (53) больных был хронический гастродуоденит. Дискинезия желчевыводящих путей обнаружена у 13 % (38) больных целиакией, панкреатопатия - у 18% (43), СРК- 23% (66), ГЭР- 6 %(16), лактазная

недостаточность - 13% (37) детей, гепатит у 7 , хронический эрозивный колит – 19 , бульбит 4 %(13) энкопрез7,5 %(22) спленомегалия 4% (11) , паразитарные заболевания кишечника: энтеробиоз 8% (23), аскаридоз 8% (23), лямблиоз 13% (38).

При клинико-микробиологическом исследовании установлено, что дисбиотические изменения наблюдались у 100% больных целиакией.

Общей особенностью кишечного микробиоценоза у данной категории больных являлось дисрегуляция равновесности популяций, выражающаяся в уменьшении содержания анаэробных микроорганизмов (бифидобактерий, лактобактерий, бактероидов), относящихся к симбионтной флоре. Содержание различных микроорганизмов в толстой кишке у больных с целиакией не имело взаимосвязи с клиническими проявлениями заболевания.

Анализ внекишечных проявлений целиакии показал ее клиническую гетерогенность с вовлечением в патологический процесс пищеварительной, эндокринной, скелетно-мышечной и дыхательной систем, а также кожи. Заболевание манифестировалось анемией - у 40% (109), нарушением толерантности к глюкозе - 9 % (25), атопический дерматитом - 11% (32), БКН – 3,7% (11), ЗФР 88% (258), ЗПМР - 7% (21), пищевая аллергия - 5% (16), гипофизарный нанизм - 3% (8). Таким образом, целиакия является мультифакториальным заболеванием, клинические проявления которого весьма разнообразны по направленности, что обусловлено взаимодействием комбинацией аллелей и средовых факторов.

Анализ биохимических показателей крови показал, что гипопротеинемия наблюдается у 20% (59), гипокальциемия – 35% (110), гипофосфатемия – 8,2% (24), снижение уровня сывороточного железа у 25% (70).

Дети с установленным диагнозом «целиакия» строго соблюдали безглютеновую диету в 50% (139) случаев, соблюдают безглютеновую диету с нарушениями, употребляют продукты, содержащие «скрытый» глютен в 43% (125) и не соблюдают безглютеновую диету в 10% (30) случаев. Соблюдение диеты положительно отразилось на показателях общего и биохимического анализа крови, что видно в сравнении с показателями до и после лечения заболевания.

Анализ динамики серологических маркеров целиакии показал, что повышение уровня AGA IgA в сыворотке крови выявлялся у 75% (220) детей, повышение уровня AGA IgG у 90% (262), повышение уровня IgA-tTG у 47% (138), повышение уровня Ig G - tTG у 55% (162) детей. По мере нарушения безглютеновой диеты отмечается увеличение уровней AGA IgA, IgG и anti-tTG IgA, IgG. Повышение уровня AGA IgA в сыворотке крови выявлялся у 85% детей, не соблюдавших диету, в то время как у детей

соблюдавших диету 15%. Повышение уровня AGA, IgG в сыворотке крови выявлялся у 89% детей, не соблюдавших диету, соблюдавших - 11%. Повышение уровня IgA-tTG в сыворотке крови достоверных различий не показал, и выявлялся у 57% детей не соблюдавших диету, соблюдавших - 43%. Повышение уровня Ig G -tTG в сыворотке крови выявлялось у 75% детей, не соблюдавших диету, у детей, соблюдавших диету 25%. Известно, что anti-tTG IgG могут длительно циркулировать в крови (Лаврова Т.Е. 2006), оставаясь повышенными до 3 лет строгой БГД.

Сравнительный анализ УЗИ органов брюшной полости показал, что у заболевание в большей степени влияет на поджелудочную железу и желчный пузырь 70%.

Эндоскопические методы исследования выявили следующие изменения слизистой тонкого кишечника: изменения рельефа слизистой - 80% (235), хаотичность расположения складок – 74% (216), бледность слизистой – 90%.

У больных всех возрастных групп отмечались морфологические изменения слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки 4 стадий по классификации M. Marsh (1995) Морфометрическое исследование биоптатов слизистой оболочки тонкой кишки показала, что у больных целиакией наблюдались следующие признаки: уплощение клеток всасывательного эпителия – 77% (221), атрофия слизистой оболочки с ее истончением и укорочением ее ворсинок – 87% (255), углубление крипт – 87%, уменьшение соотношения длина ворсин: глубина крипт – 82% (243), увеличение количества межэпителиальных лимфоцитов – 82%(239). При оценке морфологических признаков не было выявлено достоверных отличий между детьми, строго соблюдающими и не соблюдающими диету.

Остальным детям (10%), по разным причинам, не было проведено морфометрическое исследование, и диагноз был установлен на основании серологического метода исследования и положительного эффекта от безглютеновой диеты.

Таким образом, проведенные исследования убедительно свидетельствуют о том, что у детей с целиакией, несмотря на длительное соблюдение безглютеновой диеты и видимую социальную адаптацию выявляется различная патология желудочно-кишечного тракта и других органов и систем, что не позволяет считать их абсолютно здоровыми и требует пожизненного диспансерного наблюдения.

Выводы:

1. У детей, больных целиакией, во всех возрастных группах заболевание протекало в типичной форме, и его дебют отмечался до 5-летнего возраста.

2. При объективном исследовании отмечается: дефицит массы тела у 96% детей;,

увеличение окружности живота – у 100 %, болезненность по ходу кишечника -88%, что говорит о течении заболевания в типичной форме.

3. Заболевания органов пищеварения (хронический гастродуоденит, энтероколит, дискинезия желчных путей, патология поджелудочной железы, эзофагит, нарушение моторики верхних отделов желудочно-кишечного тракта) имеют широкую распространенность у всех детей с целиакией независимо от строгости соблюдения безглютеновой диеты.

4. Среди «внекишечной» патологии увеличена частота железодефицитной анемии (40%), остеопороза, атопического дерматита. Независимо от соблюдения диеты у детей с целиакией наблюдается высокая частота заболеваний зубов, нарушение репродуктивной сферы (у девочек-подростков) и патология щитовидной железы.

5. Дети с установленным диагнозом целиакия строго соблюдали безглютеновую диету в 50% случаев, соблюдают безглютеновую диету с нарушениями, употребляют продукты, содержащие «скрытый» глютен в 43% и не соблюдают безглютеновую диету в 10% случаев. Безглютеновая диета соблюдается строже детьми, с рано выявленной и типично протекающей целиакией, по сравнению с больными, с поздно выявленной целиакией. Дети младшего возраста соблюдают безглютеновую диету лучше, чем подростки.

6. Морфологические изменения слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки у больных целиакией сопровождаются ультраструктурными нарушениями ворсинок, крипт, инфильтрацией лимфоцитами и макрофагами. Стадии морфологических изменений слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки коррелируют с клиническими проявлениями заболевания. Воспалительные изменения в слизистой оболочке тонкой кишки у детей с целиакией сохраняются даже при строгом соблюдении безглютеновой диеты у 95% детей. У больных, не соблюдающих безглютеновую диету, достоверно ниже высота ворсин, больше глубина крипт.

ЧАСТОТА РОДОВЫХ ТРАВМ У НОВОРОЖДЕННЫХ С КРУПНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Сыроегина П.Ю., студентка 6 курса лечебного факультета,
Ефимова М.С., молодой ученый

Кафедра педиатрии лечебного и стоматологического факультетов Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Тверской государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
Научный руководитель: д.м.н. профессор О.В. Иванова

Актуальность: В последние годы родовая травма занимает третье место в структуре перинатальной патологии [2]. Травматические повреждения имеют 2-7% новорожденных [5,6,12] Т. В. Яковлева (2005) сообщает, что в структуре причин перинатальной смертности в Российской федерации родовая травма занимает пятое место (8%), а по данным зарубежных авторов натальные повреждения являлись причиной смерти новорожденных в 0,8—19% наблюдений [15]. По данным Ю. И. Барашнева (2001) в нашей стране ежегодно выявляется около 50 тыс. инвалидов с детства, при этом до 70% причин детской инвалидности связано с перинатальной патологией [3,9]. Следовательно, родовая травма обуславливает в значительной степени перинатальную смертность и детскую инвалидность, а родовой травматизм имеет большое медико-социальное значение

Рождение крупного ребенка является одним из факторов риска родовой травмы [1,6]. В нашей стране крупным считается плод с массой тела при рождении 4000 и более граммов [1]. В настоящее время отмечено увеличение рождаемости крупных детей [7]. По данным Черепниной А.Л. за период с 1980 по 2003 годы отмечался рост частоты рождения крупных детей с 7,7% до 12,7% [10].

По данным большинства авторов родовой травматизм у крупных новорожденных превышает аналогичные показатели у детей с нормальной массой тела [9,11,14]. Однако, ряд исследователей приводят альтернативные данные [4,13].

Цель работы: оценить частоту и структуру родовых травм у детей, рожденных с крупной массой тела

Материалы и методы: обследовано 111 новорожденных с крупной массой тела (4000 и более граммов) и 115 новорожденных со средней массой тела (3000-3999 граммов). В группе детей, рожденных с крупной массой тела, было выделено 2 подгруппы: крупновесные дети с гармоничным физическим развитием и крупновесные дети с дисгармоничным физическим развитием. В подгруппу крупновесных детей с гармоничным развитием включены дети, имевшие при рождении все антропометрические показатели (массу и длину тела, окружность грудной клетки) выше P_{75}, в подгруппу крупновесных детей с дисгармоничным развитием – младенцы, имевшие при рождении либо дину тела, либо окружность грудной клетки ниже P_{75} перцентиля. Клиническое обследование новорожденных проводилось по общепринятым методикам. Родовые травмы определялись согласно принятым классификациям [6,12]

Результаты: Родовые травмы у детей, рожденных с крупной массой тела, по сравнению с детьми со средней массой тела при рождении, диагностировались в 3,2 раза чаще (соответственно, в 43,2 % и 6,1% случаев, $p<0,01$).

Кефалогематомы у крупновесных детей выявлялись в 4,5 раза чаще, чем у детей со

средней массой тела (соответственно, у 15,3% и 3,4% детей, p<0,05). Шевченко Т.К. и Канн Н.И. (1991); Wollschlaeger K (1999) также указывают на большую частоту кефалогематом и подапоневротических кровоизлияний у крупновесных детей, чем у младенцев со средней массой тела [14,16]. Данный факт, по-видимому, связан с более плотным прижатием головки крупного ребенка при прохождении по родовым путям матери.

У детей с крупной массой тела при рождении натальная травма шейного отдела позвоночника диагностировалась в 11,7 % случаев, а у новорожденных со средней массой тела – в 1,7% случаев (p<0,05). Полученные данные согласуются с мнением Ратнера А.Ю. (2008) о повышенном риске травмы шейного отдела позвоночника у детей с большой массой тела. Большую частоту таких родовых травм у детей с крупной массой тела при рождении во многом определяет то, что у крупных новорожденных увеличены как размеры головки, так и диаметр плечиков, что затрудняет их выведение в процессе родового акта и усиливает тягу за головку ребенка во время родов [9,11].

Переломы ключиц у крупновесных детей по сравнению с детьми со средней массой тела при рождении встречались в 8,2 раза чаще (соответственно, в 9,9% и 1,2% случаев, p<0,05). На увеличение частоты данной родовой травмы у детей с крупной массой тела указывают многие исследователи [2,8,14]. Однако, Черепнина А.Л. (2006) не выявила различий в частоте переломов ключиц у новорожденных с крупной и средней массой тела при рождении [10].

У 6,3% детей, рожденных с крупной массой тела, диагностировали травмы периферической нервной системы в виде параличей и парезов, а у детей со средней массой тела при рождении такой патологии выявлено не было (p<0,05). По мнению Полянской М.В. (2001) в происхождении травм нервной системы наряду с ведущей ролью механических факторов большое значение имеют антенатально обусловленные изменения в виде крупной массы тела плода [8].

Внутригрупповой анализ показал, что у крупновесных детей с гармоничным развитием родовые травмы диагностировались практически также часто, как и у крупновесных новорожденных с дисгармоничным развитием (соответственно, в 47,6% и 40,5%, p>0,05). Но структура выявленных травм была различной в представленных подгруппах.

У крупновесных новорожденных с гармоничным развитием по сравнению с крупновесными детьми с дисгармоничным развитием переломы ключиц встречались в 4,4 раза чаще (соответственно, в 19,0% и 4,3% случаев, p<0,05). Более частое выявление переломов ключиц у крупновесных детей с гармоничным развитием, чем у крупновесных

младенцев с дисгармоничным развитием, вероятно, можно объяснить затруднением выведения плечиков после рождения головки плода при больших размерах ребенка по всем антропометрическим показателям, в том числе и по окружности грудной клетки.

Кефалогематомы у крупновесных новорожденных с гармоничным развитием диагностировали в 4,5 раза реже, чем у крупновесных детей с дисгармоничным развитием (соответственно, в 4,8% и 21,7% случаев, $p<0,05$). Возможно, это связано с механизмами развития кефалогематомы как родовой травмы мягких тканей, когда размеры головки плода не соответствуют размерам таза матери.

Травмы шейного отдела позвоночника и периферической нервной системы (преимущественно в виде парезов, а не параличей) несколько чаще диагностировались у крупновесных детей с гармоничным развитием, чем у крупновесных новорожденных с дисгармоничным развитием, однако существенных различий в частоте выявления не имели (соответственно, 14,3% и 10,1%, $p>0,05$; 9,5% и 4,3%, $p>0,05$).

Выводы: У крупновесных новорожденных, по сравнению с детьми со средней массой тела при рождении, родовые травмы выявляются чаще. В структуре родовых травм у крупных новорожденных преобладают кефалогематомы, натальные травмы шейного отдела позвоночника, переломы ключиц, травмы периферической нервной системы.

Частота родовых травм у крупновесных детей с гармоничным и с дисгармоничным развитием практически не отличается. В структуре родовых травм у крупновесных новорожденных с гармоничным развитием преобладают переломы ключиц, а у крупных младенцев с дисгармоничным развитием – кефалогематомы. Различий в частоте травм шейного отдела позвоночника и периферической нервной системы у крупновесных новорожденных с гармоничным и дисгармоничным развитием не выявляется.

Литература:

1. Акушерство: национальное руководство. Под ред. Э.К. Айламаняна, В.И.Кулакова, В.Е.Радзинского, Г.М.Савельевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1200с. – (Серия «Национальные руководства»)

2. Аладинская В.В. К вопросу о родовой травме шейного отдела позвоночника плода и новорожденного. // Пренатальная диагностика. – 2012. - №1.-Т.11.- С.94-95

3. Барашнев Ю.И. Новые технологии в репродуктивной и перинатальной медицине: потребность, эффективность, риск, этика и право. // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2001.- №1. – С.6-11

4. Кожевников В.Н., Шардыко Т.Н., Копысова Т.Г. Беременность и роды крупным плодом. // Современные методы диагностики и лечения перинатальной патологии. Сборник трудов. – Москва-Ереван,1981. – С.139-140

5. Кравченко Е.Н., Лопушанский В.Г. Моделирование прогноза родовой травмы. // Омский научный вестник. – 2006.- №10 (50). – С. 56-58

6. Неонатология. национальное руководство. Под ред. Володина Н.Н. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 749 с. – (Серия «Национальные руководства»)

7. Низамова, А.Ф. Влияние питания на течение беременности, родов, состояние плода и новорожденного. Методы коррекции. автореф. дис...канд. мед. наук.- Уфа, 2007.- 23 с.

8. Полянская М.В. Нейровегетативные нарушения и системные перестройки в организме у лиц, родившихся с крупной массой тела. Дис. канд. мед.наук. - Курск, 2001. – 140с.

9. Ратнер, А.Ю. Неврология новорожденных: Острый период и поздние осложнения. Москва: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2008.– 368 с.

10. Черепнина, А.Л. Крупный плод: современная тактика ведения беременности и родов. Перинатальные исходы. автореф. дис...канд. мед. наук.- Москва, 2006.– 19 с.

11. Чернуха, Е.А., Пучко Т.К., Прехин А.М Дистоция плечиков: прогноз и ведение родов Е.А.. // Акушерство и гинекология.– 1998.- №4.- С.22-28

12. Шабалов Н.П. Неонатология. – М.:МЕДпресс-информ, 2006.- Т.1 - 608с..

13. Шардыко Т.Н., Копысова Т.Г, Бычков В.Г. Беременность, роды и плацента при крупном плоде. // Актуальные вопросы здоровья женщины, матери и новорожденного. – Москва, 1980. – С.93-97

14. Шевченко Т.К., Канн Н.И. Крупный плод в современном акушерстве.- Ташкент, 1991

15. Яковлева Т.В. причины и динамика перинатальной смертности в Российской Федерации. // здравоохранение Российской Федерации. – 2005. -№4.- С.26-28

16. Wollschlaeger K., Nieder J., Roppe I., Hartlein K. A study of fetal macrosomia. //Arch Gynecol. Obstet., 1999, vol.263, p 51-55.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПУЛЬМИКОРТА И БУДЕНИТА СТЕРИ-НЕБ В КУПИРОВАНИИ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Кулкина М.Г., Миланова А.Г., студенты 6 курса лечебный факультета

Кафедра педиатрии лечебного и стоматологического факультетов Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Тверской государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный руководитель: д.м.н. профессор О.В. Иванова

Актуальность: Болезни органов дыхания занимают одно из лидирующих мест в структуре заболеваемости детей и подростков [4, 6]. Особенно высока частота заболеваний бронхолегочной системы у детей раннего возраста [2]. Острый обструктивный бронхит (ООБ) занимает особое место в структуре заболеваний органов дыхания у детей, так как является одной из ведущих причин госпитализации пациентов раннего возраста [2, 3]. Частота выявления ООБ у детей раннего возраста составляет 15-50%, а в когорте грудных детей достигает 90% [1, 5, 6]. Более высокая заболеваемость данной патологией на первом году жизни обусловлена, в первую очередь, анатомо-физиологическими особенностями дыхательной системы детского организма в этом возрасте, а именно: узостью дыхательных путей, недостаточной эластичностью бронхиального дерева и недостаточным развитием гладкой мускулатуры бронхов [1].

Поиск оптимальных медикаментозных средств, в короткие сроки восстанавливающих нарушенную бронхиальную проходимость при ООБ, является актуальной проблемой. Глюкокортикостероиды (ГКС) представляют собой наиболее эффективные препараты для купирования бронхообструкции, так как они значительно уменьшают воспалительный процесс в легочной ткани и увеличивают число β2-адренорецепторов бронхов. Применение дозированных ингаляторов, содержащих ГКС, у пациентов раннего возраста сопряжено с рядом проблем, в частности, затруднением координации вдоха ребенка и высвобождения препарата [7]. В связи с этим целесообразным представляется использование небулайзерной ингаляционной техники.

Цель исследования: сравнить клиническую эффективность применения ингаляционных глюкокортикоидов у пациентов раннего возраста с острым обструктивным бронхитом.

Материалы и методы. На базе отделения младшего возраста ОДКБ г.Твери проведено лечение и наблюдение за пациентами раннего возраста с ООБ. Каждый ребенок получал индивидуально подобранную терапию. В комплексном лечении в качестве местного противовоспалительного средства одна группа пациентов (группа А, n=85, средний возраст 12,6±8,2 месяца) получала пульмикорт в дозе 0,25 мг в 2,0 мл физиологического раствора в

виде ингаляций, которые проводились 2 раза в день через компрессионный небулайзер в течение 5-8 минут, другая группа детей (группа В, n=54, средний возраст 11,0±9,4 месяца) - буденит Стери-Неб в аналогичной дозировке и тем же путем введения. Средняя продолжительность введения ГКС в обеих группах составила 4,6±1,4 дня.

Эффективность лечения определялась динамикой и выраженностью основных проявлений заболевания: на основании субъективной оценки родителями пациента (поведение, сон, аппетит, уменьшение кашля, облегчение отхождения мокроты) и клинических симптомов, выявляемых при объективном обследовании ребенка (выраженность признаков интоксикации и дыхательной недостаточности, аускультативные данные).

Результаты исследования. Анамнестические данные обследованных пациентов свидетельствуют об отягощенности наследственного анамнеза по атопии и аллергическим заболеваниям. У ближайших родственников 12 из 85 пациентов группы А и 11из 54 детей группы В отмечались кожные, респираторные или комбинированные проявления аллергических реакций или бронхиальная астма. Аллергические реакции на пищевые продукты отмечались ранее у 13 (14,1%) пациентов группы А и 6 (11,1%) детей группы В. Кроме того, 6 (5,9%) детей группы А имели в анамнезе те или иные появления аллергии на лекарственные препараты.

Анализ результатов лечения свидетельствуют о более быстром купировании явлений бронхообструкции у пациентов, пролеченных с применением пульмикорта. Так, матери обследованных детей отмечали продолжительность кашля у пациентов группы А в среднем в течение 6,8±0,5 дней, у детей группы В – в течение 8,9±0,5 дней. Кроме того, улучшение общего самочувствия больных детей в виде нормализации сна, улучшения аппетита, повышения эмоционального тонуса у детей группы А происходило в более ранние сроки (соответственно, 5,8±1,4 и 7,3±0,9 дня). Аускультативные проявления бронхообструкции в виде жесткого дыхания и влажных мелко- и среднепузырчатых хрипов отмечались у детей, пролеченных с применением пульмикорта, в течение более короткого времени (соответственно, 6,9±1,3 и 9,2±0,7 дней). Средние сроки купирования одышки у детей группы А составили 2,7±0,6 дней, у пациентов группы В – 3,7±1,4 дней. В результате средняя продолжительность госпитализации пациентов, получавших пульмикорт, составила 9,7±3.9 дней, в то время как у детей, пролеченных с применением буденита - 10,6±3,3 дня.

Выводы. Таким образом, полученные данные подтверждают как обоснованность включения ингаляционных глюкокортикоидов в схемы лечения пациентов раннего возраста с ООБ, так и целесообразность применения небулайзерной техники, а также позволяют характеризовать пульмикорт в качестве препарата с более выраженной клинической эффективностью по сравнению в буденитом Стери-Неб при купировании симптомов

бронхообструкции.

Литература

1. Давиденко, Е.В. Прогнозирование развития бронхиальной астмы у детей, перенесших в раннем детском возрасте острый обструктивный бронхит / Е.В. Давиденко // Научные ведомости.- серия «Медицина, фармация».- 2014.- №4.- выпуск 25.- С.12-15.
2. Давыдова, О.В. Диагностика и лечение рецидивирующего обструктивного бронхита у детей раннего возраста / О.В. Давыдова, К.Ж. Енгибарян, И.П. Дорфман // материалы XI Конгресса педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии».- 2007.- С.209-210.
3. Качество медицинского обслуживания детского населения Смоленской области с бронхолегочными заболеваниями в системе ОМС / Т.Г. Авдеева и др. // материалы VIII Российского Конгресса «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии».- 2009.- С.203-204
4. Особенности реакции альтерации нейтрофилов полости рта под действием антигена стрептококка у детей с рекуррентными заболеваниями дыхательных путей / И.Н. Закиров и др. // материалы XI Конгресса педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии».- 2007.- С.240-241.
5. Соловьева, Н.А. Бронхообструктивный синдром у детей грудного возраста / Н.А. Соловьева, Н.А. Ильенкова, С.В. Смирнова // Российский педиатрический журнал.- 2014.- №4.- С.12-17.
6. Тяжелая и осложненная бронхолегочная патология в структуре заболеваемости детей Ивановской области / С.Н. Антонова и др. // материалы XI Конгресса педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии».- 2007.- С.33-34.
7. Эффективность применения пульмикорта для небулайзерной терапии при тяжелом приступе бронхиальной астмы у детей / И.В. Попова и др. // Аллергология.- 2004.- №4.- С.17-19.

КОМПЛЕКСНАЯ ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КРОССЛИНКГИНГА РОГОВИЧНОГО КОЛЛАГЕНА ПРИ КЕРАТОКОНУСЕ

Магомедова А.Б., аспирант

Кафедра глазных болезней №1 с усовершенствованием врачей ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., проф. Алиев А.-Г. Д.

Актуальность. Кератоконус - это невоспалительное, чаще двухсторонее дистрофическое заболевание роговицы, сопровождающееся её прогрессирующим «выпячивание» кпереди с изменением оптических свойств и истончением в зоне верхушки кератоконуса. Встречается в популяции с частотой 1:2000 человек. Характерными особенностями данной патологии является структурные изменения всех слоев роговицы, приводящие её к истончению и нарушение прозрачности. Следствием этих изменений является оптическая неоднородность ткани роговицы и значительные изменения топографии её поверхности, сопровождающиеся формированием миопической рефракции глаза и появлением неправильного астигматизма. Эти изменения являются следствием нарушения каркасной функции роговицы за счет снижения её биомеханических свойств.

Одним из эффективных методов лечения кератоконуса на сегодня является методика перекрестного связывания коллагена (кросслинкинг) по технологии профессора Теодора Зейлера. В 1994 году им и его группой исследователей были начаты первые работы. Вначале эксперименты проводились на животных, затем на донорской роговице, после чего было проведено лечения первых пациентов с кератоконусом и другими кератоэктазиями. Метод получил признание офтальмологов всего мира и на двух последних Конгрессах Европейского общества рефракционных и катаральных хирургов в Вене и Милане было множество сообщений о его эффективности у десятков тысяч пациентов.

Цель исследования: оценить отдаленные результаты у пациентов с кератоконусом после процедуры кросслинкинг роговичного коллагена.

Материалы и методы исследования. Суть метода комбинированное воздействие низкоинтенсивного ультрафиолетового излучения и фотосенсибилизирующего вещества (рибофлавина) приводит к образованию дополнительных связей-мостиков между разрозненными волокнами коллагена стромы роговицы и их соединению в единую прочную сеть, усиливая при этом прочность роговицы от 3 и 6 раз.

Процедура перекрестного связывания коллагена проводилась 25 пациентам с кератоконусом 1 стадии - 7 глаз (29%), 2 стадии -10 глаз (40%), 3 стадий- 8 глаз (31%).

Срок наблюдения составил 1год и 5 месяцев.

Показанием к ПСК (перекрестное связывание коллагена) был кератоконус 1-3 стадий по классификации Amsler (1961).

Всем пациентом до и после операции определяли остроту зрения без коррекции и с максимальной очковой коррекции, рефракцию и преломляющую силу роговицы на автоматическом рефрактометре корейской фирмы Huvits MRK-3100 (Япония), биомикроскопия с помощью щелевой лампы американской формы XCEL 250 для оценки состояния роговицы и диагностики кератоконуса. Толщину роговицу оценивали с помощью ультразвукового аппарата фирмы TOMEYSP-3000. Компьютерная кератотопография с целью определения сферичности с помощью компьютерного кератотопографа фирмы Allegro Topolyzer Wave Light.

Процедуру ПСК проводили под капельной анастезией. После удаления эпителия в диаметре 8.0 (7,5) мм закапывали раствор «Декстралинк» в течение 30 минут с интервалом 2-3 минуты. Далее проводили облучение роговицы УФ светодиодами с длиной волны 360 нм в течение 30 минут с закапыванием раствора рибофлавина (0.1%) каждые 3-4 минуты.

Данные обследования пациентов с кератоконусом до ПСК представлены в таблице 1.

Таблица №1. Данные обследования до ПСК по стадиям заболевания

Методы обследования	***1 стадия***	***2 стадия***	***3 стадия***
Острота зрения без коррекции	0,24 ± 0,11	0,19 ± 0,13	0,09 ± 0,12
Острота зрения с коррекцией	0,60 ± 0,13	0,43 ± 0,11	0,2 ± 0,13
Рефрактометрия	-3,25 ± 0,16	-4,25 ± 0,14	-6,79 ± 0,19
Кератометрия	47,05 ± 0,21	49,11 ± 0,18	52,37 ± 0,38
Пахиметрия	496 ± 7	448 ± 8	416 ± 9

В послеоперационном периоде обследование проводилось сразу после операции, через 1, 3, 6 и 12 месяцев.

Результаты:

На следующий день после ПСК все больные отмечали ухудшение зрения и туман перед глазом. Через неделю острота зрения начинала улучшаться, туман исчезал. При осмотре в щелевую лампу в первые дни после ПСК наблюдался отек наружных слоев стромы во всех случаях, который сохранялся до завершения эпителизации (3-5) дней. Эпителизация во всех случаях заканчивалась к 4-5 дню, побочных эффектов не отмечали. При повторных осмотрах в течение месяца отмечалось легкое субэпителиальное

помутнение роговицы в центре в диаметре 3-4 мм на 12 глазах (48%). К трем месяцам после ПСК роговица во всех случаях была прозрачной. Оптометрические и функциональные данные после ПСК приведены в таблице 2.

Таблица №2. Результаты обследования больных через 6 месяцев после ПСК

Методы обследования и результаты	***Количество глаз***	***%***
Повышение остроты зрения без коррекции	20	80
Острота зрения без коррекции на дооперационном уровне	5	20
Уменьшение астигматизма на 1,0-2,0 диоптрии	22	88
Астигматизм на дооперационном уровне	4	16
Уменьшение оптической силы роговицы на 1,0-2,0 диоптрии	18	72
Увеличение толщины роговицы в центре на 10-15 мкм	4	16
Толщина роговицы в центре на дооперационном уровне	3	12
Уменьшение толщины роговицы в центре на 10-15 мкм	12	48

Анализ результатов ПСК по стадиям кератоконуса выявил повышение остроты зрения на 75%, у 25% пациентов острота зрения осталось не измененным. Толщина роговицы в центре у 57% больных незначительно (на 10-15 мкм) уменьшилась за счет уплотнение ткани роговицы, что подтверждено данными пахиметрии.

При конфокальной микроскопии в первые дни после ПСК был выявлен отек передних отделов стромы со снижением числа кератоцитов. В течение первых трех месяцев отмечалась регенерация кератоцитов и исчезновении отека. К 6 месяцам наблюдения отмечалось полное восстановление численности кератоцитов и повышение плотности коллагеновых волокон стромы. Было выявлено значительное повышение прочности внеклеточного матрикса на глубину до 350 мкм за счет связывания коллагеновых волокон. Эндотелий во все сроки наблюдения оставался интактным.

Осложнения в послеоперационном периоде были следующие:

Длительный транзиторный отек роговицы наблюдали на одном глазу в первые дни после процедуры, длительность его составила 10-15 дней.

Для его лечения использовали инстилляции баларпана, корнерегеля (регенеранты и препараты) и витаминов.

Выводы:

У всех пациентов отмечалось улучшение функциональных показателей:

некорригированная и корригированная острота зрения увеличилась на 1-2 строчки таблицы, астигматизм и сила роговицы уменьшались на 1,0 -2,0D.

Перекрестное связывание коллагена (кросслинкинг) является процедурой, улучшающей функциональные показатели при кератоконусе 1-3 стадии заболевания. Небольшой опыт применения ПСК (25 глаз) и сроки наблюдения (1 год и 5 месяцев) дают возможность предположить, что происходит остановка прогрессирования кератоконуса, так как все достигнутые показатели сохранились и через 1 год и 5 месяцев после ПСК. Наш опыт применения кросслинкинга роговичного коллагена дает возможность предположить, что происходит стабилизация прогрессирующего кератоконуса.

Литература

1. Бикбов М.М., Бикбова Г.М., Хабибулин А.Ф. « Кросслинкинг» роговичного коллагена в лечении кератаконуса // Вестник офтальмологии. 2011 -№5,С.21-25

2. Bechrakis N., Blom M.L., Stark W.J. Recurrent keratoconus// Cornea.-1994г.-Vol. 13(1)-P.73-7.

3 Dupps W., Wilson S. Biomechanics and wound healing in the cornea // Exp. Eye Res.-2006.-Vol.83,№4-P.709-720.

4 Meek K.M., Tuft S.J., Huang Y. et al. Canges in Collagen Orientation and Distribution in Keratoconus Corneas // Invest. Ophthalmol. Vis. Sci.-2005 . –Vol. 46 ,N.6. - P1948-1956.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ МАКУЛЯРНОГО ОТЕКА ПРИ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДИСТРОФИИ

Магомедова М.М., аспирант

Кафедра глазных болезней №1 с усовершенствованием врачей ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., проф. Алиев А.-Г. Д.

Актуальность. В 1973 г. Gass J.D. представлял возрастную макулярную дегенерацию (ВМД), как хроническое дистрофическое заболевание с преимущественным поражением хориокапиллярного слоя, мембраны Бруха (МБ) и пигментного эпителия сетчатки (ПЭС) с последующим вовлечением фоторецепторов. Это определение сохранило свою актуальность и в наши дни. За последние годы в разработке различных аспектов проблемы возрастных макулодистрофий (этиопатогенеза, патоморфологии, диагностики и изучения клинических особенностей) достигнуты значительные успехи. Но наиболее важной и социально-значимой стороной вопроса является разработка эффективных, патогенетически ориентированных методов лечения и устойчивой

стабилизации зрительных функций при возрастных макулодистрофиях.

В клинической практике выделяют две формы ВМД:

- «сухую» (неэкссудативную, атрофическую), характеризующуюся наличием ретинальных друз, дефектов пигментного эпителия, перераспределением пигмента, атрофией пигментного эпителия и хориокапиллярного слоя;
-«влажную» (экссудативную, неоваскулярную), при которой различают стадии экссудативной отслойки пигментного эпителия, экссудативной отслойки нейроэпителия, неоваскулярную стадию, стадию экссудативно – геморрагической отслойки пигментного эпителия и нейроэпителия и, наконец, стадию рубцевания с формированием фиброваскулярного дисковидного рубца. Экссудативная форма ВМД встречается в 10% случаев, но именно она становится причиной резкой потери центрального зрения у 90% больных.

Существуют различные подходы к терапии экссудативной формы ВМД. Консервативная терапия заключается в назначении антикоагулянтов, тромболитиков, антиоксидантов, кортикостероидов и сосудорасширяющих препаратов. Однако, взгляд на консервативную терапию макулярного отека не всегда однозначен. Большинство авторов признают, что консервативная терапия эффективна лишь в ранних стадиях заболевания и результаты ее не стабильны. Так же известны положительные результаты при субтеноновом введении пролонгированных глюкокортикостероидов. Наиболее часто применяют бетаметазон – дипроспан

Прорывом в лечении «влажной» формы ВМД явилось внедрение в клиническую практику ингибиторов неоангиогенеза. По результатам проведенных клинических исследований применение бевацизумаба - авастина позволяет добиться уменьшения отека и улучшения или стабилизации остроты зрения у большинства пациентов с «влажной» формой ВМД (MARINA, ANCHOR, 2008, EXCITE, 2010).

Учитывая данные факты на базе ГБУ НКО «Дагестанский центр микрохирургия глаза» был разработан и внедрен в клиническую практику комбинированый метод лечения макулярного отека сетчатки, включающий субтеноновое введение пролонгированного кортикостероида дипроспан в объеме 0,5мл, спустя 15-20 дней - интравитреальное введение авастина.

Цель исследования: оценка эффективности комбинированного лечения макулярного отека сетчатки при возрастной макулярной дистрофии.

Материалы и методы исследования. Исследование включало 32 пациента (33 глаза) с экссудативной формой ВМД. Среди пациентов было 23 женщин и 9 мужчин. Возраст больных варьировал от 55 до 75 лет. В зависимости от применяемого лечения все

пациенты были разделены на две группы: 1группа (15 пациентов) получала консервативное лечение, 2-ой группе (17 пациентов) проводилась комбинированная терапия. Всем пациентам до и после лечения проводилось традиционное офтальмологическое обследование: визометрия, тонометрия, периметрия, офтальмоскопия, биомикроофтальмоскопия с трехзеркальной линзой Гольдмана, дополнительно – спектральная оптическая когерентная томография (ОКТ) «Stratus OCT 3000» (Carl Zeiss, Германия), компьютерная периметрия (КП) АПЗ (ПЕРИТЕСТ 30/50,100).

В обеих группах офтальмоскопически проявлялось скопление жидкости в субретинальном пространстве и наличие отека в макулярной зоне сетчатки, отсутствие фовеального рефлекса, точечные преципитатами на задней поверхности сетчатки и экссудативная отслойка пигментного и нейроэпителия. При проведении ОКТ имело место утолщение сетчатки до 530 мкм., нарушение структуры РПЭ, отслойка пигментного эпителия.

По результатам компьютерной периметрии отмечались: дефекты поля зрения и снижение световой чувствительности в центральной зоне.

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

Результаты исследования. Комбинированная терапия позволила получить следующие результаты: максимальное повышение остроты зрения наблюдалось в сроки от 3 до 6 месяцев и к концу срока лечения в группе сравнения составило 0,4±0,02 в 79% случаев (26 глаз). В контрольной группе максимальная острота зрения (в среднем 0,07±0,02) 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 толщина сетчатки уменьшилась до 365мкм в 66% случаев (21 глаз). Отмечалось сокращение макулярного отека, резорбция субретинальной и интраретинальной жидкости преимущественно к 3-му месяцу наблюдения. В группе контроля положительной динамики в виде уменьшения толщины сетчатки наблюдалось в сроки до 1 месяца, в последующем имело место нарастание.

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.

Выводы. Обобщая результаты многочисленных исследований, можно сказать, что комбинированная терапия макулярного отека приводит к стойкому повышению остроты зрения, быстрому и стабильному сокращению отека сетчатки и снижению риска развития и прогрессирования дистрофического процесса в макулярной зоне.

Комбинированная терапия отличается многокомпонентностью и патогенетической ориентированностью, что способствует повышению эффективности функциональной реабилитации пациентов.

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

Агмадов А.М., ассистент
Байрамова Г.Ф., студентка 5 курса лечебного факультета

Кафедра глазных болезней №2 с усовершенствованием врачей ДГМА
Научный руководитель: д.м.н. проф. Исмаилов М.И.

Актуальность. Кератоконус_- это врожденное дегенеративное невоспалительное заболевание роговицы, характеризующееся прогрессирующим истончением роговицы с выпячиванием ее центральных отделов, формированием миопической рефракции иррегулярного астигматизма. В 20% случаев происходит активное прогрессирование кератоконуса и, как правило, манифестирует в пубертатном периоде. Процесс прогрессирования кератоконуса в наибольшей степени происходитв том возрасте, когда человеку необходимо учиться и приобретать профессиональные навыки. Прогрессирование кератоконуса может приводить к значительного снижению зрительных функций ,а значит, и качества жизни пациентов. Частота кератоконуса в общей популяции составляет 1:2000. однако, в последнее время отмечается увеличение частоты этой патологии до 1:400-1:600. Это связывают с ухудшением экологии, а в некоторых республиках — и с этнодемографическими особенностями (близкородственные браки, компактные поселения), а также с появлением в клинической практике современной диагностической техники, позволяющей выявить заболевание на ранних, часто субклинических стадиях.

Цель исследования. Целью настоящего исследования является 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 хирург, а также повышение общей комплаентности пациентов с кератоконусом.

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 коррекции, рефракцию и преломляющую силу роговицы на автоматическом рефрактометре корейской фирмы Huvits MRK-3100 (Япония), оптичнскую когерентную томографию.

Методика проводится следующим образом. Проводится местная анестезия алкаином оперируемого глаза за 10мин до операции и непосредствено перед операцией. Формируется эпителиальный лоскут с помощью эпикератома Epi-K фирмы Moria. Данный способ формирования эпителиального лоскута имеет ряд преимуществ: практически отсутствуют риски биомеханического повреждения лоскута, существующие при применении Lasik; при этом система не срезает и не повреждает боуменову мембрану; лезвие не имеет острого края, эпителий остается жизнеспособным (80%); не используются химические средства для деэпителизации до операции, во время и после операции. Эпителиальный лоскут отводится кверху, толщина формируемого лоскута 40-50мкм. Далее производится, так называемая, кастомизированная абляция. Для этого предварительно проводится кератотопография, позволяющая выявить индивидуальные рефракционные анаомалии каждого конкретного глаза. Данные кератотопографа переносятся в компьютер эксимерлазерной установки Allegretto Wave eye-q и, с помощью специального программного обеспечения Topography-guided customized ablation (T-CAT), на основе их анализа моделируется алгоритм персонализированной (кастомизированной) абляции. Далее закапывают раствор рибофлавина 0.5% до полного прокрашивания стромы роговицы желтым пигментом. После прокрашивания поверхность обнаженной роговицы промывают физиологическим раствором и эпителиальный лоскут накладывается на свое исходное место. Далее проводится процедура кросслинкинга с помощью прибора IROC UV-X; луч прибора фокусируется на вершине роговицы. УФ облучение проводят в течении 10 мин с периодическим закапыванием рибофлавина 0,5% каждые 5мин. Мощность излучения 9мВт/см2. После операции оперированный глаз промывается физиологическим раствором, инстиллируют антибактериальные, корнеопротекторные, противовоспалительные препараты (тобрекс, макситрол, корнерегель). Контактную линзу снимают через 2-4 дня после операции.

Результаты исследования. Результаты комбинированного лечения кератоконуса будут оцениваться в разные сроки операции (1 месяц,3 месяца, 6 месяцев и 1 год). На

данном этапе исследования приведены предварительные результаты в сравнении с показателями стандартной процедуры кросслинкинга (у 17 пациентов) через 7 дней, 1 месяц, 2 месяца.

Таблица № 1. Сравнительный анализ со стандартной процедурой кросслинкинга.

Показатель	**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

На следующий день после операции пациенты указывали на наличие небольшого помутнения зрения. Со 2 дня после операции пациенты стали отмечать уменьшение мутности зрения. С 5 дня после процедуры пациенты стали отмечать улучшение остроты зрения.

Выводы. По данным предварительных результатов проведения T-CAT Epilasik с акселеративным кросслинкингом острота зрения без коррекции улучшилась на 2-3 строчки, с максимальной коррекцией на 3-4 строчки. По предварительным данным данная методика значительно улучшает качество зрения пациентов.

ПОКАЗАТЕЛИ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ

Идрисова М.А., аспирант
Махтибекова П.А., аспирант
Таибова Д.У., аспирант

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., проф. Эседова А.Э.

Актуальность. Остеопороз и ожирение являются широко распространенными заболеваниями у людей после 50 лет и связаны с изменениями строения и состава тела. Обе болезни имеют генетическую основу и подвержены различным влияниям окружающей среды и обе могут присутствовать у одного пациента одновременно, многократно усиливая свое патологическое влияние. По данным денситометрии распространенность остеопороза в России составляет 30,5-33,1% женщин в возрасте 50 лет и старше. С наступлением менопаузы более чем у 50% женщин наблюдается увеличение массы тела. Гормональная перестройка организма вследствие возрастной инволюции репродуктивной системы сопровождается изменением композиционного состава тела, способствует формированию постменопаузального метаболического синдрома. Едва ли не единственным положительным аспектом наличия ожирения ранее считался его протективный эффект в отношении развития остеопороза. Однако последние данные показывают, что тучные женщины имеют более низкие показатели формирования кости, которые измеряются биохимическими маркерами, предполагая, что увеличение жировых отложений подавляет образование новых коллагеновых структур. Так как жировая ткань является активным эндокринным органом, она может влиять на костную массу самостоятельно или опосредованно – через продукцию адипокинов (лептин и адипонектин). Таким образом, несмотря на многочисленные свидетельства того, что жировая ткань защищает скелет, число исследований, свидетельствующих об обратном, увеличивается.

Цель: изучение состояния костного метаболизма и кальций - фосфорного обмена у женщин в постменопаузе в зависимости от наличия или отсутствия ожирения, а также уровня лептина и адипонектина.

Материалы и методы исследования. В исследование вошли 165 женщин в постменопаузальном периоде. Возраст пациенток составил 40-70 лет с физиологической постменопаузой длительностью более 2 лет. Женщины были разделены на две группы: в 1-ю группу (основную) вошли 83 женщины с абдоминальным типом ожирения (индекс

массы тела (ИМТ) 36,6 ± 3,3 кг/м^2), окружность талии (ОТ) 101 ± 5,0см, во 2-ю группу (контрольную) вошли 82 здоровые женщины (ИМТ 24,2 ± 2,2 кг/м^2), ОТ 82,5±3,6см.

Минеральную плотность костной ткани (МПКТ) определяли методом двухэнергетической рентгеновской абсорциометрии (ДЭРА) с помощью аппарата Lunar Prodigy в поясничном отделе позвоночника (L_1 – L_4), шейке бедренной кости, большом вертеле, треугольнике Варда. Состояние кальций - фосфорного обмена определяли с помощью ионселективного электрода на анализаторе электролитов Микролит 3+2 фирмы «Kone» (Финляндия). О состоянии костного формирования судили по содержанию в сыворотке крови остеокальцина (ОК), которое определяли иммунорадиометрическим методом с помощью набора Cis Bio International (Франция), и содержанию костной щелочной фосфатазы (КЩФ), которое определяли иммуноферментным методом с использованием моноканальных антител с помощью коммерческих наборов Alkphase-B (США). Состояние костной резорбции оценивали посредством определения уровня С-концевых телопептидов (CT_x), образующихся при деградации коллагена I типа во второй утренней порции мочи и в сыворотке крови иммуноферментным методом с использованием тест-систем Cross Laps ELISA фирмы «Osteometer Bio Tech». Активность костной резорбции также определяли колориметрическим методом по экскреции оксипролина (ОПР) – ОПР с мочой натощак по отношению к экскреции креатинина (Кр) (ОПР/Кр, мкг/мкмоль/Кр). Определение уровня лептина и адипонектина в сыворотке крови проводилось методом иммуноферментного анализа наборами Human Leptin ELISA *(Diagnostics Biochem Canada Inc.) и Human Adiponectin ELISA (Bio Vender).*

Результаты исследования обрабатывали при помощи пакета статистических программ Microsoft Excel-98, при этом соблюдались общие рекомендации для медицинских и биологических исследований. Определялись средние арифметические величины (M) и их ошибки (m). С целью выявления значимости (достоверности) различий сопоставляемых средних величин применялся t-критерий Стьюдента и F-критерий Фишера с учетом неоднородности дисперсий в исследуемых группах. Разница средних величин считалась достоверной при $p<0,05$. Для определения характера связи между изучаемыми параметрами применялся корреляционный анализ с вычислением коэффициента корреляции r и последующим установлением его значимости по критерию t Стьюдента, а также использовались коэффициенты линейной корреляции Пирсона, коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Для оценки вклада ряда клинико-инструментальных и лабораторных показателей в снижение костной массы было использовано регрессионное моделирование с расчетом многомерных пошаговых регрессий.

Результаты исследования. В обследуемых группах не выявлено изменений в показателях кальций - фосфорного обмена и уровня паратгормона, относительно нормы.

Было установлено, что гиперлептинемия выявлена у 93% женщин с ожирением и 51% женщин контрольной группы. Достоверных различий по адипонектину в исследуемых группах нет. Лептин прямо пропорционально коррелировал с МПКТ позвоночника ($r=0,25$, $p<0,05$) и проксимального отдела бедра ($r=0,34$, $p<0,001$). В регрессионном анализе связь лептина с МПКТ осталась высоко достоверной. Обратная корреляция МПКТ в проксимальном отделе и шейке бедра с адипонектином ($r= -0,25$, $p<0,05$ и $r= -0,28$, $p<0,01$ соответственно) после регрессионного анализа не подтвердилась.

При сравнении показателей кальций - фосфорного обмена, маркеров костного метаболизма, МПКТ, лептина в 1 и во 2 группах было выявлено, что во 2 группе уровень кальция ($p=0,003$) и фосфора ($p=0,022$) в крови ниже, а уровень лептина выше, чем в 1 группе ($p<0,00001$). По остальным показателям костного метаболизма статистически значимых различий между группами не выявлено.

В группе женщин с ожирением выявлена положительная зависимость между уровнем лептина, ИМТ и содержанием жировой ткани, и отрицательная зависимость между уровнем адипонектина, ИМТ и содержанием жировой ткани. Зависимости между уровнем лептина, адипонектина и маркерами костного метаболизма обнаружено не было. За исключением отрицательной корреляции лептина с уровнем кальция и положительной с уровнем щелочной фосфатазы крови ($r=0,007$).

Таким образом, учитывая значимую положительную корреляцию лептина с МПКТ позвоночника и проксимального отдела бедра, которая подтвердилась в регрессионном анализе, можно предположить, что сама по себе жировая масса не оказывает какого-либо существенного эффекта на костную ткань, а ее действие опосредовано через продукцию лептина. Необходимо отметить, что большинство исследований показывают прямую связь лептина в сыворотке крови с МПКТ у человека, другие – обратную. Комплексное действие лептина на кости можно объяснить его способностью, действовать положительно непосредственно в периферических тканях или отрицательно, через центральные механизмы регуляции, приводящие к активации симпатической нервной системы. Поэтому было выдвинуто предложение о «двойном контроле» лептина за формированием костей. Адипонектин отрицательно коррелировал с МПКТ проксимального отдела бедра, но в регрессионном анализе не показал независимого и значимого эффекта на костную ткань. В нескольких зарубежных работах была обнаружена обратная корреляционная связь адипонектина с МПКТ позвоночника и шейки бедра, после поправки на жировую массу, однако в других исследованиях эта связь не

подтвердилась. Таким образом, действие адипонектина на костную ткань неоднозначно и требует дальнейшего изучения.

Выводы. Таким образом, у женщин с ожирением уровень лептина статистически значимо превышал норму и встречался в 93% случаев, тогда как достоверных различий в показателях адипонектина по группам установлено не было. Имеется значительная положительная зависимость между лептином и щелочной фосфатазой (r=0,007), ИМТ и содержанием жировой ткани в организме, и отрицательная зависимость между лептином и уровнем кальция в крови. Установленная достоверная положительная корреляция лептина с МПКТ позвоночника и проксимального отдела бедра позволяет предположить, что жировая масса не оказывает самостоятельного эффекта на МПКТ и ее действие опосредовано продукцией адипокинов. Тем не менее, многие вопросы еще остаются открытыми и требуют дальнейшего изучения в связи с высокими темпами распространения ожирения и остеопороза, пагубно влияющих на качество жизни женщин.

ЛИПИДНЫЙ ПРОФИЛЬ И ОСТЕОПОРОЗ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ

Идрисова М.А., аспирант
Махтибекова П.А., аспирант
Таибова Д.У., аспирант

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., проф. Эседова А.Э.

Актуальность. Ожирение и остеопороз – два метаболических заболевания, распространенность которых сильно возросла за последние десятилетия. Эти два нарушения, ранее считавшиеся взаимоисключающими, имеют ряд особенностей и представляют спектр проблем для клиницистов.

Интерес к изучению связи холестерина и его фракций в сыворотке крови с костной массой вызвали знания об общем происхождении остеобластов и адипоцитов из мезенхимальных стволовых клеток. Научные исследования последних лет свидетельствуют о том, что дислипопротеидемия и низкая минеральная плотность костной ткани (МПКТ) – не единственные, но основные факторы риска остеопороза, частота которых значительно возрастает после наступления менопаузы.

Дислипопротеидемия часто сочетается с избыточной массой тела (ИМТ) и особенно с абдоминальным типом ожирения. Абдоминальный жир легко подергается действию липолитических факторов и при этом в кровоток выбрасывается значительное количество свободных жирных кислот, которые утилизируются в печени путем превращения в

глюкозу или через синтез триглицеридов (ТГ). Повышенный синтез ТГ в печени ведет за собой повышение синтеза основного белка холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛНП) и холестерина липопротеидов очень низкой плотности (ХС ЛОПН) – аполипопротеина (апо) В и увеличение секреции в кровоток ХС ЛОПН. Таким образом, содержание ТГ в крови прямо коррелирует с массой висцеральной жировой ткани и обратно с массой подкожного жира.

Таким образом, разноречивые результаты предыдущих исследований взаимосвязи МПК с липидным профилем послужили поводом для проведения данного исследования.

Цель исследования: изучить связь липидного профиля с костной массой у женщин в постменопаузе на фоне ожирения.

Материал и методы. В исследование вошли 165 женщин в постменопаузальном периоде. Возраст пациенток составил 40-70 лет с физиологической постменопаузой длительностью более 2 лет. Женщины были разделены на две группы: в 1-ю группу (основную) вошли 83 женщины с абдоминальным типом ожирения (ИМТ 36,6 ± 3,3 кг/м^2), окружность талии (ОТ) 101 ± 5,0 см (концентрация общего холестерина (ОХС) плазмы крови составила 6,9±1,8 ммоль/л; уровень триглицеридов (ТГ) – 2,9±0,6 ммоль/л; холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) – 0,79±0,2 ммоль/л; холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) – 4,1±0,8 ммоль/л; холестерин липопротеидов очень низкой плотности (ХС ЛПОНП) – 0,8±0,25 ммоль/л), во 2-ю группу (контрольную) вошли 82 здоровые женщины (ИМТ 24,2 ± 2,2 кг/м^2), ОТ 82,5±3,6 см. МПКТ определяли методом двухэнергетической рентгеновской абсорциометрии (ДЭРА) с помощью аппарата Lunar Prodigy в поясничном отделе позвоночника (L_1 – L_4), шейке бедренной кости (Neck), проксимальном отделе бедра. Однократное определение липопротеидов крови проводилось ферментными наборами на автоанализаторе Konelab - 20. Результаты исследования обрабатывали при помощи пакета статистических программ Microsoft Excel-98, при этом соблюдались общие рекомендации для медицинских и биологических исследований.

Результаты и обсуждения. Анализ показателей МПКТ в группе пациенток с абдоминальным типом ожирения (1 группа) и с показателями МПКТ в группе здоровых (контрольной) женщин (2 группа) выявил, что в 1 группе 24 (20%) пациента имели нормальные показатели МПКТ, у 36 (67,7%) диагностирована остеопения и у 23 (13,3%) зарегистрирован остеопороз. Во 2 же группе отмечено, что у 19 (27,7%) пациентов имелись нормальные показатели МПКТ, у 40 (55,4%) - остеопения и у 23 (16,8%) – остеопороз. В данном исследовании было также установлено, что все атерогенные фракции липопротеидов достоверно выше у женщин с ожирением, по сравнению с

группой контроля.

При оценке связи показателей липидного профиля с костной массой установлено, что ОХС обратно, а ТГ прямо пропорционально коррелировали с МПКТ в проксимальном отделе бедра, тогда как уровень ХС ЛВП показал достоверную отрицательную связь с МПКТ не только в проксимальном отделе бедра, но и в поясничном отделе позвоночника, что уже было отмечено в ранее проведенных исследованиях в этой области.

Таким образом, была обнаружена слабая отрицательная связь МПКТ проксимального отдела бедра с ОХС и положительная связь с ТГ, тогда как между ХС ЛВП и МПКТ во всех измеренных отделах скелета была обнаружена парадоксальная отрицательная связь, которая в регрессионном анализе сохранилась только с МПКТ шейки бедра.

Интересно, что по данным целого ряда исследований установлено, что окисленные ХС ЛНП индуцируют экспрессию клетками сосудистого эндотелия моноцитарного хемотаксического фактора и макрофагального колониестимулирующего фактора, которые в свою очередь являются индукторами дифференцировки остеокластов. Таким образом, окисленные ХС ЛНП потенциально могут стимулировать опосредованную остеокластами резорбцию костной ткани и развитие остеопороза. ХС ЛВП, ингибируя процесс окисления ХС ЛНП, вероятно должны уменьшать резорбцию костной ткани, однако, этот механизм на сегодняшний день, как и влияние окисленных липидов на остеокласты, остается не уточненным.

Другие авторы указывали на возможность изменения связи между МПКТ и ХС ЛПВП с положительной в репродуктивном периоде на отрицательную после наступления менопаузы. Противоречивые данные о концентрации липопротеидов в крови и количестве костной массы отчасти могут быть объяснены: разными методическими подходами исследователей, генетическими факторами, изменениями в соотношениях отдельных фракций липопротеидов и концентраций эстрогенов в крови в зависимости от возраста и длительности постменопаузы.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что атерогенные изменения в липидном профиле могут являться предпосылкой для формирования остеопенического синдрома в постменопаузе. Результаты данного исследования позволяют предположить, что нарушения липидного обмена являются одними из звеньев патогенеза остеопороза. Подводя итог вышеизложенного можно заключить, что многочисленные противоречивые литературные данные о взаимосвязи данных патологических процессов, дальнейшие исследования проблемы остеопороза и ожирения у женщин в постменопаузе представляются важной задачей современной медицины, и

требуют изучение более углубленного.

СТОМАТОЛОГИЯ

КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ БЛИЖАЙШИХ И ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ НЕПОСРЕДСТВЕННОГО ИМПЛАНТАЦИОННОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПРОТЯЖЕННЫМИ КОНСТРУКЦИЯМИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИМПЛАНТАТОВ «НОБЕЛЬ СПИДИ ГРУВИ» И «НОБЕЛЬ ПАРАЛЛЕЛ КОНИКАЛ КОННЕКШЕН» У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ

Розов Р.А., Азарин Г.С., Герасимов А.Б., Кобзев С.А.

Кафедра ортопедической стоматологии и материаловедения с курсом ортодонтии ГБОУ ВПО ПСПбГМУ им.акад.И.П.Павлова (Зав.каф.З.д.н. РФ, профессор, д.м.н. В.Н.Трезубов, г. Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого 6/8, dr.rozov@gmail.com)

Актуальность. При непосредственном имплантационном протезировании широко используют имплантаты «Нобель Спиди Груви» (P.Malo, 2015, A.Pozzi, 2014, M.Mozatti, 2013), имеющие классическую геометрию и параллельные стенки. Так, по данным E.Agliardi (2010), при протезировании больных с полным отсутствием зубов, и при введении дистальных имплантатов под углом, значение показателя выживаемости составило 98,36% для верхней челюсти, и 99,7% для нижней челюсти. В недавнем (2015) мета-анализе исследований, посвященных наклоненным имплантатам, проведенном B.R.Chrcanovic под руководством T.Albrektsson, было показано отсутствие клинически значимых различий между имплантатами, введенными под углом, и таковыми установленными по оси. Состояние тканей, окружающих наклоненные имплантаты, по данным ретроспективного анализа N.Cavalli (2015), не отличается по частоте возникновения мукозита и периимплантита от состояния тканей вокруг имплантатов, введенных прямо. Тем не менее, конструктивные особенности каркаса имплантационного протеза (в т.ч. наличие дистально свободно висящих элементов тела протеза), влияют на выживаемость протезов и имплантатов (D.F.Galdino, 2012). Несмотря на это, в отечественной специальной литературе вопросу непосредственного имплантационного протезирования протяженными конструкциями, и в особенности у больных с тяжелой клинической картиной, уделено крайне мало внимания.

Цель: повышение качества непосредственного имплантационного протезирования протяженными конструкциями у больных с тяжелой клинической картиной.

Материалы и методы. С помощью клинических и параклинических (ортопантомография, КЛКТ) методов проведено обследование 32 больных, протезированных нами с использованием имплантатов «Нобель Спиди Груви» (164 имплантатов) и «Нобель Параллел Коникал Коннекшен» (52 имплантата). Среднее

значение возраста: 57 лет. Удельный вес болезней сердца в группе обследованных больных составил 33%. Курение табака отмечено у 24% больных, наличие аллергии- у 16%, бруксизм был определен у 15%. Основным диагнозом (84%) являлся хронический генерализованный пародонтит, осложненный частичной потерей зубов. В остальных случаях – полное отсутствие зубов. Всем больным проводилось одномоментная имплантация под общим обезболиванием с последующим непосредственным протезированием протяженными полимерными имплантационными конструкциями, фиксирующихся окклюзионными винтами как напрямую к платформе имплантатов, так и к универсальным имплантационным головкам, предварительно фиксированными в ходе операции к имплантатам для оптимизации осей оттискных переходников и фиксирующих конструкции винтов. Временные протезы создавались в артикуляторе «Референс» (ГаммаДентал, Австрия) из пластмассы «Анаксдент Нью Аутлайн, Германия) с использованием стандартных титановых оснований и гарнитуров искусственных зубов «Вита МФТ/Физиоденс» (Германия). Все непосредственные протезы фиксировались спустя 9±2,5 часа. Для исключения в протезах свободно висящих тел дистально, имплантаты вводились в области верхней челюсти под углом до 35-40°, обходя верхнечелюстную пазуху так, что наиболее дистальный имплантат вводился под неё в бугор верхней челюсти. Значение показателя первичной стабилизации достигало 43±11Н/см. Всем больным в послеоперационном периоде назначались: амоксициллин с клавулановой кислотой 625 мг, эторикоксиб, лоратадин. Контрольное обследование и гигиенический контроль проводились на следующие сутки, спустя 2 и 6 недель, а также 4 и 6 месяцев. Рентгенологический контроль (ОПТГ) проводился в день операции, спустя 6 недель, и 2 и 6 месяцев. Постоянное протезирование проводилось на верхней челюсти спустя 5-6 месяцев. Протезы создавались с использованием технологии «Процера» (США), и в качестве каркасов были использованы конструкции, полученные компьютерным фрезерованием из титана (45%) и диоксида циркония (55%). Коррекция индивидуальной программы гигиены осуществлялась после 6 недель и после 4-го месяца. Для оценки качества жизни больных до и после имплантационного протезирования использованы анкеты собственной разработки. Полученные данные обработаны с использованием статистической программы SAS®9.4.

Результаты. Применение имплантатов «Нобель Спиди Груви» и «Нобель Параллел Коникал Коннекшен» с параллельными стенками оказалось эффективным на хирургическом этапе при тяжелой клинической картине, когда невозможно использовать специальный хирургический шаблон, и объем кости ограничен, поскольку их введение в созданный в кости канал отличалось высокой предсказуемостью, а также достаточной

первичной стабильностью за счет более агрессивной верхушки. Наличие в ассортименте имплантатов большей длины (5*18мм, использованы в 11,6% случаев) позволило отказаться от вмешательств на верхнечелюстной пазухе, а также избежать свободно висящих тел непосредственных протезов, при постановке имплантатов со значительным углом наклона, добиваясь при этом их бикортикальной фиксации.

Значение суммарного показателя выживаемости имплантатов «Нобель Спиди Груви» и «Нобель Параллел Коникал Коннекшен» спустя 6 месяцев пользования непосредственными полимерными протезами составил 99,1% (утрачено 2 имплантата на верхней челюсти). Выживаемость непосредственных полимерных протезов составила 98,4%. Спустя 18 месяцев значение этого показателя – 98,6%. Мукозит тканей, окружающих имплантаты, спустя 18 месяцев нами отмечен у 11,6% имплантатов, периимплантит – у 2,3% опор.

Выводы. Использование имплантатов «Нобель Спиди Груви» и «Нобель Параллел Коникал Коннекшен» у больных с тяжелой клинической картиной позволяет создавать протяженные конструкции непосредственных зубных протезов, которые обеспечивают и высокие показатели выживаемости самих искусственных опор, сопоставимые с таковыми при отсроченной имплантации. Обеспечение больных с тяжелой клинической картиной при множественном удалении зубов непосредственными протезами в день операции значительно улучшает качество их жизни за счет восстановления эстетики улыбки и функций речи и жевания, а также мотивирует их к сохранению полученного результата за счет соблюдения индивидуальной профилактической и гигиенической программы.

СОСТОЯНИЕ МИКРОФЛОРЫ ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ, ПОДГОТОВЛЕННЫХ К ХИРУРГИЧЕСКИМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ

[1]Ахмедов К.Г., студент 4 курса стоматологического факультета,
[2]Гаджиева Д.Ф. студент 5 курса стоматологического факультета,
[2]Дибирова П.Ш. студент 4 курса стоматологического факультета

[1]Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова МЗ РФ
[2]Дагестанская государственная медицинская академия МЗ РФ
Научный руководитель: д.м.н., доц. Ахмедов Г.Д.

По данным литературы при амбулаторных хирургических вмешательствах в полости рта - операциях дентальной имплантации, удалении третьего моляра, цистэктомии и др. у 3 - 17 % пациентов отмечается инфекционно-воспалительные осложнения и на течение после операционного периода и исход операции в полости рта оказывает влияние

пародонтопатогенная микрофлора, активность которой связана с иммунологической реактивностью организма. (О.Ю. Калашникова, 2000; В.И. Чувилкин, 2000; Т.Г. Робустова, 2003; А.М. Панин, 2004; Г.Д. Ахмедов, 2006; A. Mombelli et al., 1998; T. Nakajima et al., 1998; Hahn, 2002; R. Baer, 2003; J.A. Hobkirk et al., 2003).

Цель работы: исследовать микрофлору в полости рта у пациентов при амбулаторных хирургических вмешательствах для совершенствования лечения и профилактики инфекционно-воспалительных осложнений.

Для этого нами проведены наряду с общеклиническими методами обследования и микробиологические исследования микрофлоры полости рта: определение количественного и качественного состава микрофлоры полости рта (слизистой оболочки в области установки дентального имплантата, операции цистэктомии, удаления третьего моляра,) с отбором материала для бактериологических исследований ватным тампоном, обтирая поверхность слизистой оболочки поверхности щек, десен и языка, из десневых карманов – платиновой петлей, из зубных каналов – с помощью стоматологических зондов, обернутых стерильной ватой, либо ватных или бумажных фитильков.

Материалы и методы исследования. Нами проведены микробиологические исследования у 64 пациентов из них у 22 пациентов подготовленных к дентальной имплантации, 21 пациента с ретенцией и дистопией третьего моляра и 21 пациента с радикулярной кистогранулемой.

Результаты исследований микробной обсемененности у пациентов в первые сутки при дентальной имплантации показали исследования: S.sanguis – 3,8±0.21; S.salivarius – 3,2±0,20; Peptostreptococcus anaerobius – 3,0±0,20; Corynebacterium spp. – 2,8±0,20; Prevotella oralis – 2,3±0,20; Prevotella intermedia – 2,0±0,19; Fusobacterium spp. – 2,7±0,20.

У пациентов подготовленных к удалению третьего моляра: S. sanguis- 6,8±0,21 ; S.salivarius – 2,1±0,20; S. milleri – 5,7±0,21; Peptostreptococcus anaerobius – 4,5±0,21; Corynebacterium spp.- 2,7±0,21; Prevotella intermedia – 5,7±0,21; Fusobacterium spp. – 5,6±0,19; Actinomyces spp. – 3,7±0,21. У пациентов с цистэктомией: S. sanguis- 4,6±0,20; S.salivarius – ; Peptostreptococcus anaerobius – 4,0±0,20; Peptostreptococcus micros – 6,3±0,20; Corynebacterium spp.- ; Prevotella intermedia – 3,7±0,20; Fusobacterium spp. – 4,6±0,20.

Выделение вирулентных анаэробных бактерий родов Prevotella, Porphyromonas, Fusobacterium, а также видов Streptococcus intermedius, Actinomyces naeslundii у пациентов, которым показаны амбулаторные хирургические операции в полости рта, является фактором риска развития возможных инфекционно-воспалительных осложнений в послеоперационном периоде.

Таким образом проведенные нами исследования позволяют сделать вывод, что для эрадикации операционной зоны от представителей вирулентных видов бактерий при одновременной сохранности представителей стабилизирующих резидентных видов необходимо переоперационная профилактика с использованием антибиотиков и иммунотропных препаратов.

ОСОБЕННОСТИ ИМПЛАНТАЦИОННОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПРОТЯЖЕННЫМИ КОНСТРУКЦИЯМИ ПАЦИЕНТОВ С БРУКСИЗМОМ

Розов Р.А., Азарин Г.С., Герасимов А.Б., Эмдин Л.М.
Кафедра ортопедической стоматологии и материаловедения с курсом ортодонтии ГБОУ ВПО ПСПбГМУ им.акад.И.П.Павлова (Зав.каф.З.д.н. РФ, профессор, д.м.н. В.Н.Трезубов, г.Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого 6/8, dr.rozov@gmail.com)

Актуальность. По данным литературы известно, что распространенность ночного бруксизма (F45.8 по МКБ 10) 8-9% среди взрослого населения (G.J.Lavigne, 1997). При этом в 70% случаев бруксизм сочетается у больных с дисфункцией ВНЧС, хронической головной болью и другими болезнями головы и шеи. Клиницисты не имеют чётких сведений о влиянии бруксизма на значение показателя выживаемости имплантатов (B.R.Chrcanovic, T.Albrektsson, 2015), хотя известно, что у пациентов с бруксизмом клинические осложнения (сколам облицовки протезов, их переломам, а также переломам фиксирующих имплантационных винтов и пр.) происходят в 4-6 раз чаще (U.Brägger, 2001, F.Lobbezoo, 2006, R.P.Kinsel, 2009, A.Johansson, 2011). Очевидно, что бруксизм является (биомеханическим) фактором риска (B. Rangert, 1995, C.E.Misch, 2002, Yi Zhou, 2015) для имплантационного протезирования, и его наличие необходимо учитывать при планировании ортопедического лечения, в т.ч. с использованием имплантатов (D.Manfredini, 2011). Не существует стандартов и алгоритмов ведения больных с бруксизмом, в особенности протезируемых имплантационными конструкциями большой протяженности.

Цель. Совершенствование имплантационного протезирования протяженными конструкциями пациентов с бруксизмом.

Материалы и методы. С помощью клинических и параклинических методов обследовано 36 больных с бруксизмом (средний возраст- 46 лет). Обследование проводилось с помощью клинических (опрос, пальпация жевательных мышц, измерение степени открывания рта и др.) и параклинических методов обследования (поверхностная электромиография жевательных и височных мышц с использованием прибора «Синапсис», цифровая аксиография «CADIAX», рентгенологическое [ортопантомография, профильная телерентгенография]). Для оценки субъективного статуса использовали

цифровую визуально-аналоговую шкалу, установленную в виде приложения «vasQ Clinical» на iPad. Все больные протезированы нами (по собственному клинико-технологическому алгоритму) конструкциями большой протяженности. Каркасы всех конструкций получены с использованием технологии компьютерного моделирования и фрезерования. Облицовку имплантационных конструкций проводили на основании данных повторной аксиографии на этапе пользования непосредственными имплантационными конструкциями в артикуляторах «Reference SL» [GAMMA dental]. Контрольное обследование проводили через месяц, два и спустя полгода. В качестве конструкционных материалов каркасов протезов в 30,7% использован кобальтохромовый сплав, титан - в 17,4%, и 51,9% каркасов были выполнены из диоксида циркония. Керамикой были облицованы 82,6% каркасов имплантационных протезов, остальные - полимерами. Все конструкции фиксировались окклюзионными винтами, и имели от 6 до 14 звеньев. В качестве предварительного ортопедического лечения во всех случаях применялись миорелаксационные шины, а затем стабилизационные сроком на 2-4 месяца, при конструировании которых использовались данные рентген-цефалометрического анализа гнатической части лица. При этом для мезоцефалического типа строения лицевого черепа резцовый штифт поднимался на 8,7±1,8 мм, а для брахицефалического – на 9,8±0,9 мм. Всем больным с выраженной гипертонией жевательных мышц и слабым ответом на предварительное лечение с использованием окклюзионной шины (14 чел.) проводились инъекции ботулинического токсина типа А по 300ЕД суммарно («Диспорт») под контролем портативного электромиографа «МИСТ» за 2 недели до операции имплантации в жевательные, височные, латеральные и медиальные крыловидные мышцы; после введения назначали эторикоксиб 90 мг. однократно. Проводили одномоментную имплантацию с использованием 6-10 имплантатов «Нобель Риплейс Груви/Спиди Груви» на одной и/или обеих челюстях и в этот же день фиксировались полимерные непосредственные имплантационные конструкции. Контрольные обследования проводили спустя 2 недели после операции, 2 и 4 месяца с использованием ЭМГ-контроля. Спустя 5,5 месяцев после операции имплантации, до наложения и фиксации постоянных имплантационных конструкций зубных протезов, всем больным повторно проводили инъекции ботулинического токсина типа А. Через 2 недели после повторных инъекций проводили фиксацию постоянных имплантационных конструкций. Контрольное обследование проводили через месяц. Спустя 12-18 месяцев после протезирования проведено контрольное обследование всех больных. Полученные данные обработаны с использованием статистической программы SAS®9.4.

Результаты. Анализ отдаленных результатов имплантационного протезирования

больных с бруксизмом по разработанному нами алгоритму показал высокое качество функциональности и эстетики конструкций. Значение суммарного показателя выживаемости имплантатов составило 97,8%, что соответствует таковому значению у пациентов, не имеющих бруксизма. Функциональные сколы керамической облицовки нами зарегистрированы у 9,4% звеньев протяженных имплантационных конструкций.

Выводы. Протезирование больных с бруксизмом имплантационными конструкциями большой протяженности требует большого арсенала диагностических и лечебных ресурсов. Его нужно проводить с обязательным последовательным предварительным лечением в т.ч. с использованием стабилизационных окклюзионных шин. Снятие мышечной гипертонии и достижение стабильной окклюзии у данной группы больных является, безусловно, является залогом успешного функционирования жевательно-речевого аппарата.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ, СОЧЕТАННОГО С КАТАРАЛЬНЫМ ГИНГИВИТОМ

Юзбекова З.Р., молодой ученый, Меджидов М.Н., доцент,
Меджидова Н.Д., молодой ученый

Кафедра терапевтической стоматологии ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., доц. Меджидов М.Н.

Актуальность. Красный плоский лишай — это хроническое воспалительное заболевание, сопровождающееся гиперкератозом. Распространенность красного плоского лишая среди других заболеваний слизистой оболочки рта составляет 10—35%. Из всех форм красного плоского лишая наибольшие сложности в лечении существуют у пациентов с эрозивно-язвенной формой, сопровождающейся десквамативным гингивитом.

Цель исследования: повышение эффективности лечения красного плоского лишая слизистой оболочки рта, сопровождающегося десквамативным гингивитом.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 30 больных красным плоским лишаем (в возрасте от 35 до 55 лет, с давностью заболевания от 3 месяцев до 4 лет). Пациенты были разделены на 2 группы по 15 человек. В контрольной группе (15 человек) проводилось лечение общепринятыми препаратами местного действия. В группе сравнения (15 человек) проводилось сочетанное лечение препаратами местного действия и препаратами общего действия (ликопид и делагил).

В обеих группах лечение начинали с устранения местных раздражающих факторов (курение, алкоголь, острая и горячая пища, раздражающая пища) и санации полости рта.

Всем пациентам было рекомендовано лечение сопутствующей соматической патологии и наблюдение у врачей-интернистов.

В первой группе лечение проводили общепринятыми препаратами местного действия — ванночками с растворами антисептиков (риванол, гексорал, тантум-верде), для обезболивания применяли — ванночки 0,1 % раствором димедрола, для снятия отекя — ванночки с вяжущими, дубящими отварами трав (шалфей, ромашка, зверобой), для эпителизации — эпителизирующие мази (солкосерил, камистад, холисил).

В лечение пациентов второй группы были добавлены препараты общего действия — лекарственный препарат антихингаминового ряда делагил и иммунокорректор «Ликопид».

Результаты. По результатам лечения через 2 недели у пациентов 1-й группы наблюдалось снижение интенсивности воспаления, уменьшение болезненных ощущений и эпителизация эрозий на слизистой оболочке щек. Однако у 12 пациентов из 15 сохранялось воспаление тканей десневого края, сопровождаемое отёком, гиперемией и десквамацией поверхностного эпителия.

Во 2-й группе также наблюдалась положительная динамика, характеризующаяся снижением интенсивности воспалительного процесса, уменьшением болезненных ощущений и эпителизацией эрозий. Состояние десневого края было намного лучше, чем у пациентов первой группы. Только у 2 пациентов из 15 сохранялась гиперемия и десквамация в области прикрепленной десны; у 10 пациентов — сохранялась незначительная гиперемия десневого края; у 3 пациентов — признаков десквамативного гингивита не наблюдалось.

Выводы. Результаты проведенного исследования показали необходимость сочетанного (общего и местного) лечения пациентов с эрозивно-язвенной формой красного плоского лишая, сопровождающегося десквамативным гингивитом. Для лечения могут быть рекомендованы препараты антихингаминового ряда (делагил) в сочетании с иммунокорректором (ликопид).

ОЦЕНКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СРЕДСТВ ПРИРОДНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ДЛЯ УХОДА ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА У ПАЦИЕНТОВ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ

Юзбекова З.Р., молодой ученый, Меджидов М.Н., доцент,
Меджидова Н.Д., молодой ученый

Кафедра терапевтической стоматологии ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., доц. Меджидов М.Н.

Актуальность. Высокая распространенность заболеваний пародонта, длительное хроническое течение с обострениями требуют от врача проведения качественной профессиональной гигиены с последующим назначением средств, применяемых пациентом в домашних условиях. Однако снятие зубных отложений часто приводит к появлению симптома гиперестезии твердых тканей зубов, что снижает качество чистки зубов. В настоящее время для уменьшения воспаления и снижения чувствительности зубов выпускаются различные зубные пасты и ополаскиватели на основе антисептиков, солей тяжелых металлов, фторидов и т. д., содержащих большое количество химических соединений, которые при длительном использовании нарушают вкусовые ощущения, вызывают чувство сухости в полости рта и другие неприятные явления. В связи с эти наше внимание привлекли гомеопатические зубные пасты и ополаскиватели, содержащие только природные соединения, но обладающие при этом высокой эффективностью, что и явилось **целью настощего исследования**.

Материалы и методы. В исследованиях, проведенных на базе кафедре терапевтической ДГМА были использованы гомеопатические зубные пасты. Зубная паста для укрепления зубов «Мята», Dr Haushka Med, содержащая экстракт морской водоросли, каштана, смесь натуральных эфирных масел мяты перечной, плодов конского каштана, другие растительные компоненты. Зубная паста для чувствительных зубов «Морская соль», Dr Haushka Med, содержащий минеральную соленую воду (курорт Бад-Дюрренберг), карбонат кальция, морскую соль, экстракт морских водорослей, дистиллят гамамелиса, смесь натуральных эфирных масел и другие растительные добавки, а так же эликсир для полоскания рта «Шалфей», Dr Haushka Med, содержащий экстракты листьев алтея, шалфея, календулы, экстракт коры конского каштана, смесь натуральных эфирных масел. В группы исследования вошли 80 пациентов в возрасте 32 до 55 лет с диагнозом генерализованный пародонтит средней тяжести без тяжелой сопутствующей патологии.

Во время первичного осмотра и составления медицинских карт у всех пациентов определяли индекс гигиены по Федорову-Володкиной, пародонтальные индексы — индекс кровоточивости, индекс ПМА; также определяли индексы распространенности (ИРГЗ) и интенсивности (ИИГЗ) гиперестезии. После проведенного обследования все пациенты были разделены на четыре группы.

В группу 1 (15 человек) вошли пациенты с диагнозом генерализованный пародонтит без гиперестезии.

В группу 2 (25 человек) вошли пациенты с диагнозом генерализованный пародонтит с симптомом гиперестезии.

Группы 3 и 4 были выбраны в качестве групп контроля. В группу 3 (15 человек) вошли пациенты с диагнозом генерализованный пародонтит без гиперестезии, в группу 4 (15 человек) вошли пациенты с диагнозом генерализованный пародонтит с симптомом гиперестезии. Как в основных, так и в контрольных группах, была проведена профессиональная гигиена полости рта, после чего группе 1 для домашнего использования была назначена зубная паста «Мята» и ополаскиватель «Шалфей». Группе 2 — зубная паста «Морская соль» и ополаскиватель «Шалфей». Группе 3 было назначено использование пасты «32 Бионорма» и ополаскивателя «Лесной бальзам» на основе трав. Группе 4 были назначены пасты «Сенсо-дин» и ополаскиватель «Лесной бальзам».

Осмотры проводились через десять дней, один месяц и через три месяца. Через десять дней во всех четырех группах индекс гигиены был удовлетворительным и составил в 1 -й группе 1,7 ±0,15 баллов, во 2-й группе 1,9 ± 0,13 балла, в 3-й группе 1,8 + 0,15 баллов, в 4-й группе 1,6 ±0,14 баллов. Также уменьшились воспалительные явления в пародонте, однако во 2-й группе у пациентов, страдающих гиперестезией, уменьшения чувствительности не наблюдалось, а в группе 4 индекс гиперестезии снизился на один балл и составил 2,2 ± 0,18 балла, что объясняется действием активных компонентов, входящих в пасту «Сенсо-дин». Однако уже через месяц чувствительность зубов у пациентов группы 2 заметно уменьшилась и составила 2,1 ± 0,13 балла против 1,9 ± 0,11 в группе сопоставления. У 11% пациентов второй группы гиперестезия из генерализованной формы перешла в ограниченную, что сопоставимо с индексом распространенности гиперестезии, зафиксированным у пациентов четвертой группы. Данные индексов гигиены (ИГ), кровоточивости и ПМА в основных и контрольных группах достоверно не отличалось, однако по сравнению с показателями в третьей и четвертой группах, снижение аналогичных показателей индексов в первой и второй группах сохранялось более длительный период (ИГ — 1,3 + 0,15 балла; ПМА — 5,47 + 0,18; индекс кровоточивости — 0,75 ±0,15)

Через три месяца в 1 -й и во 2-й группе результаты продолжали оставаться на том же уровне, ИГ составлял 1,7 балла; распространенность гиперестезии во второй группе не нарастала, а интенсивность гиперестезии несколько уменьшилась и составила 1,4 ± 0,13 балла. При этом в группах контроля ИГ начал нарастать до 2,4 ± 0,13 балла, что привело к повышению ИИГЗ до 2,2 ± 0,12 балла. На фоне неудовлетворительной гигиены полости рта, мягкого зубного налета нарастали клинические признаки воспаления в тканях пародонта, увеличилась глубина пародонтальных карманов при зондировании в среднем на 1,85 ± 0,15 мм, что нашло отражение в динамики пародонтальных индексов: ПМА увеличился в 1,2 раза, индекс кровоточивости — в 1,3 раза.

Таким образом, зубные пасты и ополаскиватели, содержащие природные компоненты, обладают не только хорошими очищающими и противовоспалительными свойствами, но и уменьшают чувствительность зубов. При длительных сроках применения они показывают более стойкий эффект, который максимально нарастает на третий месяц использования и в дальнейшем остается на достигнутом уровне. Пасты и ополаскиватели, содержащие природные компоненты, могут быть рекомендованы для применения у пациентов, страдающих генерализованным пародонтитом с симптомом гиперестезии в качестве длительной поддерживающей терапии.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО ПРЕПАРАТА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАРОДОНТИТА ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

Юзбекова З.Р., молодой ученый, Меджидов М.Н., доцент,
Меджидова Н.Д., молодой ученый

Кафедра терапевтической стоматологии ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., доц. Меджидов М.Н.

Цель исследования: изучение эффективности и поиск оптимального метода применения антибактериального препарата «Цифран СТ» в комплексном лечении пародонтита тяжелой степени у пациентов с СД 2-го типа.

Материал и методы исследования. В клиническое исследование включены 35 человек с сахарным диабетом 2-го типа, которым для лечения хронического генерализованного пародонтита тяжелой степени назначался антибактериальный препарат Цифран СТ. Пациенты были разделены на 3 группы, сопоставимые по полу и возрасту. Средний возраст 52 ± 1,7 лет. Сахар крови 8,2 ± 0,4 мМ/л. У 28 (93,3%) уровень сахара превышал 6,6 мМ/л. В 1-ю группу (сравнения) вошли 13 пациентов с сахарным диабетом 2-го типа, применявших Цифран СТ 500/600 мг. по 1 табл. 2 раза в день в течение 7 дней (стандартная доза препарата, рекомендуемая производителями). Во 2-ю группу (сравнения) — 13 пациентов с СД 2-го типа принимали препарат по 1 табл. 3 раза в день в течение 7 дней. В 3-ю группу (основную) вошли 13 пациентов, принимавшие Цифран СТ по 1 табл. 3 раза в день в течение 7 дней на фоне проведения терапии с использованием аппарата «Вектор». Обследование полости рта проводили по общепринятой методике с использованием основных и дополнительных методов обследования. Оценка значений индексов определялась при контрольных осмотрах перед началом исследования, через 1,3 и 6 мсс.

Результаты исследования и их обсуждение. На фоне терапии Цифраном СТ во всех группах был достигнут клинический эффект, который характеризовался исчезновением кровоточивости десен, уменьшения отечности и гнойного отделяемого из ПК в 1 -й и 2-й группе в среднем на 2,7±0,03 сут. У пациентов основной группы (Цифран+вектор) — 1,1 ± 0,05 сут. ($p < 0,001$). У пациентов всех групп за время применения препарата улучшилось гигиеническое состояние полости рта. Об этом свидетельствует средний показатель редукции индекса Силнесс-Лоэ (Silness-Loe E., 1962) наивысшая степень редукции индекса была получена в 3-й группе на 73,1%, в остальных группах степень редукции значительно не отличалась и составила: для пациентов 1-й группы — 53,9%, 2-й группы — 62,4%.

Индекс кровоточивости десневой бороздки при зондовой пробе Мюлеманн (Muhlemann H.R., 1971) до лечения в 1 -й группе сравнения до лечения составил 2,54 ± 0,30. После лечения через 1 месяц отмечалось незначительное снижение до 1,62 ± 0,3, через 3 месяца — 1,94 ± 0,3. Однако через 6 месяцев наблюдения индекс кровоточивости достиг своего первоначального уровня 2,53 ± 0,3. Во 2-й группе — до лечения — 2,14 ± 0,3, через 1 мес. — 0,2 ± 0,3; через 3 мес. — 0,6 ± 0,3; через 6 мес. — 1,2 ± 0,3. В 3 (основной группе) был равен 2,61 ± 0,3. После проведения лечения достоверно снизился до 0,2 ± 0,3 ($p < 0,001$).

Таким образом, предложенная схема применения антибактериального препарата системного действия «ЦифранСТ» и вектор-терапии у пациенов с сахарным диабетом 2-го типа в лечении пародонтита тяжелой степени показала высокую клиническую эффективность, о чем свидетельствует нормализация клинических (снижение частоты обострений, удлинению ремиссий, сокращению сроков лечения). Это позволяет рекомендовать данную схему при лечении тяжелых форм пародонтита у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГЕЛЯ «КАМИДЕНТ-ЗДОРОВЬЕ» В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ГЕРПЕТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ГУБ

Гамзалова Н.Б., молодой ученый, Меджидов М.Н., доцент,
Меджидова Н.Д., молодой ученый

Кафедра терапевтической стоматологии ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., доц. Меджидов М.Н.

До сих пор остается наиболее распространенным вирусным заболеванием является простой герпес (herpe: simplex), который поражает слизистую оболочку губ, щек, небные дужки и другие области. Заболевание -хроническое, с рецидивами, передающееся

контактным путем. Выявлено два основных штамма данногс вируса — один HSV-1, вызывает «лихорадку» на губах, а другой, HSV-2, проявляется болезненными высыпаниями в виде пузырьков на коже и слизистых оболочках. Обычно пузырьки появляются на 2—12-р день после заражения.

По данным ВОЗ герпес вирусами инфицировано от 90 до 100% людей. Обычно заболевания имеет сезонность и зависит от метеорологических факторов. Вирус может активироваться под влиянием эмоционального стресса, физических травм, гормональных нарушений, переохлаждения и других заболеваний.

Цель работы: оценить эффективность применения отечественного препарата геля «Камидент-Здо-ровье» в комплексном лечении больных с хроническим рецидивирующим герпетическим поражением губ.

Материалы методы. Нами включено в комплексное лечение герпетического поражения губ гель «Ка-чидент-Здоровье», в состав которого входит лидокаин гидрохлорид, настойка цветов ромашки в этаноле и тимол. Лидокаин в составе геля, оказывает обезболивающее действие, а настойка ромашки — обладает противовоспалительным, антисептическим и ранозаживляюшим действием. Наличие тимола вызывает противомикробные, противогрибковые и даже противовирусные свойства.

Лечение проведено 16 больным в возрасте от 18 до 60 лет с хроническим рецидивирующим герпетическим поражением губ. Наиболее часто поражения локализовались на верхней губе, крыльях носа, реже на нижней губе. Обострения заболевания наблюдались в осенне-весенний период (в ноябре, марте месяцах).

Параллельно назначались противовирусные препараты (ацикловир гексал, герпевир, фенистил, пен-цивир и др.) внутрь больным с хроническим герпетическим поражением губ и местно наносился гель «Камидент-Здоровье» полоской длинной 0,5 см на пораженную область три раза в день на протяжении 5 дней.

Результаты: применение геля «Камидент-Здоровье» в комплексе с назначением противовирусной терапии при герпетическом поражении губ оказывало не только аналгезирующий эффект, но и обладаю противовоспалительным и ранозаживляюшими свойствами, что сокращало сроки заживления. Результа*ты* прямо зависели от сроков применения геля, чем раньше начали лечение, тем скорее происходит процесс регенерации. Гель «Камидент-Здоровье» хорошо переносится пациентами и не вызывает побочных эффектов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТОВ ГИПОЗОЛЬ, ТАНДУМ ВЕРДЕ, ПОЛИОКСИДОНИЙ И МИЛДРОНАТ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ АФТОЗНЫМ СТОМАТИТОМ

Османова С.А., аспиарант, Меджидов М.Н., доцент

Кафедра терапевтической стоматологии ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., доц. Меджидов М.Н.

Актуальность. Рецидивирующий афтозный стоматит (РАС) является наиболее распространенным заболеванием слизистой оболочки полости рта, составляет 90% всех нарушений целостности слизистой, встречающихся в стоматологической практике, и поражает до 20% населения (Бахрушина Е.В., 2012; Scully C. et al., 2008: Porter S.R. et al., 2009; Barnes L., Chiosea S.I. et al., 2011).

Этиология РАС остается не до конца выясненной. Результаты современных исследований доказывают, что заболевание представляет собой иммунопатологический процесс с развитием клеточной цитолитичес-кой активности, которая приводит к нарушению тканевой интеграции.

Так как этиология афтозных поражений недостаточно изучена, часто применяемая терапия является симптоматической и направлена на устранение боли, улучшение процесса эпителизации афтозной поверхности и подавление вторичной инфекции.

В этой связи приобретает актуальность поиска новых эффективных препаратов для местного и общего лечения РАС.

Среди них новый отечественный комбинированный препарат в аэрозольной форме «Гипозоль», который благодаря синергизму трёх активных, входящих в его состав, ингредиентов (облепиховое масло, ме-тилурацил, этазол-натрий, эмульсионная основа) оказывает местное противовоспалительное, регенерирующее, противоожоговое и антисептическое действие, стимулирует регенеративные процессы в мягких тканях.

Тантум Верде — нестероидное противовоспалительное средство для местного применения. Действующее вещество — бензидамина гидрохлорид, производное индозолов. При локальном использовании обладает противовоспалительными и обезболивающими свойствами благодаря подавлению синтеза простаг-ландинов и стабилизации мембран клеток. Всасывается через слизистые оболочки хорошо, накапливается в воспаленных тканях.

В связи с тем, что бензидамин является основанием, ему свойственен быстрый противоотечный и болеутоляющий эффекты, противозастойное действие (снимает симптомы гиперемии, уменьшает отек), снижение процессов экссудации в воспаленных

тканях, быстрое местноанальгезируюшее действие и препятствие развитию патогенных бактерий и грибов, а также усиление эффекта антибиотиков.

Полиоксидоний обладает иммуномодулирующими и рецепторокорригирующими свойствами, выраженными антиоксидантным и мембраностабилизирующим действиями.

На протяжении последних четырёх лет нами были изучены сравнительные клинико-иммунологичес-кие аспекты эффективности применения отечественных препаратов Полиоксидония и Метилурацила в комплексном лечении заболеваний пародонта у пациентов хроническим пиелонефритом. Было установлено более выраженный терапевтический эффект использования полиоксидония в комплексном лечении вышеуказанных заболеваний по сравнению с применением метилурацила для этой цели (Меджидов М.Н., Эфендиев М.Н., 2010-2012).

Доказано, что метаболический препарат Милдронат стимулирует репаративные процессы, ингибируя фермент гамма-бутиробетаин-гидроксилазу и биосинтез карнитина. Это приводит к торможению 1-окис-ления жирных кислот и активирует механизмы окис-ления глюкозы. В лимфоидных клетках в норме именно гликолиз является основным источником АТФ. К.А. Frauwirth, СВ. Thompson (2004) отметили более высокую эффективность сочетанного применения иммуномодулирующих и метаболических пре-паратов.

Все вышеизложенное позволило считать целесообразным включить в схему комплексного лечения РАС препараты с обезболивающим, иммуномоделируюшим и стимулирующим метаболические и регенераторные процессы действиями.

Цель исследования: клиническое изучение терапевтической эффективности препаратов: обезболивающего действия Тандум Верде стимуляторов регенерации Гипозоля, метаболических процессов Милдрона-та и иммуномодулятора Полиоксидония в комплексном лечении больных с РАС.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 36 больных (12 мужчин и 24 женщины) РАС в возрасте 25—50 лет с длительностью заболевания от полугода до 8 лет (в среднем 6,2 ± 0,5 лет).

Для исследования отбирались больные, имеющие несколько афт (в среднем 2,42 ± 0,4).

Афты чаще локализовались на слизистой губ (36,2%), слизистой щек (26,6%), нижней поверхности языка (25,3%). Мягкое нёбо, переходная складка и дно полости рта поражались реже — в 11,9% случаев.

Все больные получали «Полиоксидоний» в таблетках по 24 мг 2 раза в день с интервалами 12 ч, «Милдронат» в капсулах по 250 мг 3 раза в день, «Мультитабс» по 1

таблетке 3 раза в день. Местное лечение включало в себя полную санацию полости рта, полоскание 0,02% раствором хлоргексидина биглюко-ната.

Для оценки эффективности «Гипозоля» и «Тандум Верде» все обследованные больные были разделены на 2 группы, примерно одинаковые по возрасту, длительности заболевания. В основной группе местную антисептическую обработку завершали аппликацией на афтозную поверхность вначале спреем «Тандум Верде» для обезболивания, затем аэрозолем «Гипозола», в группе сравнения — в качестве аппликата использовали масляный раствор витамина А. Аппликации проводились от 3 до 5 раз в день па предваритель но высушенную эрозивную поверхность.

Спрей «Тандум Верде», аэрозоль Гипозоля применяли местно, нанося их пены поочередно на пораженные участки на 10—15 мин от 3 до 5 раз в сутки.

Учитывали следующие показатели: эффективность и продолжительность обезболивания, сроки полной эпителизации афт.

Результаты исследования и их обсуждение. Обезболивающий эффект при применении «Тандум Верде» наступал через 15,5 ± 0,5 с и сохранялся в среднем 1,9 ± 0,5 ч. В случае использования в качестве аппликаций кератопластика — витамина А обезболивание не отмечалось пациентами.

Полная эпителизация афт через 6 дней наблюдалась в 96,2% случаев при использовании «Гипозола» и в 67,7% случаев в группе сравнения. Срок эпителизации соответственно составил в среднем 5,1 + 0,2 и 7,3 10,4 дня.

Максимальный срок, в течение которого происходила регрессия клинических симптомов после местных аппликаций «Гипозолем», достигал 7 дней, в группе сравнения — 10 дней от момента появления афт.

Желание использовать препараты «Гипозоль», «Тандум Верде», «Полиоксидоний» и «Милдронат» в будущем высказало 35 из 36 пациентов. Основанием служили хорошая органолептика препаратов, быстро наступающий и длительно удерживающийся обезболивающий эффект, быстрая эпителизация афт и простота использования.

Эти препараты хорошо переносились всеми больными, побочных проявлений отмечено не было.

Таким образом, препараты «Гипозоль», «Тандум Верде», «Полиоксидоний» и «Милдронат» могут быть рекомендованы как эффективные средства местного и общего лечения РАС.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ АФТОЗНЫМ СТОМАТИТОМ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

Османова С.А., аспирант, Меджидов М.Н., доцент

Кафедра терапевтической стоматологии ДГМА,
НИИ экологической медицины ДГМА
Научные руководители: д.м.н., доц. Меджидов М.Н., д.м.н., проф. Хачиров Дж.Г.

Актуальность. Рецидивирующий афтозный стоматит (РАС) представляет серьезную проблему современной стоматологии ввиду неуклонного роста заболеваемости, которая, по данным ряда авторов, достигает от 20 до 65% (Булкина Н.В., Мелешина О.В., Ломакина Д.О., 2011; Letsinger J.A., McCarty M.A., Jorizzo J.L., 2005: Chattopadhyay A., Chatterjee S., 2007; Toche P.P., Salinas L.J., Guzm6n M.A., 2007).

Заболевание протекает волнообразно и характеризуется рецидивами эрозивно-язвенных процессов. В связи с выраженным болевым синдромом происходит расстройство актов жевания и разговора, нарушаются полноценное питание, профессиональную и социальную деятельность и в конечном итоге резко снижается качество жизни пациентов.

При тяжёлой форме заболевание становится более агрессивным и часто принимает перманентный характер.

Несмотря на неоднократные исследования, которые посвящались изучению РАС, проблема всё ещё не решена, так как существует множество экзогенных и эндогенных факторов появления и развития данного заболевания.

Цель исследования: оценить особенности и структуру заболеваемости РАС взрослого населения Республики Дагестан в связи с влиянием природно-антропогенных факторов риска в сельской местности.

Материалы и методы. Исследование основано на данных обследования больных РАС, поступивших в Республиканскую стоматологическую поликлинику МЗ РД. В разработку вошли 121 человек, обратившихся за стоматологической помощью в 2010—2012 гг. Средний возраст которых составил (М ± т) 44,1 ± 0,97 года. Из них мужчин было 52,4%, женщин —47,6%. Из 121 больного 53 человека (43,8%) —жители городов и 68 человек (56,2%) — жители сельской местности (с/м).

Средний возраст обследованных городских жителей составил 45,0 ± *1*,24 года. В структуре обследованных мужчины составили 46,8%, женщины — 53,2%.

Сельскую местность с учетом природно-климатических условий разделили на экологические зоны (ЭЗ): равнинную, предгорную и горную.

Из обследованных жителей сельской местности 50% были жителями равнинной ЭЗ, 33,8% — предгорной и 16,2% — горной ЭЗ.

Средний возраст обследованных больных из сельской местности составил 42,6 ± 1,54 года. По равнинной ЭЗ — 42,0 ± 3,02; по предгорной — 43,7 ± 2,67; по горной — 42,6 ± 2,30 года. Различие по возрасту между ЭЗ статистически не значимо ($p > 0,05$).

Среди обследованных жителей сельской местности мужчины составили 61,7%, женщины — 38,3%. По равнинной ЭЗ мужчины составили 66,7%, женщины — 33,3%, по предгорной ЭЗ — 56,5% и 43,48%, по горной ЭЗ — 61,7% и 38,3%. Различие распределения обследованных по полу между ЭЗ по критерию хи-квадрат так же статистически не значимо ($p = 0,747$).

Обследованные больные различались по национальному составу, что объясняется наличием моноэтнических административных районов в сельской местности РД и различным этническим составом населения равнинной, предгорной и горной ЭЗ.

Среди больных городских жителей преобладали аварский (31,0%) и лакский (19,4%) этносы. Среди больных из сельской местности по равнинной ЭЗ преобладали лезгинский (35,7%) и кумыкский этносы (21,4%), по предгорной — даргинский (40,9%) и аварский (27.3%), по горной ЭЗ — аварский (60,0%) и даргинский (35,0%) этносы.

Вычисляли частоту заболевания РАС у обследованных больных по городам и экологическим зонам сельской местности РД. Различие между показателями оценивали по критерию Стьюдента, также с предварительным преобразованием их по Фишеру и учетом поправки Бонферрони при множественных сравнениях.

Результаты и их обсуждение. В таблице приведены данные о структуре РАС у взрослого населения РД.

Из таблицы видно, что первое место по частоте клинических форм РАС занимает его лёгкая форма — 91,7%. Средний возраст больных легкой формой РАС составил 37.8 ± 1.15 лет: мужчин было 58,6%, жен-шин 41,4%. При этом легкая форма РАС среди больных из сельской местности встречалась в 1,3 раза чаше ($p = 0.056$), чем среди больных, проживающих в городах: 55.9% против 44.1 %.

Таблица 1.

Структура РАС у обследованных больных жителей городов и экологических зон сельской местности РД

(абс. и в %)

Степеньт яжест и РАС	РД	Города	Сельская местность	Равнинная ЭЗ	Предгорная ЭЗ	Горная ЭЗ

	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Легкая	11	91,7	9	92,4	2	91,2	0	88,2	0	90,9	22	95,7
Тяжёлая (афты Сеттона)	0	8,3		7,6		8,8		11,8		9, 1	1	4,3
Всего обследованных	21	100,0	3	100,0	8	100,0	4	100,0	1	100,0	23	100,0

Легкая форма РАС по равнинной ЭЗ встречалась примерно у половины обследованных в сельской местности больных — 48,4%, и более чем у трети больных этой территории по горной ЭЗ — 35,9%. По предгорной ЭЗ сельской местности частота легкой формы РАС находилась на уровне 16,1%. Различия между показателями по ЭЗ сельской местности с учетом поправки Бонферрони статистически не значимы ($p > 0,05$).

Афты Сеттона — тяжелая форма РАС — были отмечены у 8,3% больных. Средний возраст их составил 36,8 ± 3,91 года; мужчин было 66,7%, женщин 33,3%. У больных из сельской местности афты Сеттона встречались в 1,2 раза чаще, чем у больных из городов: 8,8% против 7,6%, однако различие статистически не значимо ($p = 0,671$).

Наибольшие показатели частоты афт Сеттона отмечены по равнинной ЭЗ — 11,8%, что в 2,8 раза больше, чем по горной ЭЗ — 4,7%, ($p > 0,05$).

Таким образом, по Республике Дагестан в структуре рецидивирующего афтозного стоматита преобладает легкая его форма, на втором месте — тяжёлая форма (афты Сеттона); такая структура болезни характерна как для городов, так и для сельской местности, особенно на равнине и в горах. Показатели частоты различных клинических форм РАС по городам и ЭЗ сельской местности колебались, иногда кратно.

ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ДИКЛОФЕНАКОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ

Юзбекова З.Р., молодой ученый, Меджидов М.Н., доцент,
Меджидова Н.Д., молодой ученый

Кафедра терапевтической стоматологии ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., доц. Меджидов М.Н

Цель исследования: изучение эффективности применения неселективного (конкурентного) ингибитора ЦОГ — диклофенака в комплексном лечении больных с

генерализованным пародонтитом хронического течения начальной — II степени тяжести по клиническим показателям.

Материалы и методы. Для изучения эффективности его использования в комплексном лечении генерализованного пародонтита больные были распределены на 2 группы. Группу сравнения составили 13 больных, которые получали базисную терапию.

Основная группа состояла из 13 больных (7 женщин и 6 мужчин, средний возраст — 40,1 лет), которые получали на фоне базисной терапии натрия диклофенак 2 раза в сутки по 75 мг — 7 дней. В течение 5 дней больные в домашних условиях утром принимали внутрь 75 мг диклофенака натрия, а вечером препарат вводили местно в дозе 75 мг с помощью индивидуальных пародонтальних кап в течение 40 минут. Следующие 2 суток препарат вводили только местно с помощью пародонтальных кап 2 раза в сутки по 75 мг.

Результаты и их обсуждение. При использовании диклофенака в комплексном лечении больных с генерализованным пародонтитом начальной I степени хронического течения был установлен терапевтический эффект. Через 1 месяц происходило существенное снижение ($p < 0,001$) кровоточивости десен (индекс PBI снизился с 1,45 ± 0,09 до 0,07 + 0,04), устранение их отечности и нормализация цвета (индекс PMA снизился из 23,92 ± 1,93 % до 9,23 ± 0,6 %, $p < 0,001$). При этом существенного влияния на уменьшение глубины пародонтальних карманов препарат не давал. Уменьшение глубины пародонтальних карманов было на 23 % — с 1,86 ± 0,09 до 1,44 ± 0,05 мм ($p < 0,001$). При базисном лечении — на 19 %. При применении диклофенака снижалась скорость образования зубной бляшки (ГИ Федорова-Володкиной) в 2 раза (с 2,39 ± 0,16 до 1,19 ± 0,05 баллов), тогда как в группе сравнения, при одинаковом качестве снятия зубных отложений, очищающее действие было не достоверно хуже — 1,34 ± 0,07 баллов ($p > 0,05$). При сравнении терапевтической эффективности диклофенака с группой сравнения (базисное лечение) установлено, что под его влиянием снижение PI Рассела было в 2,1 раза (с 1,24 ± 0,08 до 0,58 ± 0,06, $p < 0,001$), а при базисном лечении в 1,8 раза. Все показатели были недостоверно ($p > 0,05$) ниже, чем при проведенные базисной терапии.

Через 1 год у больных основной группы (диклофенак) индекс PBI равнялся 0,48 ± 0,08, индекс PMA — 11,23 ± 0,7 %, PI Расела — 0,7 ± 0,05, глубина пародонтальных карманов достигала 1,51 ± 0,03 мм, гигиена полости рта была хорошей (ГИ Федорова-Володкиной 1,38 ± 0,05 балла). Все показатели были достоверно ниже, чем при проведенные базисной терапии за исключением глубины пародонтальных карманов и PI Рассела.

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭЛЕКТРООДОНТОМЕТРИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЛУБОКОГО КАРИЕСА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ ЛЕЧЕБНЫХ ПРОКЛАДОК

Юзбекова З.Р., молодой ученый, Меджидов М.Н., доцент,
Байрамов К.А., молодой ученый

Кафедра терапевтической стоматологии ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., доц. Меджидов М.Н

Актуальность. Поиск эффективных прокладочных материалов для лечения глубокого кариеса остаётся актуальным до настоящего времени. Нас заинтересовал препарат Na-ацемин, обладающий рядом положительных свойств для терапии глубокого кариеса. Na-ацемин (натриевая соль Z-ацетиламинокапроновой кислоты) за счёт своего стимулирующего действия на репаративные процессы в костной и покровных тканях с успехом применяется для ускорения консолидации костных фрагментов при переломах, эпителизации при лечении ран и ожогов, лечении заболеваний тканей пародонта и др. Препарат малотоксичен. Пластико-стимулируюший эффект Na-ацемина связан с регулирующим действием на фибробластические процессы, в результате которого происходит восстановление соединительной ткани с параллельным расположением волокон коллагена. Препарат нормализует местное кровообращение и синтез мукополисахаридов.

Целью исследования явилась оценка показателей электроодонтометрии при лечении глубокого кариеса с использованием различных лечебных прокладок.

Материалы и методы. Оптимальная концентрация Na-ацемина была определена в серии экспериментов на животных. В состав пасты также был введен этоний, в качестве основы — оксид цинка, растворитель — дистиллированная вода.

Клинические исследования были проведены у 84 пациентов обоего пола в возрасте от 18 до 57 лет и состояли из обследования, лечения и динамического наблюдения 190 зубов с глубоким кариесом. Основную группу составили 127 зубов, в которых на дно кариозной полости накладывали лечебную прокладку на основе Na-ацемина. Контролем служили 63 зуба, в которых в качестве лечебной прокладки использовали препарат «Calxyd» (Spofa dental) на основе гидроксида кальция.

Для оценки результатов лечения во время контрольных осмотров (через 2 недели, 2,4,6,9 месяцев, 1 и 2 года) выявляли жалобы больных, сохранность пломб, проводили перкуторное обследование и снимали показатели электроодонтометрии.

Результаты и их обсуждение. Через 2 месяца после лечения глубокого кариеса с использованием прокладки с Na-ацемином уже наблюдалась достоверная разница с

показателями электро возбудимости пульпы до лечения, а через 4 месяца отмечалась окончательная нормализация электровозбудимости пульпы до функциональных показателей. Наиболее значительные положительные изменения в пульпе зуба происходят в сроки 2—4—6 месяцев, а показатели электроодонтометрии при последующих контрольных осмотрах значительно не отличаются от предыдущих значений. При глубоком кариесе с коротким анамнезом процесс нормализации функционального состояния пульпы происходит быстрее, чем при длительном его течении.

Анализ результатов электроодонтометрии зубов, леченых с использованием «Calxyd», не подтвердил повышения функционального состояния пульпы до нормы даже спустя 2 года после начала лечения.

Таким образом, результаты клинических исследований с использованием электроодонтометрии позволили установить преимущества лечебной прокладки с Na-ацемином по сравнению с прокладкой на основе гидроксида кальция.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ФУРКАЦИОННЫМИ ПЕРФОРАЦИЯМИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ БИОХИМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ УРОВНЯ ЦИТОКИНОВ ДЕСНЕВОЙ ЖИДКОСТИ

Юзбекова З.Р., молодой ученый, Меджидов М.Н., доцент,
Байрамов К.А., молодой ученый, Мелдидова Н.Д., молодой ученый

Кафедра терапевтической стоматологии ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., доц. Меджидов М.Н

Было проведено лечение и последующее наблюдение за 62 больными с диагнозом фуркационная перфорация твердых тканей зуба, которые в зависимости от способа лечения были разделены на 2 группы: основную и контрольную. Основной группе (33 пациента), было проведено лечение предложенным нами способом — размещение в качестве периодонтальной матрицы богатой тромбоцитами аутомембраны с последующим пломбированием перфорационного канала при помощи кальций-алюмосиликатного цемента «Триоксидент» (Владмива, Россия). Контрольную группу составили 29 пациентов, которым было проведено только пломбирование перфорационного канала кальций-алюмосиликатным цементом «Триоксидент» (Владмива, Россия).

У всех больных в обеих группах наблюдались осложнения перфорации в виде хронических форм периодонтита. В основную группу вошли 16 человек с хронической формой гранулирующего и 17 человек с хронической формой гранулематозного

периодонтита. Контрольную группу составили 15 больных с хронической формой гранулирующего и 14 больных с хронической формой гранулематозного периодонтита.

У пациентов всех групп было проведено исследование уровня про- и противовоспалительных (ИЛ-1β, ИЛ-4) цитокинов в десневой жидкости.

До лечения показатель ИЛ-1β и ИЛ-4 у больных обеих групп достоверно не отличался ($p > 0,05$). Уровень ИЛ-1β составил 244,77 ± 28,19 пг/мл, что в 2,8 раза достоверно превышало данные показателя нормы ($p < 0,05$). Показатель ИЛ-4 составил 126,79 ± 12,11 пг/мл.

Уровень ИЛ-1β через 6 месяцев в основных подгруппах снизился до показателей 126,79 ± 12,11 пг/мл ($p < 0,05$), в контрольных подгруппах — до 137,00 ± 10,35 пг/мл($p < 0,05$). Через 12 месяцев после лечения показатели в основных подгруппах наблюдения составил 91,00 ± 12,77 пг/мл, достверно не отличаясь от данных конрольных подгрупп ($p > 0,05$). Показатель противовоспалительного цитокина ИЛ-4 через 6 месяцев в основных подгруппах составил 239,02 ± 17,75 пг/мл, а контрольных — 196,30 ± 27,66 пг/мл. На 12-й месяц наблюдения уровень составил 262,56 1 23,39 пг/мл в основных подгруппах, и 249,5 ± 31,67 пг/мл в контрольных.

Основываясь на данных результатах можно сказать, что использование в ходе проводимого лечения предложенного способа лечения 6огатой тромбоцитами аутомембраны оказывало более быстрое восстановительное действие на спектр цитокинов.

Таким образом, представленные данные свидетельствуют об эффективности использования комплексного лечения фуркационных перфораций твердых тканей зуба в более ранние сроки в сравнении с традиционной методикой.

СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Эфендиев М.Н., молодой ученый, Меджидов М.Н., доцент,

Кафедра терапевтической стоматологии ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., доц. Меджидов М.Н

Хронический пиелонефрит является самым частым заболеванием среди больных с урологической патологией (Даутов Ф.Ф. и соавт. 2002; Назаров Т.И и др., 2007; Орлова СВ. и др., 2007; Аляев Ю.Г. и др. 2007; Лопаткин Н.А., 2009; Kwak C. et al., 2003), являясь тем неблагоприятным фоном, на котором при участии других аналогичных факторов могут развиться различные патологические изменения в организме, в том числе и в полости рта.

Нарушения, возникающие в полости рта, в ряде случаев утяжеляют течение основного заболевания, поэтому роль врача-стоматолога в процессе профилактики и терапии сочетанных заболеваний органов полости рта и внутренних органов неоспорима. На сегод-няшний день не существует комплексной программы целенаправленной диагностики заболева-ний полости рта при хроническом пиелонефрите с учетом этиологического фактора и тяжести основного заболевания.

Для определения влияния хронического пиелонефрита на состояние полости рта было обследовано 90 больных (36 мужчин и 54 женщин в возрасте от 25 до 65 лет) указанной патологией, находящихся на диспансерном учёте в МБУЗ «Поликлиника № 8» г. Махачкалы (основная группа). В контрольную группу входили 30 человек (14 мужчин и 16 женщин того же возрастного диапазона) без установленной патологии внутренних органов.

Комплекс диагностических ме-роприятий включал в себя стандартные и дополнительные методы обследования, а также лабораторные исследования. Для определения качества жизни пациентов проводилось тестирование с помощью стоматологического опросника.

Весь комплекс стоматологического обследования проводился в 5 этапов: первичный осмотр; осмотр после завершения лечения; через три, шесть и двенадцать месяцев после лечения.

Анализ результатов исследования первичного осмотра среди пациентов основной группы показал, что распространенность заболеваний пародонта превысила 85%. Высокая частота встречаемости заболеваний полости рта является косвенным свидетельством почечной недостаточности и нацеливает на лабораторные и микробиологические, цитологические исследования у этой категории больных.

Проведенное бактериологическое исследование содержимого десневых карманов у больных основной группы позволило выявить возбудителей, причастных к развитию воспалительного про-цесса в тканях пародонта. Во всех случаях был обнаружен стрептококк группы D в высоких кон-центрациях. Проведение эксфолиативной цитологии у пациентов этой группы выявило изменения количественного и качественного состава клеточных элементов тканей пародонта. Более чем в 85% случаев наблюдалось значительное увеличение количества нейтрофилов. Изменение количества макрофагов и эпителиальных клеток также служит подтверждением наличия воспаления в пародонте.

Анализ качества жизни пациентов показал, что более 50% пациентов отмечают привычный дискомфорт и другие неприятные ощущения при приеме пищи и речеобразовании.

Таким образом, высокая распространенность заболеваний пародонта (более чем 85% случаев) у пациентов хроническим пиелонефритом свидетельствует о тесной взаимосвязи состояния полости рта и почек.

Общность звеньев этиологии и патогенеза сочетанных поражений полости рта и хронического пиелонефрита может послужить обоснованием для разработки комплексных программ диагностики и лечения поражений полости рта, являющихся неотъемлемой частью лечения и профилактики заболеваний почек.

ПОКАЗАТЕЛИ ЭЛЕКТРОВОЗБУДИМОСТИ ПУЛЬПЫ ЗУБОВ У ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ, СОЧЕТАННОГО С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Эфендиев М.Н., молодой ученый, Меджидов М.Н., доцент,

Кафедра терапевтической стоматологии ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., доц. Меджидов М.Н

Актуальность. Общеизвестно, что определение электровозбудимости пульпы зубов в комплексе с данными объективного и субъективного исследования позволяет диагностировать как ряд стоматологических заболеваний, так и некоторые общие заболевания.

Цель исследования: изучение состояния электровозбудимости пульпы интактных зубов у больных хроническим генерализованным пародонтитом (ХГП), сочетанного с хроническим пиелонефритом (ХП).

Материалы и методы. Обследовали 30 больных с ХГП, сочетанного с ХП (основная группа в возрасте 20—65 лет, находящихся на лечении в нефрологическом отделении Дагестанской республиканской клинической больницы и на диспансерном учёте в муниципальной поликлинике № 8 г. Махачкалы. В группу сравнения входили аналогичного возрастного диапазона 30 больных с ХГП, без установленной патологии внутренних органов.

Контрольную группу составили 30 человек (студенты-добровольцы V курса стоматологического факультета Дагестанской государственной медицинской академии). Электроодонтодиагностику проводили общепринятым методом с использованием аппарата «ЭОМ-3» (Белгородский ЗМО).

Результаты и их обсуждение. Полученные результаты представлены в таблице 1.

Таблица. 1. Электровозбудимость пульпы (мкА) интактных зубов у больных ХГП, сочетанного с ХП, и в контрольной группе (М ± *m)*

Группы	Верхняя челюсть			Нижняя челюсть		
	1-е зубы	3-й зубы	5-е зубы	1-е зубы	3-й зубы	5-е зубы
Основная	30,6±12,3*	29,5±9,8*	36,9±8,1*	42,1 ±9,9**	39,4±8,9*	49,9±8,2*
Сравнения	18,2±3,7*	21,4±10,5*	35,9±7,8*	20,9±7,2*	31,1 ±9,0*	34,2 ±7,2*
Контрольная	2,2±0,4	3,6±0,5	5,5±0,3	2,0±0,2	2,7±0,2	5,1 ±0,3

* — все различия достоверны по сравнению с контролем; ** — по отношению с показателями группы сравнения ($p < 0,05$-$0,001$).

Установлено, что хронический генерализованный пародонтит как в сочетании с хроническим пиелонефритом, так и без него оказывает существенное влияние на состояние нервно-рецепторного аппарата пульпы интактных зубов пациентов. У больных основной группы порог раздражения (по сравнению с контролем) снижается примерно в 11 — 18 раз, у пациентов группы сравнения (по отношению к контролю) — в 7—9 раз. Отмечено полное отсутствие реакции отдельных зубов в 4 случаях в основной группе.

Таким образом, при ХГП, сочетанного с ХП, у больных наблюдают-ся более выраженные изменения нервно-рецепторного аппарата пуль-пы, проявляющиеся в резком снижении электровозбудимости нервных элементов, а нередко и в ее отсутствии, различии исследуемого покя-чителя у рядом стоящих зубов, по сравнению с данным показателем у больных ХГП без установленной патологии внутренних органов.

ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ПРЕПАРАТА ГИДРОКСИДА МЕДИ-КАЛЬЦИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАРОДОНТИТА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Эфендиев М.Н., молодой ученый, Меджидов М.Н., доцент,

Кафедра терапевтической стоматологии ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., доц. Меджидов М.Н

Актуальность. Поиск неинвазивных методов лечения в пародонтологии привел к использованию комплексного препарата гидроксида меди-кальция (Купрала) в виде аппликаций в пародонтальные кармань Препарат оказывает бактерицидное действие и способен мягко ощелачивать ткани, что важно при диабетическом ацидозе.

Цель исследования: оценка состояния кислотно-основного равновесия (КОР) в полости рта, а также в пародонтальном кармане у больных хроническим пиелонефритом, и эффективности его коррекции с помощью гидроксида меди-кальция.

Материал и методы. Было обследовано 60 пациентов, поровну распределенных на 2 группы: «А» и «В» и 20 практически здоровых людей (группа «С»). Больные группы «А»

страдали хроническим пиелонефритом, у пациентов группы «В» отсутствовали признаки этого заболевания. На основании клинического обследования всем пациентам групп «А» и «В» был поставлен диагноз «хронический генерализованный пародонтита» различной степени тяжести.

Для местного лечения пародонтита у больных групп «А» и «В» после комплекса профессиональной гигиены и назначения традиционной терапии, дополнительно использовали Купрал, который вводили в пародонтальные карманы на хлопчатобумажной нити с ее заменой через день на протяжении 10—12 дней.

Результаты и их обсуждение. Результаты исследования показали, что значения pH десневой жидкости (ДЖ) в группах «А» и «В» соответственно ниже, чем у злорояых обследованных на 5,2% и 4,9%, что объясняется наличием выражен ного воспаления тканей пародонта у больных этих групп. Достоверных различий в изменении pH ротовой жидкости (РЖ) в обеих группах под влиянием лечения не обнаружено. Увеличение pH ДЖ под влиянием Купрала у больных хроническим пиелонефритом (группа «А») оказалось в 1,89 раза выраженнее, чем у больных группы «В».

Проведенное лечение позволило скорректировать основные показатели КОР в полости рта у пациентов. При этом оказалось, что местное лечение с помощью Купрала, оказывает опосредованное влияние на состояние КОР в полости рта в целом.

Полученные результаты показали эффективность и целесообразность использования Купрала в лечении пародонтита у больных с хроническим пиелонефритом и позволили рекомендовать его к применению в качестве альтернативы хирургическому лечению для проведения так называемого купрал-кюретажа.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ПРИ ПАРОДОНТИТЕ У ПАЦИЕНТОВ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Закарьяев А.З,, аспирант, Меджидов М.Н., доцент,

Кафедра терапевтической стоматологии ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., доц. Меджидов М.Н

Актуальность. По статистике ВОЗ, более 60% выполняемых рентгенологических исследований приходится на стоматологию, так как метод доступен, несложен и является неотъемлемой частью комплекса диагностических мероприятий заболеваний зубов и челюстей как у большинства пациентов, так и в экспериментальных исследованиях.

Целью работы явилось сравнительное изучение рентгенологической картины

тканей пародонта у больных хроническим генерализованным пародонтитом (ХГП), сочетанным с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) и без установленной патологии внутренних органов.

Материалы и методы. Ортопантомограммы получали у пациентов, взятых нами избирательно для пародонтологического лечения по клиническим показаниям.

Исследовали рентгенологическую картину у 100 больных с давностью изучаемых сочетанных заболеваний на момент обследования от 1 до 24 лет. В группу сравнения входили аналогичного возрастного диапазона 100 больных ХГП, без установленной патологии внутренних органов.

Ортопантомограммы снимались на аппаратах «РМ 2002», «Кранекс» при условиях: 60-65 кВ, 7-10 мА, выдержка – 10-12 с. Проявление, фиксацию и сушку рентгенограмм проводили в идентичных условиях. Полученные ортопантомограммы изучали визуально на оптическом негатоскопе Х 10.

По рентгенологическим данным учитывали следующие показатели: контакт между зубами, высоту межзубных перегородок, ширину периодонтальной щели и наличие , состояние кортикальной пластинки межальвеолярных перегородок.

Результаты и их обсуждение. Полученные результаты рентгенологических исследований представлены в таблице.

Таблица

Результаты ортопантомографического исследования

Симптомы		Пациенты	
		ХГП, без установленной патологии внутренних органов (n=100)	ХГП, сочетанным с ГЭРБ (n=100)
Степень неравномерной резорбции межальвеолярных перегородок (от глубины корня)	до 1/3	23 (23%)	20 (20%)
	до 1/2	24 (24%)	24 (24%)
	до 2/3	25(25%)	27 (27%)*
	Более 2/3	26 (26%)	29 (29%)*
Отсутствие резорбции		11 (11%)	-
Расширение периодонтальной щели с образованием патологических костных карманов		54 (54%)	75 (75%)*
Нарушение контактов между зубами		32 (32%)	71 (71%)*

Атрофия альвеолярных отростков	21 (21%)	40 (40%)*

Примечание: * p<0,05

Данные таблицы свидетельствуют: рентгенологическая картина у пациентов ХГП в сочетании с ГЭРБ характеризуется значительной деструкцией изучаемых показателей по сравнению с данными у больных ХГП, без установленной патологии внутренних органов и проявляется в достоверно большем числе пациентов с неравномерной резорбцией межальвеолярных отростков до 2/3 глубины корня, нарушением контактов между зубами, расширением периодонтальной щели с образованием патологических костных карманов, атрофией альвеолярных отростков, что указывает на более выраженное разрушительное влияние указанной сочетанной патологии на ткани зубочелюстной системы, нежели ХГП в отдельности.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ ПАРОДОНТИТОМ

Закарьяев А.З,, аспирант

Кафедры госпитальной терапии №3
с курсом клинической иммунологии и аллергологии
и терапевтической стоматологии ДГМА
Научные руководители: д.м.н., проф.Шихнебиев Д.А.,
д.м.н., доц. Меджидов М.Н.

Актуальность. В последние годы значительно возросло число больных с патологией желудочно-кишечного тракта, среди которых наиболее распространенной является гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ). Данные литературы свидетельствуют о том, что ГЭРБ в 83-100% случаев сочетается с патологией полости рта, в частности с гингивитами и пародонтитами. Частое сочетание гингивита, пародонтита с заболеваниями пищевода и желудка говорит о закономерности этой связи и об универсальности механизмов их развития. Несмотря на наличие такой связи между этими системами (пищевода и ротовой полости), тем не менее, особенности течения ГЭРБ при наличии воспалительных заболеваний пародонта не изучены.

Цель исследования: выявить частоту и характер течения ГЭРБ у больных с патологией пародонта.

Материалы и методы. Исследовано 76 больных, у которых имелась патология десны, (48 – мужчины, 28 – женщины, средний возраст 39 лет). Проводилось клиническое обследование полости рта (выяснение жалоб, сбор данных анамнеза, внешний осмотр и

полный осмотр полости рта), а также клиническое, эндоскопическое и рентгенологическое исследования верхних отделов пищеварительного тракта.

Результаты. Из 76 исследованных больных при клиническом обследовании полости рта у 39 выявлен хронический пародонтит легкой степени и у 37 – хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести, при клинико-инструментальном исследовании эндоскопические признаки ГЭРБ обнаружены у 44 (57,9%): эзофагит 1 ст. – у 28,1% и эзофагит 2 ст. – у 14,1%, неэрозивная рефлюксная болезнь (эндоскопически негативный вариант при наличии клинических данных) – в 15,6% случаев. Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы выявлена у 5 (13,5%) из 37 больных ГЭРБ, во всех случаях она сочеталась с эзофагитом 1-2 ст.

Заключение. При наличии патологии пародонта наблюдается высокая частота ГЭРБ (57,9%), клинические варианты ее течения многообразны – от эндоскопически негативной до выраженной. У 13,5% больных ГЭРБ при сочетании с воспалительными заболеваниями пародонта обнаруживается скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИСПАНСЕРНОЙ РАБОТЫ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ПУТЕМ ПЕРЕХОДА К ЭЛЕКТРОННЫМ ДОКУМЕНТАМ

Нарчаев М.А., молодой ученый, Меджидов М.Н., доцент

Кафедра терапевтической стоматологии ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., доц. Меджидов М.Н

Медицинская карта стоматологического больного – основной документ, необходимый для заполнения врачом-стоматологом, имеющий организационное, лечебное, научное, образовательное и юридическое значение. Существующую проблему произвольного заполнения карты, сокращений, исправлений, а также проблему сортировки сведений позволяет решить переход на электронную форму ведения указанной документации с помощью компьютерной программы, разработанной на кафедре терапевтической стоматологии ДГМА.

Целью исследования является оптимизация диспансеризации на государственном стоматологическом приеме путем разработки и внедрения электронной регистратуры на базах смартфона, карманного и персонального компьютеров.

Материалы и методы. Исследования проводились в Клинико-диагностической поликлинике ДГМА г. Махачкалы. Было заполнено 364 медицинские карты стоматологического больного в электронном виде. Производилась выборка из 15 карт и были образованы 2 группы. Первая — контрольная группа карт со стандартным заполнением бланка (форма 043/у). Вторая группа — те же 15 карт, но записанные на

электронный носитель

с помощью удобных врачу шаблонов и оформленные автоматически после переноса данных с телефона на компьютер в регистратуре. На указанный компьютер была установлена ведущая часть нашей программы. Федеральная служба по интеллектуальной собственности, патентам и товарным знакам.15.сентября 2011 года выдала свидетельство

о государственной регистрации программы для ЭВМ за №2011617202 под названием «Ведение документации в стоматологическом кабинете».

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

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

ОПТИМИЗАЦИЯ УЧЕТА ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАБОТЫ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОМПЬЮТЕРА

Нарчаев М.А., молодой ученый

Кафедра терапевтической стоматологии ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., доц. Меджидов М.Н

Применение в стоматологической практике первичной медицинской документации позволяет получить необходимую информацию, по результатам анализа которой можно определить целый ряд количественных и качественных показателей, характеризующих клинические аспекты работы как отдельных врачей, так и всей стоматологической клиники в целом. Одним из основных показателей является система учета труда врачей, основанная на измерении их работы в условных единицах трудоемкости (УЕТ). Учет труда по УЕТ позволяет поднять заинтересованность врачей в конечных результатах собственного труда, стимулировать у них рост производительности и развивать профессиональную направленность в работе.

В государственных учреждениях здравоохранения основную работу организации первичного статистического учета выполняют кабинеты медицинской статистики. В

частной клинике этим занимается, как правило, администратор или даже сам руководитель. Рутинность подсчета качественных и количественных показателей работы врача-стоматолога заставляет задуматься об автоматизации этого процесса с помощью компьютера.

Целью исследования является совершенствование работы кабинета медицинской статистики в государственной стоматологической поликлинике путем разработки и внедрения компьютерной программы для автоматического подсчета показателей работы врача-стоматолога.

Материалы и методы. Исследования проводились в Клинико-диагностической поликлинике Дагестанской государственной медицинской академии (ДГМА). Было заполнено 364 медицинские карты стоматологического больного в электронном виде. Производилась выборка из 15 карт и были образованы 2 группы. Первая — контрольная группа карт со стандартным заполнением бланка (форма 043/у). Вторая группа — те же 15 карт, но заполненные с помощью нашей программы. Эта программа разработана в процессе нашей работы на кафедре терапевтической стоматологии ДГМА на базе программы Microsoft Excel 2003 и предназначена для перевода личных записей врача в правильно заполненный бланк истории болезни.

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

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

Таким образом, использование программы экономит время врача и медицинского статиста без материальных затрат, что в свою очередь приведет к повышению экономической эффективности работы.

ЗНАЧЕНИЕ РЕПЛАНТАЦИИ ЗУБОВ В СОХРАНЕНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ЦЕЛОСТНОСТИ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ.

Омаров Ш. З., врач-ординатор

Кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии с курсом усовершенствования врачей ДГМА.
Научный руководитель: к.м.н., доц. Ордашев Х. А.

Актуальность. Во все времена люди получали травмы различного рода, при которых страдала челюстно-лицевая область и зубочелюстная система в особенности.

Одним из эффективных методов сохранения целостности зубочелюстной системы является операция реплантации зуба.

Реплантация зуба - это возвращение зуба в свою же лунку. Причинами, по которым зуб может покинуть свою альвеолу, могут быть: травматический вывих зуба (полный и неполный); удаление зуба с целью ликвидации воспалительных явлений одонтогенного характера, особенно при невозможности выполнения резекции верхушки корня зуба. Не исключен и ятрогенный фактор - ошибочное удаление или вывих при удалении соседнего зуба. Благодаря реплантации, можно вернуть зуб в своё анатомическое положение. Но не следует забывать о показаниях и противопоказаниях к выполнению данного хирургического вмешательства.

Показаниями к реплантации зуба являются:

1. Травма, сопровождающаяся вывихом зуба;

2. Ошибочное удаление зуба;

3. Зуб, находящийся на линии перелома челюсти (при невозможности адекватного терапевтического лечения);

4. Хронический периодонтит однокорневых зубов с резорбированной (на 1/3 и более высоты) компактной пластинкой;

5. Ошибки и осложнения терапевтического вмешательства при лечении многокорневых зубов, поражённых периодонтитом;

6. Отсроченная реплантация при остром одонтогенном периостите челюстей и обострении хронического периодонтита.

Противопоказания:

1. Острые воспалительные заболевания периодонта;

2. Патологические состояния, способствующие угнетению процессов репарации (алкоголизм, наркомания, сахарный диабет);

3. Пародонтоз;

4. Сильное расхождение или искривление корней зуба;

5. Разрушение самого зуба при получении травмы или в процессе удаления;

6. Зуб, поражённый глубоким кариозным процессом.

Цель: данное исследование направлено на повышения уровня квалификации врачей-стоматологов, к которым и обращаются пациенты, нуждающиеся в реплантации зубов. Ведь, зачастую, врач-стоматолог, ввиду отсутствия знаний и/или навыков, отказывает в помощи, предлагая обратиться к челюстно-лицевому хирургу или вовсе - убеждает

пациента о невозможности и неэффективности реплантации, необоснованно предлагая различные варианты протезирования.

Материалы и методы исследования. Из множества пациентов, обратившихся за помощью в отделение челюстно-лицевой хирургии РКБ г. Махачкала с января по декабрь 2015 года, в 36 случаях возникла необходимость сохранения зубов с применением метода реплантации зуба. Зубы, покинувшие своё анатомическое ложе, или изменившие место в зубном ряду, ввиду травмы, были возвращены в лунку и укреплены с помощью гладкой шины-скобы. Этапы проведения данной операции зависят от причины, по которой зуб покинул свою лунку. При удалении зуба стоматологом (для последующей реплантации) начальные манипуляции соответствуют этапам удаления зуба, а последующие действия врача идентичны с теми, что мы проводим при травматической этиологии выпадения зуба, а именно: погружение зуба в тёплый раствор хлорида натрия с добавлением антибиотиков; обработка лунки удаленного зуба (очистка от грануляций, промывание растворами антисептиков и антибиотиков); обработка реплантируемого зуба - пломбирование корневых каналов и кариозных полостей; повторная обработка лунки и помещение зуба в свою лунку. Зуб мы закрепляли с помощью гладкой шины-скобы к соседним зубам на срок от 3 недель до 1,5 месяцев. Пациентам необходимо соблюдать щадящую диету на весь период ношения гладкой шины и, что естественно, исключить получение травм.

Результаты исследования. Успех приживления зубов при применении метода реплантации зависит не только от качества услуг врача, но и от строгого соблюдения пациентом всех рекомендаций. Так, по нашим наблюдениям, после 3-6 недель фиксации зубов в альвеолах с помощью гладкой шины-скобы, подвижности зубов практически не наблюдается.

Выводы. Несмотря на недооценку стоматологами-хирургами эффективности метода реплантации, данный метод сохранения зубов зарекомендовал себя как несложный и актуальный способ предупреждения частичной адентии, которая, как известно, сказывается на зубочелюстной системе в целом.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИМПОРТОЗАМЕЩАЮЩЕГО ГЕРМЕТИКА ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ

Омочев А.Г., врач-стоматолог, НУЗ «Центральная поликлиника ОАО «РЖД»,
Омочев О.Г., заведующий кафедрой немедикаментозной терапии и УВ ДГМА

В настоящее время повышение эффективности пломбирования корневых каналов зубов различными материалами возможно при помощи исследования физических,

механических и химических свойств пломбировочных материалов. Различными авторами были проведены лабораторные исследования эпоксидно-смолсодержащих пломбировочных материалов отечественных и зарубежных производителей (1).

В работе Маргарян Э.Г (2) для изучения плотности обтурации корневых каналов применялись лабораторные методы исследования акустической и оптической микроскопии. Использовали однокорневые зубы с прямыми каналами, удаленные по медицинским показаниям (резцы, клыки). Корневые каналы пломбировали с помощью гуттаперчевых штифтов, используя методику латеральной конденсации в сочетании с корневым герметиком «AH-plus» (Dentsply).

Перед акустическим исследованием поверхность подготовленных зубов предварительно сошлифовывали до получения ровной площадки с целью получения отчетливого изображения внутренних структур зуба. Полученные образцы изучали при помощи микроскопа. Применение акустического микроскопа позволило определять все необходимые параметры: измерение скорости ультразвука в образцах, получение акустических изображений.

Для проведения исследования в оптическом микроскопе Leitz (Германия) использовали образцы, которые предварительно распиливали по линии сканирования и после изучали поверхность спила. Изображение регистрировали с помощью видеокамеры, оптическая система которой обеспечивала дополнительное увеличение объектов.

Для сравнения результатов, полученных с помощью акустической и оптической микроскопии, проводили рентгенологическое исследование запломбированных зубов. Рентгенологическое исследование проводили на радиовизиографе. Качество обтурации корневых каналов оценивали по стандартам рентгенологическим критериям. Таким образом, анализ результатов СЭМ спилов корней зубов, каналы которых были запломбированы силером AH-plus» с гуттаперчей, показало, что этот силер хорошо проникает в дентинные трубочки, имеет адгезию к гуттаперче, но, так же как и другие исследованные силеры, склонен к образованию микрополостей.

При проведении экспериментальных исследований Нехорошева Л.С (3) проводила лабораторное обследование на удаленных зубах по медицинским показаниям с хорошо сохранившимися коронками и корнями. Пломбировочным материалом был эпоксидно-аминополимер “Виэдент” («Владмива»).Были проведены две серии лабораторных исследований. В 30 удаленных зубах препарировали полости для создания доступа к устьям каналов. Подготавливали корневые каналы, и, произвольно разделив зубы на 3 равные части, пломбировали их тремя различными способами: одним силером (10 зубов); силером и одиночным гуттаперчевым штифтом (10 зубов); силером и гуттаперчевыми

штифтами методом латеральной конденсации (10 зубов).

Зубы с запломбированными корневыми каналами выдерживали в термостате при температуре 37°С и 95% влажности в течении 3х суток. После отверждения пломбировочного материала в корневых каналах зубов их погружали в расплавленный воск так, чтобы все поверхности зуба, включая пломбу, были покрыты тонким слоем воска. На распилах регистрировали проникновение красителя (метиленового синего) в эндодонт. Для последующего исследования распилов корней зубов с помощью сканирующей электронной микроскопии (СЭМ) было запломбировано 10 удаленных однокорневых зубов. Корневые каналы зубов после соответствующей подготовки пломбировали «Виэдентом» с гуттаперчевыми штифтами методом латеральной конденсации. Корни подготовленных зубов распиливали тонкими алмазными фрезами на три равные части перпендикулярно оси: апикальную, среднюю и пришеечную. Апикальную и пришеечную трети корня затем распиливали продольно через заполненный материалом канал на две половины. Среднюю часть распиливали на три части перпендикулярно оси зуба. Продольные спилы из апикальной и пришеечной трети корня, а также нижний поперечный из средней его трети помещали на 1 минуту в насыщенный раствор Na^2-ЭДТА для устранения аморфного слоя. В последующем, после отмывки в течении 3 часов в проточной воде и прополаскивания в дистиллированной воде, образцы высушивали на воздухе. Два оставшихся спила из средней трети корня раскалывали вдоль оси зуба через канал. Все подготовленные образцы наклеивали на столики токопроводящим клеем и напыляли медью в атмосфере аргона и напылителе. Исследование проводили в сканирующем электронном микроскопе при ускоряющем напряжении 15 кВ. В результате исследования обнаружено при пломбировании корневых каналов «Виэдентом», что данный силер имеет хорошую адгезию к дентину и легко проникает в дентинные трубочки.

Нами в 2014 году в стоматологическом отделении НУЗ "Центральная Поликлиника ОАО "РЖД" (г. Москва) было проведено лечение у 25 пациентов в возрасте от 18 до 45 лет. Были пролечены 40 зубов с различными формами хронического пульпита. Все пациенты были разделены на 2 группы: основная группа (А) и группа сравнения (Б). Эндодонтическое лечение больных осуществляли, руководствуясь стандартами лечения. Инструментальную обработку корневых каналов проводили современными эндодонтическими инструментами, включая никель титановые файлы системы Protaper. После проведения механической и медикаментозной обработки корневого проводили низкоинтенсивное гелий-неоновое лазерное облучение корневых каналов мощностью 90-110мВт/см² (5), время воздействия 1-1.5 мин. Низкоинтенсивное лазерное излучение

оказывало противовоспалительное и репаративно-регенеративное действие. В группе А для постоянного пломбирования корневых каналов использовался материал отечественного производства на основе эпоксидной смолы «Виэдент» (Владмива), а в группе Б применялся препарат зарубежного производства «АН plus» (Дентсплай). Больные в обеих группах после пломбирования корневых каналов отмечали постпломбировочные боли. В нашем исследовании через 1 год после лечения при рентгенологическом обследовании зубов обтурированных корневых каналов, наблюдалось отсутствие пор на протяжении корневого канала и отсутствие рассасывания силера в корневом канале, а также отсутствие изменений в апикальном периодонте.

Учитывая вышеизложенное, результатом экспериментальных и клинических исследований, проведенных с удаленными и интактными зубами, корневые каналы которых были запломбированы методом латеральной конденсации и применением силеров «АН-plus» и «Виэдент» существенно не различались по адгезивным свойствам к гуттаперчевым штифтам и стенкам зуба.

Список литературы:

1. Клее И.И. Силер для корневых каналов «ЭйЭйч Плюс», Дент Арт, 2001. №3. С-41 - 44
2. Маргарян Э.Г. Разработка и клинико-лабораторное обоснование применения нового отечественного материала для корневых каналов при периодонтите, Дис... канд.мед.наук.- М., 2007.- 217 с
3. Нехорошева Л.С. Сравнительная характеристика обтурационных свойств корневых герметиков отечественного производства "Силдент" и "Виэдент", Дис... канд.мед.наук.- М., 2004.-196 с
4. Попова Т.А., Зойбельмаи М., Кунии А.А., Кожухов А,В, Современные аспекты эндодонтического лечения зубов// Клиническая стоматология. 2003, № 1.С. 22 24.
5. Буйлин В.А. Низкоинтенсивная лазерная терапия в стоматологии, М., 1997 г. 42 с.

ИЗМЕНЕНИЕ МИКРОФЛОРЫ ПОЛОСТИ РТА ПОД ВЛИЯНИЕМ СИСТЕМ КОРРЕКЦИИ ЦВЕТА ЗУБОВ

Гитинова А.М., клинический ординатор,
Султанова М.А., ассистент

Кафедра терапевтической стоматологии ДГМА

Изменение цвета зубов - это широко распространенная проблема, создающая

дискомфорт пациентам разного возраста. До недавнего времени традиционным методом лечения измененных в цвете зубов являлось протезирование с применением маталопластмассовых или металлокерамических коронок, однако это не оправдано с точки зрения сохранности твердых тканей зуба, особенно у пациентов с заболеваниями пародонта. В связи с этим, все более широкое распространение находят консервативные методы, заключающиеся в использовании отбеливающих препаратов на основе перекиси карбамида, обладающих не только отбеливающим, но и антимикробным и антигалитозным действием.

Известно, что кислород выделяющие препараты, например, на основе перекиси карбамида, обладают выраженным антимикробным действием на анаэробную микрофлору. Как правило, заболевания пародонта воспалительной природы сопровождаются появлением неприятного запаха изо рта, а длительное течение приводит к изменению цвета зубов. Комплексное лечение, включающее гигиенические мероприятия, не могут полностью решить эту проблему, так как традиционно применяемые препараты не в состоянии купировать выделение с воздухом летучих сернистых соединений, являющихся одной из причин галитоза.

Цель работы. Повышение эффективности лечения заболеваний пародонта путем использования отбеливающих препаратов, обеспечивающих антимикробный, отбеливающий, антигалитозный эффект.

Материалы и методы. Для клинического исследования нами было отобрано 45 пациентов, страдающих пародонтитом, которым требовалось отбеливание измененных в цвете зубов, среди которых женщин – 30, мужчин – 15. У всех исследуемых было получено информированное согласие на проведение настоящего исследования. Перед началом исследования всех участников обучали рациональной гигиене полости рта и проводили профессиональное удаление назубных отложений. Основное лечение, которое включало обработку поверхности корня, кюретаж или хирургическое вмешательство, проводили первым. Коррекцию цвета зубов проводили по достижении стабилизации состояния пародонта, которые могут занять 6-12 недель после хирургического вмешательства.

Всех пациентов разделили на три группы. Во всех группах отбеливание проводили с использованием капп изготовленных по методике предложенной Малкмачером (2003).

Первая группа составила 15 пациентов, которым в комплексе лечебных мероприятий при пародонтите проводили коррекцию цвета зубов с помощью отбеливающего препарата «Global White» на основе 10% концентрации перекиси карбамида.

Во вторую группу вошли 15 пациентов, где в качестве отбеливающего препарата использовали отечественный препарат «Белагель О» с 12% концентрацией перекиси карбамида.

В третью группу вошли 15 пациентов, получавшие только традиционное лечение пародонтита.

Результаты исследования. После проведения традиционной терапии воспалительных заболеваний пародонта, пациентам первой группы проводили коррекцию цвета зубов с использованием системы «Global White», на основе 10% концентрации перекиси карбамида.

Показатели клинических индексов представлены в таблице.

Согласно результатам клинического исследования, произведенных до и после проведенного лечения, зафиксировано улучшение цвета на 2-3 порядка по шкале VITA.

В первой группе, после проведения домашнего отбеливания у 28% пациентов наблюдалось повышение чувствительности зубов и их выраженная болевая реакция на температурные и механические раздражители, которая прошла самостоятельно у 13,3% пациентов, через 3-5 дней после завершения курса процедуры отбеливания. Оценка электровозбудимости пульпы показала, что у 60% пациентов, предъявлявших жалобы на повышенную чувствительность показатели электровозбудимости пульпы составили 5 - 7 мкА, у 40% 3 – 4мкА. По классификации Ю.А. Федорова с соавт. это соответствовало 1 степени гиперестезии, у остальных 40% 3-4мкА (2 степень гиперестезии). После проведения курса реминерализующей терапии случаев выявления гиперестезии не зафиксировано.

В результате проведенного исследования у пациентов первой группы, уровень галитоза был определен от 1 до 4 баллов. Следует отметить, что от 1 до 2 баллов встречалось у 28,8% пациентов, в то время как резко увеличено число случаев выявления существенного запаха изо рта в 3 и 4 балла – у 71,2% пациентов. После традиционной терапии пародонтита в сочетании с процедурой отбеливания у 68,8% пациентов уровень галитоза был определен в 1-2 балла, у 31,2% пациентов наблюдалось отсутствие неприятного запаха.

Во второй группе, после проведения традиционной терапии воспалительных заболеваний пародонта в сочетании с процедурой отбеливания препаратом «Белагель-О», на основе 12% концентрации перекиси карбамида.

Данные индексной оценки представлены в таблице.

Согласно результатам клинического исследования, произведенных до и после проведенного лечения, зафиксировано улучшение цвета на 2-3 порядка по шкале VITA.

Во второй группе , после проведения коррекции цвета зубов гиперестезию отметили 34,5%, которая прошла самостоятельно у 15% пациентов, через 3-5 дней после завершения курса процедуры отбеливания.

Оценка электровозбудимости пульпы показала, что у 64% пациентов, предъявлявших жалобы на повышенную чувствительность показатели электровозбудимости пульпы составляли 5 - 7 мкА, у 36% 3 – 4мкА. По классификации Ю.А. Федорова с соавт. это соответствовало 1 степени гиперестезии, у остальных 40% 3-4мкА (2 степень гиперестезии). После проведения курса реминерализующей терапии случаев выявления повышенной чувствительности не обнаружено.

В результате проведенного исследования во вториой группе уровень галитоза был определен от 1 до 4 баллов. От 1 до 2 баллов встречалось у 26,7% пациентов, в то время как резко увеличено число случаев выявления существенного запаха изо рта в 3 и 4 балла – у 73,3% пациентов. После традиционной терапии пародонтита в сочетании с процедурой отбеливания у 82,1% пациентов уровень галитоза был определен в 1-2 балла, у 17,9% пациентов наблюдалось отсутствие неприятного запаха.

Результаты индексной оценки полученные в группе контроля представлены в таблице. В группе контроля 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). Уровень неприятного запаха изо рта до лечения составил 2,86 ± 0,83, после проведения курса 1,86 ± 0,6.

Следовательно, при всех используемых методах наступает изменение структуры зубов в той или иной степени, изменение чувствительности, однако при этом происходит выраженная оптимизация степени галитоза и цвета зубов, купирование микробов. Использование реминерализующей терапии позволяет купировать повышенную чувствительность зубов.

Показатели клинических индексов

Группа	Индекс РМА		Гингивальный индекс		Индекс гигиены		Индекс кровоточивости	
	До	после	до	после	до	после	до	после
Первая группа (Global White)	0,50±0,07	0,21±0,05	1,44±0,14	0,47±0,09	2,53±0,09	0,83±0,08	2,77±0,07	0,87±0,08
Вторая группа (Белагель-О)	0,49±0,06	0,24±0,05	1,44±0,19	0,53±0,11	2,46±0,11	0,88±0,07	2,69±0,09	0,93±0,11

Группа контроля	0,52±0,08	0,19±0,06	1,46±0,12	0,59±0,11	2,47±0,10	0,82±0,08	2,82±0,06	0,56±0,06

Таким образом, отбеливание зубов у пациентов, страдающих заболеваниями пародонта, может явиться составляющим компонентом в комплексной терапии воспалительных заболеваний пародонта.

Для подтверждения полученных данных мы провели микробиологическое исследование.

Для оценки влияния отбеливающих препаратов на микрофлору пародонтального кармана нами было проведено микробиологическое исследование содержимого пародонтальноого кармана 45 пациентов с диагнозом хронический генеразованный пародонтит средней степени тяжести.

Было показано, что до начала лечения у пациентов первой группы у 60% идентифицирована ДНК пигментирующих бактерий Porphyromonas gingivalis и у 33,3% обнаружена Prevotella intermedia. Bacteroides forsythus выявлена у 60%. Actinobacillus actinomycetemcomitans определена у 46,6% и у 53,3% пациентов обнаружена Treponema denticola.

У пациентов второй группы у 66,6% в пародонтальном кармане выявлена Porphyromonas gingivalis, Prevotella intermedia обнаружена у 46,6%.Bacteroides forsythus идентифицирована у 66,6% пациентов. В пародонтальных карманах 53,3% определена Actinobacillus actinomycetemcomitans и у 46,6% обнаружена Treponema denticola.

В группе контроля у 66,6% пациентов в пародонтальном кармане выявлена Porphyromonas gingivalis, Prevotella intermedia обнаружена у 40%.Bacteroides forsythus определена у 60%. В пародонтальных карманах 53,3% выявлена Actinobacillus actinomycetemcomitans и у 46,6% идентифицирована Treponema denticola.

Через три недели после традиционной терапии у 20% пациентов группы контроля идентифицировали Actinobacillus actinomycetemcomitans, Treponema denticola и Bacteroides forsythus. Проведенное лечение не повлияло на относительную частоту выявления Prevotella intermedia и Porphyromonas gingivalis.

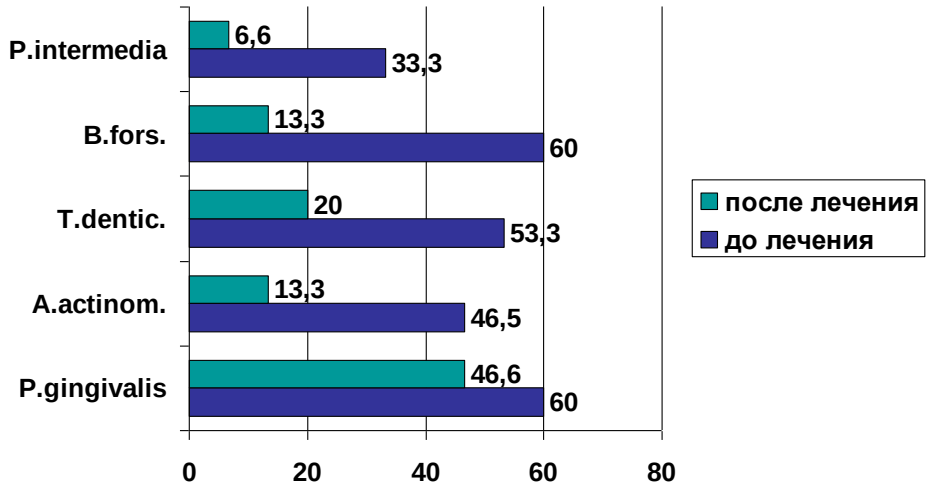
Лучшие результаты были получены у пациентов, которым после традиционного лечения пародонтита провели процедуру отбеливания.

В первой группе частота определения Porphyromonas gingivalis снизилась до 46,6% пациентов, выявление Prevotella intermedia снизилось до 6,6%. Actinobacillus actinomycetemcomitans, Treponema denticola и Bacteroides forsythus выявлены у 20% пациентов.

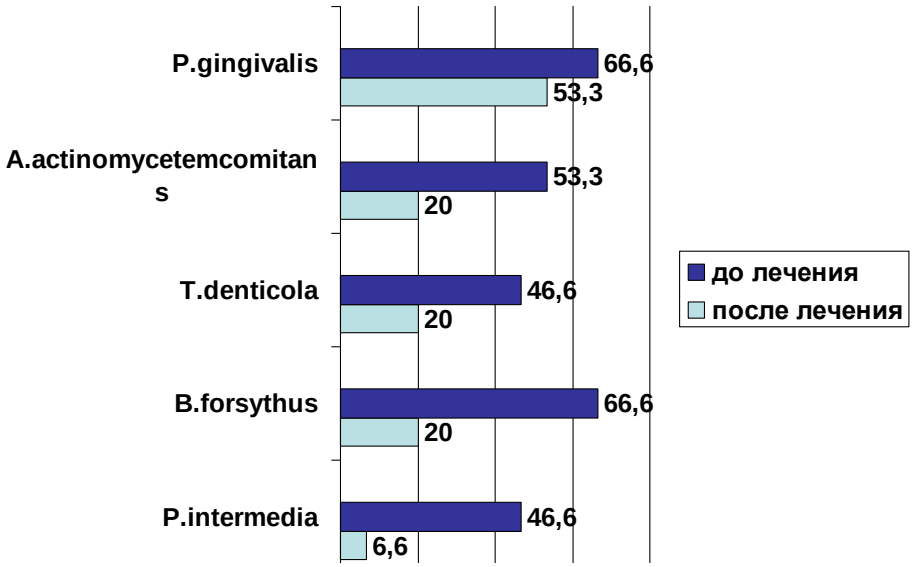
Во второй группе у пациентов, пользовавшихся отбеливающей системой Белагель-О

частота выявления Porphyromonas gingivalis снизилась до 53,3%, Prevotella intermedia выявлена у 6,6%. Частота обнаружения Actinobacillus actinomycetemcomitans, Treponema denticola и Bacteroides forsythus снизилась 20%.

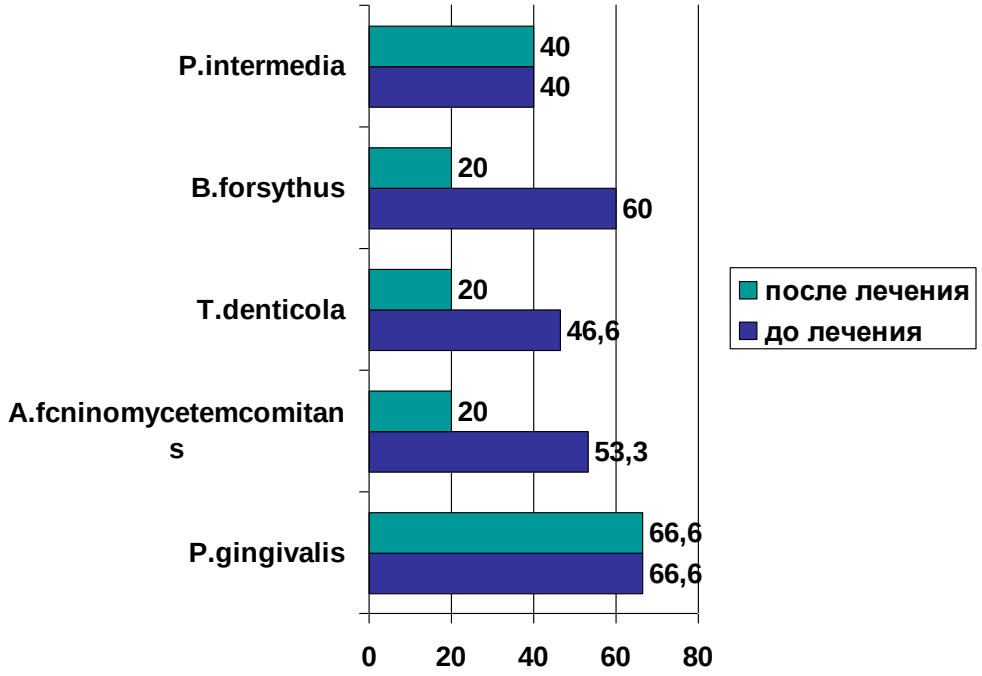
Изменение вирулентных видов бактерий в пародонтальных карманах первой группы , после проведения курса отбеливающих процедур(%).



Изменение содержания пародонтопатогенных штаммов во второй группе (%)



Изменение содержания вирулентных видов бактерий у пациентов группы контроля до и после традиционного лечения заболеваний пародонта (%).



Из полученных данных видно, что механическое удаление назубных отложений и антимикробная терапия не всегда приводит к уничтожению некоторых видов пародонтопатогенных штаммов, в частности, не происходит снижения частоты обнаружения Porphyromonas gingivalis и Bacteroides forsythus.

Курс отбеливающих процедур приводит к статистически достоверному снижению содержания Prevotella intermedia, Actinobacillus actinomycetemcomitans, Treponema denticola, Bacteroides forsythus и снижению частоты выявления Porphyromonas gingivalis ~ на 15%.

Следовательно, данные микробиологического изучения указывают на возможность применения современных методов отбеливания зубов в комплексе лечебных мероприятий при заболеваниях пародонта в качестве патогенетически обоснованной методики, обеспечивающей антимикробное воздействие на пародонтопатогенную флору.

Выводы.

На основании результатов лабораторных и клинических исследований установлено, что в комплексном лечении заболеваний пародонта целесообразно использовать

отбеливающий гель на основе перекиси карбамида, концентрация которого не превышает 12%. По данным молекулярно-генетического анализа доказано, что проведение коррекции цвета зубов у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта способствует купированию анаэробной пародонтопатогенной микрофлоры. Это дает возможность расценивать данный метод в качестве составляющего компонента патогенетической терапии. Проведение процедуры коррекции цвета зубов с использованием препаратов на основе перекиси карбамида приводит к купированию галитоза, что дополняет комплексную терапию воспалительных заболеваний пародонта.

Литература:

1. Дмитриева Л.А. «Терапевтическая стоматология», М., МЕД пресс, 2003г.-С.140-152с.

2. Линда Гринволл Методика отбеливания в реставрационной стоматологии. М.: «Высшее образование и наука», 2003.- С.24-49.

3. Царев В.Н., Ушаков Р.В. «Антимикробная терапия в стоматологии», Москва, 2004.-С.91-108.

4. Adrians P.A., De Boever J., Loesche W.J. Bacterial invasion on root cementium and radicular dentin of periodontotally diseased teethy in human. A reservoir of periodontopathic bacteria// J.Periodontal.-1988 – V.59. – P.222 – 230.

5. Daspher S.A., Brien-Simpson N.M.,Bhogal P.S. et al. Purification and characterization of aputative fimbrial protein/ receptor of Porphyromonas gingivalis.//Aust Dent J.- 1999. -№2. -P.99-104.

ВОЗДЕЙСТВИЕ ПРЕПАРАТОВ НА ОСНОВЕ ПЕРЕКИСИ КАРБАМИДА НА УЛЬТРАСТРУКТУРУ ЭМАЛИ И ДЕНТИНА

Гитинова А.М., клинический ординатор,
Султанова М.А., ассистент

Кафедра терапевтической стоматологии ДГМА

Современный уровень знаний об этиологии и патогенезе заболеваний опорного аппарата зубов однозначно определяют субгингивальную пародонтальную микрофлору как доминирующий причинный фактор (1,2,3,4,5). Патогенность субгингивальных бактерий для тканей пародонта подтверждены многочисленными исследованиями, и некоторые виды микроорганизмов признаны в качестве пародонтопатогенов (6).

В основе терапии воспалительных заболеваний полости рта, наряду с традиционными методами, в последние годы в качестве средств нарушающих

жизнедеятельность патогенных видов анаэробов применяют препараты с выделением кислорода (7).

Использование кислородвыделяющих отбеливающих препаратов позволяет проводить коррекцию цвета зубов у пациентов, страдающих заболеваниями пародонта, что при этой патологии является патогенетически обоснованным.

Целью данной работы явилось изучение влияния современных препаратов для отбеливания зубов на ультраструктуру эмали и дентина.

Материалом для исследования служили удаленные по пародонтологическим показаниям постоянные резцы, клыки и премоляры человека. Для изучения отбирались измененные в цвете зубы, сопровождающиеся обнажением шеек. Удаленные зубы тщательно отмывали в проточной воде от крови и слизи, с помощью экскаватора очищали от мягких тканей, затем подвергали обработке зубной щеткой с мылом.

Полученный материал разделили на три группы:

Первая группа служила контролем (не подвергалась воздействию геля и содержалась в сосуде с дистиллированной водой).

Зубы второй группы отбеливали с использованием системы «Global White», в зависимости от концентрации геля, мы разделили эту группу на три подгруппы.

Зубы в подгруппе А1 отбеливали с использованием геля «Global White», предназначенным для офисного отбеливания, с 20% концентрацией перекиси карбамида. Отбеливание проводили по 40 минут в день, в течение трех дней, после каждого сеанса экспериментальные группы зубов помещали в сосуд с изотоническим раствором для набора влаги.

Зубы в подгруппе А2 отбеливали с помощью препарата «Global White» с 16% концентрацией перекиси карбамида, предназначенной для домашнего отбеливания. Отбеливание проводили по 45-50 минут 2 раза в день в течение 1 недели.

В третьей подгруппе А3 зубы отбеливали с использованием системы «Global White», предназначенной для домашнего отбеливания с 10% концентрацией перекиси карбамида. Длительность отбеливания составляла 55-60 минут, 3 раза в день в течение недели.

Зубы третьей группы отбеливали с использованием системы «Белагель-О», которую также разделили на три подгруппы в зависимости от концентрации препарата.

В подгруппе Б1 отбеливали зубы с использованием системы «Белагель-О», предназначенной для офисного отбеливания с 30% концентрацией перекиси карбамида. Отбеливание проводили в течение 15-30 минут в день, активируя гель источником света. Процедуру повторяли в течение трех дней.

Зубы подгруппы Б2 отбеливали с использованием препарата «Белагель-О» с 20%

концентрацией перекиси карбамида, предназначенной для домашнего использования. Отбеливание проводили по 30 минут 2 раза в день. Процедуру проводили три раза в неделю с равными временными промежутками.

Третью подгруппу Б3 в течение 10 часов отбеливали с использованием системы «Белагель-О», с 12% концентрацией перекиси карбамида, предназначенной для использования в домашних условиях. Процесс повторяли три раза в неделю в течение двух недель.

Результаты исследования.

При изучении необработанной эмали (группа контроля) видны естественные борозды, царапины и микротрещины. Характерно наличие обильных органических наслоений и маскирование эмалевых призм. В целом поверхность эмали характеризуется относительно однородной структурой, наличием небольших углублений округлой формы.

Во второй группе в подгруппе А1 в качестве отбеливающего препарата использовали Global White (20% концентрация перекиси карбамида). На поверхности эмали видны естественные неглубокие борозды и царапины. В целом структура относительно однородная, с наличием впадин и бугорков. Участки деминерализации не встречаются. Важно, что в отличие от предыдущей группы органические наслоения отсутствуют. Можно предположить, что реагенты, использованные в данной группе приводят к растворению покрытия – пелликулы и пищевых остатков.

В подгруппе А2 (16%перекись карбамида) при изучении микропрепаратов на поверхности эмали отмечаются естественные борозды и царапины. Следовательно, повреждающее действие препарата отсутствует, что свидетельствует об относительно неагрессивном воздействии на эмаль зуба. Участки деминерализации не встречаются. Также как и в предыдущей группе, органические наслоения практически отсутствуют.

В подгруппе А3 (10% перекись карбамида), на поверхности эмали отсутствуют органические наслоения. Видны естественные неглубокие борозды, царапины и микротрещины, хотя за которыми встречаются фрагменты органических наслоений. Участки деминерализации не выявлены. В строении дентина также изменений не обнаружено. Следовательно, очищающая способность препарата в отношении органических наслоений на поверхности зуба выражена слабее, хотя заметен эффект воздействия на структуру в целом. Даже относительная нерезистентная зона дентина не повреждена в результате действия препарата.

В третьей группе, где в качестве отбеливающего препарата использовали «Белагель-О» в первой подгруппе Б1, (30% концентрация перекиси карбамида), на поверхности эмали видны микротрещины, что косвенно показывает, что активно протекающая реакция

взаимодействия препарата с гидроксиапатитом приводит к повреждению структуры. Поверхность эмали неоднородная, а также встречаются участки деминерализации эмали.

При изучении микроснимков второй подгруппы Б2, после обработки препаратом (20% концентрация перекиси карбамида) на поверхности эмали также встречаются микротрещины. Местами выявляются участки со слабо выраженной деминерализацией, небольших размеров. В целом структура аналогична наблюдаемой в предыдущей группе.

И лишь в последней подгруппе Б3, где использовали гель с 12 % концентрацией перекиси карбамида («Белагель-О») на поверхности эмали отмечаются лишь естественные царапины и борозды. В целом структура однородная, участки деминерализации не встречаются. В то же время органические наслоения практически отсутствуют. Следовательно, этот препарат сочетает в себе эффект достижения удаления органических наслоений с сохранением подлежащих тканей.

На основании изучения морфологического строения ткани можно сделать вывод, что наиболее обоснованным является использование отбеливающих препаратов на основе 10%-12% концентрации перекиси карбамида, так как она не обладает повреждающим, деминерализующим воздействием на структуру эмали и дентина.

Литература:

1. Дмитриева Л.А. «Современные аспекты клинической пародонтологии», М., МЕД пресс, 2001г.-128с.

2. Каргальцева Н.М. «Ротовая полость важный биотоп организма человека»// Институт стоматологии, 2001г,№1,С.18-21

3. Сивовол С.И. «Клинические аспекты пародонтологии» - Москва,2001г «ТРИАДА-Х»,С.70-88

4. Хельвик Э.И. «Терапевтическая стоматология/Пер. с нем.,-Львов: Галдент,1999

5. Haifajee AD., Socransky S.S. Microbial etiological agents of destructive periodontal diseases. Periodontol.2000,5;57-71

6. Malcmacher L.S. «Практическое решение проблемы неприятного запаха изо рта (галитоза)»//Современная стоматология 2004, №2, С.32-33

7. Tend Y.T. The role of acquired immunity and periodontal disease.- Crit.Rev.Oral.Biol.Med., 2003, №14, p.237-252.

НЕРВНЫЕ БОЛЕЗНИ

К ВОПРОСУ О ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПРОТЕКАЮЩИХ «ПОД МАСКОЙ» ИНСУЛЬТА.

Гусейнова М. , клинический ординатор,
Герейакаев Ш., клинический ординатор

Кафедра неврологии ФПК и ППС ДГМА
Научный руководитель: к.м.н., доц. Умаханова З.Р.

Актуальность. Ишемический инсульт (ИИ) - это самая частая форма (около 80%) острых нарушений мозгового кровообращения, характеризующаяся в образовании зоны некроза, вследствие грубых, стойких нарушений метаболизма нейрональных и глиальных структур, возникающих в результате недостаточности кровоснабжения головного мозга и клинически проявляющееся остро возникающей и сохраняющейся очаговой неврологической симптоматикой. Одним из основных и высокочувствительных методов диагностики ОНМК является – МРТ головного мозга. Ранними МР-признаками ишемического инсульта являются: высокий сигнал по DWI (уже через 3 часа после эмболии ветвей); усиление сигнала по Т2 ВИ и FLAIR в первые 24часа, но не ранее чем через 8 часов, распространяющаяся в соответствии с бассейном кровоснабжения пораженной артерии и обычно захватывающее серое вещество мозга. При МР-ангиографии в 3D TOF визуализируется место окклюзии или обрыв сосуда. В сверх острую фазу МРТ может и не обнаружить каких-либо изменений в веществе мозга.

В последнее время в практике неврологов занимающихся ургентной цереброваскулярной патологией увеличивается число случаев не соответствующие клинике и характеру изменения на МРТ.

Цель: Сопоставление данных клиники и нейровизуализации у пациентов, поступивших в стационар с диагнозом ишемический инсульт.

Материалы и методы. За 2015г в неврологическое отделение ГБУ РБ№2 ЦЭСМП поступила 550 пациентов с остро развившейся очаговой неврологической симптоматикой, с верифицированными очагами ишемии на МРТ и с предварительным диагнозом: ОНМК ишемический инсульт.

Всем пациентам проводились консультация невролога, нейровизуализация, УЗДГ, общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма, ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки, консультация терапевта, офтальмолога, кардиолога.

Таблица1.

Нозология	Количество поступивших	Соотношение в процентах
Ишемический инсульт	516	94%
Дисциркуляторная энцефалопатия	15	2,7%
Опухоли головного мозга	5	1%
Гемиплегическая мигрень	2	0,4%
Болезнь Альцгеймера	4	0,7%
Алкогольное поражение головного мозга	3	0,5%
Нормотензивная гидроцефалия	3	0,5%
Саркоидоз сосудов головного мозга	2	0,4%
ИТОГО	550	100%

Результаты. При тщательном анализе клинико-анамнестических данных (острое начало, острое развитие очаговой неврологической симптоматики), факторов риска (сердечнососудистые заболевания, сахарный диабет), неврологического статуса и данных МРТ диагностики (DWI, T1, T2 режимы) из 550 пациентов у 34 не диагностировано ОНМК, что составило 6% от общего числа больных с предварительным диагнозом ОНМК. В таблице 1 представлены нозологические формы пациентов, включенных в исследование.

Обсуждение: Дифференциальный диагноз в структуре цереброваскулярных заболеваний остается актуальным и в эру высоких технологий. Клиническая картина заболевания была и остается ведущей в постановке клинического диагноза. Интерпретация найденных изменений в МРТ зависит используемых режимов, протоколов исследования и подготовки врача рентгенолога. Из полученных нами данных у всех 550 пациентов обратившихся в клинику по поводу остро развившейся очаговой неврологической симптоматики, с предварительным диагнозом инсульт данные МРТ трактовались как остро возникшую ишемию мозга. Однако, в 8 % случаев этот диагноз не подтвердился. В таблице 2 представлены дифференциально-диагностические критерии и изменения в МРТ у пациентов, включенных в исследование.

Таблица 2.

Нозологическая форма	Характер течения	Данные анамнеза	Данные МРТ головного мозга
Ишемический инсульт	острое развитие очаговой симптоматики	Кардиоваскулярные заболевания, коагулопатии, СД, васкулиты	Повышенный сигнал на диффузионных изображениях, сниженный на карте ACD, локализация которого соответствует клинической картине
Дисциркуляторная энцефалопатия	Появление и острое появление или углубление очаговой	пирамидные, экстрапирамидные расстройства	Перивентрикулярный лейкоареоз, церебральная атрофия, заместительная гидроцефалия. Лакунарные инфаркты

	симптоматики		
Болезнь Альцгеймера	появление острой очаговой симптоматики или острое углубление имеющегося неврологического дефицита	прогредиентно нарастающие нарушения памяти речи, праксиса, гнозиса, профессиональной деятельности, в быту.	Атрофия височных долей и гиппокампа, корковая атрофия ,расширение височных рогов боковых желудочков, III желудочка; без признаков ОНМК, указывающих на бассейн васкуляризации
Опухоль головного мозга	острое развитие симптоматики, эпилептический припадок	жалобы на головные боли, эпилептические приступы	Признаки объемного образования головного мозга
Алкогольное поражение головного мозга	острая симптоматика с появлением глазодвигательных расстройств и эпиприпадков	Хроническая алкологизация	Выявляются гиперинтенсивные зоны в медиальных ядрах таламуса, межталамическом сращении, дне третьего желудочка, сосцевидных телах, ретикулярной формации, крыше среднего мозга и сером веществе вокруг водопровода мозга. Эти структуры могут накапливать контраст, могут возникать петехиальные кровоизлияния
Нормотензивная гидроцефалия Хакима-Адамса	Острое развитие атактического синдрома или нижнего парапареза	нарушение ходьбы и когнитивные снижения и нарушения мочеиспускания за 6–12 месяцев	Характерный нейровизуализационный признак НТГ - перивентрикулярная трансэпендимальная пенетрация ЦСЖ в сочетании с вентрикуломегалией, расширение III желудочка, височных и фронтальных рогов боковых желудочков в виде «бабочки» на аксиальных срезах.
Гемиплегическая мигрень	Острое развитие очаговой симптоматики.	Семейный анамнез. аутосомно-доминантный тип наследования	Нет данных за ОНМК
Нейросаркоидоз	острое развитие очаговой симптоматики с признаками поражения ствола	Саркоидоз в анамнезе	Диффузные паренхиматозные поражения в перивентрикулярной области; утолщение зрительных нервов и зрительного перекреста, мозговых оболочек. Признаки микрогеморрагий.

Выводы: Клиническое течение хронических нейродегенеративных заболеваний может быть острым и манифестировать как острое нарушение мозгового кровообращения. Данные клинической картины и нейровизуализации должны быть дополнены тщательным сбором анамнеза. Врач невролог должен владеть навыками трактовки полученных данных нейровизуализации.

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

НАШ ВАРИАНТ ДРЕНИРОВАНИЯ ГНОЙНЫХ СРЕДНИХ ОТИТОВ

Мусаева Х. М., клинический интерн

Кафедра болезней уха, горла и носа с усовершенствованием врачей ДГМА
Научный руководитель - к.м.н., доц. Гаджимирзаева Р.Г.

Актуальность. В медицинской практике дренаж (дренирование) – это метод осушения ран, полостей, а также выведения из них жидкого отделяемого – гноя, выпота с помощью резиновых трубок или полосок из марли или перчаточной резины. Дренирование используется для решения нескольких задач. Во-первых, с помощью дренажа можно эвакуировать раневое отделяемое, гной и патологическое содержимое из полостей, глубоких ран. Во-вторых, дренаж позволяет выполнять промывание раневой полости и вводить в нее соответствующие лекарственные вещества и осуществлять физиотерапевтические процедуры.

Классический вариант дренажа при хронических гнойных средних отитах провести не предоставляется возможным в силу анатомо-топографических особенностей среднего уха.

В практической работе для удаления гноя из системы среднего уха врачи прибегают или к методу промывания барабанной полости через перфорационное отверстие барабанной перепонки или же к антродренажу. Удаление гноя из тимпанальной полости при мезотимпанитах, как правило, осуществляется путем туалета с использованием ушных зондов (ватничков), а при обильном гноетечении аспирируют секрет или промывают барабанную полость дезинфицирующим или антибиотиковым растворами.

Цель. Оптимизация дренажа полостей среднего уха при хроническом гнойном среднем отите. При мезоэпитимпанитах и изолированных эпитимпанитах промывание надбарабанного пространства (аттика) осуществляется специальной аттиковой канюлей с изогнутым концом (рис.1).

Данный метод промывания эпитимпанальной полости имеет существенный недостаток – невозможность визуально контролировать процесс промывания из-за загораживания просвета слухового прохода рукой врача, придерживающей шприц с канюлей и ушную воронку (рис.2). Вследствие этого любое непроизвольное отклонение головы больного от заданного положения или же отклонение (смещение) конца аттиковой канюли приводит к изливанию лекарственного вещества мимо перфорационного отверстия.

Материал и методы исследования. Для исключения указанного недостатка и

оптимизации техники промывания барабанной полости мы в течении последних лет используем рекомендованный нами инструмент под условным названием «удлиненная аттиковая канюля». Последняя представляет собой пластмассовую трубку длиной 45-60 см с внутренним диаметром 2 мм, конец которого оплавлен на спиртовке (рис.3). В другой конец трубки вставлена длинная инъекционная игла (рис.4). Оплавленный конец трубки под контролем зрения вводим через перфорационное отверстие в сторону аттика, предварительно придав форму изгиба концу трубки. Другой конец удлиненной канюли держит медицинская сестра (рис.5). По сигналу врача, проводящего процедуру, она вводит через иглу заранее набранное в шприц многоразового использования лекарственное вещество (борный спирт, 5-10 % спиртовая настойка раствора прополиса, растворы ферментных препаратов и антисептиков (диоксидин, мирамистин), антибиотиков.)

В зависимости от длительности патологического процесса, патофизиологических изменений в полостях среднего уха и при неэффективности дренирования через слуховой проход прибегаем к ретроградному (трансмастоидальному) дренированию полостей среднего уха. В этих целях выполняем антротомию, удаляем патологическое содержимое антрума (гной, грануляции, кариозную кость) и устанавливаем дренажную трубку в антрум. В послеоперационном периоде проводим ежедневное промывание среднего уха через введенную в антрум дренажную трубку. При этом промывная жидкость, орошая антрум, вход в пещеру и барабанную полость, вытекает через перфорационное отверстие барабанной перепонки в слуховой проход и собирается в почкообразный лоток.

Под наблюдением находилось 65 больных с хроническим гнойным средним отитом (мезотимпанитом-22, мезоэпитимпанитом-31, эпитимпанитом-6, тотальным тимпанитом-5). Из 65 больных у 8 больных промывание полостей среднего уха выполнялось ретроградно после наложения антродренажа, остальным - через слуховой проход. Непосредственные результаты лечения свидетельствуют о полном прекращении патологического отделяемого из уха у 49 (75,6 %) больных. У остальных 16 (24,4 %) выделения из уха приняли слизистый характер.

Заключение. В целях оптимизации процедуры промывания (дренирования) барабанной полости, особенно при вовлечении в патологический процесс верхнего ее этажа, рекомендуется прибегать к методике промывания аттика «удлиненной аттиковой канюлей».

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ В ЛЕЧЕНИИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

Алиева М.Т. , студентка 6 курса лечебного факультета
Магарамов А.М, клинический ординатор,
Халилюлин Х. Р., студент 3 курса лечебного факультета

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., доц. Атаев А.Р.

Актуальность. В современных вооруженных конфликтах неуклонно растет частота огнестрельных ранений конечностей, которые достигают 65 % от всех санитарных потерь, из них огнестрельные переломы костей составляют 35-40 %. Оскольчатые переломы отмечены у 35,1% раненых, раздробленные – у 41,3%, переломы с первичным дефектом – у 7,1%, из которых 79,3% имеют дефект более 3 см. В связи с совершенствованием стрелкового оружия 47,6 % ранений конечностей являются тяжелыми и крайне тяжелыми, в 34-70 % случаев результаты лечения остаются неудовлетворительными и до 17,9% - выход на инвалидность после огнестрельных переломов.

Цель. Изучить эффективность применения последовательного остеосинтеза в лечении огнестрельных переломов длинных костей конечностей.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 64 раненых с огнестрельными переломами длинных костей конечностей, вызванных высокоэнергетическими снарядами. Локализация переломов у наших пациентов была следующая: у 17 пострадавших был диагностирован огнестрельный перелом бедра, голени – у 26, плеча – 13 и переломы костей предплечья – у 8 раненых.

Всем раненым в предоперационном периоде проведена интенсивная предоперационная инфузионная, антибактериальная (цефтриаксон 1 г внутривенно) и антиоксидантная терапия (мексидол 300 мг внутривенно).

Лечебная тактика включала: адекватную анестезию и инфузионную терапию, щадящую хирургическую обработку раны с иссечением заведомо нежизнеспособных тканей при бережном отношении к мягким тканям и костным отломкам с целью сохранения их кровоснабжения, сохранение всех костных фрагментов, удаление крупных инородных тел, обильное промывание растворами антисептиков, фасциотомию, репозицию и внеочаговый остеосинтез отломков аппаратом внешней фиксации типа АО (иммобилизационный остеосинтез), проточно-аспирационное дренирование, первичное закрытие раны местными тканями (без натяжения) или комбинированную кожную пластику.

Результаты исследования. У всех больных первично был произведен внеочаговый остеосинтез стержневым аппаратом АО. После стихания острой воспалительной реакции, появления грануляций, заживления ран и восстановления кровотока в среднем на 14 ± 2 суток был выполнен стабильно-функциональный остеосинтез пластинами с угловой стабильностью. Дополнительная иммобилизация в послеоперационном периоде не проводилась. Раннее функциональное лечение позволило получить хорошие и удовлетворительные результаты у 95,3% пострадавших, у 3 пациентов отмечены гнойно-воспалительные осложнения, потребовавшие повторных оперативных вмешательств.

Выводы. Таким образом, хирургическая тактика, предполагающая первичный остеосинтез аппаратом внешней фиксации и повторный остеосинтез пластинами с угловой стабильностью после заживления мягкотканных ран, обеспечивают достоверное сокращение средних сроков лечения раненых с огнестрельными переломами длинных костей конечностей, а также достижение у них лучших анатомических и функциональных результатов.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ВРЕМЕННОЙ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ОБШИРНЫХ ВЗРЫВНЫХ РАН

Халилюлин Х. Р., студент 3 курса лечебного факультета
Алиева М.Т. , студентка 6 курса лечебного факультета
Магарамов А.М, клинический ординатор

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., доц. Атаев А.Р.

Актуальность. Острая массивная кровопотеря при ранениях и травмах обуславливает около 50% летальных исходов на догоспитальном этапе. Вероятность сохранения жизни и благоприятного исхода лечения при продолжающихся кровотечениях напрямую зависит от качественной догоспитальной помощи, как можно более раннего и полноценного гемостаза, и скорости доставки раненого на госпитальный этап лечения. Это представляется возможным только при наличии эффективных методов остановки кровотечения, которые могли бы использоваться уже на догоспитальном этапе. В связи с этим разработка и внедрение новых средств гемостаза является одной из приоритетных задач, стоящих перед медицинской наукой.

Цель исследования. Внедрить альтернативный способ временной остановки кровотечений с использованием отечественного местного гемостатического средства «Гемостоп» при взрывных ранениях конечностей.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось в Республике Дагестан. В анализируемую группу вошли 26 пострадавших с обширными взрывными

ранениями конечностей.

Результаты исследования. В последние годы увеличились террористические акты с использованием взрывного оружия, что приводит к многочисленным жертвам среди мирного населения. При этом среди основных причин смертности пострадавших на первом месте стоит острая массивная кровопотеря. И использование жгута в качестве временной остановки кровотечений из обширных ран конечностей не всегда является залогом успешного лечения. 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 (регистрационный номер 2014105793) 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. 1. Использование местного гемостатического средства «Гемостоп» по предложенному нами способу обеспечивает быстрый и надежный гемостаз, являясь альтернативным методом временной остановки кровотечений при обширных взрывных ранениях.

2. Способ прост в использовании, дает быстрый кровоостанавливающий эффект, рекомендуется к применению для бригад скорой медицинской помощи и медицины катастроф.

СЛАБОУМИЕ ПО ПРИЧИНЕ БЛИЗКОРОДСТВЕННЫХ БРАКОВ

Гаджиева С.А., студентка 3 курса лечебного факультета

Кафедры патологической физиологии и психиатрии, медицинской психологии и наркологии
Научные руководители: д.м.н., проф. Саидов М.З., д.м.н., доц. Моллаева Н.Р.

«Умственно отсталый ребенок мало видит тогда, когда смотрит, и мало слышит, когда слушает»

Г.Е. Сухарева

В Дагестане численность инвалидов - около 247 тыс. человек, или менее 9,1 процента населения, из них зарегистрировано свыше 31 тысячи детей – инвалидов. Среди причин высокого уровня заболеваемости важное место занимают браки между близкими родственниками. Детская смертность в таких семьях также возрастает, равно как и количество самопроизвольных выкидышей, и рождения детей с уродствами.

Актуальность. Интерес к исследованию близкородственных браков связан с участившимися случаями появления на свет детей, более предрасположенных к различным патологиям и ранней смерти, а также в меньшей степени способных к продолжению рода.

Цель: вероятность заболевания слабоумием по причине близкородственных браков.

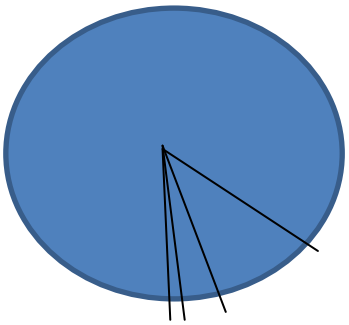
Материал и методы. Важно отметить, что исследования, проведенные в Дагестане по изучению медико-социальных характеристик матерей, имеющих детей-инвалидов с врожденной патологией ЦНС различного генеза свидетельствуют, что “9.9% детей-инвалидов (т.е. каждый десятый ребенок-инвалид с врожденной патологией мозга) практически родились от родителей уроженцев одного села, при этом в *родственном браке из них состояло 6.7%:1.3% - двоюродные и 3.6% - троюродные брат и сестра, у 1.8% родителей детей-инвалидов прослеживалось дальнее родство”*[1]. Тогда как, у 56.3% детей-инвалидов родители относились к разным национальностям, 24.2% - одной национальности, но уроженцы разных районов.

Чаще регистрировались задержка умственного развития, дефекты речи, наследственная глухота, болезни обмена веществ и эндокринной системы.

Умственная отсталость - такое состояние организма, когда интеллект ребенка не достигает уровня развития оптимально необходимого для данного возраста. Частота умственной отсталости в популяциях развитых стран составляет 1-3%. Отмечатеся преобладание мальчиков в 1,5-2 раза. В настоящее время считается, что 75%всех случаев слабоумия имеет генетическое происхождение.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ распространенности олигофрении в Дагестане был проведен на основе данных полученных из Психиатрического центра Минздрава РД. Выведенная статистика на основе данных показывает, что слабоумие чаще встречается в следующих районах Дагестана:

1. Карабудахкентский район
2. Казбековский район
3. Докузпаринский район
4. Цунтинский район
5. Хивский район



1. Легкая(85%)
2. Умеренная (10%)
3. Тяжелая(4%)
4. Глубокая(1%)

Риск возникновения УО в семье

Члены семьи с УО	Процент детей, страдающих УО, в %
Никто из родителей	8
Брат или сестра	12
Один из родителей	20
Оба родителей	41

Для понимания современного отношения к близкородственным бракам был проведен опрос 150 студентов, который показал, что:

Большинство против близкородственных браков между двоюродными братьями и сестрами, но, вместе с тем, большинство из них допускает возможность заключения браков с дальними родственниками по убывающей степени родства.

Свое негативное отношение к близкородственным бракам объясняли следующим образом:

1. Они опасны для здоровья будущих детей (65%);

2. Ссоры, как результат таких ссор (разводы) в таких браках могут сталкивать между собой ближайших родственников (20%);

3. Отношения с близкими родственниками невозможно допустить ни психологически, ни физически (15%).

Около половины олигофренов обоего пола в степени дебильности, достигшие 18 лет, вступают в брак, что значительно выше приводимых данных за рубежом. У 39% мужчин и 24,7% женщин, вступивших в брак, нет потомства. Часть детей из числа родившихся у умственно отсталых родителей умирает в раннем возрасте. Среди детей, оставшихся в живых, в 8,5% у мужчин и в 18,5% у женщин дети были олигофренами, а в 1% — психически больными. Высокий процент умственно отсталых среди потомства олигофренов объясняют не только наследственностью, но и заболеваниями родителей: сифилисом, токсоплазмозом и т. д.

Итак, по вышеизложенному становится ясно, что слабоумие, по причине близкородственных браком, является для каждого из нас хорошей пищей к размышлению,ибо только здоровое общество является гарантом процветания не только всей страны, но и каждого человека.

Литература:

Миринчева Г.С. «Умственная отсталость при наследсвенных болезнях»

Жариков Н.М. Психиотрия 2002 г.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Фарманова С.М., студентка 4 курса лечебного факультета

НИИ экологической медицины ДГМА
Научный руководитель: д.м.н. проф. Абусуев С.А.

Актуальность. При сахарном диабете (СД) психологическая картина несколько меняется [Мотовилин О.Г., 2014]. На снижение качества жизни (КЖ) при СД 2 типа существенное влияние оказывает коморбидность [Сатаров Н.А., 2013]. Отношение к болезни является одним из существенных факторов, определяющих КЖ, психологическое и эмоциональное состояние пациентов [Мотовилин О.Г., 2014, Motovilin O.G., 2010].

Общепризнано, что КЖ является многомерным понятием, отражая влияние заболевания и результаты лечения на физическое, эмоциональное и социальное благополучие больного, а в некоторых случаях экономические и духовные аспекты его функционирования [Францева А.П., 2014].

Вместе с тем диабет субъективно опасен также и для самооценки, т.к. наличие выраженного негативного отличия себя от окружающих нередко приводит к развитию чувства неполноценности [Snoek F.J., 2005, Thostov A.Sh.,1990, Vovnenko K.B., 2010].

Цель: оценка КЖ больных СД в зависимости от места жительства, пола, возраста и массы тела.

Материал и методы исследования. В исследование вошли 63 пациента с СД, из них 11 человек с СД 1 типа и 52 с СД 2 типа. Основную массу больных составляли жители гор и городов, женщины – 62%, мужчины 38%.

КЖ оценивалась по неспецифическому опроснику SF-36 (англ. The Short Form-36). Все 8 шкал опросника объединены в 2 суммарных измерения – физический компонент здоровья (Physical Health - PH) и психический (Mental Health - MH) (Ware J. E., 1992).

Статистическая обработка данных проведена с использованием программы Microsoft Excel.

Результаты. В работе приведены физический и психический компоненты КЖ больных СД. Изучение гендерных особенностей КЖ у обследованных больных показало, что физический компонент здоровья у мужчин на 15% выше, чем у женщин (P>0,05) (рис. 1).

Рис. 1. Физический компонент здоровья больных СД.

Психический компонент КЖ у мужчин с СД также незначимо выше (на 12%) по сравнению с показателем у женщин (рис. 2).

Рис. 2. Психический компонент здоровья больных СД.

Показатели физического здоровья выше среди женщин, проживающих в предгорье и самые низкие среди женщин горных районов. Показатель психического здоровья выше у женщин предгорья, а самые низкие у женщин, проживающих на равнине и в городах. При оценке качества жизни физического здоровья мужчин самые высокие показатели выявлены у больных СД горной местности, а самые низкие – на равнине. Сравнительный анализ показал, что показатели психического здоровья выше у мужчин, живущих на равнине, а самый низкий показатель - в городах.

Анализ КЖ больных СД разных возрастов показал, что самые высокие показатели физического здоровья среди женщин 18-44 лет, а самые низкие - в возрастной группе 60-80 лет. Показатели физического и психического здоровья выше среди мужчин возрастной категории 18-44 лет, а самые низкие - в группе 60-80 лет.

Самые высокие показатели физического здоровья среди отмечены у женщин с нормальным уровнем (110-139 мм рт.ст.) систолического артериального давления (САД), а самые низкие в группе женщин с САД >180 мм рт.ст. Показатели психического здоровья

выше у женщин с уровнем САД 160-179 мм рт.ст., а самые низкие в группе женщин с САД >180 мм рт.ст.

Физический компонент КЖ у мужчин, страдающих СД, имеют обратную зависимость от уровня САД. В то же время психическое здоровье мужчин с СД лучше при САД 140-159 мм рт.ст., чем при уровне САД >180 мм рт.ст.

При анализе зависимости КЖ женщин от уровня диастолического артериального давления (ДАД) было выявлено, что показатели физического здоровья выше у женщин с ДАД >110 мм рт.ст., а самый низкий – у женщин с ДАД 100-109 мм рт.ст. Самые высокие значения психического здоровья у женщин с ДАД 100-109 мм рт.ст., а наименьший показатель в группе женщин с ДАД 90-99 мм рт.ст. Среди мужчин с СД показатели физического здоровья выше в группе с ДАД 70-89 мм рт.ст., а самый низкий показатель при ДАД >110 мм рт.ст.

Самые высокие показатели физического и психического здоровья отмечены у женщин с окружностью талии (ОТ) 60-87 см, а самые низкие среди женщин с ОТ >102 см. Среди мужчин высокие показатели КЖ наблюдались в группе с ОТ 60-87 см., а самые низкие – при ОТ >102 см.

Женщины с соотношением окружности талии к окружности бедер (ОТ/ОБ) >1,0 отличаются высокими показателями физического здоровья, самый низкий показатель - при ОТ/ОБ 0,6-0,84. Высокие показатели психического здоровья среди женщин с ОТ/ОБ 0,85-1,0. Среди мужчин показатели физического здоровья выше при ОТ/ОБ 0,6-0,84, а самый низкий показатель – при ОТ/ОБ >1,0. Оценка КЖ показала, что психическое здоровье мужчин с СД лучше при ОТ/ОБ 0,85-1,0, чем при ОТ/ОБ >1.

Выводы

1. Сравнительный анализ КЖ у больных СД продемонстрировал некоторое превышение физического и психического компонентов здоровья мужчин по сравнению с женщинами.
2. Показатели физического и психического здоровья выше среди женщин, проживающих в предгорье, и самое низкое физическое здоровье отмечено у женщин горных районов и психическое здоровье - у женщин равнины и городов.
3. Высокие значения физического компонента КЖ больных СД отмечены среди женщин 18-44 лет, а низкие - в возрастной группе 60-80 лет.
4. Показатели физического здоровья у женщин с нормальным уровнем САД и психического здоровья выше при САД 160-179 мм рт.ст. были лучше, чем при САД >180 мм рт.ст.

5. Лучшие показатели физического и психического здоровья отмечены как у мужчин, так и женщин с ОТ 60-87 см по сравнению с диабетиками при ОТ >102 см. Физическое здоровье мужчин с СД выше при ОТ/ОБ 0,6-0,84, а психическое здоровье - при ОТ/ОБ 0,85-1,0, чем при ОТ/ОБ >1.

ОСОБЕННОСТИ ЗАНЯТОСТИ ЖЕНЩИН В РАЗЛИЧНЫХ ЭТНИЧЕСКИХ СЕМЬЯХ

Айсаева Б.М., студентка 5 курса лечебного факультета,
Фарманова С.М., студентка 4 курса лечебного факультета

НИИ экологической медицины ДГМА
Научный руководитель: к.м.н., доц. Атаев М. Г.

Актуальность. Для женщин народов Дагестана характерна близкая и прочная связь между членами семьи, почитание авторитета родителей. Многие из женщин Дагестана сами выросли в многодетных семьях и мечтают о создании таких же семей для себя в будущем. Помогая матери, они много времени проводили с младшими детьми, что способствовало развитию опыта в воспитании младенцев. [Рамазанова И.В., 2008].

В условиях экономического спада в республике многие семьи в поисках средств на содержание больших семей ищут работу. Изучение вопроса занятости женщин в Дагестане представляет практический интерес и при этом важно учитывать полиэтничность населения республики.

Цель: оценка особенностей занятости женщин в этнических семьях различного размера.

Материал и методы. Был проведен опрос 153 женщин, госпитализированных в отделения терапии и кардиологии Государственного Бюджетного Учреждения Республики Дагестан «Городская клиническая больница № 1» г. Махачкалы. Возраст больных колебался от 17 до 80 лет (табл.1).

В опросник были включены следующие вопросы о возрасте, этнической принадлежности, места жительств, анамнез жизни (наличие или отсутствие сердечно-сосудистых болезней), акушерском анамнезе (количество беременностей, абортов и родов, число и возраст детей), образ жизни (ежедневная ходьба, дополнительное досаливание пищи),а также данные лабораторных исследований, клинический диагноз, осложнения основного заболевания и сопутствующие болезни.

Статистическая обработка данных исследования проводилась с использованием пакета программы Microsoft Excel 2007.

Таблица 1.Распределение женщин с различным числом детей в семье в зависимости от этноса

Этнос женщины	Число детей в семье							Всего
	0	1	2	3	4	5	6-9	
аварский	10	1	12	10	5	7	3	48
даргинский	9	4	2	12	8	2	5	42
кумыкский	2	2	5	9	2	1	1	22
лакский	2		2	3	2			9
лезгинский		3	4	3	2	1	1	14
табасаранский		1	2	2	2			7
русский		1	3	1				5
прочие	1	1	1	3				6
Итого	24	13	31	43	21	11	10	153

Результаты исследования. Все женщины, табасаранской национальности, вошедшие в исследование имели от 1 до 4 детей и были заняты работой. Матери с 6-9 детьми работают чаще, чем женщины с меньшим размером семьи. Общая доля работающих женщин в выборке составила 76%. Также из таблицы видно, что женщинам, имеющим от 2 до 4 детей, приходится трудоустраиваться чаще, чем в семьях с малым числом детей (табл. 2).

Таблица 2. Распределение работающих женщин в семьях различного размера и этноса

Этнос женщины	Число детей в семье							Всего
	0	1	2	3	4	5	6-9	
аварский	50,0	100,0	66,7	90,0	60,0	57,1	100,0	68,8
даргинский	88,9	50,0	100,0	75,0	100,0	100,0	80,0	83,3
кумыкский	50,0	0,0	80,0	88,9	100,0	100,0	100,0	77,3
лакский	50,0		100,0	66,7	100,0			77,8
лезгинский		33,3	100,0	66,7	50,0	0,0	100,0	64,3
табасаранский		100,0	100,0	100,0	100,0			100,0
русский		100,0	66,7	100,0				80,0
прочие	100,0	100,0	100,0	33,3				66,7
Итого	66,7	53,8	80,6	79,1	85,7	63,6	90,0	75,8

Наибольшая инвалидизация наблюдается у женщин даргинской национальности

(52%) и женщины всех этносов, имеющие 5 детей, в 91% случаев признаны инвалидами. Наблюдается рост показателей инвалидности у женщин с увеличением числа детей в семье. Общая доля женщин с инвалидностью составляет 45% (табл.3).

Талица 3. Доля женщин с инвалидностью в семьях различного размера и этноса

Этнос женщины	Число детей в семье							Всего
	0	1	2	3	4	5	6-9	
аварский	60,0	0,0	16,7	30,0	60,0	85,7	0,0	41,7
даргинский	33,3	75,0	100,0	58,3	25,0	100,0	60,0	52,4
кумыкский	0,0	0,0	20,0	77,8	50,0	100,0	100,0	50,0
лакский	50,0		0,0	66,7	0,0			33,3
лезгинский		0,0	75,0	66,7	50,0	100,0	0,0	50,0
табасаранский		0,0	0,0	50,0	100,0			42,9
русский		0,0	66,7	0,0				40,0
прочие	0,0	100,0	0,0	0,0				16,7
Итого	41,7	30,8	32,3	51,2	42,9	90,9	40,0	45,1

Выводы

1.В РД преобладает число работающих женщин над безработными, независимо от размера семьи.

2.Выявлено увеличение числа инвалидности с увеличением числа детей в семьях различной национальности.

ПОДВЕРЖЕННОСТЬ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА К КУРЕНИЮ ТАБАКА

Абдулаева Х.М., студентка 3 курса ДМСИ,
Алиева А.М., студентка 3 курса ДМСИ,
Саругланов С.Р., студент 5 курса стоматологического факультета ДГМА

Кафедры профессиональных дисциплин Дагестанского медицинского стоматологического института и госпитальной терапии №3 Дагестанской государственной медицинской академии
Научный руководитель: д.м.н., проф. Шихнебиев Д.А.

Актуальность. Проблема курения в молодежных коллективах является весьма актуальной на сегодняшний день. Обусловлено это тем, что, во-первых, те, кто начал ежедневно курить в подростковом возрасте, обычно курят на всю жизнь; во-вторых,

курение повышает риск развития хронических заболеваний (рак, эмфизема легких, заболевание сердца); в-третьих, хотя хронические заболевания, связанные с курением, обычно появляются только в зрелом возрасте, подростки-курильщики чаще страдают от кашля**,** дисфункции дыхательных путей, образования мокроты, одышки и других респираторных симптомов. В нашей республике, число *курильщиков* , как и в целом в стране, не только растет, но активно и молодеет.

Цель исследования: изучение распространенности курения среди студентов медицинского вуза для последующей разработки программ профилактики курения среди учащейся молодёжи.

Материал и методы исследования. *П*роводилось анонимное анкетирование среди студентов Дагестанского медицинского стоматологического института (1-5 курсов). Общее количество участвующих в опросе составило 104 человек. Учитывая национальные особенности региона, анкетированию подвергались только лица мужского пола. Возраст респондентов – от 18 до 28 лет. Студентам был предложен тест, включавший в себя 15 вопросов, таких как: «Курите ли Вы?», «Вы начали курить из-за чего»?, «Сколько сигарет Вы курите в сутки?», «Сколько лет Вы курите?», «Считаете ли Вы, что курение опасно для вашего здоровья?», «Знаете ли Вы о последствиях курения?», «Собираетесь ли Вы бросить курить в ближайшее время?» и др. Студенты должны выбрать из предложенных ответов максимально подходящий для него, с тем условием, что нигде не будет отмечены его фамилия, имя, инициалы или любая другая опознавательная информация. Это было сделано для того, чтобы студенты не боялись последствий своих ответов и отвечали максимально правдиво.

Результаты исследования. Курящих респондентов оказалось 25%. Подавляющее большинство студентов (71,2%) не курят, чем, несомненно, можно гордиться. Иногда, «баловаться» сигаретами предпочитают 3,8%. Из числа курящих 83,3% выкуривают более 10 сигарет в день, 12,5% – 11-20 сигарет и только 4,2% – более 1 пачки. Возраст начала курения в среднем составлял 13-14 лет. Интенсивность курения увеличивалась с возрастом. О вреде курения знают 91,6% опрошенных. У большинства респондентов родители курят, тем самым подают плохой пример подрастающему поколению, таких 70,8%. У 29,2% родители никакого отношения к табачному яду не имеют. В присутствии детей часто курят около 35,3% родителей в группе курящих опрошенных и 21,3% среди некурящих. Время от времени пассивному курению подвергаются 54,2% и 47,5% соответственно. Более половины опрошенных (62,5%) попробовали первую сигарету из интереса, 29,2% – из стремления «быть как все», 4,2% закурили после перенесенной стрессовой ситуации, по прочим причинам – 4,2%. О вредной привычке своих детей знает

около четверти (20,8%) опрошенных, три четверти (62,5%) не знают, оставшиеся 16,7%, по мнению опрошенных, догадываются. Весьма оптимистичными являются следующие факты: вредным для здоровья курение признают практически все респонденты. Однако, несмотря на это, в скором времени бросить курить планируют только половина (50%) опрошенных, 41,7% – в последующем. 8,3% не планируют отказываться от этой вредной привычки. Большинство респондентов считают, что для того, чтобы бросить курить, им необходима только сила воли.

По результатам проведенного исследования можно сделать следующие **выводы:**

1. Распространенность табакокурения в студенческой медицинской аудитории составляет 21,5%; 65% из них выкуривают более 10 сигарет в день и только 3% более 1 пачки в день; возраст начала курения в среднем составляет 13-14 лет.
2. В группе курящих студентов родители курят чаще, чем в группе некурящих.
3. 8,3% опрошенных не планируют прекращение курения.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ ОТ ИБС

Шугаева К.Я., мол. уч.,
Ханмурзаева Н.Б., мол. уч.

Кафедра фармакологии ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., проф. Омаров Ш.М.

Ежегодно сердечнососудистые заболевания становятся причиной 4,3 млн смертей в Европе в целом и свыше 2 млн. в странах ЕС, что составляет соответственно 48 и 42% от общего числа всех случаев смерти.

Интересно, что у женщин вероятность смерти от кардиоваскулярной патологии выше, чем у мужчин: в Европе сердечнососудистые заболевания становятся причиной 54% случаев смерти среди женщин и только 43% – мужчин; в ЕС 45 и 38% соответственно. Во всех странах Европы сердечнососудистая патология является главной причиной смерти женщин; для мужчин это утверждение также справедливо в большинстве стран (за исключением Франции, Нидерландов и Испании). Украина относится к тем странам, в которых от сердечнососудистых заболеваний умирают более 50% и мужчин, и женщин.

Наиболее распространенным сердечнососудистым заболеванием является ишемическая болезнь сердца (ИБС). В Европе ИБС становится причиной половины всех случаев смерти пациентов от кардиоваскулярной патологии; в странах ЕС – примерно трети и четверти случаев смерти соответственно.

Смертность от сердечнососудистых заболеваний выше в странах Центральной и

Восточной Европы. Хотя ИБС остается главной причиной смерти во всех европейских странах, последние статистические данные указывают на снижение летальности при этой патологии в Западной, Северной и Южной Европе на протяжении последних 30 лет, в том числе и по сравнению с предыдущим изданием статистики по Европе от 2005 г.. Это отражает эффективность внедрения новых методов лечения и вторичной профилактики ИБС в развитых странах. Однако в странах Центральной и Восточной Европы ситуация обратная – смертность от ИБС растет, причем угрожающими темпами. Например, если в Великобритании уровень смертности от ИБС с 1994 по 2004 год снизился на 42% среди мужчин моложе 65 лет и на 49% среди женщин того же возраста, то в Украине он возрос на 19% в обеих популяциях.

Для иллюстрации существующего резкого градиента между странами Восточной и Западной Европы авторы приводят в пример Украину, в которой уровень смертности от ИБС среди мужчин моложе 65 лет в 14 раз выше, чем во Франции, а среди женщин того же возраста – в 25 раз. Между странами Западной и Южной Европы также имеется градиент, однако он выражен гораздо слабее. Например, в Ирландии уровень смертности от ИБС среди мужчин моложе 65 лет в 1,6 раза выше, чем в Италии, а среди женщин того же возраста – в 1,8 раза выше.

Как известно, сердечнососудистые заболевания являются основными причинами смерти населения экономически развитых стран, в том числе и России. Одним из наиболее значимых для России факторов, влияющих на развитие и прогрессирование ССЗ, является артериальная гипертония. По данным проспективных наблюдений, АГ увеличивает риск смерти от ишемической болезни сердца (ИБС) в 3 раза. В России болезни системы кровообращения обусловливают более половины (56,4 %) всех смертельных исходов. Основной причиной смерти, которая формирует современный уровень смертности от болезней системы кровообращения, является ИБС (48,1 %). Среди стран СНГ Республика Казахстан находится на втором месте после Молдовы по показателю смертности от сердечнососудистых заболеваний. В Казахстане зарегистрировано 2 млн. человек, страдающих сердечнососудистыми заболеваниями, что составляет 12 % экономически активного населения страны. Среди сердечнососудистых заболеваний ИБС является ведущей причиной ограничения трудоспособности и смертности населения области. Заболеваемость инфарктом миокарда увеличивается с возрастом, как среди мужчин, так и среди женщин, однако во всех возрастных группах этот показатель выше среди мужчин и лиц с меньшим достатком.

В Республике Дагестан распространенность ишемической болезни сердца (ИБС) составила– 2 тыс. 279,2 на 100 тыс. населения. С начала года зарегистрирован рост

выявленных больных с ИБС – на 15%, при этом заболеваемость острым инфарктом миокарда снизилась на 13,6%. Данная динамика наблюдается в результате проводимой в Дагестане диспансеризации взрослого населения, благодаря чему улучшается выявляемость болезней сердца на более ранних стадиях.

В Республике Дагестан в структуре причин смерти на первом месте стоят заболевания сердца и сосудов, как и во всем мире, но за последние годы на фоне проводимых мероприятий по республике с 2012 года отмечается прогнозируемое снижение уровня показателя смертности от болезней системы кровообращения.

Смертность населения за 6 месяцев 2014 года по сравнению с первым полугодием 2013 года снизилась на 2,2%. При сравнении с показателями смертности в трудоспособном возрасте по РФ, в Дагестане он в 5 раз ниже, чем в среднем по стране. Также регистрируется прирост показателя выявляемости ИБС за первое полугодие на 15%, что составило 7 тыс. 500 больных. В прошлом году было 6 тыс. 300 впервые выявленных больных за аналогичный период.

Рост выявляемости этих социально значимых заболеваний связан с активно проводимой уже второй год диспансеризацией взрослого населения Республики Дагестан, а также с ростом уровня жизни населения, его заинтересованности в раннем обращении за медицинской помощью, активно проводимой санитарно-просветительной работой.

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

СИНДРОМ ТЕСТИКУЛЯРНОЙ ФЕМИНИЗАЦИИ (СИНДРОМ МОРРИСА)

Ярмагомедова З.Г., молодой ученый

Кафедра эндокринологии ДГМА
Научный руководитель: к.м.н., доц. Караева А.Ф.

В начале февраля 2016 года в клинику «Синтез» к врачу-эндокринологу К. обратилась больная М., 16 лет с жалобами на отсутствие у нее менструального цикла. Было рекомендовано сделать УЗИ гениталий и анализ хромосомного набора (кариотип). После заключения УЗИ (полная атрезия (аплазия) матки, представленная «тяжом») и заключения генетика (кариотип (XY)) был выставлен окончательный диагноз: Синдром тестикулярной феминизации (СТФ). СТФ – это заболевание, обусловленное наследственной нечувствительностью периферических тканей к действию андрогенов у плода с генетическим мужским полом, в результате чего развивается женский фенотип. У больной был выявлен мужской генотип ХУ. Причиной заболевания является мутация генов рецептора к андрогенам. Передается по наследству (по рецессивно – аутосомному типу) от женщин. В основе развития заболевания лежит генетическая нечувствительность периферических тканей плода мужского пола к действию мужских половых гормонов андрогенов. Такая нечувствительность развивается: - из-за неспособности рецепторов органов, на которые действуют андрогены, создавать андроген-рецепторный комплекс- или из-за дефекта тканевого фермента 5-α-редуктазы, что делает невозможным превращение тестостерона в активный 5-α-дигидротестостерон.Но при этом сохранена чувствительность к женским половым гормонам эстрогенам. Наличие мужской гонады (яичек) способствует атрофии производных Мюллерова протока (проток у плода, который у девочек развивается в яйцеводы и матку, а у мальчиков атрофируется). У больных отсутствует матка, маточные трубы, верхняя треть влагалища, однако из преддверия влагалища формируется урогенитальный синус - "слепое" влагалище (что позволяет половые отношения). Признаки феминизации отчетливо проявляются в период полового созревания, что обусловлено несколько повышенной секрецией андрогенов яичками вследствие стимулирующего действия гонадотропных гормонов гипофиза. В пубертатный период девочки жалуются на задержку полового созревания (отсутствие оволосения и менструаций), а взрослые женщины на отсутствие менструаций и бесплодие. Клинически выделяют две формы синдрома тестикулярной феминизации: полную и неполную. Полная форма характеризуется полностью женским фенотипом: телосложение женское

(молочные железы развиты хорошо, оволосение на лобке и в подмышечных участках отсутствует при наличие пышных волос на голове.

Наружные половые органы женские: малые половые губы гипоплазированные, урогенитальный синус («слепое» влагалище) глубокий; Яичники отсутствуют, яички могут быть расположены в паховых каналах (девочки могут быть оперированы по поводу паховых грыж, а в паховом мешке обнаруживают яички, размер которых соответствует возрасту пациента), толще половых губ, брюшной полости. Психика женская. Неполная форма синдрома характеризуется: телосложение интерсексуальное, евнухоидное - Молочные железы недоразвиты; оволосение лобка отсутствует или по женскому типу; урогенитальный синус короткий; пенисоподобный клитор.

Anamnesis vitae: росла и развивалась больная М. вполне обычным ребенком. Немного отличалась от сверстников тем, что, будучи внешне «девочкой» была очень сильной характером и выделялась умом и сообразительностью.

Anamnesis morbi: обратилась с жалобами на отсутствие менструального цикла.

Status praesens: внешний вид: телосложение по женскому типу, высокого роста с правильными чертами лица и с хорошо развитыми молочными железами. Волосяной покров на лобке и в подмышечных впадинах отсутствует. Хорошее развитие наружных гениталий женских половых органов. Со стороны других систем отклонений выявлено не было.

Для полного обследования были проведены дополнительные методы исследования. Результаты лабораторных данных показали: содержание тестостерона в крови соответствует таковому у мужчин, экскреция 17 – кетостероидов (17 – КС) с мочой и андростерон в норме, а эстрогенов несколько больше, чем у мужчин. Половой хроматин отсуствует. Кариотип 46 ХУ.

По результатам инструментальных данных: пневмогинекограма или ультрасонография: яичники, матка и маточные трубы отсутствуют; обнаружились яички с локализацией в брюшной полости.

И больная была направлена на консультацию к онкологу, чтобы выяснить характер процесса и вероятность малигнизации (озлокачествление) и на биопсию яичка с определением гистоструктуры.

Как лечение назначили заместительную эстрогенотерапию (фемостон 1/5, омега3, вит Е400).

АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧАСТКОВЫХ ВРАЧЕЙ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОМУ

Камилова С.М., аспирант

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., проф..Гаджиев Р.С.

Актуальность. Проблемы медицинской помощи на дому (МПД) повышается в связи с тенденцией увеличения доли пожилого и старшего возраста в возрастной структуре населения. В этих условиях особую роль играют не только качество и эффективность медицинской помощи больным, но и организация ухода за ним.

К основным причинам, вызывающим необходимость преимущественного лечения больного на дому, относятся и тяжесть процесса и связанную с ними немобильность пациента, нозологическую форму заболевания, категорический отказ больного от госпитализации или отсутствие мест в стационаре.

Целью настоящего исследования явилась разработка мероприятий, направленных на повышение доступности, объема и качества медицинской помощи на дому.

Материал и методы. Объем и характер амбулаторной помощи на дому изучены по данным – 437 посещений, выполненных участковыми врачами. Необходимые сведения выкопировывались из карт амбулаторных больных на специально разработанную «Карту изучения пациента, обслуженного на дому участковым врачом».

Для изучения мнения населения об организации медицинской помощи на дому было проведено анкетирование 235 пациентов, пользовавшихся ранее таким видом помощи.

Для сбора статистического материала были разработаны «Анкета изучения мнения населения об организации медицинской помощи на дому обслуженных участковыми врачами». В исследовании использовались следующие методы: статистический, социологический и метод выкопировки данных из первичной медицинской документации.

Результаты и их обсуждение. Анализ социального состава больных, обслуженных на дому, показал, что почти половина (49,6%) приходится па пенсионеров, 21,4% - на безработных, 11% - на служащих, 9,3% - на рабочих и 8,7% - прочие.

Для планирования лечебно - диагностической работы и осуществления целенаправленной санитарно- просветительной деятельности важно изучить структуру посещаемости больных, что основная доля посещений у врачей общей практики (78,1 %)

и участковых терапевтов (82,1 %) приходится на больных с заболеваниями органов дыхания, системы кровообращения, костно-мышечной системы и соединительной ткани, инфекционными заболеваниями и заболеваниями органов пищеварения, у участковых педиатров - на больных с заболеваниями органов дыхания, инфекционными и паразитарными болезнями (84,4%). В общей структуре посещений визиты к больным на дому с простудными заболеваниями (грипп, ОРЗ, ангины, острые бронхиты, пояснично-крестцовый радикулит) составили 1/3 посещений. Число вызовов колеблется в зависимости от сезона года. Наибольшая доля их отмечается в осенний период (35,4%). В период вспышек гриппа число первичных вызовов увеличивается до 58,2%, при этом доля посещений снижается до 4,7%. 2/3 больных, вызвавших врача на дом, участковые терапевты посетили однократно, а 24,3% - 2 и более раза.

По материалам исследования из общего числа обслуживаемого амбулаториями взрослого населения в течение года к врачебной помощи на дому прибегают 31,2%, из них: 10,7% обошлись на протяжении года одним врачебным посещением, 8,2% потребовали двух, 7% трех-четырех, 5,3 % — пяти — десяти посещений. Потребность во врачебной помощи па дому неравномерна и колеблется по отдельным врачебным участка м от 33 до 38,1%. Эти колебания объясняются главным образом различиями в составе населения.

В общей структуре посещений визиты на дом у участковых терапевтов составляют 17,8%, а у врачей общей практики - 23,7% . На одно первичное посещение на дому приходится в среднем 2,5 повторных посещений, причем этот показатель в значительной мере зависит от заболевания. Например, среднее число врачебных посещений на дом при болезнях печени и желчных путей составило - 3,1, бронхитах — 4,6, гипертонической болезни — 5,0, злокачественных новообразованиях - 11,4 посещений и т.д.

Нами изучена структура посещений больных на дому участковыми терапевтами и врачами общей практики по цели установлено, что у ВОП и УТ в структуре посещений основную долю занимают лечебно-диагностические посещения (68,5% и 72,3%). У ВОП доля диспансерных, профилактических посещений и посещении с целью оказания медико-социальной помощи в 1 ,7 раза больше, чем у УТ (12,3% против 7,1 %).

Одним из важных аспектов деятельности ВОП и УТ на участке является профилактическая работа. Необходимым условием хорошей организации профилактической работы на дому является наличие полных и достоверных сведений о составе населения. В среднем - 30,6% населения в течение года ни разу не обращаются за врачебной помощью, а среди пенсионеров этот показатель еще выше - 52%. В связи с этим МПД имеет важное значение в решении задач профилактики, пропаганды здорового об-

раза жизни, а главное — в диспансеризации, в том числе лиц с длительно протекающими хроническими заболеваниями.

Одним из важных показателей качества медицинской помощи на дому является своевременное и правильное установление диагноза. При экспертной оценке качества диагностики установлено расхождение диагнозов по основным заболеваниям у участковых терапевтов в среднем в 11,1% случаев, а у ВОП - 7,9%.

Не менее важными показателями качества медицинской помощи являются своевременность и полнота лечения. По мнению экспертов, лечение больных на дому участковыми терапевтами в 33,4% случаев было начато несвоевременно и в 38,7% случаев было неполноценным (неадекватно подобраны медикаменты и их дозы, не соблюден курс лечения, не указана дата отмены лекарств и т.д.), а у ВОП эти показатели несколько лучше и составили соответственно - 27,1 % и 29% .

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Материалы исследования позволили нам определить основные направления совершенствования медицинской помощи па дому, оказываемой участковыми врачами: укрепление лечебно-диагностической базы амбулаторно-поликлинических учреждений; совершенствование преемственности в работе между участковыми врачами, службой скорой медицинской помощи, поликлиниками и стационарами; широкое привлечение врачей-специалистов для консультации больных на дому; рационализация труда врачей; повышение качества медицинской помощи; усиление контроля за работой участковых врачей со стороны главных врачей, широкое использование экспресс-методов диагностики; увеличение объема лабораторно-диагностической помощи на дому; обеспечение транспортом врачей при обслуживании больных на дому; внедрение стационарозамещающих форм обслуживания, совершенствование медико-социальной помощи лицам пожилого и старческого возраста.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Гаджиев Р.С. Пути повышения эффективности труда и качества медицинской помощи в учреждениях здравоохранения. — М.: ОАО «Издательство « Медицина ». 2011.- 456с.

2. Агаларова Л.С. «Совершенствование организации оказания медицинской помощи на дому сельскому населению в условиях развития общей врачебной практики» . Врач общей практики № 9, с. 7-9 2012г.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ

Эфендиев А.Р., аспирант

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., проф..Гаджиев Р.С.

Актуальность. В Национальном проекте «Здоровье» большое внимание уделено совершенствованию медико-санитарной помощи населению, особенно повышению эффективности деятельности врачей первичного звена здравоохранения.

Врачи общей практики (ВОП) в условиях села, как правило, ведут амбулаторный прием взрослых и детей, осуществляют вызовы на дом и оказывают неотложную помощь населению на территории обслуживания.

Целью исследования явилось совершенствование амбулаторно-поликлинической помощи сельскому населению, оказываемой врачами общей практики.

Материал и методы. В соответствии с целью и задачами в исследовании использовались статистический метод и метод выкопировки данных из первичной медицинской документации.

Исследование проведено в 2013 – 2014 гг. на базе 2 сельских районов (Дербентский, Магарамкентский) Республики Дагестан. Изучены структура посещений населением ВОП по материалам 2734 обращений в сельские общеврачебные амбулатории по классам болезней и качество медицинской помощи методом экспертной оценки по данным амбулаторных карт (135 случаев).

Результаты и их обсуждение. Материалы исследования показали, что основная доля посещений к ВОП приходится на больных с заболеваниями органов дыхания (26,8%), системы кровообращения (17,4%), органов пищеварения (11%), нервной системы (7,1%), травм и отравлений (7%), костно-мышечной системы и соединительной ткани (6,7%) и инфекционными болезнями (5,3%).

Углубленный анализ структуры посещений населением ВОП по отдельным нозологическим формам показал, что половину (50,3%) заболеваний органов дыхания составляют острые респираторные инфекции, 18% - бронхиты, 13,1% - грипп и 2,6% - пневмония. Среди заболеваний системы кровообращения 2/3 приходится на гипертоническую (54,7%) и ишемическую болезнь сердца (11,6%), 14,2% - на атеросклероз и 8,9% - на ревматизм.

Нами проанализирована структура обращаемости населения к ВОП сельских общеврачебных амбулаторий по профилям заболеваний. Установлено, что в структуре обращаемости населения к ВОП более половины (56,1%) посещений приходится на

больных нетерапевтического профиля, в частности на педиатрический профиль - 14%, неврологический - 10,5%, акушерско-гинекологический - 10,3%, травматологический и хирургический - 8,6%.

Нами проведен углубленный анализ посещаемости больными ВОП по заболеваниям нетерапевтического профиля. Основная доля посещений приходится на больных с неврологическими заболеваниями (236,3 на 1000 населения), из них наибольшее количество больных с остеохондрозом - 29,7%, церебральным атеросклерозом - 23,5% и цереброваскулярными заболеваниями - 16,8%.

Посещаемость больных с хирургическими заболеваниями на 1 000 населения составила 173,5, при этом основную долю занимали больные с артритами и артрозами - 32,7%, инфицированными ранами - 16,2%, с ушибами - 13,7%, тромбофлебитами, варикозным расширением вен нижних конечностей - 6%.

Посещаемость ВОП больными с ЛОР - заболеваниями на 1000 населения составила 102,5, из них больные ангинами - 39%, хроническими риносинуситами - 21,5%, тонзиллитами - 20%, ларингитами - 10,7% и отитами - 4,8%.

В структуре заболеваний глаз более 2/3 (75,8%) приходится на конъюктивиты, катаракты, 20,4% - на инородные тела.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что ВОП начинает работать по более широкому кругу медицинских проблем и берет на себя определенную долю посещений больных в амбулаторно-поликлинических учреждениях, которые ранее обслуживались узкими специалистами.

Увеличение количества больных нетерапевтического профиля у ВОП свидетельствует, прежде всего, о доверии пациентов к данному врачу, что отмечают сами врачи, а с другой стороны, показывает возросший уровень компетентности врача.

Вместе с тем, анализ оценок специалистов поликлиник о возможности передачи части их пациентов на обслуживание ВОП показывает, что диапазон заболеваний, с которыми население обращается к ВОП, может быть расширен.

Изучено качество медицинской помощи, оказываемой врачами общей практики. Известно, что одним из важных показателей качества медицинской помощи является своевременное и правильное установление диагноза. При экспертной оценке качества диагностики установлено расхождение диагнозов лечащих врачей и экспертов в 7,4% случаев у врачей общей практики и в 9,6% случаев у участковых терапевтов. Наиболее часто отмечалась неадекватность диагностики у больных с гипертонической болезнью (17,4%), ишемической болезнью сердца (15,9%), бронхиальной астмой (13,6%), ревматизмом (12,7%) и глаукомой (10,4%).

По мнению экспертов, диагностические ошибки в 38,1% случаев были вызваны неполноценным обследованием, в 20,3% - отсутствием контроля со стороны заведующего отделением, в 17,3% - недостаточной квалификацией врача и в 13,2% случаев не были проведены консультации с врачами-специалистами.

Не менее важными показателями качества медицинской помощи являются своевременность и полнота лечения. По мнению экспертов, лечение больных в 15,6% случаев у врачей общей практики и 22,1% у участковых терапевтов было начато несвоевременно.

При экспертной оценке полноты проведения лечебных мероприятий установлено, что лечение было неполноценным у врачей общей практики в 20,5% случаев, а у участковых терапевтов - в 25,6% случаев. Неполноценное лечение часто имело место у больных с ревматизмом (31,8%), бронхиальной астмой (28,6%), язвенной болезнью желудка (24,8%), нефритами (23,5%), а излишнее лечение – у врачей общей практики в 5,3% случаев, у участковых терапевтов в 7,8% случаев.

Заключение. Анализ объема и характера амбулаторно-поликлинической помощи, оказываемой врачами общей практики сельскому населению позволил наметить основные пути ее оптимизации: совершенствование технологии амбулаторного приема посетителей; планирование равномерной нагрузки врачей на приеме и при оказании помощи на дому; рациональное распределение рабочего времени; внедрение прогрессивных форм работы; широкое использование штампов - клише, стандартных бланков; улучшение оснащенности кабинетов; рациональная организация рабочих мест врачей и среднего медицинского персонала; механизация и унификация медицинской документации; совершенствование информационного обеспечения врачей на амбулаторном приеме.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ТРУДА МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА СЕЛЬСКОГО ВРАЧЕБНОГО УЧАСТКА И ПУТИ ЕГО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ

Эфендиев А.Р., аспирант

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., проф..Гаджиев Р.С.

Актуальность. Труд каждого медицинского работника должен быть организован так, чтобы большая часть его рабочего времени, умственные и физические усилия, были направлены на выполнение основных видов деятельности - на профилактику болезней, организацию оказания медицинской помощи и обслуживание больных. Правильно организованная работа должна способствовать сокращению вспомогательных видов

труда, сохранению работоспособности и хорошего настроения. От того, как организован труд врачей и среднего медицинского персонала, во многом зависит качество и эффективность медицинской помощи.

Целью настоящего исследования явилась разработка системы мероприятий, направленных на повышение эффективности труда и качества медицинской помощи сельскому населению.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось в 2014-2015 гг. на базе 3 сельских врачебных участков 2 сельских районов (Магарамкентский, Дербентский) Республики Дагестан. Изучены содержание и организация труда 12 сельских врачей, 18 среднего медицинского персонала. Проведен хронометраж рабочего времени врачей и среднего медицинского персонала в течение 785 часов.

Для сбора статистического материала были разработаны 4 хронокарты: «Хронокарта учета затрат рабочего времени участкового терапевта (врача общей практики) сельского врачебного участка на амбулаторном приеме»; «Хронокарта учета затрат рабочего времени участкового терапевта (врача общей практики) при обслуживании больных на дому»; «Учет затрат рабочего времени участковых медицинских сестер» и «Учет затрат рабочего времени фельдшеров и акушерок». За единицу наблюдения при изучении организации труда врачей и среднего медицинского персонала был принят один рабочий час. В соответствии с целью и задачами в исследовании использовались статистический и хронометражный методы.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ структуры затрат рабочего времени врачей сельских врачебных участков (СВУ) показал, что на лечебно-диагностическую работу в среднем затрачивается лишь 1/3 часть рабочего времени (от 29,6% у участковых педиатров до 35,1% у акушеров-гинекологов). Сельские врачи недостаточно времени уделяют профилактической работе (от 8,3% у участковых терапевтов до 16% у участковых педиатров). На санитарно-просветительную работу приходится лишь от 1,8% (участковые терапевты) до 4,5% (участковые педиатры) рабочего времени. В то же время велики затраты на оформление медицинской документации (от 30,1% у акушеров-гинекологов до 38,2% у участковых терапевтов). У большинства врачей из времени, которое затрачивается на оформление медицинской документации, почти 2/3 уходит на заполнение амбулаторных карт, 1/3 – на выписку рецептов, справок и направлений.

Изучение средних затрат времени на 1 посещение в зависимости от его вида показало, что на них влияет прежде всего причина посещения. Так, все врачи в среднем на каждого больного тратят в 1,5 – 2 раза больше (от 8,6±0,09 мин у акушеров-

гинекологов до 11,8±0,4 мин у участковых терапевтов) времени, чем на лиц, пришедших с профилактической целью (от 5,4±0,2 мин у акушеров-гинекологов до 7,1±0,3 мин у участковых терапевтов). Кроме причин посещений, на средние затраты времени оказывает влияние кратность посещений: у всех врачей на прием повторных больных затраты времени меньше (от 5,7±0,1 мин у акушеров-гинекологов до 7,8±0,2 у участковых педиатров), чем первичных.

Известно, что одним из важных разделов деятельности участковых врачей является оказание медицинской помощи на дому. Она должна быть безотказной, своевременной, т.е. все вызовы к больным должны выполняться в тот же день. В дальнейшем врач должен обеспечить систематическое (активное) посещение больного на дому в зависимости от течения болезни и условий, в которых находится больной.

Актуальность проблемы медицинской помощи на дому усиливается в связи с тенденцией увеличения доли пожилого и старшего возраста в возрастной структуре населения. В этих условиях особую роль играют не только качество и эффективность медицинской помощи больным, но и организация ухода за ними. По данным нашего исследования среди населения, получившего медицинскую помощь на дому, 2/3 составляют больные хроническими, длительно протекающими заболеваниями, более половины приходится на лиц старше 60 лет.

Изучение структуры затрат рабочего времени участковых врачей при обслуживании больных на дому показало, что на лечебно-диагностическую работу в среднем приходится лишь третья часть времени (у терапевтов – 37,1%, у педиатров – 32,3%).

Участковые врачи недостаточно времени уделяют профилактической работе (от 11% у участковых терапевтов до 17,3% у участковых педиатров), особенно диспансеризации населения и формированию здорового образа жизни. В то же время велики затраты на переходы и переезды: у участковых терапевтов – 32,3% времени, у участковых педиатров – 30,3%. На оформление медицинской документации врачи тратят от 10% (участковые педиатры) до 13,2% (участковые терапевты) рабочего времени.

В условиях сельской местности велика роль средних медицинских работников в охране и укреплении здоровья населения. В связи с этим нами изучена структура затрат рабочего времени участковых терапевтических медицинских сестер и медицинских сестер общей врачебной практики (ОВП) сельских врачебных участков. Материалы исследования показали, что на выполнение манипуляций медицинские сестры общеврачебной практики затрачивают в 1,5 раза больше времени, чем участковые терапевтические медицинские сестры (13,5% против 8,7%). Значительна разница в

затратах времени на выполнение профилактической (18,8% против 9,3%) и санитарно-просветительной (8,3% против 5,4%) работы.

В структуре профилактической работы медицинские сестры ОВП значительно больше времени затрачивают на проведение медико-социального патронажа, профилактических осмотров и на участие в диспансеризации. На повышение квалификации медицинские сестры ОВП затрачивают почти в 2 раза больше времени, чем участковые терапевтические медицинские сестры.

В структуре обращаемости населения в сельские амбулаторно-поликлинические учреждения Республики Дагестан более 30% посещений приходится на фельдшерско-акушерские пункты (ФАП). В связи с этим, нами изучены содержание и организация труда фельдшеров и акушерок ФАПов. Анализ структуры затрат рабочего времени показал, что на основную работу (помощь врачу на приеме, самостоятельный амбулаторный прием, профилактическая работа, выполнение врачебных назначений и др.) у фельдшеров приходится 66,9%, а у акушерок – 70,5% всех трудовых затрат.

Выводы

1. В структуре затрат рабочего времени врачей сельских врачебных участков на лечебно-диагностическую работу приходится лишь 1/3 часть рабочего времени (от 29,6% до 35,1%). Они недостаточно времени уделяют профилактической работе (от 8,3% до 16%). В тоже время велики затраты на оформление медицинской документации (от 30,1% до 38,2%) и прочие виды работы (4% – 5,2%).

2. Сравнительный анализ эффективности труда медицинских сестер ОВП и участковых терапевтических медсестер показал, что медсестры ОВП значительно больше времени уделяют основной деятельности (68,2% против 58,4%), особенно профилактической работе – в 2 раза, выполнению медицинских манипуляций – в 1,5 раза и повышению личной квалификации – почти в 2 раза.

ТАБАКАКУРЕНИЕ – ОДИН ИЗ ВЕДУЩИХ РИСКА РАКОВЫХ И НЕРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Газиева Э.М. аспирант

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., проф..Гаджиев Р.С.

Актуальность. В настоящее время распространенность курения во всем мире приобрела характер глобальной эпидемии. Согласно оценке экспертов ВОЗ, более 1 млрд. человек в мире являются курильщиками. Они составляют треть от общего числа всего населения в возрасте старше 15 лет. В настоящее время от заболеваний, связанных с

курением , во всем мире ежегодно погибает более 5 млн. человек. Их число к 2020 году достигнет 8,4 млн., а к 2030 году возрастет до 30 млн.человек. В ближайшем будущем здоровье населения преимущественно будет определяться степенью интенсивности отказа людей от курения, а меры по снижению распространенности табакокурения становятся наиболее перспективным и экономически выгодным направлением профилактики хронических неинфекционных заболеваний, снижения смертности и увеличения продолжительности [1,2].

Целью настоящей работы было изучение распространенности и интенсивности курения среди городского населения Махачкалы.

Материал и методы. Исследование проводилось в 2014 г. на базе двух городских поликлиник (№ 2, 9) г. Махачкалы. Была сформирована случайная выборка из числа постоянных жителей Махачкалы, проживающих на территории обслуживания двух городских поликлиник. По специально разработанной анкете обследовано 437 человек, которая включала вопросы: отношение к курению, интенсивность табакокурения, зависимости распространенности табакокурения от уровня образования и семейного положения.

К курящим относили лиц, курящих не менее 1 года в настоящее время не менее 1 сигареты в сутки. К курившим ранее относили тех, кто курил ранее регулярно и отказался от курения более чем за 1 год от момента обследования. По интенсивности курения всех курильщиков делили на 3 подгруппы: выкуривающие до 10 сигарет в сутки (малокурящие), 10-20 сигарет, более 20 сигарет в сутки (злостные курильщики).

Результаты и их обсуждение. Анализ распределения населения в зависимости от количества выкуриваемых сигарет в день показал, что 39,1% выкуривает от 11 до 20 сигарет в день, 18,4% - от 21 до 30 сигарет, 16,7% - от 6 до 10 сигарет, 9,8% от 31 до 40 сигарет, а 2,1% населения выкуривает 40 и более сигарет.

Курение - одна из причин заболеваемости болезнями сердечно-сосудистой системы, хроническим бронхитом, эмфиземой, раком легких, гортани, глотки, полости рта, пищевода, поджелудочной железы, мочевого пузыря и язвой желудка. Курение сигарет во время беременности может привести к задержке роста плода, самопроизвольному аборту, а также к нарушениям роста и развития в раннем детстве.

Результаты проведенного исследования показали достаточно высокую распространенность во всех возрастных группах у мужчин, особенно в возрасте 30-39 лет, а также женщин в возрастной группе 20-29 лет, в которой процент курящих достиг 27,1%. В популяции обследованных мужчин доля курящих составила в возрасте 15-19 лет - 42,94%, увеличиваясь до 59,29% в 20-29 лет ($p < 0,01$), достигая максимума в 30-39 лет -

62,18%. В более старших возрастных группах количество курящих уменьшается, в возрасте 40-49 лет количество курильщиков достоверно уменьшилось до 52,40% (p <0,05), в возрасте 50-59 лет - до 41,13% (p <0,05), в возрасте 60 лет и старше - 35,64% (табл. 1).

Доля никогда не куривших мужчин составила 48,82% в возрастной группе 15-19 лет, затем достоверно снизилась до 31,16% (p <0,001) в возрасте 20-29 лет, после чего в более старших возрастных группах происходило плавное снижение доли никогда не куривших, достигшее своего минимума, достоверно различающегося с возрастной группой 20-29 лет (p<0,05) в возрастной группе 60 лет и старше. В общей выборке обследованных мужчин курят 49,37%, курили ранее 22,80%, никогда не курили 27,83%.

Среди женщин распространенность табакокурения в возрасте 15-19 лет составила 15,04%, увеличиваясь до максимума в 20-29 лет - 27,1 1% (p <0,01). В более старших возрастных группах распространенность табакокурения снижается, составляя в 30-39 лет 22,92%, в 40-49 лет - 9,06% (p <0,001), в 50 59 лет - 6,15% и 5,04% - в возрасте 60 лет и старше. Интересна также распространенность табакокурения в популяции в зависимости от уровня образования. Среди мужчин в возрасте 15-19 лет курят 47% лиц с незаконченным средний образованием, 37,14% мужчин со средним и средне-специальным образованием, в 20-29 лет 82,75% с незаконченным средним, 70,97% со средним, 46 29% лиц с высшим образованием. При этом наблюдается значимая достоверность различий в доле курящих между лицами с незаконченным средним и высшим образованием (p<0,001). В 30-39 лет курят 78,26% мужчин с незаконченным средним образованием, 71,25% со средним, 49,11% лиц с высшим образованием. При этом наблюдается значимая достоверность различий в доле курящих между группами лиц с незаконченным средним и высшим образованием (p<0,001) и со средним и высшим образованием (p<0,01) (рис.1).

В возрасте 40-49 лет курят 76,74% мужчин с незаконченным средним образованием, 57,14% со средним образованием (p<0,05), 39,44% лиц с высшим образованием (p<0,05) в 50-59 лет 52,86% лиц с незаконченным средним, 41,28% со средним, 28,99% с высшим образованием. Среди мужчин старше 60 лет курят 48,21% с незаконченным средним образованием, 31,46% со средним образованием, 27,91% - с высшим образованием.

В общей выборке обследованных мужчин из 344 человек с незаконченным средним образованием курят 59 30%, из 487 со средним и средне-специальным образованием - 50,10%, из 441 человек с высшим образованием - 40,81%. При этом достоверно различаются доли курящих между группами лиц с незаконченным средним, с одной стороны, и со средним, а также высшим образованием - p<0,05 и p<0,001 соответственно между лицами со средним и высшим образованием - p<0,01.

Среди женщин в возрасте 15-19 лет курят 21,62% с незаконченным средним

образованием, 8,70% со средним образованием.

Заключение. Таким образом, анализ эпидемической характеристики табакокурения в неорганизованной городской популяции свидетельствует о достаточно высокой распространенности и интенсивности табакокурения как среди мужчин, так и среди женщин, особенно в молодежной среде. Выявлена зависимость распространенности табакокурения от уровня образования, семейного положения: наименьший процент курящих как среди мужчин, так и среди женщин, выявлен среди лиц с высшим образованием и состоящих в браке.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вартанян Ф.Е. ВОЗ и борьба с курением в мире: стратегии и тенденции / Ф.Е.Вартанян, К.П.Шаховский // Наркология. – 2003. - № 4. – С.2-4.
2. Двойников С.И. Организация деятельности медицинской сестры общей врачебной практики /С.И.Двойников// Сестринское дело. – 2004. - № 6. – С.12-14.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ОБРАЗА ЖИЗНИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

Адигюзелов Ф.Б., аспирант

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., доц. Агаларова Л.С.

Актуальность. Студенчество занимает особое место в социальной структуре общества. Это одна из самых многочисленных, динамичных и чрезвычайно уязвимых групп населения, подверженная воздействию негативных факторов общественной жизни, высокому риску развития целого ряда заболеваний.

Цель исследования – формирование здорового образа жизни студентов на основе изучения распространенности некоторых аспектов табакокурения, алкоголизма и наркомании среди них.

Материал и методы исследования. Для сбора материала была разработана специальная анкета, которая включала 15 вопросов. Всего обследовано 435 студентов в возрасте от 19 до 23 лет. В соответствии с целью и задачами в исследовании использовались статистический и социологический методы.

Результаты и их обсуждение. Опрос показал, что основными источниками доходов студентов являются средства родителей (65%) и стипендия (23%), случайные заработки имеют 8% студентов. Большинство респондентов совмещают учебу с постоянной работой (51%) и лишь у 29 % опрошенных совместительство связано с будущей профессией.

Определенный интерес представляет самооценка своего здоровья. Число студентов, придерживающихся элементов здорового образа жизни, довольно невелико и составляет до 30 %. Проведенный опрос позволил выяснить, что большая часть студентов оценивают здоровье как «хорошее» (47%), «удовлетворительную» оценку дают 39% учащихся и лишь 13% опрошенных отзываются о своем здоровье как отличном.

Ухудшение своего здоровья студенты связывают с высокой учебной нагрузкой (34% всех респондентов), неблагоприятными условиями обучения (26%), нерациональным режимом дня (17%) и только 20% опрошенных указывают взаимосвязь здоровья с образом жизни.

Одним из неотъемлемых компонентов здорового образа жизни является двигательная активность. При существующей учебной нагрузке значительно страдают динамические компоненты в режиме дня. Проводимое исследование показало, что 63% учащихся значительную часть суточного времени находятся в состояние относительной неподвижности, и лишь 6% опрошенных занимаются спортом ежедневно. Основными причинами редких занятий физкультурой, по мнению студентов, являются, недостаток времени, лень и неорганизованность, а также недостаток денег.

Исследования, проводимые в России, доказывают, что в студенческий период, процесс роста и развития, как у юношей, так и у девушек продолжается. И это является веским аргументом в пользу пролонгирования занятий физкультурой на протяжении всего периода обучения в вузе.

Опрос показал, что распространенность наркопотребителей среди студентов составляет 4,3%. На вопрос «хотели бы Вы попробовать наркотики?» 7% респондентов ответили утвердительно, 8 1 % - отрицательно, 20 % опрошенных не имеют четкого мнения, по всей вероятности, это именно тот контингент, за который нужно бороться посредством активной пропаганды здорового образа жизни.

При определении причин и мотивов, по которым молодежь начинает употреблять наркотики, принципиальных различий при анкетировании студентов младших и старших курсов не обнаружено. «Это помогает забыть о проблемах» и «это приносит приятные ощущения», - ответили 3 1 % респондентов. Начинают употреблять наркотики «от скуки» необходимым «элементом молодежных вечеринок» наркотики считают 3%, «интерес к риску» в связи с потреблением наркотиков обнаружили у 11% студентов. Важным мотивом употребления наркотических веществ является поиск необычных ощущений и переживаний. Основными психическими эффектами, к которым стремятся потребители наркотиков и токсических веществ, являются острые положительные эмоции.

Анкетирование выявило, что в общественном мнении студенческой молодежи сохраняется достаточно высокий уровень сочувствия к потребителям наркотиков. Значительное количество респондентов (38% студентов) на вопрос об отношении к потребителям наркотиков ответили, что они «не вправе осуждать этих людей и испытывают к ним жалость», обеспокоены проблемой наркомании 35% студентов и 27% молодежи согласились с утверждением «меня это не касается, каждый выбирает свой жизненный путь сам».

Отношение к наркомании в студенческой среде во многом зависит от характера информации о наркотиках, которую получает молодежь из разных источников. Подавляющее большинство молодых людей получает сведения из средств массовой информации – 57%, в компании однокурсников и друзей – 34%, в ВУЗе от преподавателей - 4% и наименьшее в семье – 2%. Как правило, эта информация носит негативный характер (об этом заявили 83% опрошенных).

Результаты проведенного исследования показывают, что стремление «уйти от реальности» возникает у тех студентов, которые безразличны к общественной жизни, поэтому одной из основных задач ВУЗа по профилактике молодежного наркотизма является организация студенческого досуга и активное вовлечение студентов в различные спортивно-оздоровительные и культурно-массовые мероприятия.

За последние годы отмечается тенденция увеличения приобщения молодежи к табакокурению, В настоящее время в стране курят более 40 млн. человек: 63% мужчин и 30% женщин, 40% юношей и 7% девушек. Доля курящих в России одна из самых высоких в мире и в 2 раза больше, чем в США и странах ЕС. Ежегодно количество курящих в России увеличивается с темпом в 1,5-2%, захватывая женщин и подростков. Темп роста курящих в России является одним из самых высоких в мире, и при этом в последние три года количество сигарет, выкуриваемых в стране, увеличивается на 2-5% в год.

Проведенное анкетирование показало, что максимальное количество курящих отмечается на младших курсах, а на старших курсах возрастает доля некурящих, по всей вероятности, это следствие позитивного влияния медицинского образования. Негативно относятся к курению, опасаясь за состояние своего здоровья 60 % опрашиваемых (из них 45% юношей и 55 % девушек), 14 % учащихся курят нерегулярно и 17% студентов являются постоянно курящими.

Злоупотребление алкоголем также является важнейшей проблемой общественного здоровья в Российской Федерации. С 1990 г. по 2015г. потребление алкоголя на душу населения в РФ выросло не менее чем в 2,5 раза. В основном это произошло за счет увеличения потребления пива (в структуре продажи алкогольных напитков доля пива

возросла с 59% до 76%). Ежедневно в России употребляют алкогольные напитки (включая слабоалкогольные) 33% юношей и 20% девушек, около 70% мужчин и 47% женщин.

В структуре видов употребляемых молодежью напитков первое ранговое место занимает пиво и слабоалкогольные коктейли (61%), затем следуют сухие крепленые вина, шампанское (28%), предпочитают крепкие напитки (водка, коньяк) 5% опрошенных.

Заключение. Проведенное исследование позволило сделать социальный «срез» типичной молодежной среды и выявить особенности формирования образа жизни студентов. В эпицентре внимания борьбы за здоровье молодежи должна б первичная профилактика, которая направлена на сохранение здоровья здоровых юношей и девушек. Это в первую очередь формирование установки на здоровый образ жизни, потребности в физкультуре и спорте, а также активной жизненной позиции.

ИЗУЧЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ г. Махачкалы

Гаджимурадова З.Г., аспирант

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., доц. Агаларова Л.С.

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения, в Российской Федерации лидирующими факторами риска смертности и заболеваемости являются: высокое артериальное давление, высокий уровень холестерина, табакокурение и употребление алкоголя.

Злоупотребление алкоголем является одной из ведущих причин смертности населения трудоспособного возраста. Негативные последствия от чрезмерного употребления алкогольных напитков затрагивают не только лиц, страдающих алкогольной зависимостью, но и членов их семей, являясь самой распространенной причиной разводов и значимым фактором снижения рождаемости.

Цель исследования - провести анализ структуры контингента обратившихся в Центр здоровья, состояния их здоровья и потребности в различных медицинских технологиях сохранения и укрепления здоровья пациентов.

Материал и методы. Исследование проводилось в 2014г. на базе центров здоровья г. Махачкалы Республики Дагестан. Проанализирована деятельность 8 центров здоровья. По всем центрам здоровья республики зарегистрированы в 2013 г. 23835 посещений; из них взрослых – 12390 (52%), детей от 0-17 лет – 11441 (48%). В соответствии с целью и задачами исследования использовались статистический и метод выкопировки данных из

первичной медицинской документации.

Результаты и их обсуждение. Всего проведено исследований в центрах: на кардиовизоре – 16721, из них выявлено отклонений от нормы - 1752 (10%), на системе ангиологического скрининга - 9865, из них выявлено отклонений от нормы - 968 (98%), на спирометре - 16721, из них выявлено отклонений от нормы - 2368 (14%), на биоимпедансметре - 16721, выявлено отклонений - 2793 (17%), на биохимическом анализаторе - 14223, выявлено отклонений от нормы - 1425 (10%), на анализаторе окиси углерода - 9865, из них выявлено отклонений от нормы – 962 (9%), на аппаратно-программном комплексе Здоровье-экспресс-9865, из них выявлено отклонений от нормы-3170 (32%). По результатам обследования пациентов в 2014 г. выявлено здоровых – 12945 (54%) чел., с функциональными расстройствами - 10886 (46%).

Повторно в центры здоровья обратились в 2014 г. 2900чел (12%). Основными причинами повторных обращений являются: оценка показателей углекислого газа и карбоксигемоглобина в выдыхаемом воздухе, оценка степени ожирения на биоимпедансметре, оценка состояния сердца на кардиовизоре.

Проведен анализ результатов обследования лиц, обратившихся в Центр здоровья г.Махачкалы. Определяли следующие факторы риска развития важнейших неинфекционных заболеваний: избыточная масса тела и ожирение (антропометрия, биоимпедансметрия); курение (анкетирование), гиподинамия (анкетирование, определение физической работоспособности методом велоэргометрии), гиперхолестеринемия (уровень общего холестерина в капиллярной крови с помощью экспресс-анализатора). Кроме того, определяли содержание угарного газа в выдыхаемом воздухе с помощью анализатора окиси углерод.

За год работы Центр здоровья г. Махачкалы посетили 5523 человека. Большинство посетителей (65,3% от общего числа обратившихся) составили лица молодого и среднего возраста: 21,5% - до 30 лет, 17,8% - 30-40 лет, 26%) - 40-50 лет. 34,7% посещений пришлось на долю лиц старшего возраста: 27,1% - 50-60 лет, 7,6% - старше 60 лет.

Среди лиц молодого возраста (до 40 лет) 34,7% посетителей не предъявляли жалоб и не имели хронических заболеваний; 4,7% имели в анамнезе артериальную гипертензию, 22,5% - хронические заболевания в фазе ремиссии; 8,9% - жалобы разнообразного характера, но за медицинской помощью не обращались.

В возрастной группе 40-50 лет 21,1% страдали артериальной гипертензией и получали лечение; доля лиц с хроническими заболеваниями в стадии ремиссии составила 24%; 11% обратившихся этой возрастной группы предъявляли различные жалобы, но за медицинской помощью не обращались.

В возрастной группе 60 и более лет доля лиц, считающих себя здоровыми, составила 289%. Лечение по поводу сердечно-сосудистых заболеваний получали 37,9% пациентов. Наличие хронических заболеваний в стадии ремиссии отмечалось у 23,4% посетителей. 6,7% обратились в Центр здоровья для уточнения характера имеющихся у них жалоб.

Результаты анализа контингента посетителей Центра здоровья свидетельствуют о высокой привлекательности этого вида медицинской помощи для лиц не только старших возрастных групп, но и молодого возраста, считающих себя здоровыми.

Сердечно-сосудистые факторы риска выявлены у 68,2% лиц, считающих себя здоровыми. Распространенность факторов риска среди лиц без жалоб и установленных диагнозов составила: гиподинамии - 63%, курения - 16,4%, гиперхолестеринемии – 27,1%, избыточной массы тела и ожирения – 18,5%. Сочетание 2 факторов риска отмечено у 35,6% лиц, 3 факторов - у 37,5%, 4 факторов - у 3,8% пациентов.

Всем лицам, имеющим факторы риска, давались рекомендации по их немедикаментозной коррекции, здоровому образу жизни. 243 человека прошли курс занятий в школах здоровья. Посетители, у которых выявлены избыточная масса тела и диагностировано ожирение, получили консультацию по вопросам питания.

Заключение. Требуется дальнейшее совершенствование организационных технологий немедикаментозной коррекции факторов риска, наиболее перспективными из которых являются школы здоровья, широкое внедрение консультативных приемов по коррекции питания в первичном звене здравоохранения, возрождение системы массовых занятий физической культурой. Кроме того, необходимо наладить реальное взаимодействие центров здоровья с амбулаторной службой в плане дальнейшей работы с выявленными факторами риска важнейших неинфекционных заболеваний.

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКИХ ПОЛИКЛИНИК

Гаджимурадова З.Г., аспирант, Гамзаева М.А., аспирант

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., доц. Агаларова Л.С.

Актуальность. Профилактическое направление охраны здоровья населения является стратегической задачей государственной политики в нашей стране. В национальном проекте «Здоровье» большое внимание уделено развитию профилактического направления здравоохранения, особенно диспансеризации населения.

Целью исследования явилась разработка рекомендаций по повышению качества и эффективности диспансеризации населения в условиях городских поликлиник.

Материалы и методы. В соответствии с целью и задачами в исследовании использовались статистический, социологический методы и метод экспертных оценок.

Исследование проводилось в 2014 г. на базе 2 поликлиник (№4, 9) г. Махачкалы Республики Дагестан.

Качество диспансеризации изучено по материалам экспертной оценки 118 карт амбулаторных больных с хроническими заболеваниями у участковых терапевтов (УТ) и у врачей общей практики (ВОП).

Проведен опрос и статистически обработано 187 анкет для изучения отношения городского населения к профилактическим медицинским осмотрам (ПМО) и диспансеризация.

Результаты и их обсуждение. Приводим результаты экспертной оценки качества диспансеризации взрослого населения в городских поликлиниках.

Экспертная оценка показала, что больные наблюдались нерегулярно в среднем в 38,9% случаев врачами общей практики, в 46,4% случаев участковыми терапевтами. Особенно часто это имело место при язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки (37,7%), нефритах (36,5%), бронхиальной астме (35,7%) и при гипертонической болезни (33,8%).

По мнению экспертов, причинами нерегулярного наблюдения в среднем в 40,3% случаев была недисциплинированность больных (неявка), в 29,7% - недостаточный контроль лечащего врача и заведующего отделением, в 17,6% - перегруженность участковых врачей, в 12,4% - недостаточное время, выделенное врачу для проведения диспансеризации населения.

Материалы исследования показали, что несвоевременное обследование при всех заболеваниях имело место в среднем у ВОП в 24,1% случаев, а у УТ в 32,6% случаев. Особенно это имело место при ишемической болезни сердца (32,8%), анемии (31,4%), гипертонической болезни (27,1%) и при нефритах (26,4%).

При анализе полноты обследования установлено, что при заболеваниях в среднем в 33,5% случаев у ВОП и 43,9% у УТ обследование проводилось не в полном объеме. Особенно высока доля недостаточно обследованных среди больных ишемической болезнью сердца, гастритами, бронхитами, глаукомой и анемией (40,3% - 51,3%). Причинами неполного обследования в 29,7% случаев явилось отсутствие диагностического оборудования и аппаратуры, в 26,9% - отсутствие контроля со стороны заведующего отделением, в 19,4% - перегруженность лабораторий и диагностических кабинетов, в 17,6% - недисциплинированность больных, в 6,4% - прочие причины.

Важным аспектом эффективности диспансеризации являются качество и полнота

выполнения плана лечебно-оздоровительных мероприятий (ЛОМ). Однако, по материалам экспертных оценок, при всех заболеваниях в среднем в 28,8% случаев у ВОП и в 37,8% случаев у УТ эти мероприятия проводились не в полном объеме.

Среди причин невыполнения плана лечебно-оздоровительных мероприятий, по мнению экспертов, следует выделить отсутствие возможностей для проведения ЛОМ в условиях поликлиники (45,1%), что составляет почти половину всех причин невыполнения плана ЛОМ, недостаточный контроль со стороны врача (28%), недисциплинированность больного (29,3%).

Важным показателем качества диспансеризации является полнота использования физиотерапевтических методов лечения. По мнению экспертов, в 34,7% случаев врачами общей практики и в 43,1% случаев участковыми терапевтами физиотерапевтическое лечение не было назначено, в 23,6% случаев у ВОП и в 29,2% случаев у УТ оно было неполноценным. Особенно это имело место у больных бронхиальной астмой, бронхитами, ревматоидными артритами, язвенной болезнью (от 32,6% до 57,8%).

Анализ явок населения на профилактические медицинские осмотры (ПМО) показал, что до 35% рабочих и служащих не приходят на профилактические осмотры даже в рабочее время. Основными причинами неявки, по мнению опрошенных, являются: низкое качество профилактических осмотров (42,9 %), считают себя здоровыми (15,3 %), недооценка важности этого мероприятия (13,6 %), очереди в поликлинике (11,5 %), чрезмерная занятость на работе (3,7%).

Проведенный опрос населения показал, что более 2/3 (78,8%) из них положительно относятся к проводимым профилактическим обследованиям, а 21,2 % считают профилактические осмотры ненужными. Лица молодого возраста негативно относятся к ПМО, но с увеличением возраста положительное отношение к профилактическим осмотрам растет.

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 -29,6%, от участкового терапевта - 16%, от врачей других специальностей - 6,3 %, из газет и журналов - 5,8 %, из средств наглядной агитации - 4,1 %, из популярных брошюр - 2,5 %.

Установлена низкая медицинская активность населения. Так, в случаях выявления на профилактическом осмотре заболеваний, о которых опрошенные ранее не знали, значительная часть (33,9%) предпочитает не обращаться в поликлинику, 14,7%-ждут вызова врача, 9,1%-лечатся домашними средствами, 3,8% - советуются с другими людьми.

Представляют определенный интерес данные об отношении населения к

диспансеризации после взятия их на учет в результате проведенных профилактических осмотров. Так, у 22,7% опрошенных сложилось мнение, что они не нуждаются в постоянном наблюдении врача; 2/3 опрошенных(67,2%) предпочитают находиться на диспансерном учете у одного врача, 12,2% - у нескольких врачей, а 20,6% - затруднились ответить.

Заключение. На основе материалов исследования нами разработаны рекомендации и предложения по повышению качества диспансеризации в условиях городских поликлиник. Они включают: организационно-методические вопросы обеспечения качества и эффективности диспансеризации; методику анализа и оценки качества диспансеризации с применением экспертной оценки; программу непрерывного повышения квалификации участковых врачей; показатели качества и эффективности диспансеризации; рациональную организацию рабочего места участкового терапевта и врача общей практики; предложения по совершенствованию взаимосвязей участковых врачей и врачей узких специальностей; совершенствование системы ведомственного контроля во взаимодействии с вневедомственным.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАБОТАЮЩЕГО ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ

Гамзаева М.А., аспирант, Адигюзелов Ф.Б., аспирант

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
Научный руководитель: д.м.н., доц. Агаларова Л.С.

Актуальность. Заболеваемость является важнейшей составляющей комплексной оценки здоровья населения. Учет заболеваемости ведется практически всеми медицинскими учреждениями. Анализ заболеваемости необходим для выработки управленческих решений как на федеральном, так на региональном и муниципальном уровнях управления системой здравоохранения. Только на ее основе возможны правильное планирование и прогнозирование развития сети учреждений здравоохранения, оценка потребности в различных видах ресурсов. Показатели заболеваемости служат одним из критериев оценки качества работы медицинских учреждений, системы здравоохранения в целом.

Целью исследования явилась разработка системы мероприятий, направленных на снижение заболеваемости работающего городского населения, сохранение и укрепление его здоровья.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось в 2014- 2015 гг. на базе 2 городских поликлиник (№ 6, 9) г. Махачкалы Республики Дагестан. Изучена заболеваемость рабочих и служащих «завода стекловолокна», «завода по изготовлению

пластиковых окон» и «мебельной фабрики», по данным обращаемости (2635 случаев).

Для сбора материала была разработана специальная «Карта по изучению здоровья работающего населения». В эту карту из первичной медицинской документации (ф.025/у – 87) были выкопированы все сведения о заболеваемости за 3 года и данные медицинских осмотров. Объект исследования – работающее население, предмет – зарегистрированная заболеваемость, единицы наблюдения – один работающий, случай обращаемости.

В соответствии с целью и задачами в исследовании были использованы статистический, аналитический методы и метод выкопировки данных из первичной медицинской документации. При обработке и оценке результатов исследования использованы методы математической статистики.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты исследования показали, что заболеваемость по данным обращаемости работающего населения в целом составила 1322,1 случая на 1000 населения. Заболеваемость среди женского населения значительно выше (1396,5 на 1000 женского населения), чем среди мужского (1247,7 на 1000 мужского населения). Наиболее высокие показатели заболеваемости отмечаются по болезням системы кровообращения (241,7‰), органов дыхания (228,6‰), пищеварения (202,5‰) и нервной системы (159,9‰).

По классу болезней системы кровообращения наиболее высокие показатели приходятся на ишемическую болезнь сердца – 49,8‰, гипертоническую болезнь – 39,3‰, и ревматизм – 6,4‰. По классу болезней органов дыхания основная доля падает на острые и хронические бронхиты – 110,3‰, болезни верхних дыхательных путей – 69,2‰ и на бронхиальную астму – 27,6‰.

Среди болезней органов пищеварения наибольший удельный вес приходится на болезни полости рта, слюнных желез и челюстей – 90,7‰, гастриты – 60,6‰ и язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – 5,9‰. В структуре заболеваемости на болезни мочеполовой системы падает 74,7‰. Внутри этого класса 14,3‰ приходится на болезни половых органов и 10,3‰ – на нефриты и циститы. На класс болезни кожи и подкожной клетчатки приходится 65,6‰, на болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 61,9‰.

В структуре заболеваемости на травмы и отравления приходятся 49,9‰, на инфекционные и паразитарные болезни – 43,1‰, болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ – 42,4‰ и на психические расстройства – 8,9‰.

Следующим этапом нашего исследования явилось определение степени влияния некоторых социально-гигиенических факторов на состояние здоровья работающего

населения. Известно, что социально-гигиенические факторы оказывают комплексное воздействие на состояние здоровья. Вместе с тем определенный научно-практический интерес представляет установление дифференцированного воздействия отдельных факторов на состояние здоровья различных групп населения. Достоверное влияние на состояние здоровья оказывает кратность приема пищи и место питания. Установлена высокая степень зависимости состояния здоровья от распространения вредных привычек: курения и употребления алкоголя.

Анализ заболеваемости рабочих, обусловленная влиянием неблагоприятных взаимоотношений в семье показало, что заболеваемость в семьях с неблагоприятными отношениями значительно больше, чем с благоприятными (805,5 против 727,2 на 1000 рабочих). Особенно это имеет место при болезнях эндокринной системы, психических расстройствах, болезнях нервной системы, органов дыхания, пищеварения и мочеполовой системы.

Выводы

1. Результаты исследования показали, что заболеваемость по данным обращаемости работающего населения в целом составила 1322,1 случая на 1000 населения. Заболеваемость среди женского населения значительно выше (1396,5‰), чем среди мужского (1247,7‰). Наиболее высокие показатели заболеваемости отмечаются по болезням системы кровообращения, органов дыхания, пищеварения и нервной системы. По классу болезней системы кровообращения наиболее высокие показатели приходятся на ишемическую болезнь сердца, гипертоническую болезнь, и ревматизм. По классу болезней органов дыхания основная доля падает на острые и хронические бронхиты, болезни верхних дыхательных путей и на бронхиальную астму.

2. Установлено, что заболеваемость в семьях с неблагоприятными отношениями значительно больше, чем с благоприятными (805,5 против 727,2 на 1000 рабочих). Особенно это имеет место при болезнях эндокринной системы, психических расстройствах, болезнях нервной системы, органов дыхания и пищеварения.

АНАТОМИЯ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ЛИМФАТИЧЕСКОГО РУСЛА ЧЕЛОВЕКА

Абдулкеримова А.М., студент 1 курса стоматологического.факультета,
Ахмедова С.Р., молодой ученый

Кафедра анатомии человека ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., проф. Гусейнова С.Т.

Актуальность. Современные данные об анатомии околоушной слюнной железы и лимфатических сосудов полезны при учете топографии, распространении метастазов раковых клеток, гнойных процессов, инфекций при паротите, стоматите, гингивите, флегмонах, сиалоаденитах и т.д.

Как перспективную науку достижения лимфологии широко применяют в стоматологии, терапии, хирургии, онкологии и т.д.

Современная лимфология представляет собой интегративную медико-биологическую науку, охватывающую структуру, функции, патологию многих органов и систем и участвует в поддержании здоровья человека (В.И.Коненков, Ю.И.Бородин, 2012).

Для понимания нормальных и патологических изменений лимфатических узлов и прилегающих слюнных желез , безусловно, необходимо знание современных данных, посвященных описанию строения , топографии и функционирования лимфатических узлов.

Выявление закономерностей морфогенеза, топографии и строения структур лимфатических узлов с учетом морфометрии, микроанатомии, микротопографии, с анализом иммунокомпетентных клеток, представляющих значительный фундаментальный интерес и являются в прогнозе интересными на научном горизонте лимфологии с учетом новых инновационных технологий (УЗИ,МРТ, КТ и т.д.)

Цель: выявить закономерности взаимоотношений анатомии околоушной слюнной железы и лимфатического русла .

Материал и методы исследования. На 15 препаратах на трупе у человека разных возрастов изучали анатомию, топографию и строение лимфатических узлов околоушной слюнной железы. Лимфатическое русло и узлы выявляли инъекцией синей массы Герота, полихромная инъекция артерий и вен, макро- и микропрепарирование под микроскопом МБС-2. Изучены препараты околоушной слюнной железы у человека.

Результаты исследования. К общим закономерностям строения строения лимфатического русла околоушной слюнной железы относятся следующие. Сеть

лимфатических капилляров имеется вокруг ацинусов , протоков, между дольками. Над капсулой и под капсулой встречаются лимфатические узлы размерами 1х2-2х3мм. По отношению к фасции регионарные лимфатические узлы слюнных желез находятся над и под поверхностной пластинкой фасции шеи.

Лимфатические узлы околоушной слюнной железы занимают поверхностное и глубокое положение по отношению к паренхиме железы, начиная с поверхностной стороны. Выявлено, что капсула и строма и выводные протоки больших слюнных желез находятся в сложных гистотопографических взаимоотношениях.

Общей закономерностью для лимфатических узлов, отводящих лимфу от околоушной слюнной железы является расположение узлов в следующих позициях: 1) прилегают к капсуле желез снаружи, не проникая в толщу паренхимы железы (поверхностные); 2) частично узлы локализованы в толще паренхимы железы по ходу выводного протока (глубокие); 3) находится в жировой клетчатке возле слюнной железы по ходу артерий и вен.

Околоушная слюнная железа у человека находится ниже скуловой дуги на латеральной поверхности лица сзади ветви нижней челюсти в ямке околоушной слюнной железы – заднечелюстная ямка.

Железа граничит со сосцевидным отростком и грудино-ключично -сосцевидной мышцей (сзади), спереди железа расположена на жевательной мышце. Снутри железа топографоанатомически контактирует с сосудами, нервами, лимфатическими узлами шеи.

Околоушная слюнная железа состоит из поверхностной и глубокой частей и их отростков : верхний, нижний, глубокий – глоточный.

Железа снаружи покрыта капсулой , от которой отходят соеденительнотканные тяжи , отделяя железу на доли и дольки. По ходу соеденительнотканных волокон следуют кровеносные и лимфатические капилляры.

Околоушная слюнная железа расположена в поднижнечелюстной ямке, где контактирует с мышцами, начинающимися от шиловидного отростка , и сверху доходит до наружного слухового прохода и пирамидной части височной кости. Междольковые протоки продолжаются в общий выводной проток. По ходу выводных протоков идут лимфатические сосуды диаметром 80-110мкм к лимфатическим углам.

Выводы

1 Анатомия околоушной слюнной железы у человека находится в сложных топографоанатомических взаимоотношениях с венами, нервами, лимфатичесими узлами , мышцами шеи и головы.

2 Околоушная слюнная железа имеет поверхностные и глубокие лимфатические

узлы, локализованные на разной глубине железы.

ИССЛЕДОВАНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ГЛИКОГЕНА И ЛИПИДОВ В НЕЙТРОФИЛЬНЫХ ГРАНУЛОЦИТАХ У БОЛЬНЫХ ДИФФУЗНЫМ ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ

Дибиров Т.М., аспирант

Кафедра гистологии
Научный руководитель: д.м.н., проф. Бакуев М.М.

Актуальность. Несмотря на существующее разнообразие диагностических критериев, для определения нарушения тиреоидной функции, существуют также малоизученные аспекты диагностики. В частности, считают ценным изучение ряда химических компонентов нейтрофильных гранулоцитов (НГ), которые активно реагируют на гормональный дисбаланс при различных заболеваниях щитовидной железы (ЩЖ). Это связано с тем, что тиреоидные гормоны подвергаются деградации в НГ и освобождающийся йодид используется в антимикробных реакциях фагоцитов.

Немаловажную роль в выполнении антимикробных функций НГ играют гликоген и липиды. В частности, гликоген, который является основным энергетическим материалом лейкоцитов, несомненно используется как при фагоцитарных реакциях, так и в процессе деградации тиреоидных гормонов.

Использование липидсодержащих соединений, которые являются составной частью мембранных структур, при функциональной активности НГ, очевидно, поскольку она выполняется путем фагоцитоза и эндоцитоза, т.е. с затратой мембранных структур.

Цель. Цитохимическое исследование содержания гликогена и липидов в НГ при диффузном токсическом зобе, разной степени выраженности, до и после оперативного вмешательства.

Материалы и методы исследования. Материалом для исследования служила венозная кровь, взятая у больных с диагнозом диффузный токсический зоб (ДТЗ) в возрасте от 25 до 50 лет. Больные были распределены на 2 группы: 1- я группа – 21 человек с ДТЗ средней степени тяжести, 2-я группа – 19 человек с ДТЗ тяжелой степени. Диагноз основывался на клинических признаках, результатах лабораторных анализов и данных УЗИ. В качестве контроля использовали материал (венозная кровь) взятый у здоровых добровольцев в возрасте 20 – 40 лет. Мазки готовили из лейкомассы, полученной методом дозированного центрифугирования. Цитохимически в НГ определяли содержание гликогена по J.F. MacManus, липидов – методом с использованием судана черного Б. Результаты выражали в виде среднего цитохимического коэффициента (СЦК). Статистическую обработку данных осуществляли

с использованием Statis-tika. Достоверность различий по сравнению с контролем оценивали по критерию Вилкинсона.

Результаты исследования. У больных ДТЗ средней тяжести при исследовании содержания гликогена в мазках лейкомассы количество НГ с умеренным содержанием ШИК-положительного материала меньше по сравнению с контролем, соответственно больше клеток со слабо окрашенной цитоплазмой. Процентное содержание НГ, насыщенных окрашенным материалом, сохраняется (СЦП – 1,16±0,05).

Сдвиги содержания гликогена в НГ еще более выражены у больных ДТЗ тяжелой формы. Преобладают клетки со слабо окрашенной цитоплазмой, или со следами ШИК-положительного материала. Обращает внимание малое содержание или полное отсутствие окрашенного материала на периферии большинства НГ. Мало клеток насыщенных продуктами реакции, в силу чего степень достоверности снижения содержания гликогена по сравнению с контролем высокая (P<0,01), СЦП – 1,04±0,02.

Проведенные в послеоперационном периоде исследования показали, что в течении первых 2-х дней нет заметных сдвигов как в количестве, так и в распределении окрашенного материала. Только к концу недели послеоперационного периода имеет место заметный рост за счет увеличения количества клеток с умеренным содержанием ШИК-положительного материала.

В НГ крови здоровых лиц при окрашивании на липидысуданом черным Б продукты темного цвета равномерно распределены в виде гранул по всей цитоплазме. Лишь единичные клетки имеют участки свободные от окрашенного материала. Картина распределения продуктов в цитоплазме клеток больных ДТЗ легкой степени тяжести существенно не отличается от контроля. Около 80% клеток имеет умеренное количество гранул распределенных равномерно.

Определенные сдвиги в содержании липидов заметны при исследовании крови больных ДТЗ средней степени тяжести. Процент НГ с умеренным содержанием окрашенных гранул заметно снижен и соответственно отмечается рост количества клеток со следами суданположительного материала. СЦП – 1,31±0,02, при контроле – 2,63±0,04 (табл.1).

Сдвиги в содержании липидов в НГ существенны у больных ДТЗ тяжелой степени. В мазках лишь 20-30% клеток имеет умеренное содержание гранул; распределение их неравномерное. Значительное количество НГ имеет суданположительный материал в виде отдельных островков.

Исследования содержания липидов, проведенные в послеоперационном периоде показали, что лишь к концу недели показатели близки кконтрольным цифрам.

Таким образом, суммируя представленные данные по изучению содержания гликогена и липидов в НГ при ДТЗ можно высказать мнение, что сдвиги этих показателей существенны и просматриваются их прямая связь со степенью тяжести состояния больных.

Таблица 1.

Содержание гликогена и липидов НГ крови больных диффузным токсическим зобом до и после оперативного вмешательства (в усл.ед.) М±м

Показатель	Диффузный токсический зоб						
	Контроль	средняястепень (n=21)			тяжелаястепень (n = 19)		
		Исходно	После операции на		Исходно	После операции на	
			2-й день	5-й день		2-й день	5-й день
Гликоген	1,44±0,07	1,16±0,05	1,23±0,03	1,35±0,05	1,04±0,02	1,15±0,12	1,31±0,06
Липиды	2,63±0,04	1,31±0,02	1,42±0,03	2,27±0,04	0,93±0,01	1,24±0,02	2,35±0,03

Представляется, что снижение содержания гликогена и липидов в НГ больных с ДТЗ можно объяснить участием фагоцитов крови, кроме выполнения своей основной функции – защиты от микробов, и в деградации тиреоидных гормонов. Эти функции выполняются совместно с миелопероксидазной системой, обеспечивая их энергетическую и пластическую составляющие. По-видимому, это неотъемлимая часть реакций организма, нацеленная на сохранение нормального уровня тиреоидных гормонов в циркуляции.

Выводы.

1. Содержание гликогена и липидов в НГ больных ДТЗ снижено с высокой степенью достоверности. К концу первой недели послеоперационного периода оно приближается к контрольным цифрам.

2. Представленные сдвиги изученных компонентов НГ больных ДТЗ следует объяснить их участием, совместно с миелопероксидазной системой, в процессе деградации тиреоидных гормонов, обеспечивая ее энергетическое и пластическое составляющие.

АНАЛИЗ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ АНТИБИОТИКА ЭРТАПЕНЕМА К ШТАММАМ, ВЫДЕЛЕННЫХ ОТ НОВОРОЖДЕННЫХ С ВНУТРИУТРОБНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Омарова М.Ш., студентка 3 курса лечебного факультета

Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии ДГМА
Научный руководитель: к.м.н., доц. Алиева А.И.

Актуальность. Гнойно-воспалительные заболевания являются частой патологией периода новорожденности, что объясняется слабыми защитными механизмами на данном этапе развития ребенка. Наиболее выражена недостаточность гуморального и клеточного иммунитета, незрелость барьерных функций кожи и слизистых у детей, родившихся преждевременно. В последние годы проблемы инфекционной патологии у незрелых детей приобрели особую актуальность в связи с изменением особенностей как макро-, так и микроорганизмов, что отразилось на течении инфекционного процесса.

Ключевое место в решении этой проблемы отводится рациональной антибактериальной терапии. Современная интенсивная помощь новорожденным невозможна без применения антибиотиков. Назначение антибиотиков новорожденному — очень важный и ответственный шаг. От правильности выбора препарата зависят не только тяжесть течения заболевания и длительность лечения больного, а нередко и исход заболевания.

В этом свете антибактериальные препараты из группы карбапенемов представляют значительный интерес для терапии тяжелых бактериальных инфекций у новорожденных благодаря высокой антибактериальной активности и сверхширокому спектру антимикробного действия.

Новую группу карбапенемов представляет Эртапенем, который отличается от Имипенема и Меропенема спектром антимикробной активности, включающим активность против полирезистентной грамотрицательной микрофлоры (кишечной палочки, клебсиеллы и других энтеробактерий) и отсутствием значимого воздействия против синегнойной палочки и других неферментирующих грам- бактерий.

Цель: изучить эффективность применения препарата Эртапенема (Инванз) у новорожденных при инфекционных заболеваниях.

Материалы и методы исследования. В исследование включены новорожденные различного гестационного возраста, поступившие в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) новорожденных родильного дома Республиканской клинической больницы г. Махачкала с респираторной патологией, включавшей в себя: врожденную

пневмонию, синдром мекониальной аспирации.

Пациенты были разделены на две группы. Основную группу составили 32 новорожденных, получавших терапию препаратом Эртапенем (Инванз), из них недоношенных было 25 детей (78,1%), доношенных - 7 (21,9%). В группу сравнения вошли 17 новорожденных, получавших в качестве антибактериального препарата меропенем, недоношенных было 12 детей (70,5%), доношенных - 5 (29,5%).

Все новорожденные находились в микроклимате инкубатора и получали комплексную терапию в соответствии с диагнозом, тяжестью состояния. При наличии показаний проводилась искусственная вентиляция легких. Материалами для бактериологического исследования был трахеобронхиальный аспират.

Результаты исследования. Среди обследованных обеих групп большинство составили недоношенные дети, которые родились у женщин с отягощенным соматическим и акушерско-гинекологическим анамнезом. Обращала на себя внимание высокая частота у этих женщин инфекционных заболеваний урогенитального тракта: кандидоз, генитальный герпес, хронический эндометрит, аднексит, эрозия шейки матки, хронический пиелонефрит, что указывало на высокий риск развития внутриутробной инфекции. В основной группе пациентов течение беременности было отягощено у 17 женщин (53,1%) токсикозом первой и второй половины, у 20 (62,5%) - угрозой ее прерывания. У новорожденных контрольной группы токсикоз первой и второй половины наблюдался у 10 женщин (58,8%), у 13 (76,5%) - угроза прерывания.

Таким образом, неблагоприятное течение беременности и родов обусловило высокую степень внутриутробного инфицирования. Пневмония у большинства детей развивалась в возрасте 3-6 дней на фоне ИВЛ по поводу дыхательной недостаточности (65,6% – в основной и 76,5% – в контрольной группе).

В легких на фоне ослабленного дыхания выслушивались разнокалиберные влажные хрипы с обеих сторон. Со стороны сердечно-сосудистой системы отмечались акроциноз, глухость тонов, склонность к тахикардии. Диагноз подтверждался рентгенологически.

Среди выделенных микроорганизмов при бактериологическом обследовании новорожденных в остром периоде заболевания на 4-8-е сутки жизни превалировал Staphylococcus epidermidis, который был обнаружен у 59,4% детей основной группы и у 58,8% пациентов контрольной группы.

Анализ чувствительности выделенных микроорганизмов к антибиотикам выявил следующее. Из 19 штаммов *S.epidermidis,* выделенных у обследованных детей, чувствительными к Амикацину были 14, Ципрофлоксацину - 5, Пенициллину и

Оксациллину – 2.

Большинство детей получали антибактериальную терапию в родильном доме до поступления в ОРИТ новорожденных по утвержденной схеме стартового лечения, которая включала цефалоспорины I-III поколения (Цефазолин, Цефотаксим и другие), в том числе в сочетании с аминогликозидами: Нетилмицином в обеих группах.

В ОРИТ Эртапенем одобрен формулярной комиссией в терапии новорожденных детей с тяжелыми дыхательными нарушениями. Следовательно, выбор препарата и режим введения основываются на принципе минимальной достаточности и наименьшей токсичности с учетом экономической эффективности и предыдущей антибиотикотерапии.

Длительность госпитализации составляла от 10 до 22 суток (в среднем 15,6). Исход заболеваний у всех детей в обеих группах был благоприятным. Нежелательных лекарственных явлений, требующих отмены препарата, зарегистрировано не было.

Выводы. Таким образом, Эртапенем (Инванз) сопоставим по чувствительности к микроорганизмам с карбапенемами 2 поколения, не уступает по эффективности Меропенему и может применяться в терапии у новорожденных детей. Имипенем и Меропенем должны применяться как важные препараты резерва в терапии тяжелых бактериальных инфекций, вызванных Pseudomonas aeruginosa.

ФИЗИОЛОГИЯ ЧЕЛОВЕКА

СТУДЕНЧЕСКАЯ ИНИЦИАТИВНАЯ ГРУППА «ValeoАктив»

Гарунова З.М., студентка 4 курса лечебного факультета,
Дундарова З.Н., студентка 4 курса лечебного факультета,
Магомедов А.Т., студент 5 курса стоматологического факультета

Кафедра нормальной физиологии
Руководитель проекта: старший преподаватель Гарунова Р.Э.

«La vale!», - приветствовали собеседника в Древнем Риме, желая ему здоровья

Актуальность. Внедрение концепции валеологического образования способствует более активному включению студентов в процесс самосовершенствования, что является необходимым условием достижения ими высокого уровня здоровья и профессиональной подготовки. В будущем эти подходы могут быть использованы в профилактической медицине. Как известно, в обязанности всех медицинских работников, и в первую очередь врачей, входит санитарное просвещение населения.

С 2013 года и по настоящее время на кафедре нормальной физиологии создана и активно функционирует студенческая инициативная группа «ValeoАктив» - («VA»)

Цель работы «VA» - обучение детей и подростков простейшим гигиеническим правилам восстановления, укрепления и совершенствования здоровья с одновременным привитием таких полезных навыков, как активный труд, правильный отдых, закаливание, регулярное занятие физкультурой, рациональное сбалансированное питание, строгая личная гигиена и т.д.

Материалы и методы. За три года созданы студенческие лекторские группы на лечебно-профилактическом, фармацевтическом и педиатрическом факультетах, идет формирование группы на стоматологическом факультете. В данной работе приняло участие 95 студентов. Было организованно 50 выступлений в различных коллективах, охвачены средние школы № 4, №1, №12, №8, №10, №17, №13, №38, №7, №11, №16; прогимназия №71, ДОУ№29 «Чебурашка», ДОУ №7, ОУ Школа-садик «Райские птички» и студенты первокурсники разных факультетов ДГМА. Также наши ребята выступали в Республиканском реабилитационном центре, где находятся дети разного возраста из неблагополучных семей. Выезжали в Каспийск, Буйнакск. Активисты группы «ValeoАктив» успешно прошли регистрацию и были приглашены на северокавказский молодёжный форум «Машук» летом 2015 года где достойно представили свой проект .

Более подробный отчёт за текущий 2015-2016 учебный – год.

Самой активной в данной работе оказалась 27 группа 2 курса лечебного

факультета ВБО. Все учащиеся – 100% этой группы приняли участие в нашем проекте, на их счету 12 выступлений в разных возрастных коллективах. Практически не отставали от них студенты 28 группы 2 курса лечебного факультета ВБО: лекторская группа Магомедовой Тамиллы неоднократно выезжала в г. Каспийск в МБДОУ ЦРР-детский садик №7 Ласточка», и была отмечена благодарностью со стороны администрации садика; на счету лекторской группы Селимова Эльдара 5 выступлений в старших возрастных категориях. Очень активно работают девочки с педиатрического факультета 2 курс 3 группа во главе с Ясуловой Чакар. Активно работает 9 групп.

В младшей возрастной группе – 6 выступлений . (ДОУ №29, д/с №7 г.Каспийск (3 выступления), ДОУ №71 (2 выступления), ОУ «Райский птички» Садик-школа – в старшей группе).

Начальные классы – 6 выступлений: ОУ «Райский птички» Садик-школа – 3 и 4 классы, Прогимназия №71 (3 и 4 классы), СШ №10 (два третьих класса).

Старшие классы: ОУ «Райский птички» Садик-школа – 8 класс, Гимназия № 17 (3 выступления в 9-ых классах).

По приглашению кураторов «VA» систематически выступают перед первокурсниками ДГМА на кураторских часах. Всего 10 выступлений с 1 сентября 2015г, перед студентами фармацевтического факультета, педиатрического, стоматологического и лечебного факультетов.

Среди старшеклассников и студентов первокурсников проводилось анкетирование по проблемам интернет зависимости, вопросам здорового образа жизни, с дальнейшей обработкой результатов.

Основным результатом данной работы является *формирование различных общекультурных и профессиональных компетенций* (Приказ Министерства образования и науки Российской федерации от 17 августа 2015года № 853, Приказ Министерства образования и науки Российской федерации от 9 февраля 2016г., №95), в частности:

«- способности и готовности студентов к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья детей и подростков и включающих в себя формирование здорового образа жизни;

- готовности к саморазвитию, к самореализации, использованию творческого потенциала;

- готовности к обучению детей и подростков основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, навыкам самоконтроля основных физиологических показателей, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике заболеваний;

- готовности к просветительской деятельности по устранению факторов риска и формированию навыков здорового образа жизни;

-готовности к участию во внедрении новых методов и методик, направленных на охрану здоровья граждан»

Составлен типовой договор-соглашение о сотрудничестве, который мы подписываем с новыми коллективами, в частности с колледжами г. Махачкалы. Работа нашей группы активно освещается на кафедре нормальной физиологии: выпушен информационный банер «ValeoАктив в действии» с 2013 года и более подробно ведётся «ГаллереяValeoАктива» на странице кафедры сайта ДГМА.

Выводы. Считаем данную работу общественно-полезной и планируем участвовать с нашим проектом в конкурсной программе северокавказского молодёжного форума «Машук» в 2016г.

ЛИСТЬЯ ЛАВРА БЛАГОРОДНОГО: ДЕЙСТВУЮЩИЕ ВЕЩЕСТВА, СТАНДАРТИЗАЦИЯ.

Алиева Н.М. ассистент, Исаева А. М.

Кафедра фармакогнозии Пятигорского медико-фармацевтического института— филиала государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
Научный руководитель: д.ф.н., проф. Коновалов Д.А.

Актуальность. Семейство лавровые включает более 2 500 видов, которые широко встречаются в субтропиках и тропиках Восточной Азии, Южной и Северной Америки. Большинство видов накапливает терпеновые и фенольные соединения в корнях, листьях, стеблях и плодах. Одним из самых известных и наиболее часто используемых растений из этого семейства является лавр благородный. Название растения посвящено древнегреческому богу солнца Аполлону и является символом мира и победы. Из него делали венки для императоров, генералов и поэтов.

Лавр благородный – вечнозеленое двудомное, редко однодомное растение высотой до 12-15 м. Листья лавра широко используются в традиционных блюдах народов не только Средиземноморских, но и многих других стран, где растение давно и успешно культивируется.

Листья и плоды растения применяются в народной медицине народов разных стран для снижения высокого уровня глюкозы в крови, при лечении заболеваний вызванных грибковыми и бактериальными инфекциями. Извлечения из листьев лавра обладают противовоспалительными, успокаивающими, антиэпилептическими свойства.

В научной литературе описаны антибактериальные свойства водного, этанольного и метанольного извлечений. Антибактериальная активность извлечений, по мнению исследователей, связана с присутствием терпеновых и фенольных веществ. Листья лавра также входят в состав нескольких сборов и лекарственных средств для лечения диабета, а извлечения из них в состав биологически активных добавок к пище.

Корни, листья и плоды лавра благородного содержат сесквитерпеновые лактоны. На сегодняшний день из листьев лавра выделено и идентифицировано более тридцати соединений этого класса.

В качестве основных действующих веществ в растении описаны сесквитерпеновые лактоны, важнейшими из которых являются костунолид и дегидрокостуслактон. Данные соединения показали высокую активность при лечении рака, вирусных и микробных инфекций, язв и обладают антисептическими, противовоспалительными, ранозаживляющими и глистогонными свойствами.

Наличие столь ценных фармакологических соединений в листьях лавра благородного предполагает рассматривать данное сырье, как перспективное для внедрения в медицинскую практику. При создании нормативной документации на сырье важнейшим этапом является разработка методик качественного и количественного определения основных биологически активных веществ.

Цель. В этой связи, целью нашей работы являлась разработка ТСХ и ВЭЖХ-методик качественного и количественного определения костунолида и дегидрокостуслактона в листьях лавра благородного.

Методы исследования. В работе использовали высушенные листья лавра благородного, собранные на территории Краснодарского края (г. Геленджик) и в Республике Абхазия (г. Сухуми) в 2014-2015 годах. В качестве стандартных образцов использовали костунолид и дегидрокостуслактон производства компании Сигма (Sigma), с содержанием действующих веществ не менее 97% и 98% соответственно.

Предварительно было установлено, что двойная экстракция спиртом этиловым 95% при соотношении сырья – экстрагент 1:250 обеспечивает максимальный выход определяемых веществ.

Для качественного анализа суммы лактонов методом тонкослойной хроматографии использовали систему растворителей гексан – этилацетат (8:2). В качестве проявителя анисовый альдегид в растворе кислоты серной.

Качественное и количественное определение изучаемых сесквитерпеновых лактонов в исследуемых образцах проводили методом высокоэффективной жидкостной хроматографии (ВЭЖХ) с использованием стандартных образцов костунолида и

дегидрокостуслактона.

Результаты исследования. Результаты количественного определения костунолида и дегидрокостуслактона в листьях лавра благородного, собранных в Абхазии (г. Сухуми) и Краснодарском крае (г. Геленджик), в пересчете на абсолютно сухое сырье, представлены в таблице.

Вывод. Таким образом, в результате проведённого нами экспериментального исследования нами были разработаны методики качественного и количественного определения сесквитерпеновых лактонов (костунолида и дегидрокостуслактона) в листьях лавра благородного с использованием методов ТСХ и обращенно-фазовой высокоэффективной жидкостной хроматографии (ВЭЖХ). Были определены оптимальные условия экстракции изучаемых веществ из сырья. Установлено, что содержание костунолида и дегидрокостуслактона в листьях лавра различных мест сбор существенно не отличается и достигает 0,99 и 0,26% (в пересчете на абсолютно сухое сырье), соответственно. Разработанные методики включены проект фармакопейной статьи «Лавра благородного листья».

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИОБРЕТЕННОГО БУЛЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА

Гаджимурадова К.М., студентка 3курса лечебного факультета

Кафера патологической анатомии ДГМА
Научный руководитель к.м.н., доц. Магомедгаджиев Б.Г.

Приобретенный буллезный эпидермолиз (ПБЭ) – редкое аутоиммунное заболевание кожи и слизистых оболочек, характеризующееся присутствием циркулирующих в крови аутоантител, направленных к неколлагеновому (NC-1) домену коллагена VII типа, главного компонента якорных фибрилл, локализующихся в lamina densa. Аутоантитела, циркулирующие в сыворотке крови больных ПБЭ с различными клиническими фенотипами (воспалительным и механобуллезным - невоспалительным), относятся в основном к классу YgG. В некоторых случаях патогенетическая роль принадлежит циркулирующимаутоантителам класса YgA (или одновременно YgA и YgG).

Заболевание возникает у лиц со своеобразной ранимостью кожи на фоне другой патологии, выступая в качестве ее симптома. Иногда ПБЭ предшествует развитию этой болезни, играя роль ее продрома. Наиболее часто он сочетается с заболеваниями кишечника (язвенный колит, болезнь Крона), амилоидозом; встречается у больных сахарным диабетом, гипотиреозом, эластозомЭлерса-Данлоса, раком легких, туберкулезом, системной красной волчанкой, лейкемией, лимфопролиферативными заболеваниями, множественной миеломой и другими заболеваниями.

ПБЭ может развиваться как реакция на различные медикаменты, особенно сульфаниламиды и фуросемид. Заболевание начинается, как правило, в зрелом и пожилом возрасте. Однако впервые оно может возникнуть у молодых лиц и даже у детей. ПБЭ не носит семейный характер и нет доказательств генетической обусловленности этой патологии.

Болезнь зависит от степени чувствительности покровного эпителия и характеризуется возникновением спонтанных травмоиндуцированных пузырей и эрозий на коже и слизистых оболочках (полости рта, пищевода, конъюнктивы), клинически имитируя буллезный пемфигоид, рубцующийся пемфигоид, герпетиформный дерматит Дюринга, пустулезный дерматоз, а иногда YgA – зависимый буллезный дерматоз. Описание в литературе лишь единичных случаев, разнообразие клинических проявлений ПБЭ затрудняет его клиническую диагностику. Патоморфологическое исследование является определяющим в идентификации ПБЭ.

На патогистологическое исследование было направлен срез ткани кожи пациента

К., 63 лет, с эрозивными, буллёзными высыпаниями кожи туловища, конечностей, волосистой части головы и углов линии смыкания губ, который болеет около года.

Фрагменты ткани кожи фиксировали 8% растворе формалина, после чего обезвоживали в спиртах восходящей концентрации и заливали в парафиновые блоки. Парафиновые срезы окрашивали гемотоксилином и эозином.

При гистологическом исследовании в сетчатом и сосочковом слоях дермы определялись отёк, дезорганизация волокнистых структур и воспалительно-клеточная инфильтрация. В базальном слое эпидермиса вакуолизация клеток и периваскулярные клеточные инфильтраты (муфты).

Расщепление дермо-эпидермального соединения зафиксировано в области lamina densa. При этом антигеном-мишенью является коллаген VII типа в пределах якорных фибрилл, которые проходят перпендикулярно от lamina densa к сосочковому слою дермы. Как следствие, разрушение якорных волокон, отторжение эпидермиса и образование пузыря.

Описанный нами случай редкого дерматоза – ПБЭ, позволил в какой-то степени пролить свет на клинико-морфологические особенности течения этого заболевания.

ИЗУЧЕНИЕ МОРФОЛОГИИ СЕЛЕЗЕНКИ ПРИ СИНДРОМЕ ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Далгатова А.А., аспирант

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

Актуальность. Синдром длительного сдавления (СДС) (краш-синдром, травматический токсикоз, компрессионная травма, травматический рабдомиолиз) относится к тому виду травматической болезни, актуальность которой в настоящее время не только не теряет своего значения, но и значительно повышается. Рост травматизма, техногенных катастроф, стихийных бедствий, климатических катаклизмов и др. сопровождается увеличением случаев синдрома длительного сдавления. Несмотря на значительное работ, посвященных этой проблеме, остается множество спорных вопросов, связанных с изучением патогенеза СДС на разных этапах его развития, а также разработке обоснованных рекомендаций в отношении лечения и ведения этих больных. Патогенез СДС включает в себя ряд последовательных этапов, вовлекающих в патологический процесс практически все органы и системы организма со специфической реакцией со стороны иммунной системы. Не менее важны результаты изучения патоморфологических изменений органов и тканей при СДС. В частности, показаны глубокие изменения микроциркуляторного русла при компрессионной травме мягких тканей в эксперименте (А.А. Османова и др., 2010), тяжелые тубуло-эпителиальные изменения в почках, характерные для острой почечной недостаточности, изменения в легких и печени (К.Я. Шугаева и др., 2012).

Цель. Изучение морфогенеза селезенки при СДС различной степени тяжести.

Материал и методы исследования. Эксперименты проведены на 120 белых крысах Vistar обоего пола весом 180-250 гр. Воспроизведение модели 1-й степени компрессионной травмы конечностей крыс достигнуто путем сдавления 2-х задних конечностей одновременно в течение 2-х часов. Сдавление проводилось с помощью специально изготовленных металлических «тисков» с площадью пластинок 7,5 см2, которые накладывались наркотизированному животному на бедра, параллельно паховым складкам. Воспроизведение модели 2-й степени краш-синдрома достигалось путем сдавления конечностей в течение 4-х часов. Модель 3-й степени СДС воспроизводилась сдавлением конечностей в течение 6-ти и более часов.

Патоморфологические исследования селезенки проводились с применением стандартных методов фиксации и заливки материалов, приготовления гистологических

препаратов, окраски гематоксилин-эозином. Морфологические исследования будут включать в себя оценку степени лимфоидной инфильтрации селезенки при СДС различной степени (1,2,3 степени).

Результаты исследования. При морфологии селезенки при СДС 1-й степени тяжести выявлены следующие изменения: селезенка увеличена в размерах, полнокровна, на разрезе хорошо видны фолликулы. В ткани селезенки отмечается уменьшение размеров белой пульпы и увеличение доли красной пульпы с ретикулярной гиперплазией и плазматизацией фолликулов. В фолликулах селезенки отмечается снижение количества малых лимфоцитов. Сосуды селезенки полнокровны, в красной пульпе отмечается элементы отложения гемосидерина и скопление плазмобластов и макрофагов.

Морфология селезенки 2-й степени выявила: селезенка увеличена в размерах, полнокровная. На разрезе рисунок фолликулов сохранен. Отмечается появление в белой и в красной пульпе средних лимфоцитов с примесью плазматических клеток и относительное увеличение количество макрофагов преимущественно в фокусах некробиоза по сравнению с 1-ой степенью синдрома длительного сдавления. В капиллярах красной пульпы встречаются микротромбы.

Морфологическое исследование селезенки 3-й степени: селезенка относительно 2-ой и 3-ей степени синдрома длительного сдавления уменьшена в размерах, капсула сморщена, рисунок стертый. Наблюдается выраженное уменьшение размеров и количество лимфоидных фолликулов с выраженным снижением количества лимфоцитов разных стадий развития. Отмечается выраженное расширение зоны красной пульпы, где наблюдаем скопление гемолизированных эритроцитов с увеличением количества макрофагов в зоне некробиоза.

Заключение. Таким образом, различные увеличения степени СДС сопровождается усилением тромбоза сосудов красной пульпы, увеличение макрофагальной реакции, усиление гемолизированных эритроцитов и снижение количества лимфоцитов белой пульпы. Представленные изменения морфологии селезенки свидетельствуют о том, что СДС сопровождается индукцией местного иммунодефицита, причем степень этого иммунодефицитного состояния (ИДС) пропорционально степени СДС.

АПИПРЕПАРАТЫ КАК АНТИОКСИДАНТЫ И ГЕПАТОПРОТЕКТОРЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ

Алиева Б.И., студентка 4 курса лечебного факультета

Кафедра фармакологии ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., проф.Омаров Ш.М.

Актуальность. Заболевания гепатобилиарной системы, которой страдают более 2 млрд. человек в мире, являются одной из самых распространенных патологий органов пищеварения. Ежегодный рост числа больных, страдающих этими заболеваниями, составляет 15-30%. Для лечения и профилактики хронических воспалительных и токсических поражений печени патогенетически оправданным является применение гепатопротективных препаратов, назначение которых устраняет влияние повреждающего фактора, клинических проявлений интоксикации и специфической симптоматики. Так как поражения печени часто связаны с активацией процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ), снижением антиоксидантной защиты, повреждением мембран гепатоцитов, поиск эффективных гепатопротекторов целесообразно вести среди соединений с антиоксидантными и антигипоксантными свойствами желательно природного происхождения.

В этом плане большой интерес представляет биологически активный продукт пчеловодства прополис, состоящий из смол, флавоноидов, эфиров жирных кислот и спиртов, бальзамов, эфирных масел, витаминов, микро- и макроэлементов. К настоящему времени как в России, так и во всем мире, накоплен опыт экспериментальных и клинических исследований, подтверждающих эффективность и безопасность применения препаратов прополиса при различных заболеваниях печени. В частности, в практике используют т.н. апипрепараты (прополис и др.) при токсических (особенно алкогольных) поражениях печени, неалкогольном стеатогепатите, при назначении гепатотоксических средств(изониазид, ацетаминофен, цитостатики и др.). Однако, изучение применения комбинации препаратов прополиса в сочетании с медом в литературе освещено недостаточно.

Цель: изучить клинико-лабораторную эффективность и безопасность комбинированного применения препарата прополиса и меда у больных с неалкогольным стеатогепатитом (НАСГ) и алкогольной болезнью печени (АБП).

Материалы и методы. В исследование было включено 30 больных - 18 больных НАСГ и 12 больных АБП. Из них - 20 мужчин и 10 женщин в возрасте от 40 до 67 лет.

Контрольную группу составили 22 больных, сходные по полу и возрасту. Схема лечения включала применение настойки прополиса по 30 капель 3 раза в день с одной чайной ложкой меда. Длительность лечения составила 8 нед. Апитерапия назначалась на фоне базисной, максимально унифицированной терапии (спазмолитики, ферменты, гипотензивные препараты). Всем больным проводилось комплексное обследование включающее оценку клинических признаков заболевания, лабораторных и инструментальных методов исследования. Оценка эффективности апипрепаратов проводилась на основании изучения динамики клинических симптомов и синдромов (астеновегетативного, диспепсического, холестатического синдромов, выраженности гепатомегалии), динамики лабораторных показателей, характеризующих функциональное состояние печени (выраженность синдромов цитолиза и холестаза, белоксинтетической функции печени), состояние липидного и углеводного обменов, выраженность процессов ПОЛ (ПОЛ мононуклеаров периферической крови).

Результаты исследования и их обсуждение. Наиболее частыми клиническими проявлениями у обследованных больных были проявления астеновегетативного характера (слабость, быстрая утомляемость) – у 93,3% больных. Абдоминально-болевой и диспепсический синдромы выявлялись у 80% больных. Гепатомегалия исходно выявлялась у 60% больных, кровоточивость десен у 47%. Следует отметить, что у больных НАСГ стеатогепатит протекал с более скудной клинической симптоматикой, чем при АБП. Практически у всех больных АБП выявлялись признаки, указывающие на активность воспаления в печени - снижение протромбинового индекса (ПТИ), повышение активности трансаминаз (АсАТ, АлАТ), снижение уровня альбуминов(80%). Признаки холестаза – повышение ГГТП, уровня общего билирубина наблюдалось у 83,3%, холестерина у 58% больных. У больных НАСГ лабораторные признаки активности воспаления были ниже, чем в группе АБП.

К концу второго месяца от начала лечения средняя частота клинических проявлений, явлений интоксикации в основной группе больных была на 10 % ниже, чем в контрольной ($p = 0, 016$). Несмотря на более частое выявление диспепсического, болевого абдоминального и холестатических синдромов у больных основной группы, на фоне лечения отмечалось существенное снижение их частоты. Так, проявления диспепсического синдрома к концу лечения сохранялись у двух больных, боли в правом подреберье через 10 дней от начала лечения отмечались у 3 больных, на кожный зуд к концу лечения не жаловался ни один пациент.

У больных основной группы отмечено снижение признаков цитолиза - активности АлАТ - с 170±22 до 76±19 МЕ/ л ($p< 0,001$), АсАТ – с 81±15 до 32±10МЕ/л ($p<0, 05$).

Выраженность синдрома холестаза после лечения существенно регрессировала. Так, уровень общего билирубина снизился с с 35,5± 5,2 до 13,6 ±4,4 мкмоль/л (р< 0,05), ГГТП – с 345,2 +-19,4 до 189,2+18,1 Ед/л (р< 0,05). Анализируя влияние терапии прополисом и медом на липидный обмен, нами было выявлено снижение уровня холестерина с 6,7+ 0,17 до 5,8+0,25 мкм/л уже через месяц от начала лечения. Проведенное исследование к концу первого месяца лечения показало, что степень выраженности нарушений лабораторных показателей у больных основной группы, была ниже, чем в контрольной группе (р=0,044). Исходно у всех обследованных больных было выявлено избыточная активность процессов ПОЛ мононуклеаров периферической крови, что указывает на превалирование процессов оксидативного стресса. На фоне курсовой апитерапии выявлена положительная динамика выраженности процессов ПОЛ у наблюдаемых больных основной группы с 0,16+0,02 до 0, 13+0,02 (р< 0,05). Полученные данные указывают на целесообразность использования антиоксидантных и энергокорригирующих средств при заболеваниях печени. Побочные эффекты апипрепаратов отмечены в двух случаях в виде аллергической кожной сыпи на коже.

Выводы. Таким образом, комбинированное применение настойки прополиса и меда у больных НАСГ и АБП способствовало: регрессии основных клинических синдромов

(болевого, диспепсического, астеновегетативного); улучшению функционального состояния печени (снижение выраженности синдромов цитолиза, холестаза, уменьшению выраженности гепатомегалии); улучшению показателей липидного обмена (снижение уровня общего холестерина); уменьшению выраженности процессов ПОЛ мононуклеаров периферической крови. Важно подчеркнуть, что лечение настойкой прополиса хорошо переносилось больными и не сопровождалось никакими серьезными побочными эффектами. Прополис и мед проявили себя как препараты, обладающие мембраностабилизирующим, антиоксидантным, гиполипидемическим, антихолестатическим действием. Благоприятное влияние прополиса на выраженность клинико-лабораторной картины поражений печени, его гепатопротективное действие основывается на ингибировании процессов ПОЛ, через воздействие на супероксиддисмутазу и малоновый диальдегид, восстановление структуры мембран гепатоцитов через полиненасыщенные жирные кислоты, и реализуется в виде антифибротического, липотропного и гипогликемических эффектов. Это открывает широкие возможности их использования при токсических, алкогольных, вирусных поражениях печени. Полученные результаты дают основание шире включать в клиническую практику апипрепараты при различных поражениях печени, а также для

поддержания функционального состояния печени при назначении гепатотоксических средств.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОПОЛИСА И МЁДА В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Дарбишева Х. А.,Курбанова З. А.,
студентки 3 курса педиатрического факультета

Кафедра фармакологииДГМА
Научные руководители: д.м.н., проф. Омаров Ш. М.,
к.м.н..доц. Хархарова С. Г.

Актуальность исследования. В последние годы значительно возрос интерес к профилактике заболеваний с помощью антиоксидантов природного происхождения. Общеизвестно, у пациентов с хроническими неспецифическими заболеваниями легких (ХНЗЛ) значительно снижена общая и иммунологическая резистентность организма, повышено свободнорадикальное окисление липидов мембран клеток лизосом, а также образование супероксидных радикалов. В этой связи является актуальным поиск средств для лечения этой патологии. Среди последних привлекают внимание продукты пчеловодства (прополис, мёд, апилак, пыльца, перга и другие). Широкий спектр биологических и фармакологических эффектов прополиса (антимикробный, противовоспалительный, иммуностимулирующий, антивирусный, местноанестезирующий, антиоксидантный) является следствием его разнообразного химического состава. Весьма важной является способность прополиса активировать процессы регенерации, подавлять развитие патогенных микроорганизмов и вирусов, повышать активность антибиотиков. Применение продуктов пчеловодства с лечебными и профилактическими целями выдержало испытание временем и круг их практического использования постоянно расширяется.

Целью нашего исследования является изучение биологических и фармакологических эффектов прополиса на организм человека и возможность использования этого продукта с целью оптимизации лечения и профилактики при простудных заболеваниях.

Задачи исследования:

1) Определить показатели ПОЛ и уровень электролитов в сыворотке крови у пациентов, получавших традиционное лечение в группе с использованием прополиса и без использования.

2) Изучить влияние прополиса на изменение показателей функций внешнего дыхания и количество отделяемой мокроты.

Методы исследования. Настоящее исследование было проведено среди 40 лиц в возрасте от 23 до 60 лет (22 мужчин, 18 женщин), страдающих хроническим обструктивным бронхитом с длительностью заболевания в течении от 1 до 10 лет. 25 человек (испытуемая группа) наряду с традиционным лечением (антибактериальные средства, биогенные стимуляторы, бронхоспазмолитики, отхаркивающие препараты, витамины) ежедневно получали ингаляции 3-5 мл 10% водно-спиртового раствора прополиса (всего 15 процедур) с использованием ингалятора ИП-03. 15человек (контрольная группа) получали аналогичное лечение, только без ингаляций прополиса. Кроме общеклинических методов исследования, у всех пациентов дважды (при поступлении в стационар и перед выпиской) определяли показатели функции внешнего дыхания, содержание электролитов, ферментов в сыворотке крови – аспартатаминотрансферазы и аланинаминотрансферазы, уровень малонового диальдегида, а также количества и характер мокроты.

Результаты исследования. Проведенные исследования показали, что у большинства пациентов испытуемой группы клиническое состояние и показатели функциональных и биохимических исследований нормализовались раньше и в большей степени, чем в контрольной группе. Сроки пребывания в стационаре также уменьшались на 5-6 дней. Нормализовались, по сравнению с контрольными пациентами показатели ПОЛ – содержание малонового диальдегида, а также уровень электролитов сыворотки крови. Положительная динамика клинического состояния и показателей ПОЛ, а также электролитного обмена, на наш взгляд, объясняется антиоксидантным действием прополиса, что и обусловило предупреждение повреждения клеточных мембран лизосом и образование противовоспалительных биологически активных факторов альтерации клеток

Полученные результаты расширяют и углубляют наши знания о роли прополиса как антиоксиданта и открывают возможности для его широкого клинического применения при лечении легочных заболеваний.

Выводы:

1 Прополис является сильным антисептиком, тем не менее, его не следует применять, как базовое средство при воспалительных процессах в острую фазу, а нужно сочетать с антибиотиками.

2 Дозу антибиотиков можно уменьшить в два раза, если лечение сочетать с принятием прополиса.

3 Прополис может предотвратить простудные заболевания в осенне-зимний период, если в профилактических целях принимать спиртовый раствор прополиса. Это

предотвращает распространение инфекции из верхних дыхательных путей в нижние.

АПИТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВЕГЕТО-СОСУДИСТОЙ ДИСТОНИИ

Эскерханов М.Р., студент 3курса лечебного факультета

Кафедра фармакологии ДГМА
Научный руководитель: к.м.н., доц. Магомедова З.Ш.

Актуальность. Больные с вегето-сосудистой дистонией (ВСД) являются самой многочисленной группой пациентов участковых терапевтов, невропатологов поликлиник и семейных врачей. Увеличение количества данной категории больных говорит о недостаточной эффективности общепринятой терапии ВСД, поэтому представляет интерес разработка новых методов её лечения. Одним из таких направлений может быть апитерапия. Апипрепараты уже доказали свою эффективность в лечении астенического синдрома. Медоносная пчела вырабатывает целый ряд разнообразных веществ: мед, прополис, маточное молочко, пергу, пчелиную обножку, воск, пчелиный яд. Все эти продукты используются для лечения и профилактики различных заболеваний.

Маточное молочко - биологически активный продукт, содержащий белки, жиры, углеводы, витамины, ферменты, микроэлементы, гормоны и др. Маточное молочко обладает широким и разнообразным биологическим действием. Оно обладает антимикробным действией, активно влияет на обмен веществ, стимулирует деятельность центральной нервной системы, повышает работоспособность и уменьшает утомляемость, увеличивает массу тела, ускоряет рост, улучшает аппетит, оказывает на организм тонизирующее действие, нормализует функцию органов и тканей, улучшает деятельность нервной системы. Маточное молочко рекомендуется для профилактики и лечения гипотонии, атеросклероза, стенокардии, гипотрофии и анорексии у детей грудного и раннего возраста и др. Один из вариантов данного препарата - официнальный препарат апилак. Его адаптогенные и биостимулирующие эффекты, а также его высокая доступность сыграли решающую роль в выборе препарата для проведения данного исследования.

Цель работы - изучение эффективности применения апилака при вегето-сосудистой дистонии по гипотоническому типу.

Материалы и методы. Было обследовано 40 больных с ВСД по гипотоническому типу в возрасте от 18 до 35 лет (средний возраст - 25,5 года), из них 24 женщин (60 %) и 16 мужчин (40 %). Диагноз ВСД по гипотоническому типу устанавливается на основании анамнеза, физикальных данных и результатов лабораторно-инструментального

обследования (клинические анализы, ЭКГ).

Все пациенты предъявляли жалобы на общую слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, раздражительность, плохой сон, головную боль, кардиалгии. У всех отмечалась артериальная гипотония: систолическое артериальное давление (АД) составляло 100,1 ± 9,2 мм рт.ст., а диастолическое - 60,5 ± 9,7 мм рт.ст.

Апилак назначался в качестве монотерапии по 2 таблетки 3 раза в день на протяжении четырех недель. Исследование проводилось в амбулаторных условиях.

Результаты исследования. Эффект лечения оценивался по клиническим данным.

Полученные данные указывают на то, что сравнительно небольшой четырёхнедельный срок лечения апилаком в амбулаторных условиях позволяет существенно улучшить самочувствие более чем половины пациентов с ВСД. Только 8 больных (20%), принимавших участие в исследование, слабо отреагировали на проведенную терапию.

Быстрее реагировали на лечение больные с лабильным типом нервной системы. Минимальный эффект наблюдался у пациентов с ипохондрическим синдромом.

У большинства обследуемых (24 человека - 60 %) улучшение состояния отмечалось с 8-9 дня лечения. Следующая по количеству группа состояла из 12 человек (30%), у которых продолжительная динамика имела место с 15-20 дня терапии. Одними из первых уменьшались или исчезали такие проявления заболевания как общая слабость, повышенная утомляемость, снижение работоспособности, плохой сон. Среди ранних положительных эффектов апилака следует отметить тенденцию к повышению АД: систолическое АД повышалось до 112,7 ± 8,4 мм рт.ст., а диастолическое - до 72,7 ± 7,6мм рт. ст. Дольше всех сохранялись, а у некоторых пациентов оставались жалобы на головную боль, кардиалгии. У основной части обследуемых (30 человека - 75%) также повысилась устойчивость к психоэмоциональным нагрузкам и физическому напряжению. На фоне общего повышения активности большинство пациентов (25 человек - 62,5%) отмечало улучшение настроения, уменьшение или исчезновение раздражительности. Следует отметить, что при наличии выраженного астеноневратического синдрома улучшение происходило медленнее, но было достаточно устойчивым.

Исследование показало хорошую переносимость апилака. Ухудшений состояния, каких-либо побочных эффектов при приеме препарата не отмечено.

Выводы.

1. Апилак является эффективным средством лечения вегето-сосудистой дистонии по гипотоническому типу, повышает качество жизни пациента.

2. Достаточная эффективность и хорошая переносимость препарата позволяет

рекомендовать апилак для широкого использования при лечении вегето-сосудистой дистонии по гипотоническому типу в амбулаторной практике.

КОМПЛЕКСНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ (НА ПРИМЕРЕ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН)

Гасанова З.С. студентка 3 курса лечебного факультета

Кафедра фармакологии ДГМА
Научный руководитель: к.ф.н., доц. Насрулаева Х.Н.

Актуальность. Санитарно-эпидемиологическая обстановка в Республике Дагестан (РД) по ряду показателей характеризуется как неблагоприятная, способствующая увеличению различных заболеваний , оказывающая отрицательное влияние на демографическую структуру населения. сложная экономическая ситуация в регионе, воздействие различных экзо- и эндогенных факторов, ухудшение социально-бытовых условий жизни и режима питания, снижение иммунитета, несоблюдение правил личной гигиены, опасность завоза и распространения на территории республики массовых инфекционных, паразитарных и неинфекционных заболеваний населения; несовершенная система финансирования здравоохранения являются основными причинами роста числа дерматологических заболеваний, как среди взрослого, так и среди детского населения республики.

Цель. Основным программным документом Правительства РД по улучшению медицинской и фармацевтической помощи населению является постановление «О концепции развития здравоохранения в Республике Дагестан на 2011-2015 годы». Однако в нем обозначена лишь общая концепция и многие вопросы требуют дополнительного анализа и развития. К ним относится совершенствование лекарственного обеспечения больных кожными заболеваниями, имеющими в РД устойчивую тенденцию к росту.

Помимо объективных причин нельзя не отметить недостаточное внимание со стороны больных к возникающим заболеваниям. Часто заболевание оказывается запущенным, так как больные на начальной стадии воспринимают болезнь лишь как косметическое неудобство, особенно часто это мнение возникает у сельских жителей республики. Несмотря на большой арсенал лекарственных средств (ЛС), применяемых для лечения кожных заболеваний, их ассортимент в розничной сети нельзя признать рациональным, что связано с ненасыщенностью регионального фармацевтического рынка, различной степенью доступности медицинской и лекарственной помощи населению городской и сельской местности, недостаточной информированностью медицинских

работников о новых и высокоэффективных лекарственных средств.

Материалы и методы исследования. Мониторинг лекарственных средств для лечения дерматологических заболеваний а также разработку методических подходов к повышению качества лекарственной' помощи, больным, страдающим кожными заболеваниями , на региональном уровне проводили на основании ретроспективного ,логического, социологического методов, а также экономико-математического анализа (графический, сравнения, группировки), контент-анализа, ABC- и VEN-анализа и др. Для обработки статистической информации, данных прайс-листов, накладных и результатов социологических исследований применялись современные компьютерные технологии.

Первым этапом изучения ассортимента ЛС являлся анализ номенклатуры ЛС, разрешенных для применения в нашей стране и имеющихся в наличии на фармацевтическом рынке региона. Исследования проводили с помощью непосредственного наблюдения лекарственных средств на фармацевтическом рынке, а также контент- анализа, являющегося формализованным методом количественного анализа документов.

Главным направлением в блоке маркетинговых исследований товара является изучение ассортимента ЛС , его конкурентоспособности, новизны, а так же структуры. Анализ ассортимента лекарственных средств для лечения кожных заболеваний проводили на примере гормональных препаратов (глюкокортикоидов) и антигистаминных средств.

Результаты. Номенклатура противогистаминных лекарственных средств , официально зарегестрированных в России составляет 32 наименования лекарственных веществ и 136 торговых наименований антигистаминных ЛС, которые выпускаются в различных видах лекарственных форм. Из них 69,5% составляют препараты зарубежного производства . Наиболее востребованными и доказавшими свою эффективность среди больных кожными патологиями являются 21 наименования ЛС, которые выпускаются как отечественными (23,8%), так и зарубежными (76.2%) производителями. Систематизация ассортимента показала, что Россия выпускает 56 (44%) торговых наименований, Индия – 15 (12%), Швейцария – 7 (5%) и другие страны – 50 (39%) (рисунок 2).

Современная классификация антигистаминных ЛС использует деление лекарственных препаратов на три поколения. В настоящее время на Российском фармацевтическом рынке широко представлены антигистаминные препараты второго поколения - 39%. Наиболее эффективное третье поколение составляет 31% наименований. Среди лекарственных препаратов первого поколения, имеющих значительное число побочных эффектов, насчитывается до 30% наименований ЛС.

Гормоны и их аналоги – очень многочисленная фармакотерапевтическая группа и

включает около 100 наименований лекарственных средств. Для лечения различных нозологических форм дерматологических заболеваний применяются Глюкокортикоидные препараты, которые составляют около 20,0% всей номенклатуры. Препараты отечественного производства среди них составляют 37,6%. Для лечения кожных заболеваний используется 38 наименований лекарственных средств из данной фармакотерапевтической группы.

Следует отметить, что лекарственные препараты вышеупомянутых фармакотерапевтических групп представлены исключительно готовыми лекарственными средствами

Наибольший удельный вес среди противогистаминных препаратов занимают таблетированные лекарственные формы -50.6% и инъекционные растворы в ампулах – 37,6%, доля остальных лекарственных форм относительно невелика - 11,8%. Особенностью структуры глюкокортикоидных препаратов является то, что значительное место в этой группе занимают мягкие лекарственные формы – 72,8%. Удельный вес прочих лекарственных форм составляет 27,2%.

Ассортимент изучаемых лекарственных средств составляют как монокомпонентные, так и комбинированные препараты. Причем антигистаминные препараты, применяющиеся в дерматологической практике встречаются практически только монокомпонентные лекарственные средства , тогда как гормоны и их аналоги представлены на 51,4% монопрепаратами, а на 48,6% - комбинированными лекарственными средствами.

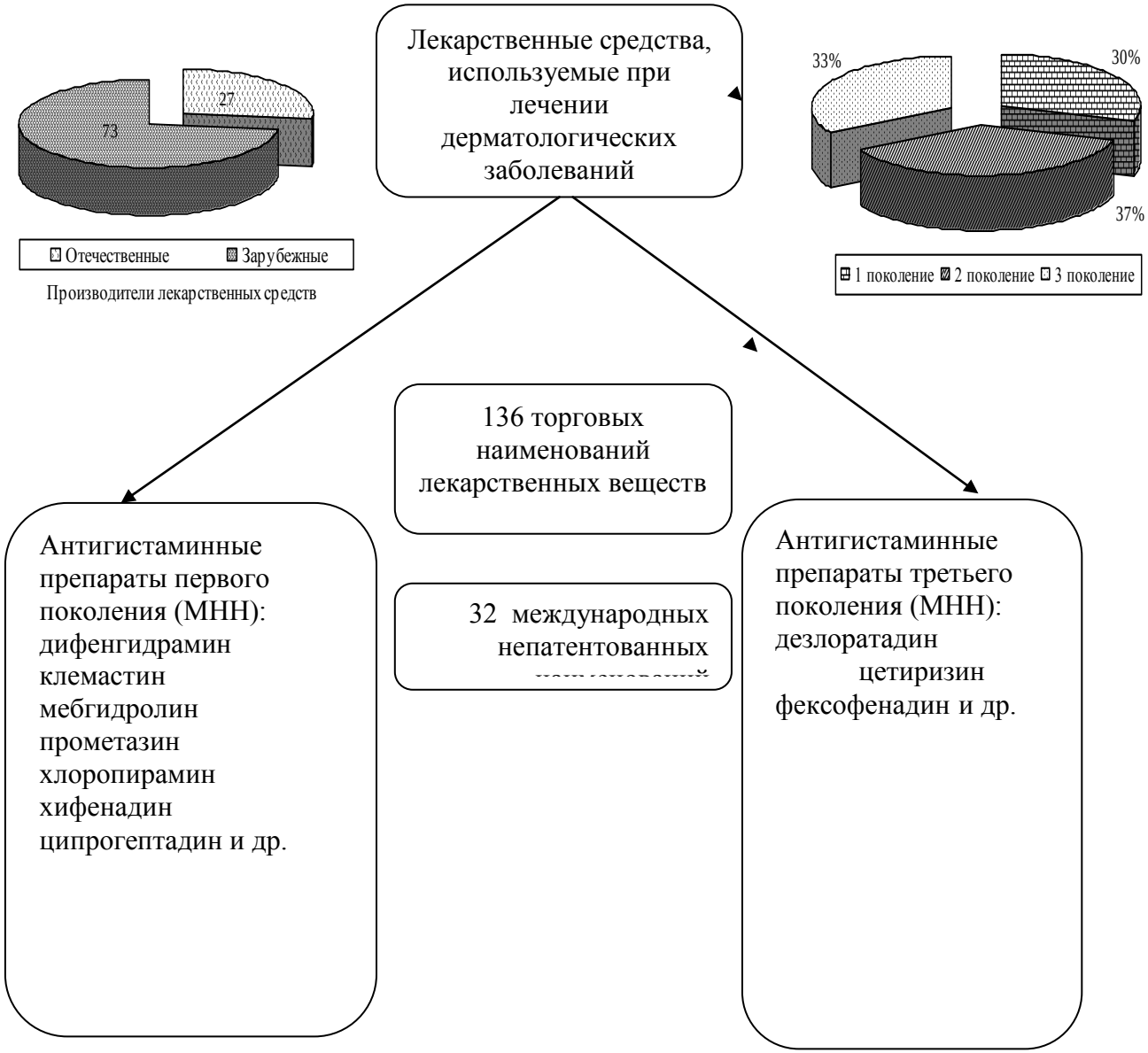
В ходе исследования нами проведен анализ ассортимента лекарственных средств исследуемых групп в 12 аптеках г. Махачкалы.

Установлено, что в структуре ассортимента антигистаминные лекарственные средства составляют около 1,0%. (с учетом номенклатурных позиций), глюкокортикоидные препараты варьируют в интервале 0,9 - 1,5%

Как показали расчеты, коэффициенты полноты находятся в пределах от 0,25 до 0,85. Наиболее полно в аптеках Махачкалы представлены антигистаминные препараты I поколения (68,0 - 85,0%), препараты II поколения (32,0 -51,0%), III поколения (не более 30%).

В аптеке, находящейся в непосредственной близости к Республиканскому кожно-венерологическому диспансеру имеется наиболее полный ассортимент глюкокортикоидных препаратов, тогда как противогистаминные препараты во всех аптеках присутствуют приблизительно в одинаковом ассортименте.

Рисунок 1-Результаты контент-анализа противогистаминных лекарственных средств, используемых для лечения дерматологических заболеваний.



С целью изучения изменения ассортимента противогистаминных препаратов и глюкокортикоидов в 2014-2015 гг. нами рассчитан индекс обновления ассортимента для указанных групп лекарственных средств. Индекс обновления ассортимента противогистаминных препаратов за эти два года составил 0,18, глюкокортикостероидных препаратов 0,21, что свидетельствует об активном внедрении лекарственных средств данных групп на фармацевтическом рынке региона и быстром обновлении номенклатуры.

Таким образом, все вышеизложенное свидетельствует о том, что региональный фармацевтический рынок Республики Дагестан в настоящее время насыщен достаточно полно противогистаминными и глюкокортикостероидными препаратами, которые применяются для лечения различных нозологических форм дерматологических заболеваний[5].

Выводы

1. Изучена и проанализирована структура рецептуры лекарственных средств, применяющихся для лечения больных дерматологического профиля. Установлено, что – при амбулаторном и санаторно-курортном лечении чаще назначаются готовые лекарственные средства (51,2 и 88,6% соответственно). Однако, при стационарном лечении готовые лекарственные средства составляют 43,4%, что объясняется широким применением инъекционных и дезинфицирующих растворов, а также мягких лекарственных форм, изготавливаемых в аптеках в достаточно больших объемах (56,6%).

2. Готовые лекарственные средства и лекарственные средства индивидуального изготовления представлены в основном мягкими и жидкими лекарственными формами, причем, как при санаторно-курортном лечении, так и при лечении в диспансере.

3.Удельный вес мягких и жидких лекарственных форм среди готовых лекарственных средств составляет от 69,3 до 78,6%, среди лекарственных средств индивидуального изготовления – 98,8 до 100,0%

4. Выявлены фармакотерапевтические группы лекарственных средств для лечения кожных заболеваний. Установлено, что для лечения в диспансере применяются лекарственные средства из 32 фармакотерапевтических групп, в санаториях – только из 18 . Это объясняется , прежде всего, противопоказаниями для лечения на курортах нескольких нозологий, а также лечением на курортах и в санаториях кожных заболеваний в более легкой форме.

5. Наибольшая доля в изученной номенклатуре приходится на лекарственные средства из группы противогистаминных препаратов (8,6-10,8%) и гормональных препаратов (9,4-12,5%)

Литература

1. Анализ потребления лекарств / Н.Лукнарова, В. Фолтан, И. Брозман и др. // Фармация. – 1990. – Т. 39, № 6. – С. 12-15.

2. Алещенкова Е.Г. Организационно-информационные подходы к проведению фармакоэкономических исследований / Е.Г Алещенкова., Л.В. Кобзарь // Экон. вестник фармации. – 2001. – № 4. – С. 87-89.

3. Дремова Н.Б. Концепция фармакоэкономических исследований лекарственной помощи / Н.Б. Дремова, Е.В Лазарева, А.И. Овод // Человек и лекарство: Тез. докл. 6 Рос. нац. конгр. 19–23 апр. 1999 г. – М., 1999. – С. 504.

4. Котляр Ф. Управление маркетингом. – М.: Экономика, 1980. – 224 с.

5. Краснокутский А.Б. Фармакоэкономика / А.Б. Краснокутский, А.А. Лагунова // Системный анализ мирового фармацевтического рынка. – М., 1998. – Т.1. – 344 с.

6. Мороз Т.Л. Нормативная база системы лекарственного обеспечения в условиях стационара / Т.Л. Мороз, Л.В. Мошкова // Новая аптека. – 2001. – № 3. – С. 12–15.

7. Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств // Распоряжение Правительства Российской Федерации № 376-р от 29 марта 2007 г. – 26 с.

8. Сулейманов С.Ш., Дьяченко С.В., Шишкина Т.Н., Создание лекарственного формуляра-первый этап по рациональному использованию лекарственных средств // Рациональное использование лекарств. – Пермь, 2000. – С. 11–12.

ОПЕРАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ

НОВАЯ МОДИФИКАЦИЯ СУХОЖИЛЬНОГО ШВА

Рагимова Д.Р., студентка 5 курса лечебного факультета

Кафедра оперативной хирургии с топографической анатомией ДГМА
Научный руководитель: д.м.н., доц. Рагимов Г.С.

Известные способы сухожильного шва, такие как шов Кюнео, Розова, Блоха-Бонне и другие не всегда отвечают всем требованиям, то есть, сложность наложения шва не обеспечивает прочность, вызывает разволокнение сухожильных волокон.

В связи с этим нами была разработана новая модификация сухожильного шва, суть наложения которого заключается в следующем – прокалывание двумя иглами конца сухожилия с торца (линии разреза), с выходом на боковую поверхность на расстоянии 1,5-2 см. (рис. 1).

Далее эти же концы крестообразно выводят на торец сухожилия (рис. 2) .

Точно также прошивают второй конец сухожилия (рис. 4, 5), затем обоими концами нитей прошивают другой конец сухожилия: вводят иглу с торца и выводят ее на боковую поверхность на расстоянии 0,4 - 0,7 см от конца сухожилия (рис. 3а).

С иным концом сухожилия проводим аналогичную манипуляцию, то есть концы выведенных нитей одного сухожилия прокалывают другой конец сухожилия с торца, с выходом на ее боковую поверхность на расстоянии 0,4 - 0,7 см, с последующим связыванием концов (с образованием узла).

Данный шов был проверен на прочность на 8 изолированных препаратах с хорошим результатом: выдерживает 2640 г, тогда как шов Кюнео в состоянии выдержать 1600г, а шов Розова всего лишь 1100 г.

Новая модификация сухожильного шва с успехом апробирована в эксперименте на 4 собаках.

Положительные характеристики шва:

1) простота наложения;
2) прочность;

3) исключает разволокнение сухожильных волокон.

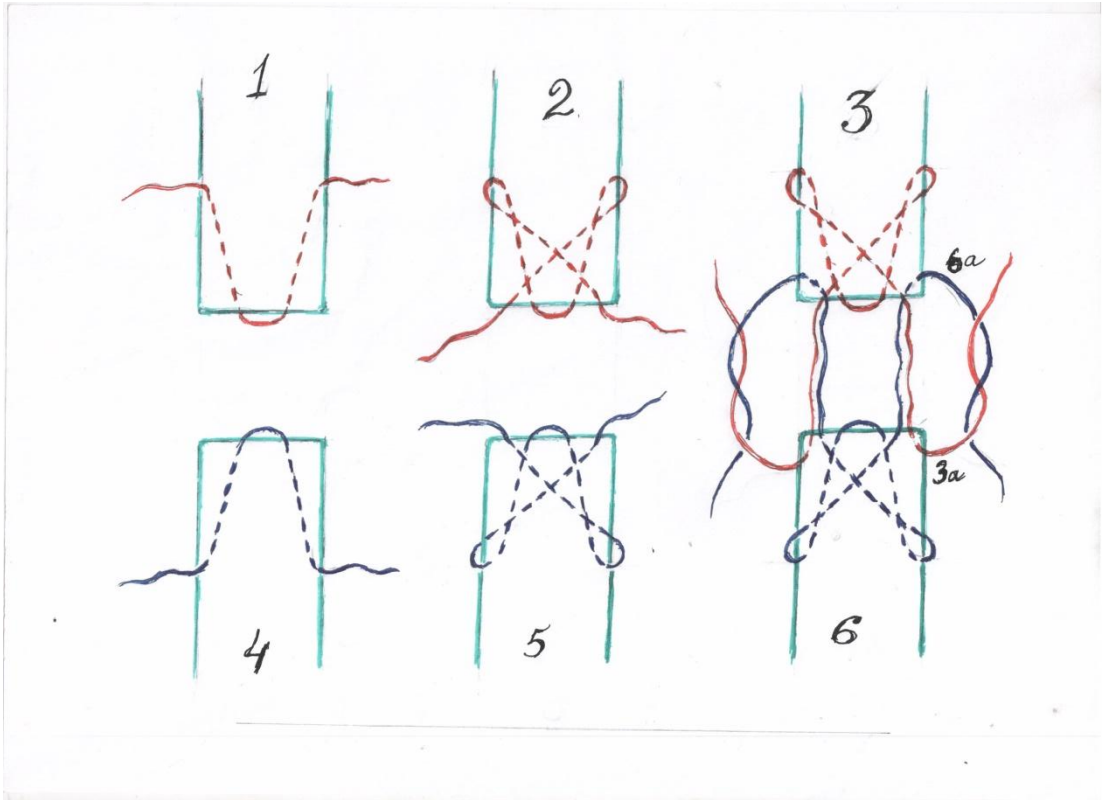


Рис. 1, 2, 3, 4, 5, 6. Последовательность наложения новой модификации сухожильного шва.

На новую модификацию сухожильного шва имеется удостоверение на рационализаторское предложение № 16-1496, выданное ДГМА 26.02. 2016 г.

ГЕЛЬМИНТОЗЫ НАСЕЛЕНИЯ ШАМИЛЬСКОГО РАЙОНА

Гаджиева И.М., студент 1 курса педиатрического факультета

Кафедра медицинской биологии
Научный руководитель: доктор биол. наук, профессор Абдулазизов А.И.

Как известно, гельминтозы имеют широкое распространение во всем мире. Еще в 1928 году академик К.И. Скрябин, создатель Советской гельминтологической школы, указывал, что человек является хозяином 135 видов паразитических червей, в том числе трематоды- 29 видов, нематоды- 72 вида, цестоды – 32 вида и другие. В настоящее время их число более 160 видов, которые могут паразитировать в организме человека. Но в РФ встречаются около 57 видов, а в Дагестане возможно обнаружение более 20 видов.

Известно, что гельминты оказывают разносторонне пагубное воздействие на человеческий организм. Нет ни одного органа или ткани, которые бы не поражали в человеческом организме, и не редки случаи, когда гельминты поражают жизненно важные органы – мозг, сердце, легкие, печень. Клиника их во многом зависит от места локализации паразита. Но любой паразит существует в организме за счет этого хозяина, поглощая из организма витамины, микроэлементы, аминокислоты, химически ценные компоненты, механически разрушая, травмируя целостность тканей, физически ослабевая организм больного, активизируют другие инфекции, а также эндокринные и аллергические заболевания, выделяя в кровь токсичные продукты жизнедеятельности, влияющие в первую очередь на нервную и на другие органы системы. В целом, пагубное воздействие гельминтов на организм многообразно, и достаточно широкое распространение гельминтозы получили в Дагестане. С самого начала создания Дагестанского медицинского института, на кафедре биологии, превалирующей научной тематикой были паразитарные болезни. Сотрудники внесли огромный вклад в борьбе с паразитарным недугом.

Так сложилось, что в республике чаще, чем в других регионах встречается ряд гельминтов, которые дают хирургические осложнения, на что впервые обратил внимание выдающийся дагестанский хирург, профессор - Аскерханов Р.П., который написал прекрасную книгу «Эхинококкоз в Дагестане». Хирургическим осложнениям гельминтоз посвящена научная деятельность многих дагестанских хирургов: Магомедова А.З., Гаджиева С. Г., Гаджимирзаева А., Алиева Р.Г., Османова А. О., Меджидова Р.Т. и др., которые внесли заметный вклад в науку и избавление больных от паразитарной патологии.

Республика Дагестан относится к региону, где наиболее распространены гельминтозы такие как: геогельминтозы, биогельминтозы, контагиозные, а также социально-эпидемические. Однако, за последнее время, специальные обследования на гельминтозы практически не проводятся, ограничиваясь только обследованием амбулаторных и некоторых стационарных больных лишь по медицинским показаниям, и данные пациентов, взятые таким путем, мало интересуют, и конечно не дают право говорить об общей пораженности, а могут дать лишь некоторые поверхностные обобщенные представление о состоянии заболеваемости гельминтозами.

Вашему вниманию предлагается сообщение, посвященное состоянию заболеваемости гельминтозами в Шамильском районе. Настоящий материал за два года (2014-2015 гг.) мы заимствовали у главного врача Шамильского района Ачилаевой П. М., за что мы благодарны ей. В центральной районной лаборатории методом фюллеборна, като и методом соскобы подвергнуто обследованию амбулаторно и стационарно всего 4378 человек (точно столько же, сколько предусмотрено по плану). Среди обследованных значится взрослое население, дети. Организованный контингент ДДУ, школы, декретированные, контактные. Полученные результаты амбулаторно-стационарных обследований по обращениям населения приведены в таблице 1.

Таблица 1.

Результаты амбулаторно-стационарного обследования населения

Стационарно обследовано	**Выявлено гельминтозы**			**Амбулаторно обследовано**	**Выявлено гельминтозы**		
	Аскар-з	**Трих-з**	**Острица**		**Аскар-з**	**Трих-з**	**Острица**
2014 г.				2014 г.			
Всего - 2634	22	3	9 (0,34%)	Всего - 1506	15(0,19%)	—	—
в том числе:	(0,83%)	(0,11%)		в том числе:			
Взрослых - 1478			—	Взрослых -	2 (0,14)	—	6 (0,33%)
Дети - 1154	4 (0,27%)	—	8 (0,69%)	828	13(1,91%)	—	5 (0,73%)
	18	3		Дети - 678			
	(1,55%)	(0,25%)					
2015 г.							
Всего - 3125			16 (0,51)	2015 г.	11	—	2 (0,19%)
в том числе:				Всего - 2210	(0,50%)		—
Взрослых -1530	16	16(1,51	—	в том числе:		—	2 (0,20%)
Дети - 1545	(1,51%)	%)	—	Взрослых -	3 (0,25%)	—	
				1200	8 (0,79%)		
	6 (0,39%)	—		Дети - 1010			
	10	—					
	(0,62%)						

Как видно из таблицы, в Шамильском районе заболеваемость гельминтами не превышает в среднем 0,5 %, только среди детей аскаридоз в 2014 году. Среди стационарных и амбулаторных больных несколько выше и колеблется от 1, 55 % до 1, 91%. Конечно о достоверности приведенных показателей говорить не придется, так как они не основаны на специальных массовых обследованиях на гельминтозы.

Об этом свидетельствуют показатели таблицы 2.

Квалифицированные, целенаправленные обследования, проведенные в детских учреждениях и декретированного контингентов, выявили показатели более приближающие к реально существующим цифрам - от 6,93% до 11,39% в 2014 году, и до 5,26 % в 2015 году. По выявленным гельминтозам, в 2014 году аскаридоз составил 6,72%, и в 2015 году этот показатель снизился до 2,91%. Как следовало ожидать, в детских коллективах достаточно высокая зараженность энтеробиозом - от 8,82 % в 2014 году до 33, 85%. Такая высокая зараженность энтеробиозом должна обеспокоить органы здравоохранения республики, и немедленно организовать специальную экспедицию в Шамильский район, с целью организации поголовного обследования детского контингента на гельминтозы. Надо думать, что Шамильский район не является исключением, и аналогичную ситуацию можно обнаружить и в других районах республики. С 1990 года совершенно не проводятся плановые обследования в организованных детских учреждениях, не говоря уже о взрослом населении. Это конечно весьма печально. Мы все же надеемся, что органы здравоохранения услышат нас, и помогут населению республики Дагестан избавиться от паразитов.

Таблица 2.

Обследование организованного контингента

Наименование обследований	**2014 г.**	**Результаты**			**2015 г.**	**Результаты**		
		Аскар-з	**Трих-з**	**Острица**		**Аскар-з**	**Трих-з**	**Острица**
1. Организованный контингент в том числе	101	7(6,93%)	—	6 (5,94%)	152	8 (5,26%)	—	—
а) ДДУ	50	5 (10,0%)	—		70		—	—
б) с 1-4 класса	51	2 (3,91%)	—	—	82	3(4,38%)	—	—
2. Декретированный контингент	79	9 (11,39%)	—	—	64	5 (6,09%) 2 (3,19%)	—	—
3. Контактные	58	—	—	15(22,4 %)	127	—	—	43(33,85%)
Всего	**238**	**16(6,72%)**	**—**	**21(8,82 %)**	**343**	**10(2,91 %)**	**—**	**43(33,85 %)**

СОДЕРЖАНИЕ ВИТАМИНА Р В ДИКОРАСТУЩИХ РАСТЕНИЯХ ДАГЕСТАНА

Раджабов Т.С., студент 1 курса педиатрического факультета

Кафедра медицинской биологии ДГМА
Научный руководитель: канд. биол. наук Трунова С.А.

Актуальность темы. В последние годы все большую актуальность приобретает изучение содержания в растениях витаминоподобных биологически активных веществ, например флавоноидов. Флавоноиды – это комплекс соединений растительного происхождения, обладающие Р-витаминной активностью. Чаще всего, когда говорят о витамине Р, имеют в виду цитрин и рутин.

Целью данного исследования является определение содержания витамина Р в дикорастущих растениях Дагестана. В ходе исследования было определено содержание витамина Р в тмине, мяте, клевере, тысячелистнике, крапиве, пастушьей сумке, конском щавеле и мокрице. Изучена зависимость содержания витамина Р в исследуемом сырье от мест произрастания, а также динамика его накопления в мокрице в разные сроки вегетации.

Материалом исследования явились наиболее часто используемые для приготовления чая и употребляемые в пищу лекарственные растения – **тмин, мята, клевер, крапива, тысячелистник, пастушья сумка, мокрица и щавель конский**. Все образцы были заготовлены в различных районах нашей республики в течение лета 2015 года –Шамильском, Ахтынском, Кайтагском и Казбековском районах. Трава мокрица была собрана в Казбековском районе в разные фазы развития.

Определение витамина Р проводилось по общепринятой апробированной методике. Рутин способен окисляться перманганатом калия; в качестве индикатора применяется индигокармин, который вступает в реакцию с перманганатом калия после того, как окисляется весь рутин.

Исследуемы травы, мы разделили на 2 группы: травы, употребляемые как чай и травы, употребляемые в пищу.

Результаты исследования. Исследования показали, что все исследуемые растения содержат витамин Р, но некоторые дикорастущие растения содержат витамин Р в несколько раз больше, чем его содержится в чае.

Анализируя полученные данные, видно, что из растений, используемых как чай - самой богатой по содержанию рутина является мята – 0,5 %, в тмине наименьшее содержание - 0,14 %.

По таблице 1 и диаграммам 1 и 2 видно, что из трав, употребляемых в пищу наиболее богата витамином Р мокрица – 0,68 %, а наименьшее количество его в крапиве –

0,30%. Высокое содержание витамина Р в мокрице объясняется, видимо тем, что рутин предотвращает разрушение витамина С. А его содержится в мокрице больше, чем даже в лимоне. Таким образом, наибольшее количество витамина Р содержится в растениях, употребляемых в пищу.

Исследования содержания витамина Р в дикорастущих травах представлены в таблице.

Таблица 1.

Содержание витамина Р в травах (в % на 100 мг сухого вещества)

Трава, употребляемая как чай	рутин, в %	Трава, употребляемая в пищу	рутин, в %
Тмин	0, 14	**Крапива**	0,30
Тысячелистник	0,18	**Пастушьясумка**	0,55
Клевер	0,33	**Конский щавель**	0,42
Мята	0,5	**Мокрица**	**0,68**

Диаграмма 1

Трава, употребляемая как чай

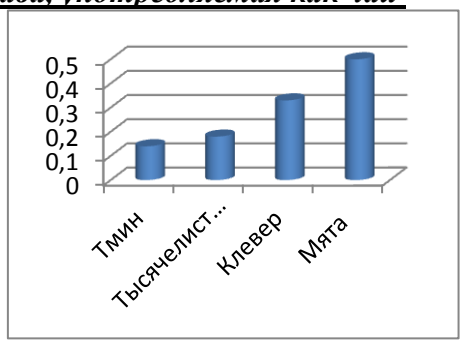
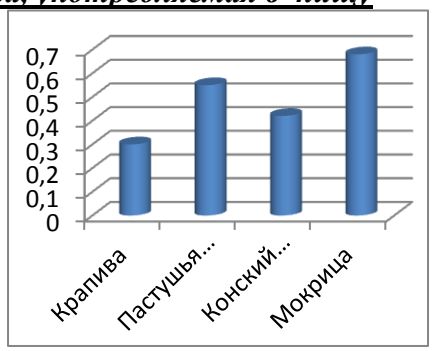


Диаграмма 2.

Трава, употребляемая в пищу



Для установления зависимости содержания рутина от мест произрастания, нами было исследованы растения, произрастающие в Шамильском, Ахтынском, Кайтагском и Казбековском районах.

Наибольшее содержание рутина выявлено в мокрице. Особенно много его накапливается в мокрице, собранной в Ахтынском районе – 0,72%. Это, очевидно, объясняется высотой места произрастания и более низкой температурой, что, по-видимому, благоприятно влияет на популяцию мокрицы. В Ахтынском и Казбековском районах богатой по содержанию рутина является пастушья сумка – 0,55% и 0,56% соответственно. Если вязть растения, употребляемы как чай, то больше всего витамина Р содержится в мяте Казбековского района. Таким образом установили связь между накоплением витамина Р и местом произрастания растений.

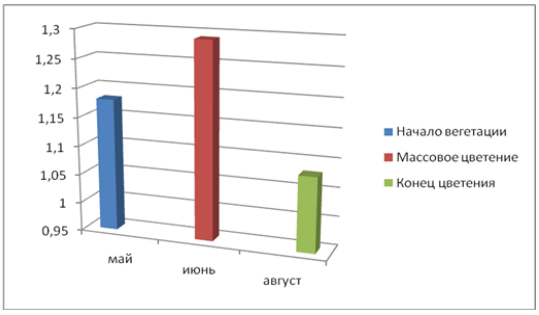
Высокое содержание витамина Р в высокогорных районах можно объяснить тем, что даже относительно непродолжительное время действия низких температур повышает устойчивость растений к стрессам за счет активации флавоноидного биосинтеза в этих

растениях. Возможно, в результате адаптации растений к пониженной температуре происходит также усиление экспрессии генов, ответственных за синтез ферментов флавоноидного метаболизма.

Для выяснения закономерностей накопления рутина в течение вегетационного периода и сезонного развития растения, мы проанализировали его содержание в мокрице по фазам вегетации: начальный период вегетации, массового цветения и конца цветения (диаграмма 3)

Диаграмма 3.

Содержание рутина в разные сроки развития мокрицы.



Было установлено, что в начале вегетационного периода содержание рутина достигает максимума – 0,68 %, в фазу цветения – несколько снижается, а затем, в начале плодоношения повышается – 0,66%.

Таким образом, наибольшее количество витамина Р содержится в мокрице в начале вегетации, а именно в зеленых листьях. Это указывает на то, что именно этот флавоноид играет роль защитного экрана от УФ-облучения.

Сбор мокрицы для использования местным населением в условиях Казбековского района следует проводить до цветения. А в период интенсивного роста вегетативных органов и цветения количества витаминов Р снижается.

ВЫВОДЫ:

1. Все исследуемые растения содержат флавоноиды и их содержание зависит от мест произрастания. В исследуемых растениях витамина Р содержится больше, чем в некоторых сортах чая.

2. Наибольшее содержание рутина в растениях, собранных в Шамильском и Ахтынском районах. Установлена зависимость между содержанием флавоноидов и фазами развития растения: наибольшее количество флавоноидов накапливается в фазу начала вегетации, которое и является рациональным сроком сбора сырья.

ЭФФЕКТЫ 4-МЕТИЛБЕНЗОДИАЗЕПИНОНА-2 В СВЕРХМАЛЫХ КОНЦЕНТРАЦИЯХ НА ПОВЕДЕНИЕ КРЫС В ТЕСТЕ ПОРСОЛТА В НОРМЕ И НА ФОНЕ УГНЕТЕНИЯ ДОФАМИНЕРГИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ

Черетаев И.В. (к.б.н.)

Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского
Научно-исследовательский центр экспериментальной физиологии и биотехнологий
Научный руководитель: д.б.н., проф. Коренюк И.И.

Актуальность: 4-метилбензодиазепинон-2 является перспективным производным 1,5-бензодиазепина, обладающим антидепрессантными свойствами в диапазоне сверхмалых концентраций. Важную роль в реализации физиологического механизма действия психоактивных веществ в сверхмалых концентрациях играют моноаминергические нейромедиаторные системы, в частности, дофаминергическая. Ранее было показана важная роль этой системы в механизме реализации антидепрессантного эффекта 3-метилбензодиазепинона-2, другого производного 1,5-бензодиазепина, близкого по структуре к 4-метилбензодиазепинону-2.

Цель исследования: изучить влияние сверхмалых концентраций 4-метилбензодиазепинона-2 поведение крыс в тесте Порсолта в норме и на фоне угнетения дофаминергической системы.

Материалы и методы: Изучали поведение 80 крыс, разделённых на 8 групп по 10 особей. За 30 мин. до наблюдений поведенческих реакций в тесте Порсолта животным всех групп осуществляли инъекции веществ. Контрольной группе вводили внутрибрюшинно физиологический раствор; трём экспериментальным – 4-метилбензодиазепинон-2 в одной из сверхмалых концентраций (1, 0.01 и 0.1 пикомоль/л). Четырём другим экспериментальным группам в течение трёх дней предварительно вводили внутрибрюшинно галоперидол в дозе 2,5 мг/кг («Дарница», Украина) для угнетения активности D2-рецепторов дофаминергической системы; затем трём из этих четырёх групп за 30 мин. до тестирования поведения делали внутрибрюшинно инъекции 4-метилбензодиазепинона-2 в указанных выше сверхмалых концентрациях. В тесте Порсолта регистрировали время активного и пассивного плавания крыс и рассчитывали индекс депрессивности (ИД) – отношение времени пассивного плавания животных к времени активного. Статистическую обработку результатов проводили с помощью U-критерия Манна-Уитни.

Результаты исследования: В тесте Порсолта ИД в контроле составил 1.25±0.40 усл. ед., после введения галоперидола – 3.09±0.62 усл. ед., а после инъекций 4-

метилбензодиазепинона-2 в сверхмалых концентрациях этот показатель составил – 0.97±0.11 (1 пикомоль/л), 0.68±0.13 (0.1 пикомоль/л) и 1.60±0.34 усл. ед. (0.01 пикомоль/л) соответственно. Следовательно, 4-метилбензодиазепинон-2 проявлял антидепрессантные свойства в концентрации 0.1 пикомоль/л (ИД в данной концентрации составлял менее 1.0 и достоверно отличался от контроля при $p \leq 0.05$) при функционировании дофаминергической системы в норме.

После инъекций 4-метилбензодиазепинона-2 на фоне блокады D2-рецепторов галоперидолом ИД достоверно изменялся ($p \leq 0.01$) и составил 3.93±0.43 (1 пикомоль/л), 4.19±0.21 (0.1 пикомоль/л) и 7.22±0.85 усл. ед. (0.01 пикомоль/л) соответственно, т. е. при блокировании D2-рецепторов дофаминергической системы во всех исследуемых концентрациях данное соединение приобретало продепрессантные свойства. Это позволяет считать, что данная система участвует в реализации антидепрессантного эффекта 4-метилбензодиазепинона-2 в концентрации 0.1 пикомоль/л.

Выводы: Угнетение функциональной активности дофаминергической системы мозга галоперидолом в дозе 2,5 мг/кг изменяет антидепрессантный эффект 4-метилбензодиазепинона-2 в концентрации 0.1 пикомоль/л на продепрессантный. Следовательно, дофаминергическая система в норме принимает участие в механизме реализации антидепрессантного действия 4-метилбензодиазепинона-2. Необходимы дальнейшие исследования роли этой системы в психоактивных свойствах этого вещества.

Работа выполнена при финансовой поддержке государственного задания № 2015/701 на выполнение государственных работ в сфере научной деятельности в рамках проекта «Обоснование применения оздоровительно-превентивных технологий на основе действия низкоинтенсивных факторов различной природы» базовой части государственного задания Минобрнауки России.

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ОЧАГОВОГО ПАНКРЕАТИТА

Магомедова К.Т., студентка 1 курса по специальности «Сестринское дело»,
Магомаев М.М., студент 5 курса по специальности «Лечебное дело»,
Магомаев М.Ш., доцент,
Сулейманова Х.М., аспирант,
Тагирова М.М., аспирант,
Магомедов М.А., аспирант

Медицинский колледж при ДГМА
Кафедра общей хирургии и лучевой диагностики ДГМА
Научный руководитель: к.м.н.. доц. Магомаев М.Ш.

В современной абдоминальной хирургии лечение острого деструктивного

панкреатита остается одной из актуальных проблем На сегодняшний день существуют разные взгляды на тактику ведения больных с деструктивным панкреатитом : от консервативных до радикальных хирургических методов В последние годы значительное внимание уделяется малоинвазивным методам лечения данной патологии с использованием лапароскопии лазеротерапии и т.д. Анализ имеющейся литературы показывает наличие единичных работ рассматривающих возможности применения низкоинтенсивного лазерного излучения НЛИ в комплексном лечении острого деструктивного панкреатита(Гейниц АВ. И соав.2008 ;Затевахин И.И. и соавт. 2007 ; OshiroT., 1987; Магомаев М.Ш. 1985.

Нашей целью было изучить в эксперименте лечение острого очагового панкреатита на основе фотодинамическогоэффекта возникающего при сочетанном применении гелий – неонового лазера и фотосенсибилизатора – красителя метиленового синего. Обладающего способностью избирательно накапливаться в участках панкреонекрозаС этой целью деструктивный острый панкреатит моделировали на 15 беспородных собаках самцах.

Острый деструктивный очаговый панкреатит моделировали по разработанной нами модели основанной на гипертензивно-протоковом эффекте с селективным перевязыванием ацинарных протоков в месте впадения их в главный панкреатический проток по обе стороны от него .

Таким способом по обе стороны от главного панкреатического протока создавалось по 3-4 очага панкреонекроза.Все животные разделены на три группы. В первой контрольной группе лечение не проводилось во второй группе очаги панкреонекроза облучались с помощью гелий-неонового лазера мощностью 5 мВт и экспозицией 10 минут на каждый очаг панкреонекроза

Облучались три очага на одной стороне от главного панкреатического протока очаги на другой стороне не облучались что позволяло сравнивать макроскопические изменения в облученных и интактных тканях. В третьей группе животных через 30 минут после воспроизводства экспериментального панкреатита внутривенно вводили раствор метиленового синего из расчета 10 мл на 10 кг массы животного.И аналогичные очаги панкреонекроза как и во второй группе облучали НИЛИ той же мощности и экспозиции . У животных оценивалось клиническое течение изучались показатели общего и биохимического анализов крови в том числе и активность панкреатических ферментов : амилазы липазы и трипсина. Морфологические исследования проводились при гибели животных в контрольной группе и при выведении из эксперимента в опытной группе .Результаты экспериментов показали что у всех экспериментальных животных развился острый деструктивный панкреатит с бурной клинической картиной с высокими

цифрами активности панкреатических ферментов с соответствующими макроскопической и морфологической картиной. В контрольной группе умерли все животные макроскопическая картина поджелудочной железы у этих собак полностью соответствовала геморрагическому панкреонекрозу в брюшной полости находили до 300 -400_ мл- литра геморрагической жидкости.Поджелудочная железа имела желтоватый цвет отечная местами пропитана геморрагическими включениями четко определяются очаги некроза темно – бурого местами грязно-серого цвета снеровными контурами.Соответственные изменения определялись в лабораторных исследованиях и микроскопической картине исследуемых препаратов . При микроскопическом исследовании в очагах где инициировался панкреонекроз определяются участки деструкции ткани П Ж . Альвеолярно-трубчатое строение ацинусовсильно разрушено большинство секреторных клеток не имеет границ цитоплазма имеет гомогенную структуру . Эти явления уменьшаются по периферии очагов панкреонекроза. Во второй группе животных где очаги панкреонекроза подвергались облучению ГНЛ умерли две собаки на 6-7 день летальность составила 40 % количество выпота в брюшной полости было значительно меньше чем в контрольной группе и составляло 150-200 мл.Выжившие животные выводились из эксперимента на 10 день . Количество выпота в брюшной полости этих животных статистически не отличалось от умерших собак в этой же группе.

Клиническая картина заболевания протекала значительно легче чем контрольной группе. При микроскопическом исследовании очагов некроза выявлены значительные деструктивно –дегенеративные изменения паренхимы ПЖ: ацинусы сморщены местами ближе к периферии очага прослеживаться участки с сохранившейся структурой паренхимы ПЖ.

В третьей группе выжили все животные клиническая картина у них протекала значительно легче активность панкреатических ферментов ниже чем в контрольной группе на 70% и на 43% чем во второй где очаги некроза подвергались только облучению ГНЛ. Микроскопическая картина также отличалась в лучшую сторону на фоне деструктивных очагов сохранились участки с сохранившейся ацинарной структурой ю При удалении к периферии от центра с наиболее выраженными деструктивными изменениями также наблюдались значительные различия в группе где имело место только облучение очагов некроза излучением гелий-неоновым лазером и где предварительно производилось витальное окрашивание этих участков внутривенным введением красителя метиленового синего. При гистологическом исследовании выявилось что значительная часть пораженных участков сохранила или восстановила свою структуру в группе где предварительно производилось окрашивание по сравнении с группой где только облучение ГНЛ.

Следовательно можно сделать что облучение участков панкреонекроза ГНЛ в красном спектре мощностью 5 мВт и экспозицией 10 минут оказывает стабилизирующее действие на очаги панкреонекроза эффект этот значительно усиливается при окрашивании этих структур по разработанной нами методике путем внутривенного введения красителя сини Эванса. Таким образом облучение ГНЛ окрашенных участков панкреонекроза обеспечивает локализацию очага некроза снижается распространение деструкции паренхимы ПЖ.

МОДЕЛИРОВАНИЕ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Алимагомедова П.Г., студентка 2 курса по специальности Сестринское дело,
Магомаев М.М., студент 5 курса по специальности «Лечебное дело»,
Магомаев М.Ш., доцент,
Сулейманова Х.М., аспирант,
Тагирова М.М., аспирант,
Магомедов М.А., аспирант

Медицинский колледж при ДГМА
Кафедра общей хирургии и лучевой диагностики ДГМА
Научный руководитель: к.м.н.. доц. Магомаев М.Ш.

Острый деструктивный панкреатит ОДП его лечение и диагностика являются одной из наиболее сложных проблем абдоминальной хирургии. Актуальность проблемы обусловлена значительным ростом заболеваемости , высокой летальностью от 30% до70% по данным различных авторов (Нестеренко Ю.А. и соавт., 1997; Савельев В.С. и соавт., 2000). Высокая летальность, большая частота послеоперационных осложнений обуславливают поиск более эффективных методов хирургического лечения ОДП, а это в свою очередь определяет разработку острого экспериментального панкреатита ОЭП максимально приближенного к патогенетическим механизмам возникающим у человека при панкреатите .Большинство существующих моделей ОЭП вызывают тотальное поражение поджелудочной железы , в то время как в клинике преимущественно встречаются очаговые формы панкреонекроза с преимущественным поражением какой либо части железы. Задачей изобретения является создание модели очагового панкреонекроза с регулируемой площадью поражения и высокой степенью воспроизводимости.

При моделировании ОДП мы используем внутрипротоковое введение желчи как трансдуоденально так и непосредственно в главный панкреатический проток ГПП .Такая вариабельность вариантов введения желчи в протоковую систему ПЖ связана с тем, что проксимальная часть ГПП проходит в стенке двенадцатиперстной кишки ДПК и

одинаково легко катетеризируется как через просвет так и вне его. После чего в протоковую систему вводится желчь из расчета 0,3 мл на кг массы и под контролем проводника введенного через катетер перевязываются в нужном количестве ацинарные протоки в месте впадения их в главный панкреатический проток ПЖ. Обычно перевязываются по 3-4 ацинарных протока. с обеих сторон главного панкреатического протока. В итоге создаются 7-8 участков панкреонекроза и развивается острый очаговый деструктивный панкреатит. Все экспериментальные животные погибли в течении первых трех дней .У всех животных развивалась бурная клиническая картина : с первого дня животные не вставали нервная система заторможена безучастный вид слабая реакция на различные раздражители отказывались от еды наблюдалась многократная рвота исследование панкреатических ферментов : амилазы трипсина и липазы показало значительный рост их активности превышающие нормальные значения в 7- 8 раз. На аутопсии в брюшной полости около 150-200 мл геморрагического выпота с нитями фибрина. На париетальной и висцеральной брюшине определялись признаки выраженного воспаления : разлитые участки гиперемии полнокровие сосудов поверхность матовая кишечник раздут перистальтика не визуализируется . Поджелудочная железа отечная желтовато красная из за многочисленных микрокровоизлияний .Наиболее выраженные изменения определялись в участках где нами были инициированы локальные повреждения поджелудочной путем перевязки ацинарных выводных протоков в месте впадения их в главный панкреатический проток после создания в них желчной гипертензии. Эти очаги имели багровый местами грязно серый цвет.

Микроскопически эти участки имеют выраженную картины деструктивного процесса секреторные отделы теряют границу клеточная структура разрушена многие клетки лишены ядер сохранившиеся ядра подвергаются кариопикнозу и кариолизису. Среди разрушенных секреторных отделов определяются свободно лежащие форменные элементы крови кровеносные капилляры не определяются в общем отмечается обширное расплавление всех тканевых структур поджелудочной железы. Кровеносные сосуды с выраженными застойными явлениями .Периваскулярный отек сопровождается миграцией лимфоцитов макрофагов и плазматических клеток . Одновременно встречаются и большие скопления лимфоцитов чаще всего в междольковой соединительной ткани при этом клетки лимфоидной ткани располагаются плотно. Близко расположенные кровеносные сосуды также характеризуются полнокровием и застоем. Результаты наших экспериментов убедительно показывают что предложенная нами модель острого панкреатита максимально приближена к клиническим вариантам очаговой деструкции поджелудочной железы воспроизводима и может широко применяться в

экспериментальных целях.

ФИЛОСОФИЯ

ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ У И. КАНТА

Биячуева Л.А., студентка 2 курса лечебного факультета,
Кафаров Т.Э., профессор,
Кафаров Р.Т., молодой ученый

Кафедра философии и истории ДГМА
Научный руководитель: д.ф.н., проф. Кафаров Т.Э.

Актуальность. Человек, как самоконтролирующаяся, саморазвивающаяся, в принципе незавершенная система, остается, прежде всего, объектом философского исследования. Медицина издавна занимается лечением его болезней, а человек как целостное существо оставался и остается во многих отношениях для нее загадкой. Научные знания имеют, как правило, вероятностный характер, поэтому, делая нравственный выбор, врач обретает необходимую уверенность и переходит от сомнений к действиям.

В связи с этим, вопрос этики и деонтологии является немаловажным в практической деятельности врача. Медицинская деонтология представляет собой совокупность этических норм, правил и принципов поведения медицинского работника при выполнении своих профессиональных обязанностей. Медицинская деонтология тесно связана с медицинской этикой. Медицинская этика – это учение о морали, которое составляет основу поведения медицинского работника по отношению к пациентам, коллегам, морально-нравственному долгу перед обществом. Своеобразным мостом между деонтологией и этикой выступает самостоятельная дисциплина – Биомедицинская этика, которая является направлением философии, осмысливающим морально-этические дилеммы, порождаемые развитием медико-биологических наук и применением новейших технологий в медицине. Именно биоэтическое знание, основанное на философских суждениях, является уникальной возможностью достичь диалога, договора и понимания во взаимоотношениях врача и пациента.

Цель. Мораль как особая форма общения людей (врач-больной) заключает в себе ценностное отношение к личности, значимость его интересов. Особый статус профессия врача имеет благодаря тому, что человек привносит в свою работу как личность. Ибо иначе было бы безразлично, например, кто делает уколы: именно этот врач или его коллега и т.д., если бы врач лишь реализовывал «премудрости своей профессии», - писал В.Франкл, врач выполняет истинно уникальную работу, в которой лишь один он может раскрыться как личность.

Очевидно, что общение врач-больной оказывается неполноценным и неэффективным, когда оно лишено эмоционально-нравственных моментов. На это указывал И.Кант, утверждая, что моральная практическая философия является также универсальной медициной. Врач, «вооруженный нравственно», способен проникать с помощью воображения, интуиции, оценки в самый сокровенный пласт духовного мира пациента, постигать те мотивы и цели, которыми пациент руководствуется в своем поведении. В данной работе рассматривается влияние трудов основоположника Немецкой Классической Философии (НКФ) - Иммануила Канта на проблемы этики и деонтологии в профессиональной работе врача.

Материал и методы исследования. Вопросы медицины затрагиваются во многих работах философа, однако отдельного труда по данному вопросу издано не было. Можно назвать только последнюю кантовскую работу – «Спор факультетов», где Кант высказывается о значении и положении медицинского факультета среди факультетов университета. Философ определяет медицине особое место: по сравнению с юриспруденцией и теологией медицине «согласно природному инстинкту» особое место принадлежит потому, что именно *врач* «продлевает [человеку] жизнь», тогда как юрист лишь «обещает сохранить за ним то, что принадлежит ему случайно», а духовное лицо, само нуждается во враче для поддержания жизни. **Материал** исследования взят из лекций Юргена Штольценберга – профессора философии Университета им. Мартина Лютера Галле-Виттенберга, члена президиума Кантовского общества Германии, этики Канта, «Категорического императива», а также нескольких источников, повествующих о жизни И.Канта. **Методика.** Исследование проводилось на основе поиска материала из работ немецкого философа Иммануила Канта с целью нахождения информации, приемлемой и подходящей для использования медицинским работником во время выполнения своих профессиональных обязательств.

Результаты исследования. Кант в медицинской этике наших дней. Как известно, в центре этической концепции немецкого философа находится идея долженствования, которая и оправдывает сущность нравственности. Любое действие, стимулируемое не долгом, а иными мотивами (выгодой, целью, интересом), Кант рассматривал, как нечто, отстраненное от морали. Человек, согласно Канту, при выборе своего поведения должен руководствоваться не только своими желаниями, но и общечеловеческими правилами, являющимися для него **категорическим императивом**. Суть категорического императива И.Кант формулирует следующим образом: «Поступай так, чтобы максима твоего поведения на основе твоей воли могла стать общим естественным законом». При этом он выдвигает три максимы:

1. Поступай согласно всеобщим законам;

2. В своих поступках исходи из того, что человек является высшей ценностью, не используй его как средство;

3. Все поступки ориентируй на общее благо. (Этика Канта является первой теорией, последовательно выдержанной в деонтологическом ключе).

Этика Канта является первой теорией, последовательно выдержанной в деонтологическом ключе.

Я бы хотела далее сконцентрироваться на вопросе о *моральном статусе человеческих эмбрионов*, не преследуя цели выступить в защиту кантовской позиции в современной медицинской этике. Для этого ситуация и дебаты вокруг нее слишком сложны. Поэтому речь идет о контуре кантовского аргумента по данному вопросу.

На вопрос, почему при обычных обстоятельствах нельзя убивать взрослых здоровых людей, *этики-утилитаристы* дают следующий ответ: нам нельзя убивать взрослых, потому что они обладают совершенно определенными *личными свойствами*. Сюда относятся способность чувствовать боль, сознание и самосознание, а также способность действовать свободно, и это значит – в соответствии с основаниями, за которые можно нести ответственность перед собой и всеми остальными в подобной ситуации, а также возможность иметь желания и устанавливать себе собственные цели на будущее. Кто аргументирует подобным образом, тот связывает запрет на убийство с определенными фактами личного сознания, которые естественным образом имеются у здорового *взрослого* человека. Выражаясь яснее, можно, выступая с этой позиции, сказать, что *человеческая личность* – а тем самым собственно существо, достойное защиты, – существует не со слиянием половых клеток, т. е. не с первого дня эмбрионального развития, а *начинает* существовать лишь в какой-то момент зародышевого развития, или даже, возможно, только с рождением или после него. Эта позиция исходит тем самым из того, что есть люди, которые не являются личностями.

Данная позиция приводит к определенным медико-этическим проблемам. Факты сознания и самосознания, автономного действования или обладания желаниями не только непостоянны, но таковы, что их можно приобрести, а можно и снова потерять. Так, человек в коматозном состоянии, конечно, не находится в сознании, он не осознает самого себя, он не может автономно действовать и у него нет желаний на будущее. То же относится к людям в состоянии тяжелой деменции, прежде всего пожилым, и, разумеется, к человеческому эмбриону. Если последовательно и непротиворечиво применять критерии обозначенной выше утилитаристской позиции, согласно которой понятия «быть человеком» и «быть личностью» имеют разный объем и только «быть личностью» связано с широко применяемым запретом на убийство, то можно было бы распоряжаться жизнью

не только раннего эмбриона, но и человека в коматозном состоянии и в состоянии тяжелой деменции или неизлечимых душевнобольных.

Из-за разведения этих двух понятий – «быть человеком» и «быть личностью» – возникает ситуация, которая противоречит некоторым нашим интуициям, по крайней мере, той интуиции, согласно которой нельзя ограничить право на защиту жизни (Schutzwürdigkeit) человека в коматозном или дементном состоянии просто потому, что он в коме или в деменции. Именно здесь можно обратиться к кантовскому концепту автономии и человеческого достоинства. Основополагающий результат исследований Канта состоит в том, что нельзя разводить статус «быть самосознающей, автономной личностью» и статус «будучи человеком обладать достоинством». Каждый человек *есть* личность, обладающая достоинством, причем *с самого начала*.

Аргументация философа основывается на положении, согласно которому человеческое достоинство не может быть *эмпирически наблюдаемым* признаком *отдельного* индивида. Достоинство — это признак, который относится ко всему человеческому *роду* и связан с неограниченным нормативным требованием. Этот родовой признак — не что иное, как человеческая свобода, т. е. способность человека к самоопределению, или, как это иначе выразил Кант, способность «быть самому себе господином». Под свободой здесь следует понимать совершенно определенный *задаток* человека, а именно – способность действовать морально. Это способность устанавливать свои долгосрочные цели не в зависимости исключительно от своих естественных потребностей и склонностей, но подчиняя их разумным, т. е. универсальным, значимым также для всех других людей стандартам. Но эта *способность* к моральности, поскольку она есть признак рода, не может быть чем-то, что возникает в ходе развития человека как человека лишь на какой-то ступени его развития и добавляется к другим его *эмпирическим* свойствам; напротив, она должна быть признана за человеком как таковым, поскольку она представляет собой такое свойство, которое сущностно относится к *понятию человека*.

Если обратиться здесь к современным медико-этическим дебатам, то кантовскую позицию можно систематически-релевантно связать с важнейшими аргументами дебатов следующим образом. Первый аргумент – так называемый *аргумент вида*. Его защитники считают, что человеческие существа имеют право на защиту вследствие их принадлежности к виду «человек». Благодаря Канту можно избежать часто дискутируемого натуралистического ошибочного умозаключения, в соответствии с которым норма, а именно право на защиту, выводится из чисто биологического свойства – принадлежности к виду «человек». Дело в том, что для Канта понятие человека определено не только биологически, но через морально-релевантное свойство быть

способным действовать автономно и поэтому иметь достоинства. Ведь имеется в виду, как уже говорилось, что человек – это *личность*.

Выводы. Как считал Иммануил Кант: «Люди хотят исполнения двух своих желаний: долго жить и при этом оставаться здоровыми». Он считал, что философия не может устраниться от решения этих жизненных вопросов. Моральная практическая философия, по его словам, является также универсальной медициной, которая правда не излечивает всех от всего, но ее присутствие необходимо в каждом лечении. Последователями Канта в данном вопросе являются представители «романтической медицины», считавшие, что сама природа – наиболее мудрая целительница, которая нуждается в человеке-враче, в лучшем случае, как в помощнике. «Истинное исцеление всегда совершается внутри, а не извне». Сама природа – тот самый «внутренний врач», который с рождения присутствует в каждом человеке и снабжает организм компенсаторными возможностями, способствующими самостоятельному исходу лечения.

Такрм люразом, нравственные качества медицинского работника с истоков развития самой медицины рассматриваются, как важный компонент его профессиональной пригодности. Врач должен быть адаптирован к повышенному давлению социальной и моральной ответственности на него. Важно не сломаться под давлением и одновременно не утратить тонкости восприятия тех человеческих проблем, с которыми связано врачевание. Биоэтика – попытка ответа на вызовы, связанные с революционными прорывами в науке и технике. Она должна будоражить совесть специалиста, который одновременно выступает и творцом, и гарантом порядка в мире и жизни человека. Поэтому разум и нравственность должны рассматриваться как целостный социально-культурный феномен. Этические соображения должны быть императивом для современного врача, за что и ратовал основоположник немецкой классической философии.

Литература

1. ∗ Schleiermacherstr. 1, 06114 Halle, Германия. Поступила в редакцию 02.06.2014 г. doi: 10.5922/0207-6918-2014-4-5 © Штольценберг Ю., 2014

2. Кафаров Т.Э., Халиков А.С., Рамазанов М.Р., Рагимов А.А. Об этико-аксиологических основаниях медицины». – Научно-образовательный журнал «Известия высших учебных заведений. Северокавказский регион» № 3. Ростов-на-Дону, 2015.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЗАИНТЕРЕСОВАННОСТИ СТУДЕНТОВ ДГМА В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ

Ражбадинова Н.Ш., студентка 2 курса лечебного факультета

Кафедра философии и истории ДГМА
Научный руководитель: к.ф.н, доц. Халиков А.С.

«Ученик - это не сосуд, который нужно наполнить, а факел, который нужно зажечь»
Плутарх

Актуальность данной темы объясняется отсутствием или ослаблением интереса и мотивации к обучению у студентов, что влечет за собой образование недостаточно квалифицированных специалистов врачебного дела. Работа в сфере медицины -это всегда большая ответственность, именно поэтому важно, чтобы преподаватель, проводя практические занятия со студентами или, читая лекции, активизировал деятельность самих студентов. Мастерство преподавателя высшей школы заключается в том, чтобы удовлетворить пытливый ум студента, заставить действовать его, приобретая знания, но заставлять не насилием, а интересом, возбуждением любознательности.

Целью нашего исследования было выявить недостаточность вовлеченности студентов в учебный процесс в пределах ДГМА и установить причины такого явления.

Материалы и методы, применяемые в данном исследовании: теоретический материал, социологический опрос, метод анализа.

В популярных интернет сообществах нашего ВУЗа был создан онлайн-опрос студентов для качественной оценки того, что же для них является стимулом к учебе в Дагестанской медицинской академии. Преимущество анонимного опроса в том, что он гарантирует подлинность результатов за счет приватности, которая позволяет студенту ответить честно, не испытывая затруднений, при этом результаты опроса подтверждаются настоящим. Можно увидеть минус в ограниченности вариантов опросника, которые не во всех случаях могут точно выражать отношение опрашиваемого к рассматриваемой теме, но мы постарались сделать варианты опроса наиболее соответствующими мнению студентов после беседы с некоторым количеством из них.

Результаты исследования. В ходе исследования была проведена беседа со студентами в неформальной обстановке по результатам которой большая часть обучающихся высказала сомнения в том, что получение образования в стенах ДГМА позволит им стать первоклассными врачами в связи с неполнотой материальной базы для получения практических навыков, треть студентов высказалась в пользу того, что они благополучно закончат Дагестанскую медицинскую академию и достигнут успехов в выбранной области деятельности и

четверть студентов выразила своё разочарование выбором медицинской академии в качестве ВУЗа, в котором они получают высшее образование.

По результатам социологического опроса с участием 278 человек мы выяснили, что более половины опрошенных − 52%, считают, что работа доктором - это их призвание, 24% хотят стать врачами, но сомневаются в том, что в стенах нашего ВУЗа они приобретут достаточные знания и практические умения, которые помогут в профессиональной деятельности, 8% утверждают что поступление в данный ВУЗ было ошибкой, 7% сообщили о том что они вынуждены закончить обучение и работать по специальности, 6% поступили в ВУЗ не по желанию родителей. Набравший наименьшее количество голосов вариант свидетельствует, что лишь 3% желают получить диплом о высшем образовании и освободиться от учебы.

Выводы. Для того чтобы студент по-настоящему включился в работу необходимо, чтобы задачи, которые ставятся перед ним в ходе учебной деятельности, были не только понятны, но и внутренне приняты им, т. е. чтобы они приобрели значимость для учащегося. Студент захочет и будет учиться сам только тогда, когда это занятие будет ему интересно и привлекательно. Ему нужны мотивы для познавательной деятельности. И основной задачей профессионального учебного учреждения является стимулирование интересов к обучению таким образом, чтобы для студентов стало важно не просто получение диплома, а диплома, который подкреплён прочными и стабильными знаниями, опирающимися на практику. Также имеет значение обеспечение формирования личности профессионала, содействия его самоидентификации с профессией.

ПРОБЛЕМА АБОРТА В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ

Кудахова М., студентка 2 курса лечебного факультета

Кафедра гуманитарных дисциплин ДГМА
Научный руководитель: к.ф.н., доц. Абдулаева З.Э.

Аборт прерывание беременности до того, как плод становится способным к существованию вне матки(т.е до 28 недель).

В принципе, аборт относится к числу старейших проблем медицинской этики, а так же философии, юриспруденции и теологии. Это видно даже из того, что Гиппократ не одобрял аборта, тогда как Аристотель считал аборт допустимым.

Аборт по просьбе делается ,как правило, в пределах до 12 недель и в разъяснении своей сути не нуждается.

В чем заключается отрицательное воздействие аборта на организм матери? В первую очередь в возможности наступления последующего бесплодия. Почему же оно

возникает? Как правило, из-за следующего за абортом эндометриоза или воспаления-метрита. А почему же возникают эти заболевания? По той причине, что большинство женщин не получают соответствующей предоперационной подготовки и послеоперационного лечения.

В России аборты разрешены на сроке до 12 недель беременности. Если медик проводит операцию искусственного прерывания беременности после 12 недель, то ему грозит тюремный срок до 5 лет и лишение права заниматься медицинской деятельностью.

Производство аборта допускается только в стационарных лечебных учреждениях, специально предназначенных для проведения подобных операций. По медицинским или социальным показаниям возможно проведение аборта до 22 недель беременности. Несовершеннолетним до 15 лет аборт делается только с согласия родителей или лиц, их заменяющих.

Но, к сожалению, даже угроза тюремного заключения подчас не пугает... У нас немало частных медицинских учреждений, в которых берутся делать аборты на поздних сроках. Срабатывает принцип: вы платите деньги, вам делают аборты. И цена его в таких случаях зависит от срока беременности.

В поисковой системе Интернета я набрала словосочетание «сделать аборт». И... Система нашла в нем 4 миллиона страниц с этим набором слов. «Сделаем аборт без последствий», «Сделать аборт в домашних условиях», «50-процентные скидки на аборты» и прочее.

Относиться к зародышу как к «уже человеку» или как к «еще не человеку»- вопрос, на который нет однозначного ответа на уровне общественного сознания. Несомненно ,человеческий зародыш не является в полном смысле автономным биологическим существом до определенного срока его развития необходима среда материнского организма. Моральный статус человеческого существа не определяется набором физиологических свойств ,это только один из многих аспектов ,в соответствии с которыми устанавливается его правовое и социальное положение. Главной отличительной особенностью морального статуса является то,что он отражает отношение к факту человеческой жизни вообще, из которого следует оценка допустимости всех действий, влияющих на процессы жизнедеятельности людей.

Самоценность жизни ребенка как человека проявляется у женщины в желании не только сохранить беременность и сделать все возможное для его блага, но и готовность жертвовать при необходимости своим благополучием ,здоровьем и даже жизнью. При такой ценностной ориентации женщина заботится о будущем ребенка, выполняет все рекомендации и назначения врачей, готова преодолевать любые трудности. Иеромонах Димитрий, эксперт Синодального отдела по делам молодежи, выразил истинную

многоплановость социальных взаимосвязей, возникающих в ситуациях искусственного прерывания беременности, признав, что аборт -это не только женский грех. «Мы все в крови -отец, который оказался не рядом; семья, которая толкнула в спину; врач, который не рассказал, телевидение, которое молчит об этом... Если общество видит более высокую цель ,чем количество холодильников на душу населения, и готово пожертвовать холодильниками ради своих детей, тогда у него есть будущее»

Многие эксперты говорят, что убийство новорожденных не отличается от аборта. В статье, опубликованной в журнале «Медицинская этика»,сказано, что новорожденные фактически не являются личностью и не имеют морального права на жизнь. Авторы также доказывают ,что родители должны иметь возможность умертвить своих детей, если после рождения обнаружилось, что они родились инвалидами.

Статья, озаглавленная «Постнатальный аборт. Следует ли ребенку жить?»,была написана Альберто Джиубилини и Франческой Минерва - двумя бывшими ассистентами профессора Савулевски. Они доказывают, что «моральный статус младенца эквивалентен моральному статусу эмбриона в том смысле, что у того и другого недостает тех качеств, которые оправдывают присвоение им права на жизнь». Они предпочитают термину «детоубийство» термин «постнатальный аборт»,чтобы подчеркнуть ,что моральный статус убитого младенца сравним со статусом эмбриона.

В современном обществе все большее влияние на общественное и индивидуальное сознание людей ,их образ жизни и мировоззренческие взгляды оказывает религия. Христианская религия утверждает, что жизнь есть дар Божий и как таковая она является необходимой предпосылкой существования других физических, духовных и моральных ценностей. Люди ответственны за сохранение и продление жизни, поскольку источником жизни является Бог, людям не дозволено прерывать ее, вмешиваться в ее ход. За полный запрет абортов выступает буддизм. В Исламе вопросы регулирования деторождаемости являются одними из самых актуальных. Мусульманские правоведы единодушно соглашаются в том, что аборт запрещен после того, как плод полностью сформировался и обрел душу, что происходит примерно через 6 недель после наступления беременности. Аборт, произведенный позже этого срока, считается преступлением против закона Ислама, ибо представляет собой таковое против сформировавшегося существа. Таким образом, все мировые религии считают аборт недопустимым явлением в жизни человека, хотя и разрешает его при исключительных условиях.

Нас интересовало, какое мнение имеют современные врачи и население по рассматриваемой нами проблеме в зависимости от отношения к православию. Было опрошено около 700 врачей и свыше 1000 человек, не имеющих отношения к медицине. Отвечающие были разделены на 3 группы: атеисты, считающие себя верующими,

воцерковленные. Врачам был задан вопрос: « С какого срока можно считать эмбрион человеческим существом?». По всему массиву 4,2% врачей высказали мнение, что только после рождения можно говорить о человеке, а некоторые добавили, если ребенок полноценный. Женщины чаще мужчин считают эмбрион человеческим существом с момента зачатия, также у них меньше ответов, указывающих на поздние сроки. А мнение населения было таково, что женщина сама должна решать рожать ей или нет. Из опроса врачей и населения видно ,что четкого понимания срокам возникновения жизни и статуса эмбриона у многих людей нет. Отсюда проистекает возможность совершения абортов на ранних сроках исключительно по желанию женщины, так как начальная граница прав эмбриона на жизнь нигде не зафиксирована, чаще всего его рассматривают как часть тела матери, которым она может распоряжаться как ей заблагорассудится.

Различные подходы к определению статуса эмбриона отражают многогранность человеческой жизни и налагают предельно высокую ответственность на каждого участника такого события, как рождение нового человека. Разнообразие мировоззренческих позиций в понимании статуса эмбриона с возрастающим приоритетом мнения о его статусе как человека, находящегося на ранней стадии своего развития ,является показателем гуманизации общества.

ЛИТЕРАТУРА

1.И.А.Шамов Биомедицинская этика 2006 г.

2.В.И.Покровский Биомедицинская этика 1997 г.

3.С.Харакас Православие и биоэтика 1994 г.

4.Пултавская В. Влияние прерывания беременности на психику женщины 2002 г.

ЯТРОГЕНИИ ИЛИ «ПЕРВЫМ ДОЛГОМ НЕ НАВРЕДИ»

Даудова П. М., студентка 2 курса лечебного факультета

Кафедра гуманитарных дисциплин ДГМА
Научный руководитель: к.ф.н., доц. Абдулаева З.Э.

Психосоматические заболевания – это болезни, в развитии которых ведущую роль играют психологические факторы, в том числе и психологический стресс. Примером таких заболеваний являются ятрогении.

Понятие «ятрогения» было введено немецким психиатром О. Бумке в 1925 г и первоначально под этим явлением понималось причинение вреда пациенту неосторожным, непродуманным, бестактным словом врача. ВОЗ в 1995 г приняла ятрогении в ранг основных заболеваний, определив их как любые нежелательные или

неблагоприятные последствия профилактических, диагностических и терапевтических вмешательств или процедур, которые приводят к нарушениям функций организма, инвалидности или смерти.

Возможность отрицательного воздействия врача на больного человека была подмечена и в далекие времена. Этим объясняется выдвижение принципа «Первым долгом не навреди». К сожалению, в наше время возможность причинения вреда пациенту увеличилась. Это связано с технической революцией в медицине, внедрением в ее практику высоких технологий, развитием трансплантологии, репродуктивных технологий. Врач получил невиданную ранее возможность сверхактивно вмешиваться в человеческую природу и, соответственно, возросли его возможности нанести вред больному.

Целый ряд действий врача может вести к возникновению болезненных состояний – от небольшой душевной, психической травмы до тяжелейших заболеваний, угрожающих жизни человека.

«Горячей» ятрогенной точкой является современная клиника. Как известно, в клинике в течение дня работает множество медицинских работников – врач, сестра, ассистент, доцент, студенты. И каждый из них может оставить какой-нибудь отрицательный след в душе больного неосторожным словом, выражением лица, действием.

Наиболее уязвимыми для формирования ятрогений являются гериатрические больные. Психогенные ятрогении проявляются в форме психозов, неврозов, неврастений, истерий, фобий, депрессий, чувства тревоги. Они вызываются неосторожными и неправильно понятыми высказываниями медицинского работника о состоянии здоровья пациента. Психогенная ятрогения также может проявляться отказом от лечения из-за недостаточных объяснений врача о необходимости приема препаратов, или частым посещением поликлиники, мнением больного о наличии у него тяжелого заболевания и требованиями усиленного лечения. Врачи, курирующие пожилых больных, не придают должного значения такому компоненту, как рациональная психотерапия – разъяснение больному в доступной форме сущности его заболевания, возможностей лечебного воздействия, пользы и риска назначаемой терапии, ссылаясь на когнитивные нарушения у гериатрических больных.

Основными ятрогенными событиями при госпитализации больных пожилого возраста являются внутрибольничные инфекции, послеоперационные осложнения, лекарственные реакции, нозокомиальные инфекции. Например, при анализе 1200 случаев нозокомиальных инфекций риск их возникновения у больных в возрасте 70-79 лет оказался в 10 раз выше, чем в группе 40-49 лет.

К сожалению, в целом ряде случаев ятрогении возникают по вине врача. Это имеет

место в случаях, когда они травмируют нервную систему больных не случайно, а в силу скверных душевных качеств. Подобные врачи встречались во все времена. Яркий пример приводит И.И. Панов в своих «Литературных воспоминаниях».

Известный петербургский врач Спасский, только что вернувшийся от раненного А.С. Пушкина, был вызван к больному. Осмотрев больного и сделав назначения доктор собрался уходить. В это время больной схватил руку доктора и умоляющим голосом спросил его: «Скажите, есть ли какая-нибудь надежда, доктор? Могу ли я выздороветь?» - «Никакой - ответил Спасский.- Да и что же тут такого?. Все мы умрем, батюшка. Вон и Пушкин умирает! Слышите? Пушкин! Так уж нам с вами можно умереть!».

Больной со стоном откинулся на подушку и умер в тот же день, что и Пушкин.

В свое время случай со Спасским получил широкую огласку и обсуждение. Некоторые известные лица пытались оправдать его поступок тем обстоятельством, что он был сильно взволнован видом умирающего Пушкина. Однако другие возражали, что состояние одного даже великого, человека не дает ни малейшего основания так жестоко поступать с другим. И они, несомненно, были правы.

Хотя доктор Спасский и считался одним из хороших врачей своего времени, в этом случае он пренебрег элементарными принципами гуманизма, показывая тем самым черствость своей души и бессердечие.

Подобные случаи всегда заставляют вспоминать мудрую поговорку: «Одни знания не делают человека врачом». Для этого нужны еще такие моральные качества как прирожденный такт, доброта, мудрость, отзывчивость, умение сострадать.

Подводя итоги, хотелось бы отметить, что не у всех больных случайно оброненное слово, неверный жест или мимика вызывают ятрогении.

Были проведены специальные исследования, направленные на изучение действий слов врача на здоровых людей.

Добровольцам, здоровым людям, врачи снимали ЭКГ и говорили, что у них найдены изменения, хотя на самом деле таковых не было. Последующие наблюдения установили, что у части из них развивались невротические боли в области сердца. Анализ карт амбулаторного обращения этих людей выявил, что признаки ятрогенной патологии возникли в основном у тех лиц, у кого и до эксперимента отмечались те или иные невротические жалобы.

Таким образом, неосторожные слова или жесты врача дают болезненные всходы чаще в том случае, если они попадают на уже подготовленную почву. Организм больного как бы и сам причастен к такой болезни. Последние развиваются у больных с тревожно-мнительным характером, эмоциональной неустойчивостью, готовности к неврозу навязчивых состояний.

Часто ли в практике врача допускаются неправильные действия, отражающиеся на состоянии здоровья пациента? Часто. Американский терапевт Ричард Ригельман в своей книге «Как избежать врачебных ошибок?» по этому поводу написал следующее: «Если вы никогда не совершали ошибок, повлекших за собой осложнения и смерть больного, значит, вы занимаетесь медициной недавно». Получается, что ошибки сопровождают работу врача всю его жизнь, и начало им было положено с момента зарождения врачевания и не зависело от опыта и известности допустившего их врача.

Профилактика ятрогений заключается в повышении квалификации врачей. Чем грамотнее специалист, тем меньше у него будет ятрогений от ненадлежащего лечения; создании медико-социальных отделений в поликлиниках для пожилых больных и в знаниях врачей об основных принципах гериатрии.

Выводы

1. Врачебные специальность и деятельность таят в себе возможность нанесения случайно или намеренно вреда здоровью больного.
2. Заболевание или патологические состояния, возникающие у больного в следствие дефективной врачебной деятельности, носят название ятрогений.
3. Ятрогении могут возникать при абсолютно правильных действиях врачей, при их ошибках и по злому умыслу.
4. За ятрогенные действия врач несет моральную, административную или правовую ответственность.
5. Предотвращение ятрогений способствует повышению профессионального мастерства и искусства врачевания.
6. Для предотвращения риска возникновения ятрогений у гериатрических больных врачам следует придерживаться рациональной психотерапии.

Литература:

1. «Биомедицинская Этика». И. А. Шамов 2006 г

2. «Ятрогении в гериатрической практике» Е. В. Кирсанкина, В. Ю. Суровцева, Ю. Ю. Кардакова – Режим доступа: http://cyberleninka.ru/article/n/yatrogenii-v-geriatricheskoy-praktike

3. Н. И. Григович « Может ли врач работать без ошибок? – Режим доступа: http://gazeta-licey.ru/science/natural-and-mathematical-sciences/1164-vrachebnaya-oshibka

СОВЕТСКАЯ ВОЕННАЯ МЕДИЦИНА В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Бабаева А.А., студентка 1 курса стоматологического факультета

Кафедра философии и истории ДГМА
Научный руководитель: к.и.н., асс. Пирова Р.Н.

Актуальность. Медицина России прошла яркий и самобытный путь, отмеченный многими годами войн. Будущие врачи должны помнить подвиги и образ военного медика должен остаться олицетворением высокого гуманизма, мужества и самоотверженности.

Цель: оценка организации и оказания скорой медицинской помощи населению в военные годы.

Материалы и методы исследования: общетеоретический (изучение учебной и научной литературы, нормативно - правовой документации); статистический (сбор, обработка информации); наблюдение; аналитический.

Результаты исследования. В 1941 г. в передовой статье газеты «Правда» стратегическая задача, стоящая перед медициной, формулировалась следующим образом: «Каждый возвращенный в строй воин – это наша победа. Это – победа советской медицинской науки... Это – победа воинской части, в ряды которой вернулся старый, уже закаленный в сражениях воин» [5].

В битве с врагом не на жизнь, а на смерть вместе с войсками шли по полям сражений военные медики. Под смертельным огнем выносили они раненых с поля боя, доставляли их в медицинские пункты, оказывали необходимую помощь, а затем эвакуировали в медсанбаты, госпитали и дальше в тыловые специализированные учреждения. Четко организованная военно-медицинская служба работала напряженно и бесперебойно. В период Великой Отечественной войны в армии и на флоте находилось более 200 тысяч врачей и свыше 500 тысяч фельдшеров, медицинских сестер, санинструкторов и санитаров, многие из которых погибли в огне боев[1]. В целом в период войны смертность медработников была на втором месте после стрелковых. Боевые потери медицинского корпуса составили 210602 человека, из них безвозвратных – 84793 человека. Наибольшие потери были на поле боя или вблизи него – 88,2% общего числа потерь, в том числе санитаров-носильщиков – 60%. Родина высоко оценила самоотверженный труд работников военного и гражданского здравоохранения. Более 30000 тружеников гражданского здравоохранения в годы Великой Отечественной войны награждены орденами и медалями. Более 116 тысяч военных медиков были награждены орденами, 50 из них стали Героями Советского Союза, а 19 – полными кавалерами ордена Славы.

Усилиями и заботой военных медиков спасена жизнь 10 миллионов защитников Родины. Возвращены в строй 72,3% пострадавших в боях и 90,6% больных воинов. Армия и население были надежно ограждены от возникновения эпидемий – этих постоянных спутников войны. [2]

Большинство медиков – это женщины, матери, сестры, дочери. На их плечи легла

основная тяжесть военных будней, на их долю выпало испытаний не меньше, чем солдатам на передовой. Старым людям и детям, раненым и инвалидам, ослабевшим и больным — всем была необходима помощь медицинской сестры и санитарной дружинницы. И это чувствовал каждый боец и командир в бою, зная, что рядом сестра — бесстрашный человек, который не оставит в беде, окажет первую помощь в любых условиях, оттащит в укрытие, вынесет в тяжелую минуту на себе, спрячет от бомбежки в пути. Прошло много лет после грозных событий Отечественной войны, но память сохранила имена и подвиги этих замечательных женщин, которые, не щадя здоровья и самой жизни, работали «на передовой», ежедневно спасая в любых и самых тяжелых условиях боев жизнь раненых бойцов и командиров, помогая им вернуться в строй, а после победы — к семье и любимой работе.

Многие медики были еще совсем юными, в ряде случаев специально приписывали себе год или два, чтобы быть постарше. [3]

Нельзя забыть врачей, медсестер, санитарок, всех тех, кто работал в тылу и помогал вернуться к жизни людям, которые были близки к смерти, они смотрели в лицо смерти. Солдаты, которые лечились в госпиталях, с благодарностью обращались через газеты, не называя фамилий врачей, а только имена и отчества. Наши врачи не оставались после лечения бойца равнодушными. Они разыскивали через письма своих бывших больных на фронте, в колхозах и городах, они хотели знать, не раскрылись ли раны. Не тревожат ли послеоперационные рубцы, не беспокоит ли больное сердце. Но это ведь то, чего часто не удавалось добиться и в мирные годы от многих лечебных учреждений.

Среди санинструкторов было 40% женщин. Среди 44 медиков – Героев Советского Союза –17 женщин. Для спасения защитников Родины девушки не жалели ни сил, ни своей жизни.

Одной из самых важных специальностей медицины всегда была хирургия. Врачи-хирурги издавна пользуются особым доверием и расположением. Имена искусных хирургов передаются из поколения в поколение. Так было. Так есть и сегодня. В период войны спасать людям жизнь стало для них ежедневной работой.

В обслуживании раненых и больных во время войны участвовала не только медицинская служба вооруженных сил, но и органы здравоохранения на местах, а с ними вместе десятки тысяч людей, далеких от медицины. Матери, жены, младшие братья и сестры воинов, работая в промышленности, сельском хозяйстве, находили время и силы для заботливого ухода за ранеными и больными в госпиталях. Испытывая большие лишения в питании, одежде, они отдавали все, и в том числе свою кровь, чтобы быстрее восстановить здоровье воинов.

Вся система оказания медицинской помощи в бою и последующего лечения раненых

до выздоровления была построена во время Отечественной войны на принципах этапного лечения с эвакуацией по назначению. Это значит – рассредоточить весь лечебный процесс в отношении раненого между специальными подразделениями и учреждениями, представляющими собой отдельные этапы на его пути с места ранения в тыл, и проводить эвакуацию по назначению туда, где каждому раненому будет обеспечено квалифицированное и специализированное лечение, диктуемое требованиями современной хирургии и медицины в целом.

Работа передовых медицинских этапов имеет исключительное значение для спасения жизни и восстановления здоровья раненых. В успехе этой работы решающее значение имеет время. Для быстрой остановки кровотечения на поле боя важны порой минуты. [4]

Основным требованием к медицинской службе у нас было обеспечение прибытия всех раненых на ПМП (полковый медицинский пункт) в пределах до 6 часов после ранения и в медсанбат – до 12 часов. Если раненые задерживались в районе БМП (батальонный медицинский пункт) и прибывали после названных сроков, то мы рассматривали это как недостаток организации медицинской помощи на поле боя. Оптимальным сроком для оказания первичной хирургической помощи раненым в медсанбате считался срок в пределах 6-8 часов после ранения. Если не было особых условий в характере боя, которые могли бы задержать поступление всех раненых с передовой зоны на ПМП, то задержка в поступлении тяжелораненых могла быть объяснена только чрезвычайными обстоятельствами, требовавшими вмешательства батальонного фельдшера, старшего врача полка. При поступлении раненых в состоянии шока применялись сердечные и болеутоляющие средства. Раненых согревали химическими грелками и теплыми одеялами. При проникающих ранениях груди накладывалась большая герметическая давящая повязка с прокладкой из прорезиненной оболочки индивидуального пакета. Обращалось особое внимание на введение противостолбнячной и противогангренозной сывороток при артиллерийско-минных ранениях нижней половины тела, а также при всех рвано-ушибленных ранах и большом загрязнении тела. На ПМП же проводились мероприятия по борьбе с шоком и последствиями больших кровопотерь, требовавших неотложной помощи в виде дооперационного переливания крови и кровезаменителей, что имело особое значение в тяжелых условиях эвакуации раненых. [4]

В армии кровь доставлялась санитарными самолетами с использованием их обратным рейсом для эвакуации раненых. Во всех армиях также были организованы «группы крови» в составе врача и одной-двух сестер: кровь направлялась на места в

медсанбаты и госпитали их транспортными средствами (санитарными и грузовыми машинами, на повозках, санях, а при полном бездорожье – пешком). Одновременно с использованием крови на фронте стали широко применяться кровезаменители (плазма, трансфузин, жидкость Сельцовского, Петрова и др.).

Лучше всего было бы «спрятать» медицинские убежища под землю. В надежных укрытиях в скалах, в тоннелях, пробитых в известковых горах, под охранительной пятидесятиметровой толщей, которую не могли пробить никакие авиабомбы или снаряды, раненые чувствовали себя в безопасности. А хирурги осажденного города, переносящего беспрерывные обстрелы и бомбежки, здесь работалось намного спокойнее. Все госпитали и медсанбаты оказались переполненными. Хирурги сутками не выходили из операционных, каждый проводил за смену более 40 операций. [2]

Выводы. Самоотверженный, благородный труд медиков возвращал жизнь и здоровье раненым и больным, помогал вновь занять свое место в боевом строю, восполнял потери, помогал сохранять на должном уровне численность Советских Вооруженных Сил.

Главным в медицине и на войне, и в мирное время, всегда остается гуманное отношение к пациенту.

Список использованной литературы

1. Кованов В. В. Солдаты бессмертия. – М.: Политиздат, 2011
2. Кнопов М.Ш. Главные хирурги фронтов в годы Великой Отечественной войны. – М.: Хирургия, 2013
3. Хирургия времен Второй Мировой войны. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.otvoyna.ru/medik.htm
4. Исторический опыт медицины в годы Великой Отечественной войны 1941-1945 гг. [Электронный ресурс] – IV Всероссийская конференция (с международным участием). Доклады и тезисы. – М. – 2011. – Режим доступа: http://www.historymed.ru/static.html?nav_id=177
5. Гайдар Б.В. Роль медиков в Великой Отечественной войне. – СПБ.: Медицинский вестник, 2005 – №3, стр. 85.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЦЕНТРА СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕХНОЛОГИИ WET LAB КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ПОВЫШЕНИЯ УРОВНЯ ВЛАДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИМИ НАВЫКАМИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ 2 И 3 КУРСОВ

Рыбаков В.А., студент 4 курса лечебного факультета,
Гарифуллин Т.Ю., студент 5 курса лечебного факультета,
Федюшкина К.В., студентка 3 курса лечебного факультета,
Ужегов А.С., студент 3 курса лечебного факультета

Кафедра клинической и оперативной хирургии с топографической анатомией (Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова)
Научные руководители: к.м.н., ст. преп. каф. оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией Смирнов А.А., асс. каф. оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией Татаркин В.В.

Актуальность. В настоящее время стремительное развитие медицины требует высокой квалификации специалистов. Большой проблемой на сегодняшний день является низкий уровень профессиональной подготовки выпускников ВУЗов. Попытаться повысить качество подготовки медицинских специалистов можно с правильно организованным имитационным обучением, которое должно шире внедряться как один из этапов медицинского образования.

Цель исследования: Обосновать необходимость включения курса симуляционного обучения в образовательную программу для студентов медицинских университетов.

Материалы и методы. В течение 2015 года было организованно симуляционное обучение членов научного кружка с использованием лабораторных животных (Wet Lab) с последующей оценкой качества усвоения материала. Занятия проводились в специально оснащенной экспериментальной операционной на кафедре оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией по программе обучения практическим навыкам в рамках выполнения операций на брюшной полости. В исследовании принимали участие три группы: **1**. Студенты научного кружка, занимающиеся в системе Wet Lab **2.** Студенты, посещающие дополнительные консультации по практическим навыкам, проводимые членами научного кружка. **3**. Студенты, изучающие оперативную хирургию и топографическую анатомию в рамках стандартного курса (контрольная группа). В конце курса был проведен анализ экзаменационных оценок исследуемых и контрольной групп.

Результаты исследования. Результаты исследования показали, что в группе №1 средний бал за экзамен был равен 5,0. В группе, студенты которой посещали дополнительные консультации, проводимые студентами научного кружка, средний бал за экзамен 4,58. В контрольной группе средний бал за экзамен 3,79. По опросам, проведенным среди студентов исследуемых групп, данный вид обучения явился

эффективным методом получения знаний благодаря реалистичности выполняемых хирургических операций и современным способам преподавания. Большая часть участников изъявили желание повторно пройти курс обучения на базе данного симуляционного центра.

Выводы: Полученные результаты свидетельствуют о том, что студенты, занимающиеся с лабораторными животными в условиях экспериментальной операционной, демонстрируют более высокий уровень владения практическими навыками и теоретическими знаниями. Следовательно, введение обязательного курса симуляционного обучения значительно повысит успеваемость студентов и уровень подготовки будущих специалистов.

ОПТИМИЗАЦИЯ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА В УСЛОВИЯХ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НОВЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОБУЧЕНИИ ИНФОРМАТИКЕ

Самедова Зумрият Д., учительница многопрофильного лицея № 3 г. Махачкалы,
Алибекова А. Н., учительница средней школы №26 г. Махачкалы,
Самедова Зарина Д., методист центра координации работы с одаренными детьми
Дагестанского института развития образования

Новые или современные информационные технологии в образовании характеризуются активным внедрением компьютеров в учебный процесс.

Технологии обучения студентов в условиях новых информационных технологий (НИТ) направлены на развитие познавательной деятельности учащихся. Этому способствует стимулирование интеллектуальной активности студентов с помощью определения целей изучения учебного материала и погружению учащихся в интерактивную операционную среду компьютера; усиление учебной мотивации путем определения ценностей и внутренних причин обучения; развития способностей самообучения на основе расширения и углубления учебных технологий.

Информационные технологии способствуют разнообразию видов учебной деятельности, совершенствованию форм и методов обучения и позволяют применять такие методы обучения как демонстрация, анализ предметной области, имитационное обучение, программированное обучение, интеллектуальное обучение, дистанционное обучение и другие. При этом могут использоваться такие средства как гипертекст, обучающие и инструментальные средства, исполнители и т.д.

Методологической основой обучения является технологический подход, позволяющий структурировано представить содержание образования и позволяющий реализовать федеральный стандарт. Технологический подход исходит из постановки

целей обучения на каждом этапе учебного процесса. Реализация этих целей возможна лишь при соответствующем представлении учебного материала.

В качестве основных условий использования НИТ в ***обучении*** студентов выделены следующие положения:

1. Использование компьютера как современного средства обучения.

2. Органическое включение во взаимодействие учащихся с педагогом интерактивного диалога с компьютером.

3. Повышение роли самостоятельности учащихся при заданных информационных технологиях.

Деятельность преподавателя по подготовке урока состоит в представлении учебного материала темы в виде структурной формулы, выделении логических уроков и разработке методической модели темы. Для этого каждому фрагменту содержания соотносятся определенные методы и приемы обучения и прогнозируются возможные учебные ситуации. Макроструктура каждого урока формируется в зависимости от его типа (усвоение знаний, обобщение и т. п.).

Основная методика проведения занятий включает в себя фрагмент урока (возможно беседа или рассказ) для знакомства с учебным материалом, затем следует этап отработки практических умений, закрепление знаний, умений с использованием компьютера, контроль с помощью тестов, контрольных работ, индивидуальных практических задач. По окончанию изучения курса (раздела) учащиеся выполняют творческие проекты.

Оптимизация учебного процесса в условиях НИТ основана на использовании программно-методического комплекса учебного назначения, который на наш взгляд включает в себя:

- электронный учебник, имеющий структурированное содержание учебного материала, систем контроля, систему обучения и демонстраций, основные методические линии;

- рабочие тетради с полной системой контроля;

- методики обучения по всем разделам учебной программы.

Электронный учебник по содержанию и форме не только должен отражать научные знания, но и основные психологические линии интеллектуального развития обучаемых. В отличие от содержания познавательной деятельности структурные свойства более устойчивы и инвариантны по отношению к ситуативным факторам. Это означает, что для развития интеллектуальных качеств личности необходимо структурное представление содержания учебника в компьютере.

В тексте учебника выделяются понятия, гипотезы, алгоритмы. Дополнительный демонстрационный материал и материал для углубленного изучения вызывается в виде

дополнительных окон. Основной учебный материал дополняется вопросами, заданиями, справочной системой, полной и валидной системой контроля по каждой единице процесса обучения, содержания образования в целом, а также педагогическим и психологическим мониторингами. На каждую структурную единицу учебника составляются тесты, которые могут проводиться как с помощью компьютера, гак и в форме "бумажного" контроля.

Для получения полной, валидной информации о знаниях студентов необходимо: определение цели и места контроля знаний, установка конкретных, объективно необходимых результатов обучения, составление тестовой системы контроля, проведение контроля и прогнозирования.

В результате проведения тестовых контрольных мероприятий определяются сведения об усвоении материала отдельными учащимся, группами учащихся, выявить неусвоенные структурные единицы.

В ходе научно-методической и экспериментально-практической деятельности преподаватель оценивает качество усвоения учебного материала, сложность структурных единиц учебника, становится субъектом управления ходом индивидуально-интеллектуального развития учащихся.

Система позволяет накапливать и систематизировать описания типичных проблем и способов их решения, строить конкретные технологии работы педагога.

Преподаватель получает оперативную информацию о качестве усвоения студентами учебного материала, новые методические подходы к обучению учащихся, вырабатывает технологию оптимального планирования учебного материала. \

Результатами образования являются уровень усвоения! обязательного минимума содержания образования, качество результатов обучения.

К результатам развития относятся уровень и структура интеллектуального развития, динамика реализации личностного и интеллектуального потенциала, соответствие их уровню обученности и оценке знаний.

ФОРМИРОВАНИЕ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ ПРИ ОБУЧЕНИИ ЧТЕНИЮ

Алибекова А. Н., учительница средней школы №26 г. Махачкалы,
Самедова Зумрият Д., учительница многопрофильного лицея № 3 г. Махачкалы,
Самедова Зарина Д., методист центра координации работы с одаренными детьми
Дагестанского института развития образования

Развитие умения самостоятельно читать литературу на русском языке является важнейшей составной частью обучения учащихся. Чтение представляет собой самостоятельный вид речевой деятельности и обладает своими особенностями и

характеристиками. В современной методике утвердилась идея взаимосвязанного обучения разным видам речевой деятельности, смысл этого принципиального положения в том, что разные формы речевой деятельности положительно влияют друг друга и что, упражняясь в развитии того или иного вида, не следует противопоставлять его другим. Но необходимо учитывать, что различные виды речевой деятельности имеют общие дифференцированные механизмы, отчего оказываются взаимосвязанными, но не взаимообусловленными. Успешность в овладении слушанием, чтением не сопровождается таким же успехом в овладении говорением или письмом, так как обучение любому из них предполагает развитие разных механизмов.

Еще К.Д.Успенский замечал: читать - это еще ничего не значит; что читать и как понимать читаемое - вот главное. Умение читать складывается из техники чтения и понимания прочитанного. На начальном этапе обучения внимание учащихся нередко приковано к технике чтения; читая, они часто не понимают содержания, так как поглощены самим процессом.

Чтение представляет собой процесс восприятия, понимания и переработки информации, содержащийся в письменном тексте. Это процесс коммуникации посредством печатных текстов, благодаря которому читающий должен проникнуть содержание письменного сообщения, понять его. Методисты обсуждают разные виды и типы чтения - изучающее, поисковое, просмотровое, ознакомительное, реферативное. Структура деятельности, состав операций, их соотношение будут иметь различия в каждом из видов. При просмотровом чтении читающий ориентируется на извлечение общей идеи и темы текста, с целью получения самого общего представления о содержании. Ознакомительное чтение предполагает чтение про себя без специальной установки на последующее воспроизведение полученной информации. Изучающее чтение отличается от первых двух тем, что оно предполагает последующее воспроизведение полученной информации в том или ином виде. Каждый вид чтения характеризуется минимальным, но достаточным уровнем умений. Легче других поддаются измерению такие параметры, как темп чтения и количество понятой информации. При просмотровом чтении должно быть понято не менее 10-15% информации, при ознакомительном - 75%, п изучающем - вся информация.

В практике обучения учащихся русскому языку имеет место своего рода недооценка роли чтения. Она проистекает из того, что в сознании ряда преподавателей развитие устной речи представляется более важной задачей.

Ошибочность подобных утверждений легко обнаруживается при простом наблюдении за учащимся, бегло говорящими, но не способными столь же бегло прочитать и адекватно понять текст. Чтению нужно уделять как можно внимания, так как только чте-

ние может дать учащемуся действительно наглядное представление о синтаксическом строе языка, о характере и особенностях его словоупотребления, создать "чувство языка".

Чтение крайне важно как способ приобщения к духовной культуре другого народа, как средство гуманизации содержания обучения и как один из актуальных, значимых видов иноязычной коммуникации.

ФОРМИРОВАНИЕ ТВОРЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ В УЧЕБЕ И РАЗВИТИИ ВООБРАЖЕНИЯ

Самедова Зумрият Д., учительница многопрофильного лицея № 3 г. Махачкалы,
Алибекова А. Н., учительница средней школы №26 г. Махачкалы,
Самедова Зарина Д., методист центра координации работы с одаренными детьми
Дагестанского института развития образования

Проблемы творчества - одна из острых участков «педагогической целины». Сегодня особо остро ощущается необходимость ее решения во всей системе непрерывного образова**ния.** начало должно быть связано с первыми годами учебы в школе. Вместе с тем личностные качества, в том числе и творческая активность, наилучшим образом формируются в которая определяет интересы, и отношение к действительности и особенности взаимоотношений с окружающими.

На сегодняшний день в педагогике и психологии, в том числе и ученической, сложилась «интересная» тенденция: недооценивается психический процесс как воображение. Задача воспитания воображения творчества очень сложна уже потому, что ее возможно осуществить только в творческой деятельности. Педагогика творчества сама должна быть творческой. Следовательно, в этой области не может быть готовых рецептов и приемов. Педагогический процесс следует строить каждый раз заново, влияя одновременно и на воспитывающего и на воспитуемого. Иными словами, человек, который руководит этим процессом и направляет его, должен быть творческой личностью. Отсюда возникает основное положение процесса воспитания творчества у учащихся, которое предполагает, прежде всего, воспитание преподавателя, способного руководить творчески.

Другое, не менее важное условие формирование творчества. Обучение творчеству возможно только в совместной деятельности преподавателя и учащегося, где каждый из участников - полноправный член. Функция преподавателя при этом: во-первых, он демонстрирует разнообразные творческие способы деятельности, во-вторых, организует учебный процесс и деятельность учащегося таким образом, чтобы условия и обстоятельства требовали от него творческих решений.

В совместной с учащимся деятельности преподаватель не только (а иногда и не столько) самый умный и самый знающий, сколько творческий участник совместной деятельности, каждый раз по-новому выполняющий те или иные знакомые задания. Преподаватель своим поведением, поступками раскрывает новые неожиданные стороны в обучении предмету. Обучающийся творчеству учащийся должен понять, что одни и те же задачи и проблемы могут быть решены разными путями, что окружающий мир бесконечно богат и может быть осмыслен с самых различных позиций. Согласно нашим наблюдениям, воображение как психический процесс предполагает, во-первых, видение целого раньше частей, во-вторых, перенос функции с одного предмета на другой. Так постепенно у учащихся развивается новый качественно более высокий уровень развития воображения. Развитие воображения важно проводить по всем количественным линиям с обязательным учетом комплекса его компонентов. Коррекционная работа предполагает как ознакомление с всех общих закономерностей развития, так и разработку специальных условий, которые помогут выправить существенные изъяны.

ТЕСТЫ КАК СРЕДСТВО ВЫЯВЛЕНИЯ КАЧЕСТВА УСВОЕНИЯ

Самедова Зумрият Д., учительница многопрофильного лицея № 3 г. Махачкалы,
Алибекова А. Н., учительница средней школы №26 г. Махачкалы,
Самедова Зарина Д., методист центра координации работы с одаренными детьми
Дагестанского института развития образования

Назовем задания на выполнение деятельности данного уровня в сочетании с системой оценки - тестами (от английского слова test - проба, испытание). Это название удобно по двум причинам: во-первых, оно достаточно кратко обозначает сложное понятие, во-вторых, его смысл, звучание и использование стали интернациональными и междисциплинарными. Термин «тестирование» используют и педагог, и инженер, и психолог, и медик, понимая одно и то же: испытание для выявления свойств объекта исследования, применяемое в сочетании с вполне определенной методикой измерения и оценки результата.

Для измерения и оценки результата выполнения теста к каждому тесту разрабатывается экспертным методом эталон, т.е. полный и правильный метод выполнения заданной деятельности по всем операциям с указанием среди них существенных операций теста, т.е. операций, отражающих суть и содержание испытания. Наглядным выражением сказанного может быть следующая символическая запись: Тест = Задание + Эталон (или Т=З+Э).

Сопоставляя пооперационно ответ студента с эталоном, приходят к выводу о качестве выполненного теста. Тест, лишенный эталона, превращается в обычное контрольное задание, решение о качестве выполнения которого подвержено всем возможным иллюзиям глазомера и субъективного суждения.

В педагогике и психологии в разное время было предложено несколько разновидностей тестов; для диагностики качеств личности, умственных способностей, специальных способностей, черт личности, психофизических качеств, достижений и др. В их использовании допускались серьезные методологические и методические ошибки.

Мы не имеем возможности показать и проанализировать, все названные виды тестов, поэтому рассмотрим лишь тесты успешности (достижений).

К тестам, выявляющим уровень усвоения, предъявляет**ся** ряд требований, главные из которых: адекватность, общепонятность, однозначность, простота и надежность.

Под адекватностью теста нами понимается точное и полное соответствие функций и содержания предлагаемого испытания функциям и содержанию элементов учебного материала, который должен быть усвоен в процессе обучения.

Оценка адекватности теста может быть осуществлена как путем теоретического анализа, так и экспериментально. При теоретическом анализе проводится экспертная оценка структуры и содержания каждого существенного действия операции, эталона и исследуется возможный путь их осуществления. Если оказывается, что существенные операции теста выполнимы на основе уровня деятельности, предусмотренного программой или пособием, делается заключение об адекватности теста. Понятно, что теоретический анализ не является окончательным. Всегда желательно дополнить его экспериментальным. В последнем экспериментатор не только наблюдает и фиксирует характер выполнения каждой операции теста, но и записывает для последующего анализа словесный (громкоречевой) отчет испытуемого о способе выбора, о мотивах использования тех или иных путей выполнения избранных операций теста. Деятельность студента по тесту сопоставляется другими способами оценки его деятельности на данном уровне.

Требование общепонятности теста предусматривает четкую и прямолинейную формулировку задания на деятельность, понятную каждому учащемуся данной ступени обучения. Важно, чтобы, читая задание, учащийся хорошо понимал, какую деятельность он должен выполнить, какие знания продемонстрировать, в каком объеме. Чтобы добиться определенности, а следовательно, и общепонятности тестов, их проверяют в последовательной серии экспериментов на учащихся данной ступени обучения.

Однозначность теста - это такое его качество, которое предусматривает совершенно определенный и константный ответ испытуемого. Из этого следует, что в оценках о качестве исполнения теста учащимся различными экспертами (экзаменаторами, специалистами) не должно быть противоречий. Именно поэтому разработка теста не заканчивается формулировкой задания на деятельность, а обязательно содержит в себе создание эталона.

Требование простоты теста может быть расшифровано следующим образом: задание теста должно быть ограничено одной задачей одного данного уровня. Не будет отвечать ему требованию следующий тест: «Какой вид деятельности учащихся диагностируется с помощью тестов-подстановок? Почему? Приведите пример теста-подстановки». Этот представляет собой три задачи, причем первые две - уровня, а третья – уровня уровень - если учащийся воспроизводит ранее сообщенный пример, уровень - если он сам его создает).

Требование надежности теста состоит в обеспечении устойчивости последовательных результатов тестовой проверки.

Таким образом, применение тестов является одним из важных элементов в процессе обучения для выявления усвоения учебного материала учащимися.

Оглавление

ТЕРАПИЯ *4*

Заключение 9

КЛИНИЧЕСКАЯ И ИММУНО-ВИРУСОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ВИРУСА ГЕРПЕСА ЧЕЛОВЕКА 6 ТИПА У ВЗРОСЛЫХ 23

Мусаева Л.Н., клинический ординатор 23

Кафедра госпитальной терапии №3 с курсом клинической иммунологии и аллергологии ДГМА 23

Научный руководитель: д.м.н., проф.Эседов Э.М. 23

Куратор- к.м.н., асс.Абасова А.С. 23

Миф об АГ! Нормальное давление — у каждого свое: кто при показателях 120/80 в обморок падает, а кому и при 180/110 хорошо 54

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ *55*

Прогноз и профилактика. Известно, что большую угрозу лихорадка Зика представляет для беременных женщин, у других больных заболевание протекает без осложнений и практически с полным выздоровлением. ВОЗ рекомендует воздержаться от ближайшего деторождения до устранения распространения и нахождения оптимальных средств лечения, которые планируют разработать к концу 2016 началу 2017гг. и проведения их клинических испытаний**.** Профилактика и контроль заболеваемости основаны на сокращении численности комаров путем устранения их источника (уничтожение и преобразование мест размножения) и снижении вероятности контакта людей с комарами. Для этого необходимо использовать репелленты, носить одежду (желательно светлых тонов), закрывающую как можно большую часть тела, применять физические барьеры, такие как сетки, закрытые двери и окна. Помимо этого важно очищать, или накрывать емкости, в которых может скапливаться вода, такие как ведра, цилиндры, горшки, и т.д. Во время вспышек болезни необходимо распыление инсектицидов. Для обработки относительно больших водоемов применяются ларвициды — инсектициды, рекомендованные ВОЗ. 57

Выводы: 58

1. Всем лечебным учреждениям подготовиться к созданию условий для своевременного выявления инфицированных переносчиков этого заболевания. 58

2. Информирование населения о необходимости предотвращения распространения комаров используя репелленты, применение физических барьеров, ларвицидов- инсектицидов рекомендованных ВОЗ 58

3. Еженедельно проводить мониторинг лиц, прибывших из стран, неблагополучных по трансмиссивным лихорадкам. 58

ХИРУРГИЯ *69*

МЕХАНИЧЕСКОЕ СТИМУЛИРОВАНИЕ АНГИОГЕНЕЗА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ 83

ПЕДИАТРИЯ *86*

ГЛАЗНЫЕ БОЛЕЗНИ *104*

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ *113*

СТОМАТОЛОГИЯ *120*

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ПРИ ПАРОДОНТИТЕ У ПАЦИЕНТОВ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ 146

Целью работы явилось сравнительное изучение рентгенологической картины тканей пародонта у больных хроническим генерализованным пародонтитом (ХГП), сочетанным с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) и без установленной патологии внутренних органов. 146
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ....148
РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ ПАРОДОНТИТОМ 148
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ 171
ТРАВМАТОЛОГИЯ, ОРТОПЕДИЯ И ВПХ 173
ПСИХИАТРИЯ, МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ И НАРКОЛОГИЯ 177
ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ 180
***ПОДВЕРЖЕННОСТЬ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА** 185*
***К КУРЕНИЮ ТАБАКА** 185*
ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ 192
Заключение. Требуется дальнейшее совершенствование организационных технологий немедикаментозной коррекции факторов риска, наиболее перспективными из которых являются школы здоровья, широкое внедрение консультативных приемов по коррекции питания в первичном звене здравоохранения, возрождение системы массовых занятий физической культурой. Кроме того, необходимо наладить реальное взаимодействие центров здоровья с амбулаторной службой в плане дальнейшей работы с выявленными факторами риска важнейших неинфекционных заболеваний. 208
АНАТОМИЯ ЧЕЛОВЕКА 214
ГИСТОЛОГИЯ 217
МИКРОБИОЛОГИЯ, ВИРУСОЛОГИЯ И ИММУНОЛОГИЯ 220
ФИЗИОЛОГИЯ ЧЕЛОВЕКА 223
ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ 228
ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ 230
ИЗУЧЕНИЕ МОРФОЛОГИИ СЕЛЕЗЕНКИ ПРИ СИНДРОМЕ 230
ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ....230
Далгатова А.А., аспирант....230
Кафедра патологической физиологии ДГМА 230
Научный руководитель: д.м.н., проф. Саидов М.З. 230
Актуальность. Синдром длительного сдавления (СДС) (краш-синдром, травматический токсикоз, компрессионная травма, травматический рабдомиолиз) относится к тому виду травматической болезни, актуальность которой в настоящее время не только не теряет своего значения, но и значительно повышается. Рост травматизма, техногенных катастроф, стихийных бедствий, климатических катаклизмов и др. сопровождается увеличением случаев синдрома длительного сдавления. Несмотря на значительное работ, посвященных этой проблеме, остается множество спорных вопросов, связанных с изучением патогенеза СДС на разных этапах его развития, а также разработке обоснованных рекомендаций в отношении лечения и ведения этих больных. Патогенез СДС включает в себя ряд последовательных этапов, вовлекающих в патологический процесс практически все органы и системы организма со специфической реакцией со стороны иммунной системы. Не менее важны результаты изучения патоморфологических изменений

органов и тканей при СДС. В частности, показаны глубокие изменения микроциркуляторного русла при компрессионной травме мягких тканей в эксперименте (А.А. Османова и др., 2010), тяжелые тубуло-эпителиальные изменения в почках, характерные для острой почечной недостаточности, изменения в легких и печени (К.Я. Шугаева и др., 2012). 230

Цель. Изучение морфогенеза селезенки при СДС различной степени тяжести. 230

Материал и методы исследования. Эксперименты проведены на 120 белых крысах Vistar обоего пола весом 180-250 гр. Воспроизведение модели 1-й степени компрессионной травмы конечностей крыс достигнуто путем сдавления 2-х задних конечностей одновременно в течение 2-х часов. Сдавление проводилось с помощью специально изготовленных металлических «тисков» с площадью пластинок 7,5 см2, которые накладывались наркотизированному животному на бедра, параллельно паховым складкам. Воспроизведение модели 2-й степени краш-синдрома достигалось путем сдавления конечностей в течение 4-х часов. Модель 3-й степени СДС воспроизводилась сдавлением конечностей в течение 6-ти и более часов. 230

Патоморфологические исследования селезенки проводились с применением стандартных методов фиксации и заливки материалов, приготовления гистологических препаратов, окраски гематоксилин-эозином. Морфологические исследования будут включать в себя оценку степени лимфоидной инфильтрации селезенки при СДС различной степени (1,2,3 степени). 230

Результаты исследования. При морфологии селезенки при СДС 1-й степени тяжести выявлены следующие изменения: селезенка увеличена в размерах, полнокровна, на разрезе хорошо видны фолликулы. В ткани селезенки отмечается уменьшение размеров белой пульпы и увеличение доли красной пульпы с ретикулярной гиперплазией и плазматизацией фолликулов. В фолликулах селезенки отмечается снижение количества малых лимфоцитов. Сосуды селезенки полнокровны, в красной пульпе отмечается элементы отложения гемосидерина и скопление плазмобластов и макрофагов. 231

Морфология селезенки 2-й степени выявила: селезенка увеличена в размерах, полнокровная. На разрезе рисунок фолликулов сохранен. Отмечается появление в белой и в красной пульпе средних лимфоцитов с примесью плазматических клеток и относительное увеличение количество макрофагов преимущественно в фокусах некробиоза по сравнению с 1-ой степенью синдрома длительного сдавления. В капиллярах красной пульпы встречаются микротромбы. 231

Морфологическое исследование селезенки 3-й степени: селезенка относительно 2-ой и 3-ей степени синдрома длительного сдавления уменьшена в размерах, капсула сморщена, рисунок стертый. Наблюдается выраженное уменьшение размеров и количество лимфоидных фолликулов с выраженным снижением количества лимфоцитов разных стадий развития. Отмечается выраженное расширение зоны красной пульпы, где наблюдаем скопление гемолизированных эритроцитов с увеличением количества макрофагов в зоне некробиоза. 231

Заключение. Таким образом, различные увеличения степени СДС сопровождается усилением тромбоза сосудов красной пульпы, увеличение макрофагальной реакции, усиление гемолизированных эритроцитов и снижение количества лимфоцитов белой пульпы. Представленные изменения морфологии селезенки свидетельствуют о том, что СДС сопровождается индукцией местного иммунодефицита, причем степень этого иммунодефицитного состояния (ИДС) пропорционально степени СДС. 231

ФАРМАКОЛОГИЯ *232*

ОПЕРАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ *245*

МЕДИЦИНСКАЯ БИОЛОГИЯ *247*

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА *255*
ФИЛОСОФИЯ *262*
ИННОВАЦИИ В ОБРАЗОВАНИИ *279*