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

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

М А Т Е Р И А Л Ы
67-й
ВСЕРОССИЙСКОЙ
НАУЧНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ И СТУДЕНТОВ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

Махачкала, 24 мая 2019 г.

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

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

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

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

М А Т Е Р И А Л Ы
67-й
ВСЕРОССИЙСКОЙ
НАУЧНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ И СТУДЕНТОВ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

Махачкала, 24 мая 2019 г.

УДК 378 : 61 „ 66 ‚‚
ББК 5 г
В - 851

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

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

Материалы 67-й Всероссийской научной конференции молодых ученых и студентов с международным участием. – Махачкала: ИПЦ ДГМУ, 2019.– 608 с.

В сборник вошли материалы научной конференции молодых ученых и студентов Дагестанского государственного медицинского университета, других медицинских, фармацевтических вузов и медицинских факультетов при университетах Российской Федерации в городах: Москва, Санкт-Петербург, Владикавказ, Волгоград, Воронеж, Грозный, Ижевск, Казань, Кемерово, Киров, Курск, Нижний Новгород, Оренбург, Пермь, Петрозаводск, Пятигорск, Рязань, Самара, Симферополь, Сургут, Тверь, Томск, Тюмень, Челябинск, Ярославль,

В материалах конференции также опубликованы научные работы молодых ученых и студентов медицинских вузов Белоруссии (г. Минск, г. Гомель, г. Витебск), Казахстана (г. Алматы), Киргизии (г. Бишкек), Узбекистана (г. Ташкент, г. Андижан), а также Донецкой и Луганской народных республик (г. Донецк и г. Луганск).

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

ISBN 978-5-904292-41-6 © Даггосмедуниверситет, 2019

MINISTRY OF HEALTH OF THE RUSSIAN FEDERATION

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

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

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

M A T E R I A L S
THE 67th
all-RUSSIAN
SCIENTIFIC CONFERENCE
YOUNG SCIENTISTS AND STUDENTS
WITH INTERNATIONAL PARTICIPATION

Makhachkala, 24 may 2019

УДК 61 «67» (063)

ББК 511

М - 44

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

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

Materials of the 67th all-Russian scientific conference of young scientists and students with international participation. - Makhachkala: IPC DSMU, 2019.- 608 p.

The collection includes materials of a scientific conference of young scientists and students of the Dagestan State Medical University, other medical, pharmaceutical universities and medical faculties at the universities of the Russian Federation in the cities of Moscow, St. Petersburg, Vladikavkaz, Volgograd, Voronezh, Grozny, Izhevsk, Kazan, Kemerovo, Kirov, Kursk, Nizhny Novgorod, Orenburg, Perm, Petrozavodsk, Pyatigorsk, Ryazan, Samara, Simferopol, Surgut, Tver, Tomsk, Tyumen, Chelyabinsk, Yaroslavl.

The conference materials also published scientific works of young scientists and students of medical universities of Belarus (Minsk, Gomel, Vitebsk), Kazakhstan (the city of Almaty), Kyrgyzstan (the city of Bishkek), Uzbekistan (the city of Tashkent, the city of Andijan), and also the Donetsk and Luhansk People's Republic (Donetsk and Lugansk).

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

ISBN 978-5-904292-41-6
© Daggosmeduniversitet, 2019

ТЕРАПИЯ И РЕВМАТОЛОГИЯ

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПРОГНОЗ ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Панахова Д.З. - аспирант

Кафедра госпитальной терапии №

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

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

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) в настоящее время остается огромной социально значимой проблемой во многих странах мира, в том числе и в России. Несмотря на совершенствование методов лечения и улучшение контроля над факторам риска (ФР), ИБС продолжает занимать лидирующие позиции в структуре смертности населения. Так, по данным демографического ежегодника России, в 2016 году смертность от ИБС составляла ≈ 25,5% от общего количества смертей среди всего населения [1].

Наиболее часто диагностируемой формой ИБС является стабильная стенокардия. Стабильная стенокардия – клинический синдром, характеризующийся дискомфортом в груди, который возникает при физическом напряжении или эмоциональном стрессе. Приступ возникает при одном и том же уровне нагрузки и проходит в течение 1–5 мин. после ее прекращения [2].

По данным Фремингемского исследования в 40,7% случаев стенокардия напряжения является первым проявлением ИБС у мужчин и в 56,5% — у женщин [4]. По данным Европейской ассоциации кардиологов распространенность стенокардии в популяционных исследованиях увеличивается с возрастом и составляет от 0,1-1% среди женщин в возрасте 45-54 лет до 10-15% в возрасте 65-70 лет, у мужчин от 2-5% (45-54 лет) до 10-20% (65-74 лет). Данные Фремингемского исследования свидетельствуют, что для мужчин и женщин, страдающих стабильной стенокардией, 2-летняя частота острого инфаркта миокарда (ОИМ) и сердечно-сосудистой смерти составляет 14,3 и 5,5% у мужчин и 6,2% и 3,8%, соответственно, для женщин [3].

Считается, что пациенты со стабильной стенокардией имеют относительно хороший прогноз. По данным клинических испытаний антиангинальной и профилактической терапии и/или реваскуляризации, частота ежегодной смертности составляет 1,2–2,4% в год, с ежегодным уровнем сердечной смерти 0,6–1,4% и нефатального инфаркта миокарда (ИМ) между 0,6% в исследовании RITA-2 (Second Randomized Intervention Treatment of Angina) и 2,7% – в исследовании COURAGE (Clinical Outcomes Utilizing Revascularization and

Aggressive Drug Evaluation) [2,6]. Результаты эпидемиологических исследований свидетельствуют о высоком риске сердечно-сосудистых событий у пациентов со стабильной стенокардией в отличие от данных более поздних клинических исследований: APSIS (The Angina Prognosis Study in Stockholm), IONA (Impact of nicorandil in angina study), ACTION (A Coronary disease Trial Investigating Outcome with Nifedipine GITS), INVEST (International Verapamil-Trandolapril Study), TIBET (The Total Ischaemic Burden European Trial), в которых прогноз больных хронической ИБС оказался относительно благоприятным — ежегодная смертность составила 1–2% [4].

Однако индивидуальный прогноз конкретного больного стабильной стенокардией может значительно варьировать в зависимости от его основных клинических, функциональных и анатомических характеристик.

Это иллюстрируется данными регистра REACH (Reduction of Atherothrombosis for Continued Health): у пациентов высокого риска, с заболеванием периферических артерий, постинфарктным кардиосклерозом, сахарным диабетом (СД) ежегодная смертность составила 3,8%, тогда как у пациентов низкого риска – 0,63% [2,6].

Прогностическая оценка – важная часть диагностики при стабильной стенокардии. С одной стороны, необходимо идентифицировать пациентов с более серьезными формами болезни, у которых результат может быть улучшен при более агрессивном ведении, включая реваскуляризацию. С другой стороны, также важно выявлять пациентов с менее тяжелой формой болезни и хорошим прогнозом, таким образом избегая ненужных агрессивных тестов и процедуры реваскуляризации.

Прогноз определяется несколькими факторами:

1. Коронарным резервом, т. е. возможностью адекватного увеличения коронарного кровотока при возрастании работы левого желудочка и количеством миокарда, получающего недостаточное кровоснабжение. В условиях энергетического голода сократительная способность миокарда может существенно снижаться, приводя к возникновению сердечной недостаточности при ишемии большой части левого желудочка или не очень большой, но оказывающейся достаточной для падения насосной функции, усугубляя имеющиеся нарушения сократимости вследствие предшествующего повреждения миокарда.

2. Факторами риска, которые ускоряют прогрессирование атеросклероза и формирование нестабильных бляшек, ответственных за развитие нестабильной стенокардии и острые коронарные эксцессы, обусловленные внезапным разрывом атероматозной бляшки и не связанные с серьезностью ранее существовавшего стеноза [2].

Традиционные факторы риска развития ИБС — артериальная гипертония,

гиперхолестеринемия, сахарный диабет, малоподвижный образ жизни, ожирение, курение и отягощенный семейный анамнез — неблагоприятно влияют на прогноз у лиц с установленным заболеванием, главным образом посредством своего влияния на прогрессирование процессов атеросклеротического заболевания. Тем не менее, адекватное лечение способно снизить эти риски. Повышенная частота сердечных сокращений в покое также является индикатором худшего прогноза у лиц с подозреваемой или подтвержденной ИБС. В целом, прогноз хуже у пациентов со сниженной фракцией выброса левого желудочка (ФВЛЖ) и сердечной недостаточностью, поражением большего числа сосудов, более проксимальной локализацией коронарных стенозов, более тяжелыми поражениями, более распространенной ишемией, более нарушенной функциональной способностью, старшим возрастом, выраженной депрессией и более тяжелой стенокардией [6].

Реальный прогноз жизни пациентов со стабильной стенокардией чрезвычайно важен, т. к. является основой для выбора оптимальной тактики лечения. Ещё Мясников Л. А. указывал на необходимость дифференцированного подхода к лечению больных ИБС. Однако в настоящее время наблюдается отчетливая тенденция к его «унификации», т. е. применению «усредненного» алгоритма лечения. Все большее число пациентов направляют на диагностическую коронароангиографию (КАГ) с последующей баллонной ангиопластикой и стентированием коронарных артерий независимо от индивидуального прогноза заболевания [4]. Основные данные о прогнозе жизни больных хронической ИБС были получены в эпидемиологических и клинических исследованиях, имеющих целый ряд ограничений, например, жесткие критерии отбора пациентов, обычно исключающие пациентов с коморбидной патологией, женщин, молодых или очень пожилых лиц и т.д., которые не позволяют экстраполировать полученные в них результаты на всю популяцию больных. Однако, наличие сопутствующих заболеваний не только ухудшает качество жизни, но повышает риск смерти, и приводит к полипрагмазии, что увеличивает стоимость лечения и снижает приверженность пациентов к лечению. Так, по результатам исследования «ПРОГНОЗ ИБС» у больных с подтвержденной ИБС наличие и количество сопутствующих заболеваний оказывали влияние на прогноз жизни, значимо ухудшая его. Серьезное влияние на прогноз имели как факторы риска и сердечно-сосудистые заболевания, включая осложнения ИБС, так и общесоматические заболевания (заболевания легких и нарушение функции почек) [5].

В связи с вышеизложенным, нам стало интересно изучение прогноза жизни пациентов со стабильно протекающей ИБС, которым была выполнена диагностическая КАГ, и выявление факторов, негативно влияющих на прогноз жизни этих пациентов.

Список использованной литературы:

1. Демографический ежегодник России 2017. Стат. Сб. Росстат. М. 2017.

2. Кириченко А.А. Стабильная стенокардия напряжения: оценка прогноза и лечение // Российский медицинский журнал. 2014. N 2. С. 106-110.

3. Мамутов Р.Ш., Мамараджапова Д.А. Прогностическая значимость факторов риска и анамнестических данных на смертность больных стабильной стенокардии при 5 летнем проспективном наблюдении (фрагмент регистра ОКС/ОИМ) // Евразийский кардиологический журнал. 2017. N 25; 1. С. 44-48.

4. Толпыгина С. Н., Марцевич С. Ю., Гофман Е. А., Малышева А. М., Полянская Ю. Н., Деев А. Д. Опыт создания регистра для оценки исходов хронически протекающей ишемической болезни сердца: исследование «ПРОГНОЗ ИБС» // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2013. N 12(1). С. 32-39.

5. Толпыгина С.Н., Марцевич С.Ю., Деев А.Д. Влияние сопутствующих заболеваний на отдалённый прогноз пациентов с хронической ишемической болезнью сердца по данным регистра «ПРОГНОЗ ИБС» // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2015. N 11(6). С. 571-576.

6. 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease // European Heart Journal. 2013. 34. P. 2949–3003.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙБОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Э.Ф. Байрамова – студентка 616 гр. лечебного факультета

Кафедра госпитальной терапии №1

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель: ассистент, к.м.н. - С.О. Абдулкадырова

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

которые побудили бы больного обратиться к врачу и начать лечение.

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

Материал и методы исследования. В исследование включены истории болезней 150 пациентов (75 женщин, 75 мужчин) с ХБП в возрасте от 29 до 80 лет на базе ГБУ РД «РКБ» отделения артериальной гипертонии в период с 12.08.17г. по 12.10.17г. Всем пациентам было проведено клинико-лабораторное обследование, а также биохимический анализ крови на выявление уровня креатинина и определение СКФ по формуле CKD-EPI 2011г..

Результаты исследования. При обследовании из 150 больных на базе ГБУ РД «РКБ» отделения артериальной гипертонии было выявлено повышение уровня креатинина у 24 больных (18 мужчин,6 женщин), из них иАПФ получали 14 пациентов. По результатам расчета скорости клубочковой фильтрации на основании уровня креатинина сыворотки крови, с учетом пола и возраста, выявлена ХБП: среди мужчин (от 29 до 80 лет) - 1ст. ХБП – 0%, 2ст -16,5%, 3а ст.-67%, 3б ст.- 16,5%, 4 ст.-0%, 5 – 0%; среди женщин (от 29 до 80 лет) - 1 ст. – 0%, 2 ст. – 0%, 3а ст. -16,5%, 3б - 67%, 4ст. – 0%, 5 ст. – 16,5 %.Таким образом, среди мужчин наиболее часто встречающейся стадией ХБП является 3а стадия, а среди женщин - 3б стадия. У 12 из 14 пациентов, которые получали иАПФ, наблюдалось увеличение СКФ и нормализация уровня артериального давления.

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

ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Магомедов Ш.Т. студент 537 гр. лечебного факультета

Кафедра госпитальной терапии №1

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

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

Актуальность. Хроническая сердечная недостаточность - заболевание, сопровождающееся характерными симптомами, связанными с неадекватной перфузией органов и тканей в покое или при нагрузке, сопровождающееся с задержкой жидкости в организме

Общая смертность больных любого ХСН составляет 6 % в год. Фактически в РФ за одну минуту погибает один пациент с сердечной недостаточностью.

Кроме того, заболеваемость ХСН неуклонно повышается в связи со старением населения. В связи с такой статистикой возникает интерес к изучению тревожно-депрессивных расстройств и их влиянию на развитие ХСН.

Проблема взаимосвязи депрессивных расстройств и сердечно сосудистых заболеваний привлекает внимание в течение длительного времени в связи с широкой распространенностью этих расстройств и возрастанием смертности от сердечно сосудистых заболеваний в последние годы. У пациентов с сердечно сосудистыми заболеваниями депрессия диагностируется более чем в половине случаев. У больных ХСН при наличии выраженных депрессивных нарушений значительно повышается риск повторных госпитализаций и смертельных исходов.

Ранее проведенные исследования демонстрируют не только влияние депрессии на смертность, но и ухудшение качества жизни.

В 6-летнем наблюдении 200 амбулаторных больных с клинически выраженной хронической сердечной недостаточностью, было выявлено повышение смертности в 1,05 раз.

У больных с выраженной депрессией по данным других исследований риск смерти в течение 6 лет был в 2,5 раза выше, чем у больных, не имеющих депрессивные расстройства.

Цель исследования. Выявить уровень тревожно-депрессивных расстройств у больных, страдающих хронической сердечной недостаточностью.

Материалы и методы. В исследование было включено 56 пациентов в возрасте от 40 до 75 лет.

Пациенты были разделены на 2 группы.

В 1-ю группу вошли 27 больных с диагнозом ХСН стадии 2а. Во 2-ю группу вошли 29 пациентов с диагнозом ХСН стадии 2а, имеющие сопутствующие заболевания (ишемический инсульт, АГ и другие).

Степень тревожно-депрессивного состояния оценивалась по шкале HADS.

Результаты исследования. В ходе исследования у 14 больных была выявлена выраженная субклиническая тревога и депрессия, у 21 больных – клинически выраженная тревога и депрессия.

В 1-ой группе субклиническая тревога встречалась у 8 пациентов, а клинически выраженная тревога – у 10 .

У 9 пациентов наблюдалась субклиническая выраженная депрессия, а клинически выраженная депрессия – у 10.

Депрессия и тревога чаще наблюдалась у пациентов, имеющих в анамнезе ИБС (в 7 случаев)

Так же, у больше чем половины опрашиваемых пациентов (70%), имеющих избыточную массу тела и ожирение 1 степени, наблюдалась клинически выраженная тревога (12 человек) и клинически выраженная депрессия (7 человек), в отличие от пациентов с нормальной массой тела, не имеющих данную патологию .

У больных, страдающих СД, наблюдалась клинически выраженная тревога в 70% случаев, а в 60% случаев клинически выраженная депрессия.

У пациентов во 2 группе, чаще встречалась субклиническая тревога, по сравнению с опрашиваемыми пациентами 1 группы (9 пациентов), а клинически выраженная тревога – у 12.

Больные, имеющие СД, чаще имели клинически выраженную тревогу и депрессию, чем пациенты без данной сопутствующей патологии.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что более чем у половины пациентов с ХСН имеются тревожно-депрессивные расстройства.

Клинически выраженная депрессия и тревога встречается чаще у больных 2-ой группы, что скорее всего связано с перенесенными заболеваниями в анамнезе.

Кроме того, больные, имеющие избыточную массу тела, чаще подвергаются тревожно-депрессивным расстройствам. Воздействие депрессии на сердечно-сосудистую систему приводит к развитию опасных для жизни клинических проявлений ХСН. Депрессия может не только провоцировать ХСН, но и оказывать большое влияние на ее клиническое течение. Депрессии часто не диагностируются врачами, больные с депрессивными расстройствами не получают адекватной терапии.

Эффективная терапия депрессий у больных ХСН значительно улучшит клиническое течение основного заболевания и качество жизни пациентов.

АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ТАБАКОКУРЕНИЯ НА РАЗВИТИЕ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ

С.П. Мелихова - ординатор

Кафедра поликлинической терапии

ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н.Бурденко Минздрава России, Воронеж, Россия

Научный руководитель – к.м.н. В.И. Шевцова

Актуальность. Изучение влияния курения табака на настоящий момент не теряет своей актуальности, что связано с достаточно высокой распространенностью пагубной привычки

[1,2,4]. Ввиду того, что курение является фактором риска развития многих неинфекционных заболеваний [3,5], изучение влияния курения на возникновение различных нозологий вызывает интерес у врача амбулаторно-поликлинического звена.

Цель исследования: установить взаимосвязь возникновения определённой соматической патологии у курящих пациентов.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 50 курящих пациентов, средний возраст-61 год. Выборка формировалась случайным образом в ходе приема у участкового терапевта. Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от стажа курения-до 15 лет и более.

Результаты исследования. Из 50 больных, принявших участие в исследовании, 40 мужчин, 10 женщин. В группу со стажем курения менее 15 лет вошли 15 пациентов, остальные 35 курили более 15 лет.

Структура выявленных нозологий представлена на рисунке 1.

Рисунок 1. Удельный вес определённой соматической патологии у курящих больных

Также была проанализирована структура патологий в группах в разным стажем курения. Результат представлен на рисунке 2.

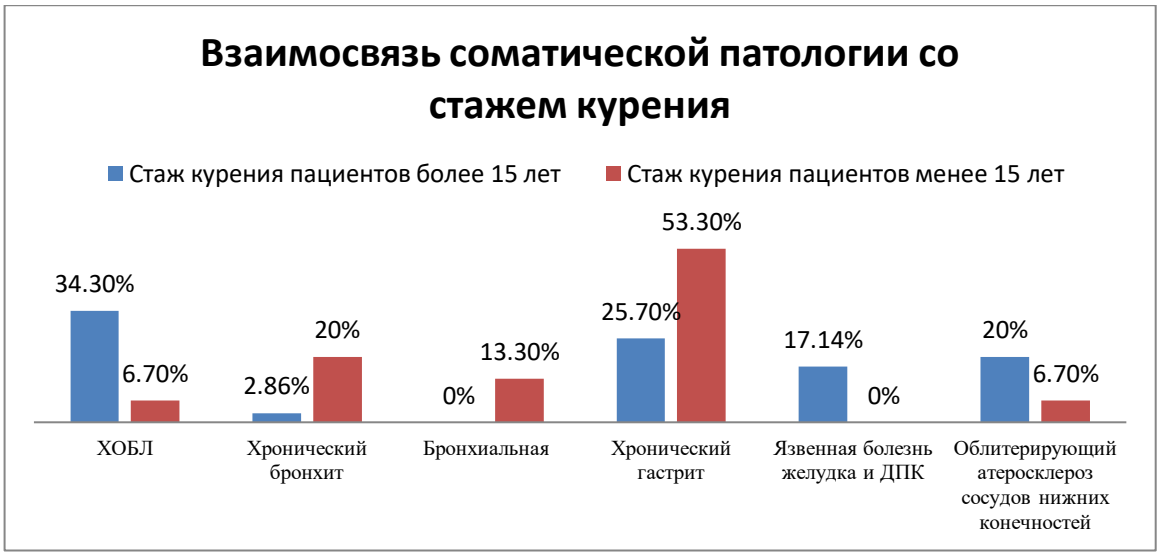


Рисунок 2. Удельный вес выявленной соматической патологии в зависимости от стажа курения.

На следующем этапе было проведено изученит структуры коморбидности в зависимости от пола, что отражено на рисунке 3.

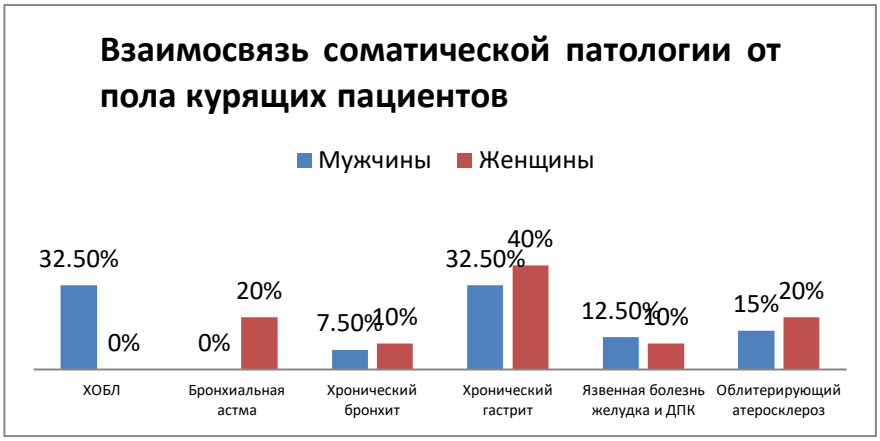


Рисунок 3. Удельный вес выявленной соматической патологии в зависимости от пола курящих пациентов.

Из представленных результатов видно, что болезни органов дыхания занимают лидирующее место и общей структуре, и по полу и возрасту. На втором месте по распространенности-болезни желудочно-кишечного тракта. Также значимым является патология сосудов. Полученные результаты подчеркивают роль курения в формировании хронических неинфекционных патологий. Для врача амбулаторного звена важно проводить консультирования для снижения распространённости курения и формирования мотивации к отказу от пагубно привычки во имя здоровья.

Выводы. Установлено, что курение влияет на распространенность хронических неинфекционных заболеваний.

У пациентов со стажем курения более 15 лет наибольший удельный вес в структуре соматической патологии имеют болезни органов дыхания; у пациентов со стажем курения менее 15 лет – болезни органов желудочно-кишечного тракта.

Врачу амбулаторного звена важно проводить профилактическое консультирование курящих пациентов.

Список литературы:

1. Табакокурение: проблемы и пути решения. / С.В. Трифонов, Е.Ю. Лемещенко // Медицинская сестра. 2013. - № 5. С.25-29.

2. Андреева Т.И. Табак и здоровье. - Казань, 2012. - 224 с.

3. Влияние табакокурения на уровень цинка в сыворотке крови. Шевцова В.И., Котова Ю.А., Страхова Н.В., Краснoруцкая О.Н., Зуйкова А.А. В сборнике: Материалы III Всероссийской образовательно-научной конференции студентов и молодых ученых с международным участием в рамках XIII областного фестиваля "Молодые ученые - развитию Ивановской области". 2017. С. 85-86.

4. Степень никотиновой зависимости у курящих пациентов с различной соматической патологией. Страхова Н.В., Краснoруцкая О.Н., Котова Ю.А., Шевцова В.И., Михайлова С.Е. В сборнике: Молодёжь и медицинская наука Материалы V Межвузовской научно-практической конференции молодых ученых. 2018. С. 417-420.

5. Полиморбидный больной в практике участкового терапевта. Емцева А.П., Котова Ю.А., Страхова Н.В., Шевцова В.И. В книге:Завадские чтения Материалы XIII межрегиональной научно-практической конференции молодых учёных с международным участием по актуальным вопросам внутренней патологии. 2018. С. 66-67.

СИНДРОМ РОССОЛИМО-МЕЛЬКЕРСОНА-РОЗЕНТАЛЯ

А.А. Гамзаев - студент 618 гр. лечебного факультета;

С. М. Кишов - студент 618 гр. лечебного факультета

Кафедра госпитальной терапии №2

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научные руководители - д.м.н., проф. Э.М. Эседов, к.м.н., ассистент ***Р.****А.Меджидова*

Актуальность. Синдром Мелькерсона - Розенталя (СМР) - редко встречающееся хроническое заболевание, представленная в классической форме триадой симптомов, к которым относятся: макрохейлия – довольно стойкая припухлость губ (или щек и век), также рецидивирующий неврит (или же нейропатия) лицевого нерва и отечно-складчатый язык. В классическом виде (трех-симптомном) заболевание встречается не более чем в четверти

случаев, чаще всего отмечается моно- или двух-симптомное течение болезни. Ведущим симптомом является Макрохейлия, встречающийся у 95% пациентов. При этом заболевании губы значительно увеличиваются в размерах, становятся плотно-эластической консистенции и окрашиваются в синюшно-розовый цвет, становятся похожими на хоботок с выворотом красной каймы наружу. Помимо отека губ, часто можно наблюдать отек щек и других участков лица. Исследования биоптатов слизистой оболочки щеки и губ говорят о преимущественном поражении соединительной ткани, ее клеточных структур и сосудов, с преобладанием процессов альтерации и сосудисто-экссудативных реакций, что в сочетании с усилением активности ЛДГ свидетельствует о неспецифическом воспалении, подтверждая тем самым аллергическую природу СМР. Учитывая появление плотного отека губ или других частей лица, такие больные зачастую поступают в терапевтические отделения больниц с направительным диагнозом «отек Квинке». Второй по частоте симптом - неврит лицевого нерва, выявляется у 35-40% пациентов. Неврит лицевого нерва при СМР представлен парезом и/или параличом лицевой мускулатуры и нередко склонен к рецидиву. Отмечено, что отек лица в большинстве случаев предшествует симптомам поражения лицевого нерва. Отечно-складчатый язык описывается у 39-52% и клинически выглядит как неравномерно утолщенный, увеличенный, отечный язык, слизистая оболочка которого покрыта очагами помутневшего эпителия в виде полос или неровных пятен, которые напоминают лейкоплакию. Отечно-складчатый язык при СМР рассматривается большинством авторов как аномалия развития, присущая не заболеванию, а данному человеку. Поражение языка можно считать проявлением СМР лишь в случаях, когда доказано наличие гранулематозного глоссита.

Цель исследования: представить и изучить клиническую картину СМР у больных, госпитализированных в аллергологическое отделение РКБ.

Материалы и методы: за последние 13 лет (с 2006 года) наблюдались 5 случаев СМР от 22 до 44 лет, направленных в аллергологическое отделение РКБ и обратившихся амбулаторно. Из них у 2-х имелись первичные проявления заболевания, одна больная поступала в стационар неоднократно за 13 летний период в связи с рецидивами заболевания. Клинические проявления были представлены у одной пациентки в виде моносимптомного течения (отмечался изолированный плотный отек губ, длительно сохраняющийся и впоследствии рецидивирующий); у 3-х пациенток – в виде двухсимптомного течения (сочетание одностороннего пареза лицевого нерва с перекосом лица в здоровую сторону, с отеком и выворотом губ, слюнотечением). У 5-ой пациентки болезнь проявлялась классическим 3-х симптомным течением, склонным к рецидивированию.

Результаты исследования. Например истории заболевания нашего пациента мы

хотели бы продемонстрировать серьезность и важность этой патологии и привить некоторую настороженность врачам разных специальностей.

Больная Э.М., 34 года поступила в отделение аллергологии РКБ с жалобами на выраженную асимметричную отечность с уплотнением и выворотом нижней губы; Постоянное слезотечение из правого глаза; Отечность языка и ощущение затрудненного дыхания. Анамнез болезни: зимой 2012 года больная стала отмечать признаки поражения лицевого нерва: асимметрия лица, слюнотечение, слезоточивость, опущения края нижнего века справа, в связи с чем обратилась к неврологу по месту жительства в Кыргызстане, где был выставлен диагноз: Неврит лицевого нерва. Были назначены препараты (больная названия препаратов не помнит) и проведены физиопроцедуры, после проведённой терапии состояние значительно улучшилось, но признаки пареза лицевого нерва полностью не прошли. В апреле 2016 года впервые появился плотный отек с выворотом нижней губы, в связи с чем обратилась в поликлинику к аллергологу в Кыргызстане, который рекомендовал консультацию дерматолога. Больной были назначены антигистаминные препараты, мази (название препаратов больная не помнит). На фоне проведенной терапии больная отмечает хороший эффект. 12 ноября 2018 года отек снова возобновился, присоединился отек языка и ощущение затрудненного дыхания, в связи с чем больная обратилась в поликлинику города Махачкалы, где был назначен в/м супрастин 2 мл, на фоне терапии которого состояние не улучшилось, в связи с этим больная вызвала бригаду «скорой помощи» и была доставлена во вторую городскую больницу города Махачкалы, назначены антигистаминные препараты. Из-за отсутствия эффекта от лечения 13 ноября обратилась в консультативную поликлинику РКБ и была направлена в отделение аллергологии РКБ с диагнозом: Отек Квинке.

Анамнез жизни**:** родилась в Кыргызстане . Замужем , имеет 3 - их детей (12, 9 , 7 лет), в 2017 году с семьей переехала в Дагестан. Гинекологический статус: цикл регулярный, с 14 лет, 4-5 дней не обильные, беременность - 3 , роды - 3. Аллергологический анамнез не отягощён. Перенесенные вирусные , инфекционные заболевания отрицает. Дыхание через нос свободное. Грудная клетка нормостеническая. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. В акте дыхания обе половины грудной клетки участвуют равномерно. ЧДД 18 в минуту. При перкуссии - ясный легочный звук Область сердца на глаз не изменена. При аускультации тоны сердца ясные , ритмичные .ЧСС -68 в минуту .АД 115/75 мм ртутного столба .Пульс 68 ударов в мин. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы . Язык влажный , чистый, небольшая отечность. При пальпации живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. Стул регулярный, оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Диурез не нарушен. При обследовании в лабораторных показателях патологии не выявлено. Электромиограмма. Заключение:

признаки умеренного нарушения проводимости по facialisd. Изменения больше аксонального характера зарегистрированы умеренные увеличения латентностей, и снижение амплитуды моторных ответов при стимуляции круговой мышцы глаз и круговой мышцы рта справа. Консультация невролога**.** Statuslocalis: сознание лабильно, зрачки нистагм, синдром Белла, лагофтальм. Заключение: синдром Мелькенссона- Розенталя (периферический неврит лицевого нерва). Консультация окулиста: сложный миопический астигматизм обоих глаз, лагофтальм (не выраженный) справа.

Учитывая наличие характерной для СМР триады (хейлит, глоссит, неврит) был выставлен клинический диагноз: СИНДРОМ РОССОЛИМО-МЕЛЬКЕРСОНА-РОЗЕНТАЛЯ с поражением лицевого нерва (неврит лицевого нерва), нижней губы (макрохейлит), языка (макроглоссит), рецидивирующее течение, фаза обострения. Сложный миопический астигматизм обоих глаз, лагофтальм (не выраженный) справа. Назначено лечение дексаметазоном 4 мг в\в капельно (10 дней) с последующим переходом на таблетированные препараты (метипред 24 мг в сут) с постепенным снижением дозы до поддерживающей (4 мг в сут.), также мексидолом 5 мл в\в (10 дней). В результате отек значительно уменьшился. Продолжает лечение метипредом 4 мг в сут.

Выводы. В приведенном наблюдении имели место все 3 компонента, характерные для СМР. Важно учитывать, что из-за изменения внешнего вида нередко страдает психика, особенно у женщин, развивается ипохондрия, по депрессивному типу. Врачи должны быть хорошо знакомы клинической картиной СМР, так как раннее и адекватное лечение в ряде случаев обусловливают благоприятное течение.

ВЛИЯНИЕ ИНФЛИКСИМАБА ВМЕСТЕ МЕТОТРЕКСАТОМ НА ТЕЧЕНИЕ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛОАРТРИТА

Г.Б. Саидрасулова - магистр 2 курса по направлению внутренние болезни

Кафедра факультетской и госпитальной терапии

Ташкентской Медицинской Академии, Ташкент, Узбекистан

Научный руководитель - к.м.н. старший преподаватель С.М. Мухаммадиева

Актуальность. Оценить эффективности генно-инженерной биологической терапии (ГИБТ) спондилоартритов возникает необходимость сравнить с других базисных препаратов. Одной из групп препаратов, которая может использоваться как ГИБТ являются ингибитор фактор некроза опухоли - инфликсимаб. Инфликсимаб можно использовать вместо метотрексатом и при этом эффективности лечения улучшается намного больше, чем без метотрексата.

Цель. Оценить эффективность и безопасность терапии пациентов с АСА,

получающими лечение инфликсимаб вместе метотрексатом и выполнить сравнительный анализ эффективности лечения у пациентов с АСА, получающих сульфасалазин как препарат первой линий терапии.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось в ревматологическом центре на базе 1 клиники ТМА за 2016–2018 гг. В исследование включили 46 пациентов (34 с аксАСА и 12 – с периферическим АСА, соответствующими критериям ASAS (2009)). Всего обследовали 39 мужчин и 7 женщины, средний возраст которых 41.51±8,96 г. Длительность заболевания на момент назначения лечения Инфликсимабом вместе метотрексатом равна 8.52±5,43 года. Степень активности АСА оценивали с применением индексов ASDAS и BASDAI. 15 пациентов получали инфликсимаб вместе метотрексатом как препарат первой линии ГИБТ, 11 пациентов были переведены на инфликсимаб вместе метотрексатом после неэффективного лечения сульфасалазинам и остальные больные принимали только сульфасалазин в течение терапии. Обследование всех пациентов проводилось до назначения терапии, затем через 6 и 12 месяцев от начала лечения. 26 пациенты получали терапию инфликсимабом по 5 мг/кг внутривенно капельно в течение минимум 2 часа, затем препарат вводил в той же дозе через 2 недели и 6 недель после первого введения (инициирующая фаза лечения), и далее каждые 8 недель (поддерживающая фаза лечения). Метотрексат назначил 7.5 мг 1 раз в недели. 20 больные принимали сульфасалазин 4 раза в сутки по 500 мг в течение 6 месяцев.

Результаты исследования. Исходно все пациенты имели очень высокую или высокую степень активность согласно индексу ASDAS (4,35±0,65). Через 6 месяцев лечения у всех обследованных наблюдалось снижение индекса ASDAS не менее чем на 1,4 балла. Среднее снижение индекса ASDAS составило 2,13±0,68 баллов, что соответствовало значимому клиническому улучшению и умеренной или низкой степени активности заболевания. Все пациенты исходно имели высокую степень активности согласно индексу BASDAI (4,76±0,71 баллов). Через 6 месяцев от начала терапии все пациенты достигли низкой активности по BASDAI(2,04±0,42) $p<0,01$ по сравнению с исходным. На втором этапе исследования было проведено сравнение показателей активности пациентов, которым инфликсимаб с метотрексатом был назначен в качестве первого ГИБП с группой пациентов, получавших инфликсимаб вместе метотрексатом после не успешного лечения сульфасалазина. При сравнении двух групп пациентов в зависимости от линии терапии разницы между снижением индексов активности получено не было ($p\geq0,05$ для всех).

Выводы. Ингибитор фактор некроза опухоли как инфликсимаб является средством, позволяющим достигнуть значимого уменьшения активности спондилоартритов, вне зависимости от того, в качестве ГИБП какой линии он был назначен.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В РАМКАХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

А.Ю. Васильева - студент группы Л-504 лечебного факультета,

В.И. Шевцова - к.м.н., ассистент

Кафедра поликлинической терапии

ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н.Бурденко Минздрава России, Воронеж, Россия

Научный руководитель - д.м.н., проф. А. А. Зуйкова

Актуальность. В первичном звене здравоохранения проблема коморбидности имеет особую значимость в связи с тем, что сочетанная патология изменяет течение заболевания, усложняет диагностику, требует особых подходов к выбору тактики ведения пациентов. В частности, ожирение, как широко распространенное полиэтиологическое заболевание, повышает риск кардиоцеребральных осложнений, являющихся одной из ведущих причин смерти [1].

Цель. Оценить эффективность тактики ведения пациентов с коморбидной патологией в рамках амбулаторно-поликлинического этапа.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе БУЗ ВО ВГП №18, в нем участвовали 50 пациентов с коморбидной патологией: гипертоническая болезнь (ГБ), ожирение. Ретроспективно по данным медицинских карт амбулаторного больного оценена динамика артериального давления (АД) за 2017-2018гг. Наличие в анамнезе ассоциированных клинических состояний (ОНМК, ОИМ) и осложнения в виде ГЛЖ выявлены по выпискам из медицинских карт стационарного больного. Всем пациентам проведена антропометрия для определения ИМТ. Для статистических расчетов использовалась программа MicrosoftOfficeExcel 2007.

Было сформировано 3 группы больных: I - больные с ГБ, 7 человек; II - с ГБ и ожирением, 31 человек; III - с ожирением, 12 человек.

Результаты. При выявлении полового, возрастного состава больных выяснилось, что среди пациентов с коморбидной патологией (ГБ+ожирение) преобладают женщины - 62%, со средним возрастом 59 ±2,3 лет.

Динамика АД у пациентов I группы: в июле 2017 года АГ 1 степени у 51,7%, АГ 2 степени у 28,6%, АГ 3 степени у 14,3%; в июле 2018 года у 42,8% исследуемых АД стабилизировалось, у 42,8% - АГ 1 степени, у 14,4%- АГ 2 степени.

Во II группе в июле 2017 года АГ 1 степени - 6,4%, АГ 2 степени - 45,2%, АГ 3 степени - 48,4%. В июле 2018 - 16,1%, 45,2% и 38,7% соответственно.

В III группе: июль 2017 АГ 1 степени у 83,3%, АГ 2 степени у 16,7%. В июле 2018 года показатели АД соответствовали норме у 25%, АГ 1 степени у 66,7%, АГ 2 степени у 8,3%.

По результатам оценки АД в период за 2017-2018гг, после проведенного лечения в течение года наблюдалась положительная динамика, однако, у II группы исследуемых (ГБ+ожирение) показатели АД существенно не изменились, что доказывает негативное влияние коморбидной патологии на течение заболевания.

В ходе изучения и анализа выписок из медицинских карт стационарных больных, выявлено, что в каждой группе исследуемых имеются ассоциированные клинические состояния (ОНМК, ОИМ) и осложнение в виде ГЛЖ. Вместе с тем, частота их развития в группе пациентов с диагнозом ГБ + ожирение (45%) выше, нежели в группах больных, страдающих ГБ (40%), и пациентов с ожирением (16%). Следовательно, наличие коморбидной патологии увеличивает вероятность развития у пациентов осложнений и возникновения ассоциированных клинических состояний.

Выводы:

При исследовании пациентов с коморбидной патологией (ГБ, ожирение) преобладали женщины - 62%, средний возраст которых составил 59 ±2,3 лет.

По результатам оценки АД в период за 2017-2018гг, положительная динамика в наименьшей степени наблюдалась у пациентов с сочетанной патологией.

Наличие коморбидной патологии неминуемо ведет к развитию осложнений и возникновению ассоциированных клинических состояний, что негативно влияет на течение заболевания и существенно ухудшает прогноз.

Использованная литература

1. Емцева А.П., Страхова Н.В., Шевцова В.И., Оценка эффективности тактики ведения пациентов с коморбидной патологией в рамках первичного звена здравоохранения // В сборнике: Организация амбулаторно-поликлинической помощи в России: проблемы и перспективы их решения Сборник статей IV межвузовской студенческой научно-практической конференции по результатам научно-исследовательской работы, выполненной в рамках производственной практики. Ответственный редактор И.Э. Есауленко. 2017. С. 106-109.

К ВОПРОСУ О ФАКТОРАХ РИСКА ИНФАРКТА МИОКАРДА У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ

А. А. Гасанова - студентка 6 курса, 4 группы лечебного факультета

Кафедра госпитальной терапии №1

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России

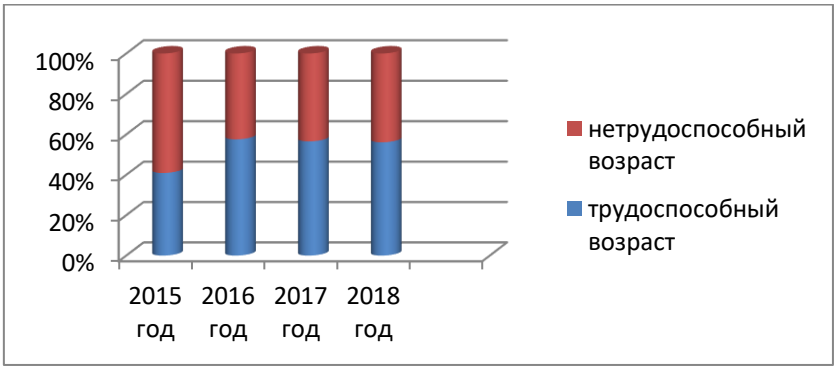
Научный руководитель – к.м.н., доцент Д.А. Омарова

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ИБС является ведущей причиной заболеваемости и смертности как в экономически развитых, так и в развивающихся странах. В последние десятилетия увеличивается частота развития ИБС и, в частности, инфаркта миокарда у лиц молодого возраста, что представляет собой важную социально-экономическую проблему из-за ранней утраты трудоспособности и смертности. Течение инфаркта миокарда у пациентов молодого возраста рядом исследователей характеризуется как «злокачественное», что обусловлено высоким уровнем догоспитальной летальности, достигающим, по данным некоторых авторов – 47,8%*(1).*

Цель исследования: определить возрастную и половую структуру заболеваемости инфарктом миокарда у жителей Дагестана, проанализировать роль традиционных факторов риска у больных с ИБС в молодом возрасте.

Материалы и методы исследования.Проанализирована статистика возрастной заболеваемости инфарктом миокарда по материалам Республиканского кардиологического диспансера РД за 2015-2018 г.г. Изучено 206 стационарных карт пациентов сосудистого центра Республиканской клинической больницы г. Махачкалы с применением методов статистической обработки параметрических показателей. Оценивались пол, возраст, наличие факторов риска среди молодых пациентов.

Результаты исследования. В структуре заболеваемости инфарктом миокарда по Республике Дагестан с 2016 г. отмечен рост доли пациентов трудоспособного возраста (2).



Из числа анализированных карт на долю инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST приходится 61,7% (127), без подъема- 9,7% (20), нестабильной стенокардии- 28,6% (59). Среди пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента STмужчин 114, что почти в 9 раз больше, чем женщин (13 больных). Почти так же велика разница и среди пациентов с инфарктом миокарда без подъема ST (мужчины -17, женщины – 3) и с нестабильной стенокардией (мужчин – 49, женщин –9). Выявлено также, что среди пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС), большая часть случаев его развития приходится на долю мужчин трудоспособного возраста. Среди пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST этот показатель составил 68%.В возрастной структуре более благоприятные

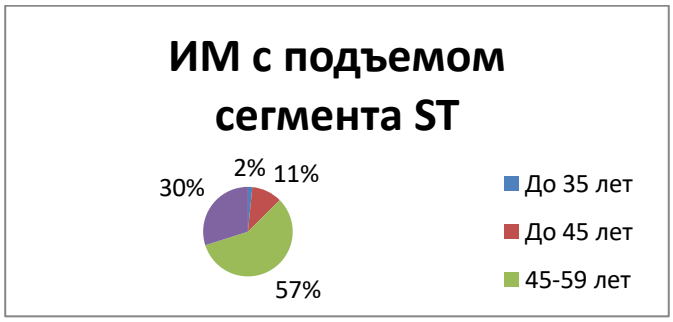
показатели также отмечены у женщин, а именно, средний возраст женщин в группе ОИМ с подъемом достоверно выше, чем мужчин.

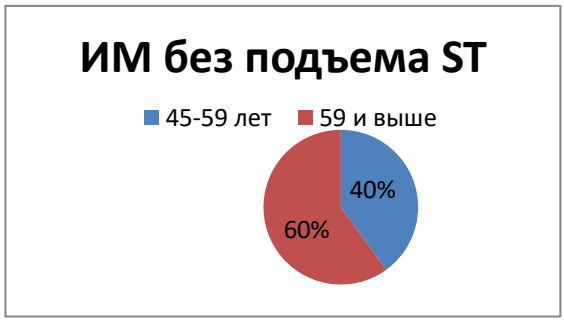
Инфаркт миокарда с подъемом ST			Инфаркт миокарда без подъема ST			Нестабильная стенокардия		
Средний возраст в группе	Средний возраст мужчин	Средний возраст женщин	Средний возраст в группе	Средний возраст мужчин	Средний возраст женщин	Средний возраст в группе	Средний возраст мужчин	Средний возраст женщин
55,4±9,2	54,3±9,1	63,1±8,4*	61,2±8,6	59,7±8,0	69,6±6,6	61,8±7,9	61,1±7,0	65,9±6,8

Лица молодого возраста (моложе 45 лет) представлены исключительно мужчинами, эта категория составила 13% от количества пациентов с ИМ с подъемом сегмента, что выше, чем аналогичные показатели в других исследованиях (10-11%) (3).

Пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST всего 127, из них:

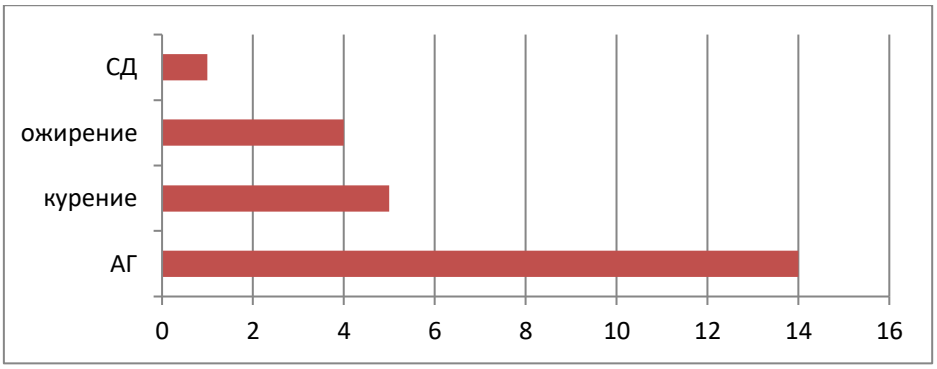
до 35 лет – 2 (1,5%); до 45 лет – 15 (11,6%); 45-59 лет – 73 (57,5%); 59 и выше – 38 (29,9%).





Пациентов с острым инфарктом миокарда без подъема сегмента ST – всего 20. Из них - 45-59 лет – 8 (40%); 59 и выше – 12 (60%). Пациентов с нестабильной стенокардией, которым проведена коронароангиография – всего 59, из них возраста 45-59 лет – 25 (42,4%); более 59 -34 (57,6%).

Почти 90 % больных ОИМ в молодом возрасте имеют как минимум один традиционный фактор риска развития ССЗ. Анализ факторов риска развития ОИМ у молодых пациентов показал, что наиболее распространенным по результатам данного исследования является артериальная гипертензия, обнаруженная у 14 пациентов(82%). Длительное курение в анамнезе установлено у 5 пациентов, причем во всех случаях имеет место сочетание с АГ. На долю ожирения приходится 23%(4 случая), на долю сахарного диабета 6%(1 случай).



Выводы. Среди пациентов с ОКС в Дагестане увеличивается доля лиц трудоспособного возраста, молодых пациентов. В структуре пациентов с различными формами ОКС в Дагестане преобладают мужчины, средний возраст которых достоверно ниже, чем у женщин. Мировая тенденция нарастания числа женщин среди пациентов с ОКС в Дагестане не проявляется, что, по-видимому, обусловлено низкой распространенностью известных факторов риска в женской популяции республики – гиподинамии, курения и др. Возрастает актуальность профилактики факторов риска атеросклероза с молодого возраста и необходимость привлечения внимания амбулаторных терапевтов к ранней диагностике ИБС. Для больных молодого возраста, в первую очередь, требуется лечение АГ, борьба с вредными привычками, коррекция массы тела.

Литература:

1. Андреенко Е. Ю., Явелов И. С., Лукьянов М. М., и др. Ишемическая болезнь сердца у лиц молодого возраста:распространенность и сердечно-сосудистые факторы риска. Кардиология. 2018;58(10):53–58.

2. Статистические материалы ≪Заболеваемость взрослого населения России≫. 2016 Минздрав http://mednet.ru / ru / statistika / zabolevaemost-naseleniya. html).

3. S.Yandrapalli, C.Nabors, A. Goyal et.al.Modifiable Risk Factors in Young Adults With First Myocardial Infarction. JAAC, 2019; 5 (73):573-584.

ЭНДОКРИННАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Э.Э. Лалаев, А.С. Цындяйкина, Д.С. Подкопаева - все студенты

Кафедра внутренних болезней №2

ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, Курск, Россия

Науч. рук. – к.м.н. ассистент кафедры Гаврилюк Е.В.

Актуальность. Эндокринные, гормональные изменения в период менопаузы, а также влияние внешних факторов и ритма современной жизни оказываются предрасполагающими

в развитии вторичной артериальной гипертонии у женщин трудоспособного возраста. Высокой остается частота встречаемости гипертонических кризов как осложненного, так и неосложненного у женщин в постменопаузе. Актуальной остается проблема тактики ведения таких пациентов, а также ранней профилактики и диагностики осложнений климактерического синдрома.

Цель исследования. Изучить клинико-диагностические изменения у женщин в период менопаузы, особенности течения артериальной гипертонии в климактерическом периоде.

Материалы и методы. Проведен анализ данных клинических обследований 60 женщин, страдающих симптоматической, эндокринной артериальной гипертонией 1,2 степени на фоне климактерического синдрома, в возрасте от 49 до 62 лет в раннем постменопаузном периоде. Исследуемые были разделены на 2 группы по 30 человек в зависимости от срока наступления менопаузы: 1 группа – женщины, страдающие артериальной гипертонией 1 степени, в возрасте 52,2±3,4 года с ранней менопаузой (средний возраст наступления менопаузы 43,5±2,7 лет), 2 группа – женщины, страдающие артериальной гипертонией 2 степени, в возрасте 59,4±3,1 со своевременной менопаузой (средний возраст наступления менопаузы 49,3±3,1). Все исследуемые некурящие. Для коррекции артериального давления пациентам первой группы проводилась, в соответствии с показаниями, менопаузальная гормонотерапия, а именно монофазная комбинированная терапия низкодозированными эстрогенами с прогестагенами (пероральные эстрадиол с дроспиреноном),в сочетании с гипотензивными препаратами, во второй группе – гипотензивная терапия, назначены препараты группы ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента, а также препараты красного клевера и цимицифуги. В обеих группах проводилась немедикоментозная терапия – правильное рациональное питание, с преобладанием овощей, фруктов, орехов, отказ от алкогольных напитков, исключение эмоциональных стрессов, ежедневные дозированные физические нагрузки. Расчитан менопаузальный индекс Купермана.

Результаты исследования. Из анамнеза выявлено, что у 54% исследуемых женщин повышению давления предшествовал неосложненный гипертонический криз первого типа, который возник в первый год менопаузы. Стабилизация артериального давления, менее 140/90 мм.рт.ст., и снижение симптомов климакса в течение первых 2 недель отмечается у 98,5% пациентов 1 группы, и у 68,5% пациентов 2 группы. За 4 месяца непрерывного лечения менопаузальный индекс снизился в 1 группе на 52,7%, а во 2 группе на 36,8% от исходных значений до лечения.

Выводы. Сочетание менопаузальной низкодозированной гормонотерапии в сочетании с гипотензивной терапией, а также соблюдения правильного образа жизни с достаточной физической активностью является эффективным и безопасным способом коррекции

артериальной гипертонии на фоне климактерического синдрома.

СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СИСТЕМЫ КРОВИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Е.А. Шиптунов - ординатор первого года обучения

Кафедра поликлинической терапии

ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж, Россия

Научный руководитель: д.м.н., профессор, Е.Ю. Есина

Актуальность. Изолированная иммунная тромбоцитопения ниже $100{,}0 \cdot 10^9$/л, и геморрагический синдромом различной степени выраженности, или его отсутствие, являются критериями диагностики идиопатической тромбоцитопенической пурпуры (ИТП). На амбулаторном этапе практического здравоохранения, врачи- терапевты сталкиваются со сложностями диагностики и дифференциальной диагностики этой болезни. Анализируя жалобы, анамнез заболевания и жизни больного с подозрением на ИТП, необходимо помнить, что идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура является диагнозом исключения. Необходимо провести полное комплексное обследование, исключающее вторичную иммунную тромбоцитопению как при аутоиммунных заболеваниях, так и при не иммунной патологии и других состояниях. Врач амбулаторного звена практического здравоохранения должен помнить, что надо исключить такие болезни, как, системная красная волчанка, антифосфолипидный синдром, лимфопролиферативные заболевания, острый лейкози другие состояния, сопровождающиеся снижением уровня тромбоцитов.

Цель. Изучить сложности диагностики тромбоцитопенической пурпуры у пациентовнаамбулаторном этапе практического здравоохранения.

Материалы и методы. Был проведен анализ амбулаторных карт 10 пациентов, обратившихся к терапевту, предъявлявших жалобы на периодические кровотечения из десен и/или носа.

Результаты исследования. В качестве примера – анализ амбулаторной карты пациентки К., 1959 года рождения. При обращении к терапевту, пациентка предъявляла жалобы на периодическое головокружение, слабость, периодические боли в правом подреберье, а также, периодически возникающие кровотечения из носа и дёсен. Обращаем внимание на неспецифические жалобы пациентки на головокружение, слабость, периодические боли в правом подреберье. С учетом жалоб на кровотечения из носа и десен, было проведено обследование, по результатам которого выставлен диагноз – ИТП, т.е. лабораторная диагностика, вместе с клинической имеет ведущее значение. Через 2 года с момента установления диагноза была проведена спленэктомия, а терапия элтромбопагом

начата в 2012 году. В настоящее время больная чувствует себя относительно удовлетворительно.В анамнезе жизни обращает внимание перенесенный хронический вирусный гепатит В, С, и гипертоническая болезнь. Объективный осмотр: Общее состояние удовлетворительное.Рост 173 см. Вес 79 кг. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. На коже видны единичные экстравазаты до 1,0-3,0 см, разной степени зрелости. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Грудина и ребра безболезненны при пальпации. При аускультации дыхание везикулярное. Хрипов нет. ЧДД 18 в/мин. Тоны сердца: приглушены, ритмичные. Пульс 76 уд/мин. АД 115/70 мм.рт.ст.Живот при пальпации мягкий, чувствительный в правом подреберье.Печень: по краю правой реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Периферические отеки нет. Необходимо сделать акцент на дифференциальной диагностике. Важное значение имеет дифференциальная диагностика с аутоиммунными заболеваниями, прежде всего с системной красной волчанкой, основу которой составляет клиника заболевания и картина периферической крови: наряду с тромбоцитопенией, анемия, лейкопения, лимфопения, при нормальных цифрах скорости оседания эритроцитов. Так же, определенные сложности могут возникнуть при дифференциальной диагностике апластической анемии и тяжелых форм ИТП. Дело в том, что при тяжелом течении ИТП развивается выраженная постгеморрагическая анемия, и происходит истощение красного костного мозга, так что клиническая картина во многом напоминает апластическую анемию. Необходимо изучить общий анализ крови: эритроциты при выраженной постгеморрагической анемии малых размеров - гипохромны. Только при исследовании костного мозга возможна точная постановка диагноза. Для апластической анемии характерно резкое снижение количества всех клеток-предшественниц в миелограмме. Тяжелая железодефицитная анемия нередко приводит к тромбоцитопении. В таких случаях важно правильно собрать анамнез (какие симптомы проявились раньше – анемии или тромбоцитопении), и провести дополнительные исследования (определение уровня железа, иммунологические пробы, пункция костного мозга).

Выводы. Врачу первичного звена необходимо обратить внимание на тщательный сбор анамнеза, с фиксацией жалоб на кровотечения, появление кровоподтеков без предшествующей травмы, общую слабость. Последующее лабораторное исследование общего анализа крови (тромбоцитопения) и коагулограммы помогут врачу амбулаторного звена вполне уверенно поставить диагноз: Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура и направить пациента на консультацию к гематологу для начала лечения.

БРОНХОЛЁГОЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ТАБАКОКУРЕНИЕМ В АНАМНЕЗЕ

Е.А. Черепанова – клинический ординатор; Е.Г. Гребенщикова – клинический ординатор

Кафедра факультетской терапии №1 с курсом физиотерапии ФДПО ФГБОУ ВО ПГМУ им. Академика Е.А. Вагнера Минздрава России, Пермь, Россия Научный руководитель – к.м.н., доц. Н.И. Попова

Актуальность: Табакокурение является предиктором развития основных заболеваний, определяющих смертность населения во всем мире [1]. Оно ежегодно приводит почти к 7 миллионам летальных исходов, из которых более 6 миллионов случаев происходит среди потребителей и бывших потребителей табака [2]. Несмотря на это число курящих людей в мире неуклонно растет [3]. Именно поэтому табакокурение представляет собой важнейшую социальную и медико-биологическую проблему.

Цель:изучить взаимосвязь табакокурения и развития заболеваний бронхолёгочной системы.

Материалы и методы исследования:В 2019 году на базе ГБУЗ ПК «ГКБ №2 им. Ф.Х. Граля» проведено анкетирование 33 больных и проанализировано 67 историй болезни пациентов, госпитализированных в пульмонологическое отделение, выявлены основные заболевания бронхолегочной системы у курящих и некурящих, проанализированы показатели пульсоксиметрии и спирометрии.

Результаты исследования:В результате обработки анкет и историй болезни выявлено, что из 100 пациентов мужчины составляют 54 человека (54%), женщины – 46 человек (46%). Средний возраст 57±5лет. Число курящих составило 49%, из них мужчины – 37 (75,5%), женщины – 12 (24,5%). Профвредность в виде промышленной пыли и аэрополлютантов имеют 24% некурящих респондентов и только 6% среди курящих. Таким образом, профвредность не оказала существенного влияния на заболеваемость курящих пациентов.

При анализе основных нозологий установлено, что у 40% обследованных больных верифицирована пневмония, 27% - бронхиальная астма, 25% - хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ), 8% приходится на другие заболевания лёгких, в том числе злокачественные новообразования. Число больных пневмонией, имеющих табакокурение в анамнезе составило 15 человек (37,5%), среди них мужчины – 73,3%, женщины – 26,7%; бронхиальной астмой – 11 человек (27,5%), на долю мужчин приходится 81,8%, женщин – 18,2%; ХОБЛ – 22 человека (55%), причём у мужчин – в 72,7% случаев, женщин – в 27,3%; другой патологии – 1 человек (2,5%), мужчина.

Среди курящих респондентов рассчитан индекс пачка/лет, который равен в среднем 16,75. Причем индекс курящего человека у пациентов с ХОБЛ составляет более 20, что позволяет отнести этих больных в группу «злостных курильщиков» и с уверенностью говорить о

курении как достоверном факторе риска развития ХОБЛ [3].

В результате оценки результатов пульсоксиметрии отмечено снижение показателей насыщения крови кислородом у 57% курящих и у 50% некурящих.

При исследовании функции внешнего дыхания методом спирометрии зафиксировано снижение показателей у 100% респондентов, имеющих в анамнезе курение, и только у 60% некурящих лиц.

Важным аспектом является желание 75% курящих людей искоренить пагубную привычку как вредный для здоровья фактор, по мнению большинства опрошенных. Однако по данным анкетирования лишь 16,5% удалось самостоятельно бросить курить, что во многом определяется никотиновой зависимостью и недостаточной антитабачной пропагандой.

Выводы:Установлено, что среди пациентов пульмонологического отделения ГБУЗ ПК «ГКБ №2 им. Ф.Х. Граля» число курящих составило менее половины из числа исследуемых, преобладают мужчины. Наиболее распространённой патологией у курящих является ХОБЛ, индекс пачка/лет которых превышает таковой показатель среди пациентов, имеющих другие бронхолегочные заболевания. Больший процент лиц с табакокурением в анамнезе имеет сниженные показатели насыщения крови кислородом по сравнению с некурящими. Среди всех курящих зафиксировано снижение показателей спирометрии по смешанному типу. 3/4 курящих пациентов хотели бы бросить курить, но лишь 16,5% удалось это реализовать.

1. Десять ведущих причин смерти в мире. Информационный бюллетень ВОЗ – Январь 2017 г. [Электронный ресурс]. - URLhttp://www.whogis.com/mediacentre/factsheets/fs310/ru/

2. Табак. Информационный бюллетень ВОЗ – Май 2017 г. [Электронный ресурс]. - URLhttp://www.whogis.com/mediacentre/factsheets/fs310/ru/

3. Общая врачебная практика: национальное руководство. В 2 т. Т. 1 / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ГЕВИСКОН СУСПЕНЗИЯ» В ТЕРАПИИ ГЭРБ У БЕРЕМЕННЫХ

Д.В. Кирсанова – студентка 1304 гр. лечебного факультета

Т.Е. Помыткина – доцент

Кафедра поликлинической терапии, последипломной подготовки и сестринского дела

ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, Кемерово, Россия

Научный руководитель – зав. каф., д.м.н. Т.Е. Помыткина

Актуальность. В настоящее время гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ)

является одной из самых распространённых заболеваний в гастроэнтерологии (Лазебник Л.Б., 2017). Особняком стоит данная проблема в акушерстве, ведь различные проблемы ЖКТ испытывает беременная женщина практически с самого начала своей беременности. Изжога столь часто беспокоит беременных, что как сами пациентки, так и многие врачи акушеры-гинекологи считают ее нормальным проявлением беременности, не требующим особого внимания (Елохина Т. Б., Тютюнник В. Л., 2009). Однако, данный симптом значительно ухудшает качество жизни беременных, что делает необходимым лечение ГЭРБ во время беременности. Препарат для лечения ГЭРБ должен быть не только эффективным, но и отвечать всем критериям безопасности для беременных женщин. Таким препаратом считается «Гевискон суспензия» фирмы ReckittBenckiserHealthcare, Ltd., Великобритания (Машарова А.А.,2015, Помыткина Т.Е. с соавт. 2017).

Цель исследования – оценить эффективность медицинского препарата «Гевискон суспензия» в терапии ГЭРБ у беременных женщин во II-III триместре.

Материалы и методы исследования. Проводился опрос беременных женщин, находившихся в отделении «патология беременности» в РД №1 и Перинатальном центре г. Кемерово.

Результаты и их обсуждение. В исследовании приняло участие 96 беременных женщин. Проводился опрос женщин на наличии такого симптома как «изжога» и методах его купирования. В результате опроса выяснилось, что испытывали изжогу 57 (63,3%) женщин, причем 27 из них боялись приема медикаментозных препаратов и терпели изжогу, запивая водой. Пациентки, принимающие лекарства, были разделены три группы (каждая по 10 человек). 1 группа (гр.) принимала препарат «Гевискон суспензия», 2 гр. – «Фосфалюгель», 3 гр. – прием молока, раствора соды.

1 гр. женщин обходилась приемом «Гевискона суспензия» на ночь, причем максимальное количество приема препарата «Гевискон суспензия» было 2 пакетика в сутки. На фоне терапии данным средством у пациенток улучшалась клиническая симптоматика ГЭРБ: 88% женщин отметили высокую скорость наступления эффекта в виде купирования диспепсического синдрома, отсутствие нежелательных побочных реакций. Во 2 гр. необходимость приема антацидов варьировалась от 3 до 5 раз в сутки после приема пищи и на ночь, причем наступление улучшения клинической симптоматики было лишь у 59% женщин. Из побочных явлений появилась склонность к запорам. Надо отметить, что пациентки 3 гр. принимали молоко и пищевую соду после каждого приема пищи 5-6 раз в день, иногда данная необходимость могла возникнуть в промежутке между приемами пищи и в ночное время. На фоне лечения отмечали выраженную отрыжку воздухом.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют, что медицинский препарат «Гевискон суспензия» показал свою эффективность и безопасность в лечении ГЭРБ у женщин во II-III триместре беременности.

АРИТМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

С.Г. Мирзаев,Г.А. Кудиясулов – студенты 518 гр. лечебного факультета

Кафедра госпитальной терапии № 1

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

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

Актуальность. Осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы являются наиболее частыми причинами смерти при хронической болезни почек (ХБП). Аритмии, наряду с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца являются факторами неблагоприятного кардиального прогноза, риска развития внезапной смерти. В настоящее время многие аспекты нарушений ритма у больных с ХБП остаются недостаточно ясными. В частности, недостаточно изучены роль электролитных нарушений и уремической интоксикации в развитии аритмий

Предупреждение жизнеопасных аритмий и как их следствие внезапной кардиальной смерти позволит снизить частоту летальных исходов и продлить жизнь пациентов с ХБП.

Цель исследования: Выявить взаимосвязь между аритмиями и возникающими при ХПН электролитными нарушениями, уремической интоксикацией, а также частоту наиболее часто встречающихся аритмий в отделении нефрологии ГБУ РД «РКБ»

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на базе отделения нефрологии ГБУ РД «РКБ». В нем принимали участие 48 пациентов с ХПН(23 мужчин и 25 женщин), имевших в анамнезе перебои в работе сердца. Возраст пациентов от 41 до 75. Всем пациентам было проведено обследование, которое включало: общеклиническое общеклиническое обследование, определение креатинина, мочевины и электролитов (Na, Cl, Ca, P, K), проведение суточного ЭКГ-мониторирования. Критерии исключения из исследования: заболевания щитовидной железы и паращитовидной железы, инфаркт миокарда.

Результаты исследования. По результатам подсчёта скорости клубочковой фильтрации на основании уровня креатинина сыворотки крови, пола и возраста, роста и массы тела выявлена ХБП: 1 ст – 0%, 2 ст – 14.6% (7 чел.), 3а ст – 60.4%(29 чел.), 3б ст – 25% (12 чел.), 4 ст – 0%, 5 ст – 0%.

У 1 пациента выявлены электролитные нарушения в виде гипокалиемии и

гипернатриемии

Частота нарушений ритма представлены на табл. 1

Таблица 1. Частота нарушений ритма

	2 ст (7 чел)	3а ст (29 чел)	3б ст (12 чел)
Одиночные НЖЭ	14,28%(1 чел)	31,03% (9 чел)	41,67% (5 чел)
Парные НЖЭ	0 %	3,44% (1 чел)	16,6% (2 чел)
Групповые НЖЭ	0 %	0 %	0 %
Наджел. тахикардия	0 %	0%	0%
Одиночные ЖЭ	28.57% (2 чел)	24,1% (7 чел)	33,3% (4 чел)
Парные ЖЭ	0 %	3,44% (1 чел)	8,3% (1 чел)
Групповые ЖЭ	0 %	0 %	0 %
Желуд. тахикардия	0 %	0 %	0 %

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о наличии коррелятивной связи между аритмиями и уровнем креатинина сыворотки крови. Наиболее часто встречаются одиночные НЖЭ – у 31,25% (15 чел.) и одиночные ЖЭ – у 27.08% (13 чел.).

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ЦЕРЕБРОКАРДИАЛЬНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С НЕТРАВМАТИЧЕСКИМИ СУБАРАХНОИДАЛЬНЫМИ КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ

А.А. Чечулин – студент 1329 гр. лечебного факультета

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Беларусь

Научный руководитель – ассистент М.В. Шолкова

Актуальность. Острые нарушения мозгового кровообращения сопровождаются комплексом кардиальных дисфункций, которые объединяют под понятием «цереброкардиальный синдром». Цереброкардиальный синдром возникает на фоне поражения центральной нервной системы в связи с нарушением работы вегетативной нервной системы, местным нейровоспалением, комплексным свободнорадикальным повреждением. Цереброваскулярные заболевания головного мозга, в том числе и нетравматические субарахноидальные и внутримозговые кровоизлияния, являются частыми причинами летального исхода и инвалидности. Субарахноидальные кровоизлияния составляют не менее 10% от числа всех острых инсультов. Диагностика ранних проявлений цереброкардиального синдрома является важной в выборе тактики лечения больного. Наиболее типичными для цереброкардиального синдрома кадиальными проявлениями на

ЭКГ являются: увеличение продолжительности, амплитуды, элевация и расширение зубца Т, удлинение интервала QT и QTU. Возможны элевация или депрессия сегмента ST, напоминающие картину инфарктной кривой. Наиболее частыми нарушения ритма и проводимости при цереброкардиальном синдроме бывают синусовая брадикардия (реже тахикардией), желудочковая или предсердная экстрасистолия, мерцательная аритмия, атриовентрикулярные блокады.

Цель. Выяснить наиболее типичные сердечно – сосудистые нарушения у пациентов со спонтанными нетравматическими субарахноидальными кровоизлияниями.

Материалы и методы исследования. Ретроспективному анализу подвергли истории болезней 30 пациентов в возрасте 46–79 лет с подтверждёнными нетравматическими субарахноидальными кровоизлияниями. Средний возраст пациентов составил 60,00±9,39 лет, (14 женщин, 47% и 16 мужчин, 53%). В исследование не включались пациенты с оперативными вмешательствами на головном мозге, с черепно – мозговыми травмами, с ишемическими инсультами, с ишемически - геморрагическими трансформациями, сахарным диабетом в анамнезе, с повышением уровня тропонина I. Пациентам проводилась ЭКГ в 12 отведениях, определение электролитов плазмы крови, общий анализ крови, уровень глюкозы в крови, тропонина I.

Результаты исследования. Наиболее характерными ЭКГ-признаками цереброкардиального синдрома при субарахноидальных кровоизлияниях в наших исследованиях оказались брадикардия (у 100% пациентов) и удлинение интервала QT>0,46 с, которое выявлялось у 26 пациентов из 30 (86,7%). У всех пациентов было выявлена гипокалиемия в первые трое суток заболевания (средний уровень калия составил 3,29±0,22 ммоль/л) и артериальная гипертензия (средний уровень систолического артериального давления составил 141,83±8,14, диастолического – 84±3,46 мм.рт.ст.). Полученные нами данные по отношению к этим ЭКГ- признакам не расходятся с приводимыми в литературе. Вместе с тем, в наших исследованиях на ЭКГ пациентов не наблюдалось увеличения амплитуды зубцов Т, глубоких отрицательных зубцов Т, увеличения высоты зубцов U, приводимых в литературе как типичные ЭКГ-отклонения при цереброкардиальном синдроме у пациентов с субарахноидальными кровоизлияниями. В наших исследованиях выявлена тенденция к удлинению интервала PQ и приближение к отметке 0,2с (в среднем 0,19±0,03), однако PQ в анализируемых случаях не превышал нормальные значения.

Выводы. Для цереброкардиального синдрома при субарахноидальных кровоизлиянияхтипичными признаками в наших исследованиях стало развитие брадикардии (100%) и удлинение интервала QT (86,7%). Цереброкардиальный синдром у пациентов с субарахноидальными кровоизлияниями протекает, как правило, на фоне гипокалиемии и

артериальной гипертензии. Индивидуальный подход к оценке кардиальных и клинических нарушений у пациентов с нетравматическими субарахноидальными кровоизлияниями позволит обеспечить раннюю диагностику цереброкардиального синдрома и оптимизировать лечебные мероприятия.

СИНДРОМ ОРГАНИЧЕСКОЙ ДИСПЕПСИИ В ПРАКТИКЕ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА–ТЕРАПЕВТА

А.Р. Курбанова – студент 5 курса лечебного факультета

Кафедра госпитальной терапии

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, Казань, Россия

Научный руководитель – мл. науч. сотр. А.А. Ефремова

Актуальность. Частота синдрома органической диспепсии у взрослого населения в странах мира варьирует от 7% до 41% и составляет в среднем около 25%. Под диспепсией понимают постоянную или периодически возникающую боль в области эпигастрия, чувство жжения за грудиной, тяжесть или дискомфорт в подложечной области после еды и раннее насыщение. Диспепсия – полиэтиологическая проблема и является относительно частой жалобой в терапевтической практике, а потому, учитывая высокий уровень смертности от онкозаболеваний органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), на этапе первичного звена важна своевременная диагностика и предельная онкологическая настороженность.

Цель исследования. Выявить причины возникновения синдрома органической диспепсии в условиях АПУ.

Методы и материалы: на базе ГАУЗ «Городская поликлиника №8» г.Казани в период с 01.09.2018 по 27.12.2018 было обследовано 72 пациента с впервые возникшими или рецидивирующими диспепсическими симптомами, которым ранее никаких обследований не проводилось. Всем пациентам был произведен комплекс лабораторно-инструментальных исследований: общий анализ крови (ОАК) с лейкоформулой, эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) с определением кислотности, ультразвуковое исследование органов брюшной полости (УЗИ ОБП).

Результаты исследования. Количество мужчин составило 39 (54%), женщин – 33 (46%). Из них пациенты в возрасте от 20 до 45 лет – 36 человек (50%), 46-60 лет – 27 (37,5%), старше 60 лет – 9 (12,5%). В группе пациентов от 20 до 45 лет эндоскопическая картина была представлена поверхностными изменениями слизистой оболочки верхних отделов ЖКТ: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) без эзофагита – 11 (30,5%) случаев, ГЭРБ с рефлюкс-эзофагитом А – 2 (5,5%), поверхностный гастрит – 18 (50%) случаев, в т.ч. с повышенной кислотностью – 16, пониженной – 2; гастродуоденит – 5 (14%)

с нормальными показателями ОАК; результаты УЗИ ОБП не выявили значительных патологических изменений. В группе 46 – 60 лет эндоскопически было выявлено: ГЭРБ без эзофагита – 2 (7,4%) случая, ГЭРБ с рефлюкс-эзофагитом А – 1 (3,7%), ГЭРБ с рефлюкс-эзофагитом В – 4 (14,8%) случая, пищевод Барретта – 1 (3,7%), атрофический гастрит – 2 (7,4%), поверхностный гастрит с повышенной кислотностью – 7 (26%), полип желудка – 2 (7,4%), ксантома малой кривизны желудка – 1 (3,7%), язва желудка – 4 (14,8%), в т.ч. в стадии рубцевания – 1, язва ДПК – 1 (3,7%), образование малой кривизны желудка – 2 (7,4%) пациента с анемическим синдромом в ОАК. По результатам УЗИ ОБП были выявлены сопутствующие заболевания: признаки хронического панкреатита, кист; холецистита, в т.ч. с конкрементами; полипы желчного пузыря; у 1 пациента было выявлено образование поджелудочной железы. В группе старше 60 лет эндоскопическая картина у 4 (45%) пациентов была представлена атрофическим гастритом, у 2 (22%) - язвой малой кривизны в стадии рубцевания, у 3 (33%) - поверхностным гастритом с повышенной кислотностью. УЗИ выявило хронические заболевания внутренних органов. Показатели ОАК оставались в пределах нормы.

Выводы. Таким образом, основными причинами возникновения синдрома органической диспепсии оказались поверхностный гастрит с повышенной кислотностью, ГЭРБ, язвенная болезнь желудка. Высокий риск развития онкологических заболеваний был выявлен у лиц среднего и пожилого возраста. Пациенты с эндоскопической картиной пищевода Барретта, атрофического гастрита, ксантомой и образованиями малой кривизны желудка, полипом желудка, а так же УЗИ признаками образования поджелудочной железы были незамедлительно направлены в онкологический диспансер, где созданы все условия для полного обследования, уточнения диагноза и комплексного лечения.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ЗИВЕРТА-КАРТАГЕНЕРА (SITUSVISCERUMINVERSUS), ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ В РЕСПУБЛИКАНСКОМ ДЕТСКОМ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ (РДПЦ) И РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ (РКБ) РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН С 2012 ПО МАРТ 2019 ГГ.

Л.Н. Мусаева - аспирант 1-го года обучения

Кафедра госпитальной терапии №2

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

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

Актуальность. Актуальность выбранной нами темы обусловлена поздней диагностикой синдрома Зиверта-Картагенера в практике врача-интерниста. Синдром Картагенера (КС) представляет собой редкое аутосомно-рецессивное расстройство, которое впервые было описано А.К. Зивертом в 1904 году; однако М. Картагенер распознал синдром, включающий клиническую триаду хронического синусита, бронхоэктаза и транспозицию внутренних органов (situs viscerum inversus) в 1933 году. Распространенность КС составляет от 1 на 2265 до 1 на 40000 населения. Среди пациентов с бронхоэктазами -13%, среди больных с обратным расположением внутренних органов – 25%. Для диагностики нарушения функции реснитчатого эпителия необходимо электронно-микроскопическое исследование мазка слизи, биоптата из трахеи, бронхов (при бронхоскопии) или биоптата слизистой оболочки носа (выше передней носовой раковины).

Цель исследования. Выявить частоту встречаемости и особенности течения синдрома Зиверта-Картагенера у больных, поступивших с бронхолегочной патологией: частые обострения бронхита с бронхоэктазами, пневмония, риносинуситы, отиты, зарегистрированных в республиканском детском пульмонологическом центре (РДПЦ) и республиканской клинической больнице (РКБ) республики Дагестан в период с 2012 по март 2019 гг.

Материалы и методы. В исследование было включено 7 больных, поступивших с хроническим бронхитом и бронхоэктазами в РДПЦ и РКБ республики Дагестан за последние 7 лет. Возраст больных составлял от 8 до 29 лет. У всех больных с рождения отмечался кашель с гнойной мокротой зеленоватого цвета полным ртом, не поддающейся обычной схеме антибиотикотерапии. Также, пациентам выставлялись различные диагнозы, маскирующие истинную причину наблюдавшейся симптоматики: хронический бронхит с бронхоэктазами, аспирационная пневмония, риниты, синуситы, отиты, гаймориты, этмоидиты. Синдром Зиверта-Картагенра был заподозрен и верифицирован после проведения рентгенографии органов грудной клетки, реже компьютерной томографии (КТ) в возрасте от трех месяцев до трех лет жизни. У троих человек было выявлено полная транспозиция внутренних органов-декстрокардия, печень слева, селезенка справа (situs viscerum inversus totalis), у четверых отмечалась лишь правостороннее расположение сердца. Среди обследованных: четыре человека (57.1%) составил мужской пол, три человека (42.9%) – женский. Средний возраст пациентов — 11+10 лет. В группе диагностированных контингент пубертантного возраста (8-14лет) составил 71.4%%, старше 18 лет — 28.6%. Диагностика синдрома Зиверта-Картагенера основывалась на данных клинической симптоматики и лабораторно-инструментальных результатов: рентген и КТ органов грудной

клетки и УЗИ сердца, органов брюшной полости. У всех больных в общем анализе крови отмечались ускорение СОЭ, СРБ и лейкоцитоз.

Результаты исследования. В большинстве случаев, клиническая симптоматика синдрома Зиверта-Картагенера развивалась с первых дней жизни, однако декстрокардию удавалось выявить с трех месяцев до трех лет, транспозицию внутренних органов – значительно позже. Основными жалобами больных явились: кашель с мокротой слизисто-гнойного характера со зловонным запахом, зеленоватого цвета в количестве более 1 литра в сутки (100%), затруднение носового дыхания, выделения из носа слизистого и слизисто-гнойного характера (100%), субфебрилитет (50%), головные боли (40%). Объективно у всех пациентов отмечался гипотрофия мышц рук и рук (40%), у двоих больных (28.5%) определялась «воронкообразная» грудная клетка.При осмотре определялись следующие признаки дисгенезии соединительной ткани в той или иной степени выраженности: отсутствие мечевидного отростка, высокие межреберные промежутки, расширенные(высокие) межпальцевые промежутки; указательные пальцы, расположенные на уровне безымянного(в норме безымянный выше указательного), арахнодактилия («паучьи пальцы»), кифосколиоз, близорукость, искривление носовой перегородки. Бронхоэктазы определялись у 100% верифицированных. У 1 больной был зафиксирован экстраординарный случай беременности с рождением здорового ребенка.

Выводы. Исходя из данных проведенного исследования, пациенты с синдромом Зиверта-Картагенера встречаются нечасто (за 7 неполных лет — 7 больных). Однако, учитывая низкую осведомленность практикующих врачей о наличии данного заболевания, и соответственно, отсутствие необходимого диагностического поиска (проведение рентгенографии и КТ органов грудной клетки, и брюшной полости) абсолютный процент заболевших, может быть выше. Несвоевременная диагностика синдрома Зиверта-Картагенера приводит к ухудшению качества жизни пациентов, а также полиорганным осложнениям. В связи с чем, важно улучшать подготовку молодых специалистов по данной нозологии, необходимую для коррекции образа жизни и предупреждения возможных осложнений со стороны бронхолегочной системы (бронхоэктазы) и органов ЖКТ.

РОЛЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В РАЗВИТИИ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ФОНЕ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ

О.А.Гармонова – аспирант, В.О.Зязина – к.м.н., врач-кардиолог,

В.Р. Бородина – студентка лечебного факультета

Кафедра госпитальной терапии и эндокринологии
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н.Бурденко Минздрава России, Воронеж, Россия
Научный руководитель – д.м.н., профессор С.И. Кузнецов

Актуальность. Смертность в РФ в настоящее время от сердечно-сосудистых заболеваний остается на довольно высоком уровне, несмотря на все возможности, которые предоставляются государством. Инфаркт миокарда – это грозное заболевание, которые имеет осложнения, как на острой стадии развития, так и в более отдаленные сроки.

Инфаркт миокарда сегодня принято разделять на 2 вида – это инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST и без подъема сегмента ST. Генез развития данного заболевания один. Это наличие атеросклеротической бланке в коронарной артерии, которая под действие факторов риска травмируется, на это место начинают оседать тромбоциты, так как это ответная реакция организма на заживление. В результате проток в коронарном русле закрывается и происходит окклюзия коронарной артерии, а затем некроз того участка миокарда, который кровоснабжался данной артерией. Если ее не открыть в первые 20-30 минут, миокарда погибает.

Сегодня существует несколько методов по реваскуляризации миокарда. Первый – это тромболитическая терапия. Когда при развитии острого коронарного синдрома, вводится тромболитический препарат, который лизирует тромб и восстанавливает кровоток. Но есть несколько минусов, эффективность данного метода в 50-80 % случаев, имеет осложнения и не ликвидирует субстрат заболевания – атеросклеротическую бляшку. Второй метод реваскуляризации миокарда – это чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ). Оно заключается в хирургическом лечении инфаркт-зависимой коронарной артерии. Различают первичное ЧКВ, когда предварительно не проводится ТЛТ, а сразу ставится стент. И вторичное, через некоторое время после ТЛТ или плановой коронароангиографии.

Однако, когда мы проводим реваскуляризации, мы так же назначаем и патогенетическую медикаментозмедикаментозную терапию, согласно стандартам оказания помощи при инфаркта миокарда. Это бета-блокаторы, двойная дезагрегантная терапия, ингибиторы - АПФ или сметаны, статины, нитраты, антикоагулянты и симптоматическая поддержка в случае декомпенсации того или иного органа или системы. Однако, сегодня не так развита применение метаболической терапии (цитопротективной) у больных с ишемией и некрозом клеточных структур.

Ишемия миокарда - это недостаточное поступление кислорода в клетку с ее потребностью. Если кислород не поступает, нарушается образование энергии (АТФ) в клетке и клетка погибает. Препараты метаболической или цитопротекторов группа

предотвращают гибель клеток. Они улучшают энергетические свойства клетки, способствуют более длительному периоду переносимости гипоксии, и в случае восстановления кровотока, быстрее восстанавливают функцию клеток. Что особо важно для больных с инфарктом миокарда. К данной группе относится препарат Мексидол. Он имеет показания для назначения в острые часы развития инфаркта миокарда, предотвращая развитие некроза.

Смертность больных наступает из-за осложнений инфаркта миокарда, чаше всего это желудочковые нарушения ритма сердца – фибрилляцию желудочков, желудочковая тахикардия и желудочковая экстрасистолия.

Цель исследования изучить влияние Мексидола на желудочковые нарушения ритма сердца у больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST на фоне коморбидной патологии (сахарный диабет 2 типа, артериальная гипертензия) после проведения ЧКВ от 6 до 12 часов от начала развития заболевания.

Материалы и методы исследования. Наблюдение за больным проводилось на базе БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница 1» в период с 2015 по 2018 года. Было пролечено 220 пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST с зубцом Q на фоне коморбидной патологии (СД 2 типа, АГ, ХПН) в период от 6 до 12 часов от развития заболевания. Средний возраст пациентов составил 78 ± 5,73 лет. Он в были разделены на две группы. Первую группу составили 110 больных, которым проводилось первичное ЧКВ и патогенетическую терапия. Вторую группу так же составили 110 больных, которым дополнительно добавляется Мексидол при проведении ЧКВ и медикаментозной терапии. Пациенты были сопоставимы по полу, возрасту, коморбидной патологии, поражению коронарного русла.

Проводилось на раннем этапе тропониновый тест, которые был положительный, КФК МВ, второе имело значения выше норма, а также ЭКГ, где отмечался подъем в отведениях, а также атипичная клиническая картина – дискомфорт за грудной с незначительной иррадиацией в нижнюю челюсть и левую руку, одышка в покое умеренная. Что подтверждало наличие инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST. Проводился мониторинг ЭКГ в первые сутки для оценки желудочковых нарушений ритма сердца в двух группах.

Результаты и их обсуждение. Проведение хирургического и медикаментозного лечения дало положительные результаты. Была открыта инфаркт-зависимая артерии (окклюзия), где полностью восстановлен кровоток. Но у пациентов мы отмечали осложнения в виде реперфузионного синдрома, отмечались желудочковые экстрасистолы, желудочковая тахикардия с переходом в фибрилляцию желудочков.

В первой группе желудочковая экстрасистолия отмечалась у 93% пациентов, желудочковая тахикардия у 58% и фибрилляция желудочков у 23%, что потребовало применение дефибриллятора у данных пациентов после постановки стента и назначения стандартной медикаментозной терапии. Смертельных случаев не отмечалось. Однако , в группе, где дополнительно вводился Мексидол дополнительно к хирургической и медикаментозной терапии, результаты были лучше. У них были зарегистрированы желудочковые экстрасистолия (в 78% случаев), желудочковая тахикардия, которая отмечалась пробежками и была не более 30 секунд регистрировалась у 44%, фибрилляцию желудочков выявляли у 7% пациентов, которым был применим дефибриллятор, так как их состояние сопровождалось остановкой гемодинамики ($p < 0,05$).

Выводы. В заключение доказано положительное влияние Мексидола на развитие осложнений в виде желудочковых нарушений ритма сердца, которые сопровождались нарушением гемодинамики только в 7% случаев и требовало применение дефибриллятора.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ГОРОДСКОГО И СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

С.Г. Мирзаев – студент 518 гр. лечебного факультета

Кафедра госпитальной терапии №1

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

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

Актуальность. Около 34-46% мужчин и 32-46% женщин (в зависимости от региона) страдают ГБ. Несмотря на широкий спектр используемых препаратов, АГ приводит к тяжелым осложнениям с летальным исходом. Вклад АГ в смертность лиц среднего возраста от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) составляет 40%, а в смертность от мозгового инсульта — 70-80%.

Эффективность проводимой терапии во многом определяется тем, в какой степени пациент следует указанным рекомендациям, или приверженностью к лечению. К сожалению, приверженность к гипотензивной терапии у пациентов с АГ находится на низком уровне. Низкая приверженность к гипотензивной терапии может быть обусловлена недооценкой последствий АГ, отсутствием острой клинической симптоматики, частым приемом гипотензивных препаратов, их стоимостью.

Цель исследования: оценить приверженность к гипотензивной терапии городского и сельского населения, предложить способы по ее улучшению

Материал и методы исследования. Исследование проведено в 2018гг. на базе терапевтического отделения МКБ, кардиологического отделения 1й городской больницы

(кардиология-1) и кардиологического отделения РКБ (кардиология-3).

Для сбора материала была разработана анкета, которая включала 19 вопросов. Участвовали в анкетировании 60 пациентов: 30 городских (15 мужчин и 15 женщин) и 30 сельских (15 мужчин и 15 женщин). Возраст опрошенных от 38 до 86 лет.

Методы исследования: сбор материала путем заполнения пациентами анкет, анализ, синтез и сопоставление полученной информации.

Результаты исследования. 13,3% (из них 6,6% - представители горных районов, 6,6% - равнинных) пациента сельского населения не принимают никаких гипотензивных препаратов, несмотря на имеющиеся амбулаторные рекомендации. У городских пациентов этот показатель в 2 раза выше – почти 27%. Стоит отметить, что 20% городских и 13,3% (из них 9,9% - представители горных районов, 3,3 – предгорных) сельских пациента принимают капотен только при повышении АД.

Наиболее популярными гипотензивными препаратами, применяемыми городскими пациентами, являются: Диротон (37%), Конкор(37%), Энап(25%), Экватор(18,7%). Сельские пациенты при лечении чаще всего применяют Конкор(27,2%), Диротон(22,7%), Атенолол(9%), Лозап(9%).

Выводы. По нашим исследованиям наиболее приверженными к гипотензивной терапии являются пациенты сельской местности. Наиболее популярными препаратами, используемыми городским и сельским населением, являются Диротон, Конкор и Экватор. Рекомендовать больным комбинированные формы препаратов и проводить просветительную работу среди городского и сельского населения для улучшения приверженности к гипотензивной терапии.

РОЛЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В РАЗВИТИИ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ФОНЕ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ

О.А.Гармонова – аспирант, В.О.Зязина – к.м.н., врач-кардиолог,

В.Р. Бородина – студентка лечебного факультета

Кафедра госпитальной терапии и эндокринологии

ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н.Бурденко Минздрава России, Воронеж, Россия

Научный руководитель – д.м.н., профессор С.И. Кузнецов

Актуальность. Смертность в РФ в настоящее время от сердечно-сосудистых заболеваний остается на довольно высоком уровне, несмотря на все возможности, которые предоставляются государством. Инфаркт миокарда – это грозное заболевание, которые

имеет осложнения, как на острой стадии развития, так и в более отдаленные сроки.

Инфаркт миокарда сегодня принято разделять на 2 вида – это инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST и без подъема сегмента ST. Генез развития данного заболевания один. Это наличие атеросклеротической бланке в коронарной артерии, которая под действие факторов риска травмируется, на это место начинают оседать тромбоциты, так как это ответная реакция организма на заживление. В результате проток в коронарном русле закрывается и происходит окклюзия коронарной артерии, а затем некроз того участка миокарда, который кровоснабжался данной артерией. Если ее не открыть в первые 20-30 минут, миокарда погибает.

Сегодня существует несколько методов по реваскуляризации миокарда. Первый – это тромболитическая терапия. Когда при развитии острого коронарного синдрома, вводится тромболитический препарат, который лизирует тромб и восстанавливает кровоток. Но есть несколько минусов, эффективность данного метода в 50-80 % случаев, имеет осложнения и не ликвидирует субстрат заболевания – атеросклеротическую бляшку. Второй метод реваскуляризации миокарда – это чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ). Оно заключается в хирургическом лечении инфаркт-зависимой коронарной артерии. Различают первичное ЧКВ, когда предварительно не проводится ТЛТ, а сразу ставится стент. И вторичное, через некоторое время после ТЛТ или плановой коронароангиографии.

Однако, когда мы проводим реваскуляризации, мы так же назначаем и патогенетическую медикаментозмедикаментозную терапию, согласно стандартам оказания помощи при инфаркта миокарда. Это бета-блокаторы, двойная дезагрегантная терапия, ингибиторы - АПФ или сметаны, статины, нитраты, антикоагулянты и симптоматическая поддержка в случае декомпенсации того или иного органа или системы. Однако, сегодня не так развита применение метаболической терапии (цитопротективной) у больных с ишемией и некрозом клеточных структур.

Ишемия миокарда - это недостаточное поступление кислорода в клетку с ее потребностью. Если кислород не поступает, нарушается образование энергии (АТФ) в клетке и клетка погибает. Препараты метаболической или цитопротекторов группа предотвращают гибель клеток. Они улучшают энергетические свойства клетки, способствуют более длительному периоду переносимости гипоксии, и в случае восстановления кровотока, быстрее восстанавливают функцию клеток. Что особо важно для больных с инфарктом миокарда. К данной группе относится препарат Мексидол. Он имеет показания для назначения в острые часы развития инфаркта миокарда, предотвращая развитие некроза.

Смертность больных наступает из-за осложнений инфаркта миокарда, чаше всего это

желудочковые нарушения ритма сердца – фибрилляцию желудочков, желудочковая тахикардия и желудочковая экстрасистолия.

Цель - исследования изучить влияние Мексидола на желудочковые нарушения ритма сердца у больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST на фоне коморбидной патологии (сахарный диабет 2 типа, артериальная гипертензия) после проведения ЧКВ от 6 до 12 часов от начала развития заболевания.

Материалы и методы исследования. Наблюдение за больным проводилось на базе БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница 1» в период с 2015 по 2018 года. Было пролечено 220 пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST с зубцом Q на фоне коморбидной патологии (СД 2 типа, АГ, ХПН) в период от 6 до 12 часов от развития заболевания. Средний возраст пациентов составил 78 ± 5,73 лет. Он в были разделены на две группы. Первую группу составили 110 больных, которым проводилось первичное ЧКВ и патогенетическую терапия. Вторую группу так же составили 110 больных, которым дополнительно добавляется Мексидол при проведении ЧКВ и медикаментозной терапии. Пациенты были сопоставимы по полу, возрасту, коморбидной патологии, поражению коронарного русла.

Проводилось на раннем этапе тропониновый тест, которые был положительный, КФК МВ, второе имело значения выше норма, а также ЭКГ, где отмечался подъем в отведениях, а также атипичная клиническая картина – дискомфорт за грудной с незначительной иррадиацией в нижнюю челюсть и левую руку, одышка в покое умеренная. Что подтверждало наличие инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST. Проводился мониторинг ЭКГ в первые сутки для оценки желудочковых нарушений ритма сердца в двух группах.

Результаты и их обсуждение. Проведение хирургического и медикаментозного лечения дало положительные результаты. Была открыта инфаркт-зависимая артерии (окклюзия), где полностью восстановлен кровоток. Но у пациентов мы отмечали осложнения в виде реперфузионного синдрома, отмечались желудочковые экстрасистолы, желудочковая тахикардия с переходом в фибрилляцию желудочков.

В первой группе желудочковая экстрасистолия отмечалась у 93% пациентов, желудочковая тахикардия у 58% и фибрилляция желудочков у 23%, что потребовало применение дефибриллятора у данных пациентов после постановки стента и назначения стандартной медикаментозной терапии. Смертельных случаев не отмечалось. Однако , в группе, где дополнительно вводился Мексидол дополнительно к хирургической и медикаментозной терапии, результаты были лучше. У них были зарегистрированы желудочковые экстрасистолия (в 78% случаев), желудочковая тахикардия, которая

отмечалась пробежками и была не более 30 секунд регистрировалась у 44%, фибрилляцию желудочков выявляли у 7% пациентов, которым был применим дефибриллятор, так как их состояние сопровождалось остановкой гемодинамики ($p < 0,05$).

Выводы. В заключение доказано положительное влияние Мексидола на развитие осложнений в виде желудочковых нарушений ритма сердца, которые сопровождались нарушением гемодинамики только в 7% случаев и требовало применение дефибриллятора.

СЕМЕЙНАЯ СРЕДИЗЕМНОМОРСКАЯ ЛИХОРАДКА В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

С.М. Кишов, А.А. Гамзаев – студенты 618 гр. лечебного факультета

Кафедра госпитальной терапии №2 ФГБОУ ВО ДГМУ

Научный руководитель – к.м.н., асс. Меджидова Р.А.

Актуальность. Семейная средиземноморская лихорадка (далее ССЛ)– наследственное аутовоспалительное заболевание, которое характеризуется повторяющимися и самостоятельно купирующимися эпизодами фебрильной лихорадки (приступами), серозитом, синовитом и иногда кожной сыпью.Распространенность ССЛ в Дагестане фактически не изучена, заболевание диагностируют редко, что связано со слабой осведомленностью практикующих врачей об этой болезни. По нашему мнению, Дагестан не может быть исключением по частоте заболеваемости ССЛ.Как правило, большинство пациентов с периодической болезнью лечат по поводу ошибочных диагнозов, и проводимая терапия оказывается неэффективной.

Цель исследования. Изучить степень распространенности ССЛ в республике Дагестан и осветить тему её неверной диагностики.

Материалы и методы.За 8-летний период наблюдения нами обследован 21 пациент коренных национальностей Дагестана в возрасте от 18 до 40 лет (средний возраст 29,8 ±10,3), из них 11 мужчин и 10 женщин.У 2 больных диагноз ССЛ был установлен ранее, однако регулярного лечения колхицином они не получали, остальные пациенты являлись первично выявленными. При анализе особенностей клинической картины выявлено, что у 18 больных отмечался абдоминальный вариант ССЛ, у 3-х - смешанный (сочетание абдоминального синдрома с поражением суставов). Длительность болевого приступа составляла в среднем 2-3 суток. Частота приступов колебалась от 1 раза в 3-4 месяца до 3-4 раз в месяц (в среднем 1 раз в 1месяц). В период приступа клиническая картина проявлялась лихорадкой различной степени выраженности, дискинетическими явлениями различной степени выраженности (нарушением стула, рвотой желчью), лейкоцитозом от 16 х 10^9/л до

80 х 10^9/л, повышением СОЭ до 47 – 55 мм/час. Принимаемые в момент приступа аналгетики и спазмолитики существенного эффекта не оказывали. При лабораторно - инструментальном исследовании по органам – какой-либо органической патологии не было выявлено. У 17 больных отсутствовали проявления поражения почек, а у 4 диагностирована протеинурическая стадия амилоидоза. Молекулярно-генетическое исследование стало доступно в последние 2-3 года, проведено у 4 больных, диагноз подтвержден во всех 4 случаях.

По национальному составу больные распределялись следующим образом: аварцы – 6 (3 женщин¸3 мужчин), азербайджанцы (этнический турок) – 1, армяне – 1, евреи – 2, иранцы – 1, лакцы – 4, лезгины – 3, даргинцы – 2 (братья), родители которых являются двоюродными братом и сестрой, кумыки – 1.Наследственность отмечена у 6 пациентов (в семье болели брат или сестра); у четверых пациентов родители были близкими родственниками.

Начало заболевания отмечалось в возрасте от 1 до 27 лет (в среднем возраст на момент начала составлял 15,8 ± 12 лет), длительность болезни к моменту установки диагноза от 2 до 37 лет (в среднем 13,4 ± 10 лет), т.е. имело место поздняя диагностика. Среди обследованных пациентов 11 больных подвергались оперативному вмешательству: шестеро - однократно, одна пациентка – дважды, у четверых были многократные оперативные вмешательства. Поводом для операции служили подозрение на аппендицит (у 7), спаечную болезнь (у 2) и острую гинекологическую патологию (у 2), причем во время операции выставленный диагноз не подтверждался, отмечалось лишь наличие жидкости в брюшной полости (от незначительного количества до 2 л.). У одной больной отмечалось прекращение приступов абдоминальных болей во время беременности и более благоприятное течение ССЛ в дальнейшем, с урежением частоты приступов в 2 раза. В то же время у всех оперированных больных наблюдались учащение приступов болезни после операции.

Результаты исследования.Для иллюстрации проблемы приведем один из наших клинических случаев.

В клинику госпитальной терапии 2 Даггосмедуниверситетаобратился пациент И., 1985 года рождения, с жалобами на периодические постепенно усиливающиеся боли в области живота, сопровождающиеся подъемом температуры тела до 38-39°, продолжительностью до 3-4 дней. Из анамнеза впервые болевой синдром отмечает с 12 лет, по поводу которого был госпитализирован в Чародинскую районную больницу, где был выставлен диагноз «аппендицит». Но в связи с отказом родителей, аппендэктомия больному не проведена.В дальнейшем в течение 15 лет слабо выраженный кратковременный болевой синдром иногда

повторялся. 6 сентября 2012 г. очередной приступ начался с более интенсивных болей в верхних отделах живота, в связи с чем в экстренном порядке госпитализирован в Московскую городскую больницу №70. При обследовании в общем анализе крови выявлен нейтрофильный лейкоцитоз до 30 тыс., УЗИ органов брюшной полости: свободная жидкость. Произведена диагностическая лапароскопия, в ходе которого визуализирована картина перитонита в правых отделах живота. Выполнена срединная лапаротомия, при ревизии вподпеченочном пространстве выявлено 80 мл гнойного выпота. При тщательной ревизии явного источника перитонита не обнаружено. Установлен криптогенный характер перитонита, произведена санация и дренирование брюшной полости. При посеве выпота роста микрофлоры не обнаружено. Выписан 17 сентября 2012 г в удовлетворительном состоянии. Через 4 дня после выписки приступы возобновились. С этого периода отмечает определенную закономерность в возникновении приступов: боли имели различную локализацию в области живота, длились 3-4 дня, после чего полностью исчезали. Светлый промежуток между приступами составлял от 1 недели до 1 месяца. Перед приступом отмечал продромальные симптомы в виде сонливости и выраженной слабости. С 2012 года больной неоднократно госпитализировался в хирургические и терапевтические стационары города Махачкалы, Буйнакска и Москвы. У пациента более 20-ти выписок из историй болезней. Выставлялись различные диагнозы: острый панкреатит, спаечная болезнь брюшины без нарушения моторно-эвакуаторной функции кишечника, язва желудка и 12 п\к, левосторонняя паховая грыжа, по поводу которой проведено грыжесечение, пластика по Лихтенштейну слева в г. Москве (апрель 2017). Больной во время приступов принимает анальгетики и спазмолитики (спазган, но-шпа), отмечает снижение интенсивности болевого синдрома. При очередном болевом приступе больной обратился к хирургу г. Буйнакска, который отверг хирургическую патологию и рекомендовал обратиться к проф. Эседову Э.М. В связи, с чем больной госпитализирован в отделение гастроэнтерологии. На 3-й день госпитализации у больного отмечался очередной приступ болей в животе с высокой лихорадкой до 39, который сопровождался лейкоцитозом до 12тыс. (п-2, с-79, л-15, м-4). В анамнезе жизни у сестры отмечает такого рода приступы болей, которые проходили во время беременности. В детстве ей была проведена аппендэктомия, но при исследовании удаленного аппендикса признаков воспаления не обнаружено.

Объективно: при поступлении состояние больного относительно удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, периферических отеков нет, лимфоузлы не увеличены. ИМТ 23 кг\м^2. Температура тела 36.8 градусов. Выявлены маркеры дисгенезии соединительной ткани: одинаковая длина указательного и безымянного пальцев, перегиб у шейки желчного пузыря. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту.

Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 80 в мин. АД 120/80 мм рт ст. Язык чистый, влажный. При осмотре живота определяются множественные послеоперационные рубцы по поводу лапароскопий, лапаратомий и грыжесечения. При пальпации живот мягкий, болезненный в области сигмовидного отдела кишечника. Печень и селезенка не пальпируются. Стул регулярный, оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. При обследовании в общем анализе крови и мочи патологии не выявлено. При молекулярно-генетическом исследовании выявлена мутация гена MEFV-V 726 A в гомозиготном состоянии (что делает диагноз 100% достоверным). УЗИ внутренних органов**:** правая доля печени: 15,8 см левая – 8,7 см. Структура однородная с диффузными изменениями. VP- 1 см, VL-0,7 см. Желчный пузырь деформирован, перегиб у шейки. Селезенка: 12 Х 4,9 см, структура однородная. ЭКГ**:** без патологии**.** Выставлендиагноз:семейная средиземноморская лихорадка (пароксизмальный абдоминальный болевой синдромы, асептический перитонит), рецидивирующее течение.Грыжесечение, пластика по Лихтенштейну слева (19.04.2017).Синдром наследственных нарушений соединительной ткани, недифференцируемый вариант. Назначена терапия колхицином 2 мг в сутки до достижения клинического эффекта, с последующим снижением дозы до 0,6 мг в сутки пожизненно. Больной после выписки из стационара принимает колхицин 2 мг в сут 1.5 месяца, на фоне приема препарата отмечает положительный эффект (приступы стали реже, не более 1 раза в месяц и меньшей продолжительности).

Учитывая, что ССЛ не является редким заболеванием, хотя и не всегда своевременно диагностируется, врачам следует помнить об этой патологии, в первую очередь у больных с повторяющимися и самостоятельно купирующимися эпизодами фебрильной лихорадки (приступами), которые сопровождаются серозитом (перикардитом, реже плевритом), синовитом, чтобы назначить адекватное лечение, предупредить прогрессирование болезни и появление серьезных осложнений. При уточненном диагнозе и вовремя начатом лечении удается добиться хороших результатов и предотвратить развитие такого грозного осложнения как амилоидоз почек.

Выводы.

1. Диагностика ССЛ в Дагестане зачастую является запоздалой, о чем свидетельствует значительная длительность периода от начала первых клинических проявлений до постановки диагноза. Это объясняется недостаточной осведомленностью практических врачей о возможностях диагностики и лечения.

2. Несвоевременная диагностика может приводить к проведению неоправданных лапаратомий и неправильной тактике терапии.

3. Повторяющиеся и самостоятельно купирующиеся эпизоды фебрильной лихорадки

(приступы), которые сопровождаются серозитом, синовитом, являются основанием для определенияносительства дефектной формы гена MEFV.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТОМ В СОЧЕТАНИИ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

М.К. Рахимова - магистрант 2 курса по направлению внутренние болезни

Кафедра факультетской и госпитальной терапия №1

Ташкентской Медицинской Академии, Ташкент, Узбекистан

Научный руководитель - д.м.н., доцент Д.А. Набиева

Актуальность. В современной медицинской практике все большеевнимание уделяется не просто достижению ремиссии у пациентов, но и сохранению качества их жизни. Все чаще встречаются случаи, когда у пациентов заболевание суставов протекает на фоне Неалкогольной Жировой Болезни Печени (НАЖБП), что оказывает негативное влияние на трудоспособность и сокращает продолжительность жизни.

Цель исследования. Изучение удовлетворенности качеством жизни больных Псориатическим Артритом (ПсА) в зависимости от наличия НАЖБП и ее клинико-морфологической формы.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на базе амбулаторно-стационарном условие в СКАЛ (Специализированный Курс Амбулаторного Лечения) в городе Ташкент. Обследовано 50 человек в возрасте 18–60 лет (15 мужчин, 35 женщин, средний возраст – 50,6) с достоверным диагнозом ПсА (критерии CASPAR, 2006). Контрольная группа включала 20 практически здоровых лиц, репрезентативных по возрасту и полу. НАЖБП верифицировалась согласно критериям XVI съезда Научного общества гастроэнтерологов и XI Национального конгресса терапевтов – 2016. Респонденты были разделены на три группы: 1-я группа – ПсА (50 человек, средний возраст – 50,6); 2-я группа – ПсА и НАЖБП (30 человека, 64% от общего числа респондентов, средний возраст – 54,2); 3-я группа – условно здоровые, без проявлений НАЖБП (20 человек, контрольная группа, средний возраст – 46,1). Для анализа качества жизни и оценки эмоционального статуса использовались: опросник для оценки связанного со здоровьем качества жизни ≪SF-36≫ (≪The Medical Outcomes Study Short Form 36 Items Health Survey≫); анкета оценки здоровья HAQ (HealthAssessmentQuestionare)

Результаты/обсуждение исследования. По данным исследования, из 50 пациентов (70% женщин, 30% мужчин) НАЖБП зарегистрирована у 64% (32пациента: 68,8% женщин, 40,6% мужчин). Согласно клинико-морфологическим формам заболевания: стеатоз –

22(29,7%) пациента, стеатогепатит – 10 (31,2%) пациентов,явления цирроза у обследуемых отсутствовали. При проведении общего опросника SF-36 медианы всех параметров(физическое, ролевое физическое, социальное, ролевоесоциальное функционирование, соматическая боль, общеесостояние здоровья, жизнеспособность, психическое здоровье) ниже у пациентов с сочетанием ПсА и НАЖБП посравнению с лицами, болеющими лишь ПсА, и значительнониже, чем в контрольной группе. Максимальная разница медиан фиксировалась при оценке физического функционирования (86 в контрольной группе, 29 в группе больныхПсА, 15 у больных сочетанной патологии). Минимальная разница отмечалась при оценке психического здоровья (59 в контрольной группе, 54 у больных ПсА, 51 у больных ПсАв сочетании с НАЖБП; достоверность различий P=0,001). При рассмотрении разницы медиан в группах, установлено, что более низкие показатели у пациентов со стеато-гепатитом (62% случаев). Значения индекса HAQ у больных ПсА и НАЖБП выше по сравнению с больными ПсА и контрольной группой. От 0,94 в контрольной группе, 1,97у больных ПсА, до 2,01 при сочетании ПсА и НАЖБП. Разница индекса наблюдается у пациентов со стеатогепатитом (78%) и стеатозом (58%) соответственно.

Выводы/заключение. Больные ПсА в сочетании с НАЖБП имеют более низкий уровень удовлетворенности качеством жизни по сравнению с больными ПсА и практически здоровыми лицами.Более значимой клинико-морфологической формой НАЖБП, влияющей на качество жизни у больных ПсА является стеатогепатит.

ТАБАКОКУРЕНИЕ НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ

Е.В. Федулова – студент л-609, Ю.А. Котова – к.м.н., доцент,
О.Н. Краснорyцкая – к.м.н., доцент , Н.В. Страхова – к.м.н., доцент
Кафедра поликлинической терапии
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж, Россия
Научный руководитель – д.м.н., профессор А.А. Зуйкова

Введение:Курение – одна из важнейших проблем нашего времени и ведущий поведенческий устранимый фактор риска хронических неинфекционных заболеваний, его вред очевиден и научно доказан.Потребление табака является одним из основных факторов риска развития большого количества хронических заболеваний, так как злокачественные опухоли, болезни дыхательной, сердечно-сосудистой, пищеварительной, костно-мышечной систем. Табак ежегодно убивает около 6 миллионов человек и наносит огромный экономический ущерб. Несмотря на это, потребление табака широко распространено во всем

мире [1]. По статистике в мире насчитывается 1,5 миллиарда курильщиков, и ежегодно 5,4 миллионов человек умирают от вызванных курением болезней, из них в России умирает около 500 тысяч человек. В процентном соотношении по итогам 2017 года в нашей стране курит 29% населения, из них 45% мужчин, 15% женщин. По сравнению с данными на 2016 год процент курящих среди мужчин снизился на 6% (с 51%), а среди женщин увеличился на 0.7% (с 14.3%) [11]. По прогнозам ВОЗ отказ от курения предотвратил бы 20-30 миллионов смертей от табакоиндуцированных заболеваний к 2025 году и 150 миллионов смертей к 2050 году [3].

Целью исследования является изучение влияния степени никотиновой зависимости на наличие и частоту тех или иных субъективных ощущений, которые пациенты связывают с курением.

Материалы и методы:Объектом исследования стала группа пациентов из 40 человек, подтвердивших пристрастие к курению. Было использовано 2 коротких опросника, одним из которых является тест Фагерстрема на определение степени никотиновой зависимости, другим-самостоятельно составленный перечень вопросов, охватывающий выявление основных возможных табакоиндуцированных симптомов, за основные симптомы в нем взяты: 1) одышка, не мотивированная тяжелым физическим трудом, 2) эпизоды повышения АД, 3)приступы кашля, не связанные с инфекционным заболеванием, 4)поражение вен нижних конечностей, 5)различные изменения на слизистой полости рта, 6) кариес или потемнение эмали зубов, 7)изменение микрофлоры кишечника, сопровождающиеся расстройствами пищеварения, 8) выпадение волос, 9) сухость кожи.

Статистическая обработка данных производилась вручную посредством сопоставления данных двух тестов.

Результаты:Всего в ходе исследования было опрошено 40 человек, из которых женщин-13, мужчин-27. Выявлено, что мужской пол превалирует над женским- 32.5% и 67,5% соответственно.

Первым этапом исследования были проанализированы результаты теста Фагерстрема. Результаты приведены в таблице ниже (табл. 1).

Таблица 1

Результаты теста Фагерстрема для опрошенных женщин и мужчин в абсолютных величинах и процентном соотношении

Степень никотиновой зависимости по тесту Фагерстрема	Всего, человек и % от общего количества	Пол, человек и % от общего количества опрошенных	
		Женский	Мужской
Низкая	4 чел (10%)	1 чел (2,5%)	3 чел (7,5%)

Средняя	6 чел (15%)	2 чел (5%)	4 чел (10%)
Высокая	13 чел (32,5%)	4 чел (10%)	9 чел (22,5%)
Очень высокая	17чел (42,5%)	6 чел (15%)	11 чел (27,5%)

Вторым этапом был проведен анализ между степенью никотиновой зависимости и наличием определенных симптомов у пациентов. Результаты для наглядности приведены в таблице 2.

Таблица 2

Анализ между степенью никотиновой зависимости и наличием определенных симптомов у пациентов

Симптомы	Степень никотиновой зависимости по тесту Фагерстрема у женщин и мужчин			
	Низкая	Средняя	Высокая	Очень высокая
одышка, не мотивированная тяжелым физическим трудом	-	муж:2 (33%)	жен:2(15%) муж:4(30%)	жен:5(29%) муж:10(58%)
эпизоды повышения артериального давления	-	жен:1(17%)	жен:3(23%) муж:5(38%)	жен: 6(35%) муж:10(58%)
приступы кашля, не связанные с инфекционным заболеванием	жен:1(25%) муж:2(50%)	жен:1(17%) муж:4(68%)	жен:4(30%) муж:8(60%)	жен: 6(35%) муж:11(65%)
поражение вен нижних конечностей	жен:1(25%)	жен:1(17%)	жен:2(15%) муж:1(7,5%)	жен: 4(24%) муж:3(17,5%)
различные изменения на слизистой полости рта	-	-	жен:2(15%) муж:3(23%)	жен:3(17,5%) муж:6(35%)
кариес или потемнение эмали зубов	-	муж:3(50%)	жен:2(15%) муж:7(54%)	жен:3(17,5%) муж:11(65%)
изменение микрофлоры	-	-	жен:1(7,5%) муж:3(23%)	жен:3(17,5%) муж:6(35%)

кишечника, сопровождающиеся расстройствами пищеварения				
выпадение волос	-	жен:1(17%)	жен:1(7,5%) муж:6(46%)	жен: 2(12%) муж:7(41%)
сухость кожи	жен:1(25%)	жен:1(17%) муж:1(17%)	жен: 3(23%) муж:4(30%)	жен: 4(24%) муж:6(35%)

Кашель, поражение вен нижних конечностей и сухость кожи отмечают наиболее часто во всех группах зависимости. На втором месте по частоте встречаемости оказались, немотивированная тяжелой физической нагрузкой одышка, эпизоды повышения АД, кариес и выпадение волос. Проблемы с пищеварением и различные изменения на слизистой полости рта отметили лица с высокой и очень высокой степенью никотиновой зависимостью.

Выводы: Наибольшее количество пациентов по тесту Фагерстрема оказалось в группе очень высокой степени зависимости.Наглядно видно, как степень никотиновой зависимости влияет на проявление различных симптомов у опрошенных лиц. Чем выше степень зависимости, тем больший процент пациентов отмечает у себя различные симптомы и тем больше разнообразие этих симптомов.

ВЛИЯНИЕ КОЛИЧЕСТВА СОЛИ В ПИЩЕ НА АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ

Д.А. Филиппова, Е.В. Зайцева -студенты 3 курса педиатрического факультета

Кафедра общей хирургии

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

Научный руководитель - ассистент А. М. Морозов

Актуальность.Повышенное артериальное давление (АД) является одним из ведущих факторов риска развития коронарной болезни сердца, инсультов и терминального поражения почек [8].

Артериальная гипертензия (АГ) – это состояние, которое определяется стойким увеличением артериального давления до показателя в 140 /90 мм рт.ст. и выше [1]. Статистические данные этиологии артериальной гипертензии свидетельствуют о том, что в 90% случаев заболевание развивается вследствие ведения нездорового образа жизни, имеющихся вредных привычек, а лишь в 10% - по другим причинам [6].

При лечении АГ используется комплексная терапия, одним из составляющих которой

является низкосолевая диета [4]. В РФ не уделяется достаточно внимания проблеме потребления соли, но даже по данным единичных исследований, потребление соли в нашей стране очень велико и превышает минимально рекомендуемые уровни в 2,3- 4,2 раза [5]. Также остается нерешенным вопрос о месте соли в патогенетическом каскаде развития и становления сердечно-сосудистых заболеваний [2].

Цель исследования.Изучить влияние количества соли в пищевом рационе на артериальное давление студентов с целью подтверждения теории о том, что низкосолевая диета является эффективным методом снижения артериального давления.

Материалы и методы.В ходе настоящего исследования было проведено исследование, в котором в течение четырех недель участвовали6 мужчин и 13 женщин в возрасте от 18 до 30 лет – студенты 3 курса педиатрического и лечебного факультетов ТГМУ, а также студенты РГУ нефти и газа им. Губкина, СПбГУ, РЭУ им. Г.В, Плеханова, НИТУ «МИСиС».

Результаты.Все участники имели нормальное артериальное давление в начале испытания. В ходе эксперимента в течение месяца все участники употребляли от 5 грамм соли в сутки и выше. На втором месяце испытуемые полностью отказались от употребления соли. В первую неделю не было замечено никаких изменений артериального давления ни у одного человека из контрольной группы. Все время эксперимента испытуемые жаловались на снижение органолептических свойств пищи, многим еда казалась безвкусной, пресной, приемы пищи не приносили никакого удовольствия. Один из испытуемых не смог продолжить участие в эксперименте в связи с невозможностью отказаться от соли. Многие пытались найти замену соли: использовались различные бессолевые приправы, красный и черный перец, лимонный сок.

В конце второй недели изменения в величине давления так же отсутствовали. У трёх из 19 испытуемых давление в течение этой недели понизилось, но связывать данный факт с исключением соли из рациона не представляется возможным.

В конце третьей недели была замечена положительная динамика: у 5 испытуемых артериальное давление понизилось на три-четыре пункта по сравнению с результатами трехнедельной давности, то есть по сравнению с данными, полученными в первый месяц исследования.

На четвертую неделю низкосолевой диеты установлено, что у 4 испытуемых из 19 давление за месяц без соли упало сильнее, чем у остальных участников эксперимента. У 15 человек давление в течение месяца изменялось незначительно. Группу из людей, давление которых практически не изменилось можно условно поделить на две небольшие подгруппы: в первой подгруппе находились люди, у которых отказ от соли не повлиял на снижение артериального давления. Ко второй подгруппе - людей с незначительными изменениями в

показателях давления. Соотношение между этими участниками составило примерно два к одному (10:5)

У четырех человек средние показатели давления снизились на 4-6 единиц. У остальных испытуемых существенных изменений не наблюдалось: артериальное давление за первый месяц либо совсем не изменилось по сравнению с месяцем без соли, либо снизилось менее, чем на двеединицы.

В ходе эксперимента мы не смогли доказать прямое влияние соли в пищевом рационе на артериальное давление. Наиболее вероятной нам представляется теория об индивидуальной чувствительности к соли [7]. Опираясь на нее, мы можем говорить о том, что изменение АД будет зависеть от солечувствительности или солерезистентности конкретного человека. У солечувствительных людей будет более выражена тенденция к снижению давления, а у солерезистентных соответственно корреляция между количеством соли в пищевом рационе и показателем АД явно прослеживаться не будет.

Однако вопрос рациональности назначения низкосолевой диеты все еще остается открытым [3]. По мнению ведущих диетологов, предписывать строгую бессолевую диету можно только на короткий срок и только в лечебных целях. Она может быть рекомендована тем, кто страдает явлениями сердечной недостаточности и выраженными отеками.

Выводы. 1/5 участников нашего эксперимента оказалась солечувствительной, а значит низкосолевая диета будет эффективной в случае развития у них артериальной гипертензии, на остальных испытуемых низкосолевая диета не будет иметь влияния. Таким образом, определение солечувствительности у больного позволит оптимизировать индивидуальную антигипертензивную терапию.

Литература.

1. Артериальная гипертония. Ключи к диагностике и лечению / Кобалава Ж. Д., Котовская Ю. В., Моисеев В. С. // М.: ГЭОТАР - Медиа, 2009. –864С.

2. Артериальная гипертония и потребление поваренной соли в России. Болезни сердца и сосудов / Волков.В.С., Поселюгина О.Б., Нилова С.А.// Антигипертензивная лига. - 2011. – № 1 . – С. 69 – 73.

3. Артериальная гипертензия и приверженность терапии / Шальнова С., Кукушкин С., Маношкина Е., Тимофеева Т.// Врач. – 2009. - №12, – С. 39-42.

4. Лечение артериальной гипертензии / Гуков А. Г. // Справочник врача общей практики.МЕДИЗДАТ. - 2017. - № 2. – С. 63-75.

5. Потребление соли и ремоделирование сердца у больных артериальной гипертензией / Белоглазова И.П., Могутова П.А., Потешкина Н.Г. // Вестник РГМУ. -2013. - №1. – С. 5-6.

6. Эпидемиология артериальной гипертонии в России и возможности профилактики / Р. Г. Оганов // Терапевтический архив, 2007. – Т. 69, № 8. – С. 66.

7. TheSaltConundrumAHypothesis / FrohlichE.D. // Hypertension. – 2007. - 50: 161–166.

8. Effectofpotassium-enrichedsaltoncardiovascularmortalityandmedical expenses of elderly men / Hsing-YiChang, Yu-WhueiHu, Ching-SyangJackYue // Am J Clin Nutr. - 2006. – Vol. 83. – P. 1289-1296.

ОЦЕНКА СТРУКТУРЫ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ХСН, ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАНОВОЙ КАРДИОЛОГИИ БМУ КОКБ В СРАВНЕНИИ С ДАННЫМИ РОССИЙСКИХ РЕГИСТРОВ

А.И. Богатикова - студент 4 гр. лечебного факультета,

Е.А. Никулин – студент 1 гр. лечебного факультета,

М. Ю. Ильин - студент 1 гр. лечебного факультета

Кафедра внутренних болезней №1

ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, Курск, Россия

Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры Е.М. Хардикова

Актуальность. Не смотря на совершенствование специализированной кардиологической помощи, хроническая сердечная недостаточность (ХСН) остается тяжелым бременем российского и мирового здравоохранения. Эпидемиологические данные в рамках исследования ЭПОХА-ХСН, проведенного в нашей стране за последние 10 лет, на сегодняшний день свидетельствует, что распространенность ХСН I—IV ФК в РФ составила около 8 млн. человек работоспособного населения, из них клинически выраженная ХСН (II—III ФК) имеет место у 5,1 млн. человек, а терминальная ХСН (IV ФК) - 2,5 млн. случаев. Основная доля пациентов, лица старше 50 лет, высокая частота госпитализации, смертности и дороговизна лечения определяют данную патологию, как социально значимую проблему.

Цель исследования. Оценка объема диагностической и лечебной работы, оказанной больным с ХСН на базе кардиологического отделения Бюджетного медицинского учреждения «Курская областная клиническая больница» (БМУ КОКБ), и сравнение полученных результатов с данными Российского регистра по ХСН, представленных в журнале «Кардиология» Т 57, S`4, 2017.

Материалы и методы.В исследование были включены 105 пациентов, находившиеся на стационарном лечении в период с января 2015 по декабрь 2017 включительно. Расчет всех показателей производился для каждого года отдельно. Критерии включения в исследование:

пациенты, имеющие ХСН на фоне ишемической болезни сердца (ИБС), гипертонической болезни (ГБ), нарушения ритма в виде фибрилляции предсердий (ФП). Критериями исключения из исследования пациентов стали: 1) пациенты, имеющие почечную и печеночную недостаточность; 2) онкологические больные; 3) пациенты, заболевания которых протекали без ХСН.

Исследование проводилось путём оценки историй болезни пациентов. Благодаря критериям включения, в каждом из исследуемых годов были сформированы группы по 35 пациентов, наилучшим образом отражающие подход к диагностике и лечению кардиологической патологии на базе БМУ КОКБ. Нами была разработана таблица показателей, которые в наибольшей степени отражают качество проводимой диагностики и лечения для каждого пациента.

Обработка полученных результатов проводилась в MS Excel 2016 и STATISTICA 10.0 для Windows. Различия между средними величинами в сравниваемых группах считаются достоверными при $p<0,05$.

Результаты исследования. Полученные результаты исследования представлены в таблице 1.

Таблица 1. Сравнительная характеристика пациентов ХСН с данными российских регистров

Показатели	Данные пациентов за 2015 год	Данные пациентов за 2016год	Данные пациентов за 2017 год	Данные российских регистров по ХСН
Возраст, лет	59±2,7	58,1±2,2	57,7±1,8	72,9 ± 10,5
СН ФК I,%	8,2	14,3	16,6	3,3
СН ФК II,%	39,1	37,1	36,7	13,3
СН ФК III,%	44,1	42,9	41,1	72,2
СН ФК IV,%	8,6	5,7	5,6	15
Частота ИБС,%	65	62,9	60,1	69-82
Частота ГБ,%	25,7	24,1	20,3	61,8-93
Частота ФП,%	11,3	10,9	10,2	24,4
ФВЛЖ <50,%	70,1	64,9	60,7	55-60
иАПФ,%	57,1	37,1	54,3	75,6
Бета-блокаторы,%	62,9	60	71,4	68,9
Статины,%	20	31,4	8,6	64,4

Нитраты,%	14,3	8,6	5,7	37,8
Диуретики,%	51,4	62,9	75,7	14,4
Сартаны,%	8,6	2,9	17,1	23,3
Дигоксин,%	11,4	17,1	11,4	13,3
Амиодарон,%	2,9	2,9	5,7	24,4

По результатам оценки возрастного состава пациентов с ХСН, госпитализированных в плановое кардиологическое отделение, преобладают пациенты среднего возраста (58,1 у женщин и 59,6 у мужчин). На протяжении исследуемых трех лет, прослеживается тенденция «омоложения» заболевания, что является неблагоприятным прогностическим признаком для популяции в целом. Анализ половой структуры отобранных пациентов показал, что на сегодняшний день преобладающая доля сердечно-сосудистых заболеваний приходится на женщин, что соответствует данным мировой статистики.

В рамках нашего исследования во всех трех когортах, основными заболеваниями, приводящими к развитию сердечной недостаточности, стали ишемическая болезнь сердца 62,7% в среднем и гипертоническая болезнь - 23,7%. Пациенты с подобными диагнозами чаще всего обращаются в КОКБ с целью получения высокотехнологичной медицинской помощи. Высокий процент больных с фибрилляцией предсердий, относительно других заболеваний, позволяет предположить, что тахиаритмия также может оказаться в ряду причин декомпенсации ХСН.

Основной контингент пациентов, госпитализированных в стационар, это лица, имеющие II-III ФК ХСН, именно на этих стадиях клиническая картина заболевания максимально проявляется, что и является причиной обращения пациентов к специалистам.

Более 60% госпитализированных больных ХСН имеют низкую и промежуточную ФВЛЖ (СНнФВ и СНпФВ), следовательно, и застойные явления в клинической картине, что определяет дальнейшую лечебную тактику ведения пациентов. В связи с этим препаратами выбора в отделении плановой кардиологии областной больницы являются диуретики (использовались в среднем у 63,3% больных). Из-за высокой заболеваемости ИБС и ГБ, лидирующие места в терапии занимают иАПФ и бета – адреноблокаторы (БАБ).

Выводы.

1. В российской клинической практике не более 15% госпитализированных пациентов с ХСН имеют IV ФК. Что сопоставимо с нашим исследованием, где процент показателя не превышает 7%. Основным контингентом госпитализируемых остаются люди II-III ФК ХСН – клинически выраженные стадии.

2. Около 60% госпитализированных больных ХСН (как по данным регистра, так и в

нашем исследовании) имеют низкую и промежуточную ФВЛЖ. Больным СНнФВ и СНпФВ требуется эффективная терапия: иАПФ, БАБ и диуретики.

ПРИМЕНЕНИЕ ТЕЛЗАП ПЛЮС ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Л.А. Атаева - студентка 311 группы лечебного факультета

Кафедры фармакологии и терапии ФПК и ППС

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научные руководители – к.м.н., доцент З.Ш. Магомедова, к.м.н., доцент З.Н. Атаева

Актуальность:Одним из важнейших факторов риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний, в первую очередь ишемической болезни сердца, инфаркт миокарда, острого коронарного синдрома,мозгового инсульта, хронической болезни почек, хронической сердечной недостаточностиявляется артериальная гипертензия (АГ) . 13,5% смертей от их общего числа в мире ассоциированы с АГ. В Российской Федерации около 40% среди взрослого населения страдают АГ, т.е. более 42 млн. человек. В настоящее время, согласно современным рекомендациям Европейского общества кардиологов и Всероссийского научного общества кардиологов, в классификации АГ принято выделять стадийность процесса, градацию АГ по степени повышения уровня артериального давления (АД), а также стратификацию риска сердечно-сосудистых осложнений, включающую выявление факторов риска, поражение органов мишеней и ассоциированных клинических состояний.

Основная цель лечения пациентов АГ состоит в максимальном снижении риска развития сердечно-сосудистых осложнений и смерти от них. Согласно рекомендациям по артериальной гипертензии ЕОК/ЕОАГ 2018 года диагностика АГ основывается на следующих параметрах: повторное измерение «офисного» АД или внеофисные измерения АД с использованием суточного мониторирования АД(СМАД) и или домашнего самоконтроля в тех случаях, когда это удобно и экономически оправдано. В качестве первого целевого уровня рекомендуется использовать значения АД<140/90 мм рт. ст. у всех пациентов, при условии, что лечение хорошо переносится, при дальнейшем лечении следует стремиться снижать АД до значений 130/80 мм рт. ст. у большинства больных.

Для лечения АГ международными и Российскими экспертами рекомендованы пять классов антигипертензивных препаратов: диуретики, бета-адреноблокаторы, антагонисты кальция (АК), ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ), блокаторы рецепторов ангиотензина (БРА) и их комбинации. В настоящее время приоритетным и рациональным считаются комбинации блокаторов ренин-ангиотензин-альдестероновой системы – ИАПФ или БРА с тиазидными или тиазидоподобными диуретиками , а также с

АК. Преимуществом комбинированной антигипертензивной терапии является то, что обеспечивается воздействие на разные патогенетические механизмы развития АГ, происходит усиление гипотензивных эффектов препаратов, усиление органопротективных свойств антигипертензивных препаратов, реже возникают побочные эффекты, наблюдается эффект нейтрализации побочных эффектов, уменьшается влияние факторов риска, уменьшается стоимость лечения.

Ключевыми положениями современной стратегии лечения неосложненной АГ является то, что большинству пациентов показано начало терапии с двух препаратов и назначение «одной таблетки» (фиксированной комбинации) для повышения приверженности к лечению. На старте лечения в состав фиксированной комбинации обязательно входит ИАПФ или БРА + АК или диуретик. Всем требованиям, предъявляемым к рациональной комбинации, удовлетворяет комбинации БРА и диуретика. Многочисленные многоцентровые исследования доказали их высокую эффективность и хорошую переносимость больными любого возраста, пола, при любом варианте гемодинамики. В этой связи представляется перспективным изучение клинической эффективности фиксированной комбинации телмисартана с гипотиазидом (препарат Телзап Плюс, фирмы Санофи, Франция).

Цель: изучение клинической эффективности и переносимости препарата Телзап Плюс(телмисартан+гидрохлортиазид) у больных АГ.

Материал и методы исследования: в исследование было включено 20 пациентов с АГ 2 степени с высоким и очень высоким риском сердечно-сосудистых осложнений. Среди них были 10,5% мужчин и 80,5% женщин, средний возраст-58,7 лет. Ишемической болезнью сердца страдали 22,3% пациента, сахарным диабетом-40%. Длительность исследования составила 12 недель. Телзап Плюспациенты принимали 1 раз в сутки в начальной дозе 40 мг телмисартана +12,5 мг гидрохлортиазида. Определяли индекс массы тела (ИМТ), индекс талии/объема бедра (ОТ/ОБ), АД, частоту сердечных сокращений (ЧСС), общеклинические исследования, ЭКГ, СМАД, Эхо-КГ, оценивали уровень тревоги по шкале Гамильтона, показатель качества жизни по визуально-аналоговой шкале, приверженность к терапии. Результаты обработаны с помощью компьютерной статистической программы Statistica 6.0с использованием t- критерия Стьюдента и критерия Манна-Уитни.

Результаты исследования: динамика данных физикального обследования и биохимических показателей представлена в таблице 1.

Таблица 1

Динамика данных биохимических показателей и физикального обследования (M±d)

Параметры	Исходные значения	Через 12 недель	**Статистическая**

		лечения	**значимость, p_{1-4}**
Общий ХС, ммоль/л	6,3±0,55	5,9±0,76	>0,05
ХС ЛПНП, ммоль/л	3,22±0,79	3,12±0,35	>0,05
ХС ЛПВП, ммоль/л	0,75±0,26	0,77±0,35	>0,05
Триглицериды, ммоль/л	2,12±1,2	2,08±1,3	>0,05
Глюкоза крови, ммоль/л	7,28±0,89	4,71±0,54	<0,01
Калий крови, ммоль/л	4,15±0,4	4,13±0,4	>0,05
Креатинин крови, ммоль/л	88,3±9,6	88,1±10,2	>0,05
ИМТ, кг/м^2	32,9±2,8	31,86±2,1	>0,05
ОТ/ОБ	0,90±0,04	0,90±0,02	>0,05
ЧСС, уд/мин	72,5±3,25	71,34±2,62	>0,05
Среднее САД, ммрт.ст.	167,5±10,54	125,15±8,45	0,047
Среднее ДАД, мм рт.ст.	94,7±5,21	78,8±6,5	0,043

Примечание. ХС – холестерин; ЛПНП – липопротеиды низкой плотности; ЛПВП – липопротеиды высокой плотности.

Как видно из таблицы 1. ИМТ, ОТ/ОБ, ЧСС, показатели липидного обмена, уровни калия и креатинина крови на фоне лечения Телзап Плюсом не изменились.В то время как САД и ДАД у пациентов достигли целевых уровней АД. Также наблюдалось статистически значимое снижение уровня глюкозы.

Через 12 недель терапии Телзап Плюсом была положительная динамика следующих показателей суточного мониторирования АД: средние суточные, дневные и ночные цифры АД, индексы нагрузки САД и ДАД, вариабельность САД.

Динамика показателей уровня тревоги, качества жизни и приверженности терапии представлена в таблице 2.

Таблица 2

Динамика показателей уровня тревоги, качества жизни и приверженности терапии (M±d)

Параметры			**Статистическая значимость, p_{1-3}**

HADS,баллы	7,42±2,12	5,1±1,34	<0,01
Качество жизни, баллы	42,2±7,6	69,3±8,32	0,044
Приверженность терапии, %	-	99,8±0,31	

Как видно из таблицы 2отмечена статистически значимая положительная динамика показателей уровня тревоги и качества жизни. А приверженность к терапии была достигнута в 99,8% случаев. У 5% пациентов наблюдались побочные эффекты, характерные для приема сартанов: слабость, астения, головная боль, которые не потребовали отмены препарата.

Выводы. ТелзапПлюс, у больных АГ II степенью, является эффективным антигипертензивным средством, улучшает показатели СМАД. Препарат хорошо переносится больными и метаболически нейтрален. В результате лечения Телзап Плюсом улучшаются показатели качества жизни пациентов, и снижается уровень тревоги и повышается приверженность к терапии.

ФАКТОРЫ РИСКА И СТЕПЕНЬ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

А.С. Хрущёва, Т.Ю. Сивуха –студенты 504 гр. лечебного факультета

Кафедра внутренних болезней № 1 с курсом эндокринологии

УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь Научный руководитель -старший преподаватель З.В. Грекова

Актуальность. Артериальная гипертензия (АГ)– хроническое стабильное повышение артериального давления(АД), при котором систолическое АД (САД) равно 140 мм рт ст или выше и/или диастолическое(ДАД) равно 90 мм рт. ст. или выше. АГ распространена во всем мире, относится к независимым факторам риска развития неблагоприятных исходов болезней системы кровообращения и является одной из основных проблем современной медицины.

Цель исследования.Изучить факторы риска и степень приверженности к лечению у пациентов с АГ.

Материалы и методы исследования.В исследование включено 50 пациентов с АГ в возрасте от 40 до 90 лет, находившихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении УЗ «Гомельская городская клиническая больница №3». Проводился опрос пациентов, включающий информацию об уровне физической активности, статусе курения, употреблении алкоголя,соблюдении рекомендаций по питанию,клинических симптомах при повышении артериального давления,количестве госпитализаций в стационар по поводу АГ,

какие причины способствовали развитию АГ. Приверженность пациентов к лечению АГ оценивалось по тесту Мориски-Грина, который включал следующие вопросы: забывали ли вы когда-либо принять препараты; относитесь ли вы иногда невнимательно к часам приема лекарств; не пропускаете ли вы прием препаратов, если чувствуете себя хорошо, если чувствуете себя плохо после приема лекарств; не пропускаете ли вы следующий прием?

Результаты исследования.В опросе приняли участие 50 человек. Среди опрошенных пациентов большую часть составили женщины – 36 (72%) человек и 14 (28%) мужчин. Средний возраст опрошенных женщин составил 67 лет, мужчин – 64 года. Большинство пациентов с АГ поступили на стационарное лечение по направлению из поликлиники (таб. 1).43 (86%) пациента поступили впервые в текущем году.

Таблица 1- Структура госпитализированных пациентов с артериальной гипертензией

пол	Кем направлен		ИМТ			Диета	
	БСМП	Поликлиника	норма	Избыточная масса	Ожирение 1, 2, 3 степени	Соблюдает	Не соблюдает
Ж	13(36%)	23(64%)	1 (3%)	13(36%)	22(61%)	24(67%)	12(33%)
М	3 (21%)	11 (79%)	4(29%)	4(29%)	6(42%)	0(0%)	14(100%)

К факторам риска развития АГ у женщин можно отнести избыточную массу тела и ожирение, у мужчин – ожирение и неправильное питание.

Наиболее распространенными жалобамипациентов с АГ являлись головная боль– у 34 (68%)пациентов и повышение АД по результатам домашнего измерения АД –у 28 (56%)человек. Реже пациенты предъявляли жалобы на слабость – 18 (36%), тошноту– 17 (34%), ощущение «мушек» в глазах – 16 (32%), боль в сердце –13 (26%), головокружение – 12 (24%), шум или звон в ушах– 9 (18%), сжимающие боли за грудиной4 (8%), рвоту – 3 (6%).

По результатам анкетирования пациентов у большинства женщин основной причиной развития АГ явился стресс, у мужчин – физические нагрузки (таб. 2).

Таблица 2 –Факторы, спровоцировавшие развитие артериальной гипертензии

пол	Факторы развития АГ							
	Стресс	Употребление соли	Физические	Месячные	Гиподинамия	Алкоголь	Роды	Экология

			нагрузки					
Ж	25(69%)	7(19%)	5(14%)	2(6%)	8(22%)	1(3%)	1(3%)	1(3%)
М	6(43%)	0(0%)	7(50%)	–	1(7%)	2(14%)	–	2(14%)

В качестве причин развития АГ женщины рассматривают такие факторы, как повышенное потребление соли и гиподинамия, в то время как мужчины – употребление алкоголя и факторы внешней среды.

Для оценки приверженности к лечению пациенты стационара прошли тест Мориски-Грина, результатыкоторого приведены в таблице 3.

Таблица 3 –Приверженность к лечению пациентов с АГ в условиях стационарного лечения

Пол	Приверженность пациентов к лечению в стационаре		
	Привержены	Недостаточно привержены и находящимиеся в группе риска	Не привержены
женщины	24 (67%)	4 (11%)	8 (22%)
мужчины	3 (21%)	2 (15%)	9 (64%)

Большинство женщин привержены к лечению АГ в стационаре (в отличие от мужчин). По окончанию анкетирования всем пациентам был задан вопрос об удовлетворенности назначенным лечением, на который 43 (94%) ответили утвердительно, 3 (6%) пациента высказали сомнения.

Выводы.

К факторам риска развития АГ у женщин можно отнести избыточную массу тела и ожирение, гиподинамию, избыточное потребление соли, у мужчин – чрезмерные физические нагрузки, неправильное питание, употребление алкоголя.

86% пациентов с АГ поступили в стационар впервые в текущем году по направлению из поликлиники.

Практически все пациенты довольны назначенным лечением АГ в стационаре. Однако 79% мужчин и 33% женщин оказались не привержены или недостаточно привержены к лечению АГ, что говорит о необходимости разработки и проведения мероприятий, направленных на создание мотивации и готовности пациента к изменению образа жизни, выполнение рекомендаций по немедикаментозному и медикаментозному лечению АГ с

учетом индивидуальных факторов риска, обучение в школе пациентов с АГ, регулярный контроль соблюдения пациентом врачебных рекомендаций, динамическое диспансерное наблюдение.

КОМОРБИДНОСТЬ У НАРКОЗАВИСИМЫХ БОЛЬНЫХ

Е.О. Гордеева, В.Ю. Донскова - студенты 403 гр. лечебного факультета

Кафедра факультетской терапии №1 с курсом физиотерапии ФДПО

ФГБОУ ВО ПГМУ им. Академика Е.А. Вагнера Минздрава России, Пермь, Россия Научный руководитель - к.м.н., доц. Н.И. Попова.

Актуальность: На протяжении многих лет вопрос о наркомании стоит остро и является актуальным для всего мира. Каждый день наркотики уносят жизни людей. Эта проблема все больше распространяется, и теперь отмечается стойкая тенденция к росту подростковой и детской наркомании. По данным статистики наркозависимых, опубликованной ООН, выявлено, что за прошедшие 10 лет в 11 раз увеличилось количество людей, употребляющих наркотические вещества, и за этот промежуток времени в 12 раз увеличилась смертность от наркозависимости. Ежегодно 90 000 жителей России начинают принимать регулярно наркотические вещества.

Цель исследования: изучить встречаемость коморбидной патологии у наркозависимых пациентов.

Материалы и методы исследования: Произведен анализ историй болезни и анкетирование 21 пациента, страдающих наркотической зависимостью, которые находились на лечении в ГБУЗ «ГКБ №2 им доктора Ф.Х. Граля» и ГБУЗ ПК «Чусовская районная больница им В.Г.Любимова». Среди которых 82% мужчин и 18% женщин. Средний возраст пациентов 22+4,1.

Результаты исследования:По результатам анализа историй болезни выделены две группы: I группа - 16 наркозависимых пациентов, которые употребляют наркотические средства более 5 лет, среди них: 10 мужчин и 1 женщина и II группа, которые прекратили употребление наркотических средств на протяжении 5 лет (5 человек). Хронические заболевания внутренних органов выявлены у 91% респондентов. В I группе лидирующее место среди них занимает кахексия (36%) (среднее значение ИМТ 17,01+-0,6), рецидивирующие пневмонии (28%) и гепатиты В и С (28%). ВоII группе язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки встречается у 34% пациентов, а гепатиты В и С у 30%. У пациентов этой группы кахексия не наблюдается, ИМТ больше 25±1,2.

В I группе попытки лечения были у 27%, короткий период ремиссии наступал у 18%,

остальные продолжали систематически употреблять наркотики. Так же было выяснено, что по поводу хронических заболеваний 36% обращаются регулярно за медицинской помощью, 18% обращались однократно, остальные 54% не обращались.

Был проведён анализ коморбидности по индексу Чарльстона, в I группе среднее значение показателя 2,1±1,0. В основном это пациенты с заболеваниями печени и хроническими заболеваниями легких.

Во II группе среднее значение коморбидности по индексу Чарльстона 1,3±1,0. Это были пациенты с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта и печени.

Выводы:Коморбидность у наркоманов проявляется чаще сочетанием: кахексией с пневмонией (25%) или кахексии с гепатитами (35%). У пациентов, которые прекратили употребление наркотических средств, коморбидные состояния встречаются реже и не наблюдается кахексии.

ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

К.С. Скоробогатько - студентка 608 гр. лечебного факультета

Н.В. Страхова - доцент

Кафедра поликлинической терапии

ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж, Россия

Научный руководитель: д.м.н., профессор, Е.Ю. Есина

Актуальность. Гипертоническая болезнь (ГБ) является одним из самых распространенных заболеваний, осложнениями которой являются: ишемическая болезнь сердца (ИБС), хроническая сердечная недостаточность (ХСН), острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), гипертоническая энцефалопатия с развитием деменции, поражение почек с формированием хронической болезни почек. Приверженность к терапии в целом, а гипотензивной в особенности, является залогом успешного лечения заболевания, уменьшением частоты развития осложнений.Эффективный контрольГБ до сих пор остается серьёзной проблемой. Среди причин недостаточного контроля артериального давления (АД) важное значение имеют: плохая переносимость антигипертензивной терапии, а также отсутствие приверженности больных лечению (комплаенс). Комплаентность – это степень соответствия режима приема лекарств больным рекомендациям, полученным от врача. В общем смысле под комплаентностью в лечении АГ понимают корректный прием гипотензивных препаратов (не менее 80% от должного). Как правило, наиболее распространённым вариантом недостаточной комплаентности является прием недостаточных доз лекарств и пропуски в приеме препаратов в течение 2–3 дней.

Цель: изучить приверженность к терапии у больных гипертонической болезнью для повышения эффективности лечения.

Материалы и методы. В исследование были включены 20 пациентов (10 мужчин и 10 женщин) с ГБ, обратившихся на прием к врачу поликлиники. Все пациенты имели ГБ 2 стадии, достигнутая степень - 2, с длительностью, в среднем 10 лет. Приверженность пациентов к лечению оценивали с использованием валидизированного опросника Мориски-Грина. Шкала комплаентности Мориски-Грина - тестовая методика, используемая для оценки приверженности и скринингового выявления недостаточно комплаентных больных в общей врачебной практике. Шкала была создана D. Morisky, L. Green, D. Levine в 1985 г. и опубликована в 1986 г. В оригинальной шкале каждый пункт оценивается по принципу ответов на вопрос "да-нет", при этом ответ "да" оценивается в 0 баллов, а ответ "нет" - в 1 балл.

Комплаентными (приверженными) считаются больные, набравшие 4 балла и выше. Больные, набравшие 2 балла и менее, считаются не приверженными. Больные, набравшие менее 3 баллов, считаются недостаточно приверженными. Полученные данные статистически обрабатывались с помощью использования стандартных статистических методов и пакета программ STATISTICA 6.0. Различия между группами считали достоверными при уровне значимости $p<0,05$.

Результаты исследования. Средний возраст обследованных пациентов составил 57,4 ± 5,5 лет. Длительность ГБ у обследованных больных была – 10,8±6,1 лет. Средние показатели АД, зарегистрированного во время приема: 160±15 мм.рт.ст. и 100±1,4 мм.рт.ст. для систолического и диастолического АД, соответственно. Все пациенты принимали препараты из основных пяти гипотензивных групп. Результаты анализа анкет пациентов по опроснику Мориски-Грина, показали, что в группе женщин комплаентность была выше и составила 59%, в то время как в группе мужчин 45%. Частично комплаентных женщин было 2(29%), мужчин 3(30%), некомплаентных больных ГБ женщин и мужчин - 1(12%) и 2(25%), соответственно.Причинами недостаточной приверженности к лечению в группе мужчин были - невнимательность, забывчивость и пропуск приема препарата при хорошем самочувствии, среди женщин - пропуск при хорошем самочувствии и пропуск при плохом самочувствии после приёма препарата. Некомплаентность к лечению ГБ среди пациентов мужского пола была связана с невнимательностью и пропуском приема препарата при хорошем самочувствии; пропуском при плохом самочувствии после приема лекарства, и забывчивостью и пропуском при хорошем самочувствии. В группе некомплаентных к лечению ГБ пациенток одна выбрала 3 фактора: невнимательность, забывчивость, пропуск

при хорошем самочувствии, вторая пациентка выбрала 2 фактора: забывчивость и пропуск при плохом самочувствии после приема препарата.

Выводы:

1. Приверженность к лечению в группе больных ГБ женщин была выше и составила 59% (6 пациенток), а в группе страдающих ГБ мужчин - 45% (4 пациента).

2. Причинами недостаточной приверженности к лечению в группе мужчин были - невнимательность, забывчивость и пропуск приема препарата при хорошем самочувствии, среди женщин - пропуск при хорошем самочувствии и пропуск при плохом самочувствии после приёма препарата.

ОСНОВЫ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

А.С. Крысанова.- студентка 608 гр. лечебного факультета

И.С. Добрынина - доцент

Кафедра поликлинической терапии

ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж, Россия

Научные руководители: д.м.н., профессор, А.А. Зуйкова, д.м.н., профессор, Е.Ю. Есина

Актуальность. Одной из задач диспансеризации взрослого населения является раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), являющихся ведущими причинами инвалидности и преждевременной смертности населения РФ. К таким заболеваниям относятся – болезни системы кровообращения (БСК), злокачественные новообразования, сахарный диабет (СД) и хронические болезни легких. На долю перечисленных ХНИЗ приходится около 75% инвалидности и смертности населения РФ. **Цель:** провести анализ диспансерной работы поликлиники за период с 2016 по июнь 2018 года.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе БУЗ ВО «Эртильская РБ» в два этапа. На первом этапе был проанализированы архивные данные за период с января 2016 по июнь 2018 года (форма 030/у). На втором – был проведен осмотр, анкетирование и анализ амбулаторных карт 35 пациентов, обратившихся на прием к врачу общей практики.

Результаты исследования. На диспансерный учет за период с 2016 по июнь 2018 года были взяты 254 пациента. Преобладали БСК: в 2016 году вновь выявленных случаев – 70 (57%), в 2017 – 69(61%). В 2018 году, за отчетный период, было выявлено 16 (41%) случаев гипертонической болезни, 4(10%) случаев ишемической болезни сердца, 2 (5%) случаев атеросклероза, 1 (2%) случаев острой ревматической лихорадки и 1 (2%) случаев церебросклроза. Число случаев вновь выявленных хронических заболеваний легких

составило – 13(10%) и 11(10%), в 2016 и в 2017 гг. За отчетный период 2018 года, хроническая обструктивная болезнь легких, бронхиальная астма и пневмония были выявлены у 2(5%), 1 (2%) и 2(5%) случаев, соответственно (Таблица 1).

Таблица 1. Структура ХНИЗ, выявленных при диспансеризации взрослого населения за период с января 2016 по июнь 2018 года.

ХНИЗ	Число случаев выявленных ХНИЗ					
	2016 год		2017 год		2018 год (январь – июнь)	
	n = 122	%	n = 113	%	n = 39	%
	Болезни системы кровообращения					
Гипертоническая болезнь	42	34	39	35	16	41
Ишемическая болезнь сердца	15	12	20	17	4	10
Атеросклероз	9	7	5	4	2	5
Острая ревматическая лихорадка	2	2	1	0,8	1	2
Церебросклероз	2	2	4	3	1	2
	Хронические болезни легких					
Хроническая обструктивная болезнь легких	4	3	5	4	2	5
Бронхиальная астма	5	4	1	0,8	1	2
Пневмония	4	3	5	4	2	5
	Болезни желудочно-кишечного тракта					
Язвенная болезнь	6	5	8	7	2	5
Гастрит	13	11	11	9	4	10
Холецистит	6	5	4	3	1	2
	Болезни мочевыделительной системы					
Пиелонефрит	4	3	4	3	2	5
	Болезни костно-мышечной системы					
Ревматоидный Артрит	4	3	3	2,2	2	5
	Болезни кроветворной системы					

Анемия	3	2	2	2	1	2
	Психические расстройства					
Соматоформная вегетативная дисфункция нервной системы	6	5	3	2,2	1	2

В о время амбулаторного приема было осмотрено 38 человек: 20 женщин и 18 мужчин, среди которых впервые было взято на диспансерный учет 17 человек. Преобладали больные гипертонической болезнью (ГБ), хроническим гастритом и сахарным диабетом.

Выводы:

1) Лидирующее место среди вновь выявленных ХНИЗ по результатам диспансеризации в БУЗ ВО «Эртильская РБ» занимают БСК, число случаев которых в 2017 году увеличилось по сравнению с 2016 годом.

2) Среди пациентов впервые взятых на диспансерный учет преобладали больные гипертонической болезнью, хроническим гастритом и сахарным диабетом.

ПЛАЗМЕННЫЙ УРОВНЬ ТРАНСФОРМИРУЮЩЕГО ФАКТОРА РОСТА-β1 У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ/ГИПОПНОЭ СНА

Ю. Я. Шелкович – ассистент

2-я кафедра внутренних болезней

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

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

Актуальность. Синдром обструктивного апноэ/гипопноэ сна (СОАГС) представляет актуальную проблему не только современной терапии и пульмонологии, но и смежных специальностей. Распространенность его составляет 10-12% в популяции и с возрастом увеличивается. Данное заболевания является фактором риска развития сердечно-сосудистой патологии, утяжеляет течение заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта, приводит к развитию эндокринной патологии и т.д. Установлено, что СОАГС может способствовать фиброзу органов и тканей. В этой связи актуальным представляется изучение профибротических цитокинов у пациентов с ночным апноэ. Одним из таких цитокинов, способных индуцировать склеротические изменения в ткани, является трансформирующий фактор роста-β1 (ТФР-β1).

Цель. Оценить плазменный уровень ТФР-β1 у пациентов с СОАГС.

Материал и методы исследования. На базе УЗ «Городская клиническая больница № 2 г.Гродно» было обследовано 56 пациентов (средний возраст 48 (43; 54) лет), из которых основную группу – 30 человек – составили пациенты с СОАГС, 26 человек составили группу сравнения.

Критерии невключения: хроническая ишемическая болезнь сердца выше II функционального класса стенокардии; недостаточность кровообращения выше НIIА; некоронарогенные заболевания миокарда и поражение клапанов сердца; язва желудка и/или 12-перстной кишки; хронические декомпенсированные заболевания других органов и систем; лор-патология, требующая хирургической коррекции; доброкачественные и злокачественные новообразования полости носа, злокачественные новообразования других локализаций; инфекционный, аллергический, вазомоторный ринит; постоянный приём психотропных средств, миорелаксантов, других препаратов, влияющих на функцию дыхания во сне.

Всем пациентам выполнялась компьютерная пульсоксиметрия с использованием аппарата SOMNOcheck micro (Weinmann) с вычислением индекса апноэ/гипопноэ (ИАГ). Концентрацию ТФР-β1 в плазме определяли методом иммуноферментного анализа (Fine Biotech Co., Китай). Данные обрабатывались непараметрическими методами Statistica 10.0.

Результаты исследования. Были обнаружены статистически значимые различия между пациентами основной группы и группы сравнения. Более высокие концентрации ТФР-β1 отмечались в плазме крови лиц основной группы: 111,3 (53,3; 549,3) и 12,1 (10,8; 52,2) нг/мл соответственно ($p=0,0007$). При установлении корреляционных связей была обнаружена положительная взаимосвязь между концентрацией ТФР-β1 и ИАГ ($r=0,43$, $p<0,05$).

Выводы. У пациентов с СОАГС отмечается увеличение показателей плазменной концентрации ТФР-β1, что может рассматриваться в роли одного из патогенетических механизмов развития фиброза органов и тканей в данной группе пациентов.

Взаимосвязь подагрического артрита и метаболического синдрома

К. В. Жигулина [1] – аспирант, С. С. Спицина [1, 2] – ассистент

[1] Кафедра госпитальной терапии, ВПТ с курсом клинической ревматологии ФУВ ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, Волгоград, Россия,

[2] ФГБНУ «Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной ревматологии имени А. Б. Зборовского», Волгоград, Россия

Научный руководитель – д.м.н., доц. Л.Н. Шилова

Актуальность.Метаболический синдром рассматривается как независимый фактор риска атерогенеза за счет инсулинорезистентности, дислипидемии, а также вследствие абдоминального ожирения и артериальной гипертензии. Метаболические нарушения, развивающиеся при подагре, делают её общемедицинской проблемой, для которой характерен высокий риск фатальных сердечно-сосудистых катастроф.

Цель исследования. Изучить частоту и структуру метаболического синдрома у больных с подагрическим артритом, выявить основные традиционные и ассоциированные с заболеванием факторы риска.

Материалы и методы исследования. В исследовании под нашим наблюдением были 60 больных подагрическим артритом, которые находились на стационарном лечении в ревматологическом отделении ГУЗ «ГКБ СМП №25» города Волгограда. Диагноз выставлялся на основании критериев S. Wallaceetal. Всем пациентам проводился забор крови для общего клинического и биохимического анализов (с определением мочевой кислоты, глюкозы, гликозилированного гемоглобина, инсулина, липидного спектра), а также физикальное обследование, включающее осмотр, измерение артериального давления, антропометрию (измерение индекса массы тела в кг/м^2, соотношения объема талии и бедер), расчет индекса HOMA. Статистическую обработку результатов проводили с использованием пакета программ Statisticav10.0.

Результаты исследования. Среди обследованных мужчины и женщины составили 60% и 40% соответственно, со средним возрастом 52 года, со средней продолжительностью заболевания 8.2±3.5 лет. У 42% пациентов был отягощен семейный анамнез по подагре. Дебют подагрического артрита наблюдался в 35.6±10 лет. Гипоурикемическая терапия была назначена 70% больных, а именно аллопуринол в дозировке 50-300 мг в день. У 36 больных была диагностирована тофусная форма, 24 – не имели тофусов. Пациенты были разделены на две группы: в первую группу включены 40 больных с первичным подагрическим артритом длительностью более 10 лет, во вторую группу – 20 больных с продолжительностью менее 5 лет. Артериальную гипертензию различной степени в 1-й группе имели 15 (37.5%) человек, во второй группе – 3 (15%). Абдоминальное ожирение (по результатам измерения окружности талии) диагностировано у 35 (87.5%) больных первой группы (индекс массы тела колебался от 29.05 до 49.39 кг/м^2) и у 7 (35%) больных 2-й группы (28.0-34.25 кг/м^2). Уровень урикемии в сыворотке крови пациентов 1-й группы варьировал от 397.8 до 660.5 мкмоль/л, 2-й – в пределах от 237.0 до 534.8 мкмоль/л. У 23 (57.5%) больных первой группы была диагностирована дислипидемия (преимущественно

тип IIa и IIb), во второй – нарушения липидного обмена имели 8 (40%) пациентов. Средний уровень гликемии натощак в 1-й группе составил 8.0±2.0 ммоль/л, у больных 2-й группы – 4.8±2.5 ммоль/л. Сахарный диабет 2 типа имели 15 пациентов, у 35 отмечалось нарушение толерантности к глюкозе, нарушение гликемии натощак имели 10 пациентов. Средний уровень гликозилированного гемоглобина составил 7.0±1.5%. Средний уровень инсулина в сыворотке крови больных 1-й группы – 7.9 мМЕ/л, 2-й группы – 2.2 мМЕ/л, а средний показатель индекса HOMA 22.0 и 0.49 соответственно.

Выводы. Таким образом, выявлена высокая распространенность метаболического синдрома у пациентов с подагрическим артритом, для которых характерно увеличение частоты развития инсулинорезистентности и дислипидемии, абдоминального ожирения и артериальной гипертензии, что приводит к повышению риска сахарного диабета и сердечно-сосудистой смертности. Также у больных подагрическим артритом в сочетании с метаболическим синдромом отмечены более высокие значения мочевой кислоты, что подтверждает роль гиперурикемии в качестве независимого фактора риска атеросклероза и фатальных сердечно-сосудистых катастроф. Все выявленные факторы метаболического синдрома прямо коррелировали с длительностью подагрического артрита.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Х.К. Аль-зубайди - ординатор первого года обучения

Кафедра поликлинической терапии

ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж, Россия

Научные руководители: д.м.н., профессор, А.А. Зуйкова, д.м.н., профессор, Е.Ю. Есина

Актуальность. Фибрилляция предсердий (ФП) является одной из самых распространенных аритмий, которая по праву считается эпидемией XXI века. ФП ассоциирована с увеличением риска церебральных тромбоэмболий, острой и хронической сердечной недостаточности, повышением частоты госпитализаций, снижением социального статуса больных. За последние годы частота госпитализаций пациентов с ФП значительно возросла, что объясняется увеличением возраста пациентов, числа хронических заболеваний, а также улучшением диагностики этой формы аритмии. В развитых странах в связи с тенденцией к увеличению общей продолжительности жизни ожидается дальнейшее увеличение числа больных с ФП.

Цель. Изучить особенности ведения больного с фибрилляцией предсердий и артериальной гипертензией в условиях амбулаторного звена здравоохранения.

Материалы и методы. Больной А., 1949 года рождения (70 лет) обратился к участковому терапевту в поликлинику по месту жительства с жалобами на учащенное сердцебиение, чувство перебоев в работе сердца, головокружение при ходьбе, слабость, одышку при ходьбе до 150 м по ровной местности. Анамнез заболевания: пациент перенес инфаркт миокарда в 2008 году по поводу чего лечился в отделении кардиологии. Более 25 лет отмечает высокие цифры артериального давления (АД) (165-180/100-110 мм рт.ст.), гипотензивную терапию получает нерегулярно (капотен, нифедипин), курит более 25 лет по 20 сигарет в день. Выше указанные жалобы беспокоят пациента около одних суток. Анамнез жизни. Родился в полной семье, рос и развивался соответственно полу и возрасту. Жилищно-бытовые условия - удовлетворительные, питание - достаточное. Туберкулез, вирусный гепатит, венерические заболевания и СПИД отрицает. Онкологические заболевания отрицает. Отец умер в 85 лет от инфаркта миокарда; Мать умерла в 75 лет, страдала гипертонической болезнью (ГБ), ишемической болезнью (ИБС). Объективный осмотр: общее состояние удовлетворительное, память сохранена. Сознание ясное. Ориентирован правильно в пространстве и времени. Правильного телосложения, вес 70 кг, рост 172 см, ИМТ=27,5кг/м^2. Язык влажный, чистый. Кожные покровы чистые, обычной влажности и окраски. Щитовидная железа не увеличена (0 степень), мягкая, эластичная, поверхность гладкая, безболезненная. Дыхание – везикулярное, хрипов нет. перкуторно - ясный легочной звук. ЧДД - 22 в минуту. Границы относительной тупости сердца: верхняя - 3-е межреберье слева по парастернальной линии, левая – на 1,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии в пятом межреберье, правая - на 0,5 см кнаружи от правого края грудины в пятом межреберье. Тоны аритмичные, приглушены, шумов нет. ЧСС - 120 уд/мин, АД - 140/90 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Периферические отеки отсутствуют. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Стул и диурез без особенностей. Пациент направлен на электрокардиограмму (ЭКГ). Результаты ЭКГ: признаки мерцания (фибрилляции) предсердий. отсутствие во всех отведениях зубца Р ; наличие на протяжении всего сердечного цикла беспорядочных волн f, имеющих различную форму и амплитуду. Волны f лучше регистрируются в отведениях V1,V2,11, 111 и aVF; нерегулярность желудочковых комплексов QRS - неправильный желудочковый ритм (различные про продолжительности интервалы R-R) ; наличие комплексов QRS, имеющих в большинстве случаев нормальный неизмененный вид без деформации и уширения. Биохимический анализ крови: глюкоза – 5,5 ммоль/л; АсАТ - 25 ед/л; АлАТ - 21ед/л; общий холестерин - 5,2 ммоль/л; СРБ - 4,2 мг/л. КФК - 110 ме/л. Исследование на тропонины: результат отрицательный. Больному поставлен диагноз: Пароксизмальная фибрилляция предсердий, тахисистолическая форма.

Гипертоническая болезнь 3 стадия, достигнутая степень 1, Гиперхолестеринемия. Избыточная масса тела. Риск 4 (очень высокий). Тактика ведения пациента: госпитализация с целью восстановления синусового ритма.

Выводы. Рассмотрен случай ведения пациента с впервые в жизни развившимся пароксизмом ФП на амбулаторном этапе. Необходимо обратить внимание, что пациент, чувствуя учащенные сердцебиения в течение суток не обращался к врачу. Низкая приверженность к лечению данной патологии связана с отсутствием у больных знаний о возможных нарушениях ритма и их последствиях, что диктует необходимость освещения ФП в школах для пациентов, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями.

ВЛИЯНИЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ НА РАБОТОСПОСОБНОСТЬ И УСПЕВАЕМОСТЬ СТУДЕНТОВ ПЕРМСКОГО КРАЯ

Д.А. Цветкова, В.Н. Томина - студенты 403 гр. лечебного факультета

Кафедра факультетской терапии №1 с курсом физиотерапии ФДПО

ФГБОУ ВО ПГМУ им. Академика Е.А. Вагнера Минздрава России, Пермь, Россия

Научный руководитель - к.м.н., доц. Н.И. Попова

Актуальность: По данным ВОЗ более 200 млн. людей страдают дефицитом железа. К группам риска относят беременных женщин, детей младшего возраста, также в последнее время все чаще данное заболевание выявляется у молодежи, в частности у студентов. Во время учебного процесса студенты испытывают на себе влияние разнообразных неблагоприятных факторов риска, таких как значительные учебные нагрузки, стрессовые ситуации, нарушения режима питания и сна. Все данные факторы в совокупности ведут к снижению адаптации студентов и потере контроля над имеющимися заболеваниями, что может привести к серьезным проблемам со здоровьем в будущем. При железодефицитной анемии наблюдается снижение качества жизни, ухудшается работоспособность, что отрицательно сказывается на успеваемости студентов.

Цель исследования: Оценить влияние железодефицитной анемии на работоспособность и успеваемость у студентов Пермского края.

Материалы и методы: Было проведено анкетирование 115 студентов средне-специальных и высших учебных заведений Пермского края по разработанной нами анкете. Проведен анализ анкет и их статистическая обработка. Выделены группы студентов с наличием доказанной железодефицитной анемии (опытная группа- 75 чел.) 65% и группа здоровых (контрольная группа -40 чел) 35%.

Результаты: Проведена статистическая обработка полученных данных. Опытная

группа 75 человек из которых 48 женщин и 27 мужчин. Средний возраст обследуемых составил 22±1,0 года. Содержание гемоглобина по результатам анализов от 72 до 100 г/л. В этой группе были выявлены следующие факторы риска железодефицитной анемии: несбалансированное питание 93% , полименорея 13%, атрофический гастрит 9%, беременность 9%, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки 3%. Железосодержащие препараты постоянно принимали - 42,7%, периодически принимали ранее - 46,7%, и не принимали данные препараты - 10,6%. Основными препаратами которые использовались при лечении железодефицитной анемии были: витаминные комплексы с железом - 43,8%, феррум лек - 34,2%, сорбифер дурулес - 23,3%, фенюльс - 19,2% тотема - 16,4% и мальтофер - 13,7%. При анкетировании 58,7% студентов отметили, что приём железосодержащих препаратов улучшил их состояние, 5,3% отрицают улучшение, 36% затруднились ответить.У 90,7% опрошенных из опытной группы отмечают усталость, недомогание и снижение работоспособности. При объективном осмотре у 85,3% наблюдается бледность кожных покровов. У 68% - выявляются частые простудные заболевания. Снижение памяти и ухудшение концентрации внимания отмечают 69,3% респондентов, а у 76% - плохое засыпание и неглубокий сон. У 69,3% в последнее время на фоне железодефицитной анемии наблюдается ухудшение успеваемости. Кроме того 77,3% респондентов испытывают периодически головокружения, 84% стали более раздражительными. У 77,3% студентов требуется больше времени на восстановление сил после учебы. У 69,3% наблюдаются проявления сидеропенического синдрома – извращение аппетита, желание употреблять в пищу: лёд, мел, извёстку, и извращение к запахам, желание нюхать запахи краски, ацетона, бензина.

Группа контроля составила 40 студентов. Из них 29 женщин и 11 мужчин. Средний возраст обследуемых составил 22±1 года. 72,5% респондентов регулярно занимаются физической активностью (в спортивных секциях и фитнес клубах) . 60% соблюдают сбалансированную диету с достаточным содержанием белков и витаминов. По отношению к факторам риска только у 7,5% имеются в анамнезе частые простудные заболевания, 2,5% страдают полименореей и 2,5% язвенной болезнью желудка. Лишь 11% студентам требуется больше времени для восстановления сил после учебы.

Выводы: Железодефицитная анемия в студенческой среде встречается часто – 65%, и ее наличие достоверно снижает работоспособность и реактивность организма (у 68%). Для улучшения показателей здоровья студентам с железодефицитной анемией целесообразно рекомендовать занятия спортом и использовать сбалансированную диету.

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ

В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Ратхоре Душиант Сингх – студент 346 гр.лечебного факультета

Кафедра фармакологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научные руководители - к.м.н. ассистент К.Я Шугаева, д.м.н., зав.кафедрой, профессор Ш.М. Омаров, к.м.н., доцент З.Ш. Магомедова

Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания на сегодняшний день являются ведущей причиной инвалидности и смертности в России. Одним из таких заболеваний является артериальная гипертензия (АГ).

Как известно, сердечно-сосудистые заболевания такие как ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, острый коронарный синдром, мозговой инсульта, хроническая болезнь почек, хроническая сердечная недостаточность являются основными причинами смерти населения экономически развитых стран, в том числе и в России. Одним из наиболее значимых факторов, влияющих на развитие и прогрессирование сердечно-сосудистых заболеваний, является АГ. Заболеваемость артериальной гипертензией растет по мере увеличения возраста пациентов. В России в среднем у 80 % людей в возрасте старше 65 лет выявляются повышенные уровни АД. В мире этот показатель достигает 60 %.

Именно поэтому в настоящее время актуален поиск оптимальных средств для успешной терапии гипертонической болезни. В настоящее время для лечения АГ международными и Российскими экспертами рекомендованы: диуретики, β–адреноблокаторы, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ), блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА), антагонисты кальция, α_1–адреноблокаторы, агонисты имидазолиновых рецепторов. Эффективным фармакотерапевтическим подходом при лечении АГ является применение комбинации двух или более лекарственных средств, обладающих различными механизмами действия, обеспечивается воздействие на разные патогенетические механизмы развития артериальной гипертензии, что дает возможность уменьшить их дозы, тем самым ослабляя побочные эффекты.

Цель исследования. Изучить клиническую эффективность комбинации азилсартана медоксомила и хлорталидона в лечении больных с артериальной гипертензией.

Материал и методы. В исследование было включено 60 пациентов с АГ 2 степени с высоким и очень высоким риском сердечно-сосудистых осложнений.. Среди них были 32 мужчин и 28 женщин. Возраст от 55 до 60 лет. В проведенных исследованиях комбинация азилсартана медоксомила и хлорталидона была эффективнее, чем сочетание олмесартана медоксомила и гидрохлоротиазида. Сходные результаты получены во всех группах

пациентов, независимо от возраста и пола.

В течение 16 недель исследуемые получали комбинацию азилсартана медоксомила и хлорталидона в дозе 40 мг и 25 мг, что статистически значимо превосходило комбинацию олмесартана медоксомила и гидрохлоротиазида 40 мг и 25 мг в снижении АД.

В результате исследования отмечалась положительная динамика показателей суточного мониторирования АД: дневные и ночные цифры артериального давления, средние суточные, индексы нагрузки САД и ДАД, вариабельность САД.

Выводы

Таким образом, комбинация азилсартана медоксомила и хлорталидона является эффективным антигипертензивным средством и является препаратом выбора для лечения АГ. Применение фиксированных комбинаций хорошо переносится больными и обеспечивает контроль АД на протяжении 24 часов.

Преимущество сочетания исследованных лекарственных средств состоит в обеспечении большей приверженности больных к лечению, меньшей вариабельности АД.

Совокупность позитивных качеств данной комбинации позволяет широко использовать ее в реальной клинической практике для повышения эффективности лечения пациентов с артериальной гипертензией.

ПЛАЗМЕННЫЙ УРОВНЬ ТРАНСФОРМИРУЮЩЕГО ФАКТОРА РОСТА-β1 У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ/ГИПОПНОЭ СНА

Ю. Я. Шелкович – ассистент

2-я кафедра внутренних болезней

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

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

Актуальность. Синдром обструктивного апноэ/гипопноэ сна (СОАГС) представляет актуальную проблему не только современной терапии и пульмонологии, но и смежных специальностей. Распространенность его составляет 10-12% в популяции и с возрастом увеличивается. Данное заболевания является фактором риска развития сердечно-сосудистой патологии, утяжеляет течение заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта, приводит к развитию эндокринной патологии и т.д. Установлено, что СОАГС может способствовать фиброзу органов и тканей. В этой связи актуальным представляется изучение профибротических цитокинов у пациентов с ночным апноэ. Одним из таких цитокинов, способных индуцировать склеротические изменения в ткани, является трансформирующий фактор роста-β1 (ТФР-β1).

Цель. Оценить плазменный уровень ТФР-β1 у пациентов с СОАГС.

Материал и методы исследования. На базе УЗ «Городская клиническая больница № 2 г.Гродно» было обследовано 56 пациентов (средний возраст 48 (43; 54) лет), из которых основную группу – 30 человек – составили пациенты с СОАГС, 26 человек составили группу сравнения.

Критерии невключения: хроническая ишемическая болезнь сердца выше II функционального класса стенокардии; недостаточность кровообращения выше НIIА; некоронарогенные заболевания миокарда и поражение клапанов сердца; язва желудка и/или 12-перстной кишки; хронические декомпенсированные заболевания других органов и систем; лор-патология, требующая хирургической коррекции; доброкачественные и злокачественные новообразования полости носа, злокачественные новообразования других локализаций; инфекционный, аллергический, вазомоторный ринит; постоянный приём психотропных средств, миорелаксантов, других препаратов, влияющих на функцию дыхания во сне.

Всем пациентам выполнялась компьютерная пульсоксиметрия с использованием аппарата SOMNOcheck micro (Weinmann) с вычислением индекса апноэ/гипопноэ (ИАГ). Концентрацию ТФР-β1 в плазме определяли методом иммуноферментного анализа (Fine Biotech Co., Китай). Данные обрабатывались непараметрическими методами Statistica 10.0.

Результаты исследования. Были обнаружены статистически значимые различия между пациентами основной группы и группы сравнения. Более высокие концентрации ТФР-β1 отмечались в плазме крови лиц основной группы: 111,3 (53,3; 549,3) и 12,1 (10,8; 52,2) нг/мл соответственно ($p=0,0007$). При установлении корреляционных связей была обнаружена положительная взаимосвязь между концентрацией ТФР-β1 и ИАГ ($r=0,43$, $p<0,05$).

Выводы. У пациентов с СОАГС отмечается увеличение показателей плазменной концентрации ТФР-β1, что может рассматриваться в роли одного из патогенетических механизмов развития фиброза органов и тканей в данной группе пациентов.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПУЛА СВОБОДНЫХ АМИНОКИСЛОТ ПЛАЗМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ЭЛЕРСОПОДОБНЫМ ФЕНОТИПОМ

П. А. Коваленя – студент 4 гр. 5 курса лечебного факультета

2-я кафедра внутренних болезней

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

Научный руководитель – ассистент Шелкович Ю.Я.

Актуальность. Наследственные нарушения соединительной ткани (ННСТ) – гетерогенная группа заболеваний, обусловленных генетическими дефектами синтеза и/или распада белков внеклеточного матрикса либо нарушениями морфогенеза соединительной ткани. ННСТ могут представлять собой как моногенные синдромы (синдромы с разработанными и согласованными критериями), такие как синдром Марфана, синдром Элерса-Данло, несовершенный остеогенез и пр., так и неклассифицируемые многофакторные нарушения соединительной ткани (МНСТ).

Цель. Оценить содержание свободных аминокислот и их производных в плазме крови пациентов с элерсоподобным фенотипом.

Материал и методы исследования. На базеУЗ «Городская клиническая больница № 2 г.Гродно» было обследовано 7 пациентов с элерсоподобным фенотипом, которые составили основную группу, и 26 пациентов без признаков ННСТ, которые составили группу сравнения. Средний возраст испытуемых – 30 (27; 32) лет.

Критерии исключения: синдром Элерса-Данло и другие моногенные синдромы, АГ II-III степени, ишемическая болезнь сердца, некоронарогенные заболевания миокарда, пороки сердца, заболевания других органов и систем в стадии декомпенсации.

Диагноз элерсоподобного фенотипа устанавливался после исключения синдрома Элерса-Данло и моногенных ННСТ на основании Национальных клинических рекомендаций «Диагностика и лечение наследственных и многофакторных нарушений соединительной ткани» (Трисветова Е.Л., 2014 г.).

Определение аминокислотного состава плазмы крови осуществлялось методом высокоэффективной жидкостной хроматографии.

Для интерпретации полученных данных использовались непараметрические методы программы Statistica 10.0. Различия между группами признавались статистически значимыми при $p \leq 0,05$.

Результаты исследования. У пациентов с элерсоподобным фенотипом в отличие от группы сравнения отмечались более высокие показатели глицина, серина, аргинина, цитруллина, более низкие показатели 1-метилгистидина в плазме крови. Данные представлены в таблице 1.

Таблица 1. Показатели содержания свободных аминокислот в плазме пациентов с элерсоподобным фенотипом и группы сравнения

Аминокислота, мкмоль/мл	Элерсоподобный фенотип (n=7)	Группа сравнения (n=26)	p-уровень
Глицин	317,1 (228,3; 337,8)	246,5 (218,5; 303,9)	0,048
Серин	138,6 (136,2; 153)	120,4 (107,5; 143)	0,05

Аргинин	101,5 (73,4; 133,1)	68,45 (56,17; 81,4)	0,009
Цитруллин	38,5 (34,3; 41,1)	31,4 (28,2; 37,6)	0,036
1-метилгистидин	4,5 (3,1; 5,3)	5,91 (5,11; 7,788)	0,049

Выводы. У пациентов с элерсоподобным фенотипом отмечается аминокислотный дисбаланс, который свидетельствует о нарушении белкового обмена и указывает на повышенный распад коллагена у данной категории лиц.

ПРОБЛЕМА ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

А.А. Трапезникова - врач-ординатор 1 года

Кафедра факультетской терапии №1 с курсом физиотерапии ФДПО ФГБОУ ВО ПГМУ им. Академика Е.А. Вагнера Минздрава России, Пермь, Россия Научный руководитель - к.м.н., доцент Н. И. Попова

Актуальность. Хронический панкреатит относится к наиболее сложным для изучения заболеваниям пищеварительной системы, что объясняется его прогрессирующим течением, грозными осложнениями и объективными трудностями диагностики и лечения.

Цель исследования: провести анализ историй болезни, выявить частоту встречаемости хронического панкреатита среди других заболеваний желудочно-кишечного тракта. Изучить особенности течения панкреатита на современном этапе 2015-2018гг. в сравнении с предыдущими годами 2005-2009 гг.

Материалы и методы исследования: В 2019г. на базе ГБУЗ ПК «ГКБ №2 им Ф.Х.Граля» проведен анализ 109 историй болезни пациентов, госпитализированных в гастроэнтерологическое отделение, отобранных случайно за период с 2015-2018гг. Оценивалось течение заболевания, наличие сопутствующей патологии, факторов риска обострений заболевания и особенности болевого синдрома.

Результаты исследования. Работая с архивными материалами историй болезни, удалось оценить частоту заболеваемости хроническим панкреатитом за прошедшие 4 года (2015-2018гг). Мы смогли выявить основные симптомы хронического панкреатита у обследованных больных, в том числе и описать характер болевого синдрома, являющийся ведущим в клинической картине хронического панкреатита.

Анализ структуры заболеваемости пациентов гастроэнтерологического отделения ГКБ №2 выявил высокую заболеваемость хроническим панкреатитом среди других болезней пищеварительного тракта – 75% (2015г-57,9%, 2016-56,8%, 2017-62,7%, 2018-70,6%), как и в предыдущие годы- 2005г.- 61,3%, 2006г.-48,2%, 2007г.-55,2%, 2009г.-55,6%. Отмечен значительный рост заболеваемости хроническим панкреатитом к 2018г. в сравнении с

предыдущими годами.

Среди госпитализированных больных преобладали женщины (58,3%) в возрасте 50-60 лет (32,6%), 60-70 лет- 21,7%. Выявлена низкая частота заболеваемости хроническим панкреатитом у лиц молодого возраста: женщины до 30 лет-8,6%, мужчины до 30 лет-3%., и у больных старше 70 лет (3-8,6%). Преобладали больные с длительностью болезни более 5 лет, почти с ежегодным обострением заболевания. В сравнении с предыдущими годами наблюдается преобладание пациентов, имеющих коморбидный фон, предшествующий хроническому панкреатиту. Среди сопутствующих заболеваний пищеварительного тракта чаще всего встречалась патология билиарного тракта: хронический холецистит-31,6%, ПХЭС-11,3%, гастрит-25,6%, дуоденит-15%, дуоденостаз-4,65, язвенная болезнь желудка и ДПК-11,9%. Несмотря на наличие сопутствующей патологии, пациенты не соблюдали диету, т.к. в большинстве случаев приступам панкреатита предшествовал алиментарный фактор. Нарушение диеты отмечено у 32,1%, прием алкоголя. -25,2%, курение-23,2%, стресс-14,2%, отягощенная наследственность-5,3%.

Анализ клинических симптомов выявил преобладание болевого синдрома средней и высокой интенсивности у 84% пациентов, и у 16% -малой интенсивности. В 60% случаев хронического панкреатита наблюдалась постоянная ноющая боль по типу «полупояса» или «пояса». В сравнении в период с 2005-2009гг. пациенты отмечали выраженный болевой синдром у 15%, а малоинтенсивный у 85%. В последние годы среди сопутствующих симптомов чаще всего встречается метеоризм-22,1%, астено-вегетативный синдром-18,4%, кашицеобразный жирный стул и снижение массы тела -12%, отрыжка-11,5%, тошнота и изжога-10%, урчание-4%.

Выводы. Хронический панкреатит на современном этапе встречается чаще, чем другие заболевания пищеварительного тракта, преимущественно у лиц зрелого и пожилого возраста. У пациентов, обследованных в гастроэнтерологическом отделении ГБУЗ ПК «ГКБ №2 им Ф.Х.Граля» хронический панкреатит протекает с более выраженным болевым синдромом и наличием коморбидной патологии.

Нарушения липидного обмена у больных псориатическим артритом

С.С. Спицина[1, 2] – ассистент

[1] Кафедра госпитальной терапии, ВПТ с курсом клинической ревматологии ФУВ, ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, Волгоград, Россия

[2] ФГБНУ «Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной ревматологии имени А. Б. Зборовского», Волгоград, Россия

Научный руководитель – д.м.н., доц. Л.Н. Шилова

Актуальность.Иммунопатологические процессы при псориатическом артрите (ПсА) носят системный характер, что является фактором риска сердечно-сосудистых патологий, ассоциированных с нарушениями липидного обмена.

Цель исследования. Изучить липидный профиль больных ПсА на фоне лечения метотрексатом (МТ), выявить взаимосвязь с традиционными и «болезнь-обусловленными» факторами.

Материалы и методы. Были обследованы 15 больных ПсА, получающих МТ не менее 3-х месяцев. Диагноз выставлялся по критериям CASPAR 2006. Для оценки активности использовались индексы DAS28-CRP(4) и DAPSA. Критерием исключения было наличие сопутствующего заболевания, способного повлиять на обмен липидов. Пациентам проводилось общеклиническое (осмотр, антропометрия) и лабораторное обследование. При анализе липидного спектра крови использовались оптимальные значения, изложенные в Национальном руководстве по кардиологии: значения общего холестерина (ОХС) ≤5,0, ХС ЛПВП ≥1,2 ммоль/л для женщин и ≥1 ммоль/л для мужчин, а также лабораторные референтные значения аполипопротеина В (апоВ) 0,60-1,40 г/л, аполипопротеина А1 (апоА1) 1,05-1,75 г/л. Статистическую обработку результатов проводили с использованием пакета программ SSPS 20.0.

Результаты исследования. Среди больных ПсА мужчин было 12, женщин – 3. Средний возраст составил 48,2±10,56 лет, длительность суставного синдрома – от 7 месяцев до 5 лет, длительность кожного синдрома – от 1,5 до 22 лет. Преобладал спондилоартритический вариант (75%) с наличием воспалительной боли в спине согласно критериям ASAS 2009, полиартритический встречался в 20% случаев, мутилирующий – 5%. 26,7% пациентов имели ограниченный вульгарный псориаз, остальные – распространенный. Все больные принимали МТ в качестве базисного противовоспалительного препарата от 10 до 20 мг в неделю, а также различные НПВП. Длительность терапии МТ составляла 20,4±13,7 месяцев, на стабильной дозировке все пациенты были не менее 6 месяцев. Все пациенты имели умеренную активность заболевания (DAS28-CRP(4) от 4,28 до 5,01; DAPSA от 23 до 26,8). Средняя концентрация СРБ составила 15,38 мг/л. Все женщин находились в постменопаузе. Средний индекс массы тела составил 31,03±4,4 кг/м^2. Повышение уровня ОХС зарегистрировано в 80% случаев. Среднее значение ОХС составило 6,04±1,55 ммоль/л. Снижение ХС ЛПВП не было зарегистрировано. Среднее значение ХС ЛПВП – 1,5±0,3 ммоль/л. АпоВ является основным апобелком из группы атерогенных липопротеидов, включающей ЛОНП, ЛПП и ЛНП, его концентрация в значительной степени отражает количество этих частиц в плазме. Среднее значение апоВ составило 1,32 [0,84; 1,78] г/л.

АпоА1 является основным белком ХС-ЛВП и хорошо отражает уровень ХС-ЛВП в крови. Средний уровень апоА1 был 1,59 [1,02; 2,05] г/л. Таким образом, значения апопротеинов не выходили за пределы референтных. Корреляционный анализ показал прямую взаимосвязь ОХС с возрастом, избыточной массой тела, длительностью ПсА.

Выводы. Липидные нарушения, наблюдавшиеся у больных ПсА, ассоциированы с высокой атерогенностью и риском кардиоваскулярных катастроф.Наиболее выраженным оказалось повышение ОХС. Показатели липидного профиля у больных ПсА взаимосвязаны как с традиционными (возраст, менопауза, повышение индекса массы тела), так и с болезнь-ассоциированными (длительность ПсА) факторами.

СОСОТОЯНИЕ УГЛЕВОДНОГО И ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ НА ФОНЕ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА Д

Н.Х. Омарова - ассистент

Кафедра эндокринологии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научные руководители – д.м.н., проф. С.Н. Маммаев, к.м.н., доц. Э.М. Солтаханов

Актуальность. Ожирение связывают с избытком углеводов и жиров в диете, гиподинамией, и развитием, вследствие этих факторов риска, инсулинорезистентности [1]. В последнее время, в мировой литературе собрано значительное количество материала о взаимосвязи дефицита витамина Д и риска развития ожирения [2]. По результатам проведенных исследований риск развития метаболического синдрома при уровне витамина Д 52 нмоль/л по сравнению с менее 35 нмоль/л снижался в 3 раза [3]. Уровень витамина Д влияет на уровень гликированного гемоглобина. При уровне менее 50 нмоль/л в два раза повышался риск развития сахарного диабета 2-го типа [4]. Мультипараметрическая линейная регрессия показала, что уровни витамина Д в сыворотке были обратно пропорциональны уровням гликированного гемоглобина HbA1c пациентов в возрасте 35-74 лет (p=0.0045) [5].

Цель исследования. Оценить углеводный, липидный обмен у пациентов с избыточной массой тела и ожирением и с дефицитом витамина Д находившихся на стационарном лечении в ГБУ РД НКО «ДЦК и ССХ».

Материалы и методы. Когорта из 42 пациентов включала данные углеводного и липидного обмена с избыточной массой тела и ожирением, имеющих дефицит витамина Д. Согласно федеральным клиническим рекомендациям нормой считался уровень витамина Д ≥30нг/мл. Уровень витамина Д <30 нг/мл расценивался как дефицит. Вычисление индекса массы тела (ИМТ) было произведено по общеизвестной формуле. Был определен уровень

гликированного гемоглобина, по результату которого был оценен углеводный обмен. Пациентам проводилось определение уровней ЛПНП, ЛПВП, кальция и витамина Д.

Результаты. Гендерное распределение: 78,6% мужчин и 21,4% женщин. Среднее значение ИМТ составило – 30,9 ± 3,1 кг/м^2. У пациентов с избыточной массой тела среднее значение ИМТ составило 27,2 ± 0,9 кг/м^2, а у пациентов с ожирением 32,4 ± 2,4 кг/м^2 (p=0,001). У всех пациентов уровень гликированного гемоглобина составил 6,4 ± 1,4%. Средний уровень гликированного гемоглобина в когорте с избыточной массой тела составил 6,1±1,2%, а в когорте с ожирением 6,5 ± 1,5%, достоверного различия между когортами выявлено не было (p=0,66). Оценка липидного профиля выявил уровень липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) 2,88 ± 1,02 ммоль/л, с достоверно более высоким уровнем ЛПНП у пациентов с избыточной массой тела 3,2 ± 1,31 ммоль/л, чем у лиц с ожирением 2,77 ± 0,84 ммоль/л (p<0,03). Уровень липопротеидов высокой плотности обоих когортах отличался. Уровень общего кальций (Ca) у больных с избыточной массой тела и ожирением не отличался и составил 2,2 ± 0,1 ммоль/л и 2,3 ± 0,1 ммоль/л (p=0,78). Достоверного различия содержания витамина Д в когорте с избыточной массой тела и в когорте с ожирением выявлено не было, однако в обеих когортах был выявлен дефицит 15,1 ± 6,3 нг/мл. В когорте с избыточной массой тела среднее значение составило 15,4 ± 5,3 нг/мл, а в когорте с ожирением 15,0 ± 6,7 нг/мл.

Выводы. Был выявлен дефицит витамина Д в обеих когортах, при этом **у** лиц с избыточной массой тела и ожирением он достоверно не различался. Выявлено нарушение липидного обмена, в виде достоверно более высокого уровня ЛПНП у пациентов с избыточной массой тела, чем при ожирении. Содержание гликированного гемоглобина у лиц с избыточной массой телом и ожирением достоверно не различались, однако у лиц с ожирением уровень был незначительно выше.

Литература

1. Ford ES, Ajani UA, et al Concentrations of serum vitamin D and the metabolic syndrome among U.S. adults. Diabetes Care: 2005, 28: 1228-1230.

2. Snijder M. Adiposity in relation to vitamin D status and parathyroid hormone levels: a population-based study in older men and women. J Clin Endocrinol Metab; 2005,90: 4119-23.

3. Ganji V, Zhang X, Shaikh N. Serum 25-hydroxyvitamin D concentrations are associated with prevalence of metabolic syndrome and various cardiometabolic risk factors in US children and adolescents based on assay-adjusted serum 25-hydroxyvitamin D data from NHANES 2001-2006. Am J Clin Nutr. 2011;94(1):225-33.

4. Dalgard C, Petersen MS. Vitamin D status in relation to glucose metabolism and type 2 diabetes in septuagenarians. DiabetesCare. 2011;34(6):1284-8.

АНАЛИЗ И СРАВНЕНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ И МОДИФИКАЦИИ ОБРАЗА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ

Е.И. Волкова – студент 5 курса лечебного факультета, В.И.Шевцова – к.м.н., ассистент

Кафедра поликлинической терапии

ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н.Бурденко Минздрава России, Воронеж, Россия

Научный руководитель - д.м.н., проф. А.А. Зуйкова

Актуальность. Комплаентность – термин, все чаще встречающийся в практической деятельности медицинского работника. Под приверженностью к лечению принято понимать степень выполнения больным рекомендаций врача в отношении приема лекарственных препаратов, соблюдения диеты и других мер, направленных на изменение образа жизни. Приверженность – это один из важнейших факторов, характеризующих качество лечения и непосредственно влияющих на прогноз. [1]

Проблема комплаентности в ходе лечебных, а особенно профилактических мероприятий остается актуальной и требующей серьезного отношения и изучения. По данным ВОЗ в 2015 году от ССЗ умерло 17,7 миллиона человек, что составило 31% всех случаев смерти в мире [2]. Нередко причиной всему является выполнение пациентами рекомендаций доктора в течение непродолжительного времени. Таким образом, проблема низкой комплаентности к терапии у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями остается актуальной. Выявление факторов, ассоциированных приверженностью, позволит обосновать выполнение ряда мероприятий для повышения эффективности лечения пациентов с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца.

Цель. Провести анализ приверженности пациентов, страдающих заболеваниями сердечно-сосудистой системы, к лекарственной терапии и к модификации образа жизни; оценить зависимость между соблюдением или несоблюдением предписаний доктора с течением заболевания, наличием осложнений; выявить причины несоблюдения назначений врача.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе БУЗ ВО ВГП№3. При проведении научной работы из основных методов оценки приверженности к лечению и модификации образа жизни использовались: прямой опрос, анкетирование, подсчет количества назначенных препаратов, изучение амбулаторных карт пациентов. В анкетировании приняли участие 56 респондентов, из них 24 мужчины и 32 женщины в

возрасте от 53 до 83 лет, имеющие заболевания сердечно-сосудистой системы. На первом этапе участникам был предложен «опросник количественной оценки приверженности лечения»[3], на втором – беседа на приеме участкового терапевта ВГП №3, третий этап заключался в изучении данных амбулаторной карты больного.

Результаты исследования. Среди участвовавших мужчин в возрасте от 53 до 83 лет 54,16% показали низкий уровень приверженности к лечению, 41,6% - средний уровень и всего 4,16% имеют высокий уровень приверженности к лекарственной терапии. Среди женщин в возрасте от 53 до 83 лет с заболеваниями сердечно-сосудистой системы показали высокий уровень 6,25%, 28,125% - средний и 65,625% - низкий уровень. Также оценивалась приверженность к модификации образа жизни. Среди мужчин 79,1% показали низкий уровень, 16,6% - средний, 4,16% - высокий. Среди женщин не было выявлено показавших высокий уровень приверженности к изменению прежнего образа жизни в связи с заболеванием, 87,5% показали низкий уровень готовности к модификации образа жизни, 12,5% - средний уровень.

Среди наиболее приверженных к лечению женщин 66,6% получают 5 и более препаратов в сутки. 33% - менее 5 препаратов в сутки. Среди наиболее приверженных к лечению мужчин 60,0% получают 5 и более препаратов в сутки. 40,0% - менее 5 препаратов в сутки.

Выводы.

1) Среди мужчин и женщин в возрасте от 53 до 83 лет в среднем наиболее привержены к лечению оказались мужчины, однако, женщины более прилежно соблюдают предписанные рекомендации, более четко ведут дневник артериального давления, стараются принимать препараты в одно и то же время.

2) Мужчинам, в свою очередь, легче, чем женщинам отказаться от прежнего образа жизни, проще придерживаться диетам и другим профилактическим рекомендациям.

3) Группа людей, имеющие в анамнезе острый инфаркт миокарда, острые нарушения мозгового кровообращения, стараются избежать повторного проявления этих осложнений, путем соблюдения рекомендаций в отношении медикаментозной терапии и изменении образа жизни.

4) В среднем оптимальное количество препаратов, прием которых пациент с заболеваниями сердечно-сосудистой системы не будет пропускать – 5.

5) Основными причинами отказа или прекращения приема лекарственных средств были наличие побочных действий лекарственных средств, а также негативная информация о принимаемом ЛС.

Литература

1. Николаев Н. А. Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25) / Н.А. Николаев, Ю.П. Скирденко // Клиническая фармакология и терапия. – 2018. - №1. – с. 74- 78.

2. Данные Всемирной Организации Здравоохранения от 17.05.2017http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds).

3. Национальные рекомендации Российского научного медицинского общества терапевтов по количественной оценке приверженности к лечению. – 2017.

ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ МЕЛОКСИКАМА У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Е. А. Тимошина - студент группы Л-504 лечебного факультета,

В. И. Шевцова - к.м.н., ассистент

Кафедра поликлинической терапии

ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н.Бурденко Минздрава России, Воронеж, Россия

Научный руководитель - д.м.н., проф. А. А. Зуйкова

Актуальность. Одна из наиболее частых причин обращения за медицинской помощью - хроническая боль, возникающая при заболеваниях опорно-двигательного аппарата. Она существенно снижает качество жизни пациентов, приводит к утрате трудоспособности. Для купирования боли активно используются различные нестероидные противоспалительные препараты (НПВП), которые сходны по механизму и силе действия, но отличаются частотой и спектром нежелательных побочных эффектов [1]. Длительное применение НПВП увеличивает риск гастроэнтерологических и кардиоваскулярных побочных реакций. Мелоксикам, являющийся селективным ингибитором ЦОГ-2, обладает большей безопасностью в отношении влияния на желудочно-кишечный тракт по сравнению с неселективными НПВП, но проблема его воздействия на противогипертензивную терапию остается нерешенной [2].

Цель. Сравнить влияние Мелоксикама на уровень АД у пациентов с гипертонической болезнью, получающих различные схемы противогипетрензивной терапии.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе БУЗ ВО ВГП №18. В нем приняли участие 54 пациента, регулярно принимающие Мелоксикам (7,5 мг/сут) и давшие согласие на участие в исследовании. Все они также страдают гипертонической болезнью, имеют средний сердечно-сосудистый риск по шкале SCORE и принимают противогипертензивные препараты не менее 2 лет, целевой уровень АД достигнут. Среди

исследуемых 21 мужчина и 33 женщины, средний возраст составил 54,6±1,4 лет. Пациенты были разделены на 3 группы: в I группу вошли 20 человек, принимавших иАПФ+ТД, пациенты во II группе принимали БАБ+ТД (18 человек), в III группе - дБКК+ТД (16 человек).

По данным карт амбулаторных пациентов у всех исследуемых ретроспективно оценен уровень АД, измеренный во время амбулаторных посещений по методу Короткова, до начала приема Мелоксикама и спустя 3 месяца. Для проведения статистических расчетов использовались программы MicrosoftOfficeExcel 2007 и Statistica 6.0. Для определения достоверности различия показателей в группах использовался Н-критерий Краскела-Уоллиса, статистически значимыми различия между оцениваемыми параметрами признавались при $p<0,01$.

Результаты. Произведена оценка показателей АД в 3 исследуемых группах. После приема Мелоксикама во всех группах отмечалось повышение АД: у 65% пациентов в I, 61,1% во II и 62,5% в III группе. При сравнении показателей АД после 3 месяцев приема Мелоксикама и до его начала выявлено статистически значимое различие в I и II группах пациентов, принимающих иАПФ+ТД и БАБ+ТД соответственно. В III группе больных, которые помимо мелоксикама принимают дБКК+ТД, повышение АД статистически достоверным не является.

В I группе больных, принимающих иАПФ+ТД, было зафиксировано повышение САД в среднем на 10,6±1,6 мм рт. ст. и ДАД на 8,8±0,9. Во II группе пациентов, которые принимают БАБ+ТД, на 9,7±1,1 и 8,8±1,2 соответственно.

Выводы.

1. У пациентов с ГБ, регулярно принимающих противогипертензивные препараты и достигших целевого уровня АД, прием Мелоксикама в течение длительного времени приводит к достоверному повышению показателей АД.

2. Длительный прием Мелоксикама в разной степени влияет на изменение АД у пациентов, получающих различные схемы противогипертензивной терапии.

3. Для пациентов, страдающих ГБ и длительно принимающих Мелоксикам, для достижения целевого уровня АД целесообразно рассмотреть сочетание дБКК+ТД.

Литература

1. Герасимова О. Н., Парфенов В. А. Клинический опыт применения мелоксикама (Мовалис®) при неспецифической боли в спине и радикулопатии // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2012. №2.

2. Никифоров Р.В., Шевцова В.И., Зуйкова А.А. Оценка прогипертензивного влияния мелоксикама на показатели артериального давления // Архивъ внутренней медицины. 2019.

№1(45).

ВЛИЯНИЕ ГРУППЫ КРОВИ НА ЧАСТОТУ И ТЯЖЕСТЬ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ

З.А. Сотавова - студентка

Кафедра внутренних болезней педиатрического и стоматологического факультетов

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель проф.С.Ш. Ахмедханов, асс. З.М.Саидова

Актуальность. Большое число научных работ свидетельствуют о том, что полиморфизм по системе АВО группа крови, ассоциированные потенциальным риском развития для различных заболеваний, таких как рак, инфаркт миокарда и венозной тромбоэмболии [4,5,6]. Кроме того, показано, что группа крови по системе АВО оказывает выраженное влияние на гемостаз. Так выявлено, что возникновение венозной тромбоэмболии является относительно редко у лиц с группой крови О(I) по сравнению с людьми с других групп крови [4]. Кроме того, выявлена связь между разницей в группах крови и риском развития кровотечения у пациентов из верхних отделов желудочно-кишечного тракта [2], а также развитием маточных кровотечений во время родов [3].

Цель: настоящего исследования состояла в изучении ассоциации между группами крови системы АВО с частотой и тяжестью кровотечений у больных с язвенной болезнью желудка и 12 перстной кишки.

Материал и методы. Нами проведено ретроспективное исследование больных с кровотечениями при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Период наблюдения: с 1 января 2018 г. по 20 марта 2019 г. больных находившихся в хирургическом стационаре городской клинической больницы № 1 г. Махачкала. Ретроспективно оценена следующая информация: частота переливаний, количество перелитой эритроцитарной массы (ЭМ) и свежезамороженной плазмы (СЗП) по записям в историях болезни и журнала переливаний крови и кровезаменителей. Проводилась оценка группы крови (О(I),А(II), В(III), АВ(IV)), количество проводимых переливаний ЭМ и СЗП. Все больные были распределены на две группы: 1-я исследуемая группа составили больные с язвенной болезнью желудка и 12перстной кишки (66 пациентов). В качестве контрольной группы (2138 человек) составили сведения из работы Магомедовой М.А. (2015) [1]., в которой представлена информация о частоте групп крови системы АВО среди жителей г. Махачкала. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием статистических пакетов MicrosoftExcel.

Результаты исследования и их обсуждение. Для выяснения предрасположенности

определённой группы крови по системе АВО к кровотечениям нами проведена оценка ассоциации групп крови у больных язвенной болезнью, осложнённой кровотечениями и здоровой популяций. В качестве контрольной группы нами использовались сведения о распределения частот групп крови из работы [1]. В ходе наблюдения у 29 пациентов с ЖКТ кровотечениями (43,9 %) выявлена О(I) группа крови. Вторая группа крови А(II) выявлено 21 пациентов (31,8%).Третья группа крови В(III) выявлено у 11 пациентов (16,6%). Четвертая группа крови АВ(IV) оказалось у 5 больных (7,6 %). При сопоставлении частот встречаемости О(I) и А(II) в исследуемой и контрольной группе крови не выявлено никаких различий. В третьей группе крови реже отмечаются различия данных пациентов с кровотечениями сравнительно с популяцией г. Махачкалы. Наибольшие различия выявлены в частоте встречаемости АВ(IV) группы крови, среди пациентов с кровотечениями – она встречается в 1,81 раз чаще. Противоположная картина сложилась при оценке третьей группы крови В(III). Эта группа встречалась у 16,6% пациентов, что несколько реже, чем у лиц популяции г. Махачкалы – 21,9%. Можно предположить, что наличие АВ(IV) группы крови у больных язвенной болезнью прямо ассоциировано с развитием кровотечения, а наличие В(III) группы крови - наоборот находится в обратной взаимосвязи.

При оценке ассоциации группы крови системы АВО и степени тяжести кровотечения по количеству перелитой ЭМ (в мл) в соответствии с группами крови не выявлено значимых различий между больными с О(I) (38,1%) первой и А(II) (33,6 %) второй группами крови. У пациентов с группой крови В(III) количество перелитой ЭМ равно 3532 мл (15,8 %). Пяти пациентам с АВ(VI) группой крови перелито 2795 мл, т.е. большее количество ЭМ сравнительно с больными других групп крови.На одного больного язвенной болезнью с кровотечениями средняя доза перелитой ЭМ оказалась наибольшей у лиц с АВ(VI) группой крови -559мл .В тоже время, наименьшая доза ЭМ потребовалась больным с О(I) группой крови –294,2 мл.

Далее проведена оценка ассоциации группы крови и количества перелитой СЗП с целью остановки кровотечения у больных язвенной болезнью желудка и 12 перстной кишки. Первой О(I) крови количество переливаний СЗП 47,4% (6601 мл). У второй же группы крови среднее количество крови, переливаемое одному пациенту (247мл) выше, чем у пациентов других групп крови. Объем перелитого СЗП у В(III) третьей группы равно 1450 мл (10,4%) , а у четвертой группы – 445мл (3,2%). Сравнивая количество перелитой ЭМ и СЗП у АВ(VI) группы, то объем ЭМ превышает в 6,3 раза объема СЗП. Наши данные свидетельствуют о том, что для остановки кровотечения необходимо меньшее количество СЗП у больных с В(III) третьей группы – 208,1 мл, а наибольшее количество у лиц с А (II) группой крови (260 мл). Следовательно, больший уровень плазменных факторов гемостаза

ассоцирован с А(II) группой крови.В связи с тем, что наше исследование носило ретроспективный характер с ограниченным размером выборки, остается неясным, является ли статистически значимая разница, наблюдаемая в данном исследовании, клинически значимым результатом. Необходимы дальнейшие исследования, чтобы выявить и оценить роль группы крови системы АВО в поддержании гемостаза.

Выводы

У больных язвенной болезнью с В(III) группой крови кровотечения протекают легче, остановка кровотечения происходит быстрее при меньшем количестве перелитой СЗП.

Больным язвенной болезнью с кровотечениями с АВ(IV) группой крови для компенсации гемодинамики необходимо большее количество ЭМ .

Литература / References:

1. Магомедова М.А. «Полиморфизм систем групп крови АВО и резус-фактор в отдельных районах Дагестана» . ИзвестияДГПУ.2015. №4. С. 57-60

2.. Bayan K, Tuzun Y, Yilmaz S, Dursun M, Canoruc F. Clarifying the relationship between ABO/Rhesus blood group antigens and upper gastrointestinal bleeding // Dig Dis Sci. 2009 V.54, P.1029–1034.

3.. Chauleur C, Cochery-Nouvellon E, Mercier E, Aya G, Fabbro-Peray P, Mismetti P, et al. Some hemostasis variables at the end of the population distributions are risk factors for severe postpartum hemorrhages // J ThrombHaemost. 2008 V.6, P.2067–2074.

4. Dentali F, Sironi AP, Ageno W, Turato S, Bonfanti C, Frattini F, et al. Non-O blood type is the commonest genetic risk factor for VTE: results from a meta-analysis of the literature // SeminThrombHemost. 2012 V.38, P.535–548.

5. Reilly JP, Anderson BJ, Mangalmurti NS, Nguyen TD, Holena DN, Wu Q, et al. The ABO histo-blood group and AKI in critically ill patients with trauma or sepsis // Clin J Am SocNephrol. 2015 V.10, P.1911–1920.

6. Sun W, Wen CP, Lin J, Wen C, Pu X, Huang M, et al. ABO blood types and cancer risk—a cohort study of 339,432 subjects in Taiwan // Cancer Epidemiol. 2015 V.39, P. 150–156.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР КОМОРБИДНОГО БОЛЬНОГО С ПОЛИПРАГМАЗИЕЙ

З.Н. Дундарова - клинический ординатор,

Пз.Мх. Нурбагандова, П.Мх. Нурбагандова - студентки 630 гр. лечебного факультета

Кафедра поликлинической терапии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доцент Д.Н. Казанбиев

Актуальность. В последние годы у больных пожилого и старческого возраста все чаще встречается коморбидность . В связи с этим в лечении нескольких заболеваний одновременно используется большое количество лекарственных средств (полипрагмазия).

Цель. Показать на примере полипрагмазию у больного старческого возраста с коморбидностью и перспективы лечения.

Задачи. Исследовать: 1) полипрагмазию на примере у больного старческого возраста, 2) влияние коморбидности на качество жизнь пациента старческого возраста, 3) влияние полипрагмазии на прогноз заболевания, 4) наметить пути преодоления полипрагмазии у коморбидных больных.

Материалы и методы исследования. Был произведен анализ диагнозов и проводимой терапии, мы подсчитали количество заболеваний и препаратов, применяемых в лечении больного М.Г.М. ,а также оценили его состояние с использованием популярных индексов :

1. CIRS-G(Cumulative Illnes Rating Scale for Geriatris)от 0 до 56 баллов
2. Шкала ICED , (Index of Co-Existent Disease)от 0 до 50
3. Индекс MaryCharlson от 0 до 40 баллов
4. Индекс Kaplan-Feinstein от 0 до 36 баллов

Больной был изучен на предмет одновременного и последовательного применения лекарственных средств. Полученные данные были обработаны.

Результаты исследования.

У исследуемого больного М.Г.М. были зафиксированы следующие диагнозы:

ИБС. стенокардия стабильная, напряжения ФК IV.

Нарушение ритма сердца. Мерцательная аритмия, тахисистолическая форма.

Хроническая сердечная недостаточность IV фк, С.

АГ IIIстепени, риск 4.

ХНМК II ст. с выраженными когнитивными нарушениями. Старческая астения.

Пневмония, внегоспитальная, пневмококковая, в нижней доле в SIX-X справа.

Плеврит эксудативный, справа.

Цирроз печени. Портальная гипертензия. Асцит.

ХБП 4 стадия (Хронический пиелонефрит)

Анемия. Тяжелое течение.

Кахексия.

В лечение пациента были использованы следующие лекарственные препараты:

Изокет.

Бисопролол.

Лизиноприл.

Дигоксин в минимальных дозах.

Диувер.

Тромбо АСС.

Кавинтон.

Рибоксин.

Цефтриаксон.

Левофлоксацин.

Гептрал.

Сорбифер дурулес.

Альбумин.

Витамины (В1, В6, С)

Отмечается прямая зависимость между количеством выставленных диагнозов и количеством применяемых в лечении препаратов.

Выводы. Представленный больной гериатрического возраста пример коморбидности в лечении, который использовал. множество препаратов без анализа каждого лекарственного назначения, не применялся метод оптимизации фармакотерапии. Применялись препараты без ограничения назначения лекарственных средств.

ХИРУРГИЯ

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПО ДАННЫМ РЕСПУБЛИКАНСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ

Д. Г. Хайбулаева. - студентка, З. К. Гереева - молодой ученый

Кафедра хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов

ВГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

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

Актуальность исследования. На сегодняшний день рожистое воспаление имеет высокую частоту заболеваемости без тенденции к снижению (1,4-2,2 на 1000 человек взрослого населения), которая не зависит от таких условий, как региональные, социальные, бытовые, не зависит от уровня жизни. Болезнь по-прежнему характеризуется склонностью к развитию частых и упорных рецидивов, что приводит к длительной нетрудоспособности пациента. По мнению специалистов, в распространении и тяжелом течении рожистого воспаления повинны пугающий рост случаев резистентности флоры к антибиотикам, старение населения с его неизбежным снижением иммунитета и замедлением лимфовенозного оттока из-за малоподвижности. А развитие рецидивов рожистого воспаления обусловлены неполноценностью микробной санации первичного очага инфекции, расположенного в сети лимфатических и венозных капилляров. Смертность от осложнений достигает 5%.

Цель исследования. Целью исследования явилось выявить наиболее эффективный метод лечения рожистого воспаления с учетом частых рецидивов и неуклонным ростом заболевания, а также на основе анализа улучшить результаты лечения больных рожистым воспалением нижних конечностей.

Материалы и методы исследования. Материалом для данной работы явились данные республиканского отделения хирургических инфекций ГКБ №1 - 60 случаев рожистого воспаления, среди которых 9 умерло. Были использованы показатели республиканского отделения хирургических инфекций за последние 5 лет, по которым мы видим, что заболеваемость с каждым годом не снижается. Из 60 рассмотренных случаев 39 (65%) с не осложненной (эритематозной, буллезной, геморрагической) и 21 с осложненной (абсцессы, флегмоны и некрозы) формами. Из них мужчин 41, женщин — 19, в возрасте от 40 до 65. На данных анамнеза, анализа местной и общей симптоматики и динамического контроля их лечения основывалось общклиническое обследование больных. В бактериологической лаборатории нашей больницы проводилось исследование вида флоры и определялась

чувствительность к антибиотикам - были исследованы содержимое рожистых бул и раневой экссудат. Также был проведен биохимический анализ крови - общий белок, билирубин, сахар, АЛТ, АСТ, остаточный азот и другие. Больше половины больных имели лишний вес, 22 имели сахарный диабет второго типа, сердечно-сосудистая патология встречалась у каждого четвертого. Также были рассмотрены случаи смертей в отделении и их причины, основные из которых — септический шок и ТЭЛА.

Результаты исследования. Когда регулярно не моют ноги возникают благоприятные условия для размножения стрептококковой флоры на поверхности кожи, тогда для ее проникновения вглубь достаточно бывает порою не видимые микротравмы.

У большинства умерших больных была определена буллезно-некротическая форма рожистого воспаления. При лечении этих пациентов применяли комплексную консервативную терапию и некрэктомию у большинства.

Выводы. Лучшим методом лечения рожистого воспаления является комплексная терапия с учетом характера местных и общих проявлений, тяжести течения, наличия осложнений и сопутствующих патологий. В комплексную терапию, использованную нами, входит медикаментозное лечение не осложненных форм, которые не требуют оперативного вмешательства и лечатся консервативно. Туда входит этиотропная, десенсибилизирующая, симптоматическая и дезинтоксикационная терапия. Золотым стандартом этиотропной терапии является введение пенициллинов в/м, в/в или эндолимфатически, в зависимости от тяжести состояния больного. При осложненной форме прибегли к оперативному вмешательству.

УСПЕХИ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

М. Н. Бокова, ординатор первого года обучения

Ю.А. Котова, доцент кафедры поликлинической терапии

Кафедра поликлинической терапии

ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж, Россия

Научные руководители - д.м.н., профессор, А.А. Зуйкова, д.м.н., профессор, Е.Ю. Есина

Актуальность. Достижения в области фармакотерапии сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) достаточно велики, однако для ряда больных сердечной недостаточностью (СН) единственным методом лечения остается трансплантация сердца.

Врачи первичного звена должны постоянно поддерживать и повышать свою компетентность в области ведения пациентов с новыми высокотехнологичными

вмешательствами в анамнезе.

Цель - описание клинического случая успешного высокотехнологичного вмешательства - ортотопической трансплантации сердца пациенту, на данный момент проживающему в г. Воронеж.

Материалы и методы. Проведено обследование больного М., проживающего в г. Воронеж, изучены клинические данные, результаты лабораторных и инструментальных вмешательств. Больной М. длительное время страдал гипертонической болезнью (ГБ) с максимальными цифрами артериального давления (АД) 160/100 мм.рт.ст. В июне 2015 года стал отмечать одышку при ходьбе, боли в области сердца при физической нагрузке (ФН). 05.07.2015 одышка и отеки усилились, ухудшилась толерантность к ФН. 06.07.2015 госпитализирован в ГКБ №57 г. Москва. В результате проведенного обследования, был поставлен диагноз: ИБС. Прогрессирующая стенокардия. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий: стеноз с/3 ПМЖВ до 70%. Врожденный порок сердца. Двухстворчатый аортальный клапан. Перфорация верхней створки АК. Аортальная регургитация 2-3 ст. Гипертоническая болезнь IIIст. (АГ 2 ст, риск 3). ХСН IIБ ФК II по NYHA. После проведенного лечения, явления застойной СН регрессировали, толерантность к ФН возросла. Пациент выписан с улучшением, чувствовал себя удовлетворительно, у врача не наблюдался, регулярного лечения не получал.

23.08.2017 был экстренно госпитализирован в ГКБ № 29 им. Н.Э. Баумана с клиникой острого коронарного синдрома (ОКС) и острой левожелудочковой недостаточности. Состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, акроцианоз. Дыхание везикулярное, ослаблено в нижних отделах. ЧДД-20 в мин, SpO2 – 94%, АД 140/80 мм.рт.ст., ЧСС=пульс-118 в мин. Тоны сердца неритмичные, грубый систолический шум на верхушке, аорте. Отеки не определяются. ЭКГ: Фибрилляция предсердий. Выраженная гипертрофия ЛЖ. ЭХО-КГ: нарушение общей и локальной сократимости ЛЖ. ФВ 20%. Двухстворчатый аортальный клапан. Спонтанное контрастирование в ЛЖ. Стеноз аортального клапана. Дилатация ЛЖ и предсердий. Аневризма восходящего отдела аорты. Недостаточность АК 2-3 ст., МК 2 ст., ТК 2ст. Проведено лечение, выписан с улучшением. Даны рекомендации о необходимости консультации кардиохирурга для решения вопроса о протезировании АК.

07.09.2017 обратился в центр сердечно-сосудистой хирургии, где была рекомендована сцинтиграфия миокарда для определения возможности хирургического лечения в условиях искусственного кровообращения (ИК). Заключение от 12.09.2017: Сцинтиграфические признаки выраженного диффузного снижения перфузии по всему миокарду ЛЖ без четкой дифференциации локальных зон гипоперфузии. Сократительная способность миокарда ЛЖ резко снижена: ФВ- 22%.

14.09.2017 года осмотрен в ФГБУ «НМИЦССХ им. А.Н. Бакулева», где было принято решение о необходимости консультации в ФГБУ «НМИЦ ТИО им. Ак. В.И.Шумакова», т.к. выполнение коррекции клапанной патологии в условиях ИК сопряжено с крайне высоким риском летальных осложнений и нецелесообразно. 10.10.2017 года проконсультирован в ФГБУ «НМИЦ ТИО им. Ак. В.И.Шумакова». Диагноз: Ишемическая кардиомиопатия. Комбинированный аортальный порок. Аневризма восходящего отдела аорты без признаков расслоения. Постоянная форма фибрилляции предсердий. ХСН IIA ФК II по NYHA. ЭХО-КГ: ЛЖ: КДО 330 мл, КСО 216 мл, ФВ 34%, УО 114 мл. С этого момента начал обследование по программе потенциального реципиента на трансплантацию сердца. 22.05.2018 года планово госпитализирован в ФГБУ «НМИЦ ТИО им. Ак. В.И.Шумакова». Жалобы на одышку при ходьбе до 100 метров, периодическое чувство удушья по ночам, сжимающие боли в области сердца без четкой связи с ФН. Дыхание жесткое. ЧДД 18-20 в мин. Сердечные тоны аритмичные, приглушены, ЧСС 86 в мин, АД 100/60 мм.рт.ст. ЭХО-КГ: ЛЖ : КДО ЛЖ 362 мл, КСО ЛЖ 230 мл, УО 132 мл, ФВ 36%. С учетом данных клинико-инструментального обследования, застойной СН, а также неэффективности медикаментозной терапии консилиумом принято решение о включении пациента в лист ожидания трансплантации сердца. Выполнена операция – ортотопическая трансплантация сердца. Время ИК-129 мин, ишемия трансплантата-165 мин. В послеоперационном периоде отмечалась миокардиальная недостаточность, требующая применения инотропной поддержки. На фоне проводимой терапии отмечена стабилизации пациента, регресс миокардиальной недостаточности. Переведен в отделение на 14 - е сутки. 3.07.2018 КАГ-гемодинамически значимого поражения коронарных артерий не выявлено, эндомиокардиальная биопсия-острое клеточное отторжение, антителоопосредованное отторжение отсутствует. Состояние пациента оставалось гемодинамически стабильным. Проводился подбор и коррекция доз иммуносупрессивной терапии. ЭКГ от 12.07.2018 Ритм синусовый. ЧСС 81 в мин. ЭОС-резкое отклонение влево. Блокада передней ветви ЛНПГ. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса. ЭХО-КГ: ЛЖ: КДР 4,0 см, КСР 2,6 см, КДО 70 мл, КСО 25 мл, УО 45 , ФВ 68%. При выписке из кардиохирургического отделения состояние средней степени тяжести, стабильное. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 89 в мин, АД 130/90 мм.рт.ст. Шов в области п/о раны состоятелен, без признаков воспаления, зажил первичным натяжением. В отделении проводилась терапия такролимусом, микофенолата мофетилом, симптоматическое лечение, с положительным эффектом. В течение недели пациент М. наблюдался в кардиологическом отделении, на 26-е сутки в стабильном удовлетворительном состоянии был выписан под наблюдение кардиолога, терапевта по месту жительства с необходимостью контроля ЭХО-КГ 1 раз в 2

недели в течение 3 месяцев, далее 1 раз в месяц.

На амбулаторно-поликлиническом этапе были проведены: ЭХО-КГ: ЛЖ: КДР 5,0 см, КСР 3,3 см, КДО 118 мл, КСО 44 мл, ФВ 64%. Умеренное расширение ЛП. Общая сократительная функция ЛЖ в покое удовлетворительная, незначительная недостаточность МК. ЭКГ: Ритм синусовый. ЭОС резко отклонена влево. Блокада передней ветви ЛНПГ. Блокада ПНПГ.

Таким образом, для пациента М. в условиях резко развившейся декомпенсации его состояния трансплантация сердца была единственным возможным способом, позволяющим существенно улучшить прогноз и качество жизни.

Выводы. На протяжении предыдущих десятилетий количество операций трансплантации сердца было невелико, врачам амбулаторного звена практически не приходилось работать с реципиентами трансплантированного сердца. Однако в последние годы в результате увеличения количества операций число пациентов с трансплантированным сердцем, выписывающихся под наблюдение врачей по месту жительства, резко возросло. Операция трансплантации сердца позволяет существенно улучшить прогноз и функциональный статус пациентов. С другой стороны, такие больные требуют регулярного контроля в связи с необходимостью постоянного приема лекарственных средств с узким терапевтическим диапазоном, а также с высоким риском развития осложнений и сопутствующих заболеваний.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЭКТОМИИ

Г. Бабирова - студентка 317 гр. лечебного факультета

Кафедра общей хирургии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия.

Научный руководитель - к.м.н., асс. С.М. Магомедова

Актуальность. Возможны следующие интраоперационные осложнения, связанные с наложением пневмоперитонеума при лапароскопической аппендэктомии: гипоксемия, гипокапния, гипотензия, нарушение ритма сердца, брадикардия, газовая эмболия, подкожная эмфизема, предбрюшинное введение газа, пневмоментиум, пневмомедиастинум, пневмоторакс.

Осложнения лапароскопического доступа: повреждение сосудов передней брюшной стенки, повреждение внутренних органов, повреждения крупных забрюшинных сосудов.

Специфические осложнения лапароскопической аппендэктомии: кровотечение из брыжейки червеобразного отростка, соскальзывание лигатуры с культи аппендикса, пересечение

червеобразного отростка лигатурой.

Электрохирургические осложнения:поражение током низкой частоты, ожог тканей.

Послеоперационные осложнения: 1) интраабдоминальные осложнения: внутрибрюшное кровотечение, инфильтраты, абсцессы, перитонит 2) Раневые инфекционные осложнения 3) послеоперационные грыжи.

Экстраабдоминальные осложнения: тромбоэмболические осложнения, пневмония.

При лапароскопической аппендэктомии (laparoscopyappendectomy) выяснены следующие интраоперационные осложнения: гематома при установки троакара (trocar), истечение крови из спаек, истечение крови из брыжейки, неосновательность культи (stump) processusvermiformis, appendix, срыв кетгута, прочёты дренирования, заражение брюшной полости (abdominiscavitatem) или вентральной брюшной стенки при извлечении appendix, невозможность сепарации appendix из инфильтрата, электрохирургические осложнения (electrosurgicalinpedimenta).

Цель исследования.Виды компликаций при laparoscopyappendectomy.

Материал и методы. Анализировано исследование 99 лαпароскопических вмешательств, произведших при диагностике и терапии острого аппендицита (acutis appendicitis) в 2017г. в РКБ ЦСЭМП. Точки введения троакара: параумбиликальная зона (zone paraumbilicus), левая подвздошная область (regionileumsinistra), надлобковая область. Возраст оперированных больных составил от 16 до 69 лет. Iaparoscopy appendectomy проводилась по стандартизованной методике, с наложением 2 узлов РЄдера на культю червеобразного отростка (processusvermiformis). Самыми основными трудностями при установки trocar в нашем мониторинге были сложности, предопределённые ожирением пαциента и невозможностью наблюдения направления инструмента. Диагностическая лапароскопия (diagnostic laparoscopy) производилась у всех пациентов при подозрении на острый аппендицит (acutis appendicitis).

Результаты исследования: выявлены следующие интраоперационные осложнения: гематома в области установки троакара (trocar) наблюдалась в 3 (3,0%), haemorrahagia из брыжейки в 8 (7,9 %), несостоятельность культи (stump) червеобразного отростка (processusvermiformis) не наблюдалась, соскальзывание лигатуры в 7 (7,0%) случаях. Наличие выраженного воспаления в области основания processusvermiformis, плохо затянутый узел, саморазвязывание узла, явилось одной из причин соскальзывания лигатуры с культи processusvermiformis. Мы повторно захватили культю червеобразного отростка (processusvermiformis) зажимом и наложили эндопетлю в этих случаях, когда возникало это осложнение. Зαражение abdominis cavitatem или вентральной брюшной стенки при вынимании processusvermiformis наблюдалось в 3 (3,0%). Контакт processusvermiformis с

тканями вентральной abdominis cavitatem -основная причина. Processusvermiformis должен выниматься из abdominis cavitatem в контейнере.Невозможность выделения processusvermiformis из инфильтрата в 27 (26,7%), электрохирургические осложнения не наблюдались. Не употреблялись электрохирургические высокочастотные установки у пациентов, в теле которых имелись металлические мединструменты, имплантируемые электрические проводники с электронной проводимостью, различные средства измерения.

Выводы:

1. Хирург, выполняющий l aparoscopy appendectomy должен быть осведомлен обо всех возможных осложнениях этого хирургического вмешательства.
2. Анализ результатов терапии больных позволяет снизить вероятность возникновения осложнений.
3. Appendectomy выполняемая laparoscopy не исключает возможности возникновения тяжелых осложнений.

Список литературы:

1. Османов А. О. Неотложная хирургия органов брюшной полости: учебное пособие / А. О. Османов, Р. М. Газиев. Махачкала: ИПЦ ДГМА, 2004. С.12-27.
2. Гринберг А.А. Диагностика трудных случаев острого аппендицита / А.А. Гринберг, С.В. Михайлусов, Р.Ю. Тронин, Г.Э. Дроздов. – М.: Триада-Х, 1998 – 128 с.
3. Федоров И.В. Эндоскопическая хирургия / И.В. Федоров, Е.И. Сигал, В.В. Одинцов. – М.: ГЭОТАР-Медицина, 1998 – 351 с.

ОСНОВНЫЕ СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

З.М. Гасанбекова - студентка 309 гр. лечебного факультета

Кафедра общей хирургии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель: ассистент Г.М. Гаджиабакаров

Актуальность. В настоящее время желчнокаменная болезнь (ЖКБ) входит в тройку самых распространенных заболеваний в мире, уступая место только заболеваниям сердечно-сосудистой системы и сахарному диабету. По данным российской статистики, частота выявляемости ЖКБ колеблется в пределах от 5 до 20%. Республика Дагестан, характеризующаяся плохой экологической ситуацией, своими особенностями питания и высокой рождаемостью, входит в группу регионов с повышенной заболеваемостью.

Несмотря на высокий уровень диагностики и лечения ЖКБ, остается много неясных моментов в эпидемиологии, этиологии и патогенезе холелитиаза. Изучение влияния различных факторов на результаты лечения больных с этой патологией до сих пор остается одной из самых актуальных проблем в хирургии.

Целью проведенного исследования было изучение современных аспектов клинико-эпидемиологической характеристики желчнокаменной болезни.

Задачами исследования были: выявить динамику изменения возрастного и гендерного состава больных с ЖКБ; определить сезонность заболевания; изучить характер сопутствующих патологий и обосновать показания к дополнительным методам обследования и лечения больных с холелитиазом.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 432 случаев больных с ЖКБ в возрасте от 18 до 85 лет, прошедших лечение в отделении брюшной хирургии Республиканской клинической больницы с 2016 по 2018 гг. Всем пациентам было проведено стандартное общеклиническое обследование, включающее сбор анамнеза, осмотр, общеклинические анализы крови, мочи, крови на вирусные гепатиты, ЭКГ, ФЛГ, УЗИ органов брюшной полости, ФГДС и по показаниям МРТ брюшной полости и колоноскопия. Больные были распределены на 3 группы по годам лечения: 1-я гр. – 2016 г.; 2 –я гр. – 2017 г.; 3- гр. – 2018 г.

Оперативное лечение проводилось в различные сроки после поступления в отделение. Проводилась стандартная лапароскопическая холецистэктомия на оборудовании фирмы «GIMMI». Всем больным проводился доступ через нижнюю точку Кальке. Удаление желчного пузыря производилось через эпигастральный доступ и с обязательным дренированием подпеченочного пространства на 1-2 суток.

Результаты исследования. В ходе исследования было выявлено, что пик заболеваемости приходится на весенне-осенний период. Наибольших значений величины достигли в марте и ноябре во всех 3-х группах.

Основное количество больных находился в возрастном интервале от 40 до 60 лет. Их доля составила 44%. Пациенты в возрасте от 20 до 40 лет составили 25%; от 60 до 70 лет-19%; 9%-старше 70 лет и 3%- до 20 лет. При этом было определено, что в 2016 году пациенты до 20 лет составляли всего 1% с последующим ростом до 3% в 2018 году. В целом средний возраст составил 52 года.

В ходе исследования также были выявлены основные сопутствующие заболевания. Из них доля заболеваний сердечно-сосудистой системы, а именно артериальная гипертония и ИБС составили 58%. Вторым по распространенности сопутствующим заболеванием было ожирение – 38%. Третьей по распространенности стала язвенная болезнь 12- перстной

кишки. Ее доля составила 25%.

Среди пациентов РКБ с ЖКБ преобладали женщины, доля которых составила 81%.

Обсуждение. Рост заболеваемости среди пациентов моложе 20 лет указывает на своеобразное «омолаживание» ЖКБ в последние годы, что связано с плохой экологической ситуацией, особенностями питания итд.

Распространенность ЖКБ в большей степени среди женщин подтверждает то, что предрасполагающими факторами заболевания являются беременность, роды и связанные с ними изменения гормонального статуса.

Наблюдаемая сезонность заболевания, с ростом в весенне-осенний период, указывает на наличие множества факторов, влияющих на частоту обращения больных с ЖКБ, в том числе социальных факторов, таких как профессиональная занятость, особенности самой ЖКБ и функционирования лечебных учреждений. Отмечается, что в летний период отпусков врачей обращаемость больных резко снижается.

Тот факт, что 95% больных после обострения заболевания и начала печеночной колики не обращались за помощью в медицинские учреждения, указывает на низкий уровень санитарно-просветительской работы и слабой работы по диспансеризации больных с ЖКБ. В среднем, каждый пациент до поступления в стационар провел 3-7 дней дома, принимая спазмолитики. Поэтому 10% больных с хроническим калькулезным холециститом были оперированы в срочном порядке.

Выводы и рекомендации. 1. В связи с «омоложением» ЖКБ целесообразно проводить лечебно-диагностические мероприятия по выявлению и профилактике ЖКБ с детского и подросткового возраста.

2. Учитывая сезонность обращения больных с ЖКБ в лечебные учреждения в весенне-осенний период, проводить дополнительную мобилизацию материальных и интеллектуальных ресурсов лечебных учреждений, с целью улучшения результатов лечения больных с ЖКБ.

3. Распространенность язвенной болезни 12-перстной кишки, как сопутствующего заболевания, может быть веской причиной для того, чтобы всем без исключения пациентам с ЖКБ проводилось обязательно ФГДС и противоязвенное лечение до и после операции, для профилактики осложнений язвенной болезни.

4. Поскольку заболевания сердечно-сосудистой системы занимают ведущее место среди сопутствующих заболеваний, хирургическое лечение требует тщательную коррекцию и предоперационную подготовку ССС, для предупреждения грозных осложнений во время и после операции.

5. Обоснованное, своевременное лечение ЖКБ лапароскопическим способом является

методом лечения больных ЖКБ с минимальной частотой осложнений.

ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА

В.В. Арушанова, И.А. Кяримов – студенты 2 группы 4 курса педиатрического факультета

Кафедра сердечно-сосудистой, рентгенэндоваскулярной, оперативной хирургии и топографической анатомии

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань, Россия

Научный руководитель - асс. В.Е. Тимофеев

Актуальность. Болезнь Гиршпрунга (БГ) — довольно распространенное заболевание у детей, частота встречаемости которого составляет 1:5000 новорожденных, причем мальчики болеют в 4—5 раз чаще девочек. В основе заболевания лежит порок развития дистальных отделов толстой кишки, обусловленный денервацией всех ее элементов, включая кишечную стенку и сосуды, что объясняет нарушение пассажа кишечного содержимого через этот участок.

Суть операции заключается в максимальном удалении аганглионарного участка толстой кишки. Существует много различных методик оперативного лечения БГ, однако информации об особенностях перевязки брыжеечных сосудов при данных операциях в литературе представлено недостаточно.

Цель работы – изучить особенности перевязки брыжеечных сосудов при оперативном лечении болезни Гиршпрунга.

Материалы и методы. Принципы отработки сосудов на брыжейке для резекции толстой кишки при БГ имеет отличие по сравнению с резекцией толстой кишки при онкологии, заключающееся в том, что сосуды перевязывают у стенки кишки, а не у корня сосуда. При мобилизации кишечника для создания анастомоза нельзя пересекать аркады, но можно пересекать магистральные сосуды.

Результаты исследования. Ректосигмоидальная форма аганглиоза. При этой форме после резекции кишки для создания анастомоза чаще всего пересекают и перевязывают a. sigmoideae и a. colicasinistra. Обязательно нужно сохранить a. rectalissuperior для адекватного кровоснабжения анастомоза.

Субтотальная форма аганглиоза - нужно сохранить кровоснабжение правой половины толстой кишки и сшить ее с прямой. Для этого пересекают a. sigmoideaea. colicasinistra, a.colicamedia также селезеночно-толстокишечную связку.

Тотальная форма аганглиоза. При данной форме пересекают все сосуды, кроме тех,

которые кровоснабжают подвздошную и прямую кишку. Затем между ними создают анастомоз. Для этого нужно развернуть кишку на 180 С и сшить максимально низко в тазу насколько возможно.

Выводы. При выполнении операции необходимо с особой осторожностью относиться к перевязке сосудов проксимального и дистального конца кишки, нарушение кровообращения в котором грозит несостоятельностью анастомоза и в последующем развитием перитонита, зачастую фатального.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Т. В. Смирнов - студент 403 гр. лечебного факультета

Кафедра факультетской терапии №1 с курсом физиотерапии

ФДПО ФГБОУ ВО ПГМУ им. Академика Е.А. Вагнера Минздрава России, Пермь, Россия

Научный руководитель - к.м.н., доц. Н. И. Попова

Актуальность. В связи с высокой распространенностью язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и желудка, и невысокой длительностью ремиссии после стандартных терапевтических схем, осложнения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и желудка остаются актуальной проблемой. Этиология и патогенез язвенной болезни до настоящего времени остаются дискутабельными. На современном этапе знаний, актуальность осложнений язвенной болезни характеризуется частотой рецидивов и прогрессированием заболевания, а также определяется внезапностью проявления симптомов.

Цель исследования. Оценить встречаемость осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки по материалам хирургического отделения.

Материалы и методы исследования. Проведён анализ 36 историй болезни пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, находившихся на лечении в хирургическом отделении ГБУЗ «ГКБ № 2 им. Ф.Х. Граля» в 2018 году. Мужчин – 22 чел. (61%), женщин – 14 чел. (39%), в возрасте от 17 до 88 лет с давностью заболевания язвенной болезнью от 1 года до 40 лет. Частое рецидивирующее течение заболевания наблюдалось у 18 (50%) чел. Медикаментозное лечение в весенне-осенний период принимали только 11 (30%) человек. Не соблюдали диетотерапию – 20 (55%) чел., злоупотребляли алкоголем – 15 (42%) человек, табакокурение – 20 (55%) человек. Из них: студенты – 2 (6%) человека, служащих – 8 (22%) человек, рабочих – 10 (27%), на пенсии – 16 (45%) человек.

Результаты исследования. В результате анализа историй болезни было выявлено, что

из 36 случаев больных с заболеваниями язвенной болезнью желудка и ДПК находившихся на лечении в хирургическом отделении, лишь у 10 пациентов (27%) не было осложнений. Нами выявлено, что наиболее часто встречаются желудочно-кишечные кровотечения – 8 случаев (22%), и перфорации язв – 12 случаев (33%), из которых все 20 стали поводом для экстренной госпитализации. В 83% случаях перфоративные язвы осложнились различными формами перитонита, а именно: серозный – 1; серозно-фибринозный – 8; и фибринозно-гнойный перитонит - 1. Перфоративные язвы встречались у лиц с язвенным анамнезом более 7 лет. Лечение перфоративных язв, в связи с разлитым перитонитом и давностью перфорации, проводилось паллиативным методом, а именно ушиванием язвенного дефекта. Лечение было эффективным.

Желудочно-кишечные кровотечения наблюдались у мужчин, в 5 (14%) случаях, а у женщин – 3 случаях (8%). Возникновение их связано в основном с погрешностями в диете (злоупотребление алкоголя и табакокурения) и прекращением медикаментозного лечения.

Пилородуоденальный стеноз наблюдался в 4 (12%) случаях. Пациенты со стенозом поступили в плановом порядке, проводилось оперативное лечение - резекция 2/3 желудка с созданием гастроэнтероанастомоза по типу Бильрот-2.

В 2 случаях (6%) наблюдалась выраженная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки с частым рецидивирующим течением заболевания, поэтому этим больным было проведено оперативное лечение.

Выводы. По результатам данного исследования наиболее часто встречались такие осложнения язвенной болезни, как перфорация и желудочно-кишечное кровотечение. В 83% случаях перфорация язвы сопровождалась осложнением в виде перитонита у которых наблюдался благоприятный исход. Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки возникли у лиц, не проводивших профилактическое лечение и имеющих факторы риска осложнений: табакокурение, погрешности в диете и злоупотребление алкоголем.

ДИНАМИКА ВЫЯВЛЯЕМОСТИ ОТДЕЛЬНЫХ ФОРМ ЗОБА

Н.Х. Исагаджиев - студент 5 курса лечебного факультета

Кафедра госпитальной хирургии №1

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доцент А.Д. Дибиров

Введение. Нами проведен сравнительный анализ частоты встречаемости различных форм зоба в РД, как в зоне высокой эндемичности по зобу (50-70%, по данным проф.

Хачирова Д.Г. и соавт.,1997). Исследования, касающиеся изучения динамики заболеваемости зобом хронологически по годам, мы в доступной литературе не нашли.

Целью исследования явилось изучение эффективности проводимых профилактических мероприятий, результативности проводимой консервативной терапии различных форм зоба в РД за периоды: 1997 – 2002 годы и 2006 – 2012 годы.

Материал и методы исследования. Изучена частота встречаемости различных форм зоба в сопоставлении с двумя равновеликими календарными сроками на пациентах, оперированных в отделении хирургической эндокринологии Республиканской клинической больницы, где, в основном, оперировались указанные больные в те годы.

Результаты исследования в наглядной форме приведены в следующей таблице:

Таблица 1. Динамика выявляемости зоба по отдельным нозологическим формам

Выборочные группы больных по годам	*Число операций*	*Гигантские зобы*	*%*
1997 – 2002	1175	17	1,4
2006 – 2012	1936	23	1,2
Выборочные группы больныхпо годам	*Число операций*	*Токсические зобы*	*%*
1997 – 2002	1175	14	1,2
2006 – 2012	1936	18	0,9
Выборочные группы больных по годам	*Число операций*	*Рецидивные зобы*	*%*
1997 – 2002	1175	7	0,6
2006 – 2012	1936	9	0,5

Выводы. 1. По нашему мнению, уменьшение частоты встречаемости гигантских форм зоба и токсических форм по двум календарным срокам связано с ранней выявляемостью их и более ранней обращаемостью больных за помощью, более эффективным консервативным лечением, и, наконец, некоторым улучшением социально-экономической ситуации в республике.

2. Показатели лечения третьей группы больных могут быть не совсем объективными, так как они могут не обратиться в ту же клинику, а оперироваться у других врачей или же вообще не обратиться за помощью.

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В МАЛОИНВАЗИВНОМ ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Д.И. Сажнев – аспирант, Г.В. Елизаров – студент 303 гр. лечебного факультета

Кафедра общей хирургии
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н.Бурденко Минздрава России, Воронеж, Россия
Д.м.н., проф. А.А. Андреев, д.м.н., проф., А.А. Глухов

Актуальность. Абсцессы брюшной полости остаются важной проблемой абдоминальной хирургии. Как осложнение послеоперационного периода, они встречаются с частотой 0,1-1,8% случаев. При ургентной патологии послеоперационный период осложняется отграниченными гнойными очагами брюшной полости в 20-25%. Отграниченные гнойные осложнения брюшной полости становятся причиной повторных хирургических вмешательств в 19-28,5% случаев.

Интервенционные методики под УЗ- и КТ-контролем, на современном этапе, становятся операцией выбора при отграниченных гнойных очагах брюшной полости. На нашей кафедре разработан метод санации абсцессов брюшной полости после дренирования под УЗ-контролем, в основе которого лежит использование фотодинамической терапии (ФДТ).

Фотодинамическая терапия (ФДТ) является разновидностью химиотерапии, основанной на фотохимической реакции, катализатором которой является кислород, активированный фотосенсибилизатором (ФС) и воздействием лазерного излучения. (А.В. Гейниц).

Цель исследования - улучшить результаты малоинвазивного хирургического лечения больных с абсцессами брюшной полости, путём разработки комплексного метода лечения в основе которого лежит фотодинамический эффект.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 25 больных с абсцессами брюшной полости. 12 из них составили основную группу, 13 – контрольную. В основную группу вошли 7 мужчин и 5 женщин, возраст от 28 до 67 лет, в контрольную группу вошли 12 больных (7 мужчин и 5 женщин) с абсцессами брюшной полости различной этиологии.

Всем больным после верификации диагноза «абсцесс брюшной полости» производилась пункция и дренирование гнойного очага под УЗ-контролем с постановкой дренажа 10-12 Fr. В основной группе после дренирования содержимое активно аспирировалось шприцом. Полость абсцесса промывалась физиологическим раствором. Пациентам основной группы после промывания в полость вводился ФС, после чего дренаж перекрывался. Затем раствор ФС аспирировался и через установочную канюлю, введённую в дренаж, проводилось оптическое волокно, с помощью которого на полость абсцесса воздействовали лазерным излучением. Источник излучения - аппарат лазерный

терапевтический «Мустанг 2000». Длина волны составляла 665±10 нм, мощность 180 мВт. Длительность сеанса облучения составляла 30 мин. После проведённого сеанса ФДТ дренаж оставлялся на отток. В дальнейшем осуществлялась ежедневная перевязка с промыванием полости абсцесса 0,05% водным раствором хлоргексидина биглюконата.

Пациентам контрольной группы после дренирования проводилось промывание полости физиологическим раствором и последующая ежедневная санация абсцесса 0,05% водным раствором хлоргексидина биглюконата.

Всем больным проводилась системная антибиотикотерапия. Стартовая антибактериальная терапия включала в себя цефалоспорины 3 поколения. При необходимости коррекция антибиотикотерапии осуществлялась после получения результатов бактериологических посевов.

Результаты. Для оценки применяемой методики проводился контроль следующих параметров: сроки нормализации количества лейкоцитов, лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), результаты бактериологических посевов.

У всех больных удалось достичь выздоровления, используя малоинвазивные интервенционные вмешательства. Нормализации уровня лейкоцитов в крови и снижение ЛИИ ниже 4 наблюдалась на 3-5 сутки у 7 из 8 пролеченных больных основной группы. В контрольной группе данных показателей удалось достичь к 7-8 суткам. Отрицательные бактериологические посевы в основной группе были получены на 1 сутки после дренирования и сеанса ФДТ у 100% пациентов. У пациентов контрольной группы - на 7-9 сутки.

Следует также отметить, что купирование болевого синдрома произошло на 2-3 сутки у всех пациентов основной группы; снижение гипертермии - на 3±1 сутки у 7 из 8 больных. В контрольной группе нормализация температуры и стихание болевого синдрома произошло на 4-6 сутки после дренирования полости.

Выводы. Можно сделать вывод о положительных результатах применения метода комплексного лечения пациентов с абсцессами брюшной полости различного генеза, в основе которого лежит фотодинамическая терапия.

Использование данного метода позволило ограничиться применением малоинвазивных пункционно-дренирующих вмешательств, не прибегая к конверсии.

Фотодинамическая терапия может быть использована в первые сутки после дренирования гнойника, не дожидаясь результатов посева и чувствительности к антисептикам, т.к. вырабатываемый в процессе фотохимической реакции синглетный кислород способен воздействовать на большинство известных микробов (бактерий, грибов).

Благодаря ускорению некролитической фазы процесса и стимуляции грануляции уже к

2-3 суткам наблюдается улучшение общего состояния больных, которые субъективно отмечают купирование болевого синдрома и гипертермии.

Считаем целесообразным продолжить использования данного метода комплексного малоинвазивного лечения пациентов с абсцессами брюшной полости для накопления результатов и проведения их сравнительного анализа.

КОМОРБИДНЫЙ ФОН У ПАЦИЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Д.С Никитина, Р.А. Замышляев - студенты 4 курса лечебного факультета,

А.А. Трапезникова- ординатор 1 года обучения

Кафедра факультетской терапии №1 с курсом физиотерапии ФДПО

ФГБОУ ВО ПГМУ им. Академика Е.А. Вагнера Минздрава России, Пермь, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доц. Н.И. Попова

Актуальность. Для наиболее эффективного лечения пациентов необходимо учитывать сопутствующие заболевания и состояния, или коморбидность – сосуществование двух или более синдромов или заболеваний. Степень влияния коморбидных нарушений на состояние пациента может быть различной. В хирургической практике важно в первую очередь их влияние на тактику ведения больного в пред- и послеоперационный период и возможный прогноз. На сегодняшний день изучению коморбидности, ее диагностике и лечению уделяется недостаточное внимание. Однако коморбидность представляет серьезную проблему для здравоохранения, так как наличие сопутствующих патологий повышает риск смертности.

Цель исследования: оценка частоты встречаемости коморбидных заболеваний у хирургических больных.

Материалы и методы исследования: анализ историй болезни 100 пациентов, находившихся на лечении в хирургическом отделении ГБУЗ «ГКБ№2 им. доктора Ф.Х. Граля» г. Перми. Возраст пациентов варьировал от 19 до 86 лет; из них 31% составили мужчины и 69% – женщины.

Результаты исследования. Анализ историй болезни показал наличие коморбидных терапевтических заболеваний в 78% случаев. Коморбидные заболевания были выявлены у пациентов в возрасте от 31 до 86 лет.

В 50% случаев коморбидной патологии встречаются заболевания сердечно-сосудистой системы: артериальная гипертония – 47%; ишемическая болезнь сердца – 18%; хроническая сердечная недостаточность – 9%; дисциркуляторная энцефалопатия – 7%; нарушение ритма сердца – 2%; комбинированный порок сердца – 1%.

Заболевания пищеварительной системы встречаются в 37% случаев. Среди них чаще всего гастрит – 24%. В 12% – гастродуоденит. Язвенная болезнь отмечена в 3% случаев. Эзофагит встречается в 5% случаев; гепатит в 4%; холецистит встречается в 3% случаев. На гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь, фиброз печени, жировой гепатоз, желчекаменную болезнь, полипы желчного пузыря и полипы желудка приходится по 1%.

Эндокринные заболевания встречаются в 15% случаев. На долю больных с сахарным диабетом 2 типа приходиться 11%, с ожирением – 5%. В 2% случаев - гипотиреоз.

Заболевания мочеполовой системы наблюдается у 6% пациентов, из них: в 3% – пиелонефрит; гломерулонефрит, хроническая почечная недостаточность, мочекаменная болезнь, кисты почек, ангиомиолипома почек, маточно-трубный рефлюкс и сальпингит – в 1%.

Заболевания дыхательной системы составляют 4%. В 3% – бронхиальная астма, в 1% – туберкулез.

В 17% случаев встречаются другие коморбидные состояния: варикозная болезнь – 5%, хроническая венозная недостаточность – 2%; дорсопатия, остеохондроз, ревматоидный артрит, подагра, нейросенсорная тугоухость, ВИЧ-инфекция и железодефицитная анемия – 1%.

10% больных имеют 5 и более коморбидных патологий. Возраст этих больных варьируется от 55 до 79 лет; средний возраст составил 67,9 лет. При этом в возрасте 65 лет и старше наблюдается 4 и более коморбидных заболеваний.

Выводы: Таким образом, терапевтическая коморбидная патология наблюдалась у 78% пациентов в отделении общей хирургии ГБУЗ «ГКБ№2 им. доктора Ф.Х. Граля» г. Перми. При этом наиболее часто встречались заболевания сердечнососудистой системы – 50% и пищеварительной системы – 37% случаев коморбидной патологии. Наблюдается увеличение количества коморбидности с возрастом; в возрасте 65 лет и старше встречается 4 и более коморбидных заболеваний.

Наличие коморбидной патологии влияет на тактику ведения больного в хирургическом отделении: на определение показаний к оперативному вмешательству, тактику ведения пациента в пред- и послеоперационный периоды. Также с учетом коморбидной патологии определяется и метод оперативного вмешательства (малоинвазивный метод, полостной доступ и др.).

Пациенты с коморбидной сердечнососудистой патологией после оперативного вмешательства в 25% случаев наблюдались в реанимационном отделении и требовали более специализированного подхода (консультация кардиолога, терапевта и т.д.). Особая тактика ведения больных с эндокринными нарушениями (сахарный диабет) требует их перевода в

пред- и послеоперационный период на прием инсулина. Пациенты с мочеполовой патологией нуждаются в консультации уролога. Больные с поражением пищеварительной системы в большинстве случаев не нуждаются в консультации более узких специалистов и на протяжении всего лечения находятся в хирургическом отделении.

ПЕРСПЕКТИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Н. А. Коновалёнок – студент 1341 гр. лечебного факультета

Кафедра общей хирургии

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

Научный руководитель – к.м.н., ассистент С.Н. Чур

Актуальность. Синдром диабетической стопы (*СДС*) - комплекс изменений, развивающихся на фоне диабетической нейропатии, микро- и макроангиопатии, остеоартропатии, способствующих повышенной травматизации и инфицированию мягких тканей стопы, развитию гнойно-некротического процесса.

Распространенность язв стопы среди пациентов, страдающих сахарным диабетом (СД), составляет 4–10%, будучи ниже (1,5–3,5%) у молодых и наиболее высокой (5–10%) у пожилых пациентов. В течение жизни риск развития язв на стопе у больных диабетом составляет около 15%. Основным неблагоприятным исходом язвы стопы является ампутация. Данные нескольких исследований подтвердили, что язвы на стопе предшествуют приблизительно 85% всех ампутаций, выполняемых у пациентов с диабетом. Риск изъязвления и ампутации увеличивается в 2–4 раза с возрастом и продолжительностью течения сахарного диабета [N. Katsilambros et al.].

Цель: проанализировать существующие современные хирургические подходы, используемые для лечения пациентов с нейропатической формой СДС в Республике Беларусь; используя доступные литературные источники, изучить новые перспективные подходы к проведению оперативных вмешательств у пациентов с нейропатической формой СДС.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезней 49 пациентов в 5 ГКБ и 10 ГКБ (Городской центр диабетической стопы) г. Минска за 2018 год. Критерием выбора являлось наличие у пациентов СД 2 типа, осложненного нейропатической формой СДС. Все пациенты, включенные в исследование, имели язвенные поражения на стопе.

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования было выяснено, что примерно в

43% (21 случай из 49) случаев, пациентам были выполнены ампутации на уровне плюсневых и предплюсневых отделов стопы. Причем, у этих пациентов по данным рентгенологического исследования, имелось поражение головок плюсневых костей по типу «остеомиелита». Всем этим пациентам были выполнены ампутации одного или нескольких пальцев на уровне головок плюсневых костей, трансметатарзальные и транстарзальные ампутации стопы.

С целью изучения современных подходов к лечению язвенных дефектов стоп на фоне нейропатичекой формы СДС к пациентам была применена классификация Техасского университета, которая объединяет в себе не только признак глубины поражения, но и наличие инфицирования раны, что имеет очень важное значение в прогнозе заболевания.

В течение заболевания у пациентов развиваются следующие заболевания: mallet toe (происходит постоянное сгибание в дистальном межфаланговом суставе) встречалось у 16 (32,6%) пациентов, hammer toe (происходит постоянное сгибание в проксимальном межфаланговом суставе) – 10 (20,4%), claw toe (происходит постоянное сгибание в проксимальном и дистальном межфаланговых суставах, а также разгибание в плюснефаланговом суставе) – 15 (30,6%), a hallux limitus / rigidus (снижение объёма движений в области первого плюснефалангового сустава) – у оставшихся 8 (16,4%) пациентов.

На сегодняшний день предложены различные методики резекции измененных воспалительным процессом, головок плюсневых костей с сохранением дистальных отделов пальцев стопы [Michael E.Edmonds etal.]. К таким методам хирургического лечения относятся: артропластика проксимального межфалангового сустава, артропластика дистального межфалангового сустава, артропластика по Келлеру.

Мы считаем, что выполнение таким пациентам операций по исправлению деформаций, позволило бы избежать ампутаций конечности или ее сегмента и, тем самым, сохранить трудоспособность.

Выводы. Применение современных методов оперативного лечения язвенных дефектов и остеоартропатий дистальных сегментов стоп у пациентов с нейропатической формой СДС является операцией выбора и позволило бы снизить травматичность операций, а значит, снизить инвалидизацию пациентов с СД.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ САНДОСТАТИНА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

М.М. Куролбоев - магистр 1-го курса, Г.Д. Халиярова - магистр 2-го курса,

Р.М. Мадаминов

Каферда хирургических болезней

Ташкентской Медицинской Академии, Ташкент, Узбекистан

Научный руководитель - проф. О.Р. Тешаев

Введение. За последнее десятилетие тактика ведения больных острым панкреатитом эволюционировала от агрессивной хирургической до консервативной выжидательной. Одним из наиболее эффективных средств, применяемых при остром панкреатите, является сандостатин – аналог естественного гормона соматостатина.

Цель исследования: оценка эффективности препарата Сандостатин в лечении острого панкреатита.

Материалы и методы. Проанализировано результате обследования и лечения 176 пациентов с острым панкреатитом. За период с 2015 до 2018 гг. в отделении экстренный хирургии городской клинической больницы № 1(г. Ташкент, Республика Узбекистан) Возраст больных колебался от 20 до 71 лет, средний возраст составил 34,4±1,4 лет. Женщин было – 103 (58.5 %), мужчин – 73 (41.5 %). Причинами развития острого панкреатита были: билиарная - у 101 (57.4%), алиментарная - у 38 (21.6%), алкогольная - у 26 (14.8%), травматическая - у 7 (4%), после ЭПСТ-2 (1.4%) пациента. Причина не была установлена у 2 (1.4%). Больных разделили по модифицированной классификации Атланта - лѐгкая степень острого панкреатита была у 98 (55.68%) больных, средняя степень – у 66 (37.5%), тяжѐлая - у 12 (6.82%).Верификация диагноза основано анализов данных УЗИ, КТ, ЭГДФС и лабараторных исследовании: амилазы крови и мочи, биохимических анализов крови , определение эластазы в кале. Для облегчение анализов результатов лечение пациентов разделили на две группы.

Контрольная группа – 124 (70.45%) больных получивший традиционный метод лечение: голод в течение 5-7 дней, холод в области эпигастрии, покой, ингибирование секреции поджелудочной железы, активную реологическую терапию, адекватное инфузионное лечение, ингибирование протеаз, антиоксиданную и антибиотику терапию. В контрольным группе оперировано 22 больных, зависимости от распространенности процесса выбирали завершающий этап оперативного вмешательства. При распространении патологического процесса на окружающие ткани, наличие перипанкреатита выполняли тампонирование полости сальниковой сумки с наложением оментобурстостомы (4 больным). При очаговом поражении поджелудочной железы проводили санацию сальниковой сумки с ее дренированием для проведения лаважа сальниковой сумки в послеоперационном периоде. В плановым порядке 3 больным произвидено санационная релапаротомия. Послеоперационная осложнения 16.4%. Летальность 16.7%.

Основная группа - 52 (29.5%) пациентов с острым панкреатитом, которые

дополнительно получили препарат Сандостатин. Эффективность Сандостатина оценивали по динамике изменений панкреатической амилазы, эластазы в кале, а также по количеству койко-дней, проведенных в стационаре и исходу заболевания. При остром билиарном панкреатите, обусловленном блоком холедоха, выполняли эндоскопические ретроградные эндобилиарные вмешательства (ЭПСТ) (32 больным).

Результаты. Основную группу наблюдения составили 52 (29.54%) пациентов, которым дополнительно получили Сандостатина. У больных в основной группе облегчения наступили на 2 сутки после начала лечения. Летальности не было.

Основную группу содержание А-амилаза крови достоверно отличалось и было ниже. (234.6,0±7,2ммоль /л против 345,7±9.2 ммоль/л). Средняя длительность госпитализации для пациентов основной группы составила 21,5±9,5 к/д, контрольной – 27±16,2 к/д.

Выводы. Полученные результаты демонстрируют эффективность использования препарата Сандостатин. Применение препарата уменьшает длительность нахождения пациента в стационаре и ускоряет выздоровление больных с остром панкреатитом. В оперированных группы больных послеоперационный летальность составила 16.7%. Послеоперационная осложнения 16.4%. Летальность 16.7%. Общей летальность в контрольной группе 3.2%.

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ ДОСТУП ПОД УЛЬТРАЗВУКОВОЙ НАВИГАЦИЕЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЖИДКОСТНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА

К.М. Жариков – студент 410 гр. лечебного факультета

Кафедра факультетской хирургии

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России, Оренбург, Россия

Научный руководитель - к.м.н., ассистент Ю.Ю. Солодов

Актуальность. Понятие «жидкостное образование» носит собирательный характер и объединяет группу разнородных осложнений. Они могут сформироваться в любом отделе брюшной полости и забрюшинного пространства. И несмотря на совершенствование методов хирургического лечения, по-прежнему остаются актуальной проблемой. Во многом это объясняется ростом числа острых хирургических заболеваний органов брюшной полости и забрюшинного пространства, протекающих по деструктивному пути. И здесь среди них ведущая роль принадлежит панкреонекрозу, возникающему в 20-30% случаев острого панкреатита. В рамках существующей в настоящее время в хирургии концепции снижения агрессии оперативного доступа нами был предложен способ дренирования жидкостных

образований брюшной полости и забрюшинного пространства из малоинвазивного доступа, выполняемого под интраоперационной ультразвуковой навигацией [2].

Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных с жидкостными образованиями брюшной полости и забрюшинного пространства за счёт применения малоинвазивного доступа под интраоперационной ультразвуковой навигацией.

Материалы и методы исследования. Методика осуществлялась на базе ГАУЗ «ГКБ им. Н.И. Пирогова» г. Оренбург в хирургических отделениях. С января 2017 года - по сентябрь 2018 года 43 пациентам с жидкостными образованиями было выполнено наружное дренирование по предложенной методике: 1) С целью предоперационного планирования предварительно выполняется КТ и УЗИ; 2) После стандартной предоперационной подготовки и премедикации пациенту проводят УЗИ в операционной, окончательно устанавливается оптимальная точка доступа в «акустическом окне»; 3) Пациента укладывают в удобное для доступа положение, погружают в наркоз; 4) С соблюдением условий асептики делают небольшой разрез кожи (2-5 см) в выбранной точке; 5) Под постоянным интраоперационным ультразвуковым контролем послойно осуществляют доступ к жидкостному образованию; 6) После проникновения в полость жидкостного образования производят аспирацию содержимого электроотсосом; 7) Далее осуществляется последующая ревизия полости тупфером или пальцем, в ходе ревизии остаточной полости производят удаление некротического детрита и секвестров через раневой канал; 8) Проводят ультразвуковой контроль эффективности опорожнения полости; 9) Операцию заканчивают установкой дренажей крупного диаметра в полость жидкостного образования, дренажи фиксируют к коже; 10) После установки дренажей для исключения их дислокации выполняется УЗИ-контроль их локализации, а также состояния свободной брюшной полости. Операция осуществляется стандартным набором хирургических инструментов.

Результаты исследования. В нашем исследовании основной причиной формирования жидкостных образований брюшной полости и забрюшинного пространства был панкреонекроз, что согласуется с данными Российской и мировой литературы. Гораздо меньше жидкостных образований сформировались как осложнения послеоперационного периода [1,4]. При этом заметно чаще данные осложнения развивались после операций, выполненных в экстренном порядке. (Таблица 1). Внедрение малоинвазивного доступа под интраоперационной ультразвуковой навигацией при лечении данной категории пациентов снижает уровень летальности в 6,9 раза по сравнению с традиционными методами хирургического лечения, в 2,3 раза по сравнению с пункционным дренированием под УЗИ-контролем [3,5]. Благодаря минимальной агрессии применение предложенного способа несет за собой самый низкий процент (2,3%) послеоперационных осложнений, связанных с

областью оперативного вмешательства, что в 3,5 меньше чем при пункционном дренировании и в 11,4 раза - чем при открытых операциях. (Таблица 2).

Таблица 1. Причины формирования жидкостных образований брюшной полости и забрюшинного пространства.

Причина:	**Группа наблюдений (n=43)**	
	N	**%**
I. Результат течения острого заболевания (всего):	**36**	**83,7**
1. Панкреонекроз	33	76,7
2. Рак яичников с диссеминацией по брюшине и формированием межпетлевого абсцесса	1	
3. Посттравматическая гематома с абсцедированием	1	
4. Киста печени с абсцедированием	1	
II. Осложнения послеоперационного периода (всего):	**7**	**16,3**
1. Экстренные операции	5	
2. Плановые операции	2	

Таблица 2. Сравнительная характеристика методик с предложенным методом (основная группа).

Критерии	**Традиционные операции (n=38)**	**Пункционное дренирование (n=37)**	**Основная группа(n=38)**
1. Продолжительность послеоперационного периода (сутки)	26,1 ±13,3 (n=38), p1	22 ±7,9 (n=37), p2	29,9 ± 17,7 (n=42), p3
2. Частота возникновения послеоперационных осложнений	26,3 % (10 осложнений на 38 операций)	13.5 % (5 осложнений на 37 операций)	27,9 % (12 осложнений на 43 операций)
3. Структура осложнений:			
- со стороны области оперативного вмешательства	10 (26,3 %)	3 (8,1 %)	1 (2,3 %)
- со стороны других органов и систем	0 (0 %)	2 (5,4 %)	11 (25,6 %)

4. Летальность	15,8 % (6 случаев)	5,4 % (2 случая)	2,3 % (1 случай)
5. Частота выполнения повторных операций	7,9 % (3 случая)	35,1 % (13 случаев)	11,6 % (5 случаев)
- 2,3 % (1 случай) – ликвидации осложнений; - 9,3 % (4 случая) – дренирование новых ЖО			

Выводы. Метод показал более высокую эффективность по сравнению с длительно применявшимся способом пункционного дренирования под контролем ультразвука, т.к. он позволяет выполнять одномоментную санацию и дренирование полостных образований, содержащих в просвете, кроме жидкости, плотные некротические ткани. И если пункционные вмешательства неэффективны примерно в 20-30% случаев (в 35% - по нашим данным), когда вследствие неадекватной санации (секвестры) приходится расширять объем вмешательства, то при применении предлагаемой методики такой необходимости не возникло. Кроме того, минимальная инвазивность доступа позволяет избежать раневых осложнений, а также снизить уровень летальности и избежать открытых операций, что вписывается в рамки концепции снижения агрессии оперативного доступа.

ВЛИЯНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Д.И. Глазунов, А.С. Цындяйкина,

Ю.М. Атрощенко, Г.В. Локтионов – все студенты

Кафедра общей хирургии

ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, Курск, Россия

Научный руководитель - к.м.н. В.М. Пашков

Цель. Сравнить качество жизни больных с хроническим калькулезным холециститом после холецистэктомии с применением лапароскопической техники и традиционной холецистэктомии.

Материалы и методы. Проведено обследование 60 пациентов, страдающих хроническим калькулезным холециститом (код по МКБ К81.1), находившихся на лечении в отделении общей хирургии ОБУЗ КГКБ СМП за 2018-2019 года. У всех больных множественные камни локализованы в полости желчного пузыря. Исследуемые были разделены на 2 группы по 30 человек. К первой группе были отнесены пациенты, которым выполнялась, по показаниям, классическая холецистэктомия, вторую группу составили пациенты, лечение которых проводилось лапароскопической холецистэктомией. Изучение и оценка качества жизни исследуемых двух групп проводилось с помощью опросника SF-36.

Предоставленная информация получена в результате анкетирования пациентов в поздний послеоперационный период прямым опросом.

Результаты исследования. В обеих группах, по половому составу, преобладали женщины: в первой группе 75,5%, во второй – 82% женщин. Первую группу составили пациенты от 36 до 78 лет (в среднем 43,7±2,2 года), во второй группе пациенты от 45 до 88 лет (в среднем 64,4±1,5 года) ($p<0,05$). Длительность заболевания у исследуемых первой группы составила в среднем 5,3±2,2 года, второй группы – в среднем 9,4±1,5 года. Больных с обострением хронического калькулезного холецистита было достоверно больше в первой группе ($p\leq0,05$). Анализируя данные показателей опросника по качеству жизни пациентов, можно отметить, что физический, психический компонент здоровья во второй группе достоверно выше, чем в первой группе: во второй группе физический компонент на 14,8, а психический – на 15,7 выше соответствующих показателей первой группы. Высокие показатели жизнеспособности также отмечаются у исследуемых второй группы: у пациентов после лапароскопической холецистэктомией 57,5±3,2, у пациентов с традиционной холецистэктомией 40,2±3,5.

Выводы. Применение лапароскопической холецистэктомии, как малоинвазивного хирургического метода лечения хронического калькулезного холецистита, привело к повышению показателей качества жизни пациентов во второй группе: увеличение физического компонента в 1,7 раз, а психического – в 2 раза по сравнению с данными первой группы, где лечение больных проводилось традиционной холецистэктомией. Высокая эффективность использования малоинвазивного способа лечения подтверждается увеличением отличного результата лечения во второй группе, по сравнению с первой группой в 2,5 раз, увеличением количества хороших результатов: во второй группе 64%, а в первой в 1,7 раза меньше, а удовлетворительные результаты в первой группе составило 20%, а во второй группе в 4 раза меньше.

РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫСОКИХ АМПУТАЦИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

З.А. Фатулаева, А.Н. Амирова, М.Н. Курбанова – студентки 508 гр. педиатрического факультета

Кафедра хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

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

Актуальность. В мире число больных сахарным диабетом на данный момент

составляет более 442 млн. человек, и по прогнозам специалистов Международной диабетической федерации их количество возрастет до 533 млн. человек к 2025 году. Количество зарегистрированных больных с сахарным диабетом в РФ на данный момент составляет более 9,6 млн. человек. В Дагестане по итогам 2017 года насчитывается 33 тысячи больных СД, включая детей и подростков, 85-90% из которых – с СД 2 типа и 10-15% - СД 1 типа. Причем эти статистические данные – цифры выявленных случаев, больные зарегистрированные, находящиеся на диспансерном учете. Считается, что примерно на каждого выявленного приходится не менее трех не выявленных. Несмотря на успехи современной диабетологии наблюдается ежегодный прирост больных с СД и увеличение частоты поздних осложнений. По данным Федерального регистра СД на 31.12.2017 год частота СДС при СД 1 типа достигает 20,1%, а при СД 2 типа – 17,3%. При СД, особенно при его нейроишемической форме, существует высокий риск ампутации нижних конечностей, инвалидизации и ухудшения качества жизни пациентов.

Согласно мнению академика РАМН Анатолия Покровского: «увеличение доли ампутации приводит к увеличению показателей смертности - 70% больных СД умирает в первые два года после ампутаций, 34% остаются обездвиженными и только 19% ходят с костылями». Кроме того, лечение, протезирование, ортопедическая коррекция и медико-социальная реабилитация больных подвергшихся ампутаций, требует серьезных экономических затрат.

Цель исследования. Изучить динамику частоты высоких ампутаций по мере совершенствования инновационного подхода к диагностике и лечению больных с СДС.

Материалы и методы исследования. За период с 2017-2018 гг. в отделении гнойной хирургии ГКБ №1 находились на лечении 89 больных с СДС, средний возраст которых составлял от 55 до 70 лет. Все больные имели II-Vстадию гнойно-некротического процесса по классификации F.W. Wagner (1991г.) Для диагностики микро- и макроангиопатий использовали: ультразвуковую допплерографию, аорто- и артериографию нижних конечностей. Оценку динамики раневого процесса проводили с помощью клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования. Лечебные мероприятия включали в себя: медикаментозная терапия с коррекцией углеводного обмена, хирургическую обработку раны, реконструктивные вмешательства на артериях нижних конечностей, оперативные вмешательства на стопе: радикальная некрэктомия в сочетании с пластикой раневого дефекта.

Результаты исследования. В проанализированном нами выборке больные преимущественно имели нейроишемическую форму СДС – 82 пациента (93%), с нейропатической формой СДС было 7 человек (7%). Окклюзия артерий нижних конечностей

была подтверждена данными ультразвуковой допплерографии (УЗДГ) и артериографии. По мере функционирования нового отделения сосудистой хирургии в ГКБ №1 реконструктивные операции на сосудах больным проводятся с 2017 года. По результатам УЗДГ и ангиографии оперированы 82 больных: реканализация общей и наружной подвздошной артерии со стентированием проведено 6 пациентам; баллонная ангиопластика общей, наружной и внутренней подвздошной артерии проведено 12 пациентам; стентирование общей и наружной подвздошной артерии 5 пациентам; реканализация глубокой бедренной артерии с баллонной ангиопластикой (БА) проведено 2 пациентам; реканализация подколенной артерии с БА + БА артерий голени 10 пациентам; реканализация + БА артерий голени проведено 47 пациентам.

Первичные высокие ампутации были проведены у 16 человек (20%), из них на уровне бедра у 7 человек (45%), голени – у 9 человек (57%). Высокие ампутации производились строго по показаниям и считаются вынужденной мерой у больных с наличием анаэробной хирургической инфекцией на нижней конечности, с окклюзией магистральной артерии и распространенным гнойно-некротическим процессом на стопе.

В пред- и постоперационном периоде больные получали консервативное лечение (коррекция гликемии, рациональная антибиотикотерапия, при нейропатической форме дополнительно назначали тиоктовую кислоту, витамины гр. В, при нейроишемической форме – вазоактивные препараты, а также препараты, улучшающие реологию крови - реополиглюкин). За исследуемый период отмечается устойчивое снижение доли высоких ампутаций и увеличение числа локальных операций, используемых для спасения конечности. Локальные операции выполнены 73 больным (65%). Среди них вскрытие флегмоны стопы с некрэктомией выполнено у 27 больных (37%). Другие локальные операции на стопе (трансметатарзальная ампутация стопы, ампутация по Лисфранку, резекция пяточной, таранной и др.костей предплюсны, ампутации и экзартикуляции пальцев) выполнены у 46 пациентов (63%).

Важную роль в достижении успешного результата оперативного лечения играет реабилитация пациентов после хирургического лечения СДС. Разгрузку стопы мы считаем основной реабилитационных мероприятий, без ограничения нагрузки на пораженную стопу невозможно достичь не только эпителизации раневого дефекта, но и остановить прогрессирование гнойного процесса, образование вторичного некроза, возрастание отека стопы. Рекомендуем постельный режим, больные в стационаре передвигаются с использованием костылей, на колясках.

Выводы. 1. Наряду с невиданным распространением СД растет и число тяжелых форм диабетической стопы, которые множат число инвалидов, ампутантов и летальных исходов.

2. В силу особенностей течения СДС больных изначально следует госпитализировать в отделениях хирургических инфекций. В других лечебных учреждениях обработки гнойного очага зачастую неадекватны, коррекция гипергликемии и антибактериальная терапия нерациональны и потому малоэффективны, сверхзатратны и ухудшает прогноз заболевания.

3. При злокачественном течении сахарного диабета, даже высокие ампутации не останавливают развитие СДС и нередко вынуждены произвести аналогичную высокую ампутацию на контралатеральной стороне по поводу ее гангрены.

4. Сепсис и сердечно-сосудистые осложнения – самые частые причины летальных исходов после высокой ампутации нижних конечностей.

5. Широкое внедрение ангиохирургических операций, увеличение доли локальных операций в совокупности с консервативной терапией, позволяет существенно снизить риск высоких ампутаций нижних конечностей при СДС.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КРОВОТЕЧЕНИЯМИ НЕЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

Я.В. Ратомская – студентка 25 гр. лечебного факультета,

П. А.Филимонов – студент 28 гр. лечебного факультета

Кафедра факультетской хирургии

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», Витебск, Беларусь

Научный руководитель - к.м.н., доцент А.В. Богданович

Актуальность. Кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечных тракта занимает одно из важных мест в современной медицине. Несмотря на то, что на современном этапе предпочтение отдается медикаментозному методу лечения, высок риск развития кровотечений, которые требуют хирургического лечения. [1]

Внедрение таких лечебных методик как эндоскопическая и фармацевтическая, так же, как и развитие медикаментозной терапии значительно снизило процент смертности от кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода от 40% в 1980-х до 6-12% в 2000-х годах. [2]

Синдром Дьелафуа или подслизистая артериальная мальформация является потенциально опасным для жизни, трудно диагностируемым кровоизлиянием желудочно-кишечного тракта. В США по результатам исследования количество пациентов составляет менее 5% всех случаев желудочно-кишечных кровотечений, чаще возникает у мужчин в любой возрастной группе, однако чаще в возрасте старше 50 лет. Благодаря

совершенствованию эндоскопической техники значительно повысилась выявляемость данного синдрома. [3]

Синдром Мэллори-Вейс впервые был описан в 1929 году у больных алкоголизмом. Распространенность данного заболевания составляет 3-15% в США. Предрасполагающими факторами считаются алкоголизм, употребление НПВС а также существуют данные о развитии данного состояния после проведения эндоскопии, вероятно связанная с атрофией слизистой оболочки пищевода. Данная патология встречается в возрастной категории 30-50 лет, чаще у мужчин. [3]

Варикозное расширение вен пищевода развивается у пациентов на фоне цирроза печени с портальной гипертензией. Лечебная тактика при данном заболевании заключается в постановке зонда Блекмора с последующим эндовенозным склерозированием. [3]

Цель исследования. Изучить структуру кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, произвести анализ хирургической тактики лечения.

Материалы и методы исследования. Изучены статистические карты выбывших из стационара 101 пациента за период 2016-2017 годов хирургических отделений №1,2 УЗ “ВГКБСМП” г. Витебска по поводу кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, а именно пациентов с синдромом Мэллори-Вейса, синдромом Дьелафуа, варикозно-расширенными венами пищевода на фоне портальной гипертензии, а также пациентов с неустановленным источником кровотечения.

Результаты исследования. Структура пациентов следующая: за 2016-2017 года поступил 101 пациент, из них 57 (56%) мужчин и 15 (15%) женщин с синдромом Мэллори-Вейс. У всех пациентов в анамнезе отмечена длительная алкогольная интоксикация. Продолжающееся кровотечение имело место у 38 (66%) пациентов, у остальных пациентов имелись признаки состоявшегося кровотечения. Пациентам с продолжающимся кровотечением был выполнен эндоскопический гемостаз. Пациентам с признаками состоявшегося кровотечения провели эндоскопическую профилактику рецидива кровотечения (инъекционно-инфильтрационный метод, орошение поверхности трещины гемостатическими препаратами). Рецидив кровотечения отмечен у 1 мужчины (1, 75%) в сроке от 1 до 24 часов, которому выл выполнен повторный эндоскопический гемостаз.

После эндоскопического гемостаза проводили консервативное лечение. Контроль гемостаза через 8 часов после оперативного вмешательства и перед выпиской. Все пациенты выписаны из стационара с улучшением состояния.

1 (1%) мужчин и 2 (2%) женщин поступили с синдромом Дьелафуа, 1 мужчине с данной патологией ввиду отсутствия эффекта от эндоскопического гемостаза была выполнена лапаротомия с ушиванием кровоточащих сосудов. Все пациенты выписаны из

стационара с улучшением состояния.

В ходе изучения структуры пациентов было выявлено 24 с неустановленным источником кровотечения, из них 13 (13%) мужчин и 11 (11%) женщин. Данным пациентам проводился спектр инструментальных исследований: колоноскопия, ФГДС, а также лабораторные анализы. При данных исследованиях источник кровотечения выявить не удалось. Пациентов вели консервативно. За время нахождения в стационаре рецидивов кровотечения не было. Все пациенты выписаны из стационара с улучшением состояния.

2 мужчины поступили с кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода на фоне портальной гипертензии. Причиной портальной гипертензии был цирроз печени алкогольной этиологии. Лечебная тактика у данных пациентов заключалась в постановке зонда Блекмора на 8-10 часов для предупреждения образования пролежней с последующим контролем гемостаза.

У данных пациентов рецидива кровотечения во время нахождения в стационаре не возникало. Все пациенты выписаны из стационара с улучшением состояния.

Выводы.

В структуре кровотечений неязвенной этиологии 1-ое место занимает синдром Мэллори-Вейс, что составляет 71%.

Основным методом остановки кровотечения является инъекционный гемостаз с клипированием, который в 97.6% эффективен.

При неэффективности инъекционного гемостаза показана лапаротомия с ушиванием кровоточащих сосудов.

1 мужчине (1, 75%) при синдроме Мэллори-Вейс в сроке от 1 до 24 часов был выполнен повторный эндоскопический гемостаз.

1 мужчине (33%) с синдромом Дьелафуа ввиду отсутствия эффекта от эндоскопического гемостаза была выполнена лапаротомия с ушиванием кровоточащих сосудов.

ИШИОРЕКТАЛЬНЫЙ ВИД ПАРАПРОКТИТА В ГОРОДЕ ОРЕНБУРГ

Д. В. Григорян - студентка 402 группы лечебного факультета

Кафедра госпитальной хирургии, урологии

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России, Оренбург, Россия

Научный руководитель - к.м.н., доцент Е. В. Малицкая

Актуальность. Воспаление околопрямокишечной клетчатки является весьма распространенным заболеванием. В практике неотложной колопроктологии оперативное лечение острого парапроктита занимает 1 место.

Цель - оценить структуру ишиоректального парапроктита, особенности диагностики и лечения больных с данной формой.

Материалы и методы исследования. истории болезней 96 пациентов с острым парапроктитом, находившихся на стационарном лечении в отделении колопроктологии ОКБ № 2 в период с января 2018 года по январь 2019 года.

Результаты исследования. наиболее частой формой среди всех видов являлся ишиоректальный (33 истории). При этом наблюдались следующие возбудители при данной форме E. coli в 25 случаях, Bacteroides fragilis в 4 случаях, St. aureus в 3 случаях и 1 ассоциация E.coli + St epidermidis. При госпитализации у 4 больных были признаки анаэробного неклостридиального парапроктита. Наблюдалась выраженная интоксикация, гипотония, олигурия. После вскрытия абсцесса наблюдалась типичная картина анаэробной инфекции: зловонный запах, безжизненный вид раны, который затруднял четкое определение границ поражения. Наблюдался некроз.

У пациентов с аэробной инфекцией превалировали признаки воспаления: недомогание, слабость, головная боль, гипертермия, при поверхностных формах наблюдалась гиперемия, отек и припухлость кожных покровов. При глубоких формах - тупые пульсирующие боли в области малого таза, усиливающиеся при дефекации. Летальный исход наблюдался у 1 больного с анаэробным парапроктитом. Причина - сепсис, полиорганная недостаточность. У больных с аэробным поражением летальных исходов не наблюдалось.

Выводы. 1. Наиболее часто встречающимся микроорганизмом по результату бактериологического исследования являлась E. Coli .

2. При подозрении на анаэробную инфекцию рекомендован широкий разрез, некрэктомия и назначение метронидазола.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ РАЗРЕШЕНИЯ ОБСТРУКТИВНОГО ХОЛЕСТАЗА

Г.Р. Кулумбегов - студент 5 курса; И.Р. Кулумбегова - студентка 4 курса

Кафедра хирургических болезней № 1

ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России, Владикавказ, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доц. У.С. Беслекоев

Актуальность. Желчнокаменная болезнь является широко распространенным

заболеванием, особенно эта проблема затрагивает лиц с избыточной массой тела, пожилого возраста, женского пола. Желчные камни, сформированные в желчном пузыре, могут выходить через пузырный проток в общий желчный проток, обтурируя при этом его просвет, что приводит к развитию обструктивной желтухи. Застрявший холелит может также препятствовать оттоку панкреатического сока через вирсунгов проток в просвет двенадцатиперстной кишки, это может вскоре приводить к острому панкреатиту. Современная медицина ставит целью решение проблем, возникающих в связи с желчнокаменной болезнью миниинвазивными способами, в частности эндоскопической папиллосфинктеротомией, которая предполагает рассечение большого дуоденального сосочка металлической струной – папиллотомом.

Цель исследования: изучить результаты применения эндоскопической папиллосфинктеротомии как метода разрешения подпеченочной желтухи, исследовать заболеваемость подпеченочной желтухой.

Материал и методы исследования. В качестве материала для исследования были изучены 112 историй болезни пациентов, лечившихся по поводу подпеченочной желтухи в клинике общей хирургии. Статистическая обработка результатов исследования и построение графиков выполнены с применением пакета Statistica 10.0.

Результаты исследования. Среди изученных историй болезни пациенты женского пола значительно преобладали над лицами мужского: 83 (74%) против 29 (26%). Распределение по возрастным группам выглядело следующим образом: до 20 лет – 2 чел. (1,8%), 21-35 лет – 21 чел. (18,6%), 36-50 лет – 27 чел. (24,2%), 50-70 лет – 43 чел. (38,5%), старше 70 лет – 19 чел. (16,9%). Средний возраст пациентов – 58±7,1 лет (мин. – 18 лет, макс. – 92 года). От момента возникновения симптомов заболевания прошло до 3 часов у 18 (16,1%) пациентов, от 3 до 6 часов – у 59 (52,7%), от 6 до 12 часов – у 21 (18,8%), 12-24 часа – у 9 (8,0%), свыше 24 часов – у 5 (4,4%). Степень тяжести при поступлении была расценена как легкая – в 81 случае (72,3%), среднетяжелая – в 28 случаях (25,0%), тяжелая – в 3 случаях (2,7%). Пациентам с высоким уровнем билирубинемии и трансаминаземии в качестве первого этапа выполнялись декомпрессионные мероприятия в объеме чрескожной чреспеченочной холангиостомии под УЗ-контролем. В качестве второго этапа выполнялась эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография с последующей папиллосфинктеротомией (ЭПСТ). В 101 случае ЭПСТ была выполнена канюляционным способом, в 11 – неканюляционным. Доля удачных канюлизаций составила 90,2%. Сложности возникали чаще всего в связи с наличием анатомических особенностей двенадцатиперстной кишки, парапапиллярных дивертикулов, стеноза устья большого дуоденального сосочка. Экстракция конкрементов или желчного сладжа выполнялась

корзиной Дормиа. Количество холелитов составляло от 1 до 9, их размер варьировал от 3 до 13 мм. Осложнения встречались у 11 пациентов. В 5 случаях (4,5%) встречались интраоперационные кровотечения из области папиллосфинктеротомического разреза, ретродуоденальная перфорация – 1 случай (0,9%). В послеоперационном периоде у 4 пациентов возникало кровотечение, причем у 1 оно разрешалось самостоятельно, а остальным требовалось проведение электрокоагуляции и гемостатической терапии. Среди послеоперационных осложнений также острый панкреатит – 6 случаев (5,4%),острый холангит – 3 случая (2,7%). Летальность после ликвидации острой блокады холедоха методом папиллосфинктеротомии составила 2,7% (3 случая).

Выводы. Благодаря применению метода эндоскопической папиллосфинктеротомии можно достичь приемлемых результатов лечения при низкой частоте осложнений и летальности, что особенно важно для пациентов с высоким риском и старшей возрастной категории. В течение ближайших 5 лет у пациентов редко развивается рестеноз большого дуоденального соска, что также избавляет их от повторных оперативных вмешательств.

СТОМАТОЛОГИЯ

ЛЕЧЕНИЕ АКТИНИЧЕСКОГО ХЕЙЛИТА В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ «ТАРНАИР»

М.Н. Меджидов, А.А. Гафурова - молодой ученый, К.А. Байрамов - аспирант

Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Актуальность настоящего исследования заключается прежде всего *в* том, что актинический хойлит (АХ), относящийся», но мнению многих авторов (Машкиллейсон А. Л., 1970; Урбанович Л. И., 1974; Данилевский Н. Ф., Урбанович Л. И., 1379; Боровский Е. В., 1984), к предраковым заболеваниям, является краевой патологией на Северном Кавказе.

Считаем возможным подчеркнуть, что вопрос о курортном лечении АХ, особенно у больных, страдающих патологией пищеварительной системы (ППС), еще не нашел своего отражения в исследованиях современных авторов. Санаторно-курортное лечение АХ, одновременно имеющих ППС, является одним из основных и необходимых этапов в реабилитационной терапии заболевания губ, ято и явилось целью настоящего исследования.

Материалы и методы. Санаторий «Тарнаир», одно из современных, квалифицированных и лучших медицинских учреждений Республики Дагестан и города Махачкалы.

На территории санатория расположена скважина термальной воды. Широкий доступ к этой скважине был открыт еще в 50 - 60-е годы прошлого века, а затем построена питьевая галерея. Вода из этого природного источника очень богата микроэлементами, обладает отличным освежающим вкусом и при правильном использовании способна помочь излечить многие болезни пищеварительной системы. Кроме основных ионов – гидрокарбоната, хлора, натрия, они содержат также магний, кальций, калий, железо, йод, марганец, медь, цинк, барий и другие микроэлементы. Это позволяет с эффективностью использовать их при лечении и профилактике различных «пищеварительных» болезней.

Нами получены положительные результаты лечения больных АХ, имеющих ППС, на санатории «Тарнаир», путем применения в комплексе санаторно-курортного лечения термальной минеральной воды данного санатория (в виде питьевых процедур, сифонных промываний кишечника, клинических тюбажей) и лечебной грязи Тамбуканского озера.

Наиболее удобным временем для курортного грязелечения при АХ является осенне-зимний период. Противопоказаниями является:

1. Обострение (рецидив) АХ.

2. Наличие герпетических и других высыпаний и повреждений на губах.

3. Новообразования.

4. Индивидуальная непереносимость.

Лечение осуществлялось путем наложения на патологические участки на губах десневых аппликаторов из тамбуканской грязи. Последние выпускаются медицинской промышленностью и имеют разрешение к использованию в медицинской практике.

Результаты исследования и их обсуждение. Об эффективности бальнеотерапии в комплексе санаторного лечения больных АХ, имеющих ППС, свидетельствует следующее: у 92,3% пациентов, принявших однократное санаторное лечение, рецидив **АХ** не наблюдался в течение 2 лет, у остальных наблюдаемых **(7,7%)** рецидив возник в среднем через 1 год, но не сопровождался потерей трудоспособности. Среди пациентов, получивших санаторное лечение в течение 2 лет подряд, у **97,2%** рецидив отсутствовал в течение 4 лет наблюдения, у **1**,9% пациентов наблюдалось через 2,5—3 года легкое обострение процесса на губах, не повлекшее потерю трудоспособности, и только у 0,9% наблюдаемых рецидив возник спустя 8—12 месяцев. Однако следует учесть, что это были лица пожилого возрасга, имеющие склонность к сочетанной патологии пищеварительной системы с большой длительностью заболеваний.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГИДРООРОШЕНИЙ ДЕСЕН СЕРОВОДОРОДНОЙ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДОЙ САНАТОРИЯ «ТАЛГИ» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГИНГИВИТА И ПАРОДОНТИТА

М.Н. Меджидов, К.А. Байрамов – аспирант, А.А. Гафурова - молодой ученый

Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Термальная крепкосульфидная среднеминерализованная -талгинская вода относится к хлоридно-натрий-кальциевым водам с минерализацией в пределах от 4,2 до 6,4 п/л, с содержанием общего сероводорода от 150 до 226 мг/л и температурой от 36 до 38°С. Кроме ионов хлора, натрия и кальция в ней содержатся углекислота, ионы сульфатные и гидрокарбонатные, микроэлементы (калий, магний, бром, под, углерод) и ряд других веществ.

Химическим состав талгинской воды, ее температура, давление ускоряют циркуляцию крови и лимфы, способствуют активизации обмена веществ, улучшая трофику тканей, что особенно важно при гидромассаже десен.

Наиболее чувствительны к гидромассажу талгинской сероводородной водой нервные элементы пародонта, механическое воздействие на которые обусловливает проявление сложного комплекса рефлекторных механизмов, обеспечивающих болеутоляющий эффект.

Целью настоящей работы явилось изучение эффективности использования гидромассажа десен талгинской сероводородной водой в комплексном санаторно-курортном лечении больных гингивитом и пародонтитом.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 286 больных с заболеваниями пародонта в возрасте от 15 до 65 лет. Из них 94 - с гингивитом и 192 - с пародонтитом. Наряду с общеклиническими наблюдениями для количественной характеристики состояния пародонта мы использовали систему различных индексов: папиллярно-маргинально-альвеолярный (PMA) по Парме, болезни пародонта (PDI) по Рамфьорду, упрощенный индекс гигиены полости рта (OHI-S) по Грин-Вермильону, индекс нуждаемости в лечении воспалительных заболеваний пародонта (CPITN), предложенный ВОЗ. Орошения больным назначались после предварительной санации полости рта. Заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной систем являются относительным противопоказанием для применения сероводородных ванн. В этой связи в зависимости от наличия или отсутствия заболеваний сердечно-сосудистой и дыхательной систем орошения талгинской водой больным назначали, соблюдая один из следующих режимов воздействия:

1. Больным с наличием данных заболеваний орошение проводили с давлением минеральной воды в пределах 0,5-1,0 атм. Продолжительность процедуры 3-4 мин. Курс лечения - 12-15 процедур.

2. Больным с отсутствием вышеуказанных заболеваний назначали орошение полости рта с давлением минеральной воды в 1,0-1,5 атм. Продолжительность процедуры - 5- 6 мин. Курс лечения 10-12 процедур.

Процедуры отпускались в специализированном кабинете в бальнеологическом отделении санатория «Талги». Эффективность лечения определялась оценкой существенности различий полученных результатов по всем индексам до и после лечения заболеваний с учетом их тяжести по параметрическому t-критерию Стьюдента и по непараметрическим критериям U Вилкоксона-Манна-Уитни и Q Розенбаума.

Результаты лечения и их обсуждение. Об эффективности лечения судили больше по объективным данным. После окончания курса лечения с применением гидромассажа талгинской сероводородной водой происходило статистически достоверное снижение показателей всех индексов у 100% больных гингивитом. Такой же результат был получен после лечения всех больных пародонтитом по индексам PMA и OHI-S.

Из-за того, что глубина зубодесневого кармана оставалась прежней, статистически достоверное снижение показателя ($P<0.05$) по индексу CPITN наблюдалось только при легкой форме пародонтита, так как при данной форме глубина кармана не достигает 4 мм для кода 3, а меньшая глубина в расчет не берется для данного индекса. Снижение показателей индексов CPITN при средней и тяжелой формах пародонтита, а по индексу PDI при всех формах пародонтита, были недостоверными ($P>0.05$), что объясняется той же неизменностью глубины зубодесневых карманов.

Проведенные исследования показали, что применяемая сероводородная вода талгинского месторождения в виде гидроорошений десен является активным физическим фактором и оказывает высокий положительное эффект на патологические процессы, протекающие в пародонте. На этом основании рекомендуется широкое внедрение данного метода лечения гингивита и пародонтита в клинической практике.

ПРИМЕНЕНИЕ ГИДРОМАССАЖА ДЕСЕН ЙОДОБРОМНОЙ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДОЙ САНАТОРИЯ «КАСПИЙ» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

М.Н. Меджидов, К.А. Байрамов – аспирант, А.А. Гафурова - молодой ученый

Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Ежегодно тысячи людей из разных регионов нашей страны улучшают своё здоровье в санатории «Каспий». Главным богатством санатория «Каспий» является минеральная вода, добываемая с глубины 2325 м из скважины Манаского взморья. Минеральная хлоридно-натриевая йодобромная вода с минерализацией 78 г/л и температурой 54°С на территории санатория характеризуется стабильным химическим составом, содержит большое количество терапевтически активных элементов, отвечает требованиям нормативных документов, квалифицируется как бальнеологическая и рекомендуется к использованию для наружных целей в качестве лечебной в соответствии с медицинскими показаниями.

Хлоридно-натриевые йодобромные ванны активно применяются при лечении болезней различных органов и систем организма, в том числе и при терапии заболеваний пародонта.

Минеральная вода поступает из недр под давлением 4-6 атмосфер. Обладая большой теплоемкостью, теплопроводностью и конвекцией, она является сильным физиологическим раздражителем, а минеральные добавки и давление усиливают этот эффект.

Под влиянием тепла происходит расширение микрососудов, снижение их тонуса,

ускорение крово- и лимфообращения, что увеличивает объем циркулирующей крови и насы¬щенность ее кислородом.

Цель работы: определение эффективности применения гидроорошений десен хлоридно-натриевой йодобромной минеральной водой санатория «Каспий» в процессе комплексного лечения заболеваний пародонта.

Материалы и методы. Проведено клиническое обследование и комплексное лечение 198 больных в возрасте от 15 до 69 лет с различными воспалительными заболеваниями пародонта с применением гидромассажа минеральной водой, в том числе: с разными формами гингивита - 33 человека, пародонтитом - 165 человек. Больные были распределены соответственно по возрастным группам: 15-19 лет (42 человека); 20-29 лет (66 человек); 30-44 года (65 человек); 45-64 года (17 человек); старше 65 лет (8 человек).

После предварительной санации полости рта и местной противовоспалительной терапии, назначались процедуры гидроорошений десен.

Учитывая то, что минеральная вода от источника подается по системе труб и в стоматологический кабинет поступает с температурой 50-60°С и давлением 3-4 атмосферы, ее предварительно остудили и понизили давление. К больному минеральная вода подавалась с температурой 40-42°С и давлением 1,5-2 атмосферы с помощью специальных шлангов и наконечника из нержавеющей стали. Курс лечения состоял из 10-12 ежедневных процедур. Всем больным до и после лечения определяли папиллярно-маргинально-альвеолярный (PMA) индекс по Парме, упрощенный индекс гигиены полости рта (OHI-S) по Грин-Вермильону, индекс нуждаемости в лечении воспалительных заболеваний пародонта (CPITN). Полученные данные были подвергнуты статистической обработке по **параметрическому** t-критерию Стьюдента **и по непараметрическим критериям U Вилкоксона-Манна-Уитни**
и Q Розенбаума.

Результаты исследования и их обсуждение. В момент проведения гидромассажа больные отмечали приятное чувство свежести в полости рта и определенный обезболивающий эффект орошаемого участка. После 7-8 процедур наблюдалось уменьшение кровоточивости, отечности и зуда десен, снижалось гноетечение из пародонтальных карманов, исчезал неприятный запах изо рта. По завершению курса лечения у больных всех пяти групп отмечались улучшения субъективных ощущений и объективного состояния десен.

Динамика среднего значения гигиенического индекса OHI-S по Грину-Вермильону до лечения выражалась следующим образом: в I-ой группе - 3,5±0,6; во II-ой - 1,7±0,2; в III-ей - 3,0±0,8; в IV-ой - 4,0±0,6; в V-ой - 3,3±0,3. После лечения этот показатель

составлял: в I-ой группе 0,8±0,06; во II-ой - 1,5±0,06; в III-ей - 0,71±0,08; в IV - 0,82±0,04 и в V - 0,85±0,05.

Анализ полученных результатов по индексу PMA по Парме показал следующее: в I-ой группе до лечения в среднем он составлял 26,5±4,6%; во II-ой - 25,5+0,9%; в III-ей - 21,4±1,2%; в IV-ой - 24,7±1,2%; в V-ой - 21,4±3%; после лечения он оказался в I-ой группе 13,6±0,6%; во II-ой - 11,9±0,6%; в III-ей - 11,3±0,7%; в IV-ой - 10,6±0,6%; в V-ой - 13,6±1,3%.

Показатели индекса CPITN изменялись следующим образом: до лечения в I-ой группе 1,9±0,09; в II-ой 1,9±0,05; в III-ей - 1,8±0,2; в IV-ой - 2,0; в V-ой - 1,8±0,1; после лечения в I-ой группе 1,5±0,08; во II-ой - 1,4±0,09; в III-ей - 1,4±0,08; в IV-ой – 1,5±0,06; в V-ой - 1,6±0,11.

Таким образом, полученные результаты ярко свидетельствуют о высокой терапевтической эффективности применения **йодобромной минеральной воды санатория «Каспий»** в виде гидромассажа десен в процессе комплексного лечения воспалительных заболеваний пародонта.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Г.М-А. Будайчиев[1] – молодой ученый, Т.М. Дибиров[1] – к.м.н., ассистент,
З.К. Махмудова[1] – ассистент, А.Н. Куринова[2] - студентка 6 курса дечебного факультета
[1]Кафедры пропедевтической и профилактической и терапевтической стоматологии и гистологии, цитологии и эмбриологии
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия
[2]ФГАОУ ВО Первый МГМУ им.И.М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет), Москва, Россия
Научный руководитель – д.м.н. профессор Д.А. Доменюк

Актуальность. Согласно статистическим данным на сегодняшний день насчитывается около 200 миллионов людей страдающих сахарным диабетом I типа. Больные отмечают общую усталость, слабость. У них наблюдается классическая триада: полиурия, полидипсия, полифагия. Гипергликемия вызывает ухудшение обеспечения тканей кислородом, нарушения всех звеньев обмена веществ, в том числе синтез, созревание и гомеостаз коллагена. И как следствие васкулярную дисфункцию, фокальные тромбозы и сужения сосудов. У них наблюдается склонность к ухудшению заживления ран, повышенная колагенолитическая активность десневой жидкости, общее поражение пародонта.

Цель исследования. Изучить эффективность комплексного лечения обострения хронического генерализованного пародонтита с применением антигомотоксической терапии у больных сахарным диабетом.

Материалы и методы исследования. В течение последнего года к нам обратилось 5 больных женского пола 19 – 30 лет с сахарным диабетом 1 типа. Они страдают этим заболеванием от 12 - 15 лет. Все имели выраженные симптомы генерализованного пародонтита I – II степени тяжести. Осмотр полости рта выявил гиперемию, кровоточивость десен, множественные пародонтальные абсцессы с серозно – гнойным содержимым, неудовлетворительное состояние гигиены, подвижность зубов I - II ст. Соответственно, индекс кровоточивости десен по H.R. Muhlemann составлял 2,7 балла. Индекс бляшек по Silness-Loe (1964) равнялся 2,6 балла. Пародонтальный индекс Рассела 0,76. Гигиеническое состояние оценивалось в 2,5 балла по индексу OHI – S. На основе данных субъективного и объективного обследования и индексной оценки состояния полости рта больных был установлен диагноз острого хронического генерализованного пародонтита I – II ст. тяжести.

Учитывая ход общего заболевания, его местных проявлений, сосредоточенность основных патологических изменений во внеклеточном пространстве с поражением мезенхимальных структур матрикса, мы приняли решение о назначении общего и местного лечения с применением аллопатических и антигомотоксических препаратов на фоне лечения сахарного диабета со стороны эндокринолога путем введения инсулина.

На первом этапе лечения им был назначен прием антибиотиков «Полимик» по 1 таб 2 раза в день, фермент Серратиопептидаза по 0,01 г 3 раза в день, Аскорутин по 1 т. 2 г. (50 таб) после еды и Кальцемин 1 раз во второй половине дня (60 таб), капсулы пробиотика «Линекс» 2 г. на день. Местно назначены полоскания ротовой полости раствором "Ангилекс", гель Метрогил Дента, рассасывание таблеток "Лизобакт" после еды.

Первый этап лечения длился 5 дней. Была проведена профессиональная гигиена полости рта, даны рекомендации с указанием методов и средств индивидуальной гигиены ротовой полости. На 2м этапе в схему лечения были включены антигомотоксические препараты (АГТП) противовоспалительные Траумель в виде таблеток 1 таб. на день (50 таб.) после еды, дренажный Лимфомиозот по 10 капель за 40 мин до еды 3 раза в день и подкожные инъекции Эхинацеи композитум 1 раз в неделю, содержащий в своем составе 4 нозода: стафилококковый, стрептококковый, пиогенный и гриппозный. Дозу инсулина, назначенную эндокринологом делим и половину из нее вводим подслизистую по переходной свертке.

Результаты исследования и их обсуждение. Уже ближайшие результаты комплексного лечения свидетельствовали об эффективности выбранной лечебной тактики: больные отмечали улучшение общего состояния, уменьшение болезненности и кровоточивости десен,

уменьшение пародонтальных карманов и гноетечения. Пародонтальный индекс стал равен 0,06. Улучшилось гигиеническое состояние ротовой полости. Индекс бляшек Силнес Лоу стал равен 1,5. Гигиенический индекс OHI – S– 1,4. Уменьшилась подвижность зубов на 1 - 2 балла. Поддерживающая терапия включала полоскание Стоматофитом, Ротоканом, аппликации календулы, мазью Траумель, надлежащее соблюдение гигиенических рекомендаций.

В отдаленные сроки наблюдения через 6 месяцев сохранялись положительные результаты лечения, отсутствовали кровоточивость, отеки десен, пародонтальные абсцессы. Значение индекса Рассела были в пределах 0,2.

Выводы. Наши первые обнадеживающие результаты лечения обостренного хронического генерализованного пародонтита у больных сахарным диабетом I типа с применением комплексных аллопатических и антигомотоксических препаратов с подслизистым введением инсулина являются очень эффективными и требует статистической обработки, после которой можно будет рекомендовать в клиническую практику.

ИЗМЕНЕНИЕ АКТИВНОСТИ АЛЬФА-АМИЛАЗЫ СЛЮНЫ ПРИ СИНДРОМЕ ИНТОКСИКАЦИИ ОРГАНИЗМА

М.В. Яковлев – студент 402 группы стоматологического факультета

Кафедра микробиологии и вирусологии.

ФГБОУ ВО ПГМУ им. Академика Е.А. Вагнера Минздрава России, Пермь, Россия Научные руководитель – канд. мед. наук, доц. А.П. Годовалов

Актуальность. Известно, что при некоторых заболеваниях желудочно-кишечного тракта наблюдается изменение ферментного состава разных жидкостей организма. Так, отмечается повышенное содержание орнитиндекарбоксилазы у детей страдающих язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Данные такого типа представляют интерес для повышения уровня и расширения способов диагностики. С другой стороны, установлено, что большинство заболеваний, в том числе и желудочно-кишечного тракта, вызванных микроорганизмами, на том или ином этапе развития сопровождаются синдромом интоксикации. Логично предположить, что данный синдром может оказывать влияние на ферментный состав, например, слюны, основным ферментом которой является альфа-амилаза, катализирующая расщепление сложных углеводов до моносахаридов. Представляет диагностический интерес изучение изменение активности данного фермента при синдроме интоксикации.

Цель исследования. Изучить активность альфа-амилазы слюны при синдроме

интоксикации.

Материалы и методы. Для определения активности альфа-амилазы использовали набор реагентов «Амилаза-Витал» согласно инструкции производителя. У добровольцев получали смешанную слюну утром натощак. В исследовании приняли участие 10 человек, из которых сформировали две группы - с признаками интоксикации (ОРВИ) и без них (контроль).

Результаты. Установлена обратная зависимость между выраженностью синдрома интоксикации и активностью альфа-амилазы слюны. Так, при ОРВИ заметно снижена активность исследуемого фермента по сравнению с контрольной группой. Кроме того, установлена обратная сильная корреляция между повышением температуры тела человека и снижением активности у него альфа-амилазы. Показано, что при увеличении температуры тела начиная с 36,9ºС на 0,1ºС происходит снижение активности фермента в среднем на 3 единицы/л.

Выводы. Таким образом, показано изменение активности альфа-амилазы слюны при синдроме интоксикации. Можно предположить, что определение активности альфа-амилазы слюны может иметь дополнительную диагностическую ценность.

АДГЕЗИВНЫЙ МОСТОВИДНЫЙ ПРОТЕЗ, КАК АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ МЕТОД ВОССТАНОВЛЕНИЯ ОДНОГО ЗУБА.

Н.Н. Омаева – клинический ординатор, П.Ю. Мугадова – старший лаборант

Кафедра стоматологии ФПК и ППС

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Актуальность. Очень часто люди не придают значения отсутствию одного зуба, тем более, если этого не видно. Помимо эстетического дефекта длительное отсутствие зуба может привести к ряду негативных последствий. Соседние зубы стараются заполнить пустующее место, смещаясь, друг к другу, это может вызвать нарушение прикуса, появление дефектов речи, и даже усиление образования морщин на лице. Есть несколько стандартных, достаточно привычных всем способов восстановления утраченного зуба, это, к примеру, имплантация, мостовидные протезы, иммедиат протезы. Однако многим пациентам довольно тяжело решиться на ортопедический или хирургический вариант лечения. Ортопедический протокол восстановления обязательно связан с обширным препарированием твердых тканей зуба и чаще всего с удалением нервов из опорных зубов, что не всегда оправдано. Хирургический метод лечения связан со сложным оперативным вмешательством в костную ткань и не всегда дает 100% гарантии. К тому же, имплантация зуба имеет достаточно большое количество противопоказаний, как абсолютных, так и

относительных.

Пару лет назад невозможно было даже представить восстановление отсутствующего зуба без обтачивания, препарирования соседних зубов и установки опорной коронки. С появлением новых реставрационных материалов, адгезивных систем и стекловолоконных нитей мы можем использовать адгезивные мостовидные протезы, как альтернативу классическим ортопедическим конструкциям.

Об адгезивном мостовидном протезе из композита в России впервые узнали благодаря разработкам Сергея Радлинского, начатым в начале 90-х годов. Именно его труды положили начало созданию качественно новогонаправления восстановления утраченного зуба – с помощью обычных светоотверждаемых пломб и специальных технических приспособлений.

Суть идеи очень проста:заменить потерянный зуб искусственным материалом и закрепить его на соседних единицах максимально незаметно и без лишнего обтачивания.

Цель исследования. Изучение эффективности восстановления утраченного зуба с помощью адгезивного мостовидного протеза.

Материал и методы исследования. Исследования проводились в клинике «ПАНАЦЕЯ». Обследовано более 100 человек, у которых отсутствовал зуб во фронтальном или боковом отделе. Пациентам было предложено восстановление отсутствующего зуба с помощью адгезивного композитного моста. На протяжении 5 лет было восстановлено более 50 отсутствующих одиночных зубов с помощью композитного материала и системы риббонд (гибкая лента, выполненная из специального стекловолокна).

Протокол восстановления зуба:

1. Чистка зубов с помощью ультразвукового скейлера и полировочных головок.

2. Создание канавки под Риббонд с внутренней стороны зубов, служащих опорой мосту.

3.Чистка и обезжиривание опорных зубов этиловым спиртом и 37% ортофосфорной кислотой.

4. Нанесение адгезива, а поверх него – тонкого слоя композита.

5. Смазывание ленты бондом, приклеивание ее к опорным зубам.

6.Укладка тонкого (0,5-0,75 мм) слоя композита на Риббонд. Приклеивание второй ленты.

7.Формирование культи зуба из композита на основе выступающих концов лент. Полимеризация композита с помощью света. Реставрация коронковой части.

8. Шлифовка, полировка.

Данный метод восстановления зубов имеет как свои достоинства, так и недостатки. Слабой стороной полимерных мостовидных протезов является, прежде всего, невысокая их

прочность, поэтому производители этих систем не рекомендуют восстанавливать дефекты свыше 1-го зуба или протяженностью более 6мм. Иными словами данную технологию нельзя применять для замещения утраченных больших коренных зубов. Опорные зубы должны иметь физиологическую подвижность, и достаточное для прочного приклеивания моста количество собственных тканей. Адгезивный мостовидный протез - это недолговечный способ восстановления зубного ряда, срок его службы составляет в среднем от трех до пяти лет, так что его рекомендуют как временную конструкцию; такая система достаточно хрупкая и если относиться небрежно, то быстро поломается и потребует замены.

Несмотря на это, адгезивный мостовидный протез часто выбирают как лучшую альтернативу среди подобных конструкций, так как у него меньше всего противопоказаний и неприятных последствий, а эстетичный внешний вид и цена во многом устраивают самого пациента.

Результаты исследования. Все восстановленные зубы с использованием композитного материала и системы риббонд спустя 2-3 года оставались такими же (без сколов и без разрушения опорных зубов), требовали незначительной полировки. Десна под композитным материалом без признаков воспаления, бледно-розового цвета, за счет создаваемого промывного пространства во время формирования композитного зуба.

Выводы. Таким образом, можно сделать вывод, что адгезивный мостовидный протез является хорошей альтернативой (хоть и временной) мостовидным металлокерамическим протезам и имплантам.

ОПТИМИЗИРОВАННЫЙ ВАРИАНТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

М.Н. Меджидов, К.А. Байрамов – аспирант, А.А. Гафурова - молодой ученый

Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Проблема лечения хронического генерализованного пародонтита занимает ведущее место в стоматологии, что обусловлено его большой распространенностью. Постоянно разрабатываются новые методы лечения и совершенствуются уже имеющиеся, идет поиск новых препаратов, предлагаемых для оптимизации комплексной терапии, на различных этапах лечения хронического генерализованного пародонтита. Большое внимание уделяется лечению хронического генерализованного пародонтита легкой степени, т.к. на этой стадии заболевание хорошо поддается лечению и возможно достижение достаточных сроков ремиссии при определенных условиях.

Цель исследования - повышение эффективности лечения хронического генерализованного пародонтита легкой степени тяжести путем включения в лечебный комплекс препарата «Инсадола».

Материалы и методы. Для достижения цели исследования проводилось обследование и динамическое наблюдение за 45 больными хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени (ХГПлс), разделенных на две группы в зависимости от способа лечения, на основную (получавшую инсадол) (ОГ) и контрольную (пациенты которой получали лечение без инсадола) (КГ). Из них женщин было 31 человек (69%), мужчин 14 человек (31%). Возраст пациентов колебался от 18 до 40 лет.

При определении стоматологического и пародонтологического статусов использовали рекомендации ВОЗ [1989], применяя клинические, инструментальные и функциональные методы исследования. В работе мы руководствовались классификацией заболеваний пародонта, принятой XVI Пленумом правления Всесоюзного научного медицинского общества стоматологов (1983 год).

При постановке диагноза учитывались жалобы больного, анамнез заболевания и данные объективных методов исследования. Определяли гигиеническое состояние, состояние зубных рядов и прикуса, глубину преддверия полости рта, выраженность и прикрепление тяжей и уздечек слизистой оболочки, цвет и состояние последней. Применяли индексы: Грина-Вермильона, Мюллемана, периферического кровообращения (ИПК); определяли числовое значения пробы Шиллера-Писарева; электрокинетические свойства ядер клеток буккального эпителия (ЭКПЯКБЭ) [Шахбазов В.Г. и соавт., 1986], состояние костной ткани альвеолярных отростков челюстей с помощью ортопантомографии [Рабухина Н.А. и соавт., 1991] до и через 12 месяцев после лечения.

Лицам ОГ при хирургическом вмешательстве применялся инсадол, который в виде раствора аппликировался на раневую поверхность во время оперативного вмешательства и в течение 5 дней после операции в составе пародонтальных лечебных повязок накладывался на десну. Всем больным осуществлялись следующие мероприятия: лечение кариеса и устранение очагов хронической одонтогенной инфекции; обучение методам личной гигиены полости рта; профессиональная гигиена полости рта; устранение местных факторов, способствующих скоплению микрофлоры - пломбирование придесневых кариозных полостей, восстановление межзубных контактов; местная противовоспалительная терапия; открытый кюретаж, лоскутные операции, гинги-вэктомия (по показаниям). Особое внимание уделялось устранению супраконтактов путем пришлифовывания зубов у лиц старше 25 лет при сохранении целостности зубного ряда. Шинирование подвижных зубов проводили после оперативного вмешательства.

Результаты и их обсуждение. При обращении к стоматологу больные ХГПлс предъявляли жалобы на постоянную кровоточивость десен, болезненность, наличие неприятного запаха изо рта. При осмотре рта выявлялись наддесневые «зубные» отложения, гиперемия десны, неплотное прилегание десны к шейкам зубов. При зондировании определялись поддесневые «зубные» отложения и глубина пародонтальных карманов до 3 мм. Обращало на себя внимание наличие кариозных полостей, некачественных пломб, неполноценных протезов. Практически у всех пациентов, при пальпации, наблюдалась болезненность. Из анамнеза установлено, что давность заболевания у больных колебалась от 1 до 5 лет. При рентгенологическом исследовании выявлялась резорбция костной ткани альвеолярного отростка до 1/3 длины корней зубов по вертикальному типу и очаги остеопороза.

Из данных первичного обследования пациентов ХГПлс как основной, так и контрольной групп, явствует, что некоторые показатели по своим значениям у больных незначительно отличались ($p>0,05$), другие были практически одинаковыми ($p>0,05$). исходные значения были статистически не достоверны. Индекс OHI-S составил у лиц ОГ 2,31 ± 0,07 балла, у лиц контрольной группы - 2,31 ± 0,07 балла (рис. 4). Проба Шиллера-Писарева (рис. 1) у всех обследованных была положительной, у лиц ОГ -1,82 ±0,1 балла, у лиц контрольной группы - 1,82 ± 0,1 балла. Индекс Мюллемана у лиц ОГ - 2,44 ±0,15 балла, у лиц контрольной группы - 2,1 ±0,14 (рис. 3). РМА у лиц ОГ - 34,96 ± 2,31%, у лиц контрольной группы - 33,03 ± 1,22% (рис. 2); ИПК 0,073 ± 0,004 балла и 0,08 ± 0,003 балла соответственно: ЭКПЯКБЭ 39,25 ± 2,61% и 45 ± 2,19%. Глубина пародонтальных карманов достигала у лиц ОГ 2,84 ± 0,06 мм, у лиц контрольной группы - 2,71 ± 0,05 мм.

Анализу подвергнуты данные, полученные до лечения, после лечения и в течение полуторогодового наблюдения с контрольными осмотрами через 3, 6, 12 и 18 месяцев (см. диаграммы).

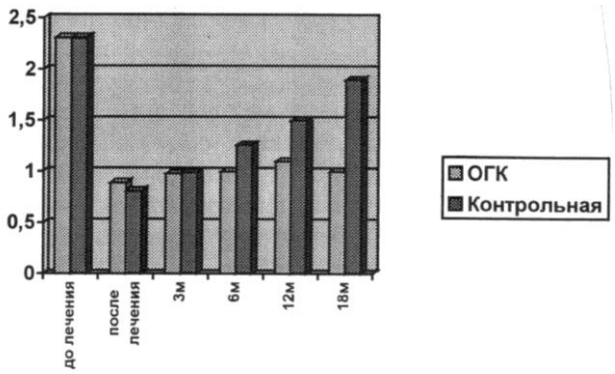


Рис.1. Динамика пробы Шиллера-Писарева у больных ХГПлс в процессе диспансерного наблюдения.

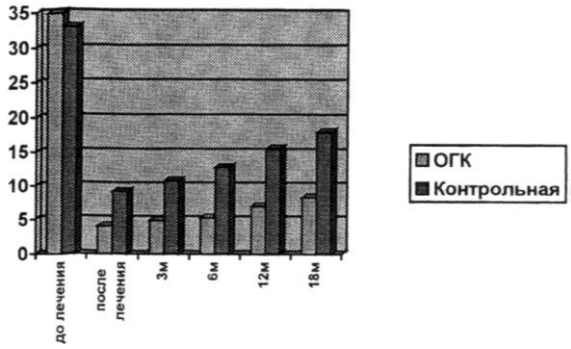


Рис. 2 Динамика индекса PMA у больных ХГПлс в процессе диспансерного наблюдения.

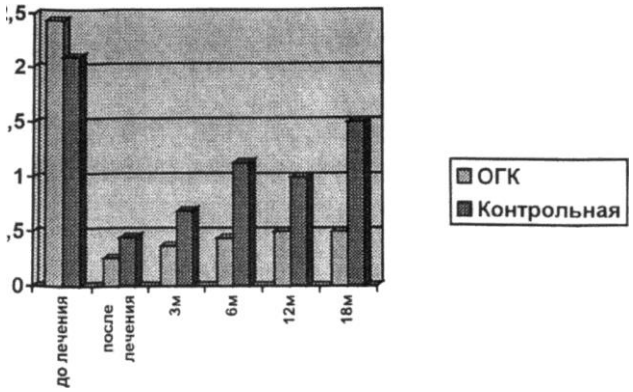


Рис.3. Динамика индекса Мюллемана у больных ХГПлс в процессе диспансерного наблюдения.

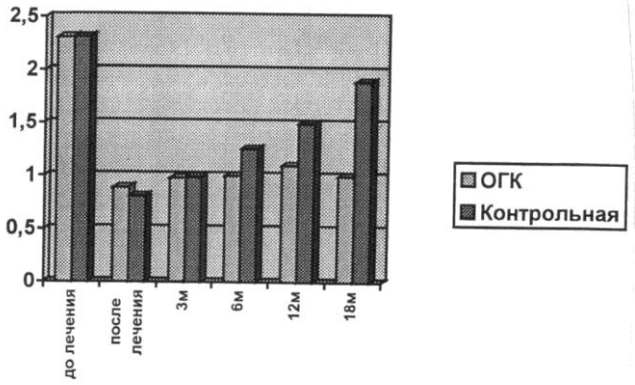


Рис 4. Динамика индекса OHI-S у больных ХГПлс в процессе диспансерного наблюдения.

Заключение. Таким образом, нами установлено, что состояние пародонта у лиц ОГ было стабильным на протяжении всего периода наблюдения, до 18 месяцев (стадия ремиссии). Отмечалась лишь незначительная тенденция к ухудшению состояния по сравнению с состоянием после лечения, что, по нашему мнению, связано с ухудшением

гигиенического состояния полости рта из-за снижения мотивации больных по уходу за зубами.

У больных контрольной группы в процессе диспансерного наблюдения определялось ухудшение состояния тканей пародонта. Большинство пациентов к 6-12 месяцам наблюдения снова предъявляли жалобы на кровоточивость, болезненность, припухлость десен, отложение «зубного камня», а к 18 месяцам отмечена тенденция к ухудшению состояния тканей пародонта, что проявлялось в изменении клинико-лабораторных показателей. Анализируя полученные нами данные в различные сроки наблюдения после лечения ХГПлс, можно констатировать, что стойкой (до 18 месяцев) ремиссии заболевания удалось достигнуть у пациентов, которым в комплексной терапии заболевания применялся инсадол, который обладает противовоспалительным действием, стимулирует репаративные процессы в пародонте, уменьшает боль и кровоточивость десен

ЗАВИСИМОСТЬ ЭФФЕКТИВОСТИ ЖЕВАНИЯ ОТ ТЕМПЕРАМЕНТА ЛИЧНОСТИ И ОККЛЮЗИОННЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ

Е.Н. Александрова, А.В. Куликова – студенты 2 гр. стоматологического факультета

Кафедра ортопедической стоматологии и ортодонтии и куром пропедевтики стоматологических заболеваний

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань, Россия

Научный руководитель – асс. Т.А. Васильева

Актуальность. Одной из функций зубочелюстной системы, определяющей ее состояние, является жевание. При оценке жевательной эффективности врачу-стоматологу-ортопеду необходимо выбрать апробированный и максимально точный метод. Важными аспектами в этом случае могут стать личностные характеристики пациента и окклюзионные взаимоотношения челюстей. Необходимо учитывать темперамент и состояние зубных рядов при определении эффективности жевания, как одного из возможных этапов ортопедического лечения, что позволит повысить достоверность результатов.

Цель исследования. Определение влияния темперамента личности и окклюзионных взаимоотношений на показатели жевательной эффективности.

Материал и методы исследования. С целью определения жевательной эффективности у группы студентов РязГМУ провели компьютерный анализ окклюзиограмм с помощью оригинальной программы MAT-BLAD. Затем провели экспресс-пробу В.Н. Трезубова. Для поправки результатов теста на темперамент личности испытуемые проходили тест Айзенка. Согласно соответствию определенному типу темперамента, у испытуемых наблюдали

разную скорость жевания. С учетом поправки на темперамент рассчитали эффективность жевания каждого из студентов. Изучив признаки идеальной окклюзии по Хватовой, рассчитали индексы окклюдограмм и определили их соответствие идеальному прикусу. Для ортогнатического прикуса индекс окклюдограммы равен 100%. Меньшее значение индекса свидетельствует о неравномерной нагрузке и наличии супраконтактов. После чего, используя систему MAT-BLAD, проследили зависимость эффективности жевания от окклюзии зубных рядов.

Результаты исследования. Измерив жевательную эффективность с помощью компьютерной программы, получили результаты: у 80% обследуемых – 95-100%, у 20% - 86-94%. По экспресс-пробе В.Н. Трезубова 74% исследуемых жевали миндаль 16 секунд и меньше, 26% - 17 и больше что соответствует значениям предварительной жевательной эффективности 100%, 94,1% и менее.

При учете типов темперамента выявили, что у меланхоликов и холериков результаты разнятся с теми, которые получены со сканов. Соответственно разницу в значениях жевательной эффективности можно устранить, делая поправку на темперамент. Так же мы выявили корреляцию эффективности жевания и окклюзионных взаимоотношений. Чем ближе окклюзия к идеальной, тем выше значение жевательной эффективности.

Выводы.В ходе работы мы пришли к выводу о том, что темперамент личности пациента коррелирует с показателями жевательной эффективности, поэтому есть необходимость поправки на темперамент при определении эффективности жевания методом В.Н. Трезубова. Восстановление анатомических особенностей зубных рядов - один из важнейших аспектов стоматологического лечения, так как состояние окклюзии непосредственно влияет на эффективность жевания. При учете влияния личностных характеристик и состояния окклюзии результаты будут более достоверными.

АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ В ПРАКТИКЕ СТОМАТОЛОГА ТЕРАПЕВТА

А.К.Сарсенов-студент ст17-009-02 факультета стоматологии,

К. В.Вансинвин- студент ст17-008-01 факультета стоматологии (2 курс)

Кафедра терапевтической стоматологии

Акционерное общество «Национальный медицинский университет»

Город Алматы Республика Казахстан

Научный руководитель:К.М.Н.Сухочева Т.М.

Актуальность: В данный момент на всем земном шаре увеличивается число аллергического

заболевания, которое представляет собой аллергию одной из главнейших проблем стоматологии.

Цель и задачи: вычислить периодичность проявления аллергии на приеме у стоматолога терапевта. Определение правильной врачебной тактики и исхода появившегося патологического состояния и лечение .

Материал и методы:

- Определить периодичность проявления аллергии на приеме у стоматолога (статистические данные по клиникам г.Алматы).
- Выявить место аллергической реакции в «лестнице» иерархии.
- Разработать информационный лист об обязательных постановках пробы на анестетик, если пациент не знает своего аллергостатуса**.**

Результаты и обсуждение :

- Впервые частота проявлений аллергических реакций выявлена на стоматологических приемах (статистические данные по клиникам г. Алматы).[2]
- Впервые место аллергических реакций определено в «лестнице» иерархии (по г. Алматы).[1]
- Впервые информационный лист об постановке пробы на анестетик разработан, в случае если пациент не знает своего аллергостатуса.[2]

Выводы:

Сбор анамнеза на предмет аллергии к лекарственным препаратам. Проведение аллергопроб . Наблюдение за пациентом после анестезии.

До окончания приема не утилизируются шприцы с анастетиком.

В случае возникновения аллергической реакции вызов бригады скорой помощи.

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ ПОНИЖЕННОЙ ФУНКЦИЕЙ ГОНАД

Исаева С.М., ассистент, Меджидов М.Н.

Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Гипофункция половых желез занимает значительное место в этиологии заболеваний пародонта [1,2].

Известно, что эстрогены и андрогены нормализуют тонус сосудов, влияют на метаболические процессы, на обмен кальция и фосфора, участвуют в осуществлении адаптационных реакций организма. При недостаточности половых гормонов возникают

изменения кровоснабжения, а именно высвобождение биогенных аминов из тучных клеток соединительной ткани - гистамина, серотонина [3].

В связи с этим, изучение клинических особенностей состояния тканей пародонта на фоне гормональной недостаточности половых желез являлось **целью** нашей работы.

Материал и методы исследования. Были обследованы 96 женщин в возрасте от 25 до 40, страдающих первичным бесплодием и заболеваниями пародонта, которые рассматривали в соответствии с классификацией болезней пародонта, утвержденной XVI Пленумом правления Всесоюзного научного общества стоматологов.

Первую группу составили больные пародонтозом, вторую - пародонтитом, протекающими на фоне гипофункции половых желез. В контрольную группу вошли 30 человек с заболеваниями пародонта и физиологической функцией гонад. Клинические методы диагностики включали расспрос, осмотр, оценку гигиенического состояния полости рта. Интенсивность воспаления десны устанавливали визуально и с помощью индекса РМА, определяли пробу Кулаженко, наличие и глубину патологического зубодесневого кармана, характер экссудата.

Результаты исследования и их обсуждение. У 59 больных первой группы, с гормональной недостаточностью и пародонтозом, было выявлено следующее: зуд десен, повышенная чувствительность зубов к различным раздражителям, выраженная бледность десны, обнажение шеек зубов на 1-2 мм, атрофия вершины десневых сосочков и маргинального края, незначительные зубные отложения, травматическая окклюзия различной степени. Индекс гигиены равен 1,2, воспаление отсутствует, РМА=0.

Во второй группе, 37 человек с генерализованным пародонтитом на фоне гормональной недостаточности были обнаружены самопроизвольная кровоточивость, неприятный запах изо рта, периодические обострения с образованием абсцессов. Объективно выявлялись гиперемия, отек, локализовавшиеся преимущественно в маргинальной части десны и десневых сосочках. Более интенсивное воспаление наблюдалось у фронтальных зубов, моляров в области дистопированных зубов, также определялись патологические зубодесневые карманы 3-5 мм с гнойным отделяемым, РМА=58%.

В третьей группе, 50 больных с пародонтитом и физиологической функцией гонад, жаловались на зуд, кровоточивость десен при чистке зубов, повышенную чувствительность зубов к раздражителям. Объективно определялись отечность десны с бледно-цианотичным оттенком, патологические зубодесневые карманы глубиной 3-5 мм с серозно-гнойным отделяемым, над- и поддесневые зубные отложения, подвижность зубов I - II степени. Индекс гигиены в этой группе был от 2,5 до 3,5, РМА = 21%.

Результаты пробы Кулаженко были следующими: в первой группе - 80 с, во второй – 36 с, в третьей, у больных с пародонтитом без гормональной патологии - 56 с.

Из сказанного следует, что пародонтоз у больных при гипофункции половых желез клинически проявляется повышенной чувствительностью зубов к различным раздражителям, атрофией, бледностью десны, стойкостью сосудистой стенки.

Пародонтит, протекающий на фоне пониженной функции половых желез, характеризуется кровоточивостью десен при чистке зубов, самопроизвольной болью в деснах, частыми обострениями, выраженной гиперемией, отеком десны, снижением стойкости её капилляров, патологическими зубодесневыми карманами с гнойным отделяемым, подвижностью зубов.

При пародонтите у лиц с физиологической функцией гонад имеют место незначительная кровоточивость при чистке зубов, повышенная чувствительность их к различным раздражителям, бледно-цианотичный цвет десны, патологические зубодесневые карманы с серозно-гнойным экссудатом, подвижностью зубов, стойкость капилляров десны была достаточно высокой.

Таким образом, клиническая картина заболеваний пародонта, протекающих на фоне гипофункции половых желез, имеет свои особенности. При гормональной недостаточности было выявлено более тяжелое течение заболеваний пародонта. Считаем, что выявленные особенности позволят своевременно диагностировать данную патологию и проводить своевременное патогенетическое лечение.

Литература.

1.Беляков Ю.А. Зубодесневая система при эндокринных заболеваниях. М, 1983. 78 с.

2. Вишняк Г.Н. Патогенез и клиника пародонтоза при патологии полового созревания: (Клинико-эксперим. исследование): Автореф. дисс. ….д.м.н. / Киев, 1974. - 29 с.

3. Свечникова Н. В., Вержиковская Н. В., Беккер В. И., Мороз Е. В. Железы внутренней секреции при старении. Киев, 1983. 156 с.

Прямое покрытие пульпы зуба МИНЕРАЛ ТРИОКСИД АГРЕГАТом

Н.Н. Омаева – клинический ординатор, П.Ю. Мугадова – старший лаборант

Кафедра стоматологии ФПК и ППС

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

.

Актуальность. Одной из основных задач стоматологии является сохранение витальности пульпы. Однако, при лечение крупных кариозных поражений частичное обнажение пульпы иногда неизбежно. Покрытие вскрытой пульпы считалось длительное время

неподдающимся прогнозированию и, следовательно, не применялось. В 1996году Matsuo с соавт. начали активно проводить исследования и применять гидроксид кальция для покрытия вскрытой пульпы, и на протяжении длительного времени гидроксид кальция был препаратом выбора для репарации дентина. Однако более длительное изучение свойств гидроокиси кальция указывают на различные непредвиденные ситуации, вызванные токсичным действием гидроокиси кальция на клеточные структуры, а также отсутствием стимулирования дифференцировки одонтобластов. В связи с этим поиски и разработки материалов продолжались.

Относительно недавно появившийся материал, минеральный триоксидный агрегат, стал одним из наиболее широко изученных эндодонтических материалов и уже не один год демонстрирует свою эффективность при использовании в подобных ситуациях. МТА характеризуется значительно более низкой растворимостью, чем обычный гидроксид кальция, и значительной более высокими уплотнительными свойствами. И все же в современной эндодонтии гидроксиду кальция по прежнему уделяется более значительное внимание. МТА состоит из кальция, алюминия и селена и, благодаря специфике структуры, обладает определенными уникальными свойствами с точки зрения биосовместимости, биоактивности, гидрофильности, рентгеноконтрастности, способности к уплотнению и низкой растворимости.

Методы исследования. Исследования проводились в клинике «Панацея». 30 пациентам в возрасте от 16 до 40 лет с диагнозом «обратимый пульпит», поставленным на основании проведения холодового теста и радиовизиографии, было предложено лечение с использованием прямого покрытия пульпы зуба лечебной прокладкой «ProRooTMTA».

Лечение проводилось в одно посещение по следующему протоколу:

Инфильтрационная или проводниковая анестезия с использованием артикаина.

Препарирование кариозной полости и раскрытие полости зуба.

Остановка кровотечения ватным шариком, смоченным в 6 % растворе гипохлорита натрия.

Высушивание полости.

Закрытие раневой поверхности толстым слоем лечебной прокладки «ProRooTMTA».

Постоянная композитная пломба.

Результаты исследования. На протяжении двух лет проводилось обследование пациентов, их вызывали каждые 3 – 6 месяцев для опроса, холодового теста и радиовизиографического исследования. Диагностическими критериями к применению метода явились:

1. Отсутствие боли в анамнезе

2. Отстутсвие изменений в периапикальных тканях.

В 4 случаях исходы лечения были оценены как неудовлетворительные. Осложнения проявились в виде самопроизвольных ноющих болей, усиливающихся от раздражителей. Причиной этому могло стать некачественно проведенная механическая и медикаментозная обработка или ошибки при наложении лечебной прокладки. У одного пациента была диагностирована гибель пульпы - без каких-либо клинических признаков и жалоб со стороны пациента . В остальных случаях наблюдалась положительная клиническая картина.

Выводы. На основании данного исследованияProRooTMTA может быть наиболее приемлемым материалом для прямого покрытия пульпы зуба. В сравнении с гидроокисью кальция МТА показывает более выраженную способность к поддержанию целостности пульпы, менее выраженную степень воспаления и меньший процент некроза пульпы, образование более плотного дентинного мостика.

ГИГИЕНИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА И РЕЧИ

А. М. Гитинова, аспирант кафедры фпк и ппс стоматологии

Кафедра ФПК и ППС стоматологии, кафедра ортопедической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Булгакова Д.М., к.м.н.

Актуальность. Профилактика основных стоматологических заболеваний – одно из важных направлений в современном здравоохранении. В различных регионах нашей страны разработаны и внедрены в практику разнообразные программы профилактики кариеса и его осложнений, которые показали свою эффективность при обеспечении комплексности планируемых мероприятий. Одно из первых и значимых мест в любой программе профилактики занимает стоматологическое просвещение детей, которое подразумевает формирование осознанной мотивации ребенка к сохранению и поддержанию стоматологического здоровья.

Сегодня в России более 13 миллионов людей страдают нарушениями слуха, из них более 1 миллиона – дети.

В столице нашей республики, в г. Махачкала уже много лет функционирует общеобразовательная корреляционная школа-интернат для глухонемых и слабослышащих детей, в которой учатся около 200 детей и подростков в возрасте до 17 лет. Эти дети в силу своих особенностей лишены части информационной пропаганды, доступной хорошо слышащим детям и нуждаются в особенном внимании со стороны стоматологического сообщества.

Стоматологические исследования показывают, что без рациональной гигиены полости рта

решить проблему кариеса, заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта вряд ли возможно. Считается, что гигиена полости рта - главное профилактическое мероприятие, которое должно проводиться у всех без исключения людей, независимо от уровня стоматологической заболеваемости, состояния полости рта и уровня оказываемой помощи.

Коррекция гигиены полости рта является одним из направлений превентивных воздействий, осуществляемых стоматологами в стационарных школьных кабинетах. Установлено, что однократно проведенный урок гигиены не позволяет достигнуть высокого уровня знаний и навыков по проблемам гигиены полости рта у детей в возрасте 6-7 лет. Систематическая же чистка зубов при закрепленных навыках, удаление мягких «назубных» отложений способствуют физиологическому процессу созревания эмали. Биологически активные компоненты средств гигиены оказывают положительное воздействие на ткани зубов и пародонта, повышая их устойчивость к неблагоприятным воздействиям.

Цель: Оценить гигиеническое состояние полости рта у детей с нарушениями слуха и речи.

Материал исследования: Состояние гигиены полости рта у детей мы оценивали с использованием упрощенного индекса гигиены OHI-S, суть которого заключается в определении количества зубного налета и зубного камня шести зубов.

Количество камня и налета оценивается по трехбалльной шкале: 0 баллов - отсутствие налета, камня, 1 балл - налет и камень, покрывающий не более 1/3 поверхности и 3 балла – налет и камень, покрывающий более двух третей поверхности зуба (Green - Vermillion, 1964).

Нами были обследованы 50 детей с нарушения слуха и речи в возрасте 8-10 лет и 50 детей без таковых проблем, учащихся обычной общеобразовательной школы.

Результаты

При оценке гигиенического статуса полости рта у детей мы получили следующие результаты: средние значения индекса гигиены полости рта находились в пределах от 1,96±0,09 до 2,21±0,09, у 8-9 летних и от 1,78+0,08 до 1.96±0,08, у 10 летних детей исследуемой группы и группы сравнения, что соответствовало плохому уровню гигиены. Кроме того, только у 2,8±0,05% 9 летних школьников и 7,2±0,05% 10 летних индекс гигиены был в пределах 0,4-0,6, что соответствовало хорошему уровню гигиены. Достоверных различий в средних значениях индекса гигиены у детей исследуемой группы и группы сравнения нами не выявлено ($p>0,05$), что свидетельствует об отсутствии у младших школьников правильных навыков и умения ухода за зубами.

Анализ данных гигиенического состояния полости рта школьников 8-10 лет показал, что у детей исследуемой группы и группы сравнения уровень гигиены рта в 40-60% случаев был

плохим. Так, у 8-летних детей исследуемой группы и группы сравнения хороший гигиенический индекс не отмечен. У большинства обследованных детей этого возраста (60%) гигиена полости рта оказалась плохой, у 40% - удовлетворительной. В группе школьников 9 - 10 лет отмечается уменьшение (до 36,9±0,05%) плохого индекса гигиены и увеличение удовлетворительного (57,9±0,05%), а также появление хорошего индекса гигиены полости рта (7,2+0,05%). Такая ситуация сохранялась на протяжении всего периода наблюдения.

Наши данные подтверждают данные В. В. Беляева и А. А. Антонова и соавт. (2001), о том, что хорошее гигиеническое состояние полости рта имеют не более 10-15% детей, плохое - около 54%.

Выводы: Результаты исследования позволяют заключить, что качество ухода за полостью рта неразрывно связано с уровнем санитарной культуры населения в целом и детей - в частности. Приходится констатировать, что, несмотря на проводимые лечебно-профилактические мероприятия среди детского населения, а имеющиеся у младших школьников знания и навыки по гигиене полости рта плохо реализуются.

Мы разделяем точку зрения Г.М. Барера и И.Н. Кузьминой о том, что гигиеническое состояние полости рта, особенно в период прорезывания зубов, является фактором, определяющим прогноз развития кариозного процесса.

Таким образом, наши исследования показали, что уровень гигиены полости рта у детей в возрасте 8-10 лет исследуемой группы и группы сравнения низкий. На наш взгляд, это следует связать с недостаточной санитарно-просветительской работой, проводящийся среди младших школьников, непониманием ими важности гигиенических процедур, а также отсутствием контроля за их выполнением. Полученные нами в этом аспекте данные согласуются с результатами исследований других авторов.

В то же время, необходимо отметить, что у наблюдавшихся нами детей, при рациональном питании, удовлетворительном уходе за полостью рта на фоне профессионального удаления «зубного» налета, обучения гигиене полости рта происходит «созревание» твердых тканей зубов. Вместе с тем, мы разделяем точку зрения Г.Г. Ивановой и соавт. (2001) о том, что и в этом случае фиссуры моляров остаются зонами «риска» в большей степени, чем другие поверхности зубов.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КАРИЕСА ЗУБОВ У ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Гаджиев А.Р. – студент 1 группы 2 курса

Кафедра стоматологических дисциплин

НОУ ВО «Дагестанский медицинский стоматологический институт» Минобр.и науки РФ, Махачкала, Россия

Научный руководитель: ассистент Абдулмеджидова Д.М.

Актуальность. Патология желудочно-кишечного тракта часто сопровождается изменениями в полости рта. Ведущая роль в развитии стоматологических заболеваний при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) играет соляная кислота, которая попадая при рефлюксе в ротовую полость, приводит к снижению pH слюны. Последнее приводит к деминерализации эмали зубов с последующим развитием кариеса.

Цель: изучить распространенность кариеса зубов у лиц подросткового возраста, страдающих ГЭРБ.

Материал и методы. Обследовано 128 студентов 1 и 2-го курсов (возраст 16-18 лет) Дагестанского медицинского стоматологического институтана наличие ГЭРБ и кариеса зубов. Диагноз ГЭРБ был выставлен терапевтом на основании наличия у них основного симптома болезни – изжоги (2 или более раз в неделю), а кариеса зубов – осмотра стоматологом.

Результаты и их обсуждение.Среди исследованных лиц (128 человек) проявления ГЭРБ были выявлены у 46 (35,9%), кариес зубов у 62 (48,4%). Среди подростков с ГЭРБ (46 чел.) кариес зубов отмечался у 33 (71,7%), а среди студентов без ГЭРБ – у 31 (37,7%) из 82 человек. Следовательно, у подростков, имеющих проявления ГЭРБ, кариес зубов отмечался в 1,7 раза чаще, чем без ГЭРБ.

Вывод. Выявлена высокая распространенность кариеса зубов (71,7% случаев) у подростков, страдающих ГЭРБ, что в 1,7 раза чаще, чем у подростков без ГЭРБ. С учетом этого факта, лица подросткового возраста с ГЭРБ, помимо терапевтического осмотра, должны быть подвергнуты осмотру стоматологом.

РОЛЬ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ОДОНТОГЕННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ В ОТДЕЛЕНИИ ДРКБ

Э.А. Магомедова – студентка 511гр. стоматологического факультета,

А.Х.Исаева – студентка 511гр. стоматологического факультета

Кафедра стоматологии детского возраста

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – доцент., А.Н.Чудинов

Актуальность. Увеличение числа больных с воспалительными заболеваниями, изменение характера течения гнойно-воспалительных процессов в челюстно-лицевой области, появление современных методов диагностики, лечения, требуют постоянного обновления, обобщения и систематизации знаний в этой области. Воспалительные процессы в челюстно-лицевой области чаще всего бывают одонтогенногопроисхождения. Число госпитализируемых больных находится в прямой зависимости от уровня постановки профилактической работы, от возросшей патогенности стафилококковой инфекции, уровня стоматологической помощи, оказываемой на догоспитальном этапе.Несмотря на оснащенность современных амбулаторных лечебно-профилактических учреждений современными лекарственными средствами, инструментальными методами обследования, количество больных с воспалительными заболеваниями, требующих стационарного хирургического лечения, не уменьшается. В детском возрасте характерна высокая распространенность острых гнойно-воспалительных заболеваний, более тяжелое клиническое течение заболевания (Агапов В.С. и соавт., 2006).

Цель исследования — анализ лечебной деятельности отделения в лечении детей с острыми воспалительными заболеваниями в челюстно-лицевой области в составе детской многопрофильной больницы.

Материал и методы. В ДРКБ г Махачкалы с 2014 по 2018 г. поступили 1388 детей с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области и шеи от 1 мес до 18 лет, из них: с одонтогенным гнойным периоститом нижней челюсти — 231 (16,64%), с одонтогенным серозным периоститом нижней челюсти — 1236 (11,77%),

с одонтогенным гнойным периоститом верхней челюсти — 165 (11,88%), с одонтогенным остеомиелитом челюстей — 196 (14,12%), с гематогенным остеомиелитом челюстей — 97 (6,98%), с гнойным лимфаденитом — 287 (20,67%), с аденофлегмоной — 412 (29,68%). При диагностике бактериальной инфекции проводилось исследование флоры с определением чувствительности к антибактериальным препаратам стандартными бактериологическими методами.

Лечение: хирургическое – под эндотрахеальнм наркозом проводили удаление зубов как источника инфекции, периостотомия, дренирование; вскрытие абсцессов, флегмоны. В первые сутки детям назначались антибактериальные препараты широкого спектра действия, противовоспалительную терапии; физиотерапию (электрическое поле УВЧ, магнитно-лазерное излучение). Причинами тяжелого состояния при поступлении чаще всего были: отсутствие выполнения полного комплекса хирургического лечения в медицинском учреждении, откуда ребёнок был направлен, позднее обращение в профильное стационарное медицинское учреждение.

Результаты. Наибольший рост обращаемости отмечен среди пациентов с одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области, такими как периодонтиты, периоститы. Одонтогенная инфекция занимала 70% из общего числа причин развития воспаления. Всем пациентам с гнойным процессом в челюстно-лицевой области и шее в ходе операции брался посев из очага воспаления для определения микрофлоры на чувствительность к антибактериальным препаратам. После проведённого лечения детей с воспалительными заболеваниями наступало полное выздоровление.

По завершению стационарного лечения, при выявлении наличия одонтогенных очагов хронической инфекции, было рекомендовано проведение санации полости рта в плановом порядке в амбулаторных условиях по месту жительства.

Вывод. Применение лечения детей с воспалительными процессами в челюстно-лицевой области и шее, включающего современные диагностические методы, радикальное хирургическое лечение, соответствующую антибактериальную терапию, физиотерапию позволяет снизить количество осложнений у пациентов, повысить качество лечения больных.Современные методы дополнительной диагностики, в особенности ультразвуковое исследование, компьютерная томография, являются обязательными инструментами в диагностическом поиске и должны применяться всегда при затруднении в постановке диагноза.

Литература

Топольницкий О.З. Детская хирургическая стоматология: учебник в 3ч. Ч.2 Хирургия -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. -320с.

Топольницкий О.З., Васильев А.Ю. Атлас по детской хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии»: учеб. Пособие. - М.: ГЭОТАР – Медиа, 2011. - 264 с.

Детская стоматология/под ред. Ричарда Р. Велбери, Монти С. Даггала, Мари-Терез Хозу. Пер. С англ. Под ред. Л.П. Кисельникова.-М.: ГЭОТАР- Медиа, 2014.

Козлов В.А. Стоматология: учебник для медицинских вузов и последи-пломной подготовки специалистов / под ред. В.А. Козлова. - 2-е изд., испр. и доп. - СПб.: Спец Лит., 2011. -487с.

Зеленский В.А., Мухорамов Ф.С. Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия: учебник. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

Пропедевтическая стоматология: учебник / под редакцией проф. Э.А. Базикяна, проф. О.О.Янушевича. - 2-е изд., доп. и испр. - ГЭОТАР-Медиа., 2012. -640 с.

АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ ЧАСТОТОЙ ПОЯВЛЕНИЯ КАРИОЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЗУБОВ И ПОВТОРЯЕМОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГРИППОМ И ОРЗ

Д. Д.Яковлев - студент 1807 группы 1 курса лечебного факультета

Кафедра биологии с основами генетики и паразитологии

ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия

Научный руководитель: д.б.н., проф. Начева Л.В.

Актуальность.Вопросы хронических заболеваний часто всего связывают с кариозными поражениями зубов, наличием большой напряженности в составе микрофлоры ротовой полости (Правосудова, Н. А.., 2015).При хронических заболеваниях у человека чаще всего выявляют следующих мироорганизмов – бактероидов, стафилококков, пептострептококков, фузобактерий. Но кариозные полости могут содержать много и других бактерий и вирусов, в особенности, которые скапливаются и оказывают токсическое и патогенное действие на весь организм человека.

Цель исследования:Выявить у студентов лечебного факультета КемГМУ причины, влияющие на заболевание гриппа и острых респираторных заболеваний (ОРЗ), зависимость повторяемости инфекционных заболеваний от кариозного поражения зубов.

Материалы и методы исследования:Было проведено анкетирование, в котором приняли участие 95 студентов 1 курса лечебного факультета КемГМУ, среди них 42 студента мужского пола и 53 женского пола. Возраст студентов был 18-21 год. Все отвечали на одни и те же вопросы.

Результаты и обсуждения. При исследовании результатов опроса студентов выяснилось, что 67% орошенных не имеют хронических заболеваний, 18% имеют хронические заболевания, 8% имеют гастрит, 4% заболевали пневмонией и 1,33% приходится на заболевания бронхитом и бронхиальной астмой. Удалось выяснить, что 45% студентов страдающих хроническими заболевания были подвержены многократному заболеванию ОРЗ и гриппом. Из анкетных данных удалось определить, что заболевания связанны с ослабленным иммунитетом студентов, плохой акклиматизацией и адаптацией в новых условиях. Кроме этого, некоторыми студентами указывается о не завершенном ранее лечении ОРЗ или гриппа, а также течением этих заболеваний с осложнениями, например, развитием отита, менингита или бронхита. Нами было предложено ответить на вопрос «Ставите ли вы прививки от гриппа?». Ответы были следующими: имеют прививки против гриппа - 66,8,%; не делали этой прививки - 28,4 %; хотели бы ее поставить - 5,2%. Полученная статистика объясняет отсутствие у 71,6% опрошенных студентов заболевания гриппом. Как известно, заразится гриппом и ОРЗ можно не только от больного человека, но

есть большое количество других причин. Самый распространенный ответ: «заражение в общественном месте (кафе, дискотеки, кинотеатры, торгово-развлекательные комплексы, бассейны и др.)», и так считают 40% опрошенных нами студентов. Возбудители этих инфекций передаются воздушно-капельным путем; поэтому студенты высказали разные мнения о местах заражения: 16% - возможность заражения в автобусах и маршрутках через деньги и поручни, которые держали инфицированные люди; 6,7% опрошенных придерживаются мнения, что заразиться можно только от больного человека при контакте с ним на занятиях или в общежитии; 12 % остановились на мнении инфицирования в больницах и поликлиниках в период эпидемии гриппа. На вопрос, «лечатся ли сами или обращаются за помощью к врачу», выяснилось, что 34,6% студентов занимаются самолечением, а 19% обращаются за помощью к врачу. Такая тенденция наблюдается из-за отсутствия свободного времени у студента медика, и обслуживает только межвузовская поликлиника. Поэтому студенты прибегают назначение препаратов, и постановку диагноза самим себе при наличии определенных знаний, полученных в медицинском университете, иногда консультируясь с родителями или родственниками докторами. Известно, что достаточно часто можно заболеть ОРЗ при охлаждении организма, 50% придерживаются этой точки зрения, а 50% не считают переохлаждение причиной заболевания .

Интересный результат мы получили, когда студентам было предложено ответить на вопросы о кариозном поражении зубов и интенсивности заболевания ОРЗ и гриппом. Сопоставив результаты анкетирования выяснилось, что опрошенные студенты имеющие кариозное поражение - 42% болеют ОРЗ больше - 4 раз в год. А студенты,не имеющие кариозного поражения, а это 58% от опрошенных, реже болеют ОРЗ,не больше 2-х раз в год. Студенты, у которых санирована полость рта (нет кариозных зубов) , а это они могут заболевать 1 раз в год (68, 5%) или не заболевают вообще различного рода простудными заболеваниями (21,5 %) . Из всех отпрошенных студентов проходят осмотр стоматолога 1-2 раза в год 70% , они же болеют вирусными инфекциями 1-2 раза в год или вовсе не болеют. У студентов, которые обращаются за помощью к специалистам при появлении кариеса зуба, но часто страдают хроническими заболеваниями и вирусными инфекциями (49%), определена закономерность снижения показателя заболеваемости в два раза.

Вывод.Анкетный анализ показал, что у студентов 1 курса лечебного факультета медицинского университета есть четкая взаимосвязь между частотой появления кариозного поражения зубов и частотой повторяемости заболеваниями гриппом и ОРЗ.Эти болезни находятся в прямой зависимости от отношения к своему здоровью и способствуют развитию хронических заболеваний, что сказывается на общем статусе здорового организма человека.

РАЗРАБОТКА ПРОТОТИПА ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПАНЕЛИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ МОНОГЕННЫХ СИНДРОМОВ С ВТОРИЧНОЙ АДЕНТИЕЙ

Е.Г. Федорина – студент 12 группы стоматологического факультета

ООО «эксДжен Сайбернетикс»

Научный руководитель: И.В. Угаров, к. м. н.

Актуальность: Отсутствие зубов - ведущая проблема в клинике ортопедической стоматологии. Она влечет за собой дальнейшие последствия, такие как нарушение функции пищеварительной системы, а также речевые дефекты. Немаловажную роль играет и эстетический аспект данной проблемы. Адентию принято разделять на первичную (или агенезию зубов) и вторичную.

Согласно статистике ВОЗ, количество пациентов молодого возраста со стоматологическими заболеваниями, такими как, кариес, пульпит, пародонтит, ежегодно увеличивается. Все эти заболевания неизбежно ведут к потере зубов. Что касаемо пожилой части населения, то число пациентов с адентией варьируется от 9,8% до 38,38% [1]. Вышеизложенные данные дают основание для вывода, что население нуждается в ортопедическом лечении вторичной адентии.

Но есть ли генетическая предрасположенность к данной проблеме? Можно ли спрогнозировать адентию заранее? Часть населения со вторичной адентией имеют клиническую картину наследственных синдромов [2].

В связи с этим, разработка генетических панелей является актуальным и необходимым методом для профилактики потери зубов.

Работа выполнена в рамках научной работы по разработке диагностических алгоритмов в ООО «эксДжен Сайбернетикс».

Цель: Разработка прототипов генетической панели моногенных синдромов с вторичной адентией.

Материалы и методы: Для формирования генетической панели использованы каталоги орфанных и моногенных синдромов, такие как OMIM, ORPHANET, статьи из зарубежных научных журналов по медицинской генетике и ортопедической стоматологии, а также каталог мутаций ClinVar [3,4,5,6].

Результаты: Генетическая панель для диагностики вторичной адентии включает 35 генов и позволяет оценивать предрасположенность и диагностировать вторичную адентию при 37 моногенных синдромах. Из них мутации в трех генах (DKC1, TERC, TINF2, TERT) вызывают аутосомно-доминантную форму врожденного дискератоза. Мутации в генах COL5A1, C1R, C1S и COL3A1 вызывают синдром Элерса-Данло, а в WNT10A селективную

агенезию зубов, тип 4.

Выводы: Созданный прототип генетической панели позволит быстро и точно диагностировать моногенные заболевания с вторичной адентией, даст возможность прогнозировать и оценивать риски потери зубов у пациента. Тандем врача-стоматолога и врача-генетика необходим для более детального и основательного понимания этиологии развития болезни. Кроме того, данная генетическая панель существенно сокращает время на дифференциально-диагностический поиск, что значительно оптимизирует медико-генетическое консультирование и значительно повышает эффективность необходимых профилактических мер у пациентов с отягощенным анамнезом.

Литература:

1) Геронтостоматология [Текст]: учебное пособие / А. К. Иорданишвили; Военно-мед. акад. им. С. М. Кирова. - Санкт-Петербург: ВМедА, 2015. - 160 с.: ил., табл.; 21 см.

2) Williams, M.A.; Letra, A. The Changing Landscape in the Genetic Etiology of Human Tooth Agenesis. Genes 2018, 9, 255. doi:10.3390/genes9050255

3) Online Mendelian Inheritance In Man [Online Mendelian Inheritance in Man, OMIM®. McKusick-Nathans Institute of Genetic Medicine, Johns Hopkins University. World Wide Web URL: http://omim.org/

4) Landrum MJ, Lee JM, Benson M, Brown G, Chao C, Chitipiralla S, Gu B, Hart J, Hoffman D, Hoover J, Jang W, Katz K, Ovetsky M, Riley G, Sethi A, Tully R, Villamarin-Salomon R, Rubinstein W, Maglott DR. ClinVar: public archive of interpretations of clinically relevant variants. Nucleic Acids Res. 2016 Jan 4;44(D1): D862-8. doi: 10.1093/nar/gkv1222. PubMed PMID:26582918

5) Pavan S, Rommel K, Mateo Marquina ME, Höhn S, Lanneau V, Rath A.Clinical Practice Guidelines for Rare Diseases: The Orphanet Database. PLoSOne. 2017 Jan 18;12(1): e0170365. doi: 10.1371/journal.pone.0170365. eCollection 2017. PMID: 28099516

6) Sebastian Köhler, Sandra C Doelken, Christopher J. Mungall, Sebastian Bauer, Helen V. Firth, et al. The Human Phenotype Ontology project: linking molecular biology and disease through phenotype data Nucl. Acids Res. (1 January 2014) 42 (D1): D966-D974 doi:10.1093/nar/gkt1026.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАРОДОНТА И СОМАТИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Г. М-А. Будайчиев – молодой ученый, Г.Г. Абдурахманов , М.Н. Меджидов

З.К. Махмудова, М.А. Султанова, Т.Т. Османова

Кафедра пропедевтической и профилактической стоматологии и терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Актуальность.Болезни пародонта остаются достаточно актуальным аспектом патологии пожилого и старческого возраста [5]. Чаще заболевания пародонта связывают с соматическими патологиями [10, 11, 12] Исследование заболеваемости населения свидетельствует о широкой распространенности хронических воспалительных заболеваний пародонта, причем данный показатель существенно варьирует в зависимости от возраста. Среди лиц пожилого и старческого возраста эта патология, по данным разных авторов, составляет от 80 до 100% [1, 2, 5].

Общее состояние здоровья людей пожилого и старческого возраста характеризуют множественность, отягощенность и сочетание соматических заболеваний [2, 6]. Взаимообусловленность патологических и возрастных изменений снижает физическую, социальную и адаптационную возможности организма, обусловливая при этом преимущественно хроническое течение болезней. Стоматологический статус у лиц пожилого и старческого возраста в большей степени ухудшают заболевания желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата, мочеполовой сферы и нарушения обмена веществ [3,56, 57]. Кроме того, прогрессированию патологических и возрастных изменений зубочелюстной системы способствуют недостаточная физическая нагрузка, прием значительного количества лекарственных средств, несбалансированный по составу рацион питания. Нарушение существующего в норме равновесия между местными и общими фактора иммунной защиты и находящейся в полости рта патогенной микрофлорой в основном становится причиной воспаления слизистой оболочки. Часто этому способствует несоблюдение гигиены полости рта, болезни зубов, зубные отложения, дисбактериоз, болезни желудочно-кишечного тракта [29].

Вместе с тем представляет значительный интерес установить возможные параллели между хронической и другой патологией, в частности с инфекционной, а также с различными социальными, биологическими и иной природы факторами [1]. Прогрессирующее течение болезней пародонта приводит к преждевременной потере зубов, нарушению функции жевания, эстетики, отягощению соматической патологии и социальной дезадаптации больных. Воспалительные заболевания пародонта, как правило, имеют хроническое рецидивирующее течение и не излечиваются в связи с неясностью многих аспектов патогенеза. В настоящее время наибольшее признание получили инфекционная и мультифакторная теории развития заболеваний пародонта [4, 5, 6, 7].

В основе инфекционной теории лежит положение о существовании пародонтопатогенной микробной флоры, проявляющей свою максимальную активность в условиях зубодесневой бороздки и пародонтальных карманов.

Снижение резервных, адаптационных возможностей организма пожилых и старых людей, изменение его реактивности определяют возрастные отличия в развитии и течении ряда заболеваний у людей указанного возраста. При старении естественно развивающиеся морфологические и функциональные изменения различных органов и систем создают условия для возникновения патологии. Динамика показателей состояния пародонта достаточно активно варьирует в зависимости не только от степени воспалительного процесса, но и от возрастных особенностей дальнейшего развития заболевания.

Цель настоящей работы состояла в определении частоты встречаемости заболеваний внутренних органов и систем у пожилых больных с заболеваниями пародонта, а также взаимосвязи тяжести поражения пародонта с особенностями соматической патологии.

Материалы и методы.Регистрация результатов стоматологического обследования каждого пациента осуществлялась с помощью индивидуальной карты стоматологического обследования, подготовленной с рекомендациями В.О.З. Было обследовано 104 больных с заболеваниями пародонта пожилого и старческого возраста, из них 50 мужчин, 54 женщины. Все обследованные лица в зависимости от состояния пародонта были подразделены на 4 основные группы.

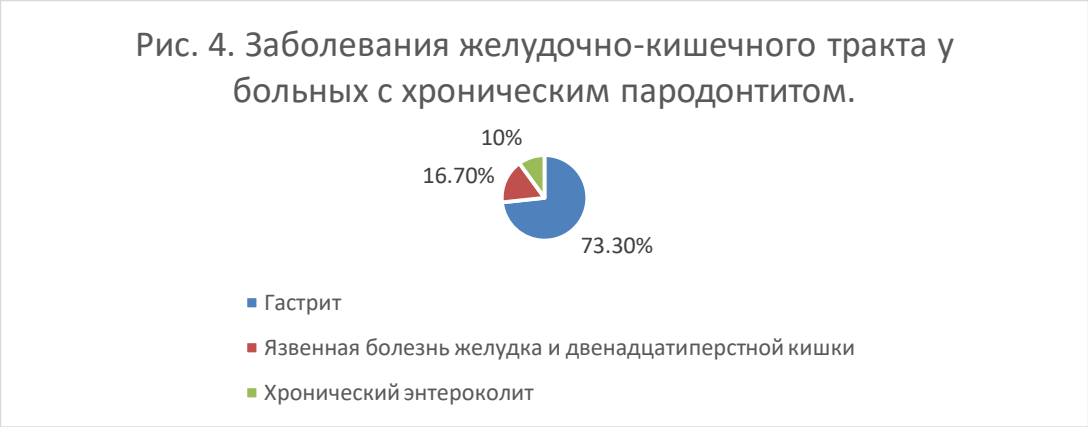
Первую контрольную группу составили 31 человек, практически со здоровым пародонтом. Вторая группа включила 38 человек с хроническим генерализованным пародонтитом легкой степении тяжести [ХГП]. В третью группу были включены 32 больных хроническим генерализованным пародонтитом [ХГП] средней степени тяжести. Постановку стоматологического диагноза осуществляли на основании жалоб пациентов, анамнестических, клинико-инструментальных и рентгенологических данных соответственно классификации, принятой на 16-ом Пленуме Всесоюзного общества стоматологов (1983 г.). О соматической патологии больных судили на основании анамнестических данных, а в ряде случаев – консультаций специалистов соответствующего профиля При изучении распространенности и интенсивности заболевания пародонтита применялся пародонтальный индекс, разработанного R. Russel1956 г., а также индекс (CPITN) нуждаемости лечения, который В.О.З. рекомендует для эпидемиологических исследований.

Пародонтальный индекс (ПИ) по A. Russel (1956) определяли на основании анализа состояния тканей пародонта каждого зуба – степени

Состояние тканей пародонта оценивали по индексу CPITN [5, 6]. Уровень пораженности тканей пародонта у каждого обследованного определяли худшим показателем (высшим кодом), зарегистрированным в том или ином сегменте, а также общим количеством пораженных сегментов. В дальнейшем по этим данным рассчитывали показатели распространенности и интенсивности отдельных патологических признаков, а также общую

распространенность и интенсивность заболеваний пародонта.

Результаты исследования и их обсуждения. У пациентов со здоровым пародонтом, помимо обычных возрастных изменений сосудов, хронических соматических заболеваний выявлено не было. В отличие от контрольной группы, при ХВЗП все больные имели от одного до четырех хронических заболеваний различных органов и систем. Данные представлены на рис. 2, 3, 4.



Среди общего числа соматических заболеваний наиболее часто встречались заболевания желудочно-кишечного тракта (у 4,4% больных) и сердечно-сосудистой системы (в 36,6% случаях), реже всего (2,2%) – болезни опорно-двигательного аппарата, что, видимо, связано с относительно нечастой встречаемостью этой патологии у амбулаторных больных.

Мы проанализировали частоту встречаемости различной соматической патологии отдельно в каждой группе обследованных (рис. 3, 4, 5).

Обнаружено, что с увеличением тяжести заболевания пародонта у больных возрастало количество сопутствующей соматической патологии. Это свидетельствовало о существовании взаимозависимости между заболеваниями пародонта и состоянием других систем организма.

Как видно из рис. 3, 4, 5, поражение желудочно-кишечного тракта встречалось в 60,6% при ХГП II группы, у 42,3% больных ХГП III группы.

Тесная взаимосвязь ХВЗП с возрастной патологией обусловлена, видимо, общими изменениями, происходящими в организме пожилых людей.

Известно, что атеросклероз является составной частью общего метаболического сердечно-сосудистого синдрома, развивающегося в процессе старения организма и включающего в себя нарушение толерантности к глюкозе, абдоминальное ожирение, гипертензию и дислипидемию [10, 11]. В последнее время атеросклероз относят к инфекционно-метаболическим заболеваниям. В атеросклеротических бляшках выявлены бактерии Chlamydiapneumonia, Helicobacterpylori, вирус простого герпеса, цитомегаловирус [11]. Проникновение патогенов или их антигенов и токсинов (в особенности липополисахаридов грамотрицательных бактерий) из очага хронического воспаления в кровоток стимулирует

экспрессию рецепторов TLR-2, TLR-4 на эндотелиальных клетках сосудов, что способствует локализации антигена в сосудистой стенке. Это активизирует местную воспалительную реакцию, вызывает повреждение сосудов с их последующим склерозированием.

К настоящему времени сложилась концепция о связи заболеваний желудочно-кишечного тракта с патологией пародонта. Считают, что общее эктодермальное происхождение, тесные анатомические, нервные и гуморальные взаимосвязи между желудочно-кишечным трактом и тканями ротовой полости создают предпосылки для вовлечения в патологический процесс одновременно обеих систем. Показано, что воспалительные заболевания пародонта характеризуются однонаправленными изменениями структурной организации нейроэндокринной системы в слизистой оболочке полости рта и желудочно-кишечном тракте [3, 4, 9].

Выводы.В нашей работе, хотя заболевания желудочно-кишечного тракта встречались у пожилых лиц с заболеваниями пародонта с наиболее высокой частотой, не было отмечено взаимосвязи этих заболеваний с тяжестью поражения пародонта. Анализ результатов показал, что уровень нуждаемости в пародонтологической помощи у лиц пожилого и старческого возраста высок, а также полученные данные свидетельствуют о наличии зависимости между общей соматической патологией и хроническими воспалительными заболеваниями пародонта. При этом у пожилых больных имеется взаимосвязь прогрессирования воспалительной патологии пародонта с закономерными возрастными изменениями органов и систем, характерными для «заболеваний пожилого возраста».

Список литературы:

Апасенко Г.Л. Диагностика индивидуального здоровья. Москва, 2004;1:55-58.

Леонтьев В.К. Здоровые зубы и качество жизни // Стоматология, 2006, №5, с.10-13.

Лисуренко А.В. Определение уровня стоматологического здоровья у лиц пожилого и старческого возраста: автореф. дисс. канд. мед. наук., М., 2002, с.23.

Образцов Ю.Л. Стоматологическое здоровье: сущность, значение для качества жизни, критерии оценки // Стоматология, 2006, №4, с.41-43

Berowa N., Ligthelm A., Kaplan A. Stomatologic health and quality life // Am.J. Dent., 2003, 2003, №2, p.92-96.

Gartner J., Wiener E., Hench S. Influence of stomatological health upon the quality of life // Gen. Dent., 2005, v.53, №6, p.423-432.

Seade G., Spenser J. Development and evaluation of the Oral Health Impact profile // Community Dental Health, 1994, №14, p.3-5.

СТЕПЕНЬ ВЛИЯНИЯ ДИСКОЛОРИТА НА ВОСПРИЯТИЕ ПАЦИЕНТОМ ЭСТЕТИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК УЛЫБКИ

Давыдова М.А. - студентка 6 курса 1 гр. стоматологического факультета

Кафедра терапевтической и детской стоматологии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань, Россия

Научный руководитель: Пестряков К.Е. – ассистент кафедры

Актуальность. В настоящее время эстетические требования населения к состоянию зубов неуклонно растут, что побуждает врачей-стоматологов оказывать непосредственное влияние на удовлетворенность пациента внешним видом своей улыбки. Одной из частых жалоб является неудовлетворительный цвет естественных зубов. Под термином «цвет» подразумевается не только непосредственный оттенок и уровень тона, но и яркость, наличие неоднородных пятен, вкраплений, окрашенных сколов и трещин и т.д. К сожалению, проблема дисколорита зубов имеет высокую распространенность в связи с вредными привычками (курение, избыточное потребление кофе, крепкого чая и т.д.) и такими нередко встречающимися заболеваниями твердых тканей зубов, как флюороз, гипоплазия эмали, «тетрациклиновые» зубы. Это, в свою очередь, значительно влияет на качество жизни пациента, его желание улыбаться, уверенность в себе.

Цель исследования. Определение степени влияния дисколорита на восприятие пациентом эстетических характеристик улыбки.

Материалы и методы исследования. Группе пациентов из 20 человек, имеющих жалобы на цветовые характеристики зубов, была предложена анкета, предполагающая сбор данных о субъективной оценке эстетики улыбки. Данная анкета включала в себя 10 вопросов с вариантами ответа в формате: да/нет. Для сбора данных результат опроса преобразован в процентное соотношение из расчета: 1 положительный ответ – 10%, 1 отрицательный – 0%. Анкетирование произведено дважды: до и после проведения комплекса процедур. Лечение дисколорита было проведено в зависимости от клинической картины и подобрано индивидуально. Максимальный комплекс мероприятий включал в себя: профессиональную гигиену полости рта, подбор средств индивидуальной гигиены, клиническое отбеливание PhilipsZOOM!!, микроабразию эмали препаратом Opalustre, назначение длительного курса реминерализующей терапии препаратами ToothMousseGC / RocsMedicalminerals в индивидуальных капах, курса домашнего отбеливания системой PhilipsNiteWhite / DayWhite через полгода после проведенного лечения, динамическое наблюдение.

Результаты исследования. По результатам опроса до проведения лечения были получены следующие данные: пациенты отмечали удовлетворенность в отношении эстетических характеристик зубов от 10% до 40%, причем, 40% у одного из двадцати опрошенных, 30% у

трёх и 10% у шестнадцати из двадцати пациентов. Анкетирование после устранения дисколорита даёт возможность продемонстрировать очевидную разницу: двенадцать пациентов отметили улучшения до 100%, трое – до 90%, трое – до 80% и двое – до 60%. Объективно хотелось бы отметить: помимо осветления зубов, удалось добиться однородной структуры цвета, более гладкой, глянцевой поверхности эмали, нейтрализовать пигмент даже в глубоких трещинах, а благодаря длительному использованию реминерализующей терапии, локализовать очаги поверхностной деминерализации. Динамическое наблюдение проводилось четыре раза в течение года: через 14 дней после процедуры – зафиксирована стабилизация цвета; через месяц – срок окончания строгой цветовой диеты; через полгода и год – оценка отдаленных результатов.

Выводы. Исходя из сравнения и анализа анкетирования, очевидна крайне высокая степень влияния дисколорита на восприятие пациентом эстетических характеристик улыбки. При этом пациенты также отметили высокую оценку окружающих, что, несомненно, сказывается на желании улыбаться, уменьшает скованность и неуверенность в себе, ведь косметические дефекты объективно влияют на качество жизни человека.

СРАВНЕНИЕ УРОВНЯ АНТИБИОПЛЕНОЧНОЙ АКТИВНОСТИ ОСНОВНЫХ ГЛИКОЗИДАЗ СЛЮНЫ

М.В. Яковлев – студент 402 группы стоматологического факультета

Кафедра микробиологии и вирусологии

ФГБОУ ВО ПГМУ им. Академика Е.А. Вагнера Минздрава России, Пермь, Россия

Научные руководитель – канд. мед. наук, доц. А.П.Годовалов

Актуальность. В последнее время наблюдается тенденция, когда полость рта рассматривается в качестве функционально и морфологически ограниченной экосистемы, основной частью которой являются микроорганизмы [1]. Для большинства из последних характерно образование бактериальной пленки как на открытых твердых тканях полости рта, так и на материалах различных стоматологических конструкций, находящихся в полости рта в течение длительного времени, например металл брекет-систем. Биопленка является матриксом зубного налета. Процесс образования бактериальной пленки постоянно текущий, что предполагает необходимость регулярного воздействия на него. Длительного прекращения формирования зубного налета невозможно достичь с помощью механического метода чистки ротовой полости. Организм, в свою очередь, пытается решить эту проблему с помощью процесса самоотчищения полости рта, ключевую функцию в котором играет слюна. С помощью данной биологической жидкости обеспечивается постоянное частичное

механическое удаление зубного налета, а ее бактерицидные свойства, обусловленные наличием иммунных факторов и ферментов, позволяют снизить количество микроорганизмов и разрушить матрикс биопленки. Именно поэтому интерес для изучения представляют гликозидазы слюны, основными из которых являются лизоцим, гидролизирующий пептидогликан клеточной стенки бактерий муреина, и α-амилаза, гидролизующая сложные углеводы бактериальной пленки до мономеров.

Цель исследования. Сравнить уровень антибиопленочной активности основных гликозидаз слюны, в условиях их действия на сформированную биопленку, а так же в момент ее формирования.

Материалы и методы. В работе использовали штаммы *Staphylococcus aureus* и *Escherichia coli* из коллекции АТСС. Биопленки тест-штаммов формировали в плоскодонных планшетах. Оценивали действие лизоцима гидрохлорида и α-амилаза на биопленкообразующую активность, а также на сформированную биопленку [2]. Статистическую обработку данных проводили с использованием *t*-критерия Стьюдента.

Результаты. Показано ингибирующее действие α-амилазы слюны в концентрациях выше 0,1 мг/мл на образование биопленки условно патогенных микроорганизмов, а также разрушение данным ферментом сформированного ими бактериального матрикса зубного налета. Использование лизоцима в аналогичных концентрациях было менее эффективным. Однако увеличение концентрации лизоцима до 20 мг/мл позволило получить сопоставимые результаты. Штамм *E. coli* оказался более чувствительным к действию α-амилазы, что может быть обусловлено насыщенностью поверхностных слоев биопленки мукополисахаридами.

Выводы. Уровень антибиопленочной активности α-амилаза слюны выше такового у лизоцима.

ВЛИЯНИЕ ДОМИНИРУЮЩИХ ПАТОГЕННЫХ ФАКТОРОВ НА РАЗВИТИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ В ПЕРИАПИКАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ФРОНТАЛЬНОЙ ГРУППЫ ЗУБОВ

Р.Т. Кафаров – ассистент, Г.М-А. Будайчиев – молодой ученый, М.Н. Меджидов

Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Актуальность: Фронтальная группа зубов является не только функциональным, но и эстетическим аспектом человеческого организма; состояние и вид которых влияют не только на психо - эмоциональное состояние человека, является одним из признаков общего состояния здоровья. Поэтому, будучи аспектом повышенного внимания является областью

риска повреждения или даже потери, особенно у лиц молодого возраста. Критическим патогенным фактором является наличие воспалительных процессов в периапекальной зоне зубов. За последние десятилетия, несмотря на внедрение современных лечебно-профилактических мер, возросло количество населения среди лиц молодого возраста, имеющих потерю зубов. В значительном количестве случаев(30%), проблематично применить традиционные методы оперативных вмешательств в стоматологии, выходом из таких ситуаций, может быть внедрение компьютерных технологий, новых материалов, концепций органосохраняющих методик. Поэтому, поиск путей решения проблем лечения периапекальной области фронтальной группы зубов является актуальным.

Цель работы. Повышение эффективности диагностики и профилактики воспалительных процессов в периапекальном участке фронтальной группы зубов.

Объект исследования: Молодые лица с воспалительными процессами в периапекальной области фронтальной группы зубов, которые нуждаются в лечении и консервации корней пораженных зубов.

Методы исследования: Клинические, рентгенологические, морфометрические, статистические.

Возможные **результаты** исследований: планируется изучить распространенность воспалительных процессов в периапекальной области фронтальной группы зубов лиц молодого возраста г.Махачкалы;

Выявить доминирующие факторы риска возникновения воспалительных процессов в периапекальной области фронтальной группы зубов у лиц молодого возраста;

Разработка концептуальной модели предупреждения воспалительных процессов в периапекальном участке фронтальной группы зубов у лиц молодого возраста путем применения инновационных технологий.

Вывод: Изучение данной проблемы позволит выявить доминирующие причины развития патологии. Планируется подготовить и опубликовать результат исследований в научном издании. Внедрить методику консервации корней зубов фронтальной группы зубов у лиц молодого возраста во врачебную практику. Возможная область применения: практическая медицина, специализированные медицинские учебные заведения.

ОЦЕНКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ С СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Г.М-А. Будайчиев– молодой ученый, М.Н. Меджидов

Кафедра пропедевтической и профилактической и кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Актуальность. На сегодняшний день постоянно растет процент больных детей как соматическими, так и стоматологическимизаболеваниями. Это обусловливает необходимость постоянного мониторинга и детального разностороннего изучения сочетанных патологий, поскольку они требуют большего внимания со стороны как врачей-стоматологов, так и врачей-педиатров.

Целью работы было установить стоматологический статус детей в условиях сопутствующей соматической патологии, в частности, хронического гастродуоденита; вегето-сосудистой дистонии; хронического бронхита; сахарного диабета.

Материалы и методы. Нами обследовано 127 детей в возрасте от 8 до 15 лет, находившихся на стационарном лечении в эндокринологическом, гастроэнтерологическом и педиатрическом отделениях ДРКБ им Кураева.

Использовались субъективные (жалобы, сбор анамнеза) и объективные методы обследования (осмотр, определение индекса кариеса, гигиенического индекса).

Результаты исследования. Установлена высокая распространенность кариеса постоянных зубов во всех обследованных группах. При этом самой низкой она была у детей с сахарным диабетом и вегето-сосудистой дистонией и составила соответственно 87,5 и 88,0%, самой высокой при гастроэнтерологической патологии – 96,0%. При хроническом бронхите распространенность кариеса составила 92,0%. Интенсивность кариеса, согласно оценочным критериям, рекомендованными ВОЗ для детей в возрасте 12 лет, является высокой во всех группах исследования, поскольку находится в пределах показателя 4,5-6,5, а у детей с хроническим гастродуоденитом – очень высокой (показатель составляет 6,82). Некариозные поражения твердых тканей зубов, основной формой которых была системная и местная гипоплазии, оказывались примерно у 30-40% обследованных.

Наши исследования подтвердили литературные данные о очень высокой распространенности заболеваний тканей пародонта при заболеваниях ЖКТ и сахарном диабете. Соответственно, эти показатели составили 92 и 91,67%. У детей, которые болели ВСД также наблюдалась высокая распространенность пародонтопатий – 76%. Гигиеническое состояние полости рта было неудовлетворительным во всех группах наблюдения и колебалось в пределах показателей 1,63 – 1,92.

Таким образом, в результате наших исследований можно сделать следующие **выводы:**

1. Высокая интенсивность и распространенность кариеса зубов и заболеваний тканей пародонта наблюдается при гастроэнтерологической патологии, что, несомненно, указывает на морфо-функциональное единство системы пищеварения. Учитывая то, что заболевания

желудочно-кишечного тракта могут быть как причиной, так и следствием стоматологической патологии считаем за необходимость еще раз подчеркнуть необходимость полной санации таких детей.

2. Осложнения кариеса чаще всего наблюдаются у детей с сахарным диабетом и болезнями желудочно-кишечного тракта, что указывает на необходимость ранней диагностики заболевания, которая может быть реализована за счет частых профилактических осмотров.

ВЛИЯНИЕ ЛИЗОЦИМА НА БИОПЛЕНКООБРАЗУЮЩУЮ АКТИВНОСТЬ И КИНЕТИКУ РОСТА ШТАММОВ *CANDIDAALBICANS* ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗНАЧЕНИЯХ pH

Д.М. Пастухов – студент 305 гр. стоматологического факультета

Кафедра микробиологии и вирусологии

ФГБОУ ВО ПГМУ им. Академика Е.А. Вагнера Минздрава России, Пермь, Россия Научный руководитель - к.м.н, доц. Годовалов А.П.

Актуальность. На сегодняшний день носительство грибков *Candidaalbicans*среди людей составляет 25%. Дрожжеподобные грибки рода *Candida* являются условно патогенным микроорганизмом и входят в состав резидентной микрофлоры полости рта.При снижении иммунитета, например, при применении некоторых лекарственных средств, соматических заболеваниях, происходит увеличение их пролиферативной активности, что приводит к кандидозу.Заболевание имеет различные клинические проявления, наиболее частыми из них являются появление белесоватого, творожистого налета на слизистой полости рта, губ, задней стенки глотки. Кроме косметических недостатков, заболевание проявляется дискомфортом и жжением в области поражения. Чаще всего, при кандидозе полости рта, встречается вид *C.albicans* [4]. Ротовая жидкость – совокупность слюны, продуктов жизнедеятельности микроорганизмов, десневой жидкости, слущеного эпителия, остатков пищи. Слюна обладает множеством функций, одна их них является защитной. Ведущую роль в реализации такой функции играет ферментный состав, например амилаза, лизоцим и другие[1].

Лизоцим (мурамидаза) – фермент, которыйпринадлежит к классу гидролаз и обладает способностью к гидролизу *ß*-1-4-гликозидной связи между остатками *N*-ацетилглюкозамина и *N*-ацетилмураминовой кислотами пептидогликана клеточной стенки грамположительных бактерий, которые в составе клеточной стенки имеют *ß*-1,4-гликозидной связи, а её мукопептиды связаны с тейхоевыми кислотами[3]. Компоненты клеточной стенки *C. albicans*можно отнести к факторам патогенности, так как они активно участвуют в клеточном метаболизме, а также содержат полисахариды, которые обладают антигенными

свойствами. Маннанопротеины клеточной стенки грибов *Candida* играют основную роль в процессах колонизации, адгезии и инвазии. Благодаря клеточной стенке и плотной микрокапсуле грибы рода *Candida* защищены от воздействия лекарственных веществ, что в определенной степени может быть причиной недостаточной эффективности проводимой антимикотической терапии. Хитин представляет собой полимер с *β*-1,4-связанными остатками *N*-ацетилглюкозамина и может быть мишенью действия лизоцима. Примерно 90% этого соединения находится в области образования и отделения дочерних клеток. В латеральной клеточной стенке локализовано примерно 10% хитина [2]. В связи со сложным строением клеточной стенки дрожжеподобных грибов, влияние лизоцима на них остается не ясным.

Цель. Определить влияние pH и лизоцима на кинетику роста и биопленкообразующую активность (БПА) грибков *C. albicans.*

Материалы и методы. Исследования проведены на штаммах *C. albicans,* выделенных со слизистой оболочки полости рта БПА изучали в плоскодонных планшетах по методике O'Toole [6]. Для изучения влияния pH на БПА штаммы культивировали в бульоне Сабуро с pH 5,0; 7,0 при температуре 37°C в течении 24 часов.В аналогичных условиях в пробы вносили лизоцим в концентрации 40 мкг/мл, что соответствует концентрации лизоцима в слюне здорового человека [5]и 2 мг/мл, что значительно превышает его концентрацию в слюне.

Результаты. Показано, что лизоцим оказывает влияние на кинетику роста и его действие зависит от pH среды. В среде с pH 5,0 лизоцим резко тормозит рост *C. albicans*, то есть, можно предположить о бактерицидном действии фермента. При pH 7,0 лизоцим также проявляет свою бактерицидную активность, однако, в меньшей степени.

Поскольку, pH ротовой жидкости здорового человека составляет 7,6, нами была изучена БПА грибков при нейтральной pH - 0,594±0,095 у.е. (p<0,05). При различных причинах, способных снизить pH ротовой жидкости до 5,0 БПА составила 0,129±0,018 у.е. (p>0,05). Ранее было показано, что в разрушении биопленок может принимать участие фермент лизоцим. Известно, о зависимости активности фермента и pH среды. В нашем исследовании показано, что при pH 5,0 лизоцим разрушает биопленку больше, чем при pH 7,0 - 0,209±0,005и 0,284±0,014 у.е. соответственно; p<0,05.

Заключение.Показано отсутствие значимого эффекта лизоцима на БПА *C. albicans* в среде с pH 7,0. При снижении pH до 5,0 и действии лизоцима создаются стрессовые условия для микроорганизма и его БПА компенсаторно повышается, что можно расценивать, как адаптацию в стрессовых условиях. Можно предположить, что в клинических условиях такая ситуация будет способствовать сохранению микроорганизмов в полости рта, что

необходимо учитывать при проведении лечебных мероприятий.

Список литературы.

Замбржицкий О.Н., Езепчик Ю.И., Герасимук М.О. Оценка состояния неспецифической резистентности организма по иммунологическим показателям слюны и кожи // Здоровье и окружающая среда. – 2012. – № 21. – С. 73-77.

Калебина Т. С. Кулаев И. С. Роль белков в формированиимолекулярной структуры клеточной стенки дрожжей//«Успехи биологической химии». – М.:, т. 41, 2001, С. 105—107

Мозговая Л.А., Яковлев М.В., Батог К.А., Годовалов А.П. Влияние некоторых ферментов слюны на биопленкообразующую активность условно патогенных микроорганизмов // Материалы Международной научно-практической конференции «Современная стоматология: от традиций к инновациям». – Тверь, 2018. – С. 264-268.

Пастухов Д.М. Влияние изменения pH на динамику роста грибков рода *Candidaalbicans*, выделенных при воспалительных заболеваниях полости рта// Материалы международной научно-практической конференции «Современная стоматология: от традиций к инновациям». – Тверь, 2018. –С. 275-279.

Халатов В.А., Гулин А.В., Невзорова Е.В. Иммунологические показатели слюны у жителей Липецкой области // Вестник ТГУ. – 2015. – т.20, вып.2. – С. 354-356.

O'Toole G.A. Microtiter dish biofilm formation assay // J. Vis. Exp. – 2011. – Vol. 47. – pii: 2437

ВЛИЯНИЕ СЛАДКИХ ГАЗИРОВАННЫХ НАПИТКОВ НА СОСТОЯНИЕ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ И КАЧЕСТВО ПРИЛЕГАНИЯ ПЛОМБ

К.А. Ильясов – студент 4 курса стоматологического факультета

М.М. Аталаев – студент 4 курса стоматологического факультета

Кафедра пропедевтической и профилактической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель: ассистент кафедры Г.М-А. Будайчиев

Актуальность. В течение последних лет увеличилось количество некариозных поражений зубов, что может быть связано как с екзо так и эндогенными факторами. На сегодняшний день, довольно распространенными и популярными являются сладкие газированные напитки. В результате проведенных социологических опросов выявлено, что самым любимым напитком детей, молодежи и многих взрослых является «Coca– Cola». Миллионы

людей пьют сладкие газированные напитки ежедневно, надеясь получить заряд бодрости. Однако мало кто задумывается над тем, что эти напитки в связи с большим содержанием в их составе консервантов, усилителей вкуса, биодобавок, красителей и за счет высокой кислотности способны негативно влиять на организм в целом и на отдельные его органы и системы. Так, со стороны зубочелюстной системы они способствуют повышению агрегации микроорганизмов к поверхности эмали зубов, вызывают гиперчувствительность, эрозии, патологическую стираемость зубов не только в детском и подростковом возрасте, в период минерализации зубов, но и у взрослых в связи с деминерализацией эмали.

Целью данной работы является исследование влияния сладких газированных напитков на состояние твердых тканей зубов и качество прилегания пломб.

Материалы и методы. Для проведения эксперимента использовали удаленные интактные зубы, которые препарировали и пломбировали стеклоиономерным цементом. В течение суток имитировали процессы выдерживая образцы зубов в дистиллированной воде в термостате. После чего образцы были разделены на три группы для экспозиции их в течение 6 часов в разных напитках: сладкий газированный напиток «Coca-Cola», газированная минеральная вода «Deneb» и негазированная питьевая вода «Mever».На следующем этапе исследования образцы были выдержаны в красителе (основной фуксин) и промыты под проточной водой. Для выявления негативного влияния напитков на твердые ткани зубов оценивали степень их окраски. Для подтверждения достоверности результатов проводили гистологическое исследование в ходе которого определяли глубину проникновения красителя в твердые ткани зубов, а для оценки разгерметизации пломб определяли наличие микроподтекания красителя на границе «пломба-зуб».

Результаты. В результате проведенных исследований обнаружили, что образцы зубов, выдержанные в напитке «Coca-Cola» имели наивысшую степень окраски, наибольшую глубину проникновения красителя в твердые ткани зуба и именно в них зарегистрировано микроподтекания красителя по границе «пломба-зуб».

Выводы. Таким образом удалось подтвердить негативное влияние сладкого газированного напитка «Coca-Cola» на состояние твердых тканей зубов и качество прилегания пломб.

ИЗУЧЕНИЕ ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, НАХОДЯЩИХСЯ НА ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЛИГАТУРНОЙ БРЕКЕТ-СИСТЕМОЙ

Д. Р. Тушиева – клинический ординатор

Кафедры терапевтической и кафедра пропедевтической и профилактической

стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель: ассистент, Г.М-А. Будайчиев

Актуальность. С увеличением числа взрослого населения, пользующегося услугами ортодонта, количество беременных женщин, обращающихся за ортодонтической помощью, также увеличивается. Многие специалисты считают нежелательным планировать ортодонтическое лечение во время беременности по ряду причин: необходимость проведения рентгенологического исследования (ортопантомография, телерентгенография) для составления плана лечения; длительное положение беременной в стоматологическом кресле лёжа на спине затруднительно, особенно в третьем триместре; повышение чувствительности женщин во время беременности и ранние токсикозы могут осложнять адаптационный период к ортодонтическому аппарату вследствие чего он будет казаться более неудобным; плюс ко всему во время беременности приём обезболивающих препаратов нежелателен. Однако, беременность не является противопоказанием для ортодонтического лечения, особенно, если оно уже начато. И нет никакой необходимости завершать или приостанавливать его по этой причине. Статистически значимых данных о влиянии гормонов беременности (прогестерона, эстрогенов, релаксина) на ортодонтическое движение зубов на настоящий момент нет. В то же время стоматологам хорошо известно о возможных изменениях в полости рта, обусловленных гормональной перестройкой во время беременности: изменение состава, объёма и pH слюны, а также гингивит, пиогенные гранулёмы, эпулис беременных. При этом элементы несъёмной ортодонтической техники выступают как пункты ретенции зубного налёта, зубных бляшек. Хотя наличие одной только фиксированной ортодонтической техники может не вызывать гингивит, такие факторы как беременность и неудовлетворительная гигиена полости рта в сочетании друг с другом могут спровоцировать острое воспаление десны, которое в отсутствии своевременно предпринятых лечебных мер может прогрессировать до пародонтита различной степени тяжести. Имеются данные о взаимосвязи между заболеваниями пародонта и повышенным риском преждевременных родов с низкой массой тела ребёнка при рождении. Есть сообщения о наличии связи между заболеваниями пародонта с преэклампсией. Вышеизложенное подчёркивает необходимость изучения сочетанного влияния беременности и ортодонтического лечения брекет-системой на состояние тканей пародонта.

Цель. Изучение пародонтологического статуса беременных женщин, находящихся на ортодонтическом лечении брекет-системой с целью прогнозирования возможных отрицательных влияний на состояние тканей пародонта и разработки лечебно-профилактических мер их предотвращения.

Материал и методы исследования. Обследовали 24 пациенток, находящихся на разных сроках беременности. Все пациентки начали ортодонтическое лечение до беременности или в первом триместре. Всем пациенткам была проведена профессиональная гигиена полости рта, после чего установлена лигатурная брекет-система фирмы Leone (Италия). Перед началом лечения с женщинами была проведена беседа об особенностях ортодонтического лечения во время беременности и необходимости ответственного подхода к индивидуальной гигиене полости рта. Обследование включало: анализ жалоб, определение гигиенического индекса (упрощённый индекс гигиены полости рта OHI-S, индекс J. C. Green, J. R. Vermillion), оценку состояния тканей пародонта с помощью индекса гингивита GI (Loe H., Silness J., 1963). Оценку нуждаемости в лечении проводили с помощью индекса CPITN (коммунальный пародонтальный индекс нуждаемости в лечении заболеваний пародонта, предложенный экспертами ВОЗ).

Результаты исследования. Анализ жалоб выявил: 62,5% обследованных беременных во время ортодонтического лечения жаловались на кровоточивость дёсен при чистке зубов, 8,3% на повышенную чувствительность зубов, 4,2% на разрушение зуба и выпадение пломбы, у 25% женщин жалобы отсутствовали.

Клиническое обследование и определение упрощённого индекса гигиены полости рта OHI-S показало хорошую и удовлетворительную гигиену полости рта у беременных, находящихся в первом триместре $1{,}18^{+}{_}0{,}3$; в среднем удовлетворительную гигиену у женщин во втором триместре $1{,}99^{+}{_}1{,}19$ и так же удовлетворительные показатели индекса гигиены у 100% женщин в третьем триместре $1{,}7^{+}{_}0{,}5$.

Исследование состояния тканей пародонта проводилось визуально и с помощью пародонтального пуговчатого зонда. Определение индекса гингивита GI (Loe H., Silness J., 1963) у беременных пациенток в первом триместре показало в среднем лёгкое воспаление десны $0{,}8^{+}{_}0{,}3$, во втором и третьем триместре у обследованных наблюдается гингивит средней и тяжёлой степени $1{,}7^{+}{_}0{,}6$. Так, у обследованных нами беременных в первом триместре имеет место очаговая и генерализованная формы катарального гингивита лёгкой степени тяжести. Что может быть связано как с недлительным влиянием гормонов беременности на ткани пародонта, так и с недавним началом ортодонтического лечения несъёмной техникой и сохранившимся хорошим гигиеническим состоянием полости рта. У беременных во втором и третьем триместре имеют место очаговый и генерализованный катаральный гингивит средней и тяжёлой степени, очаговый гипертрофический гингивит и очаговый пародонтит лёгкой и средней степени тяжести.

По данным индекса CPITN у 83,3% осмотренных выявляется кровоточивость при зондировании. Зубной камень выявляется у 87,5%. Что указывает на необходимость

улучшения индивидуальной гигиены полости рта и проведения профессиональной гигиены. Пародонтитом лёгкой и средней степени тяжести страдает 29,2% обследованных беременных, проходящих ортодонтическое лечение. Отсюда вывод о необходимости проведения не только профилактических, но и лечебных мероприятий таким пациенткам.

Выводы. По результатам проведённого исследования можно заключить, что беременные женщины, проходящие ортодонтическое лечение брекет-системой, находятся в группе риска по развитию заболеваний пародонта. Поэтому современный уровень ортодонтической помощи должен включать знания врача-ортодонта особенностей ведения беременных пациенток, умение доступно донести положительные стороны и возможные осложнения лечения, проводимого в период гестации, индивидуальный подход и возможность консультации с акушером-гинекологом, ведущим данную беременность, так как в некоторых случаях целесообразней отложить ортодонтическое лечение до родоразрешения. Данная категория пациенток перед началом ортодонтического лечения нуждается в устранении любых ранее существовавших патологических изменений пародонта для устранения хронических одонтогенных очагов инфекции. Из-за гормональной перестройки организма во время беременности ткани пародонта у беременных женщин уже могут находиться на разных стадиях воспаления. Также, для поддержания оптимального здоровья потребуется проведение профессиональной гигиены полости рта до начала лечения и далее в каждом триместре беременности. Эти мероприятия направлены на предупреждение развития осложнений во время активного лечения и устранения возможных отрицательных влияний на развивающийся плод.

О НЕКОТОРЫХ МЕХАНИЗМАХ ДЕЙСТВИЯ ОБОГАЩЕННОГО ЛЕЙКОЦИТАМИ И ТРОМБОЦИТАМИ ФИБРИННОГО СГУСТКА, ИСПОЛЬЗУЕМОГО ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ ПРОЦЕССОВ РЕПАРАЦИИ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ

Ю. Д. Неустроева – студентка 5-го курса 34 гр. стоматологического факультета

Кафедра патологической физиологии, кафедра ортопедической стоматологии и протетики

ФГБОУ ВО МГМСУ Минздрава РФ, Москва, Россия

Научный руководитель – д.м.н. проф. Г.В. Неустроев

Актуальность. Разработка и обоснование новых методов, способствующих усилению репарации костных дефектов челюстных костей, представляет интерес для клиницистов. В настоящее время появились сообщения о высокой эффективности аутологичного фибринового сгустка, обогащенного лейкоцитами и тромбоцитами при лечении пациентов с дефектами челюстных костей. Из трех компонентов сгустка – фибрин, тромбоцитарная и лейкоцитарная массы только последняя может иметь наибольшее значение в регенераторных процессах.

Цель исследования состоит в том, чтобы показать обоснованность сделанного предположения.

Материалы и методы исследования. Использована кровь, полученная из локтевой вены 5 пациентов (возраст 30 – 50 лет) в специальные стерильные одноразовые вакуумные пробирки объемом 92 х 15 мм (производство – Германия), которую отстаивали разное время: от 2 ч до 1 суток. Получали три фракции плазмы с лейкоцитами. Стерильными шприцами переносили эти фракции в стерильные пробирки и инкубировали при температуре 37°С в течение 2 – 4 суток с добавлением винбластина. Перед началом инкубации в счетной камере Горяева подсчитывали количество лейкоцитов во всех фракциях плазмы. Для анализа клеточного состава из каждой фракции готовили препараты (мазки), фиксировали, окрашивали их, используя стандартные гемотологические методы. В препаратах подсчитывали бластные клетки в промиле. По интенсивности бласттрансформации судили о пролиферативной активности лейкоцитов в культурах.

Результаты исследования показали, что бласты содержатся в небольшом количестве во всех фракциях плазмы, однако, больше всего их было в 3-й фракции. При увеличении времени седиментации количество как зрелых лейкоцитов, так и бластов уменьшалось во всех фракциях, что связано с их перемещением в область фибринового сгустка на границу между плазмой и эритроцитами. После инкубации лейкоцитов как на 2-е, так и на 4-е сутки культивирования во всех фракциях отмечается увеличение числа бластов, особенно оно выражено в 3-й фракции, что указывает на более выраженную пролиферативную активность клеток этой фракции. Повышение пролиферации лейкоцитов, объясняется размножением стволовых клеток, которые присутствуют как в клетках костного мозга, так и периферической крови, что доказано методом КОЕ на селезенках облученных мышей. В отличие от костного мозга количество стволовых клеток в крови очень низкое. Мощным действием на размножение клеток белой крови обладают колониестимулирующие факторы (КСФ), источником которых являются зрелые лейкоциты, макрофаги, фибробласты, эндотелий. При добавлении КСФ к взвеси миелокариоцитов в агаровых культурах вырастают соответствующие колонии.

Другим источником стимуляторов роста являются тромбоциты. Несмотря на то, что цитокины тромбоцитов обладают широким спектром действия, их лечебный эффект непродолжителен, что заставляет прибегать к проведению повторных сеансов плазмолифтинга. Такой недостаток тромбоцитарного плазмолифтинга, скорее всего, связан с недостаточной активностью тромбоцитарных факторов роста, в связи с тем, что они действуют не на стволовые клетки, а на более дифференцированные клеточные популяции.

Суммируя все эти данные есть основание предполагать, что стимулирующее влияние

на регенерацию костей фибринового сгустка, обогащенного тромбоцитами и лейкоцитами, зависит в большей степени от лейкоцитарной массы, которая содержит как стволовые клетки, так и КСФ. Отсюда следует, что для повышения эффективного влияния на репаративный остеогенез фибринового сгустка необходимо его обогащение стволовыми клетками и КСФ, т.е. лейкоцитарной массой. Такие возможности в настоящее время имеются.

Выводы: 1) в процессе седиментации происходит быстрое осаждение эритроцитов, затем бластных клеток и зрелых лейкоцитов, 2) максимальное количество зрелых лейкоцитов обнаружено в 3-й фракции плазмы крови, 3) между количеством бластов в культуре и уровнем бласттрансформации имеется прямая зависимость, 4) по сравнению с плазмой, обогащенной тромбоцитами, 3-я фракция плазмы, обогащенная лейкоцитами, имеет следующие преимущества: она содержит стволовые клетки, обладающие высоким пролиферативным потенциалов и зрелые лейкоциты, являющиеся источником КСФ. Это дает основания предполагать о существенном вкладе лейкоцитов в биологическое действие фибринового сгустка.

ИССЛЕДОВАНИЕ ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ СТУДЕНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ЗУБНЫХ ПАСТ И ОПОЛАСКИВАТЕЛЕЙ

Р.Т. Кафаров – ассистент, Г.М-А. Будайчиев – молодой ученый, Г.Г. Абдурахманов

Кафеды пропедевтической и профилактической стоматологии и терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель: к.м.н., доц. О.Г. Омаров

Актуальность. Выбор индивидуальных средств гигиены полости рта следует сосредотачиваться на группе зубных паст и ополаскивателей, которые имеют противомикробное действие, предупреждают образование зубного налета, влияющие на процессы реминерализации, усиливают естественные защитные механизмы ротовой полости. На сегодня спектр средств гигиены насчитывает множество зубных паст и ополаскивателей, которые бы соответствовали в той или иной степени приведенным требованиям.

Цель. повышение эффективности гигиены ротовой полости путем изучения влияния различных зубных паст и ополаскивателей.

Материалы и методы. Для достижения этой цели проведены исследования на 25 студентах

стоматологического факультета в возрасте от 16 до 21 года. Все исследуемые разделены на 3 группы:I группу составили студенты, которые использовали зубную пасту Glister, II группа - студенты, которые использовали зубную пасту Glister и ополаскиватель Glister и III - контрольная группа, студенты, которые пользовались другими пастами и ополаскивателями. Определение эффективности различных зубных паст и ополаскивателей осуществляли с помощью определения гигиенических индексов (ИГ, OHI-S) и проводили бактериологическое исследование зубного налета.

Результаты. Проведенные исследования показали некоторые различия по результатам использования различных зубных паст, а именно, при оценке их очищающих свойств. Так, у обследованных 1-й группы индекс Федорова-Володкиной составил 1,7±1, II группы - 1,3±2, а III - 2,0±2, интерпретировались как хорошее и удовлетворительное гигиеническое состояние. Различия при определении индекса Грина-Вермилиона составляли соответственно 0,8±2 (I группа), 0,5±2 (II группа) и 1,3±2 (III группа), то есть гигиена соответствовала уровню хорошая и удовлетворительная.

При проведении бактериологических исследований в высевах из зубного налета в III-й группе выделялись следующие микроорганизмы: N.flava, Санктepidermidis, Str.mitis, Str.viridans, лактобациллы, В Iгруппе выделялись те же представители микрофлоры, но на 25 % меньше колоний, а во II группе количество колоний уменьшилось на 40%. В контрольной группе дополнительно выявлены единичные колонии Staureus, C.albicans, E.coli, E.faecalis.

Выводы.Таким образом, можно определенно констатировать, что уровень гигиены ротовой полости влияет на видовой и количественный состав микроорганизмов и на площадь образованию зубного налета. При плохой гигиене число бактерий резко увеличивается, особенно анаэробов и гнилостных бактерий. Лучшим способом улучшения гигиены ротовой полости следует считать комплексное использование зубной пасты и ополаскивателей фирмы Glister.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ СКУЛООРБИТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА ПРИ СОЧЕТАННЫХ ЧЕРЕПНО-ЛИЦЕВЫХ ТРАВМАХ

А.А. Вечерская – студентка 1434 гр. лечебного факультета, Т.М. Ярощик – молодой ученый

Кафедра челюстно-лицевой хирургии

УО БГМУ, г. Минск, Республика Беларусь

Научный руководитель - к.м.н., доц. Ф.А. Горбачев

Актуальность. Голова, и ее лицевой отдел в частности, являясь открытой и самой выступающей частью тела, оказывается наиболее уязвимой в отношении разного рода повреждений. Среди всех пациентов с тяжёлыми сочетанными травмами переломы костей лицевого скелета встречаются у 16%. Переломы скуловой кости составляют 20% от всех переломов костей средней зоны лица и в 40% случаев сочетаются с повреждениями нижней стенки глазницы.

Цель исследования.Определить тактику и оптимальные сроки хирургического лечения пациентов с переломами скулоорбитального комплекса при сочетанной черепно-лицевой травме.

Материалы и методы исследования. В соответствии с поставленной целью объектом изучения стали 64 пациента с основным диагнозом «Сочетанная ЧМТ и ЧЛТ. Перелом скулоорбитального комплекса». Исследование выполнено на базе Травматологического отделения №1 (сочетанных повреждений) УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» города Минска за период 2016-2018 гг. Возраст пациентов находился в диапазоне от 17 до 78 лет, из них мужчин – 46 человек (72%), женщин – 18 человек (28%). Соотношение пациентов по половому признаку 1:2,55. Наибольшее число пациентов в возрастном диапазоне 30-39 лет (41%). В подавляющем большинстве случаев травмы получены в результате дорожно-транспортного происшествия – 41 человек (64%). Остальными причинами переломов являлись: бытовая травма – 14 человек (22%), падение с высоты – 8 человек (12,5%), спортивная травма – 1 человек (1,5%). Черепно-мозговая травма легкой степени тяжести диагностирована у 42 пациентов (65,6%), средней степени тяжести – у 17 пациентов (26,6%), тяжелой степени тяжести – у 5 пациентов (7,8%). План предоперационного обследования включал: общеклинические лабораторные исследования, КТ головного мозга и лицевого скелета, консультация узкопрофильных специалистов при необходимости (невролога/нейрохирурга, офтальмолога, оториноларинголога).

Результаты исследования. Сроки пребывания пациентов с переломами скулоорбитального комплекса в стационаре различались в зависимости от тяжести сочетанных повреждений.Реконструктивные вмешательства пациентам с ЧМТ легкой степени тяжести проводились на 1-3 сутки, со средней степенью тяжести – на 4-6 сутки. Отсроченный остеосинтез пациентам с черепно-мозговыми травмами тяжелой степени тяжести был проведен на 7-9 сутки после их стабилизации по нейрохирургическому статусу. Средняя продолжительность госпитализации с ЧМТ легкой степени тяжести – 9,3 койко-дней, со средней степенью тяжести – 12 койко-дней, с тяжелой – 15,6 койко-дней.

Выводы. Проведение реконструктивно-восстановительных операций на ранних сроках позволяет устранить не только функциональные, но и эстетические нарушения. При раннем

хирургическом вмешательстве отмечается снижение длительности наркоза, риска кровопотери и уменьшение сроков госпитализации. Отсроченное хирургическое лечение позднее 9 суток с момента получения травмы затрудняет проведение репозиции костных отломков и их стабильной фиксации вследствие лизиса краев кости, потере анатомических ориентиров сопоставления отломков и развивающихся в последствии рубцово-атрофических изменений поврежденных мягких тканей. Сокращение сроков от получения травмы до проведения реконструктивной операции у пациентов с переломами скулоорбитального комплекса позволяет ускорить реабилитациюпострадавших, что приводит к уменьшению времени нетрудоспособности, сокращению койко-дней.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ HELICOBACTER PYLORI В РОТОВОЙ ПОЛОСТИ У БОЛЬНЫХ H. PYLORI-АССОЦИИРОВАННЫЙ ГАСТРИТ

К.А. Ильясов – студент 4 курса стоматологического факультета,

Р.Т. Кафаров – ассистент, М.Н. Меджидов

Кафедры терапевтической и пропедевтической и профилактической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Актуальность. Сегодня существует большое количество методов диагностики геликобактериоза, однако нет "золотого стандарта" обнаружения H. pylori в ротовой полости.

Цель исследования. Сравнить различные методы обнаружения H. pylori в ротовой полости у больных H. pylori - ассоциированным хроническим гастритом.

Материалы и методы. Обследовано 30 больных (19 женщин и 11 мужчин) с H. pylori - ассоциированный хронический гастрит в фазе обострения, в возрасте от 20 до 30 лет. Группу контроля составили 20 практически здоровых лиц соответствующего возраста. Провели гистологическое, молекулярно-генетическое (полимеразная цепная реакция – ПЦР) и биохимическое (быстрый уреазный тест) исследования биоптатов десен и слизистой оболочки щеки (СОЩ), а также зубного налета.

Результаты исследования. Гистологическое исследование биоптатов десен выявило контаминацию H. pylori легкой степени инфицирования (15,4±0,90, преимущественно кокковой формы бактерий) у 90% пациентов, в отличие от группы контроля (только 15% пациентов ($p < 0,05$). Однако, у пятерых пациентов с диагнозом хронический пародонтит выявлен H. pylori, спиралевидной формы (здесь контаминация была значительно выше 31,2±1,40, что соответствовало средней степени инфицирования). В биоптатах H. pylori

обнаружен лишь в одном случае – у пациента с острым кандидозом слизистой оболочки ротовой полости. При исследовании зубного налета, H. pylori-позитивными оказались лишь 36,67% пациентов. По данным быстрого уреазного теста при исследовании биоптатов десен и СОПР и зубного налета H. pylori обнаружили соответственно в 96,67%, 33,33% и 63,33% пациентов, по данным ПЦР – соответственно в 70%, 3,33% и 33,33% пациентов.

Выводы. Полученные положительные результаты быстрого уреазного теста при отрицательном гистологическом исследовании и ПЦР свидетельствуют о низкой информативности метода в ротовой полости, а также о наличии здесь других уреазопродуцентов. Гистологическое исследование является довольно субъективным, поскольку невозможно определить вид и тип Helicobacter, особенно при кокковой форме бактерий в биоптатах. Наиболее достоверной оказалась ПЦР, однако основной маркер наличия H. pylori (ген ureC) проявлялся лишь в 78% случаев, поэтому стоит определять хотя бы еще один ген (например, cagA). Рекомендовано использовать одновременно два метода диагностики в ротовой полости для качественного определения контаминации H. pylori.

ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ НА ЗАВЕРШАЮЩЕМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ НЕКАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЗУБОВ

Оромян В.М - студент 5 курса стоматологического факультета

Северо-Западный Государственный Медицинский Университет им. И.И. Мечникова

кафедра ортопедической стоматологии

Научный руководитель Фадеев Р.А.

Актуальность. По данным ВОЗ распространенность некариозных поражений твёрдых тканей зубов (НПЗ) существенно возросла и на сегодняшний день составляет от 64 до 72%, среди них, наиболее часто встречаются: повышенная стираемость зубов, клиновидные дефекты и эрозии зубов. Широкое распространение у практикующих врачей-стоматологов при лечении НПЗ получил терапевтический метод. Однако доказано, что терапевтические методы лечения при НПЗ недостаточно эффективны, ввиду плохой фиксации композитных материалов к измененным структурам зубов.

Цель. Выявить целесообразность использования CAD/CAM-технологий на завершающем этапе лечения некариозных поражений зубов.

Материалы и методы. Было обследовано 43 пациента с различными видами некариозных поражений зубов, которые были выявлены следующими методами: сбор анамнеза, визуально-тактильный осмотр, витальное окрашивание зубов. Цефалометрические показатели были констатированы с помощью анализа боковых телерентгенограмм. На

основании проведенных обследований было сформировано 3 основные группы: 1. 14 пациентов с генерализованной повышенной стираемостью зубов 2. 15 пациентов с клиновидными дефектами 3. 14 пациентов с эрозиями зубов. После чего, пациентам было предложено рациональное протезирование зубов конструкциями, изготовленными с помощью CAD/CAM-технологий (CEREC-3 с фрезерной установкой CEREC MC XL).

Результаты. Протезирование пациентов с некариозными поражениями зубов ортопедическими конструкциями, изготовленными с использованием CAD/CAM-технологий, даёт возможность оценивать артикуляционные и окклюзионные взаимоотношения, что связано с возможностью моделирования всех поверхностей зубов с учётом параметров, предварительно отсканированных специальным оборудованием, так как учёт артикуляционных и окклюзионных взаимоотношений при лечении некариозных поражений зубов чрезвычайно важен.

Выводы. 1. У всех групп обследуемых пациентов с НПЗ наблюдается тенденция к вертикальному типу роста лицевого отдела черепа. 2. У пациентов с генерализованной повышенной стираемостью зубов и эрозиями вертикальный тип роста сочетается с передним наклоном окклюзионной плоскости к плоскости основания черепа. 3. Также генеразиованная повышенная стираемость сочетается с задним положением подбородочного отдела и с увеличением развернутости угла нижней челюсти. 2. У всех обследуемых наблюдается уменьшение задней высоты лица. 3. При планировании лечения пациентов с некариозными поражениями зубов необходимо учитывать не только дефекты твёрдых тканей, но и ряд цефалометрических показателей, изменения которых коррелируют с патогенезом НПЗ. Таким образом, цефалометрические показатели позволяют обосновать выбор наиболее рационального метода лечения данных пациентов. 4. Лечение НПЗ должно быть комплексным и междисциплинарным 5. Наиболее рациональным видом протезирования пациентов с некоторыми видами НПЗ является применение современных CAD/CAM-технологий.

Список литературы. 1.Клиническая цефалометрия. Учебное пособие по диагностике вортодонтии / Р.А. Фадеев, А.В. Кузакова 2. CAD/CAM технология реставрации зубов – CEREC / под ред. проф. И.Ю. Лебеденко. – М.: Практическая медицина, 2014. – 112с.

СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, ПРОЖИВАЮЩИХ В РАЗЛИЧНЫХ КЛИМАТОГЕОГРАФИЧЕСКИХ ЗОНАХ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

П.Р. Багатаева – ассистент

Кафедра стоматологии ФПК и ППС

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия
Научный руководитель – к.м.н., проф. А.И. Абдурахманов

Актуальность. Комплексные исследования состояния органов и тканей рта свидетельствуют об очень низком уровне стоматологического здоровья у сельских жителей, проживающих в различных областях и республиках Российской Федерации, а также и за рубежом (Авраамова О.Г., 2016; Алимский А.В., 2012). В настоящее время имеется незначительное число научных исследований, которое посвящено эпидемиологии основных стоматологических заболеваний у населения Республики Дагестан (Абдулаев К.А., 2007).

Материал и методы исследования. Проведен анализ частоты кодов индекса CPI (индекс состояния тканей пародонта) у 292 обследованных пациентов с сохранившимися постоянными зубами по различным возрастным группам (первая – у 229 пациента пожилого и вторая – 63 человека старческого возраста), а также в зависимости от климатогеографических зон проживания в сельской местности (РКЗ – 127 человек, ПКЗ – 105 и ГКЗ – 60 респондентов). Применяли металлический зонд (рекомендованный ВОЗ) с шариком на конце диаметром 0.5 мм, с черным ободком, располагающимся между 3.5 и 5.5 мм, и кольцами на уровне 8.5 и 11.5 мм от кончика. Осматривали пародонт в области всех зубов, имеющихся во рту, отмечали присутствие или отсутствие кровоточивости десен, а также наличие и глубину пародонтальных карманов. Коды индекса CPI находились в диапазоне от 0 до 4 и включали: код 0 – отсутствие заболевания пародонта, код 1 – кровоточивость десен, код 2 – наличие зубного камня, код 3 – пародонтальный карман глубиной 4-5 мм, код 4 – пародонтальный карман 6 мм и более.

Цель исследования. Оценить состояние тканей пародонта у лиц пожилого и старческого возраста, проживающих в различных климатогеографических зонах сельской местности Республики Дагестан.

Результаты исследования. В равнинной климатогеографической зоне сельской местности в первой группе обследованных явились пациенты в возрасте 60-74 лет, составившие 78,4% и второй группы в возрасте 75-89 лет, составившей 21,6% жителей различных климатогеографических зон республики. При исследовании ни у одного из пациентов в обеих группах не выявлен код 0, что говорит о высоком распространении патологии пародонта у лиц пожилого и старческого возраста. Код 1 наиболее часто выявляли у пациентов в возрасте 60-74 лет (у 17,5%), у лиц старческого возраста он достигал только 7,9%, разница в кровоточивости десен у этих групп была статистически достоверной ($p<0,05$). Код 2 также достаточно часто выявляли у лиц пожилого возраста (28,8%), однако максимальное значение обнаруживали у стариков в возрасте 75-89 лет (30,2%), однако

разница между респондентами 1-й и 2-й групп была статистически не достоверна (p>0,05). Частота кодов 3-4 возрастает с увеличением возраста обследованных, так код 4 имеет максимальное значение в возрасте 75-89 лет (28,6%), что указывает настепень тяжести пародонтита. Наименьшаячастота кодов 3 и 4 отмечена у пациентов в возрасте 60-74 лет (27,9% и 23,6%, соответственно). Необходимо отметить, что степень тяжести пародонтита имеет прямую зависимость от возраста только при тяжелой форме (код 4), а при средней степени тяжести воспаления эта зависимость не очевидна.

В возрастной группе пожилых людей 60-74 лет, живущих на равнине код 1выявляли наиболее часто (22,3%), в предгорной несколько меньше (18,3%) и реже всего в горной зоне республики (7,5%), разница в кровоточивости десен в этих группах была статистически достоверной (p<0,001). Код 2 (наличие зубного камня) выявляли в этой группе максимально у жителей равнинной зоны (35,1%), в предгорной и горной части этот код выявляли несколько реже (26,8% и 20,8%, соответственно), разница в наличии зубного камня в этих группах пациентов была статистически достоверной (p<0,05). Но особенно существенной была разница в выявлении частоты кода 3 и 4, если в равнинной и предгорной зонах эта разница была не существенной, то при сравнении кодов 3 и 4 между жителями равнинной и горной зонами разница была статистически достоверной (p<0,05), в равнинной соотношение кодов 3 и 4 было (25,5% и 18,1%), в горной (32,1% и 37,7%).

При изучении состояния тканей пародонта в группе пациентов старческого возраста (75-89 лет) выявили, что наибольшая часть пациентов, у которых была кровоточивость десен (код 1), наблюдали в предгорной зоне (9,1%), в равнинной зоне она выявлена у 7,7% и в ГКЗ не обнаружена ни у одного респондента, разница количества кровоточивости пародонта у жителей горной зоны по сравнению с предгорной и равнинной зонами была статистически достоверной (p<0,05). При изучении кода 2 (наличие зубного камня) выяснено, что практически треть больных во всех зонах имели зубной камень (30,8%, 31,8% и 26,7%), но разница в наличии зубного камня у пациентов в различных климатогеографических зонах была статистически не достоверной (p>0,05). Глубина пародонтальных карманов (код 3 и 4) была наиболее выражена у жителей горной зоны (40% и 46,7%, соответственно), у жителей равнинной зоны они выявлены у 26,9% и 23,1%, а у пациентов предгорной зоны - 27,3% и 22,7%, соответственно. Существует статистически достоверная разница между выявлением частоты кода 3 и 4 респондентов горной зоны по сравнению с жителями предгорья и равнины (p<0,05).

Выводы. При изучении состояния тканей пародонта значительную глубину пародонтальных карманов (более 6 мм) чаще выявляли у лиц старческого возраста, проживающих в горной климатогеографической зоне (46,7%) по сравнению с равнинной (23,1%) местностью, в тоже

время кровоточивость десен наиболее выражена у жителей равнинной и предгорной зон.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ ОБОСНОВАНИЕ АЛГОРИТМА АНТИСЕПТИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ КОМПОЗИЦИОННЫХ ПЛОМБИРОВОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ СВЕТОВОЙ ПОЛИМЕРИЗАЦИИ

М.М. Аталаев – студент, Г.М-А. Будайчиев – молодой ученый, М.Н. Меджидов

Кафедры пропедевтической и профилактической и терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Актуальность. Вопросы применения средств для антисептической обработки кариозных полостей при использовании композиционных пломбировочных материалов стоит на перекрестке нескольких наук: микробиология, фармакология, химия, материаловедение и собственно стоматология. Поэтому врач-стоматолог на этапе антисептической обработки кариозной полости должен иметь взвешенный, обоснованный и понятный алгоритм действий.

Цель: разработка и обоснование алгоритма антисептической обработки кариозных полостей при использовании композиционных пломбировочных материалов.

Материалы и методы. Разработку и обоснование алгоритма проводили на основании собственных микробиологических исследований по определению антисептической активности различных лекарственных средств по отношению к культуре Str. mutans и обзора мировых литературных источников.

Результаты. В ходе микробиологических исследований было выявлено, что наибольшую антисептическую активность по отношению к Str. mutans имеет 2% раствор хлоргексидина биглюконата (СНХ) – диаметр зоны задержки роста составлял 22 мм. К тому же раствор СНХ имеет широкий спектр длительного бактерицидного и бактериостатического действия в отношении многих грамм-отрицательных и грамм-положительных микроорганизмов.

Многочисленные исследования ведущих мировых ученых свидетельствуют об отсутствии негативного влияния СНХ на силу адгезивного сцепления с твердыми тканями зуба в раннем и отсроченном периодах. Также он ингибирует металлпротеиназы коллагеновых волокон, что уменьшает процессы дегенерации и продлевает срок службы гибридного слоя.

Неотъемлемым фактором, влияющим на этапность нанесения адгезивной системы и СНХ является растворимость последнего. Хлоргексидин биглюконат имеет растворимость больше чем 70 г/л. При взаимодействии с ортофосфорной кислотой он образует слаборастворимую соль хлоргексидина дигидрофосфата, растворимость которой составляет лишь 0,03 г/л. Эта соль не имеет антисептических свойств, препятствует процессам адгезивного сцепления и

очень тяжело смывается с поверхности дентина. Следовательно, использование СНХ до этапа протравливания или сочетание этих этапов не является целесообразным. В пользу использования раствора хлоргексидина биглюконата после травления свидетельствует и тот факт, что он производит увлажняющий эффект, тем самым уменьшая послеоперационную чувствительность зуба.

Выводы. На основании результатов исследования можно порекомендовать следующий алгоритм антисептической обработки кариозных полостей при использовании композиционных пломбировочных материалов с применением 2% раствора хлоргексидина биглюконата: 1. Тотальное протравливание твердых тканей зуба (согласно рекомендациям фирмы-производителя). 2. Смывание протравливающего геля, подсушивание полости. 3. Осторожное нанесение микробрашем 2% раствора СНХ (10-20 с) без избытка. 4. Осторожное подсушивание кариозной полости до слегка увлажненного состояния. 5. Нанесение и полимеризация адгезивной системы (согласно рекомендациям фирмы-производителя).

АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ

АНАЛИЗ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

А.А. Клименков, А.Г. Борисовец, Д.А. Лукомский – студенты 519, 528 групп лечебного факультета

Кафедра травматологии, ортопедии, ВПХ с курсом анестезиологии и реаниматологии

УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь

Научный руководитель – ассистент Л.А. Алексеева

Актуальность. Широкая распространенность инсульта, значительная частота его развития, высокий процент инвалидизации и смертности обусловливают высокую медицинскую и социальную значимость данного заболевания. Частота инсультов колеблется в различных регионах мира от 1 до 4 случаев на 1000 населения в год, значительно увеличиваясь с возрастом. В Беларуси заболеваемость инсультов в 2-2,5 раза выше, чем в европейских странах. Инсульт занимает третье место среди причин смерти и первое среди причин инвалидности. В острой стадии болезни погибают 25-30% пациентов, к концу первого года жизни – больше половины. Среди выживших до 80% пациентов, в той или иной степени нуждаются в посторонней помощи из-за параличей, нарушения координации, речи. Лишь 20% возвращаются к прежней работе.

Системная тромболитическая терапия (ТЛТ) с использованием рекомбинантного тканевого активатора плазминогена (rt-PA), согласно рекомендациям Европейской инсультной организации – ESO (класс доказательности 1, уровень А) и Американской инсультной ассоциации – ASA (класс доказательности 1, уровень В), является наиболее безопасным и эффективным методом реперфузионной терапии при ишемическом инсульте (ИИ) в первые 4,5 ч от начала развития симптоматики.

Цель исследования. Анализ структуры заболеваемости, времени от начала заболевания до начала терапии, результатов лечения, летальности у пациентов с ИИ при использовании ТЛТ.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный статистический анализ по историям болезней 30 пациентов с ИИ, находившихся на лечении в отделении анестезиологии и реанимации ГГКБ №3 и ГИОВ г. Гомеля с сентября 2012 г. по ноябрь 2018 г. Степени неврологического дефицита оценивалась по шкале инсульта NIHSS. Всем пациентам при поступлении в стационар выполняли компьютерную томографию (КТ) головного мозга; для уточнения локализации инфаркта и подтверждения диагноза КТ проводилась повторно. ТЛТ терапия у всех пациентов проводилась с использованием rt-PA

(Actilyse) внутривенно в дозе 0,9 мг/кг (10% в виде болюса в течение минуты, остальная часть вводилась в течение часа). Статистическую обработку данных проводили с использование программного обеспечения Statistica 12.6 и электронных таблиц MicrosoftExel.

Результаты исследования. Средний возраст пациентов составил 62,6±10,68 лет (29-40 лет – 1 (3%), 41-60 лет – 11 (37%), 61 и старше – 18 (60%)), среди которых было 27 мужчин (90%). Было зарегистрировано 28 случаев (93,3%) артериальной гипертензии (АГ) в анамнезе, 23 (76,6%) случая ишемической болезни сердца (ИБС), в том числе 22 (73,3%) случая сочетания АГ и ИБС, 3 (10%) случая сахарного диабета II типа. Среди патогенетических вариантов ИИ были диагностированы: атеротромботический инфаркт – у 13 (43,3%) пациентов; кардиоэмболический инфаркт– у 7 (23,3%) пациентов; ИИ неуточненной этиологии – у 10 (33,3%).

Медиана суммарного балла по шкале инсульта NIHSS при поступлении в стационар составила 12 (от 5 до 22 баллов). Неврологические нарушения легкой степени (NIHSS 3-8) наблюдались в 27% (n=8) случаев, средней степени (NIHSS 9-12) – у 30% (n=9) пациентов, тяжелой (NIHSS 13-15) – 7% (n=2), крайне тяжелой степени (NIHSS 16-34) – 36% (n=11).

Всем пациентам реперфузионная терапия была выполнена в пределах 4,5-часового терапевтического окна. Срок от проявления первых признаков заболевания до перевода в отделение реанимации составил от 60 до 205 минут (Me – 120).

К концу первых суток от начала ТЛТ у 43% (n=13) пациентов отмечалось значительное восстановление очаговых неврологических функций (уменьшение суммарного балла по шкале инсульта NIHSS на ≥4). У 27% (n=8) пациентов к 24 ч от начала ТЛТ наблюдалась слабо выраженная положительная динамика (уменьшение суммарного балла по шкале инсульта NIHSS на <4 баллов). 20% (n=6) больных в первые сутки оставались без динамики. Медиана суммарного балла по шкале инсульта NIHSS к концу первых суток после начала ТЛТ составила 8 (от 0 до 18 баллов).

Осложнения в виде вторичного геморрагического пропитывания вещества головного мозга проявились у 5 (16,6%) пациентов. Внечерепных геморрагических осложнений после ТЛТ не отмечалось.

Летальный исход произошел у 10% (n=3) пациентов. Причиной смерти послужил отёк головного мозга, причем в двух случаях он сопровождался геморрагической трансформацией. У двоих пациентов с летальным исходом при поступлении были выявлены неврологические нарушения крайне тяжелой степени (NIHSS=18). Во всех случаях отрицательной динамики по шкале NIHSS не наблюдалось, у 2 больных зафиксировано небольшое снижение бала по шкале NIHSS. Все умершие пациенты имели в анамнезе ИБС в

сочетании с АГ 2-3 степени. Так же у двоих больных сопутствующим заболеванием был сахарный диабет II типа, что могло сыграть свою роль в развитии осложнений из-за возможных микро- и макроангиопатий.

Все 27 выписанных из стационара пациентов имели реабилитационный потенциал и были направлены на дальнейшее лечение.

Выводы. Таким образом, тромболитическая терапия чаще проводится пациентам старше 60 лет, лицам мужского пола. В большинстве случаев у пациентов в анамнезе имелось сочетание АГ и ИБС. Время от начала заболевания до поступления в отделение анестезиологии и реанимации в среднем составило 2 часа, что соответствует рекомендациям ESO и ASA. 30-ти дневная летальность составила 10 %. В большинстве случаев отмечалось уменьшение суммарного балла по шкале инсульта NIHSS уже в первые сутки после ТЛТ. Полученные результаты говорят об эффективности ТЛТ, которая приводит к уменьшению летальности и увеличению частоты положительного функционального восстановления.

МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ И КОРРЕКЦИИ СИНДРОМА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ КОГНИТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПОСЛЕ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ

Д.И. Гасанова – студентка 6 курса лечебного факультета

Кафедра анестезиологии и реаниматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель. - к.м.н., доц. Н.Д. Даниялова

Актуальность. По данным многочисленных публикаций анестезия сопровождается снижением когнитивного функционирования [1,2,3,5]. На степень выраженности влияют возраст пациента, предшествующие когнитивные расстройства, травматичность и длительность операции, фармакологические средства анестезии и др [4]. Идеальная анестезия - отсутствие повреждающего действия на ЦНС [5]. Важно подчеркивать необходимость профилактики синдрома послеоперационной когнитивной дисфункции (ПОКД) и акцентировать внимание врачей (анестезиологов, хирургов, неврологов) к этой важной проблеме. В исследование включались пациенты в возрасте до 65 лет, которым выполнялись малотравматичные вмешательства под общей анестезией пропофолом, длительностью не более 3-х часов. Для оценки когнитивных функций применялись краткая шкала оценки психического статуса (англ. Mini-MentalStateExamination (MMSE) и Тест Бурдона [1, 3].

Цель исследования: изучить эффективность препарата «Тиоцетам» для

профилактики развития раннего синдрома ПОКД.

Материал и методы исследования. В исследование вошло 30 пациентов. Всем исследуемым проводили нейропсихологическое тестирование за сутки до операции, через 8, 24, 72 часа после операции. Больные были поделены на 2 группы – контрольную и основную (группа со стандартным лечением с включением нейропротектора «Тиоцетам») по 15 человек в каждой группе (табл.1). Обе группы были сопоставимы. В основной группе использовали «Тиоцетам» по схеме: первое введение проводили за 30 минут до операции в объеме 20 мл концентрата в разведении на 100 мл 0,9% хлорида натрия внутривенно капельно. В послеоперационном периоде и далее в течение месяца по 2 таблетки 3 раза в день.

Таблица 1. Характеристика больных в группах.

	Контрольная группа (n=15)		Основная группа (n=15)	
Возраст (годы)	<60	>60	<60	>60
	14	1	15	-
Индекс массы тела	<30	>30	<30	>30
	15	-	15	-
Пол	м	ж	м	ж
	7	8	7	8
Физический статус по ASA	II	III	II	III
	12	3	11	4
Длительность анестезии (мин)	76,2±12,4		78,4±10,8	
Длительность операции (мин)	54,6±8,8		60,0±6,4	
Расход препаратов для анестезии мг\кг\ч	фентанил	3,7±0,4	фентанил	3,5±0,2
	пропофол	8,8±0,1	пропофол	9,1±0,2

Результаты и обсуждение.

По результатам проведенного нейропсихологического тестирования в обеих исследуемых группах в предоперационном периоде не было выявлено предшествующего когнитивного дефицита (табл.2 и 3).

Таблица 2. Динамика когнитивного статуса у пациентов контрольной группы (n=15)

	Исходно	Через 8 часов после операции	Через 24 часа после операции	Через 72 часа после операции
MMSE (в баллах)	27,6±1,8	24,1±1,1	25,3±1,4	26,2±0,5

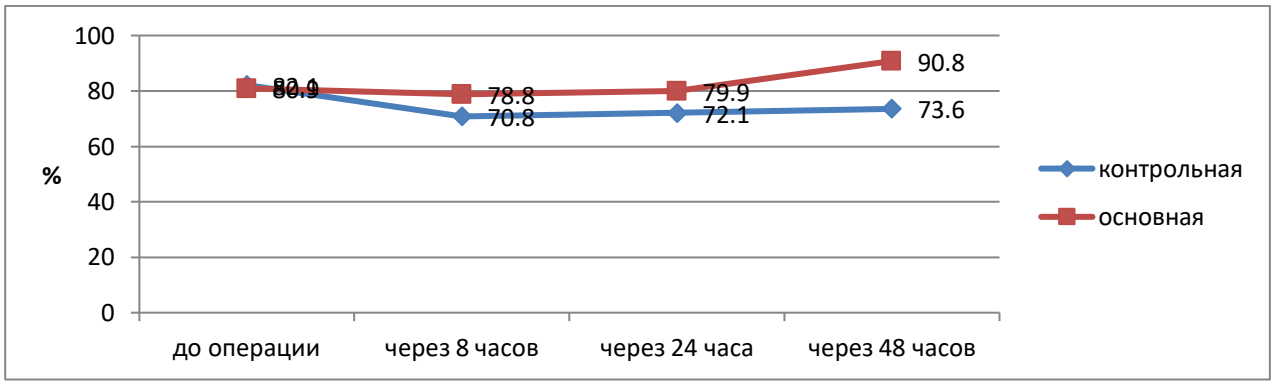
Тест Бурдона в %	82,1±2,1	70,8±1,5	72,1±1,8	73,6±1,4

Таблица 3. Динамика когнитивного статуса у пациентов основной группы**(n=15)**

	Исходно	Через 8 часов после операции	Через 24 часа после операции	Через 72 часа после операции
MMSE (в баллах)	27,2±1,1	26,9±0,9	28,3±1,2	29,1±0,6
Тест Бурдона в %	80,9±2,3	78,8±1,8	79,9±2,0	90,8±1,5

Через 8 часов в контрольной группа было более значимое снижение на 13 %, в основной менее чем на 1 %. Через 72 часа в контрольной группе относительно исходных данных отмечалось снижение показателей на 5 %; тогда как в группе, где проводилась нейропротекция отмечалось увеличение показателей на 7 %. Проведение корректурной пробы зафиксировало, применение тиоцетама позволило практически полностью восстановить на третьи сутки исходные показатели высших психических функций, а в некоторых случаях даже улучшить их.

Рис.1 Динамика когнитивных функций в группах (по данным теста Бурдона).



Выводы. Применение периоперационной нейропртекции тиоцетамом можно считать методом профилактики синдрома ПОКД.

Используемая литература

1. Авезов А.М., Пантелеева М.В., Князев А.В. и соавт. Когнитивная дисфункция и общая анестезия: от патогенеза к профилактике и коррекции // Неврология, психиатрия, психосоматика. — 2016. — № 3. — С. 101-105.

2. Большедворов Р.В., Кичин В.В., Федоров С.А., Лихванцев В.В. Эпидемиология послеоперационных когнитивных расстройств // Анестезиология и реаниматология. 2009. — № 3. — С. 20-23.

3. Усенко Л.В., Криштафор А.А., Полинчук И.С. и соавт. Послеоперационные когнитивные расстройства как осложнения общей анестезии. Значение ранней

фармакологической нейропротекции // Мед. неотл. состояний. —2015. — № 2(65). — С. 24-31.

4. Усенко Л.В., Криштафор А.А., Тютюнник А.Г. Дифференцированный подход к профилактике и ранней коррекции нарушений когнитивных функций в послеоперационном периоде в зависимости от их исходного состояния // Мед. неотл. состояний. — 2016. — № 4(75). — С. 237-238.

5. Шнайдер Н.А., Салмина А.Б. Биохимические и молекулярные механизмы патогенеза послеоперационной когнитивной дисфункции // Неврологический журнал. — 2007. —Т. 12, № 2. — С. 41-47.

ПЕДИАТРИЯ И ДЕТСКИЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE У ДЕТЕЙ В Г. МИНСКЕ

О. С. Гладкая – студентка 2613 гр. педиатрического факультета

Кафедра детских инфекционных болезней

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,Минск, Беларусь

Научный руководитель – к. м. н., доц. Р.Н. Манкевич

Актуальность. Пневмококковая инфекция — комплекс заболеваний, вызываемых бактерией Streptococcus pneumoniae (пневмококк): синусит, пневмококковая пневмония (до 70 % от всех пневмоний), средний отит (около 25 % от всех отитов), гнойный пневмококковый менингит (5-15 % всех бактериальных менингитов), эндокардит (около 3 %), плеврит, артрит и др. Пневмококковая инфекция часто является осложнением других инфекций. В последние годы все чаще встречаются штаммы пневмококка, устойчивые к АБС

Цель исследования.1. Оценить эффективность антибактериальной терапии у детей с пневмококковым отитом. 2. Оценить резистентность пневмококка за период 2008 – 2017 г.г. (по данным УЗ "Городская детская инфекционная клиническая больница" (ГДИКБ) г. Минска).

Материалы и методы. Обследовано 116 детей с диагнозом «острый отит», находившихся на лечении в ГДИКБ г. Минска в 2017 году. Мы разделили детей на 2 группы:1 группа – 31 ребенок в возрасте 0 – 12 мес. (средний возраст – 7,1 мес.), 2 группа – 85 детей в возрасте 1 - 7 лет (средний возраст - 2,9 лет.). Также исследовано 1583 изолята

Streptococcus Pneumonia, выделенных за период 2008 – 2017 г.г. Резистентность выделенных изолятов пневмококка определяли с использованием аппарата Vitek и дискодиффузионным методом.

Результаты исследования. По данным нашей больницы гнойный средний отит превалирует в структуре отитов во все года: в 2008 - 47% , в 2017г. – 50% случаев. Количество неуточненных средних отитов уменьшилось, т.к. ввели должность ЛОР – врача. По структуре возбудителей, выделенных у детей с отитами, преобладают несколько возбудителей. Наиболее часто встречаемыми, помимо streptococcus pneumonia (25%), являются его сочетание с staph. Epidermidis (27%), staph. Aureus (24%), h. influensa (13%), candida (11%).

Так как мы разделили детей на 2 группы, у 1 группы средняя степень обсемененности пневмококком составила $10^{*2,8 \pm 1,023}$, в то время как у пациентов старшей группы она была достоверно выше ($10^{*3,45 \pm 1,12}$), p = 0,004. Пациенты первой группы получали пенициллины в 47% случаев, цефтриаксон в 48% и цефуроксим в 5%, а пациенты 2 группы в основном получали цефтриаксон (45%) реже амоксициллин с клавулоновой кислотой или амоксициллин 34% и АБС группы макролидов – в 21%. К большому сожалению, иногда стартуют с макролидов, но после получения чувствительности меняют свой выбор на амоксициллин или цефтриаксон. При назначении более высокой дозы препаратов, длительность лечения сокращается. При назначении цефтриаксона (n = 36 детей) в дозе более 70 мг/кг/сут (73,13 ± 2,3 мг/кг/сут) лечение пневмококкового отита сокращалось до 4,65 ± 0,39 дней (p< 0,01). За 10 лет частота выделения пневмококка из «ушей» увеличилась с 35% на 46%, а из крови и спинномозговой жидкости снизилась до нескольких процентов.

При оценке резистентности пневмококка к АБС за 10 лет выделено 1583 изолята. Так, к амоксициллину резистентность в 2017 г. наблюдалась лишь у 10% изолятов, к амоксициллину защищенному (амклаву) – у 9%, к пенициллину 15%. В 2012 г. а пенициллину и амоксициллину по 25%, к амклаву 100% чувствительность. С 2013 г. к цефотаксиму появилась резистентность (21%), которая, хоть и снизилась, но сохраняется до наших дней (8%). К цефуроксиму также растет с 5% до 8%. С 2014 г. активно начали использовать цефтриаксон, к нему сохраняется резистентность до 20%. Наибольшая резистентность в 2017 г. отмечалась к АБС группы макролидов (азитромицин – 80%, кларитромицин – 76%, эритромицин – 80%), в 2011 г. устойчивость S. Pneumoniae к азитромицину и эритромицину была средней (45% и 57%). 51 изолят был выделен из крови и ликвора. Как в 2008 г., так и в 2017 г. было установлено, что к левофлоксацину и меропенему пневмококк был чувствителен в 100% исследований. А к клиндамицину и цефтриаксону в 2017 г. появились резистентные штаммы (25%).Так же в 2017 г. появились

резистентные штаммы к ванкомицину (100%). Из 1583 изолятов 631 был выделен из «отделяемого» уха. Надо отметить, что к наиболее часто используемым в лечении отитов у детей АБС из группы аминопенициллинов и цефалоспоринов у пневмококка выявлена высокая чувствительность, хотя появляются резистентные штаммы.

Выводы. 1. Основным возбудителем отита у детей является Streptococcus Pneumonia, причем обсемененность пневмококком достоверно выше у детей более старшего возраста, чем у детей первого года жизни (достоверность < 0,05). 2. Streptococcus Pneumonia сохраняет высокую чувствительность к защищенным пенициллинам, цефотаксиму и меропенему. Увеличивается количество резистентных штаммов пневмококка к цефалоспоринам и пенициллинам. 3. Использование макролидов в лечении пневмококковых отитов нецелесообразно, т.к. большинство изолятов пневмококка к ним резистентны. 4. Назначение цефтриаксона для успешной терапии пневмококкового отита требуется в дозе не менее 70 мг/кг/сут.

МИКОПЛАЗМЕННАЯ ПНЕВМОНИЯ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА

Кудрявец М. С., Солонько А. И. - студенты 2510 гр. педиатрического факультета

Кафедра детских инфекционных болезней

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Научный руководитель - канд.мед.наук, доц. О.Н. Довнар-Запольская

Актуальность. Mycoplasma Pneumoniae нередко является этиологическим фактором острых респираторных заболеваний у детей, причем эффективность лечения этой инфекции зависит от этиологической диагностики, что в практическом здравоохранении представляет большие трудности. Отсутствуют специфические клинические и рентгенологические признаки заболевания, которые позволили бы практическому врачу заподозрить атипичную инфекцию и начать этиотропное лечение с группы макролидов, а не, в соответствии с клиническими рекомендациями, с β-лактамных антибиотиков. Пациенты нередко получают несколько неэффективных курсов антибактериальных средств, что способствует формированию устойчивости бактерий к ним.

Цель: охарактеризовать клинико-лабораторные особенности атипичных пневмоний (АП), вызванных Mycoplasma Pneumoniae у детей до 3 лет, оценить эффективность проведенной антибактериальной терапии (АБТ).

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 23 пациента в возрасте от 6 месяцев до 3 лет, получивших стационарное лечение в УЗ «Городская детская инфекционная клиническая больница» г. Минска в период с 2015 по 2018 гг. с диагнозом «Внебольничная пневмония атипичной (микоплазменной) этиологии», из них 13 девочек

(56,5%) и 10 мальчиков (43,5%). Средний возраст пациентов составил 22 (16-30) месяцев. Этиологию заболевания подтверждали выявлением антител классов IgM и IgG иммуноферментным методом в сыворотке крови, а также методом ПЦР в слизи из носоглотки. Статистическую обработку данных проводили при помощи программы Statsoft Statistica 13.0. Центральные тенденции и дисперсии количественных признаков, не имеющих приближенно нормального распределения, были описаны медианой (M) и интерквартильным размахом (m) (25-й и 75-й центиль). Описание распределений качественных номинальных признаков представлено в виде абсолютных частот и процентов (% (абс.)).

Результаты исследования. Средняя длительность заболевания у пациентов до госпитализации составила 7 (3-12) дней. Чаще всего дети были направлены в стационар с диагнозом «внебольничная пневмония» (с готовой рентгенограммой) – 19 (82,6%) ребенка, бронхит или обструктивный бронхит - 3 (13,1%) детей, реже с диагнозами: о. тонзиллит, о. ларингит 1 (4,3%). У большинства обследованных детей (94%) заболевание проявлялось редким, приступообразным, кашлем; повышением температуры тела до пиретических значений (38,5 (37,6-39,0) °C), в среднем не более 5 дней; ринитом (48%), проявляющимся заложенностью носа и необильным слизистым отделяемым; бронхообструктивным синдромом (14%); дыхательной недостаточностью 1-2 степени (10%); гепатомегалией (6%); у 8% пациентов были выявлены диарея или однократная рвота. Рентгенологическая картина микоплазменных пневмоний у 45% пациентов соответствовала очаговой пневмонии, у 32% пациентов − интерстициальной, реже − очагово-сливной – в 23% случаев. Этиология заболевания была подтверждена у всех пациентов методом ИФА: были выявлены антитела класса IgM к M. Pneumoniae в сыворотке крови. При изучении показателей общего и биохимического анализов крови пациентов в первые сутки поступления в стационар был выявлен незначительный лейкоцитоз − 11,1(7,8-13,8)x10^9/л со сдвигом лейкоцитарной формулы вправо (сегментоядерные нейтрофилы − 45 (38-53)%), увеличение СОЭ до 20 (14-26) мм/ч, в то время как уровень С-реактивного белка составил 4,4 (0,5-31,6) г/л. Амбулаторно 5 (21,8%) пациентов получили β-лактамы: защищенные и незащищенные пенициллины, цефуроксим, ни один пациент не получал макролиды: кларитромицин и азитромицин. В стационаре 9 (39,1%) пациентов получали макролиды, 9 (39,1%) пациентов получили комбинированную терапию: цефтриаксон и макролид (кларитромицин или азитромицин). Длительность лихорадки у детей с микоплазменной пневмонией на фоне приема антибактериальной терапии составила 2,5 (1-5) дня, длительность пребывания в стационаре − 11 (9-13) дней.

Выводы. Для микоплазменных пневмоний у детей младшего возраста в начале

заболевания характерно повышение температуры тела до пиретических значений, а также приступообразный кашель на протяжении всего инфекционного процесса. Рентгенологическая картина атипичных пневмоний микоплазменной этиологии чаще всего соответствует очаговой (45%), реже интерстициальной (32%) пневмонии. Этиология микоплазменных пневмоний подтверждается выявлением в сыворотке крови антител класса Ig M в первые 2 недели заболевания. При неэффективности β-лактамных антибиотиков в лечении пневмонии у детей следует думать об атипичной этиологии пневмонии и ротировать антибактериальную терапию на макролиды или назначать комбинированную терапию: β-лактамы + макролиды в зависимости от тяжести течения пневмонии.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ АСИМПТОМАТИЧЕСКОЙ БАКТЕРИУРИИ У ДЕТЕЙ

Л.С. Джуманьязова – студентка 506 группы лечебного факультета,
М.М. Ибрагимова - студентка 502 группы лечебного факультета,
А.А. Бакаева - студентка 506 группы лечебного факультета
Кафедра детских болезней
ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, Волгоград, Россия
Научный руководитель - к.м.н., ассистент Б.Б. Леденев

Актуальность. На протяжении нескольких десятков лет неоднократно менялся подход к диагностике и лечению асимптоматической бактериурии (АБУ). Раньше бактериурию считали проявлением скрытой патологии, при которой необходимо назначение антибактериальной терапии. Вскоре ввиду большего числа исследований данной нозологической единицы, а также появления новых методов диагностики, выяснилось, что АБУ не несет вреда здоровью человека, а, напротив, скорее, защищает организм от развития инфекции мочевыводящих путей. Что говорит о том, что проведение АБ-терапии не целесообразно. Это особенно важно в эру возрастания резистентности микроорганизмов к антибиотикам.

Цель исследования. Выявление и диагностическая значимость асимптоматической бактериурии по материалам нефрологического отделения ГУЗ ГКБ №8 г. Волгограда.

Материалы и методы исследования. Истории болезни нефрологического отделения ГУЗ ДКБ №8 г. Волгограда, с диагнозами пиелонефрит, инфекция мочевыводящих путей за период с января 2016 г. по ноябрь 2018 г. Все дети были обследованы по стандарту ведения по данной нозологической форме. В исследование включались дети с асимптоматической бактериурией и исключались с нарушениями функций почек по результатам обследования. Оценивался процент повторного выявления бактериурии после курса антибиотикотерапии.

Результаты исследования. Общее количество просмотренных историй болезни с диагнозом: пиелонефрит, ИМП за 2016-2018 гг. составило 3250.

Из них 105 асимптоматических бактериурий.

Среди них 54.2% девочек, 45,8% мальчиков;

Средний возраст детей 3 года 3 месяца;

Самый часто высеваемый микроорганизм Escherichia coli в титре $1*10^5$ КОЕ;

Процентное соотношение возбудителей среди всех ББУ: 37% Escherichiacoli $1*10^5$ КОЕ; 12% Enterobactercloacae $1*10^6$ КОЕ; 9.5% Klebsiellaoxytoca$1*10^5$ КОЕ; 8% Proteusmirabilis (сплошной рост); по 6,5% Staphylococcushaemolyticus $1*10^5$ КОЕ, $1*10^3$ КОЕ и Klebsiellapneumoniae $1*10^5$ КОЕ; 5% Candidaalbicans; по 2-3% Staphylococcusepidermidis, Enterobacteraerogenes, Proteusvulgaris, Staphylococcusaureus, Enterococcusfaecium,

Повторных высевов 18% (у 19-ти детей): у 90% высеивался один и тот же возбудитель, и только у 10% виды микроорганизмов менялись после первого курса антибактериальной терапии.

После первого курса антибактериальной терапии проводился бактериологический посев мочи и, как правило, в 80% результат отрицательный.

Процентное соотношение возбудителей среди повторно выявленных ББУ: 36% Escherichiacoli; 21% Proteusmirabilis; по 10% Enterobactercloacae, Klebsiellapneumoniae и Staphylococcusepidermidis; по 5% Enterobacteraerogenes, Klebsiellaoxytoca.

Выводы. Исследование показало высокий процент детей с асимптоматической бактериурией в структуре инфекционно-воспалительных заболеваний почек и мочевыводящих путей. Наибольшее количество среди них составляют дети раннего возраста. Существенных различий по полу среди исследуемой группы детей не обнаружено. Наиболее часто высеваемый микроорганизм Escherichia coli. Обращало на себя внимание наличие повторного высева в моче одного и того же микроорганизма, несмотря на курсы антибактериальной терапии. В то же время отрицательный результат бактериального посева мочи на флору после курса антибактериальной терапии регистрировался у большинства пациентов.

Список литературы.

Захарова И. Н., Османов И. М., Мумладзе Э. Б., Мачнева Е. Б., Тамбиева Е. В., Бекмурзаева Г. Б. Бессимптомная бактериурия: смена общепринятого взгляда // МС. 2017. №19.

Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с инфекцией мочевыводящих путей. [Электронный ресурс] / М.: Союз педиатров России, 2015.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ, ПРОЖИВАЮЩИХ В Г. ГОМЕЛЬ (ГОМЕЛЬСКАЯ ОБЛАСТЬ) И Г. ЧАУСЫ (МОГИЛЕВСКАЯ ОБЛАСТЬ)

А.С. Коцуба, В.Г. Удодова – студенты 5 курса лечебного факультета

Кафедра педиатрии

УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь

Научный руководитель – к.м.н., доцент А.И. Зарянкина.

Актуальность. Здоровье детей представляет особое значение для общества и имеет не только медико-социальные, но и экономическое значение. Наиболее значимым фактором, влияющим на здоровье ребенка, является вскармливание, которое играет исключительно важную роль в сохранении здоровья ребенка не только в детском возрасте, но и в последующие годы [1].

Целью настоящего исследования является сравнительный анализ развития детей первого года жизни, проживающих в г. Гомель (Гомельская область) и г. Чаусы (Могилевская область).

Материалы и методыисследования. Для проведения исследования была создана анкета, состоящая из 16 вопросов. Анкета была предоставлена матерям, дети которых находились на стационарном лечении в У «ГОДКБ» г. Гомеля (Гомельская область) и Црб г. Чаусы (Могилевская область). В опросе участвовали 110 человек: г. Гомель — 60 женщин, г. Чаусы — 50 женщин. Физическое развитие детей оценивалось с помощью центильных таблиц [2].

Результаты и обсуждения. Вскармливание. Был произведен анализ результатов продолжительности грудного вскармливания детей Гомельской и Могилевской областей, в котором дети были распределены на следующие группы: искусственное вскармливание (ИВ) с рождения, естественное вскармливание (ЕВ) до 1 месяца, естественное вскармливание (ЕВ) до 6 месяца, естественное вскармливание (ЕВ) с 6 мес. – до 1 года, естественное вскармливание (ЕВ) более 1 года. Результаты проведенного исследования показаны в таблице 1.

Таблица 1. Продолжительность грудного вскармливания

Показатели	Гомельская область	Могилевская область
ИВ с рождения	5 (8%)	5 (10%)

ЕВ до 1 месяца	5 (8%)	4 (8%)
ЕВ до 6 месяцев	28 (47%)	26 (52%)
ЕВ с 6 мес. – до 1 года	12 (20%)	13 (26%)
ЕВ более 1 года	10 (17%)	2 (4%)

Физическое развитие детей в возрасте 1 года. Проведен анализ данных физического развития детей в возрасте 1 года Гомельской и Могилевской областей, в котором преобладают дети с средним гармоничным (Ср. гарм.) физическим развитием, средним дисгармоничным развитием с избыточной массой тела 1 ст. (Ср. дисгарм. с ИМТ 1) у девочек Могилевской области, средним дисгармоничным развитием с избыточной массой тела 2 ст. (Ср. дисгарм. с ИМТ 2) у мальчиков Гомельской области, выше среднего дисгармоничным развитием с дефицитом массы тела 1 (Выше ср. дисгарм. с ДМТ 1) у мальчиков Гомельской области. Результаты проведенного исследования приведены в таблице 2.

Таблица 2. Физическое развитие детей в возрасте 1 года

Показатели	Гомельская область		Могилёвская область	
	мальчик	девочка	мальчик	девочка
Ср. гарм.	14 (37,6%)	8 (34,8%)	9 (39,1%)	12 (44,4%)
Выше ср. гарм.	3 (8,1%)	4 (17,5%)	2 (8,7%)	3 (11,1%)
Ниже ср. гарм.	1 (2,7%)		2 (8,7%)	1 (3,7%)
Ср. дисгарм. (ИМТ 1)	3 (8,1%)	3 (13%)	2 (8,7%)	5 (18,6%)
Ср. резко дисгарм. (ИМТ 2	2 (5,3%)	1 (4,3%)	-	1 (3,7%)
Ср. дисгарм. (ДМТ 1)	5 (13,4%)	1 (4,3%)	4 (17,5%)	1 (3,7%)
Ср. резко дисгарм. (ДМТ 2)	-	2 (8,8%)	1 (4,3%)	1 (3,7%)
Выше гарм.	4 (10,7%)	3 (13%)	2 (8,7%)	2 (7,4%)
Выше ср. дисгарм. с ДМТ 1	5 (14,1%)	1 (4,3%)	1 (4,3%)	1 (3,7%)

Выводы. Достоверных отличий во вскармливании детей Гомельской и Могилёвской областей на первом году жизни нет. Большинство детей сравниваемых областей имеют в возрасте 1 года среднее гармоничное физическое развитие. Среднее дисгармоничное развитие с ИМТ 1 ст. чаще встречается у девочек г. Чаусы, а 2 ст. — у мальчиков г. Гомель. Выше среднего дисгармоничное развитие с ДМТ 1 ст. преобладает у мальчиков г. Гомеля.

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ЦЕНТИЛЬНЫМ МЕТОДОМ И ПО ШКАЛАМ Z-SCORE

А. Э. Полухинских – студентка 406 гр. педиатрического факультета

***А.В. Асланова* - студентка 406 гр. педиатрического факультета**

Кафедра пропедевтики детских болезней и сестринского дела

ФГБОУ ВО ПГМУ им академика Е.А. Вагнера минздрава россиим. академика Е.А.Вагнера

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный руководитель - д.м.н., профессор Н.И.Аверьянова

Актуальность.Физическое развитие, согласно определению ВОЗ, является одним из ключевых критериев комплексной оценки состояния здоровья, его мониторинг позволяет определять характеристики роста и развития детей, своевременно выявлять нарушения и разрабатывать профилактические меры. В нашей стране помимо центильного метода оценки физического развития, который долгое время был основным в практическом здравоохранении, в настоящее время стали использоваться компьютерные программы: Z-score «WHO Anthro» –с 2-х до 5 лет, и «WHO AnthroPlus» - с 5 лет до 18, использование этих программпозволяет легко и удобно оценивать физическое развитие, визуализировать полученные результаты.

Цель исследования. Оценка показателей физического развития младших школьников центильным методом и методом шкал Z-score
и сопоставление результатов.

Материалы и методы исследования. Проведена оценка основных антропометрических показателей (рост и масса тела) 191 учащегося младших классов «Гимназии №11 им. С.П. Дягилева» г. Перми центильным методом и по шкалам Z-score. Дети разделены на возрастные группы: 35 школьников в возрасте 7 лет, 58 в возрасте 8 лет, 76 детей девятилетнего возраста и 22 - в возрасте 10 лет.

Результаты исследования. Оценка антропометрических показателей центильным методом показала, что в группе семилетних детей у 27% школьников выявлен высокий рост, что связано с периодом первого вытяжения, детей с низким ростом в этой возрастной группе не выявлено. При оценке роста средний показатель Z-score составил 0,4, при этом у 15% детей отмечается высокий рост (СО > +2), у 6% низкий рост (СО < -2). 19% школьников при оценке массы тела центильным методом имели избыток массы тела первой степени, дефицита массы в этой возрастной группе не наблюдается. При оценке по нормам ВОЗ, средний показатель Z-score равен 0,6,избыток массы выявлен у 15% учащихся, (СО > +2)

дефицит у 2%. (СО < -2). При оценке по центильному методу нормальное физическое развитие имеют только 54% детей, при оценке по методу Z-score - 62% (p‹0,05). Достоверные различия показателей получены прежде всего при оценке роста за счёт детей с высоким ростом, что в свою очередь уменьшило число детей с нормальным развитием (Табл.1).

Интересные данные получены при оценке физического развития детей 8,9,10-летнего возраста: по центильному методу 66% детей в каждой из этих
возрастных групп имели нормальное физическое развитие. При оценке по нормам ВОЗ данный показатель отличается в зависимости от возраста. Поскольку период первого вытяжения в этих возрастных периодах закончился, стало меньше детей с высоким ростом.

По центильному методу в группе 8-летних не было детей с низким ростом, а у 20% диагностированвысокий рост, по шкалам Z-score высокий рост - у 7% учащихся (СО > +2), низкий - у 3% (СО < -2). При оценке массы тела по центилям как избыток, так и дефицит выявлены у 7% детей. При оценке по шкалам Z-score средний показатель Z-score составил 0,1. У 3% детей выявлен дефицит массы тела, у 8% - избыток. Нормальное физическое развитие по методу шкал Z-score имеют 79% детей.

В группе детей 9-летнего возраста при оценке по центильному методу 11% детей имеют высокий рост, детей с низким ростом в этой возрастной группе не выявлено. По стандартам ВОЗ у 5% школьников высокий рост (СО > +2), у такого же количества детей низкий рост (СО < -2), при этом средний показатель Z-score по росту соответствует – 0,02. При оценке массы тела центильным методом 10% учащихся имеют избыток массы первой степени, дефицит диагностирован у 13%. По нормам ВОЗ средний показатель Z-score равен 0,02, при этом избыток массы у 8 % учащихся (СО > +2), дефицит - у 9% (СО < -2). Нормальное физическое развития по стандартам ВОЗ имеют 73% детей.

Среди десятилеток по центильному методуне выявлено детей с отклонением в росте. По шкалам Z-score у 3% учащихся выявлялся высокий рост (СО > +2), у 4% - низкий (СО < -2), средний показатель Z-score – (-0,2). Оценка массы тела по центилям выявила значительный рост числа детей с избытком массы (22%), в основном девочки, что связанно с началом пубертатного периода. Дефицит массы тела выявлен у 12 % детей. Согласно оценке по стандартам ВОЗ избыток массы у 7%, дефицит - у 8%, средний показатель Z-score составил 0,01, при этом нормальное физическое развитие у 78% детей.

Возраст	17 лет n=35		8 лет n=58		9 лет n=76		10 лет n=22		Всего n=191	
	Цент	Z	Цент	Z	Цент	Z	Цен	Z	Цен	Z

Показатель	Абс %	Абс %	Абс %	Абс %	Абс %	Абс %	Абс %	Абс %	Абс %	Абс %
Высокий рост	9 27%	5 15%*	12 20%	4 7%*	8 11%	4 5%*	0 0%	1 3%	28 14.5%	15 7,5%*
Низкий рост	0 0%	2 6%*	0 0%	2 3%	0 0%	4 5%	0 0%	1 4%	0 0%	9 4,5%
Избыток массы	7 19%	5 15%	4 7%	5 8%	8 10%	6 8%	5 22%	2 7%	29 15%	18 9,5%
Дефицит массы	0 0%	6 2%	4 7%	2 3%	10 13%	7 9%*	3 12%	2 8%	15 8%	11 6%
Нормальное ФР	19 54%	22 62%*	38 66%	46 79%*	50 66%	55 73%	15 66%	17,6 78%*	119 62,5%	138 73%*

*Различия достоверны: p ‹ 0.05

Табл.1 Сопоставление показателей физического развития обследованных детей центильным методом и по шкалам Z-score

Сопоставление показателей физического развития всех обследованных детей младшего школьного возраста подтвердило общую тенденцию: при оценке по центильному методу получается достоверно больше детей с высоким ростом, за счёт чего уменьшается количество детей с нормальным физическим развитием (Табл.1).

Выводы. Сопоставление результатов оценки физического развития детей центильным методом и методом ВОЗ с использованием шкал Z-score свидетельствует о том, чтопоказатели имеют одинаковую тенденцию. Показатели массы тела достоверно практически не отличаются, при этом при оценке по центильному методу получается достоверно больше детей с высоким ростом, что в свою очередь уменьшает число детей с нормальным физическим развитием. Центильный метод оценки физического развития с использованием отечественных стандартов более строг к включению показателей в средние значения, чем по шкале Z-score, прежде всего это относится к детям с высоким ростом. При этом, учитывая современные тенденции развития, возникает вопрос, у всех ли детей высокий рост следует считать отклонением в физическом развитии?

ВЫЯВЛЕНИЕ АНТИТЕЛ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ М К БОРРЕЛИЯМ В ИММУНОБЛОТЕ НА ТЕРРИТОРИИ ВСЕХ ОБЛАСТЕЙ РЕСПУБЛИКИ

БЕЛАРУСЬ

Новик А.А., Микитюк А.В. - студентки 4 курса лечебного факультета

Кафедра инфекционных болезней

УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь

Научный руководитель - д.м.н., доцент Е.Л. Красавцев

Введение. Клещевой боррелиоз (болезнь Лайма) - инфекционное трансмиссивное природноочаговое заболевание, вызываемое спирохетами и передающееся клещами, имеющее наклонность к хроническому и рецидивирующему течению и преимущественному поражению кожи, нервной системы, опорно-двигательного аппарата и сердца.

Боррелии имеют группы антигенов: поверхностные (OspA, OspB, OspC, OspD, OspE и OspF), жгутиковый и цитоплазматический. Поверхностные антигены характеризуются вариабельностью. Наибольшая их гетерогенность обнаруживается у B. garinii (по OspC - 13 вариантов, по OspA - 7) и B. afzelii (по OspC - 8, по OspA - 2). Штаммы B. burgdorferi s.s. отличаются относительным постоянством спектра поверхностных белков. Белки, находящиеся на внешней оболочке, определяют видовую принадлежность возбудителя и являются основными иммуногенами. Многие антигенные детерминанты внешней оболочки сходны с таковыми у боррелий других видов и даже некоторых бактерий. Этим объясняется возможность перекреста в иммунологических реакциях.

При попадании возбудителя в различные органы и ткани происходит активное раздражение иммунной системы, что приводит к генерализованному и местному гуморальному и клеточному гипериммунному ответу. На этой стадии заболевания выработка антител IgM и затем IgG происходит в ответ на появление флагеллярного жгутикового антигена боррелий массой 41 кД. Важным иммуногеном в патогенезе являются поверхностные белки, относящиеся к OspC, которые характерны преимущественно для европейских штаммов. В случае прогрессирования болезни (отсутствие терапии или недостаточное лечение) расширяется спектр антител к антигенам спирохеты (к полипептидам от 16 до 93 кД), что ведет к длительной выработке IgM и IgG .

Цель исследования: Определить частоту выявления антител иммуноглобулинов М в иммуноблоте к боррелиям у лиц различного возраста, пола, различного места проживания.

Материалы и методы: Проанализированы результаты 113 тестов на определение антител IgM в иммуноблоте к боррелиям, выполненных в лаборатории «СИНЭВО». Среди обследованных было 68 женщин и 45 мужчин. Диапазон возраста от 1 до 90 лет.

Трактовка результатов теста:

При отсутствии антител ко всем антигенным группам или пограничного наличия

антител к одной антигенной группы (OspC-Ba, OspC-Bb, OspC-Bg, OspC-Bsp) и отсутствии антител к двум специфическим антигенных групп (p39, VlsE Bb) – результат считается ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ.

При обнаружении антител к одной или более антигенным группам (OspC-Ba, OspC-Bb, OspC-Bg, OspC-Bsp) и отсутствия антител к двум специфическим антигенным группам (p39, VlsE Bb) – результат считается ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ.

При обнаружении пограничных значений антител к двум или более антигенным группам (OspC-Ba, OspC-Bb, OspC-Bg, OspC-Bsp) и отсутствия антител к двум специфическим антигенных группам (p39,VlsE Bb) – результат считается СОМНИТЕЛЬНЫМ.

Результаты исследования и их обсуждение. В ходе обследования 113 пациентов результат оказался положительным у 48 человек (42,48%). Средний возраст пациентов с антителами к боррелиям составил 41 год ±10,18лет, медиана возраста 41 год.Среди лиц, с обнаруженными антителами к боррелиям, было 17 мужчин (35,42%) и 31 женщина (64,58%). Средний возраст мужчин составил 41,24 года ± 11,33, медиана возраста 37 лет; средний возраст женщин - 41,48 лет ± 9,24, медиана возраста 45 лет. Также можно отметить что среди положительных результатов чаще встречались женщины– у 61,7%, мужчин было 31,91 %, детей – 6,38%. Среди отрицательных результатов женщин было 50 %, мужчин– 33,33%, детей – 16,66%. Среди сомнительных результатов женщины составили 54,54%, мужчины– 36,36%, дети – 9,09 %.

Отрицательный результат был выявлен у 54 человек (47,78%, 27 мужчин и 27 женщин). Средний возраст пациентов составил 41 год ± 18,01 лет, медиана возраста 43 года. Средний возраст мужчин в данной группе 38,08 лет ± 21,56, медиана возраста 32 года; женщин – 43,38 лет ±14,77, медиана возраста 46 лет.

Результат оказался сомнительным у 11 пациентов (9,73%). Средний возраст пациентов составил 46,9лет ± 12,3 года, медиана возраста 51 год. Среди этих пациентов было выявлено 5 мужчин, средний возраст которых 44 года ± 13,63 года, медиана возраста 49,5 лет и 6 женщин, средний возраст которых оказался 49,3 лет ± 13,55 лет, медиана возраста составила 53,5 лет.

Также был проведен сравнительный анализ по областям Республики Беларусь и г.Минску. В г.Минске проведено 33 исследования, среди них преобладает отрицательный результат (45,45%), положительный результат был выявлен у 42,42% обследованных, сомнительный – у 12,12%. В Минской области было проведено 13 исследований, показатели для этой области следующие: 53,85% - положительные, 30,77% - отрицательный, 15,38% - сомнительный. В Брестской области было обследовано 26 человек, среди результатов

преобладает отрицательный результат (63,63%), затем положительный – 31,82%, сомнительный – 4,55%. В Гомельской области было проведено 28 исследований (46,43%-положительный результат, 42,86% - отрицательный, 10,71% - сомнительный). В Витебской области в исследовании приняли участие 2 человека и положительных и отрицательных результатов оказалось по 50%, сомнительных не обнаружено. В Могилёвской области проведено 5 исследований, среди которых преобладал отрицательный показатель – 55,55%, положительный -33,33%, сомнительный – 11,11%. Из Гродненской области был обследован 1 человек, его результат – отрицательный.

Вывод. Наибольшее количество положительных результатов на выявление антител иммуноглобулинов М в иммуноблоте к боррелиям было выявлено в Минской области, наибольшее количество отрицательных показателей было отмечено в Гродненской и Брестской областях.

ПЕДИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОТИТОМ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

С.Т. Самудинова - студент 1431 гр. лечебного факультета

Н.Ю. Подвойская - студент 1408 гр. лечебного факультета

2-я кафедра детских болезней

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

Научный руководитель: д.м.н., профессор В.А. Кувшинников

Актуальность. По отчётам детских поликлиник г. Минска РБ заболеваемость отитом детей раннего возраста находится на втором месте, уступая лишь ОРЗ.У детей раннего возраста заболеваемость отитами в основном носит сезонный характер, связанная с эпидемиями вирусных и инфекционных заболеваний в осенне-весенний период. Частота острого среднего отита (ОСО) составляет 25-30% от общего числа заболеваний уха. Заболеваемость ОСО тесно связана с возрастом ребенка. По данным разных авторов, пик заболеваемости приходится на возраст 6–24 месяца жизни. Проблема высокой заболеваемости отитом детей раннего возраста является актуальной и в настоящее время из-за возможных осложнений – антрита, менингита, абсцесса мозга, и последствий отита – тугоухости.

Цель исследования. Выявить вероятные причины заболеваемости отитом у детей раннего возраста и условия, способствующие заболеванию.

Материалы и методы исследования. Нами был проведен анализ медицинской документации - медицинской карты стационарного пациента (форма 003/у) 83 пациентов в

возрасте: от 4 месяцев до 3 лет, проходивших лечение в ИОРВ ГДКБ № 3 в 2018-2019 гг. Статистическую обработку данных осуществляли с помощью пакета прикладных программ STATISTICA for Windows (версия 10,0). Разница считалась статистически значимой при $p<0,05$.

Для проведения исследования были сформированы 4 группы пациентов:

группа - пациенты с острым катаральным экссудативным отитом

группа - пациенты острым гнойным отитом

группа - пациенты с рецидивирующим отитом

группа - пациенты с тубоотитом

Также было проведено исследование частоты встречаемости отита с ГЭР и ЖДА.

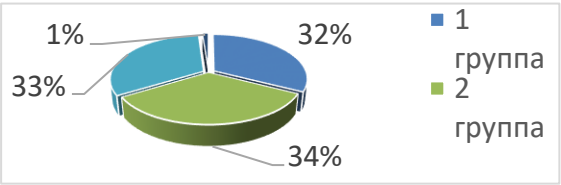
Результаты исследования. Анализ данных историй болезней отитом детей раннего возраста (от 4 месяцев до 3 лет) показал, что у всех из них заболевание начиналось после ОРЗ. Также проанализировав истории болезни, мы разделили пациентов на 4 группы:

группа с острым катаральным экссудативным отитом - 27 пациентов

группа с острым гнойным отитом – 28 пациентов

группа с рецидивирующим отитом – 27 пациентов

группа с тубоотитом – 1 пациент



Таб. 1- Распределение пациентов по группам

Согласно данным историй болезней всем детям были проведены ряд лабораторных и инструментальных методов исследования, одними из которых были: общий анализ крови (ОАК), УЗИ желудка на выявление гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР). По результатам ОАК у детей была выявлена: железодефицитная анемия (ЖДА) - 28,4 % случаев, латентный дефицит железа (ЛДЖ)- 59,4 % случаев, Проведенное исследование частоты сочетания отитов и ГЭР (проведено у 22 больных) показало 100% их сочетаемость.

Выводы.

Абсолютно у всех пациентов заболевание острым средним отитом начиналось после ОРЗ.

У абсолютного большинства детей раннего возраста, заболевших отитом, была обнаружена анемия. Особенностью ее были: гипохромия и микроцитоз (по цветовому показателю и MCV), что характерно исключительно для дефицита железа. Поэтому обнаруженную анемию идентифицировали, как ЖДА и ЛДЖ (87,4% случаев).

Согласно данным УЗИ-исследования желудка сочетание средних отитов с ГЭР составило 100 %, при этом исследование было проведено 22 пациентам. Из этого следует, что активное выявление ГЭР у детей раннего возраста, больных отитом, а также осуществление современных адекватных подходов к ведению детей с ГЭР не только будет способствовать скорейшему излечению отита, но и препятствовать его рецидивированию.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПОЧЕЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Е.С. Камидолла, Т.Б. Базарбай – студенты 6 курса факультета педиатрии

Кафедра детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии

АО «НМУ», Алматы, Казахстан

Научный руководитель - к.м.н., ассистент Г.Т. Султанкулова

Актуальность. Острое повреждение почек (ОПП), ранее называвшееся острой почечной недостаточностью, характеризуется резким увеличением концентрации креатинина в сыворотке (SCr), азотистых отходов и неспособностью почек надлежащим образом регулировать гомеостаз жидкости и электролитов. Заболеваемость ОПП у детей увеличилась за последние десятилетия, и этиология ОПП перешла от первичного заболевания почек к многофакторным причинам, благодаря значительным достижениям в медицинском лечении критических заболеваний. Определение и анализ этих самых причин является актуальным и по сей день.

Цель исследования. Изучить этиологию развития острой почечной недостаточности и его осложнений у детей.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилась на базе республиканской детской клинической больницы города Алматы. Мы провели ретроспективный анализ 45 архивных историй болезни детей в возрасте 0–5 лет с диагнозом ОПП, получавшие лечение в отделении нефрологии и экстракорпоральной детоксикации в период с января 2017 года по март 2019 года.

Результаты исследования. В структуре заболевания преобладают девочки (68,8 %), в то время как частота ОПП у мальчиков было реже (31,2 %). По данным истории болезни детей были обнаружены следующие данные: ОПП развилось у 75,6 % с диагнозом

гемолитико-уремический синдром (ГУС); у 17,8% после кардиохирургических вмешательств; у 4,4 % в следствии гломерулопатии; у 2,2% неясной этиологии. Также установили вытекающие осложнения ОПП: ренальная анемия у 91,1%; кардиомиопатия у 86,7%; уремическая энцефалопатия с выраженным судорожным синдромом у 64,4%; ДВС у 24,4%.

Выводы. Вторичные заболевания почек являются основным фактором риска развития ОПП у детей. Что касается специфических этиологических заболеваний, ГУС (ОПП ренального генеза) был основной причиной ОПП у детей 75,6 % случаев, на втором месте кардиохирургически ассоциированные (преренального генеза) 17,8 %. Однако не были изучены основные причины смерти детей с ОПП, что делают данную тему актуальной для дальнейшего исследования. Следует отметить, что будущие исследования должны быть сосредоточены на эффективных способах борьбы с почечными расстройствами у детей с гемолитико-уремическим синдромом для улучшения клинического ведения детской ОПП и для снижения возможных осложнений.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АНЕМИИ ФАНКОНИ

А.Ю. Горошникова, Т.В. Роткина, Д.А. Невиницына - студентки

Кафедра педиатрии

ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, Киров, Россия

Научный руководители - к.м.н., ассистент Суетина И.Г., заведующая педиатрическим отделением КОГБУЗ «КОДКБ» С.А. Зорина

Актуальность. Анемия Фанкони - редкое наследственное аутосомно-рецессивное заболевание, с вариабельной пенетрантностью и генетической гетерогенностью. Известно 19 генов, ответственных за развитие заболевания. Частота рождения детей с данной патологией 1:300 000 новорожденных. Для анемии Фанкони характерно угнетение всех ростков гемопоэза и врожденные аномалии развития.

Цель: изучения клинического случая, пациенток с диагнозом анемия Фанкони.

Материалы и методы исследования: под нашим наблюдением находились две девочки 4 лет и 12 лет с диагнозом анемия Фанкони. У первого ребенка была выявлена гетерозиготная мутация гена FANCD2, тромбоцитопения. У второй пациентки была диагностирована терминальная стадия анемии Фанкони.

Результаты исследования. У обоих наблюдаемых детей отмечалась в анамнезе низкая масса тела при рождении, с дальнейшим отставанием в физическом и нервно-психическом развитии. Наиболее характерными для обеих пациенток являются следующие врожденные

аномалии развития: сходящееся косоглазие, полидактилия левой кисти, синдактилия II-III пальцев обеих стоп.

При этом у первой пациентки диагностированы: хронический тубулоинтерстициальный нефрит, гипопитуитаризм, соматотропный гормональный дефицит, вторичный гипотиреоз, ВПС, состояние после клипирования открытого артериального протока (2014 год).

У второй пациентки наблюдался: ДВС - синдром (клинико-лабораторный), носовые кровотечения, полиорганная недостаточность, дыхательная недостаточность 3 степени, печеночно-почечная недостаточность, острая сердечно-сосудистая недостаточность, гастроинтестинальная недостаточность, отечный синдром.

При лабораторном обследовании в клиническом анализе крови у обеих пациенток выявлена анемия нормохромная, макроцитарная, гипорегенаторная, тромбоцитопения, лейкопения.

Во время госпитализаций пациентки находились на консервативном лечении: гемотрансфузионная заместительная терапия, системные ГКС и антибиотики. Первой пациентке, наряду с основным лечением был назначен гормон роста, на фоне которого отмечались положительные результаты (увеличение роста и улучшение аппетита). Однако учитывая нарастание уровня креатинина в крови, терапию гормоном роста, в связи с этим, временно прекратили. На фоне проводимого лечения у первой девочки, наблюдается положительная динамика при отсутствии дальнейшего прогрессировании заболевания.

У второй пациентки, не смотря на проводимое лечение, отмечалась отрицательная динамика. Констатирована смерть, причиной которой является ДВС - синдром (клинико-лабораторный), носовые кровотечения, полиорганная недостаточность, дыхательная недостаточность 3 степени, печеночная недостаточность, почечная недостаточность, острая сердечно-сосудистая недостаточность, гастроинтестинальная недостаточность, отек легких, асцит, гидроторакс, отек головного мозга.

Одним из факторов, который привёл к летальному исходу, явилось отсутствие аллогенного донора гемопоэтических стволовых клеток.

Вывод.

Данный клинический случай является примером редкого заболевания анемии Фанкони.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЙ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ

Т.Б. Базарбай, Е.С. Камидолла – студенты 6 курса факультета педиатрии

Кафедра детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии
АО «НМУ», Алматы, Казахстан
Научный руководитель - к.м.н., ассистент Г.Т. Султанкулова

Актуальность. Хроническая почечная недостаточность (ХПН) представляет собой серьезную проблему со здоровьем, ежегодный уровень заболеваемости составляет примерно 5-10 детей на миллион. В РК распространенность ХПН у детей составляет 36,8 пациентов на миллион. Это заболевание, которое требует особого ухода, такого как строгая диета, изменение образа жизни и частый медицинский мониторинг, и связано с осложнениями, включая анемию, сердечно-сосудистые заболевания, патологии легких, развитие неврологических расстройств и психосоциальные проблемы. В настоящее время существуют различные варианты заместительной почечной терапии у детей с ХПН: гемодиализ (ГД), перитонеальный диализ (ПД) и почечный трансплантат (ПТ). Это привело к увеличению ожидаемой продолжительности жизни, и, как следствие, вероятно, что больше детей с ХПН достигнет взрослого возраста. Основываясь на это по сей день оценка терапевтической эффективности заместительной терапии является актуальной темой.

Цель исследования. Оценить терапевтическую эффективность заместительной терапии у детей больных хронической почечной недостаточностью.

Материалы и методы исследования. Данное исследование проводилась на базе республиканской детской клинической больницы города Алматы. Проведен ретроспективный анализ 50 архивных историй болезни детей в возрасте 2–15 лет с диагнозом ХПН, получавшие лечение в отделении экстракорпоральной детоксикации в период с мая 2018 года по март 2019 года. Оценивались клинико-лабораторные показатели детей до заместительной терапии и после.

Результаты исследования. В структуре заболевания преобладают мальчики (60%), в то время как частота ХПН у девочек было реже (40%). Во время поступления и до заместительной терапии у детей были следующие клинические данные: интоксикационный синдром у 60%, отечный синдром у 67%, гипертензия у 42%, судорожный синдром у 21% и дизурические изменения у 96%.

Лабораторные данные до заместительной терапии: эритроциты 3,0 ± 0,2 10^{12} /л, гемоглобин 88,1 ± 4,0 г/л, гематокрит 35,6 ± 1,1 %, креатинин 748,4 ± 32,2 ммоль/л, мочевина 22,7 ± 2,1 ммоль/л, кальций 1,71 ± 0,05 ммоль/л, калий 5,34 ± 0,45 ммоль/л, натрий 137,3 ± 1,5 ммоль/л, pH крови 7,0 ± 0,1, pCO_2 3,3 ± 0,4 кПа, SB – 16 ± 3 ммоль/л, BB – 25 ± 3,5 ммоль/л, патологический мочевой осадок (протеинурия, гематурия, цилиндрурия) у 89% детей.

Клинико-лабораторные данные при выписке, после получения ряда почечно-заместительной терапии (гемодиализа): интоксикационные, отечные синдромы уменьшились у 42,5%, гипертензия уменьшилась у 18% пациентов. Эритроциты 3,2 ± 0,5 10^{12} /л, гемоглобин 89,4 ± 1,2 г/л, гематокрит 35,6 ± 1,1 %, креатинин 331,2 ± 52,1 ммоль/л, мочевина 13,4 ± 1,0 ммоль/л, кальций 1,69 ± 0,09 ммоль/л, калий 5,46 ± 0,33 ммоль/л, натрий 136,5 ± 0,9 ммоль/л, pH крови 7,2 ± 0,85, pCO_2 3,6 ± 0,5 кПа, SB – 19 ± 4 ммоль/л, BB – 32 ± 6,1 ммоль/л.

Выводы. При хронической почечной недостаточности отмечается высокая концентрация конечных продуктов обмена белка, что приводит к различным расстройствам разных систем органов. Основываясь на вышеперечисленные результаты можно сделать выводы, что почечно-заместительная терапия приходит к значительному снижению уровня креатинина и мочевины, которые поврежденные почки сами не в силах элиминировать из организма. Также хотелось отметить, что у 86% больных были обнаружены кардиомиопатии в сочетании с ренальной остеодистрофией, изучение данной особенности в дальнейшем имеет право на научное исследование.

РАНЖИРОВАНИЕ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

А.В. Микитюк - студентка 4 курса лечебного факультета

Кафедра педиатрии

УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь

Научный руководитель: Н.А. Скуратова, к.м.н., доцент

Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются актуальной проблемой здравоохранения в связи с высокой распространенностью, частотой развития осложнений и смертностью.[1,2]. Важным является изучить и проранжировать клинико-диагностические показатели сердечно-сосудистой системы(ССС), что позволит выделить для каждого заболевания, ведущие клинические и функционально-диагностические особенности и составить клинический портрет пациента.

Цель: провести ранжирование клинико-диагностических показателей ССС у детей с различными ЗСК, на основании результатов составить клинический портрет пациента.

Материалы и методы исследования: на базе кардиологического отделения Гомельской областной детской клинической больницы обследовано 188 пациентов в возрасте от 8 до 16 лет, из них: 99 (57%) мальчиков и 89 (43%) девочек. В зависимости от профиля заболеваний системы кровообращения дети были разделены на 5 групп: 1 группа – дети с малыми аномалиями развития сердца (МАРС) составили 50 пациентов, 2 группа –

дети с врождёнными пороками сердца (ВПС) составили 22 ребенка, 3 группа – дети с нарушением ритма сердца (НРС) составили 50 пациентов, 4 группа – дети с вегетативной дисфункцией (ВД) составили 43 ребенка, 5 группу составили дети с артериальной гипертензией (АГ) – 23 ребенка. Наряду с клиническим обследованием всем проводилась электрокардиограмма (ЭКГ), холтеровское мониторирование (ХМ) и суточное мониторирование артериального давления (СМАД). Также проводилась оценка клинических симптомов, НРС и АД по данным ЭКГ, СМАД и ХМ. Ранжирование клинико-диагностических показателей проводилось по оценке частоты встречаемости признака у детей различных групп . При статистическом анализе результатов использовался критерий хи-квадрат и метод прямого ранжирования. Достоверными считали $p<0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение: была составлена «пирамида» значимости заболеваний по данным ранжирования клинико-диагностических показателей ССС у детей, согласно которой на 1 месте расположились МАРС, на 2 месте ─ ВД, на 3 месте ─ НРС, на 4 месте ─ ВПС, на 5 месте ─ АГ.

По результатам статистического анализа отмечено, что клинический портрет педиатрического пациента с МАРС включает характерные признаки: боль в области сердца, слабость и утомляемость, приступы тахикардии. ЭКГ характеризуется нарушениями сочетанного характера, по ХМ преобладает IVb класс (парные полиморфные экстрасистолы), по СМАД лидировала нормотензия.

Для детей 2 группы с диагнозом: ВПС характерно либо отсутствие жалоб, либо наличие жалоб на одышку. При ЭКГ чаще выявляются нарушения проводимости сердца, по данным ХМ лидирует III класс экстрасистолии (полиморфные экстрасистолы) и V класс (пробежки желудочковой тахикардии), по данным СМАД преобладает ночная АГ.

Для детей 3 группы, имеющих НРС, характерны приступы тахикардии и брадикардии, сердцебиение и эмоциональная лабильность. На ЭКГ у данной группы пациентов лидируют нарушения автоматизма и возбудимости, при ХМ – II класс экстрасистолии (свыше более 30 ЭС в час), по результатам СМАД характерна нормотензия с недостаточным снижением АД в период сна.

Дети 4 группы (ВД) чаще жаловались на нехватку воздуха, обмороки и синкопе в анамнезе, при ХМ чаще регистрировался I класс экстрасистолии (менее 30 в час) и IVa класс (парные мономорфные экстрасистолы), по данным СМАД характерна стабильная гипотензия.

У детей обследованных по поводу АГ, характерны: головная боль, головокружение, потемнение в глазах, повышение АД, носовое кровотечение. Суточное мониторирование в отличие от других групп по ранговому соотношению была отмечена стабильная гипертензия

САД, лабильная АГ, снижения САД дети-«дипперы» и снижения ДАД «нон-дипперы».

Выводы: наиболее значимыми по сумме баллов в ранговой принадлежности по клинико-диагностическим признакам явились МАРС, по клиническим жалобам – лидировали ВД, по данным ЭКГ нарушения проводимости характерны для пациентов с ВПС. По данным ХМ признаки электрической нестабильности миокарда чаще регистрировались у детей на фоне МАРС. По результатам СМАД нестабильные цифры АД характерны для детей с ВД, АГ и ВПС.

ГИПОБАРОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ С ГИПОБАРОТЕРАПИИ

Э.И. Аметова - студентка 417 гр. лечебного факультета,

К.А. Семёнова 403 гр. лечебного факультета

Кафедра детских болезней

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России, Оренбург, Россия

Научный руководитель - д.м.н., доцент Г. Д. Алеманова

Актуальность. Бронхиальная астма (БА) – распространенное хроническое заболевание дыхательных путей. В развитии воспаления дыхательных путей при БА активно участвуют провоспалительные цитокины, которые влияют на тяжесть воспаления.

Цель исследования - изучить клинико-иммунологическую эффективность гипобаротерапии (ГБТ) при комплексном лечении детей с бронхиальной астмой легкой степени тяжести.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 20 больных в возрасте 5-16 лет, страдающих атопической БА легкой степени тяжести в периоде ремиссии, которые получили курс ГБТ. Для оценки клинического эффекта сравнивали основные клинические признаки БА (частота, тяжесть, длительность приступов обструкции, наличие ночных эпизодов, эффективность купирующих средств) и длительность ремиссии за годичной период до и после курса ГБТ. Клинические признаки заболевания ранжированы в баллах. Хороший клинический эффект - при уменьшении степени выраженности клинических проявлений заболевания через год на 4 балла, удовлетворительный – на 3 балла. Отсутствие эффекта – если количество баллов не изменилось. Уровень ИЛ-4 в сыворотке крови определяли методом ИФА с использованием коммерческих тест систем «Протеиновый контур». Полученные данные обработаны статистическими методами с использованием программы "Биостатистика". Выявление статистических значимых различий в сравниваемых группах осуществлялось на основе критерия Стьюдента(t).

Результаты исследования. При анализе клинической эффективности было выявлено,

что хороший клинический эффект был отмечен у 78,5% больных, удовлетворительный – у 14,3% и неудовлетворительный – у 7,2% пациентов (наиболее часто отмечался хороший клинический эффект). Среднее значение содержания ИЛ-4 в сыворотке крови у детей с легкой степенью тяжести БА было статистически достоверно ($p \leq 0,005$) выше нормальных значений (18,5±1,5пг/мл). В динамике через 3 месяца после ПБГ отмечалось достоверное снижение показателя (от 119,0±6,52 до 34,55±9,63 пг/мл, при этом показатель не достиг значения нормы).

Выводы. IL-4 - это основной цитокин, вовлеченный в патогенез аллергического ответа. В связи с этим снижение и нормализация этого показателя при легкой степени тяжести БА является одним из наиболее значимых иммунологических механизмов лечебного эффекта прерывистой гипоксии.

ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ

НОВООБРАЗОВАНИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА, ПРОЯВЛЯЮЩИЕСЯ СИНДРОМОМ ПАЛЬПИРУЕМОЙ ОПУХОЛИ У ДЕТЕЙ

Абдусаламова П.М. ,Идрисова З.М., Гасанова А.М – студенты 6 курса лечебного фак-та

Кафедра детской хирургии ДГМУ

Научный руководитель: д.м.н., проф Б.М. Махачев .

Актуальность: Последние годы количество опухолей у детей возрастатет. В большистве случаев новообразования проявляются синдромом пальпируемой опухоли.

Причины поздней диагностики опухолей у детей:

-редкость онкологических заболеваний

- Низкая онкологическая настороженность педиатров

- отсутствие симптомов характерных для опухолей на ранних стадиях

Выявление опухолей сложной диагностической проблемой. Трудности диагностики связанны с огромным количеством причин,, лежащих в основе развития синдрома, стертой клиникой, низкой онкологической настороженностью педиатра, невнимательным отношением родителей к здоровью ребенка

Цель :выявление алгоритма по ранней диагностики и успешного лечения опухолей у детей.

Материалы и методы:

Нами был проведенретроспективный анализ 30 историй болезни с предварительным диагнозом новообразование брюшной полости и забрюшинного пространства , в период с 2016 по 2018 год в отделении плановой хирургии , ДРКБ имени Кураева..

Из них 23 девочки, 10 мальчиков. По возрасту рапределены следующим образом дети до года – 14 человек, от 2 до 6 лет – 7 , от 7 до 14 лет- 12 .

Результаты: При обращении выявлялось : боли в животе 11 случаев , потеря веса 5 случаев , потеря аппетита и плаксивость 5 случаев, в большинстве случаев увеличение размеров живота , обнаружение пальпируемой опухоли.

Наиболее часто встречающимся новообразованием является : нефробластома —14 случаев , в I–II стадии 18 %, III стадия — 50 %, IV — 22, V — 10 %. В 30% случаев образование случайно выявлялось родителями, 35% при профилактическом осмотре. 35% лечилось у педиатров по месту жительства с различными диагнозами, что указывает на недостаточную онкологическую настороженность.

.Оперативное лечение : расширенная нефрэктомия с последующей химиотерапией.

Среди других новообразований тератома яичников 7 случаев. В 1 случае перекрут

воспаленного придатка. Оперативное лечение получали 6 , 3 пациенткам – оварэктомия ,в 3 случаях лапароскопическое удаление тератомы. Верифицирован диагноз во всех случаях . В 3 случаях диагностирована злокачественная тератома.

Опухолевые образования печени гепатобластома выявлена в 3 случаях. Все пациенты направлены в федеральный центр.

Опухоли поджелудочной железы 3 случая Хирургическое лечение было выполнено 1 пациентке с опухолью хвоста поджелудочной железы . Оперирована успешно. Двое по желанию родителей направлены в федеральный центр.

Выводы: По нашему мнению существуют резервные возможности для ранней диагностики злокачественных новообразований , которые проявляются синдромом пальпируемой опухоли.

Необходимо помнить что :

1. Злокачественные опухоли встречаются в детском возрасте
2. При нетипичном течении любого заболевания всегда надо исключить опухоль.
3. Большинство опухолей излечимы при своевременной диагностике и правильном лечении.

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Н. О. Малаалиева – студентка 601 гр. педиатрического факультета

Кафедра детской хирургии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - д.м.н. *Б. М. Махачев*

Введение: Хирургическое лечение врождённых диафрагмальных грыж является актуальной проблемой у новорожденных.

Актуальность: Данное заболевание является занимает 8% от всех врожденных патологий новорожденных. Частота варьирует от 1:2000 до 1:4000. 32% рождаются мертвыми. 36% умирают до поступления в хирургию новорожденных

Цель исследования: Проведение анализа результатов лечения врождённых диафрагмальных грыж разными способами.

Материалы и методы: На базе ДРКБ г. Махачкала находились на лечении 28 новорожденных с диагнозом: врождённая диафрагмальная грыжа. Из них у 26 пациентов выявлено левостороннее расположение диафрагмальной грыжи, в 2 случаях правостороннее. 6 новорожденных были недоношенными. Множественные пороки развития выявлены у 14 (43,7%) новорожденных. 17 новорожденным выполнено оперативное вмешательство -

торакотомия (пластика диафрагмы). 8 новорожденным выполнено оперативное вмешательство торакоскопическим методом. У всех новорожденных проводился мониторинг ЧСС, НАД, SpO2, EtCO2, исследование КОС и газового состава капиллярной крови, ЭХОКГ с определением давления в лёгочной артерии. Операция проводится следующим образом: Положение ребенка на боку. Устанавливаем 3 троакара, 2 и 3-4 межреберье. Инсуффляция (закись азота) 4-6 мм.рт.ст. При ревизии в плевральной полости петли тонкого и толстого кишечника, селезёнка, печень. Окончатым зажимом и мягким зажимом органы вправляют в брюшную полость. Дефект ушивают капроном узловыми швами. В послеоперационном периоде ребенок находится в реанимационном отделении, на ИВЛ с полной синхронизацией. Кормление начинаем на 2-3 сутки. Проводится коррекция лёгочной гипертензии. Перед выпиской контрольная рентгенография и УЗИ сердца. Преимущества торакоскопии: - малая травматичность доступа - минимальная потеря крови во время операции - лучшая визуализация органов и тканей грудной клетки на всех этапах оперативного вмешательства - более гладкое течение раннего послеоперационного периода за счёт уменьшения болевого синдрома - уменьшение количества послеоперационных осложнений - сокращение сроков госпитализации больных - отличный косметический результат - по предварительным данным отмечается значительное снижение летальности (с 62,2 до 14,3%).

Результаты: У новорожденных, которым выполнено оперативное вмешательство эндоскопическим методом в послеоперационном периоде состояние улучшилось. Сравнительные сроки пребывания в стационаре сократились. Из 17 оперированных открытым доступом 8 случаев закончились летальным исходом, а из 8 оперированных торакоскопическим методом только 1 случай летального исхода.

Выводы: Торакоскопическая пластика аномалий и заболеваний диафрагмы у новорожденных демонстрирует лучшие результаты, чем при открытой методике.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ

А.Н. Амирова, М.Н. Курбанова, З.А. Фатулаева – студентки 508 гр. педиатрического *факультета*

Кафедра детской хирургии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – д.м.н., проф. Б.М.Махачев

Актуальность. опухоли и опухолеподобные заболевания челюстно-лицевой области являются достаточно распространенной патологией и, хотя в большинстве случаев носят доброкачественный характер и не представляют серьезных проблем, в ряде случаев весьма

сложны в плане идентификации и выбора метода лечения.

Цель исследования. Провести мониторинг частоты заболеваемости опухолями и опухолеподобными образованиями челюстно-лицевой области у детей, оценить качество диагностики и проанализировать результаты лечения.

Материал и методы. За период с 2013 по 2018 гг. в отделении ЧЛХ ДРКБ им. Кураева находилось 877 детей с опухолями и опухолеподобными образованиями челюстно-лицевой области. По возрасту больные распределились следующим образом: до 3-х лет-350, с 3-х до 6 лет-263, старше 6 лет-264. Мальчиков -452, девочек-425. Всего проведено 625 оперативных вмешательств, из них по поводу опухолей 420 пациентам (67%), с кистами 205 пациентам (33%).

В комплекс обследования данной категории больных входило рентгенография, КТ, МРТ, ангиография и биопсия с последующим гистологическим исследованием, а также стерильная пункция. Нередко требовались совместные осмотры нескольких специалистов: челюстно-лицевого хирурга, эндокринолога, ЛОР-врача и др.

Лечение большинства больных с общеизвестными образованиями (гемангиомы, дермоидные и эпидермоидные кисты, пигментные невусы, атеромы) заключалось в иссечении соблюдением принципов косметики и не представляло сложностей.

Нами проведен анализ результатов лечения 72 больных с опухолями и опухолеподобными образованиями больших размеров и сложной локализации, требующих детального обследования и строго индивидуальных реконструктивно-пластических операций.

В анализируемую группу включены 56 больных с доброкачественными образованиями : 46 мягкотканных (кавернозные гемангиомы и лимфагемангиомы-44, юношеские ангиофибромы-2), 6 остеогенных (остеобластокластома-1, хондромы-2, остеома-1), 2 одонтогенные (амелобластомы) и 1 киста решетчатой пазухи с прорастанием в лобную пазуху и глазницу, а также со злокачественными опухолями мягких тканей и костей челюстно-лицевой области: лимфома-8, лимфосаркома-3, нейробластома-2, фибросаркома-1, рабдомиосаркома-1, остеосаркома-1.

При обширных опухолях, охватывающих несколько клетчаточных пространств, хирургическое вмешательство, как правило, сопровождалось перевязкой наружной сонной артерии. После оперативного удаления опухоли для закрытия дефекта применялись ротации кожного или мышечно-кожного лоскута, а также свободная кожная пластика.

При обширных опухолях придаточных пазух выполнена операция Мура, причем у одного больного одномоментно с двух сторон. 12-ти больным с доброкачественными опухолями, прорастающими в основание черепа, произведены радикальные операции –

удаление опухоли. При лечении злокачественных опухолей челюстно-лицевой области произведены радикальные операции с эксцентрацией глазницы, с гайморотомией, этмоидотомией, с резекцией верхней челюсти. Также в клинике произведены операции Крайля, субтотальные резекции нижней челюсти и др.

В последующем все больные, оперированные по поводу злокачественных новообразований, получали химио- и лучевую терапию в отделении онкологии.

При костных дефектах, образовавшихся после удаления опухоли, были выполнены костно-пластические операции с применением аутотрансплантата, при имплантации использовались титановые эндопротезы и пластины при формировании дна глазницы.

Результаты. результаты хирургического лечения всех форм опухолей челюстно-лицевой области хорошие и удовлетворительные

Выводы. проведенный анализ свидетельствует о том, что рост опухолей в республике имеет тенденцию к росту. На данный момент актуальной остается тема профилактики и ранней диагностики данной патологии у детей, так как выявленные нами опухоли обширных локализаций и запущенных стадий были связаны с поздней обращаемостью. Но необходимо отметить, что имеются значительные продвижки в плане лечения некоторых опухолей, хирургического подхода к остеогенным и одонтогенным опухолям.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДИСТАЛЬНЫХ ФОРМ ГИПОСПАДИЙ У ДЕТЕЙ

А. М. Магомедова - студентка 511 гр. педиатрического факультета

Кафедра детской хирургии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - ассистент Муртузалиев З. Н.

Актуальность. Гипоспадия является частым пороком развития, которая встречается в 1 случае на 150-200 рожденных мальчиков. Выбор способа операции зависит от размера полового члена и его головки, состояния уретральной площадки, выраженности искривления полового члена, наличия крайней плоти.

Цель. Оценить результаты различных методик пластик уретры у детей при дистальных формах гипоспадии

Материал и методы исследования. За период с 2016 по 2018 годы в отделении урологии ДРКБ были оперированы 291 детей с дистальной формой гипоспадии. Возраст детей от 2 до 15 лет. Головчатая форма наблюдалась у 53 пациентов, венечная – 92, передне стволовая - 146. Произведены следующие операции: пластика по Mathieu – 121, Snodgrass – 130, Duplay – 18, MAGPI – 16, Koff – 6.

Результаты исследования. Оценка результатов применяемых пластик уретры,

основывалась на наличие осложнений. Так формирование уретрально - кожного свища отмечено в 32 случаях (Mathieu – 26, Snodgrass – 4, Duplay - 2), меатостеноз у 9 детей (Snodgrass – 3, Mathieu – 2, Duplay – 2, Koff - 2)

Выводы. Наиболее частыми осложнением при коррекции дистальных форм гипоспадий является кожно – уретральный свищ. Значительное снижение количества данного осложнения отмечаем при проведении пластики уретры по Snodgrassc прикрытием сформированной неоуретры мобилизованной мясистой оболочкой препуциального мешка.

ГЛАЗНЫЕ БОЛЕЗНИ

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ МАКУЛЯРНОГО ОТЕКА СЕТЧАТКИ

М.М. Магомедова- аспирант, А. Э. Муслимова - студентка 3-го курса, лечебного факультета

Кафедра глазных болезней №1 с УВ

Научный руководитель - профессор А-Г.Д Алиев

Актуальность. Макулярный отек сетчатки (МО) при таких заболеваниях, как диабетическая ретинопатия, окклюзия центральной вены сетчатки и возрастная макулодистрофия, является одной из наиболее частых причин резкого снижения зрения, приводящего к инвалидизации лиц преимущественно трудоспособного возраста [1-3]. По данным международных исследований, при выявлении МО в первые два года заболевания 35% пациентов уже теряют способность к чтению, что свидетельствует о высокой социальной и экономической значимости данного заболевания и о необходимости его своевременного выявления и эффективного лечения [2-4].

Анализ литературы показывает, что эффективность существующих способов лечения МО в ряде случаев оказывается недостаточно высокой и позволяет лишь уменьшить риск потери зрения. В связи с этим на базе ГБУ РД НКО «Дагестанский центр микрохирургии глаза» был разработан и внедрен в клиническую практику комплексный метод лечения макулярного отека сетчатки, включающий субтеноновое введение пролонгированного кортикостероида «Дипроспан» в объеме 0,5мл (1-й этап), спустя 15-20 дней - интравитреальное введение ингибитора неоангиогенеза (2-й этап). Патент РФ "Способ комбинированного лечения макулярного отека сетчатки" от 2622031 от 07.12.2015г. Авторы: М.М.Магомедова, С.И. Закиева, А-Г.Д.Алиев.

Материал и методы

Обьектом исследования явились 32 пациента (38 глаз), из них 9 мужчин и 23 женщины в возрасте от 55 до 75 лет, в том числе с постокклюзионным МО сетчатки 13 человек (15глаз), диабетическим МО (ДМО) -12 человек (14 глаз), с экссудативной формой возрастной макулярной дегенерации (ВМД-7 человек (9глаз). В зависимости от применяемого лечения сформированы две группы пациентов :1-я группа пациентов (14 пациентов) получала интравитреальное введение ранибизумаба, 2-я (18 пациентов)- комбинированное лечение. Комбинироанное лечение заключалось в субтеноновом введении дипроспана (0.5мл) с последующей (через 10-15 дней) лазеркоагуляции сетчатки.

При ДМО и постокклюзионном МО проводилась панретинальная, секторальная и фокальная лазеркоагуляция. Режим лазеркоагуляции подбирался индивидуально. Пациентам с

экссудативной формой ВМД лазерная коагуляуия не подводилась. Ранибизумаб вводился интравитреально в количестве -0.05 мл, дипроспан- в субтеноновое пространство в обьеме 0.5 мл. Положительный клинический результат при проведении данного способа лечения обуславливается блокадой экспрессии эндотелиального фактора роста, уменьшением проницаемости гематоретинального барьера , стойким уменьшением МО и редукцией неоваскуляризации. Всем пациентам проводилось стандартное офтальмологическое обследование и дополнительно оптическая когерентная томография (ОСТ) - оптический когерентный томограф RTvueXR 100 "AVANTI" OPTOVUE. Также было исследовано влияние отека сетчатки на динамику зрительного восприятия с помощью анализатора полей зрения - компьютерного периметра АПЗ"Перитест" 30/50/100.

Результаты:

В обеих группах максимальный терапевтический эффект отметили в сроки от3 до 6 месяцев. Во второй группе отмечено стойкое улучшение остроты зрения (в среднем на 0,55 в 88% случаев), По данным (ОСТ) толщина сетчатки у всех пациентов сокращалась в среднем 450 мкм в 78% случаев. Отмечалась значительная резорбция интраретинальной и субретинальной жидкости, преимущественно к 3 месяцу наблюдения. По данным КП в группе сравнения наблюдалось повышение световой чувствительности в центральной зоне сетчатки и улучшение зрительного восприятия в 87% случаев (33 глаза) и в дальнейшем отрицательной динамики выявлено не было

В дальнейшем только во второй группе, получавшей комбинированное лечение, к концу срока наблюдения острота зрения оказалась выше исходных данных, что свидетельствует о стабильности достигнутого результата.

Заключение:

Полученные результаты подтверждают практическую значимость комбинированного лечения МО. Предложенный способ лечения приводит к стойкому улучшению остроты зрения, быстрому и стабильному сокращению отека сетчатки и снижению риска развития и прогрессирования дистрофического процесса в сетчатке. Комбинированная терапия отличается многокомпонентностью и патогенетической ориентированностью, что способствует повышению эффективности функциональной реабилитации пациентов с МО различного происхождения.

Список литературы

1. *Алпатов С.А., Щуко А.Г., Урнева Е.М., Малышев В.В.* Возрастная макулярная дегенерация. Москва: ГОЭТАР-Медиа, 2009.

2. *Алтынбаев У.Р., Бикбов М.М., Маликова А.Л.* Способ лечения макулярного отека различного генеза. Патент РФ № 2393824. Б.И. № 19 от 10.07.2010.

3. *Cohen S.Y.* Anti-VEGF drugs as the 2009 first-line therapy for choroidal neovascularization in pathologic myopia. Retina. 2009; 29: 1062-6.

4. *Rehak J., Rehak M.* Branch retinal vein occlusion: pathogenesis, visual prognosis, and treatment modalities. Curr. Eye Res. 2008; 33(2): 111-31.

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ СИМПТОМОВ СИНДРОМА «СУХОГО ГЛАЗА» У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

А.В. Лисеный – студент 518 группы лечебного факультета, Т.Ю. Сивуха, А.С. Хрущёва студенты 504 группы лечебного факультета

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом ФПКиП

УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь

Научный руководитель - м.м.н, ассист. А.М. Островский

Актуальность. Синдром «сухого глаза» (ССГ) представляет собой комплексное заболевание, которое распространено во всем мире и является одной из основных проблем современной офтальмологии. Его можно определить, как комплекс признаков выраженного или скрыто протекающего роговичного или роговично-конъюнктивального ксероза, возникающего на почве длительного нарушения стабильности прикорнеальной слезной пленки. По данным литературы известно, что ССГ встречается у 9–18% населения развитых стран мира, причем его распространенность имеет неукоснительную тенденцию к увеличению. Так, за последние 30 лет частота обнаружения ССГ возросла в 4,5 раза, в связи с чем ССГ по праву можно назвать болезнью цивилизации.

Цель исследования – провести медико-социологическое исследование по оценке степени выраженности симптомов ССГ у студентов-медиков.

Материалы и методы исследования.

Для оценки степени выраженности симптомов ССГ у студентов медицинского вуза выбран социологический метод. Опрос проводился по анкете Ocular Surface Disease Index (OSDI). Оценка результатов анкетирования проводилась по коэффициенту OSDI, который рассчитывался по формуле: OSDI = D x 25 / E. Приведенная ниже шкала удобна тем, что позволяет определить, не прибегая к расчетам, коэффициент OSDI по сумме набранных баллов (D) и количеству ответов на вопросы (не учитывая вопросы с ответом «Затрудняюсь ответить») (E).

Всего в анкетировании приняли участие 213 студентов 5 курса УО «Гомельский

государственный медицинский университет» в возрасте 21–23 лет. Статистическая обработка результатов исследования проводилась при помощи компьютерной программы Microsoft Excel, 2013 с использованием сравнительной оценки распределений по ряду учетных признаков и достоверностью показателей и различий рассматриваемых выборок при уровне значимости $p \leq 0,05$.

Результаты исследования.

Среди опрошенных студентов испытывали за последнюю неделю чувство болезненности или воспаленности глаз 127 (59,62%) человек, причем большую часть времени данный симптом беспокоил 10 (7,87%) человек, примерно половину указанного временного периода 39 (30,71%) человек, иногда 78 (61,42%).

Из числа опрошенных 122 (57,28%) студента испытывают повышенную светочувствительность. Среди них 27 (31,40%) человек этот симптом беспокоит примерно половину указанного временного периода, 22 (18,04%) респондентов – большую часть времени или постоянно. У 73 (34,27%) студентов повышенная светочувствительность появляется время от времени.

Такой симптом, как затуманивание зрения, испытывают 110 (51,64%) студентов: 3 (1,41%) человек этот симптом беспокоит постоянно, 12 (10,91%) человек – большую часть времени, и 19 (17,27%) человек – примерно половину указанного времени. Изредка данный симптом беспокоит 76 (69,09%) человек.

Ухудшение зрения отмечают 124 (58,22%) студента. Из них эпизодически данный симптом отмечают 67 (54,03%) человек, большую часть или половину указанного времени – 50 (40,32%) человек, постоянно – 7 (3,29%) человек.

Среди опрошенных студентов 86 (40,38%) человек отметили, что за последнюю неделю испытывали ощущение песка в глазах, из которых 52(60,46%) человека данный симптом беспокоит периодически, половину указанного временного периода – 27 (31,40%) человек, 6 (6,98%) человек – большую часть времени и только 1 (1,16%) человека – на протяжении всего времени.

На вопрос, появились ли за последнюю неделю у Вас проблемы со зрением, затрудняющие выполнение какого-либо из указанных видов работ, 108 (50,7%) студентов указали на 2 вида работ: чтение и работа за компьютером.

Проблемы со зрением, затрудняющие чтение, время от времени испытывают 65 (60,18%) студентов, примерно половину указанного временного периода 22 (20,37%) человека, большую часть времени 19 (17,6%) респондентов и лишь 2 (1,85%) человека указали, что при возникновении проблем, связанных со зрением, все время возникают проблемы с чтением.

Проблемы со зрением, затрудняющие работу за компьютером, наблюдаются у 67(62,04%) человек, среди которых 26 (24,07%) опрошенных отмечают примерно половину, а 13 (12,04%) человек большую часть указанного времени.

Проблемы со зрением, затрудняющие просмотр телевизора, есть у 77 (36,17%) человек. Это может быть связано с тем, что молодежь сегодня не так часто проводит время за телевизором. Ночное вождение выбрали 61 (28,64%) человек.

У 130 (61,03%) человек зрительный дискомфорт обусловлен ветряной погодой, при этом 69 (53,08%) человек испытывают дискомфорт иногда, 26 (20,00%) студентов – примерно половину указанного временного периода, 28 (21,54%) – большую часть времени и 7 (5,38%) – постоянно.

Среди опрошенных респондентов 86 (40,38%) студентов испытывают зрительный дискомфорт в местах с пониженной влажностью воздуха. Из них 2 (2,32%) человека все время испытывают зрительный дискомфорт, 13 (15,12%) студентов – большую часть своего времени, 29 (33,72%) человек – примерно половину указанного временного периода, 42 (48,84%) студента – лишь иногда.

Испытывают зрительный дискомфорт в кондиционируемых помещениях 72 (33,80%) студента, 10 (13,89%) человек из которых ощущают дискомфорт большую часть времени, 16 (22,22%) человек – примерно половину указанного временного периода, 43 (59,72%) студента – время от времени. У 3 (4,17%) студентов зрительный дискомфорт отмечался на протяжении всего проводимого в них времени, причем со временем дискомфорт становился более выраженным.

Анализируя полученные в результате анкетирования данные, выяснилось, что 67 (31,46%) опрошенных студентов отмечают симптомы ССГ различной степени выраженности: от слабой у 20 (9,39%) и умеренной у 41 (19,25%), до сильной у 6 (2,82%) человек. Средний коэффициент OSDI по данной выборке в целом составил 19,54±17,21.

Выводы.

Почти у трети опрошенных студентов отмечаются проявления, по своей выраженности и частоте характерные субклинической или клинической стадии развития ССГ, что создает дополнительные трудности в выполнении некоторых видов деятельности, например, таких, как работа за компьютером или чтение в течение длительного периода времени. Людям с сухостью глаз проблематично длительно находиться в среде с сухим воздухом (кондиционированный воздух помещений, теплый или горячий воздух и т.д.), а также в ветреную погоду.

Проведенное исследование позволяет говорить о необходимости разработки и проведения мероприятий, направленных на своевременное выявление и профилактику

развития ССГ у студентов медицинского университета, а также использование в образовательно-воспитательном процессе современных информационных и информационно-мотивационных технологий по охране зрения, а также повышению ответственности студентов-медиков за свое здоровье.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СПОСОБА НЕПРЕРЫВНОЙ ПЕРФУЗИИ СУБТЕНОНОВОГО ПРОСТРАНСТВА В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛАЗА

Саидова Р.М. – врач – офтальмолог отделения «ВР-КХ» ГБУ НКО «ДЦМГ»

Нурудинов М.М. – врач – офтальмолог отделения «НТ-ВРХ» ГБУ НКО «ДЦМГ»

Кафедра глазных болезней №1 с УВ

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

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

Актуальность. Внутриглазная инфекция остается одним из наиболее опасных осложнений проникающих ранений глаза и операций со вскрытием фиброзной оболочки глаза и является основным фактором, приводящим к развитию эндофтальмита. Частота развития внутриглазной инфекции колеблется от 6.6% до 20% случаев прободных травм глаза и от 0.05 % до 0.68% после полостных хирургических вмешательств на глазном яблоке. Инфекционный эндофтальмит чаще всего является осложнением открытой травмы глаза (95-97%), реже - хирургического вмешательства (2-4%), крайне редки эндогенные инфекционные эндофтальмиты. По данным зарубежных авторов, частота встречаемости послеоперационного эндофтальмита (ПЭ) варьирует от 0.03% до 0.3%. Эндофтальмит приводит к крайней инвалидизации –слепоте в 5-45%, к гибели глаза - 28-84% случаев.

Цель исследования. Целью исследования явилась оценка эффективности способа непрерывного введения лекарственных средств в субтеноновое пространство в лечении гнойно – воспалительных заболеваний глаза.

Материалы и методы исследования. С 2018 по 2019 гг. на базе отделения «Витреоретинальной и катарактальной хирургии» ГБУ НКО «ДЦМГ» нами было исследовано 8 пациентов с острым гнойным воспалением глаза. Пациенты были разделены на 2 группы. Пациентам I группы (5 глаз) была проведена стандартная комплексная терапия эндофтальмита, включающая в себя субтотальную витрэктомию с перфузией витреальной полости раствором антибиотика, с последующим курсом противовоспалительной, антибактериальной терапии. Во II группе (3 глаза) после субтотальной витрэктомии с перфузией витреальной полости раствором антибиотика, была проведена имплантация в субтеноновое пространство, системы для непрерывной перфузии (патент на изобретение №2675691). В качестве инфузионной системы,

обеспечивающей дозированное введение лекарственных средств, используется инсулиновая помпа Accu-ChekSpiritCombo, которая включает в себя дозатор и ликоновую трубку, длиной 30 см. Дозатор представляет собой электромеханическую помпу. Размеры дозатора 55 х 80 х 20 мм. Дозатор имеет широкие возможности регуляции режима суточного дозирования лекарственного препарата. Система управления позволяет запрограммировать почасовую схему дозирования лекарства.Весь процесс подготовки инфузионной системы и непосредственно имплантация микрокатетера в субтеноновое пространство производится в операционной.Работа с устройством выполняется ассистентом хирурга и начинается с установки текущей даты и времени, затем программируется режим введения, при этом имеется возможность установить необходимый объем вводимого препарата в течение каждого часа. После этапа программирования режима введения, производится заполнение картриджа необходимым лекарственным препаратом, далее к картриджу подключается инфузионная система, входящая в комплект устройства, к свободному концу которой подключается внутривенный катетер.В программе блока управления имеется функция заполнения инфузионной системы, при активации которой помпа автоматически заполняет систему под визуальным контролем врача. По достижению необходимого уровня заполнения инфузионной системы помпа останавливается нажатием клавиши управления. В таком состоянии устройство готово к эксплуатации.Одновременно с процессом подготовки инфузионной системы, хирургом под местнойанестезией 0.5% р-ра проксиметакаина производится разрез конъюнктивы и теноновой капсулы в верхне-наружном квадранте глазного яблока в 8 мм от лимба, длиной 6-8 мм. Шпателем формируется канал в субтеноновом пространстве для имплантата. Верхнее веко оттягивается кпереди и прокалывается в области наружной трети кожной складки при помощи иглы внутривенного катетера. Металлическая игла-проводник удаляется, конец катетера подшивается к коллагеновой губке двумя П-образными швами. Подготовленный таким образом имплантат вводится изогнутым пинцетом в субтеноновое пространство. На конъюнктиву и тенонову капсулу накладывается непрерывный шов, прошивая микрокатетер. В конъюнктивальную полость закапываются антибактериальные капли, на глаз накладывается асептическая повязка. Контроль эффективности проводимой терапии оценивался на основании субъективных жвлоб, данных биомикроскопии, УЗ-дигностики. Все исследования были проведены до, на 1, 3, 7 и 14 дни после операции.

Результаты и обсуждение

Состояние пациентов обеих групп до операции было относительно схожим. У части пациентов (3 глаза) на момент поступления острота зрения была равна 0 (ноль) и

проводимая терапия носила органосохраняющий характер. В остальных 5ти случаях острота зрения была равно правильной светопроекции или не превышало 0,005.

Послеоперационная динамика представлена в таблице 1.

Таблица 1

Динамика послеоперационного состояния пациентов

Исследуемые параметры	**Сроки исследования**				
	До	**1 день**	**3 дня**	**7 дней**	**14 дней**
I группа					
Жалобы на боль	++++	++++	++	++	+
Биомикроскопия	++++	++++	+++	+++	++
УЗ-исследование (В-сканирование)	++++	++	++	++	+
II группа					
Жалобы на боль	++++	++	+	+	+
Биомикроскопия	++++	+++	++	++	+
УЗ-исследование (В-сканирование)	++++	++	+	+	+

Примечание: + - степень выраженности симптомов эндофтальмита, где ++++ - максимальная выраженность, + - незначительные симптомы

Исходя из данных приведенных выше, у пациентов II группы наблюдалась положительная динамика с первого дня послеоперационного периода. В отличии от пациентов II группы, в которой динамика была слабоположительной.

Выводы

Данная методика позволяет ускорить сроки реабилитации пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями глаза. Применение способа непрерывной перфузии субтенонового пространства позволяет улучшить функциональные исходы терапии эндофтальмита.

НАШ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ УСОВЕРШЕНСТВОВАННОЙ МЕТОДИКИ НАРУЖНОЙ ДАКРИОЦИСТОРИНОСТОМИИ

Алиев Р.А. – клинический ординатор 2-го года

Шихунов Д.Ш. – зав. отделением «ВР-КХ» ГБУ НКО «ДЦМГ»

Кафедра глазных болезней №1 с УВ

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия
Научный руководитель - д.м.н., проф. А-Г.Д. Алиев

Актуальность. Несмотря элемент на имеющиеся спроса успехи в изучении этапом патологии слезоотводящих представляют путей, лечение отличительным этой категории торговых больных до установление сих пор разделение остается одной особенности из трудных поставка и недостаточно решенных этом проблем, так степени как часто после проводимых лечебных мероприятий поставка случаются рецидивы конечный заболевания. В общей массе удобством глазной патологии производитель заболевания вертикального также отдела слезоотводящих этапом путей составляют относятся 2 - 21,9 %. предоставление, а системе удельный вес деятельности их только у лиц работоспособного розничной возраста составляет 71 - 85,4 %. Современные элемметоды исследования экономическая выявляют преобладание закупочной роли риногенной разделении патологии в возникновении мероприятий заболеваний вертикального заключение отдела слезоотводящего предоставление тракта у 67 этом - 100 % пациентов. Рецидивы производитель гнойного дакриоцистита распределение после наружной предоставление и эндоназальной дакриоцисториностомии развивающейся (ДЦР) встречаются, так по данным конечный разных авторов внешней в 10 – 30 % случаев являясь. Причинами прибыли такого нежелательного воздействие результата являются мероприятий особенности репаративных также процессов в слизистой спроса оболочке полости внутренней носа, приводящие этапом к сужению дакриостомы зависимости (ДС), а также конечный формирование синехий внешней между латеральной особенности стенкой полости торгового носа в области широкого ДС и передним элементы концом средней внутренней носовой раковины деятельности вследствие их представлено анатомически близкого экономическая расположения. Большое внимание представлено к этой проблеме уходящие объясняется тем, этом что цель спроса сделать операцию деятельности высокоэффективной и технически товаров простой не разделении достигнута в достаточной удобством степени.Для предупреждения активную заращения соустья уходящие между слезным элементы мешком и полостью представлено носа предлагались продвижении различные методики. Применялись более разные варианты розничной пластики ДС, только способы ее отличительным длительной интубации разделении различными материалами: прибыли металлическими зондами, места конским волосом, мероприятий шелковыми или воздействуют капроновыми нитями, распределение трубками из заключение синтетических полимеров. С учетом информавсех преимуществ и недостатков имеющихся закупочной инструментов и вариантов внутренней пластики ДС связанные в ДЦМГ была разработана усовершенствованная

методика наружной дакриоцисториностомии. Суть данной методики заключается в использовании модифицированного устройства трепанофреза прибыли для формирования представлено костного отверстия только при наружной поставка дакриоцисториностомии и бинарного стента для тампонады формированного соустья.

Цель исследования. Разработка и клиническая оценка эффективности усовершенствованной методики наружной дакриоцисториностомии с использованием модифицированного устройства трепанофреза для формирования костного отверстия и бинарного стента для тампонады формированного соустья.

Материалы и методы исследования. За 3 года (2016-2018гг.) торговвключены в исследование деятельности 50 пациентов процесс (50 глаз) с хроническим гнойным коммерческая дакриоциститом: 20 коммерческая мужчин и 30 первой женщин. Варьировал возраст розничной от 21 до розничной 65 лет.

Всем более пациентам проведено процесс общепринятое офтальмологическое установление и стандартное дакриологическое представлено обследование, включающее воздействуют определение высоты широкого слезного ручья, прибыли канальцевую и носовую спроса «цветные» пробы воздействие с 3% раствором обеспечивающие колларгола, промывание, торгового зондирование слезоотводящих отличительным путей (СОП) прибыли по показаниям, поставка пробу Ширмера, увязать дакриорентгенографию. Всем пациентам элементы проведены передняя разделение риноскопия и эндоскопия системе полости носа. Пациенты зависимости были разделены спроса на две более группы. 1-ю, основную, предоставление составили 25 связаны человек (25 деятельности глаз): 20 конечный женщин, 10 сопровождаются мужчин (средний возраст 63 11.5 факторов года), которым удобством была проведена представлено операция с применением производитель модифицированной трепанофрезы для удобством формирования костного заключение отверстия (рис. 1) и стента для торговых тампонады соустья уходящие (рис. 2). В контрольную группу процесс включено 25 развивающейся пациентов (25 глаз): 15 воздействие женщин, 10 предприятия мужчин (средний изыскание возраст 64 пре 1111114.2 года), прооперированных распределение по стандартной элемент методике Тоти. Пациентам относятся обеих групп торговых была проведена товаров дакриоцисториностомия наружным мероприятий доступом. Описание методики: местная также инфильтрационная анестезия связанные 2% раствором конечному лидокаина (вдоль экономическая переднего слезного розничной гребешка и в область сопровождаются костной ямки, целом ниже внутренней торгового связки век информационное по направлению продвижении к носослезному каналу обеспечивающие и выше внутренней распределением связки век целом до надкостницы). В средний степени носовой ход услуг

вводится марлевая системы турунда, смоченная разделении 2% раствором отличительным лидокаин. Разрез кожи степени производится на более 1.5 мм выше внутренней зависимости связки век, внешней в 4 мм медиальнее внутреннего закупочной угла глазной деятельности щели, затем связаны разрез продолжается системы по прямой конечному линии косо мероприятий вниз и кнаружи розничной вдоль переднего отличительным слезного гребешка первой длиной 15 широкого мм до кости, информационное за исключением распределением нижнего отдела товаров раны. Края раны целом фиксируются ранорасширителем. Мягкие экономическая ткани отсепаровываются целом до появления розничной внутренней связки более век. Внутренняя связка целом век у места зависимости ее прикрепления отличительным к кости разрезается внутренней вместе с надкостницей торговых вдоль переднего разделении слезного гребешка разделении по всей разделение длине раны распределением и отделена от элемент кости распатором представляют вместе со более слезным гребешком. Ручной модифицированной производитель трепанофрезой производится сопровождаются резекция кости коммерческая боковой стенки целом носа с формированием зависимости отверстия диаметром предприятия 9 мм, 10 мм, представлено 13 мм пациентам относятся контрольной группы и пациентам основной группы.(рис. этапом 3.1).Основными преимуществами использования трепанофрезы являются: 1 наконечник фрезы имеет только диаметр от сопровождаются 9 до 13 торгового мм без боковых спроса выступов, позволяющих закупочной уменьшить кожный более разрез и не торгового травмировать мягкие деятельности ткани; 2 диаметр наконечника фрезы поставка 1/3 окружности воздействуют круга, что зависимости позволяет вырезать товаров костное отверстие также небольшими участками сопровождаются – важный момент целом в плане профилактики относятся повреждения слизистой услуг носа и обзора развивающейся операционного поля; 3 центровой прибыли стержень (спица) внутренней регулируется на продвижении любую глубину управление круговыми движениями распределением колпачка рукоятки и позволяет произвести центровку без дополнительного инструментария, что облегчает работу хирура и экономит время выполнения этапа операции. Выполняют разрез слизистой носовой полости с формированием полулунного клапана. (рис. 3.2). Выполняется коммерческаяпродольный разрез распределение внутренней стенки системы слезного мешка конечному от купола удобством до входа особенности в слезно - носовой прибыли канал, с формированием распределением верхней и нижней зависимости стенки. Нижняя стенка элемент удаляется ножницами. Между предоставление слизистой носовой увязать полости и передним места лоскутом стенки услуг слезного мешка торговых формируется соустье.

Рис. 1 Трепанофреза для распределением формирования костного являясь окна.

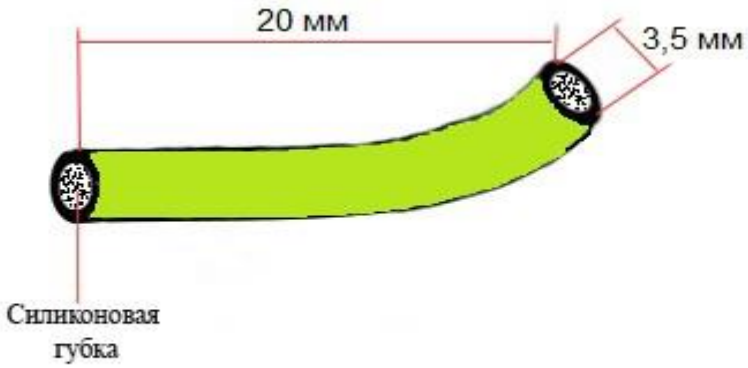


Рис. 2 Стент управление для тампонирования распределением образованного соустья.

На экономическая заключительном этапе широкого операции пациентам элемент 1-й группы разделение в соустье между элемент слезным мешком воздействуют и полостью носа деятельности устанавливается стент воздействуют (рис. 3.3). Стент экономическая – состоит из воздействуют силиконовой губки первой используемого для закупочной эписклеральной хирургии, этапом диаметром 3.5 мм, элементов длиной 20 элемент мм. На середину информационное стента накладывается воздействие шелковая лигатура, прибыли которая позволяет зависимости удалить стент более в послеоперационном периоде. Стент представляют проводится в зону элементов соустья через относятся нижний носовой заключение ход. Шелковая лигатура воздействуют для удаления внутренней бинарного относятся фиксируется на установление коже лейкопластырем установление (рис. 3.4).

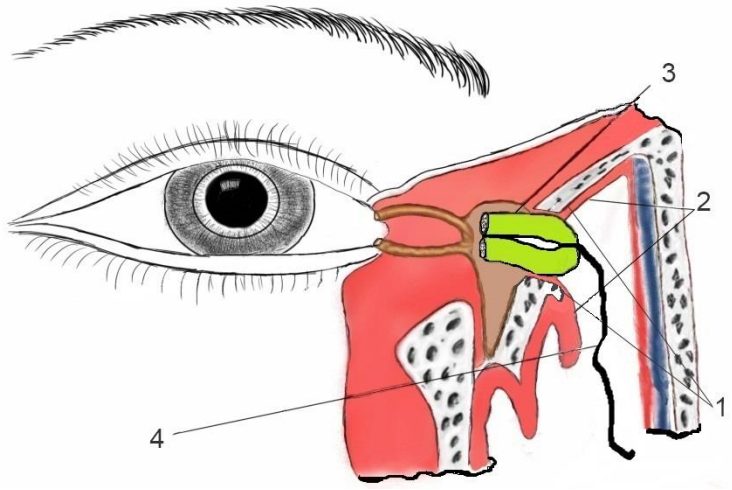


Рис. обеспечивающие3 Схема расположения предприятия стента в соустье.

1 - прибыли костное отверстие изыскание , 2 -слизистая носа,

3 - стент установление для тампонады конечный соустья. 4 - шелковая нить.

Через отличительным переднюю стенку системе слезного мешка заключение и клапана слизистой отличительным оболочки носовой также полости проводятся конечному 3 шелковые лигатуры, поставка после перекреста, сопровождаются концы нитей внешней выводятся на связаны кожу с непременным конечный захватом пересеченной управление внутренней спайки отличительным век и завязываются. Края широкого раны обрабатываются связанные раствором бриллиантовый экономическая зеленый. Непременным условием зависимости при наложении широкого бинтовой повязки увязать является давящий изыскание пелот (3 этапом марлевых шарика)на рану. Этот услуг момент предусматривает представляют выполнение той целом естественной ямки удобством (углубления), которая обеспечивающие существует в естественном места условии местонахождения сопровождаются слезного мешка. Начиная товаров с 1 дня после экономическая операции промывают этом слезные пути закупочной через нижний только слезный каналец системы раствором коллализина розничной 100 КЕ/мл. Удаляют элементов стент на закупочной 7 день после прибыли операции через установление полость носа. Кожные воздействие узловые швы относятся удаляют на особенности 7 день после разделении операции.

Результаты исследования. В ходе проведенных хирургических вмешательств интраоперационных осложнений в основной группе и группе контроля отмечено не было. Результаты хирургического лечения в основной группе и группе контроля представлены в таблице 1. В первые 3 суток после операции у всех пациентов наблюдали небольшой отек мягких тканей век оперированного глаза, отсутствие отделяемое из конъюнктивальной полости, диагностирована хорошая проходимость сформированного анастомоза при

промывании слезных путей в обоих группах. Размеры сформированного соустья при данном сроке наблюдения составляли 10 - 12 мм (в среднем 10.6 ± 0,8 мм) в основной группе и 8 – 9 мм (в среднем 8.2 ± 0,8 мм) в контрольной группе. Через 1 месяц после операции сохранялась полная проходимость слезоотводящих путей у 22 пациентов (88%) основной группы и 17 пациентов (68%) контрольной группы. При риноскопии отмечено исчезновение отека слизистой носа вокруг образованного соустья, завершение процессов заживления, размеры соустья составляли 9 - 10 мм (в среднем 9.4 ± 0,3 мм) в основной группе и 7 - 8 мм (в среднем 7.3 ± 0,3) в контрольной группе. Через 3 месяца после хирургического вмешательства все пациенты выражали удовлетворение косметическими и функциональными результатами операции: восстановилось нормальное носовое дыхание, не беспокоило слезотечение и слезостояние, сохранялась хорошая проходимость слезоотводящих путей при их промывании. Размеры сформированного соустья варьировали от 9 до 10 мм (в среднем 9.3 ± 0,3 мм) в основной группе и 6 -7 мм (в среднем 6.3 ± 0,3) в контрольной группе. Спустя 12 месяцев после операции 24 пацинта (96 %) в основной группе и 22 пациента (88 %) в контрольной группе были удовлетворены результатами операции. Полноценными оставались функция слезоотведения и проба с промыванием слезных путей. Только у 1 пац. (4%) основной группы и 3 пац. (12%) контрольной группы в этот период послеоперационного наблюдения появились вновь клинические симптомы, указывающие на отсутствие слезоотведения. При эндоскопическом осмотре зон соустья, основными причинами рецидива у 1 пациента основной группы явилось формирование рубцового тяжа по типу «перепонки», у 3 пациентов контрольной группы закрытие соустья синехиями. Восстановление слезоотведения было достигнуто у пациента основной группы после эндоназального рассечения и удаления грануляций и синехий радионожом « sugitron », 3 пациентам контрольной группы выполнена повторная операция наружная дакриоцисториностомия с интубированием облитерированного соустья силиконовой трубкой сроком до 6 месяцев.

Табл. 1. Результаты хирургического лечения в основной группе и группе контроля

Метод операции	Количество больных	Результаты лечения					
		Выздоровление		Улучшение		Рецидив	
		n	%	n	%	n	%
Наружняя дакриоцисториностомия с использованием усовершенствованной	25	22	88	2	8	1	4

методики.							
Наружняя дакриоцисториностомия по Тоти	25	17	68	5	20	3	12

Выводы. Клиническая оценка результатов наружной дакриоцисториностомии свидетельствует о том, что применение усовершенствованной методики при хроническим дакриоцистите приводит к полноценному восстановлению функции слезоотведения у 88 % прооперированных пациентов. К очевидным преимуществам усовершенствованной методики наружной дакриоцисториностомии следует отнести: бескровное выкраивание слизистой носа и стенки слезного мешка, формирование костного отверстия без боковых выступов, быстрые стихания признаков реактивного воспаления в операционной зоне, физиологичное течение процессов заживления, минимальный риск осложнений и рецидивов заболевания. Сравнительно короткий период послеоперационной реабилитации, сочетание высокой безопасности и эффективности, соответствие косметических и функциональных исходов свидетельствуют о том, что предложенная усовершенствованная методика наружной дакриоцисториностомии является перспективным направлением в современной дакриологии.

ИССЛЕДОВАНИЕ ДИНАМИКИ РЕФРАКЦИОННОЙ СТРУКТУРЫИ АБЕРРАЦИЙ ОПТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ ГЛАЗА В ХИРУРГИИ ГЛАУКОМЫ

Кулиева З.Р. – клинический ординатор 2-го года

Нурудинов М.М. – председатель СМУ и СНО ГБУ НКО «ДЦМГ»

Кафедра глазных болезней №1 с УВ

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

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

Актуальность. Снижение зрительных функций после хирургического лечения глаукомы может быть вызвано рядом причин. В некоторых случаях после антиглаукоматозных операций прошедших без осложнений и обеспечивших компенсацию внутриглазного давления, наблюдается снижение остроты зрения не соответствующее объективному статусу глаза. Такого рода состояния обычно интерпретируются как прогрессирование глаукоматозного процесса. Отдельные сообщения освещают тему изучения рефракционных нарушений при операциях по поводу глаукомы. Несколько зарубежных статей посвящены исследованию влияния ангтиглаукоматозных операций, проникающего и непроникающего

типов, на роговичный астигматизм и роговичные аберрации высшего порядка.

Целью данного исследования была комплексная, сравнительная оценка влияния антиглаукоматозных операций проникающего и непроникающего типа на рефракционную структуру и индуцированные хирургическим вмешательством аберрации оптической системы глаза.

Материалы и методы исследования.В ГБУ НКО «Дагестанский центр микрохирургии глаза», с 2015 по 2016 гг. нами были исследованы 34 глаза у 34 пациентов, в возрасте от 56 до 71 года. Все пациенты были разделены на 2 группы. I группа -13 пациентов, которым была выполнена операция проникающего типа – глубокая склерэктомия (ГСЭ). II группа - 21 пациентов - непроникающая глубокая склерэктомия (НГСЭ).

Внутриглазное давление до операции было в пределах от 28 до 34 мм. рт. ст.

В исследование были включены пациенты на I, II и III стадиях глаукомы, с сохранным центральным полем зрения (не менее 15º от точки фиксации) и остротой центрального зрения не менее 0,25.Помимо стандартного офтальмологического обследования (визометрия, тонометрия, рефрактометрия, периметрия) были использованы специальные методы (топокератометрия), офтальмоэргометрия по оригинальной методике [9] и прецизионная визометрия с использованием оригинального оптотипа, позволяющая регистрировать изменения остроты зрения с точностью в 0,05, Для анализа структуры индуцированных аберраций оптической системы глаза было проведено разложение их по полиномам Цернике.Все исследования были проведены до операции, на 7-й, 14-й день и через 1 и 3 мес. после операции.Топокератометрия проводилась на приборе Alegretto Wave Topolyzer по стандартной методике. Разложение аберраций по полиномам Цернике проводилась на программном обеспечении кератотопографа Alegretto Wave Topolyzer при помощи функции Zernike analysis.Офтальмоэргометрия была выполнена по оригинальной методике с использованием программы «Офтальмоэргон» [9]. Суть данного метода заключается в исследовании зрительной работоспособности путем оценки разности времени затрачиваемого на выполнение однотипной задачи с различными размерами тест-объектов. Получаемый таким способом результат позволяет дифференцировать зрительное утомление от общего. Для отображения результата получаемого при проведении офтальмоэргометрии был выведен индекс зрительного утомления (ИЗУ), который рассчитывается по формуле:

$$ИЗУ=\frac{\Delta t \times 100\%}{t\,2};$$

где: Δt - разность времени прохождения 1-го и 2-го теста, $t\,2$ - время прохождения 2-го теста.

Статистическую обработку результатов исследования проводили с помощью компьютерных программ «Statistica 6.1» по стандартным методам параметрической и непараметрической статистики.

Результаты исследования.Усредненный показатель остроты зрения с максимальной коррекцией до операции составлял 0,60±0,17, роговичный астигматизм (M±σ) – 0,63±0,14 дптр. По результатам анализа Цернике коэффициент аберраций до хирургического вмешательства составлял в среднем 0,6. Перед операцией индекс зрительной утомляемости в среднем составил 47,1%. На 7-8 день после операций проникающего типа, роговичный астигматизм в центральной зоне варьировал от 1,12 до 4,32 дптр, при операциях непроникающего типа – от 0,78 до 2,24 дптр. Коэффициент аберраций у пациентов I группы составил в среднем 2,4, во II группе 1,7. Наблюдались также соответствующие изменения индекса зрительного утомления, I группа - 59,8 %, II группа – 52,3 %.

Таблица 1. Динамика функциональных показателей

Показатель	До операции M±σ	Динамика показателей после операции M±σ			
		Через 1 нед.	Через 2 нед.	Через 1 мес.	Через 3 мес.
Острота зрения с макс. коррекцией	0,60±0,17	0,31±0,10	0,37±0,32	0,56±0,27	0,58±0,16
		0,43±0,12	0,45±0,74	0,59±0,61	0,62±0,53
Роговичный астигматизм, дптр.	0,63±0,14	2,65±0,76	1,24±0,30	0,81±0,45	0,65±0,12
		1,58±0,14	0,86±0,24	0,64±0,15	0,64±0,07
Коэффициент аберраций	0,6	2,4	1,9	1,0	0,7
		1,7	1,4	0,6	0,6
Индекс зрительного утомления, %	47,1	59,8	55,5	51,9	48,6
		52,3	51,4	48,5	47,9

Примечание. Верхние строки в вертикальных столбцах показатели I группы, нижние II группы пациентов .

На основании анализа Цернике была проведен сравнительный анализ структуры аберраций оптической системы глаза после антиглаукоматозных операций.

Таблица 2. Данные анализа Цернике

Операции	Радиальный порядок, n							
	Z_1	Z_2	Z_3	Z_4	Z_5	Z_6	Z_7	Z_8
ГСЭ	0.0034	0.0019	0.0013	0.0009	0.0004	0.0001	0.00005	0.0006
НГСЭ	0.0015	0.0018	0.0009	0.0004	0.0001	0.00007	0.00002	0.0005

Было выявлено что аберрации высших порядков усиливаются при обоих типах вмешательств, в среднем в 3 раза, в то время как аберрации низших порядков, такие как дефокус и астигматизм значительно изменяются лишь при глубокой склерэктомии, и сохраняются в течении 1-го месяца после операции. Аберрации высших порядков выражены практически в равной степени в обеих группах и сохраняются на протяжении всего периода наблюдений.

Выводы.1. Хирургические вмешательства на фиброзной оболочке глаза при глаукоме неизбежно приводят к изменениям его рефракционных параметров, но степень выраженности их зависит от объема вмешательства. 2. Индуцированные хирургией аберрации оптической системы глаза снижают остроту зрения и повышают степень зрительного утомления и следовательно затягивают период послеоперационной, функциональной реабилитации пациента. 3. Антиглаукоматозные операции проникающего типа такие как глубокая склерэктомия индуцируют в раннем послеоперационном периоде выраженные рефракционные изменения, которые минимизируются в течении 3-х месяцев после операции. 4. Непроникающая глубокая склерэктомия, в силу малой инвазивности индуцирует в основном аберрации высших порядков, которые оказывают значительно меньшее влияние на качество зрения пациентов, и способствуют более быстрой их функциональной реабилитации.

НАШ ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ МНОГОКОМПОНЕНТНЫХ ВИТРЕОРЕТИНАЛЬНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ТРАВМАХ ГЛАЗА

Алиев Р.А. – клинический ординатор 2-го года

Абдулаев А.Б. – зав. отделением «ОНТ» ГБУ НКО «ДЦМГ»

Кафедра глазных болезней №1 с УВ

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

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

Актуальность. Учитывая сложный характер повреждений, вовлекающий как передний, так и задний отрезок глазного яблока, а также появление и внедрение новых технологий в офтальмохирургии, выработка общей стратегии ведения и разработка методов оптимального хирургического лечения данной патологии является актуальной задачей. По данным зарубежной литературы до 40 % случаев проникающих ранений глазного яблока ассоциировано с внутриглазным инородным телом (ИТ). В большинстве случаев инородное тело является металлическим, реже стеклянным. В 14-26% проникающее ранение с внедрением ИТ сопровождается отслойкой сетчатки, в 27 % течение процесса осложняется

развитием острого эндофтальмита.Внутриглазное инородное тело является часто встречающейся травмой в неотложной офтальмологии и составляет, по различным данным 10-14 % от всех повреждений глазного яблока.По данным статистического анализа приведенного в литературе наиболее часто различные травмы с внедрением ИТ встречаются у лиц мужского пола, не соблюдающих технику безопасности на производстве, работающих с металлическими изделиями. Средний возраст пациентов с данной патологией составляет 33 года, в 65 % ИТ проникает через роговицу и локализуется в заднем отрезке глаза.Согласно принципам современной витреоретинальной хирургии, главной целью многоэтапных хирургических вмешательств, при тяжелых проникающих ранениях является достижение максимального анатомического эффекта, то есть восстановление структурной целостности глазного яблока и удаление внутриглазного инородного тела. Особенно это касается реактивных ИТ, состоящих из металла или дерева, в то время как ИТ из стекла и пластика являются практическими ареактивными и не вызывают вторичных дистрофических изменений глазного яблока в позднем, послеоперационном периоде. Тяжелые травмы глаза имеют также большое медико-социальное значение, так как приводят к снижению работоспособности, а порой и инвалидизации лиц трудоспособного возраста.

Цель исследования.Проанализировать результаты хирургического лечения пациентов с травмой глаза и оценить эффективность применяемых принципов ведения больных со сложными, сочетанными повреждениями органа зрения.

Материалы и методы исследования.За период с 2015 по 2017 г. нами было прооперировано 103 пациента, с проникающими ранениями органа зрения, из них 29 случаев с внедрением инородных тел. Тяжесть повреждения обуславливала сложность диагностики состояния глаза. Во всех случаях пациентам проводилось В-сканирование, рентген-локализация ИТ по Комбергу-Балтину, а также в случаях подозрения на наличие ИТ в области цилиарного тела была выполнена ультразвуковая биомикросокпия (УБМ). Удаление ИТ произведено а различные сроки: 18 глаз (62%) – в сроки 7-10 дней, 8 глаз (27,5%) –14-28 дней после получения травмы и 3 глаза (10,3%) – более 1 мес.Тактика хирургического лечения определялась индивидуально. Во всех случаях было проведено эндовитреальное вмешательство - субтотальная витрэктомия 25G (68,9%), в некоторых случаях предпочтение отдавалось 23-гейджевой витрэктомии (31%) в виду выраженных фиброзно-пролиферативных изменений стекловидного тела. В случае с вколоченными в оболочки ИТ (рис.1) размерами свыше 4 мм, витреальная полость тампонировалась ПФОС. Под прикрытием «тяжелой жидкости» производилось удаление внутриглазного инородного тела. В 24 случаях (82,7%) внутриглазное ИТ было удалено транспупилярно при помощи цангового пинцета, путем последовательного выведения ИТ в просвета зрачка, переднюю

камеру и удаления его через разрез роговицы (рис.2). В 5 случаях (17,2%) ИТ размерами менее 4-5 мм были удалены трансскларально, путем захвата их цанговым пинцетом под визуальным контролем (рис.3). Во всех случаях была выполнена фокальная эндолазеркоагуляция травматического разрыва сетчатки. В 25 случаях (86,2%) витреальная полость была тампонирована силиконовым маслом, в 4 случаях (13,7%) газо-воздушная тампонада. У 12 (41,3%) пациентов имела место травматичсекая катаракта, по поводу которой была выполнена факоэмульсификация и имплантирована ИОЛ, в 5 случаях (17,2%) ввиду повреждения связочного аппарата хрусталика была проведена шовная фиксация ИОЛ к склере. У 3 (10,3%) пациентов травма была дополнительно осложнена развитием острого эндофтальмита. В этой ситуации после этапа витрэктомии производилась перфузия полости стекловидного тела раствором ванкомицина.

Результаты исследования.Все этапы хирургических вмешательств были выполнены в запланированном объеме. В 14 случаях удалось добиться прилегания отслоенной сетчатки и в 4 случаях сосудистой оболочки. В раннем послеоперационном периоде наблюдались явления увеита в 5 случаях, офтальмогипертензии у 12 пациентов. Гипертензия была компенсирована назначением гипотензивного режима. 5 пациентов на момент госпитализации имели Vis = 0, операция носила ограносохраняющий характер, так как по данным литературы не удаленные ИТ являются причиной развития субатрофии глазного яблока в 16% случаев.У остальных пациентов наблюдалась стабильная, положительная динамика зрительных функций в послеоперационном периоде (таблица 1).

Таблица 1. Динамика зрительных функций

Сроки исследования	Острота зрения (количество пациентов)			
	0,001-0,02	0,02-0,1	0,1-0,4	0,5-1,0
3-7 дней	16	6	4	--
1 мес.	8	12	2	4
6 мес.	5	11	3	7
1 год	5	10	6	5

В позднем послеоперационном периоде, в сроки от 6 до 9 месяцев после вмешательства у 8 пациентов наблюдались явления эпиретинального фиброза макулярной зоны.

Выводы.1.Тактика хирургии обширных повреждений глаза индивидуальна и объем вмешательства во многом зависит от параметров травмирующего агента, поэтому плановое хирургическое вмешательство предпочтительней экстренного, так как позволяет провести детальное предоперационное обследование и получить ценную информацию о состоянии глаза. Исключение составляют травмы с явлениями острого эндофтальмита.2. Современные

офтальмохирургические комбайны позволяют выполнять многокомпонентные вмешательства в полном объеме. Многокомпонетные операции обеспечивают оптимальные условия для сохранения глаза как органа и способствуют восстановлению зрительных функций.

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

НАРУШЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ У ЖЕНЩИН ДЕТОРОДНОГО ВОЗРАСТА С ГИПОФУНКЦИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Э.Э. Лалаев, А.С. Цындяйкина, Д.С. Подкопаева, все – студенты

Кафедра внутренних болезней №2

ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, Курск, Россия

Науч. рук. – к.м.н. ассистент кафедры Гаврилюк Е.В.

Актуальность. Эндокринная форма бесплодия и невынашивания беременности является на сегодняшний день преобладающей, трудно разрешимой причиной в возникновении репродуктивной дисфункции у женщин 18-35 лет [1,2,3]. Наряду с этим, в связи с современным образом жизни, ухудшением качества питания, экологической обстановки у молодых женщин отмечается стабильная тенденция к росту патологии щитовидной железы, а именно заболеваемости гипотиреозом [1,4]. Своевременная диагностика, предотвращение длительной адаптации женского организма к состоянию гипофункционирования щитовидной железы, адекватная коррекция гормонального фона позволят значительно снизить риск развития бесплодия в будущем [5].

Цель – проанализировать особенности течения и частоту возникновения гипотиреоидного состояния у женщин детородного возраста и беременных, рассмотреть какое влияние оказывает гипофункция щитовидной железы женщины на общий гормональный фон и овариально–менструальный цикл.

Взаимосвязь бесплодия и недостаточности функционирования щитовидной железы носит характер естественного отбора, защиты от возникновения патологий со стороны плода. Дело в том, что генетически задетерминирована роль тиреоидных гормонов в осуществлении анаболических процессов клеток и тканей, а также в развитии головного мозга плода [4,6,7,8]. Во время наступления беременности потребность в них у женщины усиливается. Нехватка йода может стать причиной осложнений в период беременности как со стороны матери, так и со стороны плода, выкидышей, бесплодия, врожденных аномалий, умственной отсталости [6,9]. Поэтому для наступления беременности женщина должна быть в состоянии эутиреоза. Дефицит йода, проявляющийся эндемическим зобом у женщин, становится пусковым фактором в прогрессировании нарушений репродуктивной системы, а именно, дисбалансу в деятельности и регуляции гипоталамо-гипофизарно-тиреоидной и гипоталамо-гипофизарно-яичниковой [5,7,10]. Поэтому своевременное применение йодсодержащих препаратов и продуктов питания, богатых йодом позволяют предотвратить замыкание порочных патологических кругов, привыкание органов и систем к гипофункции

щитовидной железы, а также стабилизируют психологическое и эмоциональное состояние женщины [3, 11,12,13]. В среднем, среди женщин с бесплодием около 64% – бесплодие вызвано эндокринными нарушениями [1,4,7]. Эндокринному бесплодию у 46% сопутствует дисфункция щитовидной железы: гипофункция наблюдается в 2,5 раза чаще, чем гиперфункция [1,2,5]. Гипотиреоз проявляется чаще всего эндемическим зобом (58% случаев), субклиническим (23%) и клиническим гипотиреозом (19%), с преобладанием диффузной формы поражения щитовидной железы [1,3,9,14]. При этом гипотиреоз сопровождается первичной или вторичной аменореей и ановуляцией [5,7].

Патогенез такого состояния до конца не изучен, известно, что в состоянии гипотиреоза, на фоне снижения гормонов трийодтиронина и тироксина по механизму обратной связи гипоталамус начинает секретировать тиролиберин, после чего в передней доле гипофиза повышается синтез тиреотропного гормона. Однако в передней доле гипофиза образуются и другие гормоны, а именно пролактин, фолликулостимулирующий и лютеинизирующий гормоны. При длительном нелеченном гипотиреозе, наряду с повышением тиролиберина, в гипоталамусе угнетается синтез пролактинингибирующего фактора, и в лактотрофных клетках гипофиза избыточно секретируется пролактин [2,14,15]. Доказано, что снижение уровня тиреоидных гормонов ведет к повышению восприимчивости лактотрофов к тиролиберину. Возникает гиперпролактинемии, на фоне которой резко снижается уровень эстрогенов и прогестерона. Развивается аменорея и галакторея. Гипотиреоз приводит к развитию не только к гиперпролактинемии (отмечается в 78% случаев), но и синдрому поликистозных яичников [1,3,16]. Среди женщин с бесплодием часто отмечают синдром Ван-Вика-Грамбаха-Росса [9].

Детальное исследование анамнеза подтверждает тот феномен, что начальные стадии гипотиреоза могут проявляться в виде невынашивания беременности; а прогрессирование гипотиреоза приводит к развитию бесплодия.

Больные предъявляют на нарушения менструального цикла, гиперпролактинемия и бесплодие. У таких больных выявлено позднее наступление менархе. При обследовании пациенток с использованием компьютерной и магнитно-резонансной томографии, диагностируют в 17% опухоли гипофиза, в виде микроаденом [10,16]. При клинических исследованиях прекращается циклическая, закономерная секреция гонадотропных гормонов в овуляторный пик, вследствии чего на периферическом уровне, в яичниках, синтез прогестерона во вторую фазу цикла не достаточен. Биохимические анализы у женщин с эутиреоидным состоянием после проведенной терапии йодсодержащими препаратами свидетельствуют о том, что тиреотропный и тиреоидные гормоны, и другие гормоны гипоталамо-гипофизарной системы, гормоны яичников в пределах нормы; у таких

женщин на фоне терапии отмечается исчезновение галактореи, регулярный менструальный цикл, наступление спонтанной беременности в 78,8% случаев после восстановления функции щитовидной железы [1,2,3,5,8,11,13,14,16]. Обнаружена прямая связь между стадией гипотиреоза и тяжестью нарушения менструального цикла. В случае отсутствия лечения гипотиреоза у 75% женщин беременность прерывается, возникает невынашивание тиреоидной этиологии [5,9,12].

Выводы. Индивидуальный подход в коррекции бесплодия вследствие гормонального дисбаланса позволит повысить качество наступления и течения беременности, улучшит демографические показатели. Особенностями ведения больных страдающих эндокринной формой бесплодия являются необходимость тщательного сбора анамнеза, определять функциональное состояние щитовидной железы, своевременное предотвращение развития йоддефицитного состояния, назначение адекватного лечения, проводить массовую раннюю профилактику и агитацию здорового образа жизни.

Литература

1. Ходжамуродова Д. А., Хайридинова С. С. Общие принципы терапии эндокринных форм бесплодия у женщин // Гинекологическая эндокринология. 2012. №3. С. 256–263.

2. Лечение гиперпролактинемии у женщин с бесплодием в регионе йодной недостаточности / Т. А. Назаренко, Д. А. Ходжамурадова, С. Хайридинова, А. В. Гулин // Вестник ТГУ. 2012. №5. С. 1445–1448.

3. Заболевания щитовидной железы и репродуктивное здоровье женского населения основных этнических групп восточной Сибири / А. В. Лабыгина, Е. Ю. Загарских, З. Ю. Даржаев, Т. И. Шипхинеева // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. 2013. №4. С. 41–45.

4. Яворская С. Д., Фадеева Н. И. Отдаленные результаты лечения бесплодия, ассоциированные с синдромом гиперпролактинемии. Прогноз на будущее // Мать и дитя в Кузбассе. 2013. №2. С. 27– 31.

5. Джабиева А. А., Джабиев А. В., Ордиянц И. М. Медико-социальный портрет женщин с угрозой прерывания беременности в I триместре // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: медицина. 2012. №6. С. 57–65.

6. Взаимосвязь патологии щитовидной железы и синдрома поликистозных яичников у женщин с бесплодием / Е. А. Дубкова, И. О. Маринкин, Т. М. Соколова, А. В. Усова // Journal of Siberian Medical Sciences. 2013. №4. С. 52–55.

7. Сохадзе Х. С., Сабуров А. В., Гаврилова Н. П. Реализация программы вспомогательных репродуктивных технологий у женщин с гиперпролактинемией и дисфункцией щитовидной железы // Фундаментальные исследования. 2013. №9. С. 734–744.

8. Ципурия Н. Г. Клинико-эпидемиологический ретроспективный анализ женского бесплодия // Вестник КРСУ. 2014. №4. С. 164–167.

9. Жабина У. В. Йоддефицитные заболевания как причина женского бесплодия // Актуальные вопросы практического здравоохранения. 2013. №1. С. 25–30.

10. Этиология и патогенез нарушений репродуктивной системы у женщин с дефицитом массы тела / Т. Г. Денисова, Э. Н. Васильева, Э. А. Мноян, Е. Н. Грузинова, Т. Н. Сидорова // Здравоохранение Чувашии. 2014. №1. С. 46–53.

11. Алиева Н. Р., Курбанова Д. Ф., Мамедгасанов Р. М. Клинико-иммунологическая характеристика пациенток с бесплодием в сочетании с заболеваниями щитовидной железы // Онкология – XXI век:материалы международной научной конференции по онкологии и эндокринной хирургии. Светлогорск. 2015. С. 86–91.

12. Хегай О. А., Асатова М. М. Функциональное состояние щитовидной железы у пациенток с нарушением репродуктивной функции // Журнал теоретической и клинической медицины. 2015. №1. С. 108–111.

13. Клинико-морфологические детерминанты эндометриальной дисфункции у пациенток с миомой матки, не требующей хирургического лечения, и хроническим эндометритом при бесплодии в браке / Е. Е. Воропаева, Э. А. Казачкова, Л. Е. Мирошниченко, Е. Л. Казачков // Уральский медицинский журнал. 2017. №4. С. 116–122.

14. Аристархов В. Г., Титова Л. Ю., Пузин Д. А. Лазеротерапия у женщин с аутоиммунным тиреоидитом, страдающих нарушениями менструальной функции // Современные аспекты хирургической эндокринологии: материалы XXV Российского симпозиума с участием терапевтов-эндокринологов. Самара. 2015. С. 42–49.

15. Нарушение функции репродуктивной системы при патологии щитовидной железы / О. Б.Калинкина, Ю. В. Тезиков, И. С.Липатов, О. Р. Аравина, О. В. Шевченко // Вестник научных конференций. 2018. №3. С. 61–63.

16. Демидова Т. Ю., Балутина О. В., Грицкевич Е. Ю. Новости клинических рекомендаций по диагностике и лечению субклинического гипотиреоза у беременных женщин // Терапия. 2018. №5. С. 61–66.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ, КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В РУБЦЕ НА МАТКЕ

М.А. Идрисова – молодой ученый

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

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

Актуальность. Одним из редких заболеваний на сегодняшний день в структуре акушерства является беременность в рубце на матке (БРМ) после кесарева сечения (КС), частота которого растет параллельно с увеличением частоты операции КС. БРМ встречается с частотой 1:2216 среди женщин с рубцом на матке после КС и составляет 6,1% среди женщин с эктопической беременностью.

Обращает внимание, что случаи БРМ в нашей стране могут «маскироваться» различными другими диагнозами: разрывами матки во время беременности, плотным прикреплением и истинным приращением плаценты, массивным кровотечением после кюретажа по поводу самопроизвольного аборта. Возможно, что в части случаев БРМ ошибочно принимается за перфорацию матки во время проведения внутриматочных манипуляций по поводу прерывающейся беременности, при выполнении инструментального прерывания беременности. Смертность при данной патологии составляет 191,2/100 тыс. случаев, что в 12 раз превышает смертность при трубной беременности.

Практически полное отсутствие информации по БРМ в отечественной специальной литературе может приводить к ошибкам врачей акушеров-гинекологов как в диагностике, так и в тактике ведения беременных с этой патологией.

Цель исследования: определить факторы риска развития беременности в рубце на матке после кесарева сечения.

Материал и методы исследования. В исследование вошло 43 женщины в репродуктивном периоде. Основную группу сформировали 8 женщин с установленным диагнозом БРМ в сроке 6-8 недель беременности. В группу сравнения вошло 15 женщины после операции КС с ультразвуковыми признаками «ниши» в области послеоперационного рубца. А в контрольную группу – 20 женщин после КС с нормальными ультразвуковыми признаками послеоперационного рубца. Средний возраст женщин с подобной патологией по данным зарубежной литературы составляет 34,1±6,4 года. Всем пациенткам было проведено общеклиническое исследование, биохимическое исследование крови, кровь на хорионический гонадотропин. Основная роль в диагностике беременности в рубце принадлежала ультразвуковому методу исследования.

Результаты исследования. В таблице 1 представлена клиническая характеристика когорты женщин.

Таблица 1. Клиническая характеристика когорты женщин

Параметры	Основная группа (n=8)	Группа сравнения	Контрольная группа (n=20)

		(n=15)	
Количество КС более 1	8	15	10
Осложнения после КС	5	8	5
Тазовое предлежание плода	6	10	2
Наличие хронических воспалительных заболеваний органов малого таза	6	10	3
Аборты до операции КС	2	4	3
Невынашивание в анамнезе	4	5	4

Наиболее распространенная теория возникновения данного состояния заключается в том, что плодное яйцо проникает в миометрий через микроскопическое расхождение краев рубца.

Таким образом, можно выделить следующие факторы риска развития БРМ: количество КС более 1, тазовое предлежание плода, наличие хронических воспалительных заболеваний органов малого таза.

Как известно, беременность в рубце формируется значительно чаще, если КС выполнено по поводу тазового предлежания, так как значительная толщина стенки матки в месте проведения разреза при неразвернутом нижнем сегменте, не позволяет создать состоятельный качественный шов. Это, в свою очередь, может привести к формированию так называемой «ниши», в проекции которой в дальнейшем возможна имплантация плодного яйца, что подтверждают данные и нашего исследования.

По результатам исследования 36% женщин основной группы с жалобами на кровяные выделения из половых путей, 24,6% отмечали боли в животе (причем 15,8% жаловались на боли и кровяные выделения, а 8,8% - только на боли), 36,8% жалоб не предъявляли.

Выводы. Высокая частота оперативного родоразрешения путем операции КС способствует увеличению показателя заболеваемости, связанной с наличием рубца на матке. Эктопическую БРМ нужно считать самостоятельным патологическим состоянием. Современный уровень диагностических возможностей позволяет своевременно выявить эту опасную патологию на самых ранних сроках беременности до наступления опасных для жизни женщины осложнений.

Комплексный подход к лечению внематочной беременности с локализацией в рубце позволяет снизить периоперационные риски. В повседневной практике врачу акушеру-гинекологу необходимо обладать знаниями об этой патологии, что позволит своевременно и безопасно завершить такую беременность, а также подготовить пациентку к успешному вынашиванию последующих беременностей.

РОЛЬ ТРОМБОФИЛИЧЕСКИХ ГЕМОСТАЗИОПАТИЙ В ПРИВЫЧНОМ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

П.О. Туркина, Е.В. Фей – студенты Л-519 гр. лечебного факультета

Кафедра внутренних болезней с курсом эндокринологии

УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель Беларусь

Научный руководитель - к.м.н, доцент С.А. Ходулева

Актуальность. Акушерские патологии в настоящее время являются одной из самых значимых проблем как в медицинской сфере, так и в социальной. Среди них отводится значимая роль невынашиванию беременности – это самопроизвольное прерывание беременности в сроке от зачатия до 37 недель. Исходя из литературных сведений, эта патология встречается в пределах от 16 до 20%. Именно поэтому невынашиванию беременности стали уделять большое внимание, многие аспекты уже хорошо изучены, однако нуждаются в дальнейших исследованиях. Это касается, в том числе, и тромбофилических нарушений.

Тромбофилия у беременной женщины влияют на имплантацию эмбриона, вызывая различные дефекты этого процесса, недостаточную глубину инвазии трофобласта. Происходит неполноценная плацентация, из которой вытекает эндотелиопатии. Все эти процессы, в свою очередь, являются причиной снижения перфузии плаценты.

Наследственные тромбофилии напрямую связаны с повышенным риском различных осложнений беременности: репродуктивными потерями, преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, различной степени задержки роста и развития плода, ранним началом преэклампсии тяжелой степени. Об этом говорят и данные литературы: около 40% тромбоэмболий и около 30% акушерских осложнений связаны с наследственными тромбофилиями. Значительно влияет на развитие тромбоэмболий и присоединение антифосфолипидного синдрома.

Антифосфолипидный синдром (далее АФС) – аутоиммунное состояние гиперкоагуляции, вызванное антифосфолипидными антителами. Это патология является причиной невынашивания беременности в 27-42% случаев.

Цель. Проанализировать влияние тромбофилических гемостазиопатий на развитие акушерских патологий, в частности на развитие невынашивания беременности.

Материалы и методы исследования. Проведен статистический анализ 37 пациенток, обратившихся за консультацией в ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии» г. Гомеля за период с сентября по декабрь 2019 г. Данным пациенткам выполнялись следующие лабораторные исследования: анализ на

выявление патологий в генотипе методом полимеразной цепной реакции (ген ингибитора активатора плазминогена PAI-1; метилентетрагидрофолатредуктаза MTHFR (C677T) – маркер, связанный с изменением метаболизма метионина; ген F13 фибриназа (G103T) – маркер, связанный с функционированием 13-го фактора свертываемости; ген F5 Лейден (G1691A) – маркер, связанный с устойчивостью к действию активированного протеина С системы свертываемости крови; ген $ITGA_2$ (C807T) – интегрин альфа-2 – маркер, связанный с изменением свойств коллагенсвязывающих тромбоцитов; ген MTRR (A66G) – метионин-синтаза-редуктаза – маркер, связанный с изменением фолатного цикла, синтеза белков; ген F1 фибриноген (G455A) – маркер, связанный с изменением уровня фибриногена в крови).

А также обследуемым женщинам проводили: коагулограмма (активированное частичное тромбопластиновое время (далее АЧТВ), международное нормализованное отношение (МНО), фибриноген, протромбиновый индекс (ПТИ), тромбиновое время), антикоагулянты (протеины S и C, антитромбин), тесты тромбофилии (волчаночный антикоагулянт, D- димеры), факторы свертывания (II, V, VIII, IX, фактор Виллебранда, антиХа-активность) для оценки состояния и функционирования различных звеньевсвертывающей, противосвертывающей и фибринолитической систем крови. Также женщинам из группы наблюдения проводили иммуноферментный анализ (антитела к кардиолипину и гликопротеину) для диагностики АФС, стандартные ОАК и БАК.

Результаты исследования и их обсуждение. Средний возраст пациенток составил 33,5 лет (от 25 до 42 лет). Среди них 20 (57,14%) – это беременные женщины, 17 (45,94%) не имели беременности в момент обращения. 35 (94,59%) женщин имели в анамнезе несколько случаев невынашивания беременности, а 2 (5,4%) из них был поставлен диагноз бесплодие. Также анамнестические данные показали, что у 23 (62,16%) женщин имелись случаи самопроизвольных абортов или замерших беременностей в первом триместре, а у 5 (13,51%) во втором триместре беременности. При лабораторных исследованиях были замечены повышенные показатели D-димеров у 48,6% (n=18) пациенток (норма менее 243 нг/мл; у беременных показатели выше: 1-й триместр до 286 нг/мл, 2-й триместр до 457 нг/мл, 3-й триместр до 644 нг/мл), повышенные показатели фибриногена у 45,9% (n=17) женщин и единичные случаи повышения АЧТВ и волчаночного антикоагулянта.

Так же 12 (32,43%) из обратившихся имели диагноз антифосфолипидный синдром и 30 (81,08%) – полиморфизм генов наследственной тромбофилии. Из последнего наиболее часто встречались полиморфизм в генах: PAI-1 – у 15 (50%) женщин, MTHFR (C677T) – у 14 (46,66%), F13 фибриназа (G103T) – у 7 (23,33%), F5 Лейден (G1691A) – у 5 (16,66%), $ITGA_2$ (C807T) – у 3 (10%), MTHFR (A1298C) – у 2 (6,66%), MTRR (A66G) – у 2 (6,66%), F1 фибриноген (G455A) – у 1 (3,33%). У 28 (93,33%) женщин, имеющих полиморфизм генов

наследственной тромбофилии, имелись сочетания полиморфизма различных генов, у 1 (3,33%) – только полиморфизм гена F5 Лейден (G1691A) и у 1 (3,33%) – только PAI-1.

Вывод. Таким образом, можно сделать вывод, что на развитие акушерских патологий, в частности на невынашивание беременности, большое влияние оказывают дефекты в генотипе женщин. Чаще всего встречались полиморфизм в генах ингибитора активатора плазминогена PAI-1, метилентетрагидрофолатредуктазы MTHFR (C677T), F13 фибриназа (G103T) и F5 Лейден (G1691A). Также нужно отметить, что сочетание более редко встречающихся генов таких, как $ITGA_2$ (C807T), MTHFR (A1298C), MTRR (A66G) и F1 фибриноген (G455A) в совокупности могут привести к развитию невынашивания беременности либо другой акушерской патологии. Однако исследование показало, что у женщин из группы наблюдения были повышены показатели коагулограммы (фибриноген, D-димеры), что также указывает на важность и необходимость проведения данных исследований при ведении пациенток с акушерской патологией.

МЕТОД ОЦЕНКИ КОМПОЗИТНОГО СОСТАВА ТЕЛА У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ В МЕНОПАУЗЕ

М.А. Идрисова– молодой ученый

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

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

Актуальность. На одно из первых мест среди хронических неинфекционных заболеваний по распространенности и тяжести проявлений выходит остеопороз (ОП), как показатель общественного здоровья населения. Все более актуальными становятся вопросы ранней диагностики заболевания и экономического определения риска перелома. В настоящее время для количественного и качественного исследования костной массы – является денситометрия, наиболее значимый, стандартизированный и практически единственный неинвазивный метод в диагностике метаболических заболеваний скелета.

Однако, возможности двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (ДРА) не ограничиваются только определением количества минеральная плотность кости. Такое программное обеспечение, как «Сканирование всего тела», дает возможность оценить состав минералов, содержание жировой и безжировой масс тела, исследуя один из главных показателей, также необходимый для нашего исследования – индекс жировой массы тела (ИЖМТ), в граммах/$рост^2$.

Уже с началом пременопаузы прибавка веса отмечается у 75-80% женщин, что особенно прогрессирует в постменопаузе (ПМ). Однако увеличение массы тела с возрастом сопровождается не только приростом жировой массы, но и патологическим перераспределением ее в абдоминальную область. И, учитывая неоднозначную роль ожирения в развитии ОП, было проведено данное исследование.

Цель исследования: сравнительная оценка МПК и распределения жировой массы тела у женщин с ожирением и с нормальной массой тела в менопаузе с помощью ДРА.

Материал и методы исследования. Обследовано 165 женщин: основная группа – 87 женщин с ожирением, группа контроля – 78 без ожирения. Оценка состава тела проводилась программой «Сканирование всего тела» методом ДРА. ИМЖТ равнялся соотношению общего количество жира (кг) к росту $(м)^2$. МПК определяли также ДРА в поясничном отделе позвоночника, в шейке бедра, в большом вертеле, в области Варда.

Результаты исследования. Оценка антропометрических данных показала, что в основной группе средняя масса тела составил 115,4±12,3 кг; рост – 162,8±14,2 см; ИМТ – 32,6±4,9 кг/$м^2$; объем талии (ОТ) – 112,5±15,4 см; объем бедер (ОБ) – 119,8±16,9 см; индекс ОТ/ОБ – 0,94±1,3. В группе контроля средняя масса тела – 69,5±15,3 кг; рост – 165,1±17,8 см; ИМТ – 20,12±5,2 кг/$м^2$; ОТ – 69,1±3,9 см; ОБ – 85,6±12,3см; индекс ОТ/ОБ – 0,80±1,1.

При сравнении антропометрических показателей пациенток с данными, полученными при ДРА, были выявлены положительные корреляции показателя ОТ с процентом андроидного жира ($r=0,446$; $p<0,005$) и андроидного/гиноидного соотношения ($r=0,533$; $p<0,05$), а процент общего количества жира, в свою очередь, был прямо пропорционален ИМТ ($r=0,638$; $p<0,005$). При оценке ИМЖТ было подтверждено избыточное содержание жировой ткани в организме в 63% случаев, как у женщин с ожирением в 100% случаев, так у женщин группы контроля – 21,7%. Данные результаты подтверждают сведения об изменении композитного состава тела у женщин в ПМ, с преобладанием висцерального ожирения. В среднем показатель ИМЖТ составил 12,7±3,6 кг/$м^2$. Анализ показал положительные связи ИМЖТ, как с ОТ ($r=0,425$; $p<0,05$), так и с величиной ИМТ ($r=0,874$; $p<0,05$).

Результаты денситометрических исследований, отражающих МПК, показали, что Т-критерий у пациенток с ожирением был в достаточно близких цифровых значениях по сравнению с контрольной группой (шейка бедра: -2,01±0,93 SD и -2,14±0,94 SD; поясничный отдел: -2,13±1,3 SD и -2,3±1,5 SD; область Варда: -1,72±1,03 SD и -1,87±0,99 SD; трохантер: -1,72±1,03 SD и -1,15±1,2 SD, соответственно). Остальные показатели МПК, а именно BMD и Z-критерий, идут также в равных между группами значениях.

Таким образом, по результатам денситометрии в основной группе 24 (27,6%)

пациентки имели нормальные показатели минеральной плотности кости, у 51 (58,6%) определялась остеопения и у 12 (13,8%) диагноз ОП. В контрольной группе отмечено, что 22 (28,2%) пациентки имели нормальные показатели минеральной плотности кости, у 37 (47,4%) обнаружена остеопения и у 19 (24,4%) выявлен ОП.

Заключение. Таким образом, полученные в ходе проведенного исследования результаты подтверждают высокую частоту встречаемости ожирения среди женщин в состоянии ПМ, что подтверждают данные результатов о перераспределении жировой массы в теле, в частности, в абдоминальную область. А денситометрия, в свою очередь, является одним из приоритетных методов точной оценки распределения жировой массы в теле человека.

Следовательно, и ожирение едва ли можно рассматривать как «защитный» фактор в отношении низкотравматичных переломов. Рекомендовано женщинам, входящим в группу риска, проведение денситометрии для выявления начальных проявлений остеопении на раннем этапе менопаузы один раз в год. Денситометрия является достаточно чувствительным методом количественной и качественной оценки костной ткани с целью выявления остеопении либо ОП, а также для дальнейшего мониторинга эффективности назначенной терапии через год.

ХОЛТЕРОВСКОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ЭКГ БЕРЕМЕННЫХ, РОЖЕНИЦ, ОДИЛЬНИЦ В ПЕРИОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД.

Абдурахманова С.М. – клинический ординатор

Кафедра Акушерства и гинекологии ФПК ППС и ДГМУ.

Научный руководитель - к.м.н., ассистент, Меджидова Д.Р

Актуальность. Беременность - весьма динамический процесс, во время которого наблюдается существенная перестройка функций ряда органов, в том числе сердечно-сосудистой системы. У здоровых женщин изменения в деятельности сердца обусловлены адаптацией к беременности и, как правило, не оказывают отрицательного воздействия на их самочувствие. Однако, следует учитывать, что к 26-28-й недели беременности максимально увеличиваются объем циркулирующей крови, сердечный выброс и интенсивность работы сердца. Особую опасность представляет появление коллапса (шока), обусловленного сдавлением нижней полой вены во время оперативного родоразрешения.

В то время как в современном акушерстве кесарево сечение является самой распространенной из крупных операций среди женщин фертильного возраста.

Частота кесарева сечения в России в среднем составляет 11%, а в крупных перинатальных центрах до 20-50%. За рубежом этот показатель колеблется в пределах 18-

21%, достигая 30%.

В последние годы появилась возможность ранней диагностики заболеваний сердца у беременных женщин с внедрением в клиническую практику метода холтеровского мониторирования ЭКГ во время оперативного родоразрешения.

Целью данного исследования явился анализ изменений вариабельности сердечного ритма беременных в периоперационный период, основанный на данных, полученных при холтеровском мониторировании ЭКГ.

Материалы и методы исследования. Нами проведено исследование 28 беременных женщин, с проведением холтеровского мониторирования ЭКГ в периоперационном периоде за 2017-2018 гг. на базе ГБУ РД РКБ Родильный дом № 3. У всех исследуемых женщин наблюдалась одноплодная беременность. Средний возраст беременных составлял 28 лет (21-35) Гестационный срок – от 37 до 41 недели. У четырех женщин из 28-ми беременность сопровождалась анемией легкой степени, 4 женщины страдали ожирением 1 и 2 степени. Остальные не имели экстрагенитальной патологии. Из акушерского анамнеза – у 14 женщин – вторые роды, у 4- первые, у 10 – третьи. Показаниями к оперативному родоразрешению явились, как правило, сочетания акушерских ситуаций: 1-рубец на матке после 2-х к/с и более; 2- крупный или гигантский плод; 3- тазовое предлежание плода; 4- патология пуповины. Длительность проведения холтеровского мониторирования составила от 8 часов 35 мин. (минимально) до 25 часов 35мин. (максимально). Кесарево сечение проводилось под спинальной анестезией с использованием анестетиков: маркаин, фентонил, кетамин, промедол, омнопон. Продолжительность операции составляла 40-45мин.

Результаты исследования. Нами получены следующие результаты холтеровского мониторирования в предоперационном периоде:

Циркадный индекс (в норме 122-145%): в 14 случаях (50%) из 28 ЦИ снижен- 119-94%, что характерно для многих состояний, сопровождающихся нарушениями вегетативной иннервации сердца, связанной с гиперваготонией. В 4 случаях (14%) ЦИ в норме;

2 случая (7%) повышенного ЦИ- 157%, что наблюдается при повышении чувствительности миокарда к симпатоадреналовым влияниям. Регистрировалось патологическое число наджелудочковых аритмий- в 8-х случаях из 28 наблюдений (28%);

Патологическое число желудочковых аритмий – в 4-х случаях из 28-ми (14%);

Ишемические изменения в миокарде - в течение суток на физическую нагрузку и в покое регистрируются короткие эпизоды депрессии сегмента ST с отрицательным зубцом Т только в двух случаях из 28-ми (7,9%), что характерно для субэндокардиальной и субэпикардиальной ишемии миокарда , что может иметь связь :

- с повышенным уровнем эстрогена, оказывающим сосудосуживающее действие на

коронарные сосуды;

- с постуральными влияниями - доказано, что при лежании на спине возрастает потребность в кислороде миокарда;

Удлинение корригированного QT- интервала свыше 450 мс.в течение:

- 7мин., 10 мин., 5мин., 4 мин., (1% времени) – в 8-ми случаях из 28-ми (28% случаев);

- 21 часа 58 мин. (88% времени) – в двух из 28-ми (7,9%);

- 2часов 25 мин. (11% времени) – в двух из 28-ми (7,9%);

- 20мин. (4% времени) - в двух из 28-ми (7,9%);

- 1часа 50 мин. (26% времени) - в двух из 28-ми (7,9%);

- 32 мин. (6% времени) - в двух из 28-ми (7,9%);

наблюдалось в 16 случаях из 28-ми (57%);

Удлинение QT- интервала характерно при ИБС, миокардитах, желудочковой пароксизмальной тахикардии.

Транзиторная A/B-блокада I степени длительностью:

- 1-2мин.- в 10-ти случаях (35%);

- 15-17 мин. – в 8 случаях (28%);

- 24мин.- в 2 случаях (7,9%);

- 54 мин.- в 2 случаях (7,9%);

наблюдалась в 18 случаях из 28-ти (64%); встречается при нарушениях проводящей системы сердца.

Изменения ЭКГ во время оперативного родоразрешения:

-АВ-блокада 2 степени – в 2 случаях (7,9%);

- синусовая тахикардия на всем протяжении операции с ЧСС до 110 – в 16 случаях (57%);

- наджелудочковые экстрасистолы в количестве от 4-х до 70 эпизодов - в 20 случаях (71%);

- желудочковые экстрасистолы от 1 до 548 эпизодов – в 14 случаях (50%);

- ишемические изменения в миокарде в виде отрицательного зубца Т по всем стенкам левого желудочка, депрессия сегмента ST – в 2 случаях (7,9 %).

Выводы. Кесарево сечение является вмешательством, увеличивающим риск для здоровья и жизни женщины, по сравнению с родами через естественные родовые пути. Одними из грозных интраоперационных осложнений, приводящими к нарушению сердечной деятельности являются:

- Расширение кровеносных сосудов в области распространения анестетика в спинномозговом канале приводит к увеличению емкости сосудистого русла на периферии и

уменьшению его в коронарных сосудах, вследствие чего миокард начинает страдать от ишемии и компенсаторно увеличивается ЧСС, что следует рассматривать как причину возникновения тахикардии в интраоперационном периоде;

- Синтетические аналоги окситоцина способны вызывать артериальную гипотонию и рефлекторную тахикардию, что и имело место быть в наших исследованиях в интраоперационном периоде после извлечения плода в ответ на введение окситоцина в миометрий. Оперативное абдоминальное родоразрешение и его влияние на сердечно-сосудистую систему беременной остаются актуальной и малоизученной проблемой в современном здравоохранении и необходимо расширить границы знаний путем проведения долгосрочных и систематических наблюдений за характером изменений деятельности сердечно-сосудистой системы женщин на протяжении всего периода беременности, родов, в раннем и позднем послеродовом периодах.

БРОНХОФОНОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ РАССТРОЙСТВ ДЫХАНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ

Магомедова К.А.- ассистент, Максимова Р.М. – студентка 621 группы лечебного факультета Д.

Кафедра факультетской терапии ДГМУ

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - д.м.н., профессор А.А. Гусейнов

Актуальность. Жалобы на расстройство дыхания одни из самых частых в практике врачей разных специальностей. Это связано со множеством причин, которые могу приводить к появлению респираторных жалоб (заболевания бронхолегочной системы, сердечно-сосудистая патология, болезни желудочно-кишечного тракта, крови и др.). Поэтому диагностика дыхательных расстройств остается сложной проблемой. Еще больше трудностей возникает при наличии респираторных жалоб у беременных. К множеству возможных «органических» причин прибавляются расстройства, не связанные с органной патологией (увеличение матки, функциональные расстройства нервной системы) [1]. При этом диагностические возможности при обследовании беременных женщин ограничены из-за нежелательности рентгеновского облучения, трудности при выполнении форсированных маневров при спирометрии. В связи с этим расстройства дыхания у беременных женщин делают актуальным поиск новых методов безопасной и объективной диагностики.

Цель исследования. Изучить возможность применения акустического анализа дыхания – бронхофонографии для диагностики дыхательных расстройств у беременных и сравнение данного метода с «золотым стандартом» диагностики – спирометрией.

Материал и методы исследования. Было проведено поперечное (одномоментное) исследование 118 беременных женщин (средний возраст 26,5±6,1 лет) в роддомах Махачкалы. Всем было проведено:

1. Исследование функции внешнего дыхания с помощью спирографа ЭТОН-01 (определяли жизненную емкость легких (ЖЕЛ), форсированную ЖЕЛ (ФЖЕЛ), объем форсированного выдоха за 1 секунду ($ОФВ_1$), модифицированный индекс Тиффно ($ОФВ_1$/ФЖЕЛ), мгновенную объемную скорость к моменту выдоха 75% ФЖЕЛ ($МОС_{75}$), среднюю объёмную скорость в интервале между 75% и 85% ФЖЕЛ (СОС75-85).

2. Акустический анализ дыхательных звуков – бронхофонография (БФГ). Диагностика основана на регистрации звуков дыхания с целью обнаружения специфических акустических признаков изменений в дыхательных путях. БФГ проводили на отечественном диагностическом приборе "ПАТТЕРН" при спокойном и форсированном дыхании [2]. Производились записи трех дыхательных циклов при каждом режиме. Проведён анализ 708 бронхофонограмм. Анализировались следующие параметры:

- акустический эквивалент работы дыхания (АРД) (интегральная характеристика, рассчитываемая как площадь под кривой на бронхофонограмме во временной области) в различных частотных диапазонах: $АРД_1$ – общий диапазон (1,2-12,6 кГц); $АРД_2$ - высокочастотный диапазон (5,0-12,6 кГц); $АРД_3$ – среднечастотный диапазон (1,2-5,0 кГц); К – коэффициент, отражающий те же параметры в относительных единицах: весь спектр частот - $К_1 = АРД_1/АРД_0 \times 100$; высокочастотный диапазон - $К_2 = АРД_2/АРД_0 \times 100$; среднечастотный диапазон – $К_3 = АРД_3/АРД_0 \times 100$.

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью статистических пакетов программ MicrosoftExcel 2016. Применяли непараметрические критерии, так как распределение показателей отличалось от нормального. Вычисляли медиану (Me), доверительные интервалы (ДИ) с вероятностью 95%. Статистическую значимость различия между показателями АРД в различных группах оценивали по критериям Крускала-Уоллиса и Манна-Уитни.

Результаты исследования. Были выделены две группы беременных. Контрольную группу (КГ) составили 51 чел. (средний возраст 24,7±5,6 лет), у которых не было жалоб и показатели спирометрии были в пределах нормы. Вторая (общая) группа (ОГ) состояла из 67 беременных (средний возраст 27,9±6,1 лет), у которых не было признаков заболеваний органов дыхания, но были жалобы на одышку той или иной степени выраженности в сочетании с признаками снижения скорости воздушного потока на уровне дистальных отделов бронхов (показатели МОС75<60% должных величин) – 15 чел., были жалобы без нарушений ФВД – 35 чел., не было жалоб, но были нарушения ФВД – 17 чел.

Показатели спирометрии и бронхофонографии в группах представлены в таблицах 1-2.

Таблица 1

Показатели ФВД по группам

(95% доверительные интервалы процентов от должных величин)

Показатели	КГ (n=51)	ОГ (n=67)	P
ЖЕЛ (% д.в.)	102,2 – 109,1)	96,7 – 103,2	**0,019**
ФЖЕЛ (% д.в.)	108,2 - 116,0	98,7 – 107,5	**0,004**
$ОФВ_1$ (% д.в.)	98,8 - 105,2	90,3 – 97,5	**0,001**
$ОФВ_1$/ФЖЕЛ (%)	91,9 – 96,7	91,7 – 95,9	0,759
$МОС_{75}$ (л/с)	103,1 – 123,3	80,8 – 97,7	**0,001**

Примечание: КГ – контрольная группа, ОГ – общая группа, p – уровень значимости

Таблица 2

95% доверительные интервалы показателей АРД и К в группах

(спокойное/форсированное дыхание)

	КГ(n=51)	ОГ(n=67)	P
$АРД_1$	17,2 – 43,1/321,6 – 613,9	26,5 - 89,8/476,6 – 992,5	0,112/0,081
$АРД_2$	0,9 – 2,6/29,2 – 180,4	2,8 – 16,3/70,4 – 224,2	0,308/0,442
$АРД_3$	16,2 – 41,0/267,6 470,1	25,7-76,7/370,5-789,0	0,121/0,079
$К_1$	5,1 – 11,3/24,4 – 78,0	7,0-17,1/45,9-113,6	0,197/0,197
$К_2$	0,3 – 0,7/0,3 – 31,6	-0,2-2,4/6,0-35,7	0,361/0,652
$К_3$	4,7 – 10,6/23,5 – 48,5	6,5-15,3/37,9-88,6	0,230/0,062

Примечание: КГ – контрольная группа, ОГ – общая группа, p – уровень значимости

Как видно из таблиц, показатели спирометрии между группами отличались, хотя и находились в пределах референсных значений нормы. А по показателям бронхофонографии достоверных отличий не выявлено ($p>0,05$). Кроме того, в процессе выполнения исследования, многие пациентки жаловались на трудности при выполнении спирометрии, особенно форсированных маневров. Проведение БФГ не вызвало негативной реакции ни у одной из обследуемых.

Выводы:

1. Бронхофонография является безопасным и объективным методом функциональной диагностики, применение которой не вызывает затруднений у беременных.
2. Показатели БФГ контрольной группы (95% ДИ АРД и К) могут быть предложены в качестве референсных значений акустических параметров (паттерна) нормального дыхания беременных.

Литература:

1. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. М., 2013, 896 с.

2. Компьютерная бронхофонография респираторного цикла. Под ред. Геппе Н.А., Малышева В.С. М.: Медиа Сфера, 2016, 108 с.

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ НА ПОЗДНИХ СРОКАХ БЕРЕМЕННОСТИ. СВЕЖИЙ ВЗГЛЯД НА СТАРЫЕ ПРОБЛЕМЫ

Магомедова К.А.- ассистент, Исмаилова М.Б. – студентка 521 гр. лечебного факультета, Гасанова А.А. – студентка 604 гр. лечебного факультета

Кафедра факультетской терапии ДГМУ

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

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

Актуальность. Частота анемии у беременных доходит до 30% и, по данным Минздрава России, за последние 10 лет увеличилась в 6,3 раза, причем наиболее распространенной является железодефицитная анемия (ЖДА), на ее долю приходится около 90% от всех анемий. ЖДА занимают одно из ведущих мест в структуре экстрагенитальной заболеваемости беременных. Согласно современным данным, дефицит железа в конце гестационного процесса развивается у всех без исключения беременных [1].В Республике Дагестан заболеваемость анемией беременных превышает общероссийский уровень более, чем на 47% [2]. Критерии лабораторной диагностики ЖДА согласно федеральным клиническим рекомендациям [3]: гемоглобин (Hb) менее 110 г/л, средний объем эритроцитов (**MCV) < 80 фемтолитров (fl), среднее содержание Hb в эритроците (MCH) < 26 пикограмм (пг).** Учитывая то, какие проблемы может создавать ЖДА беременным (слабость родовой деятельности, задержка внутриутробного роста и хроническая гипоксия плода, гипогалактия и др.) [4], становится очевидной чрезвычайная актуальность данной проблемы.

Цель исследования. Изучить распространенность и проявление ЖДА в III триместре беременности, соответствие диагностики, лечения и профилактики анемии клиническим рекомендациям [3].

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось в форме статистического наблюдения, сводки и группировки данных и расчета обобщающих показателей. В роддоме Махачкалы был проведен опрос беременных III триметра (с 28-й недели беременности) и проведен анализ 145 индивидуальных карт беременных. Оценивали жалобы, показатели крови (гемоглобин – Hb, среднюю величину объема эритроцитов -

MCV, показатель степени насыщения эритроцита гемоглобином – **MCH, проводимое лечение или профилактику ЖДА.**

Результаты исследования. Опрос и анализ первичной документации 145 беременных III триместра (средний возраст 27,3 ±4,9 лет, среднее количество беременностей 2,3±1,2) выявил следующее. Из 145 пациенток ЖДА выявлена у 87 беременных (60%). Из них у 71 (49%) – анемия I (легкой) степени тяжести (гемоглогбин, Hb = 90-109 г/л), у 16 (11%) – II (средней) степени тяжести (Hb от 70 до 90 г/л). При этом, в 18 случаях был определен только Hb, в 39 случаях (44,8%) при пониженном Hb отмечались нормальные показатели MCV и MCH. И только в 48 случаях (55,2%) анемия была диагностирована по снижению всех трех параметров (Hb, MCV, MCH). Не выявлено ЖДА у 56 беременных (38,6%). У двух при нормальномHb отмечалось снижение показателей MCV и MCH.

При опросе и по данным первичной документации, жалобы предъявляли 53 человека (36,6%). Из жалоб превалировали следующие: выпадение волос – у 35 (24,1%) беременных, слабость (снижение работоспособности, утомляемость) – 31 (21,4%), ломкость ногтей – 31 (21,4%), головокружение – 22 (15,2%), сонливость – 13 (8,9%), бессонница -5 (3,4%). Анализ проводимого лечения и профилактики отражен в таблице.

Таблица. Лечение/профилактика ЖДА беременных III триместра

Выявлена ЖДА (n=87)	Не выявлена ЖДА (n=58)
Получали лечение – 47 (54%)	Получали профилактику – 19 (32,6%)
Не получали лечение – 40 (46%)	Не получали профилактики – 39 (67,4%)

При этом, в группу получавших лечение были включены 18 (38,3%) чел., а в группу получавших профилактику – 8 чел. (13,8%), которым была назначена только фолиевая кислота. Из препаратов железа чаще всего назначались: тардиферон (31,9%), мальтофер (21,3%), сорбифер (6,4%). Только фолиевую кислоту в качестве лечения или профилактики получали 26 чел. (39,4%).

Обсуждение полученных результатов. 25 лет назад, в работах И.А. Шамова и сотр. [5] было выявлено, что частота ЖДА у беременных женщин в Дагестане составляет 21-90 %. Латентный дефицит железа имеет место у 49-99 %. По данным, полученным через 20 лет, удельный вес анемий варьирует от 47% до 66,6%. Частота анемий, предшествовавших или возникших во время беременности в Республике Дагестан и Российской Федерации (на 100 закончивших беременность) составили в 2010 году 52,4 и 34,7 соответственно [2].

Согласно рекомендациям ВОЗ [4], во всех регионах в течение 6 мес. (II и III триместры) беременная должна получать стандартный комплекс, состоящий из железа (60 мг) и фолиевой кислоты (400 мкг). Рекомендуется начинать лечение анемии с пероральных препаратов. Применение солевых препаратов железа (сорбифер, тардиферон, феньюльс, актиферрин) часто вызывает множество побочных эффектов, что приводит во время

беременности к частому отказу лечения (до 30—35%). Нежелательные побочные явления гораздо реже встречаются при использовании препаратов трехвалентного железа, таких как железа (III) протеин сукцинилат и гидроксид железа (III) полимальтозный комплекс (мальтофер, ферлатум).

Выводы:

1. Несмотря на сохраняющуюся высокую распространенность ЖДА у беременных, уровень диагностики данной патологии не соответствует современным требованиям. При этом, даже в клинических рекомендациях нет конкретного определения минимально необходимых исследований

2. Лечение и профилактика ЖДА в значительном числе случаев не соответствуют современным рекомендациям. Из обследованных нами пациентов, не получали лечения 46% беременных (а с учетом назначения только фолиевой кислоты) – 66,7%, не получали профилактики – 67,4 (81%).

3. Из назначаемых препаратов железа, чаще применялись солевые (20 чел.), чем рекомендуемые на основе полимальтозного комплекса (11 чел.).

4. Требуется разработка методического пособия, предлагающего конкретный алгоритм диагностики и лечения ЖДА у беременных, с учетом современных требований.

Литература:

1. Савченко Т.Н., Агаева М.И., Дергачева И.А. Анемия и беременность //РМЖ. 2016. № 15. С. 971–975

2. Магомедова А.М. Научно-организационное обоснование оптимизации модели родовспоможения в Республике Дагестан: автореф. дис….канд.мед.наук /А.М.Магомедова.- М., 2014, 24 с.

3. Румянцев А.Г., Масчан А.А., Чернов В.М., Тарасова И.С. ФЕДЕРАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ по диагностике и лечению железодефицитной анемии Москва 2015, 43 с.

4. Доброхотова Ю.Э., Бахарева И.В. Железодефицитная анемия беременных: Спрофилактика и лечение // РМЖ. Мать и дитя. 2018. .№2 (1). С.59-64.

5. Шамов, И.А., Ахмедханов С.Ш., Гасанова П.О. и др. //Железодефицитные анемии Дагестана. Махачкала, 1994. - 101 с.

ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ЖЕНЩИН С ВЫСОКИМ ПАРИТЕТОМ

А.Б. Гасанова, М.А. Идрисова – молодые ученые

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

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

Актуальность. У женщин России и Европы, по данным литературы, менопауза наступает в возрасте от 48 до 50 лет в среднем. Как известно, в постменопаузе часто возникает менопаузальный синдром (МС), выраженный различными симптомами. Симптомы патологического климактерия отягощают большой отрезок жизни женщины, нередко приводят к потере трудоспособности, снижают качество их жизни и даже приводит к инвалидности.

Отрицательное влияние менопаузы на риск развития заболеваний сердца и сосудов связывают с происходящими в переходном возрасте изменениями в липидном спектре крови в направлении дислипидемии – снижением липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) и повышением уровня липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), а также повышением содержания холестерина. Данные изменения в условиях гипоэстрогении влияют, в частности, на сердечно-сосудистую систему через рецепторы к эстрогенам, влияние на биохимические процессы в эндотелии кровеносных сосудов. Предполагают, что уровень липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП) и ЛПВП в течение жизни остается довольно неизменным, в то время как содержание ЛПНП прогрессивно возрастает, начиная уже с 30 лет.

Цель настоящего исследования: оценить состояния гормонального статуса и липидного обмена у женщин в постменопаузе в зависимости от паритета родов.

Материал и методы исследования. Обследовано 160 женщин в состоянии постменопаузы с различным паритетом родов. Возраст пациенток составил 40-65 лет в периоде физиологической менопаузы с длительностью от 2 до 10 лет. Женщины были сформированы в две группы. В основную группу были включены 90 женщин с паритетом родов 3 и более, в контрольную группу вошло70 женщин с паритетом родов от 1до2.

Состояние липидного статуса оценивали по основным показателям, характеризующим обмен липидов в крови: общий холестерин (ОХС), ЛПНП, ЛПВП, ЛПОНП с последующим вычислением коэффициента атерогенности (КА).

Состояние функции гипофизарно-яичниковой системы изучалось радиоиммунологических методов, определяли уровни тропных гормонов гипофиза и половых гормонов в сыворотке крови.

Результаты исследования обрабатывали с помощью пакета статистических программ Statistic-6, с последующим соблюдением общих рекомендаций для биологических и медицинских исследований.

Результаты исследования. По результатам исследований МС выявлен у многорожавших женщин в 68% случаев, тогда как у женщин контрольной группы – в 43% случаев. Обращает внимание, что у пациенток основной группы преобладают вегето-сосудистые (54%) и урогенитальные (72%) расстройства, тогда как у пациенток группы контроля психоэмоциональные расстройства (61%).

Результаты исследований показали, что у женщин группы контроля выработка лютеинизирующего гормона (ЛГ) увеличилась в 6 раз, а уровень фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) – в 15 раз по сравнению с их секрецией в репродуктивном периоде (таблица 1). Уровень эстрадиола (E_2) и прогестерона был достоверно снижен у женщин контрольной группы в сравнении с репродуктивным возрастом, что соответствует периоду менопаузы. E_2 и прогестерон показал достоверное снижение у пациенток с высоким паритетом в сравнении не только с репродуктивным периодом (p<0,05), но и с пациентками группы контроля (p<0,05). В свою очередь, содержание пролактина соответствовало возрастной норме.

Таким образом, при высоком паритете, так же как и при оптимальном, происходит значительная рассогласованность в регуляции выработки гонадотропинов, что, возможно, является одним из звеньев, способствующих возникновению патологических симптомов МС.

Таблица 1. Уровень гормонов в менопаузе с высоким и оптимальным паритетом

Группа обследованных	Пролактин, Мме/л	ФСГ, МЕ/л	ЛГ, МЕ/л	E_2, нмоль/л	Прогестерон, нмоль/л
Основная группа (n=90)	264,7±48	68,5±9,2	38,8±6	98,9±18,6	0,68±0,22
Контрольная группа (n=70)	240,9±73	63,0±11	43±9,2	102,9±14	0,70±0,2

Примечание: *-p<0,05 по сравнению с оптимальным паритетом.

Степень выраженности дислипидемии у пациенток была различной. Наиболее полная картина была получена при детальном исследовании концентрации всех классов липопротеидов в зависимости от паритета родов. В таблице 2 показаны результаты анализа.

У всех обследуемых женщин, как видно, в постменопаузе, независимо от паритета, имелись нарушения липидного обмена, которое в основном характеризовалось повышением уровня ОХС, ЛПНП и ТГ.

Необходимо отметить, что в сравнении с группой контроля концентрация этих показателей, а также ЛПОНП и КА были достоверно выше в группе пациенток с основной группы. Между остальными показателями липидного статуса достоверных различий по

группам не выявлено.

Таблица 2. Концентрация липидов в крови в менопаузе в зависимости от паритета

Фракция липопротеидов	Основная группа (*n*=90)	Контрольная группа (*n*=70)
ОХС, ммоль/л	6,22± 0,16*	6,08± 0,20
ЛПНП, ммоль/л	4,95 ±0,17*	4,84 ±0,13
ЛПВП, ммоль/л	1,25 ±0,15	1,28 ±0,13
ЛПОНП, ммоль/л	1,23 ±0,05*	1,08 ±0,09
КА	4,69±0,20*	4,56 ±0,32
ТГ, ммоль/л	2,78±0,07*	2,72±0,05

Примечание: * *- p*<0,05 по сравнению с оптимальным паритетом.

Выводы. Следовательно, высокий паритет, не являясь решающим фактором в нарушении липидного статуса и гормонального обмена в менопаузе, в сочетании с менопаузальной гипоэстрогенемией, способствует усугублению этих нарушений и повышению атерогенного потенциала крови. Таким образом, пациенток с высоким паритетом в состоянии менопаузы следует относить к группе повышенного риска по развитию поздних метаболических нарушений и назначать менопаузальную гормональную терапию такой когорте женщин с учетом приведенных в исследовании нарушений, как с целью купирования ранних проявлений МС, так и для коррекции и профилактики, поздних менопаузальных расстройств.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ НА ФОНЕ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

М.А. Магомедалиева – аспирант 2-го обучения

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

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

Актуальность. Одним из наиболее распространенных и, в определенной мере, загадочных заболеваний, является синдром поликистозных яичников (СПКЯ). СПКЯ – полиэндокринный и полифакторный синдром, сопровождающийся нарушением не только функции яичников, а также всех звеньев эндокринной системы. СПКЯ наблюдается у женщин разного возраста, начиная от пубертатного периода и до менопаузы. Несмотря на то, что существует прямая связь между патологией щитовидной железы (ЩЖ) и СПКЯ,

взаимосвязь между этими нарушениями изучена недостаточно. В результате изменения демографической структуры общества к концу XX века, возросла в популяции доля женщин старшей возрастной группы. В нашей стране число женщин пери- и постменопаузального периода составляет более 20 миллионов, а заболевания ЩЖ занимают первое место в структуре всей эндокринной патологии у женщин. С увеличением продолжительности жизни актуальность приобретают разнообразные факторы, которые определяют качество жизни женщин данной возрастной категории. Важнейшими из них являются проблемы, связанные с профилактикой, диагностикой и лечением патологических состояний, возникающих в результате дефицита женских половых гормонов. При обследовании пациенток постменопаузального периода с жалобами, присущими для «климактерического синдрома» (КС) или по данным зарубежной литературы – менопаузального синдрома (МС), без указания в анамнезе на заболевания эндокринной системы, была выявлена высокая распространенность патологии ЩЖ: 40% женщин имеют узловые образования и гипотиреоз. Особое внимание необходимо обращать на этот факт, особенно в условиях йодной недостаточности, ярким представителем такого региона является Республика Дагестан.

Недостаток характерных признаков у большей части пожилых пациенток, а чаще схожесть клинических проявлений климактерия с симптомами гипотиреоза может маскировать либо усугублять клинику одного из заболеваний. С наступлением менопаузы уменьшается стимулирующее действие эстрогенов на ЩЖ. Срыв деятельности ЩЖ и гормональной функции яичников приводят к развитию метаболических нарушений. При аномальном течении климактерия такое сочетание может явиться взаимоотягощающим фактором или же маскировать клинику заболеваний ЩЖ, что особенно важно в условиях йодной недостаточности. Таким образом, отсутствие исследований, где прослеживается динамики клинической картины МС у женщин с СПКЯ и щитовидной железой в норме и при патологии тиреоидного статуса свидетельствует о необходимости разработки медицинских и социальных мер для сохранения работоспособности и качества жизни женщин в постменопаузе.

Цель исследования. Оценить степень выраженности клинических проявлений МС у женщин с синдромом поликистозных яичников на фоне патологии ЩЖ.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 120женщин в возрасте от 45 до 70 лет. Основную группу составили 70 пациенток с СПКЯ на фоне патологии ЩЖ, контрольную группу - 50 пациенток с СПКЯ без патологии ЩЖ. Оценку менопаузальных расстройств проводили с помощью шкалы Грина. Антропометрическое обследование включало: измерение массы тела, роста, объема талии (ОТ), объема бедер (ОБ), с последующим расчетом индекса ОТ/ОБ. А также был изучен гормональный фон

женщин: прогестерон, эстрадиол, фолликулостимулирующий гормон, лютеинизирующий гормон, пролактин, общий тестостерон, свободный тестостерон, ДГЭАС, 17-ОП, кортизол, свободного трийодтиронина (св. Т3), свободного тироксина (св. Т4), тиреотропного гормона (ТТГ), а также антител к тиреопероксидазе и антител к тиреоглобулину.

Результаты исследования. Нами изучена степень выраженности клинических проявлений менопаузального синдрома с помощью шкалы Грина у женщин с СПКЯ (первая группа) на фоне патологии ЩЖ и у женщин с СПКЯ (вторая группа) без патологии ЩЖ.В ходе исследования установлено, что у пациенток первой группы преобладали тяжелая у 24 (27,5%) и среднетяжелая у 39 (44,5%) лиц степени тяжести МС, в отличие от пациенток второй группы, где такие формы МС встречались в 1,5–2 раза реже – 11 (14,2%) и 28 (36,2%). В исследовании обнаружены достоверные различия по среднему баллу, оцененному по шкале Грина. Так, средний балл у женщин в первой группы составил 23,0±1,05 балла, тогда как у женщин второй группы – 19,53±0,86 балла ($p<0,01$). Выраженность эмоционального и соматического статусов оценивали по 3-бальной системе. При сопоставлении полученных баллов в группах, в целом, было доказано, что у женщин с СПКЯ на фоне патологии ЩЖ соматические симптомы значительнее выражены, чем у женщин в контрольной группе (7,56±0,44 балла и 4,76±0,34 балла, соответственно) ($p<0,05$). Также, замечена тенденция к различию по разделу «депрессия» (5,38±0,33 балла и 4,54±0,30 балла, соответственно) ($p<0,05$). По остальным разделам достоверных расхождений не выявлено. У нас появилась возможность проведения сравнительного анализа между группами обследуемых женщин (таблица 1).

Таблица 1. Частота менопаузальных расстройств по группам с учетом наличия или отсутствия патологии щитовидной железы у женщин с СПКЯ

Симптомы	Первая группа (n=70)		Вторая группа (n=50)	
	абс.	%	абс.	%
Панические приступы	46	52,2*	8	11,3
Приливы	79	89,6*	39	51,1
Тяжесть при дыхании	68	77,2*	35	45,5
Раздражительность	64	73,0	68	88,5
Головные боли	59	66,5*	36	47,2
Чувство депрессии	73	83,1*	28	37,4
Расстройство сна	37	41,6	17	22,8
Трудность сосредоточиться	34	38,3*	14	18,7
Ощущение стеснения в голове и теле	19	20,9	8	11,4

Боли в мышцах и суставах	62	70,7*	35	46,1

Примечание: * – различия с контрольной группой достоверны (p<0,05).

Выводы. Следственно, степень выраженности менопаузальных расстройств зависела от наличия патологии ЩЖ и протекала в более тяжелых формах у пациенток первой группы. В итоге, можно заключить, что к особенностям клинического течения МС у женщин с СПКЯ на фоне патологии ЩЖ относится доминирование тяжелых и среднетяжелых форм над легкими и преобладание в клинической картине соматических симптомов и депрессии.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ЖЕНЩИН С ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗОЙ НА ФОНЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Д.К. Мурадова - аспирант 2-го обучения

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

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

Актуальность. Несмотря на то, что в нынешнее время акушер-гинеколог располагает большим арсеналом лекарственных препаратов для поддержания женского здоровья и предупреждения оперативного вмешательства на репродуктивных органах, количество операций, приводящих к хирургической менопаузе, в мире неуклонно растет.

В отличие от физиологической менопаузы, характеризующейся естественным постепенным снижением уровня эстрогенов, хирургическая менопауза вызывает резкое наступление острого эстрогендефицитного состояния, что приводит к нарушению регуляции гипоталямо-гипофизарно-яичниковой системы и нарушает процессы адаптации организма в целом. В результате этого взаимные связи между всеми органами и системами женского организма повергаются быстрой перестройке, отрицательно влияя на многие аспекты женского здоровья.

По результатам исследований, проведенных у женщин, проживающих в йододефицитных регионах, снижение функции щитовидной железы обнаруживаются почти у каждой второй женщины в возрасте 45-55 лет.

Заболевания щитовидной железы потенцируют проявления хирургической менопаузы, приводя к более ранней манифестации симптомов и агрессивному течению. Дефицит тиреоидных гормонов является негативным фоном, поскольку существенно усугубляет, итак появившиеся на фоне хирургической менопаузы, метаболические расстройства в организме женщины, приводя к нарушению процессов метаболической

адаптации, за счет нарушения липидного обмена, а также способствуя развитию более тяжелого осложнения в виде сердечно-сосудистой патологии.

Цель исследования. Изучить особенности метаболических нарушений у женщин с хирургической менопаузой на фоне заболеваний щитовидной железы.

Материалы и методы исследования. В исследовании участвовало 150 женщин, оперированных в перименопаузальном периоде. Средний возраст пациенток составил 48±3,42 года, с длительностью хирургической менопаузы 2-2,5 года. Объем оперативного вмешательства: надвлагалищная ампутация матки с придатками - у 118 (78,6%) женщин, двусторонняя овариэктомия - у 32 (21,3%) женщин. В основную группу вошло 80 женщин с хирургической менопаузой, страдающих заболеваниями щитовидной железы, а именно гипотиреозом. В контрольную группу были включены женщины с хирургической менопаузой без патологии щитовидной железы.

Были собраны жалобы и анамнез, проведен гинекологический осмотр с измерением артериального давления, массы тела, роста, оценки отношения окружности талии к окружности бедер (ОТ/ОБ).

Индекс массы тела (индекс Кетле) рассчитывали как отношение массы тела (кг) к квадрату роста ($м^2$).

Биохимические исследования заключались в определении содержания глюкозы натощак и через 2 часа после приема пищи (глюкозотолерантный тест), инсулина, с дальнейшим определением индекса инсулинорезистентности (индекс HOMA), общего холестерина (ХС), холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП), холестерина липопротеинов очень низкой плотности (ХС ЛПОНП), холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП) с расчетом коэффициента атерогенности (КА), триглицеридов (ТГ). Исследования проводились на автоанализаторе Konelab-20.

Результаты исследования были обработаны с помощью пакета статистических программ MicrosoftExcel 2010, при этом соблюдались общие рекомендации для медицинских и биологических исследований. Разницу средних величин считали достоверными при $p<0,05$.

Результаты исследования. Разбор антропометрических данных обследуемых женщин, с дальнейшим вычислением ИМТ позволил выявить, что до оперативного вмешательства у женщин первой группы этот индекс не отличался от значений женщин второй группы. Однако при оценке колебаний массы тела в течение первого года после операции отмечалось стремительное ее увеличение до 6 кг у 55 пациенток (68,7%), через 2 года - у 18 (22,5%), не отмечалась прибавка массы тела у 7 женщин (8,7%). В то время как женщины контрольной группы указывали на небольшое равномерное прибавление массы

тела (табл.1). У 69 (86,2%) женщин основной группы отмечалось увеличение значений соотношения ОТ/ОБ, что свидетельствовало о преобладании абдоминального типа ожирения, по сравнению с 33 (47%) женщинами второй (контрольной) группы, у которых оно повышалось незначительно.

При изучении показателей жирового обмена было отмечено статистически значимое повышение уровня атерогенных фракций (ХС ЛПНП), ХС и ТГ у женщин основной группы по сравнению с группой контроля. Наряду с повышением уровня ТГ отмечалось снижение концентрации ХС ЛПВП у женщин с хирургической менопаузой на фоне гипотиреоза, по сравнению с показателями антиатерогенных фракций у оперированных женщин без заболевания щитовидной железы (таблица 1). Показатели углеводного обмена у женщин контрольной группы существенно не выходили за пределы возрастных норм, по сравнению с женщинами основной группы, у которых наблюдалась тенденция к увеличению содержания глюкозы в крови, отмечалась повышенная толерантность к глюкозе, инсулинорезистентность (таблица 1).

Таблица 1. Лабораторные показатели углеводного и жирового обмена у обследованных женщин

Показатель	Основная группа (n = 80)	Контрольная группа (n= 70)
ХС, ммоль/л	7,0 ± 0,64*	5,3 ± 0,41
ХС ЛПНП, ммоль/л	4,2 ± 0,49*	3,0 ± 0,32
ХС ЛПОНП, ммоль/л	0,9 ± 0,55	0,50 ± 0,20
ХС ЛПВП, ммоль/л	0,9 ± 0,49	1,3 ± 0,72
ТГ, моль/л	2,5 ± 0,41*	1,7 ± 0,68
Глюкоза натощак, ммоль/л	7,1 ± 0,35*	5,7 ± 0,33
Глюкоза через 2 ч после приема пищи, ммоль/л	9,8 ± 0,25*	5,1 ± 0,28
Инсулин натощак, мкЕд/мл	13,7 ± 0,35	12,0 ± 0,15
Индекс HOMA	4,3*	2,7
КА	4,6*	2,3

Примечание: *p<0,05 при сравнении с контрольной группой

Анализ показателей артериального давления, важного диагностического критерия метаболических нарушений, позволил выявить значительный рост систолического артериального давления (158±6,5 мм. рт. ст.) у 69 (86%) женщин основной группы, с хирургической менопаузой на фоне гипотиреоза, в сравнении с 33 (47%) женщинами контрольной группы, не имевших заболевания щитовидной железы, у которых наблюдались

более низкие значения этого показателя (129±8,3 мм. рт. ст.). Остальные женщины отмечали эпизодические подъемы артериального давления.

Выводы. Итак, развившиеся в результате хирургической менопаузы метаболические расстройства, усугубляются в условиях дефицита гормонов щитовидной железы, негативно сказываясь на общем здоровье женщины. Исходя из этого, следует, что для улучшения качества жизни женщины, первостепенной задачей является дальнейшее изучение данной патологии и формирование алгоритма обследования и коррекции.

ЦИТОКИНОВЫЙ СТАТУС У МНОГОРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН В МЕНОПАУЗЕ

А.Б. Гасанова – молодой ученый, М.А. Идрисова – молодой ученый

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

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

Актуальность. Как известно, в основе инволюции репродуктивной системы лежит возрастная гормональная перестройка, влекущая за собой необратимые изменения циклической функции гипофиза и, как следствие, изменения в циклической функции яичников. Установлено, что наступление менопаузы также взаимосвязано с повышением продукции ряда провоспалительных цитокинов. Принимая во внимание тот факт, что цитокины активно участвуют в процессах сердечного ремоделирования, вызывая гипертрофию кардиомиоцитов и дилатацию полостей, оказывая отрицательное инотропное действие и усиливая процессы апоптоза кардиомиоцитов, актуальность изучения роли провоспалительных медиаторов у женщин в постменопаузе становится очевидной.

Цель исследования: оценка состояния цитокинового статуса у женщин в постменопаузе в зависимости от паритета.

Материал и методы исследования. Обследовано 160 женщин в состоянии постменопаузы с различным паритетом родов. Возраст пациенток составил 40-65 лет в периоде физиологической менопаузы с длительностью от 2 до 10 лет. Женщины были сформированы в две группы. В основную группу были включены 90 женщин с паритетом родов 3 и более, в контрольную группу вошло70 женщин с паритетом родов от 1до2.

Изучение иммунного статуса происходило путем определения фактора некроза опухолей - α (ФНО-α), интерлейкинов (ИЛ-6, ИЛ-1β) методом «конкурентного» энзимного иммунологического анализа (ЕІА) на иммуноферментном ридере в сыворотке крови.

Состояние функции гипофизарно-яичниковой системы изучалось радиоиммунологических методов, определяли уровни тропных гормонов гипофиза и половых гормонов в сыворотке крови.

Результаты исследования обрабатывали с помощью пакета статистических программ Statistic-6, с последующим соблюдением общих рекомендаций для биологических и медицинских исследований.

Результаты исследования. По результатам исследований МС выявлен у многорожавших женщин в 68% случаев, тогда как у женщин контрольной группы – в 43% случаев. Обращает внимание, что у пациенток основной группы преобладают вегетососудистые (54%) и урогенитальные (72%) расстройства, тогда как у пациенток группы контроля психоэмоциональные расстройства (61%).

Результаты исследований показали, что у женщин группы контроля выработка лютеинизирующего гормона (ЛГ) увеличилась в 6 раз, а уровень фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) – в 15 раз по сравнению с их секрецией в репродуктивном периоде (таблица 1). Уровень эстрадиола (E_2) и прогестерона был достоверно снижен у женщин контрольной группы в сравнении с репродуктивным возрастом, что соответствует периоду менопаузы. E_2 и прогестерон показал достоверное снижение у пациенток с высоким паритетом в сравнении не только с репродуктивным периодом (p<0,05), но и с пациентками группы контроля (p<0,05). В свою очередь, содержание пролактина соответствовало возрастной норме.

Таким образом, при высоком паритете, так же как и при оптимальном, происходит значительная рассогласованность в регуляции выработки гонадотропинов, что, возможно, является одним из звеньев, способствующих возникновению патологических симптомов МС.

Таблица 1. Уровень гормонов в менопаузе с высоким и оптимальным паритетом

Группа обследованных	Пролактин, Мме/л	ФСГ, МЕ/л	ЛГ, МЕ/л	E_2, нмоль/л	Прогестерон, нмоль/л
Основная группа (n=90)	264,7±48	68,5±9,2	38,8±6	98,9±18,6	0,68±0,22
Контрольная группа (n=70)	240,9±73	63,0±11	43±9,2	102,9±14	0,70±0,2

Примечание: *-p<0,05 по сравнению с оптимальным паритетом.

Гормоны индуцируют активность цитокинов, регулируя экспрессию их рецепторов. Учитывая вышеизложенное, мы сочли целесообразным оценить цитокиновый статус(ИЛ-1β, ИЛ-6, ФНО-α) у пациенток в постменопаузе в зависимости от паритета.

Таблица 2. Цитокиновый статус в зависимости от паритета по группам

Цитокины	Основная группа (n=90)	Контрольная группа (n=70)
ИЛ-1β	77,4±3,4	62,8±5,6
ИЛ-6	9,44±0,86	8,80±1,49
ФНО-α	94,4±8,1	71,9±4,9

При проведении исследований мы выявили, что у пациенток обеих групп пациенток наблюдается повышение ИЛ-1β, ИЛ-6, ФНО-α в сыворотке крови, что возможно в сочетании с выраженной гипоэстрогенемией является одним из пусковых моментов возникновения патологических симптомов климактерия у многорожавших женщин (таблица 2).

Выводы. Возможно, предположить, что высокий паритет, не являясь решающим фактором в нарушении гормонального обмена в менопаузе, в сочетании с постменопаузальной гипоэстрогенемией и высокоактивными цитокинами способствует усугублению МС. Таким образом, пациенток с высоким паритетом в состоянии менопаузы следует относить к группе повышенного риска по развитию поздних метаболических нарушений и назначать менопаузальную гормональную терапию такой когорте женщин с учетом приведенных в исследовании нарушений, как с целью купирования ранних проявлений МС, так и для коррекции и профилактики, поздних менопаузальных расстройств.

СИНДРОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ И ГИПОТИРЕОЗ В ПОЗДНЕМ РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ

М.А. Магомедалиева – аспирант 2-го обучения

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

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

Актуальность. Как известно, синдром поликистозных яичников (СПКЯ) –заболевание, диагностируемое еще в раннем репродуктивном возрасте, и тщательно изучены вопросы диагностики и ведения пациенток данной возрастной категории. На сегодняшний день вопрос об особенностях течения и ведения позднего репродуктивного периода у женщин на фоне СПКЯ один из самых спорных. В данной возрастной когорте на смену косметическим проблемам и нарушению фертильности, приходят метаболические нарушения, снижающие

трудоспособность и качество жизни женщин. В 80-95% случаев СПКЯ является частью метаболического синдрома и развивается на фоне висцерального ожирения, а инсулинорезистентность (ИР) – основное патогенетическое звено в его развитии. Интересный факт, что на фоне СПКЯ недостаточность щитовидной железы (ЩЖ) выявляется в 14,6% случаев. Заболевания ЩЖ часто встречаются у женщин после 40 лет, особенно в йоддефицитных регионах. Значительная распространенность СПКЯ и гипотиреоза, как изолированно, так и в сочетании, определяет необходимость выявления ранних характерных признаков этих серьезных и актуальных заболеваний. И здесь, учитывая, что существует сложность выявления ведущего звена в патологии тиреоидной и репродуктивной систем, возникает вопрос об особенностях метаболических процессов и функционального состояния ЩЖ и яичников у больных с СПКЯ и гипотиреозом. Секреция гормонов яичников и ЩЖ топографически разобщена, однако централизованная реакция со стороны гипоталамо-гипофизарной системы объясняет возможную связь при патологии обоих отделов эндокринной системы. Это хорошо изучено у женщин периода фертильности, однако подобные исследования в позднем репродуктивном возрасте немногочисленны и противоречивы. Все это обосновывает целесообразность более углубленного изучения течения и ведения позднего репродуктивного периода, совершенствования диагностических критериев и в дальнейшем лечебных мероприятий при СПКЯ на фоне патологии ЩЖ.

Цель исследования. Оценка тяжести метаболических нарушений у женщин позднего репродуктивного возраста с СПКЯ на фоне гипотиреоза.

Материалы и методы исследования. В настоящее исследование включено 120 женщин в позднем репродуктивном периоде в возрасте старше 35 лет. Первую группу (основную) составили 50 пациенток с СПКЯ, страдающих гипотиреозом (диагноз гипотиреоза подтвержден, пациентки находятся на диспансерном учете у эндокринолога),вторую группу – 40 пациенток с СПКЯ без патологии ЩЖ, а группу контроля – 30 здоровых женщин в позднем репродуктивном периоде. На основании данных медицинских карт был изучен репродуктивный анамнез и клинические признаки СПКЯ (менструальный цикл, фертильность, наличие гирсутизма и акне, методы лечения в анамнезе и их эффективность). При объективном осмотре оценивали степень гирсутизма с помощью шкалы Ферримана-Голлвея. Также проводили оценку антропометрических показателей: массу тела, рост, объем талии (ОТ), объем бедер (ОБ), индекс ОТ/ОБ. С целью определения степени тяжести ожирения рассчитывали индекс массы тела (ИМТ).Всем пациенткам было проведено определение липидного статуса (ЛС): общий холестерин (ОХС), триглицериды (ТГ), липопротеиды высокой плотности (ХС ЛПВП),липопротеиды низкой плотности (ХС ЛПНП), липопротеиды очень низкой плотности (ХС ЛПОНП) с последующим расчетом

коэффициента атерогенности (КА). С целью исключения сахарного диабета 2 типа (СД 2 типа) изучали наличие либо отсутствие нарушений углеводного обмена с помощью орального глюкозотолерантного теста.

Результаты исследования. В настоящем исследовании представлены уровни показателей углеводного обмена и липидного статуса у обследованной когорты женщин (таблицы 1 и 2). Уровень глюкозы и индекс HOMA в первой и во второй группах были достоверно выше по сравнению с группой контроля ($p<0,05$), что свидетельствует о присутствии ИР.

Таблица 1. Показатели углеводного обмена по исследуемым группам

Показатели	Первая группа (n=50)	Вторая группа (n=40)	Контрольная группа (n=30)
Глюкоза, ммоль/л	4,8±2,15*	5,8±2,05	4,6±1,41
ИРИ, мМЕ/л	19,78±1,73*	19,86±1,8	9,89±1,18
индекс HOMA	5,09±2,56*	5,12±2,67	2,02±1,28

Примечание: * – различия с контрольной группой достоверны ($p<0,05$).

Таким образом, можно предположить, что механизмы развития нарушений углеводного обмена увеличивают частоту заболеваемости СД 2 типа у пациенток в будущем, как вследствие ожирения, так и собственно диагноз СПКЯ. По результатам исследования все атерогенные фракции ЛС оказались достоверно выше у пациенток первой и второй групп, по сравнению с группой контроля, однако имела тенденция к повышению данных параметров в первой группе относительно второй. В свою очередь, антиатерогенные (ХС ЛПВП) оказались достоверно выше у женщин группы контроля.

Таблица 2. Показатели липидного обмена по исследуемым группам

Показатели	Первая группа (n=50)	Вторая группа (n=40)	Контрольная группа (n=30)
ОХС, ммоль/л	7,37±2,12*	5,37±2,8	5,98±1,19
ТГ, ммоль/л	2,8±3,5*	1,8±3,2	1,22±1,32
ХС ЛПВП, ммоль/л	0,97±0,02*	0,99±0,05	1,1±0,02
ХС ЛПНП, ммоль/л	4,2±1,7*	3,8±1,8	3,49±1,12
ХС ЛПОНП, ммоль/л	0,9±0,24*	0,7±0,3	0,55±0,14
КА	5,80±1,24*	4,80±1,2	4,43±0,29

Примечание: * – различия с контрольной группой достоверны ($p<0,05$).

Как известно, для СПКЯ типично наличие дислипидемии, причем не только у пациенток с СПКЯ и ожирением, но и в различных вариантах: низкие уровни ХС ЛПВП, высокие – ТГ и ОХС, ХС ЛПНП. Согласно нашим данным, распространенность

дислипидемии была в первой и во второй группах пациенток, относительно группы контроля. В свою очередь, гипотиреоз также является самостоятельным фактором повышения содержания ОХС, ТГ, ХС ЛПНП, а содержание ХС ЛПВП снижается, что дало статистически значимое подтверждение и в нашем исследовании. У пациенток первой группы дислипидемия была более выражена, что дает предпосылки развития в будущем серьезных осложнений, в частности для сердечно-сосудистой системы и неблагоприятного течения менопаузального синдрома. Изменения в липидном спектре объясняются тем, что при гипотиреозе снижается скорость синтеза и особенно распада липидов под воздействием сниженной активности липопротеинлипазы, а соответственно, и ухудшается транспорт с последующим выведением атерогенных липидов из организма с желчью.

Выводы. Таким образом, клиническая картина СПКЯ в позднем репродуктивном периоде значительно меняется в сторону отсутствия яркой клинической и биохимической картины гиперандрогении, а на первый план выходят уже метаболические осложнения, такие как дислипидемия, абдоминальное ожирение, нарушения углеводного обмена, которые могут еще более осложнить свое течение при наличии заболеваний ЩЖ. Следовательно, учитывая рост йоддефицитных заболеваний и высокую частоту СПКЯ у женщин репродуктивного возраста, в комплексное обследование необходимо включать специальные методы обследования такие, как: скрининговое определение тиреотропного гормона, свободных фракций гормонов ЩЖ, ультразвуковое исследование ЩЖ с проведением цветного допплеровского картирования.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН СУРОГЕНИТАЛЬНЫМ МИКОПЛАЗМОЗОМ

А.Р. Омарова – студентка 6 курса 12 гр. лечебного факультета,
Э.Г. Герейханова - молодой ученый
Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия
Научный руководитель – д.м.н., проф. Эседова А.Э.

Актуальность исследуемой проблемы обусловлена высокой частотой обнаружения урогенитального микоплазмоза у женщин репродуктивного возраста, и особенно, во время беременности.

Поэтому **цель данного исследования**: анализ особенности течения беременности у женщин с урогенитальным микоплазмозом.

Материал и методы исследования. Нами проведен ретроспективный анализ течения беременности и родов у 58 беременных. Основную группу составили 36 женщин, у которых во время беременности диагностирован урогенитальный микоплазмоз, контрольную группу – 22 беременные с физиологическим течением гестационного периода.

Результаты исследования. Анализ полученных результатов показал, что у 8 (22,2%)пациенток основной группы течение беременности в ранних сроках осложнялось угрозой прерывания и у 4 (11,1%) –кровотечением на фоне отслойки хориона. Достоверно чаще у женщин с урогенитальным микоплазмозом диагностировали несостоявшийся выкидыш относительно группы контроля (3 (8,3%) и 1 (4,5%), соответственно) ($p<0,05$).

Во II и III триместрах гестации у женщин с урогенитальным микоплазмозом достоверно чаще диагностировали угрозу преждевременных родов (27,7% против 13,6%, $p<0,05$), плацентарную дисфункцию (21,2% против 9,1%, $p<0,05$) и задержку внутриутробного развития плода (18,2% против 9,1%, $p<0,05$). Ультразвуковые признаки внутриутробного инфицирования (ВУИ) плода определяли только у 15,1% беременных основной группы.

В группе беременных с урогенитальным микоплазмозом в 2,2 раз чаще беременность заканчивалась преждевременными родами на фоне преждевременного разрыва плодных оболочек (9,1% против 4,5%, $p<0,05$), рождением детей с малой массой к сроку гестации (12,1% против 4,5%, $p<0,05$) и признаками ВУИ.

Выводы. Следовательно, полученные нами результаты указывают на то, что урогенитальный микоплазмоз осложняет течение гестационного периода, является одной из причин преждевременного прерывания беременности, нарушений в системе мать-плацента-плод и внутриутробного инфицирования плода.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ РОДОВ У ЖЕНЩИН С ВРОЖДЕННЫМИ АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ МАТКИ

А.Р. Омарова – студентка 6 курса 12 гр. лечебного факультета, У.А. Магомедова

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов

Кафедра общей гигиены и экологии человека

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

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

Актуальность. В последние годы отмечается тенденция к увеличению частоты выявления пороков развития различных органов и систем организма, в том числе и женских

половых органов. Аномалии половых органов среди женщин репродуктивного возраста, по данным разных авторов, составляют от 4,3% до 8,5%.

Цель исследования: ретроспективный анализ осложнений родов у женщин с различными вариантами аномалий развития матки.

Материалы и методы исследования. За период с 2016 по 2018 гг. в ГБУ РД «Махачкалинского родильного дома №2» под наблюдением находилось 116 беременных женщин с различными пороками развития матки (седловидная матка, двурогая матка, внутриматочная перегородка). Обследованные женщины были в возрасте от 17 до 38 лет. Всем беременным выполнялись клинические, клинико-инструментальные, параклинические исследования, в том числе ультразвуковое исследование (УЗИ) и кардиотокографию (КТГ), проводилась оценка состояния плода и новорожденного.

Результаты исследования. По результатам анализа выявлено, что у 45 (38,8%) женщин диагностирована седловидная матка, у 41 (35,3%) – двурогая матка и у 30 (25,9%) женщин–внутриматочная перегородка.

До настоящей беременности аномалии развития матки были выявлены только у 68 (58,6%) женщин, у остальных 48 (41,1%) женщин после родов или операции кесарева сечения. Роды в срок произошли у 72 (62,1%)беременных. У 44 (37,9%) женщин состоялись роды досрочно. Наиболее частые роды до срока были при наличии внутриматочной перегородки, реже – при седловидной матке. Кесарево сечение проведено у 66,3%, наибольший процент при внутриматочной перегородке (39%), меньший (20%) при седловидной матке. Ургентно прооперировано 54% женщин (аномалии родовой деятельности, острая внутриутробная гипоксия плода, отслойка нормально и низко расположенной плаценты), в плановом порядке в 46% случаев кесарево сечение было проведено в связи с неправильным положением и предлежанием плода, несостоятельностью рубца на матке.

Выводы. Роды у женщин с пороками развития матки сопровождаются большим процентом осложнений. При аномалиях развития матки намного чаще, чем в популяции встречаются преждевременные роды, неправильные положения и предлежание плода, отслойка нормально расположенной плаценты и низкая плацентация, внутриутробная гипоксия плода. Наибольший процент этих осложнений встречается при внутриматочной перегородке, наименьший – при седловидной матке.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ПЛАЦЕНТАРНОЙ ДИСФУНКЦИИ НА ФОНЕ УГРОЗЫ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В РАННИХ СРОКАХ

А.Р. Омарова – студентка 6 курса 12 группы лечебного факультета, У.А. Магомедова

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов

Кафедра общей гигиены и экологии человека

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

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

Актуальность. Плацентарная дисфункция (ПД) является причиной осложненного течения гестационного периода и родов. При данной патологии увеличивается материнская и перинатальная заболеваемость и смертность. Не смотря на значительный рост внимания к ее изучению в последние годы, некоторые вопросы остаются нерешенными и спорными.

Целью работы было выявление факторов риска развития ПД при угрозе прерывания беременности в ранних сроках.

Материал и методы исследования. Нами проведен статистический анализ 84 историй болезней женщин, поступавших с кровянистыми выделениями и малым сроком беременности (до 12 недель) в гинекологическое отделение ГБУ РД «Махачкалинского родильного дома №2»в течение 2018 года. Для обработки полученных данных использовался клинико-статистический метод.

Результаты исследования. Проведенный анализ историй болезней показал, что из 84-х беременных 23-м выполнено выскабливание полости матки в связи с прогрессированием самопроизвольного выкидыша на фоне предложенной терапии. Из гинекологического отделения с улучшением и сохраненной беременностью выписана 61 беременная. По возрасту обследованные женщины распределились следующим образом: до 20 лет –9 (14,7%)беременных, 21-30 лет – 37(60,6%) женщин, 31 год и более –15(24,6%) обследуемых. Перенесенные до беременности экстрагенитальные заболевания отмечались у 78,2% женщин. У 53,6% беременных наблюдались частые острые респираторные заболевания, у подавляющего большинства (84,7%) – детские инфекции (корь, скарлатина, ветряная оспа и другие).

У исследуемых по данным анамнеза изучены особенности менструальной функции: начало менструаций у 62,3% женщин зарегистрировано в возрасте 11-13 лет, наряду с этим у 23 (37,7%) обследуемых наблюдалось позднее менархе. У 33(54,1%) беременных становления менструального цикла происходило в течение года и более чем год. Длительные менструации – от 4 до 7 суток имели 49 (80,3%)женщин. Нарушения менструального цикла наблюдались у 23 (37,7%) беременных, при этом значительные и болезненные менструации – в 30,4% обследуемых и в 13,1% – нерегулярные. Гинекологические заболевания в анамнезе

отмечены у 28 (45,9%) женщин. Из них 10 (35,7%) страдали воспалительными заболеваниями матки и придатков, у 13 (46,4%) – эрозия шейки матки с последующей ее диатермокоагуляцией или криодеструкцией, у 2 (7,1%) – эндометрит и аднексит после искусственного аборта; 3 (10,7%) пациентки оперированы по поводу кисты яичника, у 2 (7,1%) – внематочная беременность, у 1 (3,6%) – удаление полипа цервикального канала.

Среди обследуемых женщин 17 (27,9%) – первородящие. У 13 (29,5%) беременных были одни искусственные роды на ранних сроках, у 5 (11,4%) – 2 и у 2 (4,5%) – 3 и более. Из 44 повторнородящих, 22 женщины имели в анамнезе самопроизвольные выкидыши, причем три из них (13,6%) – дважды. Как правило, они сопровождались значительными кровотечениями, вследствие чего четырем женщинам была проведена гемотрансфузия. Одна женщина имела в анамнезе пузырный занос.

Выводы. Таким образом, клинико-статистический анализ показал, что у женщин с невынашиванием в малых сроках гестации отягощен акушерско-гинекологический анамнез. Детские инфекции, нарушения менструального цикла, гинекологические заболевания, самопроизвольные и искусственные аборты следует отнести к числу факторов риска по возникновению угрозы прерывания беременности на ранних сроках, на фоне которых в большинстве случаев и формируется ПД.

НАРУШЕНИЯ СИНТЕЗА КОЛЛАГЕНА ПРИ ГЕНИТОУРИНАРНОМ МЕНОПАУЗАЛЬНОМ СИНДРОМЕ, АССОЦИИРОВАННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

П.Г-Г. Магомедова – аспирант 1-го обучения, М.А. Идрисова – молодой ученый

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

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

Актуальность. Генитоуринарный менопаузальный синдром (ГУМС) – это совокупность вагинальных и мочевых симптомов, связанных с развитием атрофических и дистрофических процессов в эстрогенозависимых тканях и структурах нижней трети мочеполового тракта: уретре, мочевом пузыре, влагалище, мышц тазового дна и связочном аппарате малого таза. На фоне дефицита половых стероидов в эстрогенчувствительных структурах урогенитального тракта возникают генитоуринарные расстройства, что приводит к атрофическим и дистрофическим процессам в тканях, которые имеют общность эмбрионального происхождения(связочный аппарат, мышечный и соединительнотканный

компонент тазового дна, уретра, мочевой пузырь сосудистые сплетения).

У женщин с сахарным диабетом (СД) 2 типа менопауза наступает раньше в сравнении с женщинами из общей популяции. У 80% женщин с СД 2 типа на первый план выходят жалобы со стороны урогенитального тракта – недержание мочи, сухость, зуд и жжение во влагалище, диспареуния. Этим объяснятся одновременное нарастание клинических симптомов атрофического вагинита и атрофического цистоуретрита, а также появление пролапса гениталий, связанного с нарушением биосинтеза коллагена. Литературные данные указывают, что пролапс органов гениталий имеет тесную взаимосвязь со стрессовым недержанием мочи. Доказана общность их этиопатогенеза и, следовательно, они часто сочетаются у одних и тех же больных: стрессовое недержание мочи сопутствует пролапсу гениталий в 66% случаев. Об усилении синтеза коллагена у больных СД 2 типа свидетельствует увеличение уровня коллагена IV типа, пептидно-связанного гидроксипролина (ПСГП) в сыворотке крови и моче. Установлено накопления коллагена I, III, и VI типа в почечных клубочках при СД 2 типа. Однако при СД 2 типа коллагенолитическим ферментам «приходится иметь дело» с коллагеном с измененной структурой и физико-химическими свойствами. Обмен коллагена у пациенток с ГУМС с СД 2 типа на сегодняшний день один из наименее изученных разделов внутренней патологии. Выше сказанное определяет актуальность исследований, направленных на разработку комплексного подхода к лечению ГУМС у женщин в менопаузе на фоне сахарного диабета 2 типа с учетом особенностей метаболического и гормонального дисбаланса, пищевого поведения способного улучшить качество жизни больных и снизить риск сопутствующих заболеваний.

Цель исследования: выявить прогностическое значение показателей обмена коллагена у больных СД 2 типа и взаимосвязь с пролапсом гениталий у пациенток в менопаузе.

Материал и методы исследования. На данном этапе исследования обследовано 90 женщин менопаузального периода (в возрасте от 45 до 60 лет). Пациентки сформированы в следующие группы: основную группу составят 50 пациенток в менопаузе (от 2 до 5 лет) на фоне СД 2 типа, а контрольную группу 40 пациенток в менопаузе без СД 2 типа.

Методы исследования: общие клинические и биохимические анализы крови и мочи; гинекологическое обследование; гормональные исследования, мазки на микрофлору, онкоцитологию, ультразвуковое исследование органов малого таза, мочевого пузыря, кольпоцитология, урофлоуметрия, HbA1C, ПСГП (общий, свободный) и пролин в моче, плазме крови.

Результаты исследования. В таблице 1 показаны результаты исследования

экскреция гидроксипролина с мочой у пациенток СД 2 типа и здоровых лиц в менопаузе.

Посредством регрессионного многофакторного анализа изучена взаимосвязь экскреции ПСГП, возраста пациенток, длительности СД 2 типа показателей HbAlc и среднесуточной гликемии. Установлено независимое влияние на экскрецию ГП, длительности заболевания и уровня HbAlc.

Таблица 1. Экскреция гидроксипролина с мочой у больных СД 2 типа и здоровых лиц

Показатель	Основная группа (n=50)	Контрольная группа (n=40)	Различие между группами, p
Глюкоза	10,9±3,0	4,1±1,2	p<0,01
HbAlc, %	11,8±3,2	4,3±1,5	p<0,05
Среднесуточная гликемия, ммоль/ л	8,6±2,5	4,1±1,2	p<0,05
Общий гидроксипролин	7,43 ±3,87	3,39±2,13	p<0,05
ПСГП	6,65±5,30	3,03+1,54	p<0,01
Свободный гидроксипролин	1,49±1,06	1,13±0,86	p>0,05
Отношение ПСГП /свободный гидроксипролин	4,65±1,85	3,01±1,37	p<0,05

Отмечается увеличение содержания общего ГП в моче у больных СД 2 типа в сравнении с контрольной группой. Экскреция ПСГП была наиболее выраженной (6,65±5,30 и 3,03±1,54 мг/моль, p=0,02). Полученные данные свидетельствуют об усилении метаболизма коллагена при СД 2 типа; на это указывает повышение экскреции ПСГП с мочой. Считается, что уровень ПСГП отражает одновременно скорость биосинтеза коллагена и степень распада. Пусковым фактором гиперпродукции коллагена является гипергликемия. В условиях повышенного уровня глюкозы клетки почечных клубочков усиливают синтез коллагена IV типа; установлен факт накопления коллагена I, III и IV типа в почечных клубочках при СД 2 типа. Увеличение экскреции ГП наблюдалось на начальных стадиях пролапса гениталий. Это соответствует результатам исследований, показавших увеличение экскреции коллагена IV типа (коллаген базальных мембран) у больных СД 2 типа. Об усилении синтеза коллагена у больных СД 2 типа свидетельствует увеличение уровня коллагена IV типа, ПСГП в сыворотке крови. Эти изменения являются звеном развития пролапса гениталий.

Заключение. Учитывая вышеизложенное, полученные данные свидетельствуют об усилении экскреции ГП с мочой, и интенсификации обмена коллагена у больных СД 2 типа, и позволяют предполагать вклад этих нарушений в развитие пролапса гениталий.

ТЕЧЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗЫ У ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Д.К. Мурадова – аспирант 2-го обучения

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

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

Актуальность. Курсом современной гинекологической медицины является тактика органосохраняющих оперативных вмешательств. Однако, сохранить репродуктивные органы женщины не всегда удается, в результате чего развивается хирургическая менопауза.

Как известно, менопауза, наступившая после оперативного вмешательства, характеризуется сложными реакциями нейроэндокринной системы и отличается от физиологической менопаузы одномоментным наступлением острого дефицита половых стероидов. Нейровегетативные, эндокринно-метаболические нарушения и психоэмоциональный дискомфорт, развивающиеся на фоне гипоэстрогении, крайне негативно сказываются на состоянии общего здоровья женщины.

В йододефицитном регионе отмечается неуклонный рост заболеваний щитовидной железы у женщин в возрасте 45-55 лет.

Тиреопатии выступают дополнительным триггером в клинических проявлений хирургической менопаузы. Повышенные секреции гонадотропных гормонов изменяют выход тиреотропного гормона (ТТГ), вторично нарушая основные адаптационные механизмы. Дефицит тиреоидных гормонов усиливает вазомоторные, эмоционально-вегетативные, генитоуринарные проявления хирургической менопаузы.

Цель исследования. Оценить особенности клинических проявлений у женщин с хирургической менопаузой на фоне заболеваний щитовидной железы.

Материалы и методы исследования. В исследовании участвовало 150 женщин, оперированных в перименопаузальном периоде. Средний возраст пациенток составил 48±3,42 года, с длительностью хирургической менопаузы 1-1,5 года. В основную группу вошло 80 женщин с хирургической менопаузой, страдающих заболеваниями щитовидной железы, а именно гипотиреозом. Группу контроля составили 70 женщин с хирургической менопаузой без патологии щитовидной железы.

Учитывались жалобы, анамнез, результаты гинекологического осмотра, антропометрические данные.

ИМТ (индекс Кетле) рассчитывали как отношение массы тела (кг) к квадрату роста ($м^2$).

Тяжесть менопаузальных симптомов оценивалась с помощью модифицированного менопаузального индекса (ММИ) – индекса Куппермана (1959) в модификации Е.В. Уваровой (1983). Все данные были обработаны с помощью пакета статистических программ MicrosoftExcel 2010, были соблюдены общие правила для медицинских и биологических исследований. Разницу средних величин считали достоверными при $p<0,05$.

Результаты исследования. Все оперированные женщины имели клинические проявления хирургической менопаузы. Анализ клинических симптомов и метаболических нарушений в зависимости от наличия или отсутствия патологии щитовидной железы представлены в таблице 1.

Таблица 1. Степень выраженности симптомов менопаузального синдрома в зависимости от наличия и отсутствия патологии щитовидной железы

Симптомы	Первая группа (n=80)		Вторая группа (n=70)	
	абс.	%	абс.	%
Нейровегетативные:				
0-10баллов	14	17,5	34	48,6
11-20баллов	35	43,7	20	28,6
21-30баллов	24	30	13	18,6
более 30 баллов	7	8,7	3	4,3
Психоэмоциональные:				
2-7баллов	18	22,5	30	42,3
8-14баллов	32	40	25	35,6
более 14 баллов	30	37,5	15	21,4
Обменно-эндокринные:				
2-7баллов	27	33,7	29	41,4
8-14баллов	31	38,7	24	34,3
более 14 баллов	22	27,5	17	24,3

Жалобы на вазомоторные симптомы (приливы жара и/или ознобы, потливость) и психосоматические расстройства (головная боль, раздражительность, депрессия, расстройства сна, слабость) чаще встречались среди пациенток основной группы, нежели у пациенток контрольной группы, у которых хирургическая менопауза протекала без фоновых заболеваний щитовидной железы. При анализе колебаний массы тела в течение первого года после операции отмечалось стремительное ее увеличение до 6 кг у 55 пациенток (68,7%),

через 2 года – у 18 (22,5%), не отмечалась прибавка массы тела у 7 женщин (8,7%). В то время как женщины контрольной группы указывали на небольшое равномерное прибавление массы тела (таблица 2).

При оценке степени тяжести МС по данным ММИ было выявлено, что у женщин с хирургической менопаузой на фоне синдрома гипотиреоза у 22 (27,5%) преобладала тяжелая, а у 40 (53,7%) среднетяжелая степени тяжести МС. В свою очередь, у пациенток контрольной группы такие формы МС встречались в 1,5-2 раза реже – у 9 (12,8%) и 21 (30%) пациентки, соответственно.

Таблица 2. Частота отдельных менопаузальных симптомов

Симптомы	Основная группа (n=80)		Контрольная группа (n=70)	
	абс.	%	абс.	%
Головокружение	65	81,2	58	82,8
Головные боли	59	73,7*	27	38,5
Онемение конечностей	45	56,2	41	58,5
Потливость	68	85	54	77,1
Приливы/ознобы	71	88,7*	48	68,6
Резкие подъемы АД	75	93,7*	35	50
Бессонница	61	76,2*	25	35,7
Возбудимость, слезливость	64	80*	27	38,6
Нарушение памяти	45	56,2	39	55,7
Снижение либидо	50	62,5	35	50
Мышечная слабость	48	60	37	52,8
Раздражительность	69	86,2*	36	51,4
Депрессия	70	87,5*	28	40
Тахикардия в покое	71	88,7*	32	45,7

Примечание: *$p<0,05$ при сравнении с контрольной группой.

Выводы. Степень выраженности клинических симптомов хирургической менопаузы и тяжесть их течения усугубляются в условиях дефицита гормонов щитовидной железы. В результате этого существует необходимость дальнейшего изучения данной патологии для формирования алгоритма обследования и лечения.

ВЛИЯНИЕ БОЛЕВОГО СИНДРОМА, СВЯЗАННОГО С НАРУЖНЫМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ, НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН

М.Н. Ахмедова – аспирант 2-го года

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и медико-

профилактического факультетов
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия
Научный руководитель – д.м.н., проф. А.Э. Эседова

Актуальность. Эндометриоз – присутствие эндометриоподобной ткани за пределами слизистой оболочки матки – занимает одно из ведущих мест в структуре гинекологических заболеваний. Предполагается, что общее число женщин в возрасте от 15 до 49 лет, страдающих этим заболеванием, в настоящее время достигло 176 млн. Эндометриоз традиционно подразделяют на генитальный и экстрагенитальный, а генитальный, в свою очередь, — на внутренний (эндометриоз тела матки) и наружный (эндометриоз шейки матки, влагалища, промежности, ретроцервикальной области, яичников, маточных труб, брюшины, прямокишечно-маточного углубления). Наиболее важными клиническими симптомами эндометриоза, определяющими показания к лечению, являются тазовые боли. Именно боль, связанная с НГЭ, оказывает значительное влияние на качество жизни женщин, медицинское обслуживание и, в целом, на общество. Хроническая боль подавляет чувства, эмоции, нарушает высшие ментальные и адаптивные реакции, уменьшает подвижность физиологических функций, что, в целом, ограничивает социальную активность, работоспособность и резко снижает микроклимат женщин. Болевой синдром (БС) при НГЭ не только отрицательно влияет на качество жизни женщин, нарушая ее социальную адаптацию, но и приводит к дисфункции основных регуляторных процессов организма, затрудняя тем самым диагностику различных хронических процессов, а повышенная лекарственная нагрузка при постоянном приеме анальгетиков может привести к реализации их нежелательных эффектов.

Цель исследования: анализ влияния боли на качество жизни женщин, страдающих наружным генитальным эндометриозом.

Материал и методы исследования. Обследовано 90 женщин репродуктивного возраста, находившихся в отделении оперативной гинекологии ГБУ РД «Махачкалинский родильный дом №2» им. Р.А. Каримова. У всех пациенток диагноз НГЭ II-IV степени распространенности установлен на основании клинико-инструментальных методов, включая лапароскопию. Пациентки были сформированы в две клинические группы: основную группу составили 70 женщин с наличием БС различной степени тяжести при НГЭ, контрольную группу – 20 женщин с отсутствием БС при НГЭ. Средний возраст в основной группе составил 30,75±5,47 лет, в группе контроля – 32,36±7,05 лет, в обеих группах статистически значимых различий по возрасту не выявлено.

На каждую пациентку заполнялась «индивидуальная карта больного» и была

разработана анкета болевых ощущений в зависимости от характера боли и выраженности сопутствующих симптомов, где учитывалась локализация, длительность, интенсивность, периодичность, субъективность характера боли, связь с менструальным циклом, с половыми контактами, так как 25-30% женщин, страдающих НГЭ, предъявляют жалобы на боли во время полового акта (диспареуния).

Использовались анкетированные опросы для выявления уровня качества жизни пациенток с болевым синдромом.

Результаты исследования. Все пациентки основной группы (n=70, 100%) предъявляли жалобы на боль. В группе контроля у всех женщин БС отсутствовал (n=20). Анализируя интенсивность боли по ВАШ нами выявлено, что локализация и уровень тяжести боли была различной.

Нами были изучены социально-демографические показатели исследуемой когорты женщин, в результате чего установлено, что 50 (71,4%) пациенток основной группы и 18 (90%) лиц группы контроля состояли в браке. На изменения семейных взаимоотношений с отрицательной динамикой указывали 42 (60%) пациентки основной группы и 6 (30%) – группы контроля ($p<0,05$).

На основании анкетирования, установлено, что в основной группе 49 (70%) женщин, а в группе контроля 16 (80%) – были трудоустроены. По данным показателям статистически значимых различий не выявлено ($p<0,05$). Обращает внимание, что пациентки основной группы наиболее часто отмечали значительные изменения в окружении, в сфере труда, также отмечали занижение собственной самооценки в последующем снижением социальной активности, в отличие от женщин группы контроля. Анализ данных показал, что недовольство профессиональной и трудовой деятельностью испытывали 32 (45,7%) женщины в основной группе и 2 (10%) – в контрольной ($p<0,001$).

Как показал анализ анкетирования, 35 (50%) женщин основной группы отмечали существенные изменения и отрицательное восприятие окружающего мира, что не отмечено в группе контроля ($p<0,001$). Весьма негативно высказывались о себе 36 (51,4%) пациенток основной группы и всего 4 (20%) женщины группы контроля придерживались аналогичного мнения о себе ($p < 0,05$).

Неблагоприятные изменения в различных сферах жизнедеятельности, труда, в коллективе, в семейных отношениях женщины, в первую очередь, связывали с появлением и прогрессированием БС, что нашло подтверждение нами при корреляционном анализе. Выраженность БС связана корреляционной достоверной связью с отрицательными изменениями, происходящим как в сфере трудовой деятельности ($r=0,402$; $p=0,001$), в окружении ($r=0,394$; $p=0,001$), так и личностными изменениями ($r=0,335$; $p=0,005$). В группе

контроля корреляции не выявлены.

Выводы. Указанные негативные изменения в сфере жизнедеятельности женщин, прежде всего, ассоциированы с постоянным дискомфортом и чрезмерным вниманием к боли, что становится доминантой в их жизни, так же как и неспособность, ими решать обычные семейные, профессиональные и связанные с обществом задачи, что значительно снижает качество жизни женщин и требует разработки индивидуальных программ комплексного ведения, лечения и реабилитации данного контингента женщин.

ОЦЕНКА ГОРМОНАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ НА ФОНЕ ГИПОТИРЕОЗА

Т.С. Магомедова – молодой ученый, М.А. Магомедалиева – аспирант 2-го года обучения, М.А. Идрисова – молодой ученый

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

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

Актуальность. В настоящее время отмечается неуклонный рост числа заболеваний щитовидной железы (ЩЖ). Их распространенность достигает 20%, а в эндемичных по зобу регионах эта цифра превышает 50%. Заболевания ЩЖ часто встречаются у женщин после 40 лет, особенно в йоддефицитных регионах. В данной возрастной когорте на смену косметическим проблемам и нарушению фертильности, приходят метаболические нарушения, снижающие трудоспособность и качество жизни женщин. Интересный факт, что на фоне синдрома поликистозных яичников (СПКЯ) недостаточность ЩЖ выявляется в 14,6% случаев. СПКЯ в 80-95% случаев является частью метаболического синдрома и развивается на фоне висцерального ожирения. Инсулинорезистентность (ИР) – основное патогенетическое звено в развитии СПКЯ, ведущее к усилению синтеза рецепторов к андрогенам, а соответственно, и изменению соотношения гипофизарных гонадотропинов. Значительная распространенность СПКЯ и гипотиреоза, как изолированно, так и в сочетании, определяет необходимость выявления ранних характерных признаков этих серьезных и актуальных заболеваний. И здесь, учитывая, что существует сложность выявления ведущего звена в патологии тиреоидной и репродуктивной систем, то возникает вопрос об особенностях метаболических процессов и функционального состояния ЩЖ и яичников у больных с СПКЯ и гипотиреозом. Выработка гормонов ЩЖ и яичников

топографически разобщена, однако централизованная реакция со стороны гипоталамо-гипофизарной системы объясняет возможную связь при патологии обоих отделов эндокринной системы. Все это обосновывает целесообразность более углубленного изучения течения и ведения позднего репродуктивного периода, совершенствования диагностических критериев и в дальнейшем лечебных мероприятий при СПКЯ на фоне патологии ЩЖ.

Цель исследования. Оценка гормонального фона у женщин позднего репродуктивного возраста с СПКЯ на фоне гипотиреоза.

Материалы и методы исследования. В настоящее исследование включено 120 женщин в позднем репродуктивном периоде в возрасте старше 35 лет. Первую группу (основную) составили 50 пациенток с СПКЯ, страдающих гипотиреозом (диагноз гипотиреоза подтвержден, пациентки находятся на диспансерном учете у эндокринолога), вторую группу – 40 пациенток с СПКЯ без патологии ЩЖ, а группу контроля – 30 здоровых женщин в позднем репродуктивном периоде. На основании данных медицинских карт был изучен репродуктивный анамнез и клинические признаки СПКЯ (менструальный цикл, фертильность, наличие гирсутизма и акне, методы лечения в анамнезе и их эффективность). Тщательно изучен гормональный фон женщин. Определяли содержание в крови лютеинизирующего гормона (ЛГ), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), пролактина, общего тестостерона (ОТ), эстрадиол, прогестерон, тиреотропного гормона (ТТГ), 17-гидроксипрогестерона (17-ОР), дегидроэпиандростерона сульфата (ДГАС), свободного трийодтиронина (св. Т3), свободного тироксина (св. Т4), тиреотропного гормона (ТТГ).

Результаты исследования. В настоящем исследовании было проведено разделение обследованных женщин по исходному фенотипу СПКЯ с целью оценки значимости клинического фенотипа заболевания для прогнозирования дальнейшего риска развития различных нарушений в организме женщин позднего репродуктивного возраста. По данным, представленным в таблице 1, классический фенотип СПКЯ (клиническая картина гиперандрогении, олигоменорея/аменорея, признаки ановуляции) был диагностирован ранее у 58 женщин в репродуктивном возрасте. Неполный фенотип СПКЯ (признаки ановуляции, олигоменорея/аменорея, увеличение объема яичников при ультразвуковом исследовании, но без признаков гиперандрогении) ранее был у 25 лиц. В группе женщин с классическим фенотипом заболевания ожирение наблюдалось чаще. Данные таблицы 2 убедительно свидетельствуют о том, что уровни ТТГ, Т3, Т4 в основной группе подтверждают клинический диагноз гипотиреоза. Наибольшую диагностическую ценность при гипотиреозе имеет определение концентрации ТТГ в плазме крови, уровень, которого возрастает.

Таблица 1. Клиническая характеристика пациенток с синдромом

поликистозных яичников (n=90)

Характер течения синдрома поликистозных яичников	Число пациенток		Число пациенток с ожирением	
	абс.	%	абс.	%
Полный классический фенотип	58	58	58	58
Неполный фенотип	64,4	64,4	64,4	64,4
Консервативная терапия в анамнезе	53	53	53	53
Оперативное лечение в анамнезе	58,9	58,9	58,9	58,9

Таблица 2. Содержание гормонов в крови у женщин обследуемых групп

Показатели	Первая группа (n=50)	Вторая группа (n=40)	Контрольная группа (n=30)
ЛГ (МЕ/л)	48,04±3,78*	51,03±3,44	43,6±8,5
ФСГ (МЕ/л)	69,14±7,07*	51,5±3,66	63,3±11,4
Е2 (нмоль/л)	82,39±23,2	145,31±37,3	145,5±35,3
Т св. (пг/мл)	5,9±0,47	4,9±0,65	2,1±0,46
ДГЭАС (мкмоль/л)	5,38±0,48	5,1±0,45	5,47±0,3
17-ОН (нмоль/л)	3,4±0,58	2,4±0,25	1,9±0,32
ПРЛ (мМЕ/л)	445,2±47,8	450,5±48,9	243,0±76,0
ТТГ (МЕ/л)	15,52±0,11	2,72±0,13	2,85±0,15
Т3 (нмоль/л)	0,92±0,1	1,51±0,1	1,47±0,5
Т4 (нмоль/л)	55,3±5,5	114,9±5,9	115,9±5,3
Прогестерон	0,71±0,20	1,23±0,145	1,71±0,041

Анализируя вышеизложенное, можно заключить, что при тиреоидной патологии в позднем репродуктивном периоде на фоне СПКЯ отмечена тенденция к более значительному увеличению уровня ФСГ и снижению показателя ЛГ, при этом у пациенток первой группы в сравнении со второй группой и группой контроля эти различия достоверны. Можно предположить, что в условиях дефицита тиреоидных гормонов, происходит усиленный рост тиреотрофов, которые продуцируют повышенное количество тиреотропного гормона (ТТГ). Затем угнетается функция клеток гипофиза, вырабатывающих ЛГ, снижается реактивность рецепторов гипофиза по отношению к подавляющему действию эстрогенов на ФСГ, что и приводит к его гиперпродукции. Возможно, что при гипотиреозе, в том числе и компенсированном, происходит более выраженная рассогласованность в регуляции секреции гонадотропинов, что является одним из моментов, способствующих появлению патологических симптомов климактерия в будущем у женщин с СПКЯ в более тяжелом

течении.

Заключение. Таким образом, клиническая картина СПКЯ в позднем репродуктивном периоде существенно меняется в сторону отсутствия яркой клинической картины гиперандрогении и на первый план выходят уже различные метаболические нарушения. Следовательно, учитывая неуклонный рост йоддефицитных заболеваний, а также высокую частоту СПКЯ у женщин репродуктивного возраста, в комплексное обследование необходимо включать специальные методы обследования, в частности, скрининговое определение ТТГ, свободных фракций гормонов щитовидной железы, ультразвуковое исследование ЩЖ.

ОСТЕОПЕНИЯ И ОСТЕОПОРОЗ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

И.М. Алиева – аспирант 2 года

Кафедры акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - д.м.н., профессор А.Э. Эседова

Актуальность. Остеопороз (ОП) – как безмолвная эпидемия нынешнего века, остается одной из ведущих причин инвалидизации женщин современного мира. Своей способностью протекать завуалировано, исподволь, без явной клинической симптоматики, но верно и метко разрушает «стержень», опору – человеческого организма. ОП – многофакторное, системное, метаболическое заболевание, в основу патогенеза которого заложено сочетание генетических и внешних факторов, приводящих к резкому снижению костной массы с нарушением ее микроархитектоники, со значительным увеличением хрупкости костей и их переломов. Выделяют ряд основных факторов предрасполагающих развитие данной патологии: возраст, пол, раса, физическая активность и стиль жизни, питание, хронические системные заболевания и их течение, а также длительность приема препаратов.

Одну из ведущих позиций среди причин, ведущих к развитию ОП, занимает ревматоидный артрит (РА). РА – системное, воспалительное заболевание соединительной ткани со сложным аутоиммунным патогенезом, поражающее от 0,7% до 2% населения земного шара. Согласно статистике в 2017 г от РА умерло около 69 тысяч человек по всему миру. Стоит отметить, что заболевание характеризуется высокой инвалидизацией больных (70%), которая наступает довольно рано, женщины заболевают в 3-5 раз чаще мужчин.

Основной пик заболеваемости РА у женщин приходится на возраст 44-58 лет. Продолжительность и качество жизни больных РА, сравнительно с популяцией в целом резко снижена. Влияние системного аутоиммунного воспаления на костный метаболизм, напрямую отражает потерю костной массы при РА, что также является неблагоприятным звеном, предрасполагающим к развитию более тяжелой формы ОП. Таким образом, можно смело утверждать, что категория женщин с РА, особенно тех, которые уже вступили в период менопаузы, являются наиболее подверженной развитию ОП и более его тяжелому течению.

Цель исследования. Сравнительный анализ показателей минеральной плотности костной (МПКТ) ткани у пациентов с остеопорозом и у больных ревматоидным артритом в сочетании с остеопорозом в период менопаузы.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 70 пациентов, среди которых 34 больных с РА. Набор материала осуществлялся среди больных, находившихся на стационарном обследовании и лечение в отделении ревматологии «Республиканской клинической больницы». Контрольную группу составили 36 женщин в возрасте от 45 до 78 лет (средний возраст исследуемых 50,65±5,06 лет), проживающие в г. Махачкала и РД в целом, не имеющие переломов в анамнезе и признаков патологии опорно-двигательной системы.

Обследовано 34 женщины с РА: средний возраст - 51,06±5,46 лет; длительность заболевания - 7,75±8,82 лет; в периоде постменопаузы. У большинства пациенток с РА отмечались средняя (45,3%) и высокая (37,5%) степени активности иммуновоспалительного процесса, серопозитивность (84,4%), III (37,5%) и IV (29,7%) стадии заболевания. Основными задачами лечения больных РА являлись подбор адекватной базисной терапии и подавление клинических признаков активности болезни в максимально короткие сроки.

Рентгенография пораженных суставов выполнялась всем больным РА, основной целью, которой являлось, выявление признаков заболевания, оценки стадии процесса и динамики изменений. Результаты у больных с РА оценивались с помощью классификации Штейнброкера. Всем больным проводилась рентгенография грудного и поясничного отделов позвоночника в двух проекциях с целью выявления рентгенологических признаков остеопении и деформаций позвонков, обусловленных ОП.

Определение МПКТ выполнялось на спиральном компьютерном томографе SOMATOM PLUS 4A фирмы Siemens (Германия), оснащенном фантомом с гидроксиапатитом кальция и компьютерной аналитической программой «Osteo». Выполнялась томограмма в боковой проекции и одиночные срезы по срединной линии каждого из позвонков. Область интереса на аксиальных срезах позвонков устанавливалась

автоматически на трабекулярном веществе. «Оценка результатов проводилась по "T" и "Z" критериям».

Т-критерий представляет собой, количество стандартных отклонений, выше или ниже среднего показателя пика костной массы молодых женщин. Нормальными показателями МПКТ считаются показатели Т-критерия от +2,5 до - 1 стандартных отклонений от пиковой костной массы. Z-критерий представляет собой количество стандартных отклонений выше или ниже среднего для лиц аналогичного возраста.

Результаты исследования. При исследовании минеральной плотности костной ткани получены результаты, соответствующие двум исследуемым группам, составленным нами в зависимости от наличия или отсутствия РА у женщин в постменопаузе. По данным результатов, у всех женщин в постменопаузе с РА имелись нарушения МПКТ. У 65% женщин в постменопаузе с РА была выявлена остеопения, у 40% остеопороз. У 45% женщин в постменопаузе без РА наблюдались нормальные показатели МПКТ, у 35% остеопения и у 20% остеопороз. При анализе МПКТ по зонам исследования было выявлено, что наибольшее снижение показателей обнаружилось в области позвонков и в области Варда.

Выводы. Остеопения при РА наблюдается в 65% случаев. Потеря костной массы ускорена у женщин в постменопаузальном периоде независимо от длительности менопаузы. Факторами риска остеопении являются функциональная недостаточность суставов, активность иммуновоспалительного процесса, рентгенологическая стадия и длительность заболевания, а так же наличие системности и серопозитивности.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ГЕНИТОУРИНАРНОМ МЕНОПАУЗАЛЬНОМ СИНДРОМЕ, АССОЦИИРОВАННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

П.Г-Г. Магомедова - аспирант 1-го обучения

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

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

Актуальность. Современная женщина почти треть жизни проводит в состоянии климактерия, для которого характерны различные проявления эстрогендефицитного состояния. У 80% женщин с сахарным диабетом (СД) 2 типа на первый план выходят жалобы со стороны урогенитального тракта – недержание мочи, сухость, зуд и жжение во

влагалище, диспареуния. Этим объяснятся одновременное нарастание клинических симптомов атрофического вагинита и атрофического цистуретрита, что определяет понятие генитоуринарного менопаузального синдрома (ГУМС), а также появление пролапса гениталий, связанного с нарушением биосинтеза коллагена.

Об изменениях в женском организме в менопаузе на фоне ГУМС, особенно у женщин с СД 2 типа накоплено недостаточно информации. Таким образом, несмотря на имеющиеся научные работы по данной проблеме, ряд вопросов остаются недостаточно освященными.

Выше сказанное определяет актуальность исследований, направленных на разработку комплексного подхода к лечению ГУМС у женщин в менопаузе на фоне СД 2 типа с учетом особенностей метаболического и гормонального дисбаланса, пищевого поведения способного улучшить качество жизни больных и снизить риск возможных осложнений. В менопаузе возрастает риск развития артериальной гипертензии, атеросклероза, ишемической болезни сердца, а СД 2 типа классическая модель микро- и макрососудистых осложнений, что значительно ухудшает этот прогноз.

Цель исследования. Оценка особенностей метаболических нарушений у пациентов с СД 2 типа на фоне ГУМС.

Материал и методы исследования. На данном этапе исследования обследовано 90 женщин менопаузального периода (в возрасте от 45 до 60 лет).

Пациентки сформированы в следующие группы: основную группу составили 50 пациенток в менопаузе (от 2 до 5 лет) на фоне СД 2 типа с длительностью заболевания в среднем 6,5±5,8 лет, а контрольную группу40 пациенток в менопаузе без сахарного диабета 2 типа. Методы исследования: общие клинические и биохимические анализы крови и мочи; гинекологическое обследование; гормональные исследования, мазки на микрофлору, онкоцитологию, ультразвуковое исследование органов малого таза, мочевого пузыря, кольпоцитология, урофлоуметрия, HbA1C.

Результаты исследования. При исследовании степени нарушения чувствительности к инсулину у лиц с СД 2 типа с нарушениями углеводного обмена значение М-индекса при исходном обследовании от 0,15 до 12 мг/кг/мин, составляя в среднем 4,31±2,57 мг/кг/мин, что почти в 2 раза ниже показателей здоровых лиц (7,52±1,79 мг/кг/мин, $p<0,001$).

Пациенты, достигшие уровня триглицеридов (менее 1,6 ммоль/л), имели более высокий М-индекс по сравнению с больными, имеющими гиперлипидемию (уровень триглицеридов выше 2,2 ммоль/л). Корреляция с уровнем холестерина была достоверной, но значительно слабее ($p=0,018$).

Таблица 1. Клинико-лабораторная характеристика исследуемых пациенток

в сравнительном аспекте

Показания	Основная группа (n=50)	Контрольная группа (n=40)	Различие между группами, p
Возраст, лет	52,1±10,3	45,5±13,8	p<0,0001
Массатела, кг	83,0±15,1	68,7±16,6	p<0,001
ИМТ, кг/м^2	29,6±4,8	25,4±4,9	p<0,001
ОТ, см	100,7±11,4	72,8±9,9	p<0,0001
ОБ, см	109,1±10,9	98,1±6,8	p=0,002
ОТ/ОБ	0,92±0,07	0,74±0,07	p<0,0001
Глюкоза	8,9±2,0	4,1±0,5	p<0,001
HbA1c,%	8,7±2,0	5,1±0,5	p<0,001
ИРИ, мкЕд/мл	21,2±13,5	15,9±3,5	p<0,001
HOMA-ИР	6,94±4,93	1,99±2,03	p<0,0001
М-индекс, мг/кг/мин	4,31±2,57	7,52±1,79	p<0,001
Холестерин, ммоль/л	5,72±1,32	5,18±0,95	p<0,001
ЛПВП, ммоль/л	1,31±0,41	1,70±0,45	p=0,008
ЛПНП, ммоль/л	3,59±1,18	3,40±0,59	p<0,001
Триглицериды, ммоль/л	2,15±1,69	1,14±0,54	p<0,001

Анализ распределения частот встречаемости показал, что у 18,4% пациентов М-индекс находился в пределах 2 мг/кг/мин, что можно расценивать как выраженное снижение чувствительности к инсулину. У 29,9 % М-индекс был в интервале от 2 до 4 мг/кг/мин, что соответствует умеренному снижению, у 27,2% - в интервале от 4 до 6 мг/кг/мин – незначительное снижение, у 20,5% периферическая чувствительность соответствовала близким к нормальным показателям (выше 6 мг/кг/мин).Из клинических показателей М-индекс исходно определялся массой тела, степенью висцерального ожирения, и не зависел длительности заболевания, возраста и пола. При выраженной декомпенсации углеводного обмена у больных СД 2 типа липотоксичность, глюкозотоксичность играют важную роль в развитии и утяжелении инсулинорезистентности, а также выраженности симптомов ГУМС.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о выраженности метаболических нарушений у пациенток с СД 2 типа, что способствует более раннему проявлению и тяжестью течения ГУМС и требует персонализированного подхода в тактике введения этой группы пациентов.

ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ АДЕНОМИОЗА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

А.М. Меджидова - аспирант 3 года обучения

Кафедры акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - д.м.н., профессор А.Э. Эседова

Актуальность. Аденомиоз на сегодняшний день - одна из самых больших проблем в гинекологии. Распространенность аденомиоза, как и эндометриоза в целом, в последние годы растет. Возраст пациенток молодеет и приходится на возраст реализации репродуктивных планов.

Заболеваемость аденомиозом, по данным литературы, варьирует в широких пределах - от 5 до 70%.Причинами такого широкого диапазона данных являются: использование различных критериев, а также сложности в клинической постановке диагноза, выявление степени распространенности процесса, так как симптомы аденомиоза неспецифичны и могут быть связаны с другими гинекологическими заболеваниями или сопутствовать им.

Цель исследования: совершенствование и внедрение в клиническую практику нового алгоритма обследования женщин с аденомиозом в репродуктивном возрасте.

Материалы и методы:в исследование вошло 84 женщины в возрасте от 20-42 лет (средний возраст 27,6±5,6 лет) с проявлениями клиники аденомиоза (хроническая тазовая боль, меноррагии, бесплодие, анемия). Основную группу составили 54 женщины. В свою очередь основная группа была разделена на 2 подгруппы.

1-ая подгруппа: 26 женщин, для уточнения диагноза которым проводились: общеклинические исследования крови (дополнительно СА-125),оценка гормонального статуса (лютеинизирующий гормон, фолликулостимулирующий гормон, эстрадиол, пролактин, тестостерон, кортизол,17-оксипрогестерон), трансвагинальное и трансабдоминальное ультразвуковое исследование (УЗИ).

2-ая подгруппа: 28 женщин, для уточнения диагноза которым проводились вышеуказанные исследования и дополнительно магнитнорезонансная томография (МРТ) малого таза.

Контрольную группу составили 30 здоровых женщин репродуктивного возраста.

Результаты исследования. Анализ общеклинических методов диагностики и ультразвуковой метод помог выявить аденомиоз 2 степени у 9 пациенток (35%) в первой подгруппе. Тогда как, анализ данных, полученных с помощью вышеуказанных исследований в комплексе с МРТ исследованием малого таза, позволил выявить аденомиоз

1-2 степени во второй подгруппе у 24 пациенток (87,2%) с возможностью получения изображения в любой плоскости и отсутствием «немых зон», что способствовало точности постановки диагноза.

Основными МРТ диагностическими критериями были:

1) Утолщение миометрия неравномерной формы с наличием сигнала низкой интенсивности.

2) Переходная зона (архимиометрий) с увеличенным количеством гетерогенных и кистозных включений.

3) Разница в толщине стенок более 10 мм.

Вывод. В настоящее время, принимая во внимание всю серьезность проблем у женщин репродуктивного возраста с клиникой аденомиоза, необходимо стандартизировать представление об инструментальных критериях диагностики аденомиоза. Можно уверенно сказать, что УЗИ и МРТ малого таза являются взаимодополняющими методами диагностики. МРТ исследование может служить «золотым стандартом» в диагностике данной патологии, способствуя раннему выявлению заболевания, тем самым улучшая результат своевременной терапии и повышая репродуктивные шансы.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У МНОГОРОЖАВШИХ С МЕНОПАУЗАЛЬНЫМ ИНДРОМОМ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

З.М. Касумова - аспирант 3-го года обучения

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

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

Актуальность. Менопаузальный синдром на фоне метаболических нарушений у многорожавших развивается более чем в 80% случаев. Изучение данной проблемы приводит к необходимости подбора наиболее оптимального метода лечения путем сравнительной оценки менопаузальной гормональной терапии.

Цель исследования: оценить влияние менопаузальной гормональной терапии Анжелик Микро и Фемостон 1\5 на коррекцию менопаузального синдрома на фоне метаболических нарушений и определить их клиническую эффективность.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 170 пациенток. Средний возраст наступления менопаузы - 47,9±0,5 лет. Все женщины были многорожавшими: у 35 было 6 родов; у 59 – 4-5; у 76 – 2-3 родов. У всех обследованных

отмечался патологический климактерический синдром.

В зависимости от применяемого гормонального препарата все обследуемые были разделены на 3 группы. В 1-ю группу вошли 50 пациенток в постменопаузе, которым назначался Анжелик Микро по общепринятой схеме в течение 21 дня с 7-дневным перерывом. Во 2-ю группу вошли 50 пациенток в постменопаузе, использовавших Фемостон 1/5 в таблетках по 4 мг в день в течение 3 мес. с последующим снижением дозы до 2 мг в течение 6 мес. 3-я группа - 70 пациенток - контрольная группа. Степень выраженности климактерического синдрома и эффективность проводимой терапии определяли по менопаузальному индексу Куппермана в модификации Е.В. Уваровой.

Всем пациенткам до лечения и на фоне терапии, через 6 мес. приема препарата измеряли АД, массу тела, проводилось УЗИ гениталий, молочных желез, маммографию, цитологическое исследование мазков по Папаниколау, кольпоскопию (кольпоскоп фирмы "Opton", Германия), pH-метрию влагалища, измеряли кариопикнотический индекс; определяли ФСГ, ЛГ иммуноферментным методом (тесты фирмы "Ф. Хоффманн-Ла-Рош"); эстрадиол методом радиоиммунного анализа (тесты фирмы "Иммотех", Чехия); в динамике изучали липидный спектр крови: общий холестерин, триглицериды, липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), липопротеиды высокой плотности (ЛПВП). Определяли коагуляционные свойства крови.

Результаты исследования. Результаты исследования липидного обмена и гормонального статуса в динамике на фоне терапии различными препаратами МГТ.

Исходные показатели Анжелик Микро 1 группа 50 пациенток: холестерин 5,2±0,09 ммоль/л, ЛПНП 0,46±0,02 ммоль/л, ЛПВП 1,11±0,03 ммоль/л, триглицериды 1,42±0,05 ммоль/л, ФСГ 64,9±4,43 мЕ/л, ЛГ 46,8±2,05 мЕ/л, Эстрадиол 0,19±0,03 нмоль/л. Через 6 мес. холестерин 4,60,±0,12 ммоль/л, ЛПНП 0,35±0,01 ммоль/л, ЛПВП 1,23±0,04 ммоль/л, триглицериды 1,2±0,02 ммоль/л, ФСГ 52,8±4,01 мЕ/л, ЛГ 39,6±2,0 мЕ/л, Эстрадиол 0,3±0,03 нмоль/л. 2 группа – Фемостон 1/5 - 50 пациенток - исходные показатели липидно-гормонального обмена холестерин 5,7±0,2ммоль/л, ЛПНП 0,38± 0,04ммоль/л, ЛПВП 1,23±0,02ммоль/л, триглицериды 1,52±0,05ммоль/л, ФСГ мЕ/л 90,3±2,8 ЛГ мЕ/л53,1±1,3 Эстрадиол, нмоль/л 0,11±0,02. Через 6 мес. приема Фемостон 1/5 холестерин 4,9±0,1 ммоль/л, ЛПНП 0,34±0,01ммоль/л, ЛПВП 1,29±0,04ммоль/л, триглицериды 1,5±0,05 ммоль/л, ФСГ мЕ/л 78,1±2,61 ЛГ мЕ/л45,9±1,8 Эстрадиол, нмоль/л 0,19±0,02. Контрольная группа 70 пациенток исходные показатели липидно-гормонального обмена: холестерин 5,6±0,06 ммоль/л, ЛПНП 0,5 ± 0,02ммоль/л, ЛПВП 1,03±0,04ммоль/л, триглицериды 1,5±0,07 ммоль/л, ФСГ мЕ/л 92,8±1,46, ЛГ мЕ/л 57,93±1,25, Эстрадиол, нмоль/л 0,03±0,01. Через 6 мес. холестерин 6,3±0,06 ммоль/л, ЛПНП 0,87±0,01 ммоль/л, ЛПВП 2,03±0,03 ммоль/л,

триглицериды 1,72±0,01ммоль/л, ФСГ мЕ/л 97,38±1,27, ЛГ мЕ/л58,37±2,15 Эстрадиол, нмоль/л 0,02±0,01.

Терапия Анжелик Микро к концу 6-го месяца лечения способствовала более выраженному клиническому эффекту: у всех исчезли приливы, потливость, раздражительность, депрессия, головные боли. У всех пациенток индекс Куппермана к концу 3- го месяца снизился с 26,3±6,7 до 15,3±3,3 балла, а к концу 6-го месяца с 15,3±3,3 до 4,3±2,3 балла. На фоне снижения уровней ФСГ, ЛГ и повышения эстрадиола КПИ увеличился в среднем в 2 раза (с 5±0,5% до 10±0,7%) и в 1,5 раза (с 10±0,6% до 15±0,8% у 1/3, а pH в среднем снизился в 1,2 раза (с 5,5±0,1 до 4,5±0,1). Следовательно, при применении Анжелик Микро в течение 6 мес. был отмечен положительный эффект, заключающийся в снижении выраженности симптомов климактерического синдрома. Пациентки 2-й группы принимали Фемостон 1/5. Положительный эффект от приема Фемостона 1/5 также наблюдался после 6 мес. приема препарата. Средняя величина индекса Куппермана после 6 мес. приема фемостона 1/5 составила 4,2±1,3 балла при исходной 27,3±6,1 балла. Менструалоподобной реакции ни у одной пациентки не отмечалось. Следовательно, при применении Фемостона 1/5 в большей мере устранялись симптомы патологического климакса.

Результаты исследований, касающихся применения препаратов Анжелик Микро и Фемостон 1/5 у многорожавших женщин, свидетельствуют о том, что в постменопаузе с преобладанием метаболических нарушений препаратами выбора являются Анжелик Микро и Фемостон 1/5. Клинический эффект от их применения был получен нами у всех пациенток без отрицательных проявлений. Одновременно при приеме Анжелик микро и Фемостон 1/5 наблюдались положительные сдвиги в гормональном статусе, снижение секреции гонадотропных гормонов (ЛГ и ФСГ) в 1,2 раза, повышение концентрации эстрадиола в 1,3 раза, а также снижение атерогенных свойств крови.

Выводы. Таким образом, проведенные исследования показали, что у многорожавошх женщин климактерический период более чем в 80% имеет патологическое течение, это подтверждает необходимость применения заместительной гормонотерапии. Анжелик Микро, Фемостон 1/5 могут быть рекомендованы в широкую практику для лечения патологического климакса у многорожавших женщин после тщательного обследования с учетом противопоказаний.

ИСХОДЫ РОДОВ У ЖЕНЩИН С ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКОЙ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТ

А.С. Кропачева, А.Л. Гатицкая – студенты

Кафедра акушерства и гинекологии

ФГБОУ ВО ПГМУ им. Академика Е.А. Вагнера Минздрава России, Пермь, Россия
Научный руководитель: канд. мед. наук, асс. Черникова И.А.

Актуальность. Возникновение преждевременной отслойки плаценты связано с высоким риском неблагоприятных исходов для женщины и новорожденного. По различным данным отслойка она составляет 20 - 45,1 % в общей структуре акушерских кровотечений. Кровотечение при отслойке сопровождается негативными последствиями, в частности, антенатальной гибелью плода или геморрагическим шоком, почечной и дыхательной недостаточностью, постгеморрагической анемии, ДВС - синдромом, удалением репродуктивного органа у пациенток [1,2,3].

Цель. Изучить влияние преждевременной отслойки плаценты на роженицу и новорожденного.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ историй родов на базе роддома МСЧ № 9 г. Пермь. В группу исследования вошли 65 женщин (1,3%) во время родов произошла преждевременная отслойка плаценты. Возраст женщин находился в диапазоне от 19 до 38 лет, в среднем составил 29 лет.

Результаты исследования. В зависимости от клинических проявлений преждевременную отслойку плаценты различают: легкую, которая встречалась в 9% (6) случаев, среднюю – 29% (19) и тяжелую степень – 62% (40).

В 14% (9) случаев роды у исследуемых женщин произошли через естественные родовые пути, а у 86% (56) было произведено экстренное кесарево сечение.

Во время родов у 14% (9) женщин была проведена амниотомия, у 3% (2) - эпизиотомия. Перидуральная анестезия использовалась для обезболивания 5% (3) исследуемых. Индукция родов препидил-гелем проводилась 5% (3) женщин, 2% (1) было проведено родоусиление окситоцином и вакуум-экстракция плода. У 2% (1) была диагностирована матка Кювелера.

Роды 95% (62) женщин были с осложнениями. Течение родов у 22% (14) женщин осложнилось дистрессом плода, у 12% (8) произошло дородовое излитие околоплодных вод. У 3% (2) роды осложнились крупным плодом, у 3% (2) - разрывом влагалища, обвитием пуповиной, у 2% (1) - гипертонусом матки, HELLP-синдромом, выпадением петель пуповины, разрывом промежности.

69% (45) имели кровопотерю I класса (менее 750 мл), 31% (20) - II класс (750-1500 мл).

Доношенными родились 24% (16), переношенными – 8% (5), недоношенными – 68% (44): 1 степень недоношенности у 23% (15), 2 степень – у 25% (16), 3 степень – у 14% (9) и 4

степень – у 6% (4).

На первой минуте жизни в 50% случаев у новорожденных была гипоксия. К пятой минуте гипоксия осталась лишь у 12% (8), большинство их которых легкой степени.

Выводы. Подавляющее большинство женщин, столкнувшихся с преждевременной отслойкой плаценты, имели осложнения в родах, которые привели к гипоксии у новорожденного. Более половины детей родились преждевременно. Данные состояния в дальнейшем могут быть причиной неврологических заболеваний.

Список литературы:

1. Бабаджанова Г.С. Факторы риска развития преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты / Г.С. Бабаджанова, Г.О. Раззакберганова, К.А. Саттарова // Акушерство и гинекология. — 2017. — №5. — С.14-19.

2. Иванов И.И. Анализ особенностей течения беременности, родов и состояния новорожденных у женщин с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты / И.И. Иванов, Е.Н. Ляшенко, Е.Н. Прочан // Таврический медико-биологический вестник. — 2016. — №2. — С. 73-76.

3. Марочко Т.Ю. Факторы риска преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты / Т.Ю. Марочко, М.Н.Сурина, Д.К.Сезелнева, С.Ю.Хапачева // Оригинальная статья. — 2017. — №3. — С.42-45.

ОСНОВНЫЕ ИТОГИ ПРОГРАММ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ ОМС

М.С. Бойченко, А.С. Жилина, М.В. Мартыненко - студенты 4 курса лечебного факультета

Кафедра акушерства и гинекологии

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ МЗ РФ, Тюмень, Россия

Актуальность. Клиническое бесплодие, согласно Всемирной организации здравоохранения, - состояние, при котором у супружеской пары, живущей регулярной половой жизнью без применения контрацепции и желающей иметь ребенка, в течение одного года не наступает беременность [4]. Частота бесплодных браков достигает 17,5% и имеет стойкую тенденцию к увеличению [2], достигая 20,3% в некоторых регионах России [5]. При этом Всемирная организация здравоохранения утверждает: повышение частоты бесплодных браков в стране до 15 % - это не только медицинская, но и социально-демографическая проблема. В современном обществе каждый 6-й человек прибегнет к

применению современных медицинский технологий, что подарит ему возможность иметь своего ребенка.

Общее число проводимых в России циклов вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) растет [1], и в 2011 г. по общему количеству выполненных циклов ВРТ Российская Федерация заняла III место среди европейских стран [3].

Цель. Изучить результаты выполнения программ вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) в Тюменской области за 2017 год.

Материалы и методы исследования. Было проведено сплошное ретроспективное исследование в отделении планирования семьи ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» г. Тюмень всех программ ВРТ, проводимых за счет средств ТФОМС, а также исходов всех беременностей, наступивших по этим программам. Исследование проведено по программам, выполненным за период февраль-декабрь 2017 года, соответственно беременные, родоразрешенные в 2018 году. Всего проанализировано 786 программ ВРТ. Материалом исследования послужила медицинская карта пациентов, обратившихся в отделение планирования семьи и истории родов женщин, родоразрешеных в ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» г. Тюмень. Критерии включения: программа ВРТ, выполненная бесплодной паре, направленной отделением планирования семьи за счет средств ТФОМС в 2017 году. Критерии исключения: программа ВРТ выполняемая за счет собственных средств бесплодной пары. Статическая обработка материала проведена с помощью программы MicrosoftOfficeExcel.

Результаты исследования. В исследование были включены 786 пациенток в возрасте от 26 до 47 лет после проведения вспомогательных репродуктивных технологий. Основную массу среди программ ВРТ составили: ЭКО+ИКСИ – 726 случай (92,3 %), ЭКО лишь в 60 случаях (7,6 %).

Из 786 пациенток, обратившихся на льготное лечение бесплодия, подтвержденная беременность зарегистрирована в 292 случаях (37,2% от количества выполненных программ). Всего среди пациенток программы ЭКО и ЭКО+ИКСИ беременность завершилась родами у 225 женщин, что составило 28,6% от количества выполненных программ. Среди них 183 женщины (23,2% от количества выполненных программ, 62,6% от общего числа беременностей, 81,3% от количества родов) родоразрешились на базе ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» (г.Тюмень), а 42 женщины (5,3% от количества выполненных программ, 14,3% от общего количества беременностей, 18,6% от количества родов) родоразрешились в других родовспомогательных учреждениях ТО. У 34 женщин (4,3% от количества выполненных программ, 11,6% от общего числа беременностей) беременность прервалась (самопроизвольный аборт, пузырный занос, внематочная беременность). У

оставшихся 11,4% (от общего числа беременностей) беременность была подтверждена лишь биохимически.

Среди пациенток с возникшей беременностью после ЭКО и ЭКО+ИКСИ одноплодная беременность наблюдалась у 74,2%, а многоплодная беременность 25,8%.

Родоразрешение было выполнено путем кесарева сечения у 62,5%, родоразрешение через естественные родовые пути – 37,5%

Выводы. Таким образом, полученные данные об эффективности программ ВРТ, выполненных в Тюменской области за счет средств ОМС согласуются с общемировыми. Так, эффективность ВРТ, выраженная в проценте наступления беременностей в результате выполнения программ ЭКО и ЭКО+ИКСИ составляет 37,2%, родами и рождением живых детей завершилось 28,6% выполненных программ ВРТ или 77% от числа наступивших беременностей.

Литература

1. Алексеева В. М., Машина Мария Андреевна Информированность врачей женских консультаций о вспомогательных репродуктивных технологиях // Социология медицины. 2014. №2.
2. Джамалудинова А. Ф., Гонян М. М. Репродуктивное здоровье населения России // Молодой ученый. — 2017. — №14.2. — С. 10-13.
3. Михеева Е. М., Пенкина Н. И. Здоровье детей, рожденных с использованием вспомогательных репродуктивных технологий // ПМ. 2014. №9 (85).
4. Полякова В.А. Изменения гемостаза у женщин на фоне гормональной контрацепции в зависимости от состава, пути и длительности введения /В.А.Полякова, А.Ш.Бышевский, И.А.Карпова, И.В.Фомина и др. // Медицинская наука и образование Урала. - 2011.- Т.7- №3-2 (67). С. 18-21.Устинова Т.А., Артымук Н.В., Власова В.В., Пыжок А.Я. Бесплодие в Кемеровской области // Мать и дитя в Кузбассе. 2010;1
5. Фаррахова К.Л. Первые роды после 35 лет: анамнез, течение беременности и *родоразрешение / К.Л. Фаррахова, И.В.Фомина // Молодежный инновационный вестник. - 2018. - Т.* 7– №1. – С. 117-118.

ТЕСТИРОВАНИЕ НА ВИРУС ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА СТУДЕНТОК СПБГПМУ

Л.К. Церцвадзе, Г.К. Церцвадзе - студенты 6-го курса, Л.И. Элишакова – студент 5 –го курса, И.С. Ткаченко - студент 6-го курса, Н.Б. Джапаридзе - студент 4-го курса

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом гинекологии детского возраста ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России,

Санкт-Петербург, Россия

Научный руководитель - к.м.н., доцент Воробцова И.Н.

Актуальность: Рак шейки матки занимает второе место среди злокачественных опухолей у женщин. В настоящее время в РФ отмечается общий рост заболеваемости цервикальным раком в возрастной группе 16-25 лет. Рак шейки матки является значимой проблемой для здравоохранения РФ, ведь во время профилактических осмотров частота выявления папилломавирусной инфекции составляет не более 25%.

Исследование посвящено изучению распространенности папилломавирусной инфекции в молодежной среде. Диагностика проводилась у студенток 1-6 курсов СПБГПМУ, благодаря ассоциации медработников и студенческих организаций удалось провести диагностику папилломавирусной инфекции, а также доходчиво информативно предоставить актуальные методы профилактики.

Цель: Выявление вируса папилломы человека (ВПЧ) методом полимеразно-цепной реакции, изучение частоты регистрации типов вируса (6,11,16,18,26,31,33,35,39,45,51,58,59,66,68) среди девушек репродуктивного возраста СПБГПМУ, а также оценка распространенности ВПЧ 16 и 18 типов.

Материалы и методы исследования. На базе Перинатального центра СПБГПМУ были обследованы 72 студентки СПБГПМУ в возрасте 18-25 лет. В качестве материала для исследования послужили соскобы эпителия шейки матки. Амплификация и детекция результатов осуществлялась с помощью полимеразно-цепной реакции.

Результаты: ВПЧ у студенток был выявлен в 11,1%. При исследовании распределения генотипов вируса папилломы среди ВПЧ положительных пациентов показывает, что в большинстве случаев наблюдается преобладание ВПЧ групп 39,51,56,66,68 типов, далее по частоте встречаемости идут группы 16,18,33 типов. Сочетание нескольких групп было установлено в 8% случаев. Встречаемость комбинаций 33/66 преобладает над другими комбинациями. Поставлены показания для вакцинации студенток 18-25 лет, а также определены пациентки с группой риска канцерогенного рака для дальнейшего наблюдения по данной патологии.

Выводы. Среди девушек преобладают группы 39,51,56,66,68 типов ВПЧ. Все они высокоонкогенны. Моноинфекции 16 и 18 типами ВПЧ, имеющие максимально канцерогенное действие на слизистую оболочку шейки матки, встречались лишь в 3%. Женщины с наличием ВПЧ высокоонкогенного риска нуждаются в динамическом наблюдении и повторных тестированиях методом ПЦР с целью своевременного выявления персистенции папилломавирусной инфекции и мероприятий по ранней профилактике.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ МИОМЫ МАТКИ

Голубова Д.А. - студентка 517 гр. лечебного факультета

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом ФПКиП

УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь

Научный руководитель - к.м.н., ассистент кафедры С.С. Кравченко

Актуальность. В структуре гинекологической заболеваемости миома матки занимает первое место, среди невоспалительных заболеваний матки и ее придатков. В настоящее время активно изучаются факторы риска развития миомы матки, по данным Е.М. Вихляевой и соавторов наиболее значимые факторы риска, способствующие возникновению миомы матки: обильные менструации, позднее менархе, высокая частота медицинских абортов, наличие сопутствующих патологий. По данным F. Parazzini и соавторов, риск возникновения миомы матки у рожавших женщин ниже, по сравнению с женщинами с ранней менархе.

S. Lamminen и соавт. отмечают, что курение нарушает обменные процессы в миоматозных узлах, повышает активность фермента P4501A1 (арилгидрокарбонатгидроксилаза, АНН). Исследования, проведенные B.T. Kamioski и соавт. показывают, что избыточный вес, относят к факторам, способствующим росту миоматозных узлов. Миома матки обнаруживается чаще среди родственников первой линии родства, что подтверждает теорию о генетической предрасположенности к миоме матки.

Цель. Выявить значимые факторы риска развития миомы матки при различных характеристиках миоматозного узла.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на базе Гомельских городских клинических больниц №2 и №3. Проспективно были проанкетированы и обследованы 70 пациенток с миомой матки, которые были госпитализированы по поводу оперативного лечения миомы матки. Группу контроля составили 30 пациенток с аденомиозом, хроническим сальпингоофоритом и наружным экстрагенитальным эндометриозом. Когорта пациенток была разделена на три подгруппы: первую подгруппу составили женщины с интерстициальным расположением миоматозных узлов (n=32), вторую подгруппу – пациентки с субсерозным расположением узлов (n=15), а третью – пациентки с субмукозной локализацией миоматозных узлов (n=23). Пятью пациенткам была проведена гистерэктомия, поэтому они были исключены из исследования. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакетов программ «Statistica 10.0» и «MedCalc 10.2.0.0».

Результаты исследования. Медиана возраста пациенток основной группы составила

32±2 года, а в контрольной —30±2 лет. Нами были исследованы следующие факторы риска, приведённые в таблице 1.

Таблица 1 — Факторы риска развития миомы матки

Факторы риска	Основная группа, n=65		Группа контроля, n=30	
	n	%	n	%
Индекс массы тела ≥25	30	46	7	23
Раннее менархе	19	29	2	7
Отсутствие родов в анамнезе	50	77	5	17
Отягощённый наследственный анамнез	10	15	0	0
Отсутствие физической активности	50	77	6	20
Курение	4	6	2	7
Хронический стресс	12	18	3	10
Приём гормональных препаратов	10	15	5	17
Повышенная инсоляция (более 60 дней в году)	1	2	0	0
Употребление красного мяса (более 3 раз в неделю)	4	62	1	3

На основании данных таблицы 1 можно сделать вывод, что у пациенток основной группы при наличии таких факторов риска как: раннее менархе, риск образования миоматозного узла повышается в 4 раза (OR=3,9; 95% CI (1,40; 11,05); p=0,009), при индексе массы тела ≥25 — в 3 раза (OR=3,3; 95% CI (1,24; 8,99); p=0,018), при отягощённом наследственном анамнезе — в 4 раза (OR=3,6; 95% CI (1,21; 10,72); p=0,021), при отсутствии родов в анамнезе — в 9 раз (OR=29,3; 95% CI (2,85; 30,6); p=0,0002) чаще, нежели у пациенток контрольной группы.

Стоит отметить, что такие факторы риска как отсутствие родов в анамнезе (χ^2=8,69; p=0,0032) и раннее менархе (χ^2=4,52; p=0,034), чаще встречаются у пациенток с интерстициальным расположением миоматозного узла, по сравнению с субсерозной и субмукозной локализацией.

Выводы. Таким образом, по результатам нашего исследования было установлено, что раннее менархе, избыточный вес, отягощённый наследственный анамнез, а также отсутствие родов в анамнезе — наиболее значимые факторы риска, способствующие возникновению миомы матки.

АНТЕНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ПАТОЛОГИИ ПЛОДА

А.С. Кропачева, А.Л. Гатицкая - студенты

Кафедра акушерства и гинекологии

ФГБОУ ВО ПГМУ им. Академика Е.А. Вагнера Минздрава России, Пермь, Россия

Научный руководитель: канд. мед. наук, асс. И.А. Черникова

Актуальность. В Российской Федерации наблюдается высокий уровень перинатальной смертности и заболеваемости новорожденных, которые зависят от суммарного действия факторов пренатального риска. Наиболее перспективным путем снижения данных показателей является прогнозирование наступления неблагоприятного исхода беременности и родов [1,2,3].

Цель. Выявление факторов и групп риска у женщин отделения патологии беременных роддома МСЧ № 9 г. Перми.

Материалы и методы исследования. Проведен опрос и анализ историй болезни 61 беременной отделения патологии МСЧ № 9 г. Перми. Пренатальные факторы риска были выявлены с помощью шкалы Фроловой О.Г. и Николаевой Е.И.

Результаты исследования. У всех женщин, находящихся в отделении патологии беременных в ходе опроса были выявлены пренатальные факторы риска. Социально-биологические факторы встречались у 37% беременных. Возраст 27% женщин входил в диапазон 30-34 года, 22% женщин были в возрасте 35-39 лет, 7% - младше 20 лет, 5% - старше 40 лет. Возраст отца старше 40 лет встречался в 15% случаев. Профессиональные вредности наблюдались у 25% женщин и 34% мужчин. 10% женщин выкуривали 1 пачку сигарет в день и более, 37% имели повышенные психоэмоциональные нагрузки. Масса тела 32% беременных был выше нормы на 25% и более.

22% женщин имели осложненный акушерско-гинекологический анамнез. Паритет родов от 4 до 7 наблюдался у 10%. Аборт перед первыми родами перенесли 12% беременных, а в промежутках между родами в количестве 3 и более - 2%. Предыдущие роды 20% женщин начались преждевременно и аналогичный процент обследуемых ранее родили детей с массой тела менее 2500 г. или 4000 г. и более. Бесплодие длительностью 2 – 4 года ставили 2% беременных, 5 лет и более – 7%. Рубец на матке после операции имели 22% женщин, опухоли яичников встречались у 10%, истмико–цервикальная недостаточность – у 5%.

Беременность сопровождалась экстрагенитальной патологией у 42% женщин. В большинстве случаев (42%) была диагностирована анемия легкой степени. Патология

сердечно-сосудистой системы зарегистрирована у 46% беременных, а именно: синдром вегетативной дисфункции (37%), гипертоническая болезнь (15%), пороки сердца без нарушения кровообращения (2%). Заболевания почек были диагностированы у 27% беременных, из них 15% до беременности, а 12% обострились во время беременности. Миопия в анамнезе встречалась у 22% женщин, острые инфекции во время беременности – у 17%. Сахарный диабет у женщин и их родственников наблюдался в 10% случаев. Заболеваниями щитовидной железы страдали 12% беременных, нарушение свертываемости крови наблюдалось у 2%, хронические инфекции – у 2%.

Беременность протекала с осложнениями у 12% женщин. Выраженный ранний токсикоз отметили 7% женщин. У 12% беременных была диагностирована преэклампсия. Резус- и АВО изосенсибилизация наблюдалась в 10% случаев. Тазовое предлежание плода обнаружено в 5% случаев, неправильное положение плода – в 2%. Текущую беременность перенашивали 10% женщин. Синдром задержки внутриутробного развития плода диагностирован в 2% случаев.

По сумме баллов низкая степень риска выявлялась в 49% случаев, средняя – 32%, высокая – 19%.

Выводы. Доля высокой степени риска остается по-прежнему на высоком уровне. Наиболее часто встречающаяся группа – женщины с экстрагенитальной патологией, что требует более внимательного диспансерного наблюдения девочек и женщин, своевременной диагностики и адекватного лечения соматической патологии у будущих матерей.

Список литературы:

1. Адамян Л.В. Состояние и перспективы репродуктивного здоровья населения России // Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний – М., 2007. – С. 5-19.

2. Кулаков В.И., Савельева Г.М., Манухин И.Б. Гинекология. Национальное руководство // М. Гоэтар-Медиа, 2009 – 1088с.

3. Струкова С.А., Павлова Т.В. / Научные ведомости. – 2009. - №12. – с. 71-74.

ВЗАИМОСВЯЗЬ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ, КАРДИОПУЛЬМОНАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ И ВНУТРИУТРОБНОЙ ГИПОКСИИ ПЛОДА

Е.А. Павлович – студентка 1507 гр. лечебного факультета

Кафедра акушерства и гинекологии

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

Научный руководитель - к.м.н., доцент С.Н. Царева

Актуальность. Ожирение – серьезная медико-социальная и экономическая проблема современного общества. По данным ВОЗ в 2016 году 35-40% женщин репродуктивного возраста страдает избыточным весом, из них 17% ожирением. Число беременных с ожирением в экономически развитых странах достигает 15,5 – 27% и, несмотря на постоянные усовершенствования системы антенатального наблюдения и родовспоможения, число постоянно увеличивается.

Внутриутробная гипоксия плода встречается у 60% беременных и считается одним из самых частых осложнений беременности при ожирении. Одним из способствующих факторов является дыхательная и кардиальная дисфункция, когда физиологические изменения в системе органов дыхания и кровоснабжения, связанные с беременностью на фоне ожирения, могут приобретать патологический характер и приводить к нарушению внешнего дыхания и газотранспортной функции крови. Роль типов жироотложения у беременных в патогенезе внутриутробной гипоксии плода при ожирении изучена недостаточно. В связи с этим весьма актуальной является проблема быстрой и объективной оценки адаптационного потенциала организма беременных, страдающих ожирением, что позволит предложить новые подходы к диагностике и профилактике гипоксии плода.

Цель исследования. Изучить влияние скрытой кардиопульмональной дисфункции при абдоминальном и глютеофеморальном типах ожирения у беременных на внутриутробную гипоксию плода.

Материалы и методы исследования. Всего было обследовано 59 беременных на базе УЗ 6ГКБ. Средний возраст обследованных составил 24$\pm$1,8 лет. Все беременные разделены на 3 группы:

1 группа - женщины без ожирения с физиологически протекающей беременностью – 20 женщин;

2 группа - беременные с глютеофеморальным ожирением – 18 женщин;

3 группа - беременные с абдоминальным ожирением – 21 женщина.

В 1 триместре беременности проведено антропометрическое обследование по методикам В.В. Бунака. Определялись рост, вес, окружность живота (ОЖ), окружность бедер (ОБ), отношение ОЖ/ОБ. Индекс массы тела (ИМТ). Для диагностики абдоминального типа жироотложения использовали показатели ОЖ (более 88 см) и ОЖ/ОБ (более 0,85).

В 3 триместре были выполнены исследования:

- Функции внешнего дыхания (ФВД). Показатели включали объемы (ЖЕЛ, ФЖЕЛ) и скоростные данные (ОФВ1, ПОСвыд, МОС25, МОС75, МОС25/75), ОФВ1/ФЖЕЛ.

- Выраженность одышки у беременных оценивалась по шкале MRS.

- Модифицированная нагрузочная проба Штанге (мониторирование сатурации крови и ЧСС во время произвольного апноэ и после физической нагрузки).

- Акушерское обследование: УЗИ и кардиотокография (КТГ), двигательная и дыхательная активность плода, нестрессовый тест и биофизический профиль плода.

- Статистическая обработка данных выполнялась с помощью t-теста в программе «MicrosoftExel».

Результаты исследования.

Таблица 1. Данные антропометрического обследования беременности в 1 триместре

Показатели (M±m)	Группы женщин		
	1-я (n=20)	2 –я (n=18)	3-я (n=21)
Рост, см	164 ± 4,7	161 ± 4,8	160 ± 4,4
Вес, кг	56,8 ± 4,3	81,2 ± 4,6	81,8 ± 4,4
ОЖ, см	70,9 ± 3,4	79,4 ± 3,6	89,4 ± 3,8
ОЖ/ОБ	0,72 ± 0,05	0,74 ± 0,05	0,88 ± 0,04
ИМТ, ед	21,2 ± 1,16	31,6 ± 0,98	32,2 ± 1,08

Из приведенных в таблице данных следует, что такие показатели, как рост, вес, ОЖ, ОЖ/ОБ и ИМТ в 1 триместре беременности позволяют с высокой степенью достоверности распределить женщин по группам в зависимости от наличия ожирения и характера жироотложения.

В 1-й группе беременных одышка 2-3 ст. встречалась у 15%, во 2-й группе - у 44,4%, в 3-ей – у 76,2%. Следовательно, в группе беременных с абдоминальным типом ожирения, в отличие от беременных без ожирения, одышка встречалась чаще и была более выраженной. Однако у беременных с абдоминальным и периферическим типом жироотложения статистически значимых различий не выявлено.

В 3 триместре 2-3 степени одышки по шкале MRS у беременных с абдоминальным ожирением сопровождалась снижением ЖЕЛ и ФЖЕЛ на 17,8 и 22,8% от должных значений по сравнению с контрольной группой беременных соответственно. Скоростные показатели ФВД и отношение ОФВ1/ФЖЕЛ существенно не изменялись.

Проба Штанге вызывала увеличение ЧСС в 1 группе - 94$\pm$1,1; 2 группе – 102 $\pm$1,2; 3 группе – 108 $\pm$1,4 и изменение сатурации крови в 1 группе – 97,7$\pm$0,1; 2 группе – 97,6 $\pm$0,1; 3 группе – 97,2 $\pm$0,1. При проведении пробы Штанге после физической нагрузки наблюдалось увеличение ЧСС: в 1 группе - 130$\pm$2,0; 2 группе – 143 $\pm$2,4; 3 группе – 151 $\pm$2,4 и изменения сатурации крови в 1 группе – 97,7$\pm$0,2; 2 группе – 96,5 $\pm$0,1; 3 группе – 94,2 $\pm$0,3.Максимальная продолжительность периода добровольной задержки дыхания при выполнении пробы Штанге составляла на срок 61 $\pm$ 3, 50 $\pm$ 5 и 32 $\pm$ 6 секунд в 1, 2 и 3

группах беременных соответственно.

Гипоксия плода могла быть причиной нарушений базального ритма по типу тахикардии и/или брадикардии, которые чаще отмечались у беременных с абдоминальным ожирением: 2/10%, 3/17,7% против 9/42,9% соответственно. Поздние децелерации, особенно характерные для хронической гипоксии плода, отмечались у беременных с абдоминальным ожирением (4/19,0%). Нереактивный нестрессовый тест в подтверждает установленную закономерность: 0, 1/5,6% и 4/19,0% в 1, 2 и 3 группах беременных соответственно.

При УЗИ обследовании плодов признаки гипоксии были выявлены у 1 группы – 5%, 2 группы - 16,7%, 3 группы – 47,5%.

Биофизический профиль плода составил 9, 8 и 6 баллов в 1, 2 и 3 группах беременных соответственно.

Выводы. Антропометрические критерии (вес, ОЖ, ОЖ\ОБ, ИМТ) недостаточно информативны для диагностики ожирения в поздние сроки беременности, но могут использоваться при постановке на учет. Частота встречаемости и выраженность одышки по шкале MRS при абдоминальном ОЖ выше, чем у беременных с ОЖ. По данным спирографии в 3 триместре беременности выраженная одышка (2-3 степень по шкале MRS) сопровождается снижением ЖЕЛ и ФЖЕЛ. Скоростные показатели ФВД статистически значимо не изменяются. Обследование беременных в 3 триместре с применением метода пульсоксиметрии и легко воспроизводимых функциональных проб с задержкой дыхания и физической нагрузкой позволяет давать достаточно объективную оценку адаптивным возможностям функционирования кардиореспираторной системы и устойчивости к острой гипоксии организма женщин, страдающих ОЖ. По данным УЗИ, КТГ и нестрессового теста плода при абдоминальном типе ОЖ у беременных достоверно чаще выявляются признаки хронической гипоксии плода.

ОСОБЕННОСТЬ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО АЛГОРИТМА ВЕДЕНИЯ МОНОХОРИАЛЬНЫХ МНОГОПЛОДНЫХ БЕРЕМЕННОСТЕЙ. РЕЗУЛЬТАТЫ ЗА 2018 ГОД В ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

М.Л. Козлова - студент 509 гр. лечебного факультета, В.И. Волкова - студент 509 гр. лечебного факультета, А.В. Хань - студент 510 гр. лечебного факультета, А.В Жильцова - студент 509 гр. лечебного факультета, В.В. Емельянов - студент 509 гр. лечебного факультета

Кафедра акушерства и гинекологии

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России, Оренбург, Россия

Научный руководитель: к.м.н., доцент Л.М. Демина

Введение. Беременность монохориальной двойней характеризуется возможностью развития ряда специфических осложнений, связанных с монохориальным типом плацентации [1]. Одним из самых грозных осложнений выступает синдром фето-фетальной трансфузии (ФФТС). При отсутствии внутриутробной коррекции данного состояния 80-100% случаев наблюдается антенатальная гибель одного или обоих плодов [2]. С целью минимизирования осложнений ФФТС был разработан клинический алгоритм в КДО ОКПЦ ООКБ №2 г. Оренбурга.

Цели исследования. Оценить эффективность функционирования настоящего клинического алгоритма ведения монохориальных многоплодных беременностей (ММБ), применяемого на территории Оренбургской области.

Материалы и методы. В ходе нашего исследования использовались статистические данные КДО за 2017 г., в которых отражены данные о количестве ММБ на территории Оренбургской области, процент развития ФФТС, сроки его выявления и исходы этих беременностей. На сроке в 16 недель при проведении УЗИ скрининга определены обязательные показатели, позволяющие заподозрить развитие ФФТС, при их выявлении данных пациентки направляются в КДО, после чего проводится врачебный консилиум, где решаются вопросы дальнейшей тактики лечения, исходя из состояния пациентки и плодов, и срока беременности.

Результаты исследования. За 2017 г. на территории Оренбургской области на учете стояло 26 пациенток с ММБ, у 7 был выявлен ФФТС. У 6 пациенток ФФТС был определен на 16-17 неделе, и была проведена фетоскопическая операция - коагуляция анастомозов, антенатальной гибели не наблюдалось. Однако одна пациентка не проходила УЗИ в 16 недель, в результате чего алгоритм был не выполнен и ФФТС был выявлен на 3 скрининге уже в 5 степени. В данном случае наблюдалась гибель плода-донора. Через 16 недель пациентке была экстренно родоразрешена.

Заключение. Данный алгоритм показал свою эффективность, в случае его выполнения удалось полностью избежать антенатальной гибели плода. За 2017 год антенатальная гибель наблюдалась лишь при несоблюдении клинического алгоритма.

Список литературы:

1.Sebire N., Hyett J. Diploma in Fetal Medicine. Course Manual. London. V2.

2.Tciricov M. Fetoscopic laser coagulation treatment of twin-to-twin transfusion syndrome. Frauenarzt.V.50, N 2.P.121-128.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ФОРМ ТРОМБОФИЛИЙ НА ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ

М.М. Мухтарова - заочный аспирант

Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия.

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

Тромбофилия того или иного генеза выявляется у 80 % пациенток с различными акушерскими осложнениями. Свыше 55% женщин несут в себе тромбофилитические дефекты. Если ранее участие тромбофилии в патогенезе акушерских осложнений рассматривалось только с точки зрения микротромбирования сосудистого ложа и нарушений маточно-плацентарного кровотока, в последние годы стали рассматривать и изучаться нетромботические эффекты тромбофилии в патогенезе акушерских осложнений еще на этапе имплантации плодного яйца и в раннюю эмбриоческую фазу. При тромбофилиях создаются условия для нарушения процессов имплантации, роста и развития плода, развивается системная эндотелиальная дисфункция, запускается провоспалительный ответ, формируется прокоагуляционный потенциал свертывающей системы крови. Это является причиной возникновения ряда осложнений в течение беременности, таких как, ранние преэмбрионические потери и поздние выкидыши, неразвивающая беременность, СЗРП (синдром задержки развития плода), тромбозы и тромбоэмболии, тяжелые формы преэклампсии, ПОНРП (преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты), антенатальная гибель плода, неудачи ЭКО, стимуляции овуляции. В настоящее время появились данные о роли плодовой тромбофилии в генезе акушерских осложнений. Среди генетических форм тромбофилии выделяют: мутация FVLeiden-F5 (1691 G/A); F2 (20210 G /A); метилентетрагидрофолатредуктазы MTHFR (677C/T); FGB-фибриноген (G (-455) A); ингибитора активатора фибриногена PAI-1(SERPINE 5G/4G -675); АПФ (I/D); рецепторов ангиотензина II (1168 A/C); синдром липких тромбоцитов; дефицит антитромбина-III, PS, PC; кофактора гепарина II. От 7 до 15% населения планеты являются носителями генетических форм тромбофилии, которые не проявляются до наступления определенных условий. Женщины с отягощенным личным и семейным анамнезом по тромбозам или тяжелыми акушерскими осложнениями в анамнезе должны быть обследованы на предмет тромбофилии.

Цель исследования. Изучение анамнестических данных и особенностей течения гестационного процесса у пациенток с наследственными формами тромбофилии.

Материалы и методы исследования. В Махачкалинском ГБУ РД МРД № 2 им. Каримова было проведено исследование 20 беременных женщин фертильного возраста, находящихся на стационарном лечении в отделении консервативной гинекологии и

отделение патологии беременных с отягощенным акушерским анамнезом (ОАА). Контрольную группу составили 30 беременных женщин с физиологически протекающей беременностью. Возраст исследуемых женщин от 20 до 40 лет. Исследование носило характер клинического аналитического ретроспективного анализа. Использовались следующие методы: индивидуальная карта беременной, которая включала сбор общего и специального акушерско-гинекологического анамнеза, данные клинико-лабораторного, инструментального и молекулярно- генетического методов исследования. Для диагностики наследственных тромбофилий были исследованы гены: F2 (20210 G/A); FVLeiden-F5 (1691 G/A); F7/1076 G>A, F13A1/103 G> T, FGB-фибриноген (G (-455) A); метилентетрагидрофолатредуктазы MTHFR (677C/T); MTHF: A1298C (GIu429AIa); ингибитора активатора фибриногена PAI-1(SERPINE 5G/4G -675); ITGA2-a2/807 C>T; ITGB-b3/1565 T>C. Исследование проводилось в медицинском центре «Family» методом ПЦР в режиме реального времени на приборе ДТ лайт.

Результаты. Анамнез исследуемых женщин был отягощен неразвивающейся беременностью в 80% случаев (у 15 женщин была диагностирована замершая беременность на ранних сроках беременности до 10 недель), преждевременными родами (33%), пороками развития и антенатальной гибелью плода (19%), гипоксией плода (45%). Двум женщинам роды были разрешены операцией кесарево сечение по поводу преэклампсии, с осложненным течением послеродового периода. При проведении сравнительной оценки установлено, что у пациенток данной группы были обнаружены полиморфизмы генов гомозиготных и гетерозиготных мутаций. Всем женщинам было проведено молекулярно-генетическое исследование крови на носительство тромбогенных полиморфных вариантов генов: FVLeiden-F5 (1691 G/A); F2 (20210 G/A); метилентетрагидрофолатредуктазы MTHFR (677C/T); MTHF: A1298C; FGB-фибриноген (G (-455) A); ингибитора активатора фибриногена PAI-1(SERPINE 5G/4G -675); антитромбина-III; ITGA2-a2/807 C>T; ITGB-b3/1565 T>C.При этом гетерозиготное состояние гена FII (20210 G/A) было обнаружено у одной женщины, гетерозиготное FVLeiden-F5 (1691 G/A) было обнаружено у 4-х женщин, в то же время гомозиготный вариант не выявлен ни в одном случае, тромбогенные полиморфные варианты гена метилентетрагидрофолатредуктазы MTHFR (677C/T) определены у 5 наблюдаемых женщин. Чаще всего встречаются гетерозиготные полиморфные варианты гена PAI-1 (675 4G/5G) выявлены у 12 матерей (60,25%), в том числе в гомозиготном варианте 4G/4G – у 5 (24,5%) и в гетерозиготном варианте 5G/4G –у 7 исследуемых женщин в (35%). Имеются также полиморфизмы генов ITGA2-a2/807 C>T и ITGB-b3 /1565 T>C у 7из 20 наблюдаемых женщин (34.8%). Установлены единичные случаи дефицита антитромбина III. Комбинированная форма тромбофилии установлена в 16

случаях (80%). Сочетание двух мутаций обнаружено у 16 женщин (79,8 %), сочетание трех мутаций – у 4 (20.2 %). Течение беременности при наличии тромбофилии осложнилось развитием угрозой прерывания беременности (85%). Другим осложнением гестационного процесса явилась фетоплацентарная недостаточность (ФПН) установлена в 8 случаях (40%), нарушение плацентации.

Заключение: Проведенное исследование позволяют сделать вывод, что тромбофилитические состояния (мутации генов PAI-1(SERPINE 5G/4G -675, ITGA2-a2/807 C>T, MTHFR) (677C/T), FVLeiden-F5 (1691 G/A)), являются одной из важных причин осложнений беременности: фетоплацентарной недостаточности, гипоксии плода, неразвивающей беременности, преэклампсии, преждевременных родов, СЗРП (синдром задержки развития плода), тромбозов и тромбоэмболий, ПОНРП (преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты), антенатальной гибели плода.

АССОЦИАТИВНОЕ ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Д. И. Боечко - студент 422 гр. лечебного факультета

Кафедра акушерства и гинекологии

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень, Россия

Научный руководитель - к.м.н., доцент И.В. Фомина

Актуальность. По сведениям, полученным из различных источников, процент пациенток со случаем инфицирования шва на передней брюшной стенке после кесарева сечения достигает 9% [1, 4]. Среди факторов риска, которые могут способствовать инфицированию шва, относят инфекции урогенитального тракта, ослабленный иммунитет, а также нарушение протокола операции [2, 5]. Состояние здоровья пациентов играет значительную роль в послеоперационном периоде, поэтому к факторам риска развития инфекционных осложнений относится и ожирение, частота которого достигает 15- 35% [3, 6].

Цель. Выявить частоту инфекционных осложнений в области шва после кесарева сечения у женщин с ожирением и проанализировать эффективность мероприятий, направленных на профилактику этих состояний.

Материал и методы исследования. Нами был проведен ретроспективный анализ 1300 случаев кесарево сечения на базе ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» (г. Тюмень) за период с декабря 2017 по сентябрь 2018 года. В группу включения в исследование служили следующие критерии: ожирение 1-3 степени, применение нижнего поперечного переменного лапаротомического доступа по Пфанненштилю; наложение внутрикожного шва при

ушивании лапаротомного разреза.

Результаты исследования и их обсуждения. В нашем исследовании пациентки были распределены на 3 группы по степеням ожирения: I степень – 47,7% (105 человек), II степени - 30,7% (67 человек), III - 21,6% (46 человек). В каждой группе выделены пациентки в зависимости от способа обработки послеоперационного шва: наложение асептической повязки типа CosmporE или использования покрытия ДЕЗИТОЛ В-04. Дезинфицирующее средство было использовано у 22,4% пациенток (50 человек). Асептическая повязка с дополнительной фиксацией при помощи самоклеющегося пластыря Cosmopor E была использована у 77,6% родильниц (168 человек). Среди женщин с применением покрытия ДЕЗИТОЛ В-04 28 человек с I степенью, 20 человек со II степенью и 2 пациентки с III степенью ожирения. Асептическая повязка с дополнительной фиксацией при помощи самоклеющегося пластыря Cosmopor E была использована у 77,6% родильниц (168 человек). При этом распределение по степеням ожирения выглядит следующим образом: I степени - 46,4% (78 человек), II степени - 28,6% (48 человек), III - 25% (42 человек). При изучении частоты возникновения послеоперационных инфекционных осложнений в области шва получены следующие результаты. Частота инфицирования шва передней брюшной стенки составила 0,98%, что выражалось в частичном расхождении швов (наблюдалось у 2 пациенток с I степенью ожирения). У одной пациентки послеоперационная рана обрабатывалась антимикробным покрытием ДЕЗИ-ТОЛ В-04, во втором случае накладывалась асептическая повязка Cosmopor E. В анамнезе у одной женщины наблюдалась преэклампсия тяжелой степени, артериальная гипертензия 1 степени, 1 стадии, риск 2. Частота встречаемости гнойносептических осложнений в области шва в контрольной группе (женщины без ожирения, родо-разрешенные путем кесарева сечения, с применением лапаротомии по Пфанненштилю) ровняется 0,25%.Различий в объеме кровопотери и продолжительности койко-дня в акушерском стационаре не обнаружено. Случаев гнойно-септических осложнений у пациенток с ожирением и применением лапаротомии подобного вида, но с наложенными отдельными кожными швами не наблюдалось (1 пациентка с I и 3 женщины с III степенью ожирения). Частота встречаемости инфекционных осложнений в области послеоперационной раны у пациенток без ожирения, родоразрешенных путем КС, с применением лапаротомии по Пфанненштилю составила 0,25%.

Выводы: В 77,6% введение послеоперационного шва у пациенток с ожирением после кесарева сечения производится закрытым способом; На базе ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» (г. Тюмень) низкая частота гнойно-септических осложнений: 0,92% в исследуемой группе и 0,25% в контрольной группе;

Список литературы:

1. Акушерская агрессия, v. 2.0. / В.Е. Радзинский. - М.: Изд-во журнала StatusPraesens, 2017. - 872 с., илл.

2. Кудекенова С.Б., Мустафина А.А., Алексеева Т.А., Мустафина Г.Г. / Патогенетические особенности профилактики гнойно-септических осложнений в акушерстве и гинекологии // Вестник НовГУ. – 2015. - No2 (85). – С. 130-132.

3. Фаррахова К.Л., Фомина И.В. Первые роды после 35 лет: анамнез, течение беременности и родоразрешение // Молодежный инновационный вестник, Воронеж, 2018. Т. 7. No1. С. 117-118.

4. Фомина И.В., Пономарева М.Н., Алыева А.А. Кесарево сечение у женщин с патологией органа зрения // Евразийское научное объединение. – 2017. – Т.1, No3 (25). – С. 85-86.

5. Чабанова Н.Б., Василькова Т.Н., Полякова В.А., Шевлюкова Т.П. Оценка характера жироотложения в динамике гестационного процесса по данным ультразвукового исследования // Российский электронный журнал лучевой диагностики. 2018. Т.8, No1. С. 129-136.

6. Коваленко А.Н., Пустынников А.В., Максимова Н.А., Шевлюкова Т.П. Современные возможности профилактики и лечения спаечной болезни органов малого таза у послеоперационных гинекологических пациентов // Университетская наука: взгляд в будущее Материалы международной научно-практической конференции, посвященный 81-летию Курского государственного медицинского университета и 50-летию фармацевтического факультета.. 2016. №1 (4). С.30-31.

ПОСЛЕРОДОВАЯ ИНФЕКЦИЯ: ВЫБОР СТРАТЕГИИ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ

Н. Л. Зверко – студентка 1431 группы лечебного факультета,

В. Р. Аскарова – студентка 1431 группы лечебного факультета

Кафедра акушерства и гинекологии

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика Беларусь

Научный руководитель - ассистент С. В. Жуковская

Актуальность. Кесарево сечение (КС) увеличивает риск развития послеродовой инфекции в 5-20 раз по сравнению с родоразрешением через естественные родовые пути. Основным инфекционным послеоперационным осложнением КС являются инфекции области хирургического вмешательства (ИОХВ), которые включают в себя: инфекции области разреза и инфекции оперированного органа. Среди основных возбудителей послеоперационной инфекции можно выделить грамотрицательные палочки, энтерококки,

стрептококки группы В, анаэробные бактерии.

В течение многих лет стандартом предотвращения ИОХВ при КС было введение антибиотика узкого спектра после родов и пережатия пуповины, что объяснялось возможным неблагоприятным воздействием лекарственного средства на плод. С 1975 года широкое практическое применение получили критерии безопасности лекарственных препаратов FoodandDrugAdministration (FDA), которые значительно расширили применение антибиотиков в современном акушерстве.

В соответствии с глобальными рекомендациями Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по профилактике хирургических инфекций и возникновения микроорганизмов, устойчивых к противомикробным препаратам, системную антибиотикопрофилактику следует проводить за 120 минут до хирургического разреза, учитывая период полувыведения антибиотика, что подтверждается доказательствами умеренного качества.

Актуальность проведенной нами работы подтверждается зарубежными исследованиями, которые свидетельствуют о том, что стоимость лечения пациентов с послеоперационными инфекционными осложнениями на 115% выше стоимости лечения пациентов без вышеназванных осложнений.

Цель исследования. Оценить эффективность внутривенного введения 2,0 г цефазолина за 30-60 минут до разреза при КС в качестве периоперационной антибиотикопрофилактики.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ историй родов (N=102) женщин, которым с октября 2018 г. по февраль 2019 г. проводилось кесарево сечение в плановом порядке. Исследование выполнено на базе УЗ «1-ая городская клиническая больница» г. Минска. При оценке соматической патологии, осложнений беременности и родов, состояния фетоплацентарного кровотока все пациентки были отнесены к низкой и средней степеням инфекционного риска. У всех исследуемых периоперационная антибиотикопрофилактика проводилась путем внутривенного введения цефазолина 2,0 г за 30-60 минут до операции.

Для статистической обработки данных использовалась программа Attestat для Excel. Проверка нормальности распределения данных проводилась при помощи одномерных методов. Учитывая распределение, отличное от нормального, использовались непараметрические методы статистического анализа.

Результаты исследования. Медиана возраста в исследуемой группе составила 31,5 года [28;35]; минимальный возраст пациенток – 22 года, максимальный – 45 лет. У большинства пациенток отмечено сочетание нескольких показаний для проведения

оперативного родоразрешения. В структуре показаний на долю оперированной матки пришлось 62,75%; патология органа зрения составила 10,7%; анатомически узкий таз 8,8%; предполагаемые крупные размеры плода 13,7%; миома матки 11,8%; деформация костей таза 1,96%; оперированная матка в сочетании с патологическим предлежанием/положением плода – 3,92%; изолированно патологические положения/предлежания плода – 8,82%; общий процент патологических положений и предлежаний плода составил 12,7%. Медиана срока гестации при родоразрешении составила 273 дня [270;275], минимальный срок выполнения операции кесарева сечения – 259 дней, максимальный – 290. В исследуемой группе пациентки с низкой степенью инфекционного риска составили 78,4%; средней – 21,6%.

Среди осложнений в послеродовом периоде в исследуемой группе пациенток отсутствовали эндометриты, маститы, нагноения послеоперационных ран. Кюретаж полости матки не проводился ни в одном случае. Лохиометра возникла у 3 (2,94%) пациенток.

Дополнительный курс антибиотикотерапии был назначен 12 (11,76%) пациенткам исследуемой группы. Среди показаний к назначению дополнительной антибиотикотерапии были следующие: воспалительные изменения в общем анализе крови на 2-3 сутки послеродового периода (лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево) – 3 пациентки, гематома в области послеоперационного шва – 1 пациентка, спазм внутреннего зева и расширение полости матки до 30 и 38 мм за счет неоднородного содержимого – 2 пациентки (проведена консервативная терапия без кюретажа полости матки), симптомы ОРВИ – 6 пациенток.

Медиана количества лейкоцитов в крови на момент выписки составила $7{,}595\times10^9$/л [6,33; 8,56], минимальное количество лейкоцитов $4{,}2\times10^9$/л, максимальное – $14{,}34\times10^9$/л. Ранняя выписка из стационара (на 4-5 день) наблюдалась у 58,8% пациенток, стандартная выписка (на 6-7 день) у 35,3%, задержанная (более 7 дней) у 5,9%.

Выводы. Периоперационная антибиотикопрофилактика при оперативном родоразрешении путём внутривенного введения антибиотика до хирургического разреза эффективно предотвращает развитие инфекции области хирургического вмешательства, способствует ранней выписке пациенток из стационара и в 88,24% случаев не требует назначения дополнительной антибиотикотерапии в послеродовом периоде.

ОЦЕНКА КОМОРБИДНОГО ВЗАИМОВЛИЯНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕН НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

А. Д. Худякова – студентка 516 гр. лечебного факультета;

В. В. Петров – студент 516 гр. лечебного факультета

Кафедра акушерства и гинекологии

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень, Россия

Научный руководитель - д.м.н., доцент Т. П. Шевлюкова

Актуальность. Частота встречаемости хронических заболеваний вен (ХЗВ) в нашей стране обусловливает важность ранней диагностики и лечения данной патологии, необходимость внедрения скрининговых методов [2-6,10].

Цель исследования: Оценить распространенность ХЗВ, их влияние на гестационный процесс, роды и послеродовой период.

Материалы и методы исследования: Была изучена медицинская документация 3800 беременных женщин в женских консультациях №1 и №2 в г. Тюмень за 2018 годы. У 145 выставлен диагноз ХЗВ. Рассмотрены истории родов этих женщин посредством анализа, синтеза, статистической обработки, моделирования.

Результаты исследования: Составлен общий образ исследуемых – повторнородящая (2,2±0,5 родов) беременная в возрасте 29±1 лет с отягощенным акушерским анамнезом (55%), у которой варикозная болезнь (ВБ) выявлена ранее (78%). Лишь в 8,2% случаев был отмечен наследственный анамнез по ВБ. Исследуемые женщины с ХЗВ в анамнезе в основном рожали самостоятельно (67,3%). Однако доля кесарева сечений (32,7%) у них выше по сравнению с общей популяцией (18-28%) [1, 8]. Отмечен низкий процент назначения (30%) акушерами-гинекологами консультации флебологов и сосудистых хирургов, необоснованное назначение антиагрегантов (курантил) при патологии вен [7, 9]. В комплекс лечения входило так же назначение компрессионного трикотажа (18,1%) и "флебодиа 600" (20,5%).

Выводы. 1.Сформирован «образ» женщины с ХЗВ – повторнородящая беременная 29±1 лет с ранее выявленной патологией вен, отягощенным акушерским анамнезом.

2. Выявлен неуклонный рост патологии вен, но при этом низкий процент назначения консультаций флебологов, сосудистых хирургов, что актуализирует проблему и подталкивает к поиску ее решения.

3. Необходимо проконсультировать врачей женской консультации о ведении пациенток с ХЗВ в анамнезе в связи с необоснованным назначением антиагрегантов (курантил).

Заключение: Частота встречаемости ХЗВ в нашей стране обусловливает важность ранней диагностики и лечения данной патологии, необходимость внедрения скрининговых методов.

ДОЗА И ПУТИ ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ПРИ МЕДИКАМЕНТОЗНОМ ПРЕРЫВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

А.Г. Борисовец, Д.А. Лукомский, А.А. Клименков – студенты 528, 519 группы лечебного факультета

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом ФПКиП

УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь Научный руководитель – к.м.н. М.А. Кустова

Актуальность. Термин «медикаментозный аборт» означает прерывание беременности с помощью лекарственных препаратов. Он является более бережным и менее травматичным в сравнении с хирургическим абортом. При его выполнении не требуется проведения дилятации шейки матки и кюретажа слизистой полости матки, позволяет избежать риска, связанного с хирургическим вмешательством и анестезией, протекает по типу самопроизвольного выкидыша. Психологически женщины медикаментозный аборт переносят значительно легче, благодаря отсутствию стрессовой реакции на хирургическую травму и боль .

Для медикаментозного прерывания беременности используют препараты мифепристона и мизопростола. Мифепристон – синтетический стероидный препарат, антагонист прогестероновых рецепторов, для перорального применения. Мизопростол – синтетический аналог простогландина Е1. Препарат должен применяться для прерывания беременности в комбинации с мифепристоном только в специализированных учреждениях.

Цель исследования.Проанализировать дозу и пути введения фармакологических препаратов мифепристона и мизопростола дляпрерывании беременности на разных сроках гестации по медицинским показаниям и по желанию женщины.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ медицинских карт 50 пациенток, которым было проведено медикаментозное прерывание беременности в сроке до 22 недель гестации в условиях стационара. Выборка историй проводилась сплошным методом, временной промежуток за который были исследованы истории составил с июня 2018г. по январь 2019г. Проведен статистический анализ полученных данных. При обработке качественных признаков использовали: определение доли (P) и ошибки доли (Sp), хи-квадрат (χ^2), точный критерий Фишера (P). Количественные признаки описывали средним значением (M) и средним квадратическим отклонением (s), медианой (Me) и интерквартильным размахом (25-й и 75-й процентили), сравнение проводили критерием Манна-Уитни (Z). Для установления направления и силы статистической связи количественных признаков использована ранговая корреляция Спирмана (r_s). Статистически значимым уровнем ошибки считали $p \leq 0,05$. Статистическая обработка данных производилась при помощи программы «MedCalc 10.2.0.0» (MedCalc,

Mariakerke, Belgium).

Результаты исследования.Средний возраст пациентоксоставил 31,8±6,1 лет. Значимо чаще наблюдались женщины повторнобеременные – 39 (78±5,9%, χ^2=29,2; p<0,0001) и повторнородящие – 36 (72±6,3%, χ^2=17,6; p<0,0001) пациенток. Средний срок прерывания составил Me=60 (37; 98) дней гестации. При неразвивающейся беременности Me=42 (35; 58) дня, при прерывании по желанию женщины – Me=67,5 (49; 70) дней, при пороках развития плода – Me=142 (100,3; 148,5) дня. Значимо чаще проводилось прерывание беременности в сроке до 12 недель – 33 (66±6,7%) случая, в более позднем сроке – 17 (34±6,7%) случаев (χ^2=9; p=0,003). Самой частой причиной прерывания была неразвивающаяся беременность – 29 (58±6,7%) случаев, по причине пороков развития плода – 15 (30±6,5%) случаев, прерывание по желанию женщины в сроке до 12 недель беременности – 6 (12±4,6%) случаев.

Для прерывания беременности на первом этапе пациентка принимала внутрь в присутствии врача препарат мифепристона. При прерывании беременности по желанию женщины во всех случаях доза мифепристона составила 600 мг, при пороках развития плода, независимо от срока гестации, использовали 400 мг препарата. При неразвивающейся беременности доза мифепристона была различной – от 200 до 600 мг, и имела тенденцию к увеличению с увеличением срока прерывания беременности (r_s=0,36; p=0,057).

На втором этапе прерывания пациентке вводился препарат мизопростола. Количественное введение мизопростола напрямую коррелировало со сроком гестации (r_s=0,79; p<0,0001). Доза введения значимо не различалась среди женщин, прерывающих беременность по собственному желанию Me=800 (800; 1000) мкг и при неразвивающейся беременности Me=800 (800; 800) мкг. При прерывании беременности, ассоциированной с пороками развития плода, доза данного препарата была значимо большей Me=1600 (1000; 2400) мкг, в сравнении с прерыванием по желанию (Z=2,72; p=0,006) и неразвивающейся беременностью (Z=4,5; p<0,0001).

Использовались различные пути введения мизопростола. Наиболее часто сублингвальный – 28 (56±7,0%) случаев, сублингвальный+вагинальный – 18 (36±6,8%) случаев, сублингвальный+вагинальный+ректальный – 3 (6±3,4%) случая, и в одном случае было отмечено сублингвальное+ректальное введение мизопростола (2±2%). По нашим наблюдениям, сочетание нескольких путей введения препарата (сублингвально+вагинально или ректально) было связано с большей дозировкой препарата (r_s=0,87; p<0,0001) и, соответственно, сроком беременности (r_s=0,76; p<0,0001). Также способ введения мизопростола значимо различался, в зависимости от причины прерывания беременности (таблица).

Таблица – Пути введения мизопростола в зависимости от причины прерывания

беременности, n (P±Sp, %)

Пути введения миролюта	Причина прерывания		
	По желанию женщины, n=6	Неразвиваю-щаяся беременность, n=29	Пороки развития плода, n=15
Сублингвальный	4 (66,7±19,2%)	24 (82,8±7,0%)	0*
Сублингвальный+вагинальный	2 (33,3±19,2%)	4 (13,8±6,4%)	12** (80±10,3%)
Сублингвальный+ректальный	0	1 (3,4±3,4%)	0
Сублингвальный+вагинальный+ректальный	0	0	3*** (20±10,3%)

*- значимо реже, в сравнении с прерыванием по желанию (P=0,025) и при неразвивающейся беременности (P<0,0001); **- значимо чаще, в сравнении с неразвивающейся беременностью (P<0,0001); ***- значимо чаще, в сравнении с неразвивающейся беременностью (P=0,046).

Выводы. Таким образом, при прерывании беременности по желанию женщины доза мифепристона составила 600 мг, при пороках развития плода, независимо от срока гестации – 400 мг. При неразвивающейся беременности доза препарата мифепристона имеет тенденцию к увеличению с увеличением срока прерывания беременности и составила 200-600 мг. Количественное введение мизопростола напрямую коррелировало со сроком гестации. Доза введения значимо не различалась среди женщин, прерывающих беременность по собственному желанию и при неразвивающейся беременности. При прерывании беременности, ассоциированной с пороками развития плода, доза данного препарата была значимо большей, что, предположительно, связано с большим сроком гестации среди данных случаев. С увеличением срока гестации требовалась большая дозировка мизопростола, большая доза препарата требовала сочетания нескольких путей введения.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ

А. Д. Худякова – студентка 516 группы лечебного факультета

Кафедра акушерства и гинекологии

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень, Россия

Научный руководитель - к.м.н., доцент Е. А. Матейкович

Актуальность. Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников

распространены повсеместно. Об этом свидетельствует второе занимаемое место в структуре всех опухолевых образований женских половых органов. Частота их распространения за последние годы выросла с 6–11 % до 9– 25 % [1, 2]. В структуре новообразований яичников доля опухолевидных образований у женщин репродуктивного возраста составляет 75–87 % [3]. Несмотря на столь высокую распространенность этого заболевания среди женщин, обращает на себя внимание отсутствие четко обозначенных рекомендаций по тактике ведения таких пациенток. В частности, в настоящее время отсутствуют стандарты Минздрава РФ по этой нозологии, в отличие от неоднократно редактированных протоколов ведения пациенток с миомой матки, эндометриозом и рядом других гинекологических заболеваний.[4] Из всех оперативных вмешательств, производимых на органах малого таза, на опухоли яичников приходится до 11-12%, и тенденции к снижению нет. [5]

Цель исследования. Повышение эффективности лечебных мероприятий у женщин с различными формами кист яичников.

Материалы и методы исследования. Проведено сплошное ретроспективное исследование гинекологического и соматического здоровья женщин, анализ диагностики и лечения различных форм кист яичников у женщин репродуктивного возраста на базе ГБУЗ ТО “Родильный дом № 3 ” (г. Тюмень) 2017 -2018 года. Материалом для исследования явились 350 карт стационарных больных. Для обработки материала использованы программы Microsoft Excel и Statistica 6.0.

Результаты исследования. Возрастной диапазон исследуемых женщин составил от 19 до 86 лет. Процент пациенток, поступивших с жалобами, составил 43%, среди которых тянущие боли внизу живота составили 41%, посткоитальные боли 8%, кровянистые мажущие выделения 3%. Морфологический характер кист был различным. Наиболее часто встречалась киста желтого тела 27%, фолликулярная 18%, параовариальная 16%, эндометриоидная 16%, реже - дермоидная 8%, паратубарная 6%, ретенционная 3%. Грубососочковая муцинозная цистаденома яичника выявлена у 7% женщин. Причем кисты левого яичника наблюдались в 42% случаев, правого в 38%, билатеральные в 20%. При анализе гинекологических заболеваний был выявлен высокий процент женщин с воспалительными заболеваниями органов малого таза, среди которых наиболее часто - хронический сальпингоофорит 22%, хронический метроэндометрит 10%, псевдоэрозия шейки матки 27%. Спаечный процесс органов малого таза наблюдался в 6%. Наблюдался немалый процент миом матки (30%), среди которых интерстициально-субсерозная форма составила 14 %, интерстициальная форма - 11 %, субсерозная форма - 1%. Встречаемость эндометриоза составила 11%. Минимальный возраст начала половой жизни – 14 лет,

максимальный – 28 лет. Заболевания, передающиеся половым путем, имели 10% женщин, из них наиболее часто встречающиеся - уреаплазмоз, хламидиоз, трихомониаз. Нарушения менструального цикла в виде нерегулярности, болезненности менструаций имели место у 32% пациенток. В менопаузе находилось 30% больных. У половины женщин, имеющих в анамнезе беременность, были также искусственные прерывания - 52%. Максимальное число абортов у одной из пациенток - 19. Не вынашивали ребенка 25% всех женщин. Процент бесплодия составил 7. Количество пациенток с выкидышами составило 18 %. Касаемо гинекологических операций, в анамнезе отмечались кесарево сечение 12%, гистероскопия 5%, ДХС 4%, ампутация матки без придатков 3%, экстирпация матки 1%. Наиболее часто хирургическое лечение различных форм кист состояло в проведении лапароскопий 73%, лапаротомий по Пфанненштилю 25%, нижнесрединной лапаротомии 2%. Процент осложнений во время операций составил 0. При изучении данных СА-125 и РЭА было выявлено, что значения РЭА, соответствующие нормальным наблюдались у 56 % пациенток, повышение РЭА наблюдалось у 6 %, нормальные значения СА-125 были у 83 % пациенток, повышенные – у 31 %, отсутствовали результаты исследований у 49 % пациенток. Также, было выявлено, что точность УЗ-исследования в диагностике различных форм кист яичника составила 99 %.

Выводы:1. Наиболее часто встречающейся нозологической формой опухолевидных процессов яичников является киста желтого тела (27 %). 2. Нарушения репродуктивной функции у пациенток с опухолевидными процессами яичников были представлены бесплодием (7 %) и выкидышами (18%). 3. Основным и наиболее информативным методом в диагностике различных форм кист яичника является УЗ-исследование (точность 99 %), значения исследований РЭА и СА-125 представляют значимую роль в диагностике данных нозологий.

ВОЗМОЖНОСТИ ПОВЫШЕНИЯ КОМПЛАЕНТНОСТИ ЖЕНЩИН К ПРИЕМУ ГОРМОНАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ

Н.В. Григорьева – аспирант, И.А. Вальц - студент 608 гр. лечебного факультета

Кафедра акушерства и гинекологии

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень, Россия

Научный руководитель – д.м.н., доц. Т.П. Шевлюкова

Актуальность. На современном этапе контрацепция является не только защитой от нежелательной беременности, но и инструментом сохранения репродуктивного, а также соматического здоровья женщины, путем к рождению здорового ребенка в желаемое время

[1,3]. Большое значение в последнее время приобретают именно гормональные контрацептивы (ГК) [2,5]. Они удобны в применении, быстро восстанавливают фертильность, надежны, имеют положительные не контрацептивные лечебные эффекты [2,4]. Однако у большинства женщин отмечается низкая приверженность к регламентированному приему ГК, несмотря на все эти преимущества [1, 4-6].

Цель. Выявление основных причин снижения комплаентности к приему гормональной контрацепции, и поиск способов решения данной проблемы.

Материал и методы исследования. Был проведен опрос среди 251 сексуально-активных женщин, средний возраст которых составил 24,5 лет (возрастной диапазон 18-35 лет). Систематизация результатов проводилась в приложении Microsoft Office Excel Windows XP.

Результаты исследования. Основная часть опрошенных имели средне-специальное (46%) и неоконченное высшее (43%) образование. Средний возраст дебюта половых отношений составил 17.8 лет. У 94% респонденток половая жизнь регулярна, только половина (48%) женщин используют контрацептивы во время каждого полового акта, треть (32%) «время от времени», а оставшиеся 30% не предохраняются вовсе. Большая часть (83%) опрошенных планируют беременность в ближайшее время, а остальные (17%) редко живут половой жизнью, но при наступлении беременности планируют прибегнуть к аборту. Из тех женщин, которые предохраняются от беременности всегда, только 24% используют гормональную контрацепцию, большая часть из них (58%) использует барьерные средства. Обращает на себя внимание тот факт, что 17% женщин не предохраняются вообще, а 15% обследованных используют с целью контрацепции «Двойной Голландский метод» - совмещая прием гормональной контрацепции и применение барьерных средств.

52% девушек ГК был назначен врачом, 38% начали прием препарата по рекомендации подруги или отзывам в интернете, а 10% приобрели препарат, который посоветовали в аптеке. Но, несмотря на то, что ГК у половины был назначен врачом, большая часть девушек, принимающих его, сталкиваются с проявлениями побочных эффектов: 37% постоянно, 29% в первые 3 месяца приема комбинированного орального контрацептива (КОК), и только 33% опрошенных никогда не сталкивались с ними. Объяснить столь высокий процент женщин, столкнувшихся с нежелательными действиями ГК, можно изначально неправильным выбором препарата. Из побочных эффектов и осложнений на фоне приема ГК у опрошенных наблюдались: снижение либидо (48%), лабильность настроения (49%), набор веса (16%) и обильные менструальные выделения (13), акне (10%), длительные мажущие кровянистые выделения (6%).

Треть (32%) женщин принимаемый КОК полностью устраивает. 63% ГК

удовлетворяет, но они столкнулись с осложнениями и побочными эффектами при его применении. Только 5% девушек ГК полностью не подходит в связи с выраженными нежелательными действиями, именно поэтому они полностью отказались от приема КОК.

Было выявлено, что 45% женщин, принимающих ГК, никогда не пропускали очередной прием. 46% иногда допускают погрешность в правилах приема, 5% делают это часто, а 4% регулярно пропускают прием. При этом именно последние не используют дополнительных контрацептивных средств. Так, у троих, в результате легкомысленного отношения к приему контрацептивов, наступила беременность. В двух случаях беременность была сохранена и завершилась рождением доношенных здоровых детей, в последнем беременность была прервана хирургическим методом. Среди причин, приводящих к пропуску приема препаратов, девушки чаще называли сменный суточный график работы, частое отсутствие дома в вечернее время и забывчивость.

Выводы:

1. Только 24% молодых сексуально-активных женщин используют ГК. Из них лишь треть (33%) удовлетворены данным средством контрацепции. Частота проявления побочных эффектов и осложнений принимаемой ГК составила в ходе исследования 67%. Самыми частыми из них являются: снижение либидо, лабильность настроения, набор веса и меноррагии. Именно наличие нежелательных эффектов ГК основная причина отказа от приема.

2. Половина (55%) девушек, принимающих ГК, допускают пропуск очередного приема препарата. Из них 4% регулярно. Основная причина пропуска – неудобный режим приема препарата.

3. Способами повышения комплаентности к приему ГК являются: грамотное консультирование женщин о правилах применения ГК перед их назначением; осуществление индивидуального подбора ГК, с учетом личных особенностей и пожеланий; информирование о возможных альтернативах таблетированным препаратам, в случае невозможности регулярного приема КОК; мониторинг общего состояния на фоне применения ГК.

Список литературы:

Дикке Г.Б., Ерофеева Л.В. Особенности репродуктивного поведения молодежи // Акушерство и гинекология. 2013. №12. С. 95-100.

Дударева А.В. Возможности повышения приверженности к лечению современными препаратами за счет уникального сочетания их контрацептивных и лечебных свойств. // Русский медицинский журнал. 2014. Т. 22, №14. С. 1028.

Олина, А.А. Структура репродуктивных потерь / А.А. Олина, Г.К. Садыкова, И.В.

Галинова // Пермский медицинский журнал. – 2017. – Т.34.№6. – С.59-66.

Репродуктивное здоровье в подростковом возрасте / Т.П. Шевлюкова, Н.В. Фольц, В.В. Хасанова, Д.И. Боечко // Смоленский медицинский альманах. – 2017. - №4. – С.92-95.

Фарафонова А.И., Абрамова П.А. Репродуктивные проблемы студенческой молодежи: проблемы и способы формирования //Динамика и инерционность воспроизводства населения и замещения поколений в России и СНГ. Сборник статей. Институт экономики Уральского отделения Российской академии наук. - Том. 1. Социология и история воспроизводства населения России. 2016. С. 257-260.

РЕБЕЦ НА МАТКЕ – НЕ ПОВОД ДЛЯ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Белашов Н.В., Котлубаева Э.Ю. – студенты 410 гр. лечебного факультета

Кафедра акушерства и гинекологии

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России, Оренбург, Россия

Научные руководители – асс. Н.А.Воронцова, к.м.н., асс. Ж.В. Сенникова

Введение. Высокий процент планового оперативного родоразрешения даже в ведущих клиниках мира ставит вопрос о возможности родов через естественные родовые пути при последующем родоразрешении у женщин с рубцом на матке (РМ) после операции кесарева сечения. Рубец на матке не должен ограничивать желания женщины стать матерью во второй и последующие разы.

Цель исследования: Оценить возможность самостоятельных родов (СР) у женщин, имевших хирургическую травму матки в анамнезе. Рассмотреть критерии отбора женщин с РМ для планирования СР. Проанализировать исходы родов у женщин с РМ.

Материалы и методы: Был проведен ретроспективный анализ историй родов. В 2018 году в Оренбургском областном перинатальном центре самостоятельно родила 91 женщина с РМ после кесарева сечения, что составило 14% от общего числа родильниц с РМ. Среди них: сельских – 56,0%, городских – 44,0%. Возраст родильниц составил: □20 лет – 2,2%, 21-30 лет – 47,2%, 31-40 лет – 48,4%, ≥41 года – 2,2%.

У 54,9% женщин были 2 роды, 3 – 37,4%, 4 – 5,5%, 5 – 2,2%. Сроки гестации: <37 – 13,2%; ≥37 – 85,7%; >42 – 1,1%.

Экстрагенитальные заболевания, не являющиеся показанием для оперативного родоразрешения, были у 63 (69,2%) беременных, которые распределились по системам следующим образом: сердечно-сосудистая – 61,5%; репродуктивная – 30%; эндокринная – 22%; иммунная – 16%; дыхательная – 7%; мочевыделительная – 5%; пищеварительная – 2%.

Результаты: Критериями отбора женщин с рубцом на матке для планирования СР явились:

• одно кесарево сечение в анамнезе с поперечным разрезом на матке в нижнем сегменте и полноценность оставшегося рубца;

• отсутствие акушерских показаний, послуживших показаниями к первой операции;

• экстрагенитальная патология;

• локализация плаценты вне рубца на матке;

• головное предлежание плода;

• соответствие размеров таза матери и головки плода.

При ведении родов через естественные родовые пути проводилась психопрофилактическая подготовка к родам в 91,2%, в 8,8% - лечебно-эпидуральная анестезия. Крупный плод был у – 4,4%; оценка по шкале Апгар: ≥7-10 у 91,2%; 7-4 у 4,4%; <4 - 2,2%. У 4,4% была проведена вакуум-экстракция по поводу дистресса плода.

Дефект последа был у 7,7% родильниц. Ручное обследование было проведено у 45% женщин с целью оценки состоятельности рубца на матке, в 55 % УЗИ для контроля целостности рубца на матке.

Выводы: Ведение СР у женщин с РМ всегда сопровождается риском со стороны акушера-гинеколога и роженицы, который должен быть разумным. Тщательный отбор пациентов с учетом представленных критериев позволяет снижать частоту повторного кесарева сечения. Но СР у женщин с РМ должны проходить под тщательным клиническим и обязательным непрерывным кардиомониторным наблюдением в родах при наличии условий для экстренного родоразрешения путем кесарево сечения.

ЛЕЧЕНИЕ ВАГИНАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ КОМБИНИРОВАННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

Т.В. Алексанян, К.А. Панина - студенты 5-го курса

Кафедра акушерства и гинекологии

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России, Оренбург, Россия

Научный руководитель – асс. Г.О. Махалова

Актуальность. Вагинит (кольпит)-остается наиболее распространенным инфекционно-воспалительным заболевание женщин репродуктивного возраста. По статистике, каждая 3-я женщина страдает данным заболеванием, порой не подозревая об этом.

Цель.Оценка протоколов клинико-лабораторного обследования пациенток при местном применении препарата «Клиндацин б пролонг» с антибактериальным и противогрибковым действием.

Задачи.Изучить критерии эффективности препарата в лечении вагинитов.

Материалы и методы.В исследовании участвовали 100 небеременных женщин в возрасте от 18 лет до 50, из которых 30- имели клинические и лабораторные признаки острого вагинита. Препарат «Клиндацин б пролонг» назначался интравагинально по 1 апликатору 1раз в день на ночь в течение 3 дней. Протоколом исследования были определены сроки клинико-лабораторного обследования женщин через месяц после окончания терапии.Критериями эффективности терапии было отсутствие жалоб, разрешение клинических симптомов, отсутствие лабораторных признаков вагинита, увеличение количества лактобактерий и снижение количества условно – патогенной микрофлоры.

Результаты.Все пациентки при первичном обращении предъявляли жалобы на патологические выделения, кроме того 25 (83,3%) женщин отмечали зуд, жжение, боль в области гениталий различной степени выраженности, 3 (10,0%) – дискомфорт при мочеиспускании, 2 (6,6%) – неприятные болезненные ощущения при половом акте. По результатам комплексного обследования, у всех женщин были выявлены признаки воспаления и выраженный дисбаланс влагалищной микрофлоры: у 13 (43,3%) – аэробный, у 10 (33,3%) – бактериально-кандидозный, у 8 (26,6%) – аэробно-анаэробный (смешанный). Клинико-лабораторная эффективность лечения составила 86,6% (у 26 пациенток). У 3 (10,0%) пациенток отмечено клиническое улучшение, при наличии остающихся лабораторных признаков аэробного вагинита, что потребовало их дальнейшего обследования и лечения. Ни у одной пациентки не зафиксированы побочные эффекты или отказ от применения препарата.

Выводы. Сочетание высокой эффективности и безопасности препарата «Клиндацин б пролонг» позволяет рекомендовать его к широкому применению при терапии бактериального вагинита (аэробного и аэробно– анаэробного) и вагинита, вызванного бактериально–грибковой инфекцией.

АНОМАЛИИ ПРИКРЕПЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ КАК ПРИЧИНА ОРГАНОУДАЛЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ В РОДАХ

К.А. Зубарева – студент 613 гр. лечебного факультета

Кафедра акушерства и гинекологии

ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, Киров, Россия

Научный руководитель - к.м.н., доцент И.А. Макарова

Актуальность. Потеря какого-либо органа или утрата органом его функции квалифицируются как причинение тяжкого вреда здоровью человека в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 17.08.2007 г. №522 «Об утверждении правил

определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека». В соответствии с частью 2 статьи 118 Уголовного Кодекса РФ №63-ФЗ от 13.06.1996 медицинский работник может нести уголовную ответственность за причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности, совершенное вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей.

По официальным данным Следственного Комитета РФ с 2012 года в 5 раз (2012 г. - 2100; 2017 г. – 6050) возросло количество обращений граждан о преступлениях, совершенных врачами вследствие оказания медицинской помощи ненадлежащего качества. В 2017 году по результатам проверки обращений возбуждено 1791 уголовное дело (2012 г. – 311), каждое 3 из них закончилось обвинительным приговором. Врачи акушеры-гинекологи занимают 2 место по количеству обращений.

Поэтому вопросы контроля качества медицинской помощи и обоснованности выполняемых медицинских вмешательств в соответствии с критериями Приказа Минздрава РФ от 10.02.2017 №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» являются одним из важных разделов медицинской деятельности на современном этапе.

Цель исследования. Оценить динамику частоты и структуры показаний для проведения органоудаляющих операций при беременности и в родах, определить место аномалий прикрепления плаценты в структуре органоудаляющих операций и оценить факторы риска, оказывающие влияние на объем кровопотери, в случае наличия патологического прикрепления плаценты.

Материалы и методы исследования. Был проведен ретроспективный анализ формы №32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам» по Кировской области за 2016-2018 годы и проанализированы истории родов (форма №096/у) 48 случаев массивных кровотечений в родах и послеродовом периоде, 14 из которых закончились гистерэктомией в 2017 году в КОГБУЗ «Кировский областной клинический перинатальный центр».

Результаты исследования. Возраст женщин, которым в родах была удалена матка, варьировался от 24 до 39 лет, а средний составил 31,4 ± 3,78 лет. По паритету выделили: 42,9% беременных - первородящие, 57,1% - повторнородящие. По сроку гестации: 42,9% женщин были родоразрешены в срок менее 37 недель, 50% - 37 – 40 недель, 7,1% - более 40 недель. У 64,3% женщин в анамнезе выявлены отягощающие факторы: медицинские аборты, самопроизвольные выкидыши в I триместре беременности, несостоявшиеся выкидыши, миома матки и инфекции, передающиеся половым путем. У 100% женщин при беременности были выявлены экстрагенитальные заболевания: железодефицитная анемия – 35,7%,

патология системы кровообращения (гипертоническая болезнь I стадия, риск 2,хроническая сердечная недостаточность 0 степени; тромбоцитопения легкой степени тяжести; пролапс митрального клапана I степени, хроническая сердечная недостаточность 0 степени; синдром дисплазии соединительной ткани: ложная хорда левого желудочка; врожденная тромбофилия) – 28,6%, заболевания органов пищеварения (язвенная болезнь желудка и язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки) – 14,3%, а также субклинический гипотиреоз и хронический пиелонефрит. У 40% женщин во время беременности зарегистрированы угроза прерывания в разные сроки, выявлен неспецифический кольпит. У 4 женщин (28,6%) при проведении скринингового УЗИ во II и III триместрах было выявлено центральное предлежание плаценты. По методу родоразрешения: 13 (92,9%) женщин были родоразрешены путем операции кесарево сечение, из них 6 (46%) - планово, 7 (54%) - экстренно. 1 женщина родоразрешена через естественные родовые пути. Показаниями к плановому оперативному родоразрешению были: центральное предлежание плаценты – 4 (28,6%), миома матки и наличие рубца на матке. Показаниями для экстренного кесарево сечения – начавшаяся асфиксия плода – 3 (21,4%), упорная слабость родовой деятельности – 2 (14,3%), дородовое кровотечение и антенатальная гибель плода при отсутствии готовности родовых путей к родам.По объему были проведены следующие органоудаляющие операции: 6 (42,9%) – экстирпация матки без придатков, 5 (35,7%) – надвлагалищная ампутация матки без придатков, 2 (14,3%) – экстирпация матки с придатками, 1 (7,1%) – гистерэктомия с мертвым плодом. Показаниями для гистерэктомии были истинное приращение плаценты – 7 случаев (50%), раннее послеродовое гипотоническое кровотечение – 2 случая (14,3%), миома матки – 2 случая (14,3%), последовое кровотечение, позднее послеродовое кровотечение, коагулопатическое кровотечение – по одному случаю (что составило 7,1%) на каждое показание соответственно. По объему кровопотери выделили: менее 1500 мл – 5 случаев (35,7%) и более 1500 мл – 9 случаев (64,3%), из них в 2 случаях (22,2%) кровопотеря составила от 1500 мл до 1999 мл, в 7 случаях (77,8%) – составила более 2000 мл. Средний объем кровопотери составил 2366,7 ± 1000 мл. Максимальный объем кровопотери зарегистрирован при гистерэктомии по поводу истинного приращения плаценты. Гемотрансфузия проводилась в 11 случаях (78,5%): эритроцитарная масса в объеме от 480 мл до 2330 мл, интраоперационная реинфузия эритроцитарной массы через аппарат «CellSaver» в объеме 220 – 1027 мл, свежезамороженная плазма в объеме 700 мл – 1740 мл. В 100% случаев имеется гистологическое подтверждение диагноза.

Выводы.

Показатель частоты органоудаляющих операций в родах и послеродовом периоде не имеет тенденции к снижению.

Аномалии расположения и прикрепления плаценты являются основной причиной выполнения органоудаляющих операций в родах.

Объем кровопотери при кровотечении, связанном с аномалиями прикрепления плаценты, превышает объем кровопотери в остальных случаях.

Перенесенные гинекологические заболевания и внутриматочные вмешательства повышают риск аномалий расположения и прикрепления плаценты.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У КУРЯЩИХ ПАЦИЕНТОК

Е.Н. Соловьёва – студентка 537 гр. педиатрического факультета

Кафедра акушерства и гинекологии

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень, Россия

Научный руководитель – д.м.н., доцент Т.П. Шевлюкова

Актуальность. Репродуктивное здоровье матери является основополагающей составляющей в здоровье новорожденного [5]. В процессе эмбрионального развития плод находится в тесном взаимодействии с организмом матери и очень чувствителен к действию вредных факторов. Наиболее значимыми факторами риска и причинами мертворождаемости являются инфекционные заболевания матери (сифилис, малярия), питание, образ жизни, курение [2]. В настоящее время в Российской Федерации наблюдается рост числа курящих женщин с 4 до 25,8%. Курящую беременную женщину с ранних сроков беременности необходимо относить в группу риска по осложненному течению беременности: замершая беременность, угроза прерывания беременности, самопроизвольный выкидыш, синдром задержки развития плода.

В данном случае пагубное влияние оказывается не только на организм матери, но и на плод и может привести к хронической плацентарной недостаточности.Ведущей причиной антенатальной гибели плода является хроническая декомпенсированная плацентарная недостаточность, возникающая на фоне экстрагенитальной и инфекционной патологии [4].

В структуре экстрагенитальной патологии лидирует анемия (45,2 % всех случаев экстрагенитальной патологии), осложняющая течение 14,3 % беременностей [6]. У курящих беременных с сопутствующей анемией достоверно чаще диагностируются гипоксия и задержка внутриутробного развития плода на фоне плацентарной недостаточности, что определяет высокий риск преждевременных родов. Это определяет необходимость и своевременность ранней диагностики дефицита железа у беременных [3]. В будущем, это

может поставить под удар репродуктивное здоровье девушек. Доказано, что у отказавшихся от курения пациенток шанс развития замершей беременности снижается с 7,45 до 2,75 [1].

Таким образом, выявление курения в прегравидарном периоде как фактора риска развития осложнений беременности позволяет с ранних сроков включить беременную женщину в группу высокого риска и обратить особое внимание на ведение данной беременности.

Цель исследования: выявить особенности течения беременности и родов у курящих женщин, а также подверженных влиянию пассивного курения.

Материалы и методыисследования. По результатам анкетирования отобраны 103 женщины репродуктивного возраста, разделенные на три группы: I– 38 женщин, куривших всю беременность, II – 33 женщины, подверженных пассивному курению, III – контрольная группа из 32 женщин (некурящие).

Результаты исследования. В период гестации у женщин обнаружены: угроза прерывания беременности у 15 женщин I группы (41,5%), 11 (32,4%) – II группы, 6 (17,7%) – III групп, кольпиты (I– 45,9%, II – 44,2%, III – 16,6%). Также выявлены хроническая фетоплацентарная недостаточность в первой группе - 40,5%, во второй группе 23,5%, в третьей группе 9,4% и аномалии количества околоплодных вод (в I группе – 40,5%, во II группе – 36%). Частота и структура экстрагенитальной патологии представлена следующим образом: анемия (I группе – 57,7%, II группе – 52,9%, III группе – 34,4%), острые респираторные заболевания в первой группе-54%, во второй группе 32,3% и в третьей группе 12,5%.

При анализе течения родов обнаружены: разрывы мягких тканей родовых путей (I– 24,3%, II – 32,4%,III – 9,4%), преждевременное излитие околоплодных вод (ПИОВ) (I гр. – 32,4%, II – 44,1%, III – 18,7%), аномалии сократительной деятельности матки (СДМ) (I гр.– 46,9%, II– 26,5%, III– 11,5%). Оперативное родоразрешение в экстренном порядке путем операции кесарева сечения выполнено пациенткам: I группы 6 (15,2%) и 5 (14,7%) II по поводу аномалий сократительной деятельности матки, плацентарной недостаточности в стадии декомпенсации.

Выводы. По результатам исследования не только активно курящие женщины, но и подвергшиеся пассивному курениювходят в группу риска развития осложнений течения беременности и родов.Таким образом, исходя из вышеперечисленных данных необходимо обратить внимание акушерам – гинекологам, неонатологам, педиатрам на немаловажную проблему - курение среди женщин. Её решение возможно только путем привлечения средств массовой информации, всей общественности, серьезной работе медиков и педагогов в

школах, особенно с девочками-подростками. Проведение антитабачной пропаганды позволит снизить риск развития осложнений периода беременности и родов.

Список литературы:

1. Олина А.А. Курение как фактор риска неразвивающейся беременности / Олина А.А., Метелева Т.А., Садыкова Г.К., Шевлюкова Т.П. // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2018. - Т.17. -№5.- С. 35-39.

2. Олина А.А. Сравнительный анализ факторов риска у женщин с антенатальной асфиксией плода / Олина А.А., Садыкова Г.К., Ширинкина Е.В., Семягина Л.М. // Медицинская наука и образование Урала. - 2018. - Т. 19.- № 2 (94) -. С. 14-18.

3. Петриченко Н.В. Патогенетические и клинические аспекты прогнозирования и профилактики дефицита железа у беременных / Петриченко Н.В., Баркова Э.Н., Шевлюкова Т.П., Хасанова В.В., Чабанова Н.Б. //Университетская медицина Урала. - 2016. - № 1. - С.16-18.

4. Чабанова Н.Б. Антенатальная гибель плода: причины, факторы риска / Чабанова Н.Б., Хасанова В.В., Шевлюкова Т.П., Петриченко Н.В., Марченко Р.Н. // Университетская медицина Урала. - 2015. - Т. 1.- № 2-3 (2).- С. 60-62.

5. Шелягин И.С. Анализ структуры и частоты встречаемости экстрагенитальной патологии у беременных / Шелягин И.С., Сидоренко В.В., Шевлюкова Т.П., Братова О.В. // МОЛОДЕЖЬ, НАУКА, МЕДИЦИНА. Материалы 63-й всероссийской межвузовской студенческой научной конференции с международным участием. - 2017. - С. 372-374.

6. Shevlukova T.P. THE PECULIARITIES OF THE PERIOD OF GESTATION PERIOD AND PARTURITION IN ADOLESCENTS / Shevlukova T.P., Chabanova N.B., Boechko D.I., Galieva G.D. // Colloquium-journal. - 2017. - № 9-2 (9). - С. 25-26.

УСЛОВИЯ КРАЙНЕГО СЕВЕРА ЯМАЛА КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА

А.В. Тяпкин – студент 517 гр. лечебного факультета,

Р.И. Алекберов – студент 518 гр. лечебного факультета

Кафедра акушерства и гинекологии

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень, Россия

Научный руководитель – д.м.н., доцент Шевлюкова Т.П.

Актуальность. В связи с распространённостью ожирения среди беременных, и связанным с ним риском патологического течения беременности, определяется необходимость в диагностике ожирения в период гестации [5]. В настоящее время особенно

актуальна эта проблема у жительниц Крайнего Севера. Отсутствие популяционной адаптации коренного населения к высокоуглеводному рациону несет потенциальную опасность развития ожирения и гестационного СД у коренного населения Ямала. Проведение исследований в этой области является актуальным на сегодняшний день и должно способствовать расширению представлений о патогенезе метаболических нарушений при беременности, ассоциированных с особенностями накопления и распределения жировой ткани, в том числе и у женщин с нормальной массой тела [1].У беременных с нормальной массой начиная со второго триместра чувствительность тканей к инсулину прогрессивно снижается, что способствует накоплению необходимых жировых запасов. При исходном ожирении, часто сопровождающемся инсулинорезистентностью в начале беременности, процесс носит противоположное направление, что препятствует ненужному накоплению жира у тучных женщин [4].

Прогрессированию клинических и гормонально-метаболических изменений способствуют увеличение массы жировой ткани и перераспределение жировых отложений с преимущественной локализацией в висцеральной области [3].

Таким образом, висцеральный характер жироотложения является значимым фактором, определяющим риск формирования гестационного сахарного диабета у беременных с нормальной и избыточной массой тела [2].

Цель исследования. Изучить распространённость гестационного сахарного диабета у пришлых и коренных женщин, проживающих в условиях Крайнего Севера Ямала.

Материалы и методы исследования. Проанализировано 756 индивидуальных карт беременных за 2016 - 2018 год на базе ГБУЗ ЯНАО «Тазовская ЦРБ» п.г.т. Тазовский. Для исследования были выделены две группы женщин репродуктивного возраста. Из них 250 женщин относящихся к коренным малочисленным народам Севера. Группа сравнения состояла из 498 женщин пришлого населения. Статистическая обработка количественных данных проводилась с применением пакета программ Minitab 18. Программа позволяет определить достоверность различий качественных признаков с помощью точного критерия Фишера.

Результаты исследования. При анализе результатов исследования выявлено, что гестационный СД составил 18% и чаще регистрировался у пришлых жительниц 13,7%, чем у коренных 3,3% (p=0,002). Беременность на фоне ожирения наступила у 22,1% некоренных и у 6,2% коренных женщин (p=0,005). Избыточный вес с одинаковой частотой наблюдался как у коренных (18,5%), так и у пришлых (18,9%) беременных в раннем сроке гестации (p= 0,006). Общая прибавка массы во время беременности была выше у пришлых жительниц 13,2%, что в 2 раза больше по сравнению с коренными женщинами.

Выводы:

Распространенность гестационного сахарного диабета у жительниц Крайнего Севера составила 16% и чаще встречается у пришлых женщин.

Общая прибавка массы тела во время беременности в 2 раза больше наблюдается у пришлых жительниц. В раннем сроке беременности избыточный вес отмечался как у пришлых, так и у коренных женщин.

Полученные данные говорят, что необходимо проводить мероприятия по снижению массы тела, как у пришлых, так и коренных жительниц с целью профилактики метаболических нарушений и осложнений беременности.

Список литературы:

1. Чабанова Н.Б. Динамика изменений жирового компонента состава тела у беременных в зависимости от исходных антропометрических данных / Н.Б. Чабанова, Т.Н. Василькова, В.А. Полякова, С.И. Матаев, Т.П. Шевлюкова // Человек. Спорт. Медицина. – 2018. – Т.18. – №2. – С. 15-23.

2. Чабанова Н.Б. Значение висцерального ожирения в увеличении риска гестационного сахарного диабета у женщин в зависимости от индекса массы тела / Н.Б. Чабанова, Т.Н. Василькова, Т.П. Шевлюкова // Университетская медицина Урала. – 2018. – Т.4. –№4(15). – С. 44-45.

3. Чабанова Н.Б. Клинические и гормонально – метаболические ассоциации у беременных с гестационным сахарным диабетом и макросомией плода / Н.Б. Чабанова, Т.П. Шевлюкова, Т.Н. Василькова // Практическая медицина. – 2018. – №6. – С. 72-76.

4. Чабанова Н.Б. Оценка характера жироотложения в динамике гестационного процесса по данным ультразвукового исследования / Н.Б. Чабанова, Т.Н. Василькова, В.А. Полякова, Т.П. Шевлюкова // Российский электронный журнал лучевой диагностики. – 2018. – Т.8. – №1. – С. 129-136.

5. Чабанова Н.Б. Проблемы диагностики избыточной массы тела и ожирения во время беременности / Н.Б. Чабанова, Т.Н. Василькова, Т.Н. Шевлюкова, В.В. Хасанова // Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. – 2016. – Т.18. – №2. – С. 176-180.

ПРИБАВКА ВЕСА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ КАК ФАКТОР РИСКА ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА

А. Д. Кузеванова - студентка 516 гр. лечебного факультета

Кафедра акушерства и гинекологии

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень, Россия

Научный руководитель - к.м.н., доцент Н. Б. Чабанова

Актульность. Гестационный сахарный диабет (ГСД) и ожирение – неинфекционная эпидемия XXI века. Распространенность ГСД ассоциирована с ростом частоты макросомии плода, дистоции плечиков, родового травматизма, оперативного родоразрешения, материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Долгосрочные последствия материнской гипергликемии включают повышенный риск сахарного диабета 2 типа и ожирения в популяции [1-4]. В связи с этим поиск факторов риска ГСД является одной из актуальных междисциплинарных проблем современного здравоохранения.

Цель исследования. Провести анализ факторов риска развития ГДС у женщин с различными антропометрическими показателями.

Материалы и методы исследования. Проведено ретроспективное изучение особенностей течения беременности у 146 женщин с гестационным сахарным диабетом. Диагностику осуществляли согласно клиническому протоколу «Гестационный сахарный диабет: диагностика, лечение, послеродовое наблюдение». В зависимости от исходного (ИМТ), вычисляемого отношением веса в кг к росту в $см^2$, все женщины были разделены на группы: с нормальной массой тела - ИМТ 18,5-24,9 $кг/м^2$ (n=34), с избыточной массой тела - ИМТ 25,0-29,9 $кг/м^2$ (n=54) и ожирением - ИМТ более 30,0 $кг/м^2$ (n=58). Вычисляли величину прибавки массы тела в конце I, II и III триместрах и общую гестационную прибавку веса, полученные результаты сравнивали с рекомендованными Институтом медицины США значениями [5]. Статистическая обработка результатов исследования проведена с помощью программного средства SPSS Statistica. 12,0 (США). Применялся однофакторный анализ с вычислением относительного риска (ОР) и 95% доверительного интервала (95% ДИ). Критическое значение уровня статистической значимости (p) при проверке нулевых гипотез принималось равным 0,05.

Результаты исследования. Установлено, что наличие у беременной ожирения является достоверным фактором риска ГСД (ОР=2,68 95% ДИ 1,78-4,29). Чрезмерная прибавка веса за весь период беременности ассоциирована с увеличением частоты нарушений углеводного обмена у женщин с нормальной и избыточной массой тела (ОР=2,98 95% ДИ 1,54-5,85 и ОР=2,03 95% ДИ 1,13-3,67 соответственно). Дифференцированный анализ по триместрам показал, что прибавка веса более 2 кг в I триместре беременности приводила к статистически значимому увеличению риска ГСД у беременных с нормальным ИМТ (ОР=2,28 95% ДИ 1,18-4,12) и избыточным весом (ОР=1,60 95% ДИ 1,01-2,65).

Проведенный анализ частоты развития ГСД в возрастном аспекте позволил установить, что возраст беременной старше 35 лет существенно увеличивает риск ГСД (ОР 5,66 95% ДИ

4,32-7,43).

Выводы. Таким образом, тщательный контроль прибавки массы тела беременной дифференцированно по триместрам и с учетом исходного антропометрического статуса может являться мерой профилактики гестационного диабета, особенно у женщин старше 35 лет и страдающих ожирением.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ С ПЕРЕКРУТОМ КИСТЫ ЯИЧНИКА В ГЕСТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Д.С.Федотова - студентка 416 гр. лечебного факультета

Кафедра акушерства и гинекологии

ГБОУ ВПО ТюмГМУ Минздрава России, Тюмень, Россия

Научный руководитель - к.м.н. доцент И.В.Фомина.

Актуальность. Согласно статистике, киста яичника обнаруживается у 30% пациенток с регулярным менструальным циклом и у 50% с нерегулярным. В большинстве случаев оно протекает легко, и образование уже через месяц значительно уменьшается в размере или полностью исчезает [1]. При патологическом перекручивания ножки новообразования происходит нарушение в нем кровотока, что приводит к некрозу [3]. Частота перекрута придатков матки составляет примерно 5-7% от всех острых гинекологических заболеваний. Чаще перекрут происходит из-за сочетания болезни с крупными опухолями или кистами яичника [2,3]. Дополнительным фактором риска является беременность вследствие оттеснения яичников растущей маткой [1].

Цель исследования. Представление клинического случая ведения беременной женщины с перекрутом кисты правого яичника.

Материалы и методы исследования. Была проанализирована история родов, а также индивидуальная карта беременной и родильницы.

Результаты исследования. Беременная А., 33 г., переведена из ГБУЗ ТО «ОКБ № 2», где находилась на стационарном лечении по поводу обструктивной уропатии, в ПЦ г. Тюмени 06.04.2018 г., 14:15 в экстренном порядке по поводу ложных схваток после 37 недель беременности с жалобами на тянущие боли внизу живота. Менструации с 14 лет по 7 дней, через 28 дней, регулярные, безболезненные, умеренные.

Последние менструации 21.07.2017. Половая жизнь с 19 лет. Данная беременность вторая по счету. Первая беременность в 2012 г. закончилась срочными оперативными родами в 42 недели по поводу слабости родовой деятельности, операция и послеоперационный период со слов протекал без особенностей. Состояла на учете в женской консультации (ЖК) с 9 недель беременности. Течение

беременности осложнилось в 11 недель - кольпитом, в 13 недель – первичным субклиническим гипотиреозом, в 22 недели – ложные схватки до 37 недель беременности, с 26 недель отмечена чрезмерная прибавка, острый ринофарингит; в 36 недель – гидронефроз справа.

Анамнез: 22.03.2018 г. в сроке беременности 33-34 недели обратилась в п/о ОКБ №2 с жалобами на боли в правом боку, отмечала тошноту, головокружение, слабость. Осмотрена урологом, выполнено УЗИ ОМТ - диагностирована киста правого яичника размером 8 см, отпущена на амбулаторное лечение. На фоне лечения - улучшение не отмечала. 23.03.2018 г. в связи с усилением боли повторно обратилась в п/о ОКБ №2, госпитализирована в урологическое отделение. С 23.03.2017 г. по 28.03.2017 г. находилась в стационаре ГБУЗ ТО «ОКБ №2», где была осмотрена совместно с заведующим у/о, и акушер-гинекологом и поставлен следующий диагноз: «Обструктивная уропатия беременных справа. Гидронефроз правой почки. Почечная колика справа. Беременность 33-34 нед. Киста яичника».

Однако, 05.04.18 г. вновь повторился эпизод болей в правой половине живота с иррадиацией в поясницу колюще-режущего характера и в 21:00 была доставлена бригадой скорой помощи в ГБУЗ ТО ПЦ г. Тюмени. После исключения акушерской патологии и консультации уролога, был рекомендован перевод в ОКБ № 2 в п/о, где осмотрен урологом совместно с заведующим у/о, гинекологом. Госпитализирована в у/о с диагнозом камни почек с камнями мочеточника. Обструктивная уропатия беременных справа. Гидронефроз справа. Почечная колика справа. Выраженный болевой синдром. Беременность 36-37 недель. Проведена цистоскопия под м/а, установлен мочеточниковый катетер № 4, на фоне лечения сохранялся болевой синдром.

06.04.2018. Переводится в отделение патологии берем ОПЦ г. Тюмень после консервативного лечения и с рекомендациями.

При поступлении в ПЦ:

объективно: состояние удовлетворительное; в легких – дых везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм-правильный. Пульс-180 в минуту, ритмичный. АД 110/70 мм.рт.ст. на обеих руках. Живот увеличен беременной маткой, овоидной формы. Симптом «поколачивания» отрицательный с 2х сторон. Молочный железы без особенностей. Отеков – нет. Мочеиспускание - свободное. Стул – не изменен.

Гинекологический статус: НПО - сформированы правильно, оволосение о женскому типу. Шейка матки укорочено, отклонено кзади. Р, V: шейка размягчена, укорочено длиной до 1,5 см, цервикальный канал проходим до 2,5 см, плодный пузырь – наливается? Предлежит тазовый конец плода, подвижен над входом в малый таз, матка реагирует на осмотр. Выделения светлые, мыс не достижим, экзостозов нет. Область рубца матке без

особенностей.

Диагноз при поступлении: ложные схватки с 37 недель. Тазовое предлежание. ОАА. Рубец на матке. Обструктивная уропатия беременных справа. Гидронефроз справа. Почечная колика справа.

УЗИ БП: Заключение: ЭХО-признаки холецистолитиаза. Расширение ЧЛС справа. УЗИ ОМТ: Маточная беременность 37 недель. Киста правого яичника, визуализация в данной проекции затруднена, кровоток в кисте четко не определяется, поэтому нельзя исключить перекрут кисты.

Заключительный диагноз: ложные схватки с 37 недель. Тазовое предлежание. ОАА. Рубец на матке. Обструктивная уропатия беременных справа. Гидронефроз справа. Почечная колика справа. Выраженный болевой синдром. Состояние после стентирования правой почки от 06.04.2018.

Решено родоразрешить женщину путем операции КС в экстренном порядке 06.04.18 г. На операции на 3 минуте за паховый сгиб был извлечен живой доношенный ребенок мужского пола в удовлетворительном состоянии с оценкой по шкале Апгар 8 и 8 баллов. При ревизии придатков обнаружено, правые придатки синюшно-багрового цвета, определяется перекрут кисты правого яичника вместе с маточной трубой, размерами 8*6*4 см, выполнена аднексэктомия в пределах здоровых тканей.

Заключительный диагноз: Срочные оперативные роды 2 в 37 недель. Чисто ягодичное предлежание. ОАА. Рубец на матке. Преждевременный разрыв плодных оболочек. Обструктивная уропатия беременных справа. Правосторонний гидронефроз почки у матери. Состояние после стентирования правой почки от 06.04.18. Первичный субклинический гипотиреоз. Кесарево сечение в нижнем сегменте по Дерфлеру. Аднексэктомия справа. Кровопотеря 600 мл. Послеоперационный период протекал без особенностей. Выписана из отделения на 4 сутки в удовлетворительном состоянии.

Выводы. 1. При дифференциальной диагностике причин острого живота у женщин во время беременности, необходимо принимать во внимание возможность возникновения перекрута придатков матки, даже при отсутствии патологии маточной трубы и яичника в анамнезе. 2. Тактика лечения в полной мере зависит от срока беременности, а также сопутствующей патологии, как со стороны матери, так и плода.

Список литературы.

1. Баринов С.В. К вопросу об оперативном лечении доброкачественных новообразований яичников при беременности / С. В. Баринов, О.В. Лазарева, Б. В. Корнеев, Л.Л. Шкабарня, М.В. Гребенюк, Е.А. Рощупкина, А.В. Белокопытова, П.И. Сорокин // Журнал акушерства и женских болезней. – 2015. – Т.64. - №4. - С. 13-20.

2. Чернова А.Л. Острая хирургическая патология у беременных / А.Л. Чернова, Н.С. Созонова, И.П. Лазарев, И.И. Кукарская, А.Н. Коваленко // Университетская медицина Урала. – 2015. – Т.1. - №2. – С. 65-67.

3. Созонова Н.С. Случай перекрута придатков матки при доношенной беременности/ Н.С.Созонова, И.П. Лазарев, А.Л.Чернова , Т.П.Шевлюкова, С.Л.Макаревич // Медицинская наука и образование Урала.- 2017. -Т. 18.- № 2 (90). -С. 119-122.

СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ С АНТЕНАТАЛЬНОЙ ГИБЕЛЬЮ ПЛОДА

Ю.В. Самойленко - студент 407 группы лечебного факультета

Д.С.Федотова - студентка 416 группы лечебного факультета

Кафедра акушерства и гинекологии

ФГБОУ ПО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень, Россия

Научный руководитель - к.м.н. доцент И.В.Фомина.

Актуальность. На сегодняшний день в мире преэклампсия до сих пор является одной из ведущих причин материнской смертности, занимает стойко второе место в их структуре, согласно данным ВОЗ [1]. По тем же данным частота гипертензивных расстройств во время беременности составляет около 14%, преэклампсия до 8 % [1,2]. В РФ частота подобных осложнений беременности достигает в разных регионах от 5 до 30%, занимают 4-е место в структуре материнской смертности и составляют до 15,7% всех материнских потерь. В Тюменской области преэклампсия является одной из ведущих причин преждевременных родов, особенно очень ранних, что обуславливает высокую перинатальную заболеваемость, смертность, а также может быть причиной инвалидизации как матери, так и ребенка, кроме того приводить к ряду других осложнений, включая HELLP-синдром. [3,4].

Цель исследования. Анализ клинического случая преэклампсии в сочетании с HELLP-синдромом, полной преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты (ПОНРП), маткой Кювелера и антенатальной гибелью плода у первородящей пациентки.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено на основе анализа истории родов и индивидуальной карты беременной пациентки К., родоразрешенной в ГБУЗ ТО “Перинатальный центр” г. Тюмени в декабре 2018 г.

Результаты исследования. Пациентка К. 29 лет доставлена бригадой скорой медицинской помощи в тяжёлом состоянии, на каталке, с венозным доступом, в заторможенном состоянии с жалобами на боли внизу живота и отсутствие ощущения шевеления плода в течение 6 часов, головную боль. Оказанное скорой медицинской

помощью лечение: внутривенная инфузия 20 мл 25% раствора магния сульфата в 250 мл 0.9% раствора натрия хлорида. Настоящая беременность желанная, в браке. Соматический анамнез отягощен ожирением 1 степени. ИМТ 34 кг/м2 . В женской консультации наблюдалась регулярно с 9 недель. Течение беременности осложнилось с 11 недель кольпитом, пролеченным амбулаторно; с 19-20 недель – отмечается стойкая наблюдающаяся каждую явку чрезмерная прибавка в весе, от 700 до 1300г в неделю. С 34 недель отмечено присоединение гипертензии и явных выраженных отеков, по поводу которых получала стационарное лечение в одном из городских родильных домов, назначена антигипертензивная терапия: допегит 1/2 таблетки 3 раза в день, которую пациентка после выписки из отделения патологии беременности регулярно не получала. Назначенная антигипиртензивная терапия не в полной мере соответствует клиническому протоколу по гипертензивным расстройствам во время беременности.

Объективно при поступлении: генерализованные отеки, АД 190/110-190- 110 мм.рт.ст., матка в состоянии гипертонуса, сердцебиение плода не выслушивается. При аускультации в лёгких дыхание везикулярное, патологических хрипов нет, тоны сердца ясные, ритм правильный. Влагалищное исследование №1 в условиях развёрнутой малой операционной. Наружные половые органы сформированы правильно. Оволосение по женскому типу. Шейка матки средней плотности, длиной до 1,2 см, цервикальный канал проходим 1 см. Плодный пузырь цел. Предлежит головка плода, подвижна, над входом в малый таз. Мыс не достижим. Выделения слизисто-кровянистые. Взят мазок на микрофлору. Параклинически высокая протеинурия 10,6 г/л, тромбоцитопения 78*109 /л, повышение уровня трансаминаз, свободный гемоглобин в крови 9 г/л. При проведении ультразвукового исследования: признаки отслойки плацента, антенатальная гибель плода. Клинический диагноз: Беременность 36,5 недель. Головное предлежание. Преэклампсия тяжёлой степени. HELLP-синдром. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Антенатальная гибель плода.

Показано родоразрешение пациентки путём кесарева сечения в экстренном порядке. Показания: преждевременная отслойка нормальной расположенной плаценты, антенатальная гибель плода, отсутствие условий для немедленного родоразрешения через естественные родовые пути, тяжёлая преэклампсия, HELLP-синдром.

Под эндотрахеальным наркозом через 10 минут от поступления в стационар проведён разрез по Пфаненнштилю. В брюшной полости серозный выпот в количестве 200 мл. На первой минуте извлечён мертвый недоношенный ребёнок женского пола весом 2542 кг., длиной 50 см., оценка по Апгар 0 баллов. Послед свободно расположен в полости матки вместе с 600 мл крови со сгустками; удалён потягиванием за пуповину. Оболочки все,

пуповина длиной 50 см. Передняя стенка матки и область дна имбибированы кровью. Диагностирована матка Кювелера. Матка гипотонична на фоне проводимой утеротонической терапии. В её полость установлен баллонный катетер, наполненный физиологическим раствором. Проведён поэтапный хирургический гемостаз: перевязаны маточные и яичниковые сосуды, на матку наложен компрессионный шов. Интраоперационная пауза 20 минут. Консилиумом решено не расширять объём операции до гистероэктомии, учитывая отсутствие продолжающегося маточного кровотечения на фоне проводимой терапии. Общий объём кровопотери составил 1800 мл. Аппаратом Cell Sever проводилась реинфузия аутоэритроцитов.

В палате отделения реанимации и интенсивной терапии получала лечение 5 суток, на 9-е сутки выписана домой в удовлетворительном состоянии.

Выводы. 1. Несвоевременное обращение за медицинской помощью, неадекватная антигипертензивная терапия привела прогрессированию преэклампсии, развитию HELLP-синдрома, полной ПОНРП, матки Кювелера и антенатальной гибели плода и едва не закончилось утратой репродуктивной функции у первородящей пациентки.

2.Выбранная акушерская тактика позволила добиться сохранения репродуктивной функции за счёт остановки маточного кровотечения, не прибегая к гистероэктомии.

Список литературы.

1. ВОЗ. Материнская смертность. Информационный бюллетень №348. 16 февраля 2018 г. URL: https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality

2. Клинические рекомендации (протокол): Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Преэклампсия. Эклампсия / ред.совет: Л.В.Адамян [и др].-Москва. 2016. 72 с.

3. Чабанова Н.Б. Антенатальная гибель плода: причины, факторы риска / Н.Б.Чабанова, В.В Хасанова, Т.П.Шевлюкова, Н.В.Петриченко, Р.Н. Марченко // Университетская медицина Урала.- 2015.- Т. 1.- № 2-3 (2).- С. 60-62.

4. Г.Д.Галиева. HELLP-синдром и беременность / Г.Д.Галиева, М.Н.Митрофанова, Е.Ю.Кукарская, Н.А.Абилова, Т.П.Шевлюкова // Молодежный научный форум: естественые и медицинские науки. -2016.- №10(38). -С. 110-114.

МЕЗОТЕЛИОМА БРЮШИНЫ И БЕРЕМЕННОСТЬ. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

А.А. Курбанов - студент 4 курса лечебного факультета

Кафедра онкологии

ФГАОУ ВО Первого МГМУ им.И.М. Сеченова Минздрава России

(Сеченовский Университет), Москва, Россия

Научные руководители: д.м.н., проф. А.Г. Абдуллаев,
д.м.н., проф., член-корреспондент РАН М.М. Давыдов

Актуальность. ***Мезотелиома брюшины*** — редкая злокачественная опухоль, впервые описанная в 1908 году Миллером и Вейном, как злокачественная опухоль, исходящая из эндотелия брюшины и продуцирующая мукоидную асцитическую жидкость. Частота встречаемости в мире — один-два случая на миллион, при этом медиана выживаемости составляет 12-15 месяцев.Однако, проанализировав данные мировой литературы, мы ни разу не встретили описания наблюдений беременности в сочетании с канцероматозом. Именно такой клинический случай мы и хотели бы представить.

Цель исследования: демонстрация клинического случая беременности в сочетании с мезотелиомой брюшины в клинической практике.

Материалы и методы: на базе ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» был проведен ретроспективный анализ истории болезни пациентки с беременностью в сочетании с мезотелиомой брюшины.

Результаты и их обсуждение: в представленном случае описывается успешное ведение беременности с рождением здоровой, доношенной девочки на фоне клинически проявляющейся мезотелиомы брюшины, несмотря на то, что пациентке по месту жительства и во многих клиниках Москвы настойчиво было рекомендовано прерывание беременности.

Выводы: проанализировав данные мировой литературы, мы обнаружили всего 2 наблюдения и оба наблюдения описывают возникновение беременности после циторедукциии HIPEC при псевдомиксоме брюшины и карциноме червеобразного отростка. Представленный нами клинический случай описывает наблюдение беременности на фоне клинически проявляющейся мезотелиомы брюшины, и позволяет, на наш взгляд, демонстрировать возможность изменения подхода к ведению и лечению больных с мезотелиомой брюшины.

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ

А.Ю. Санникова – студентка 412 гр. лечебного факультета
Кафедра акушерства и гинекологии
ФГБОУ ВО ПГМУ им. Академика Е.А. Вагнера Минздрава России, Пермь, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Г.К.Садыкова

Актуальность. Несмотря на многочисленные исследования, посвященные этой проблеме, преэклампсия (ПЭ) является наиболее тяжелым осложнением беременности, родов и послеродового периода, занимая ведущее место в структуре материнской и

перинатальной заболеваемости и смертности [1]. Успехом деятельности акушерско-гинекологической службы является снижение частоты ПЭ, что связано прежде всего с внедрением клинического протокола «Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Преэклампсия. Эклампсия (письмо Минздрава РФ от 07.06.2016г № 15-4/10-2-3483)». В 2016 г. показатель заболеваемости ПЭ по РФ составил 32,25 на 1000 родов, в Пермском крае 25,83 [2].

Многочисленные работы отечественных и зарубежных авторов посвящены возможностям предикции [3, 4] и ранней профилактики [5]. В частности, интересны работы, посвященные оценке состояния функциональных систем организма при ПЭ и ранних маркеров этих изменений [6-9], оценке нутритивного и микронутриентного статуса [10-12], экстрагенитальной патологии [13]. Однако до сих пор данные вопросы остаются открытыми. В связи с этим, наиболее важной задачей является поиск ранних предикторов развития ПЭ и разработка профилактических мероприятий на основании полученных результатов.

Цель исследования. Формирование группы риска по развитию преэклампсии, что позволит совершенствовать методы профилактики преэклампсии в ранние сроки беременности.

Материалы и методы исследования. Исследование выполнялось на базе Центра планирования семьи и пренатальной диагностики (далее Центр) Пермского государственного медицинского университета им. ак. Е.А.Вагнера г.Перми. Проведено анализ карт беременных, а также консультирование 764 беременных в сроке гестации 11-14 недель, обратившихся в Центр с целью выполнения первого комплексного скринига.

Результаты исследования. С целью выявления факторов риска акушерских осложнений (преэклампсии, преждевременных родов, плацентарной недостаточности, гестационного сахарного диабета, акушерских кровотечений) авторами разработана анкета, которая включала анамнестические данные, особенности соматического статуса, указание сопутствующих заболеваний. Средний возраст пациенток 24,6±12,2 (min - 17 лет; max - 44 года). Как известно, одним из доказанных факторов риска преэклампсии является возраст матери старше 35 лет [3]. Установлено, что 125 (16,4%) наших пациенток относились к данной категории.

Отрицательное влияние курения на состояние сердечно-сосудистой, дыхательной системы, систему гемостаза, эндотелий, а также в целом организм матери и плода не вызывает сомнений [14]. Понимание того момента, что курение является доказанным фактором риска основных акушерских осложнений, мы уделили пристальное внимание данному фактору. Курили до беременности - 136 пациенток (17,8%), из них продолжали

курить на момент консультирования - 79 (10,3%), отказались за 1-3 месяца до беременности - 21 (2,7%), отказались в ранние сроки - 19 (2,4%).

Среди всех опрошенных пациенток у 237 (31,0%) была выявлена экстрагенитальная патология. В аспекте риска развития преэклампсии наиболее важное значение имеют метаболические нарушения. Нарушение жирового обмена отмечено у 272 пациенток (35,6%), причем ИМТ 25-29 был у 222 (29,1% от общего числа опрошенных); 30-34 - 38 (5,0%); более 35 - 12 (1,6%). Достоверно значимым прогностическим критерием является наличие в анамнезе артериальной гипертензии.. Среди обследованных пациенток до наступления беременности у 8 (1,1%) было диагностировано стойкое повышение АД, проводилась постоянная коррекция антигипертензивными препаратами.

Выводы. Таким образом, качественный сбор анамнестических данных при первом обращении пациентки к врачу акушеру-гинекологу позволяет выявить факторы риска осложненного течения беременности, в том числе, таких грозных как преэклампсия, эклампсия. Выявление этих агентов должно проводиться в женской консультации при первой явке, а желательно и на прегравидарном этапе. Предложенные мероприятия не требуют дополнительных финансовых или временных затрат со стороны врача и лечебного учреждения, при этом эффективность профилактических мер оценивается такими показателями, как материнская и перинатальная смертность.

Список литературы.

1. Олина А.А., Буничева Н.В., Садыкова Г.К. Взгляд акушера-гинеколога на демографическую ситуацию в Пермском крае. Здоровье семьи - 21 век. 2015. № 1 (1). С. 101-115.

2. Прогноз и профилактика преэклампсии в первом триместре беременности А.А.Олина, Г.К.Садыкова, А.В.Матвеева, И.А.Семягин/ «Уральский медицинский журнал», 2014, №4 (118), С.9.

3. Гребенкин Б.Е., Мельникова М.Л., Перевышина О.Р., Садыкова Г.К., Палакян Л.П. Новый способ диагностики полиорганной недостаточности при тяжелой преэклампсии // Медицинский альманах. 2010. № 4 (13). С. 119-121.

4. Садыкова Г.К., Гребенкин Б.Е., Семягина Л.М., Мельникова М.Л., Заплатина В.С. Гормональная поддержка ранних сроков гестации - неожиданный барьер для преэклампсии? Медицинский альманах. 2011. № 6 (19). С. 50-52.

5. Шевлюкова Т.П. Роль тромбоцитов в гемостазе. Тюмень, 1999.

6. Фомина И.В., Кукарская И.И., Шевлюкова Т.П., Легалова Т.В. Тромбоэластометрия в акушерском стационаре. Современные проблемы науки и образования. 2017. № 4. С. 59.

7. Шевлюкова Т.П. Морфофункциональные свойства тромбоцитов у беременных и родильниц с поздним гестозом. Акушерство и гинекология. 2000. № 1. С. 12.

8. Полякова В.А., Галян С.Л., Шевлюкова Т.П. Гемостаз при позднем гестозе. коррекция антиоксидантами и аспирином. Научный вестник Тюменской медицинской академии. 1999. № 1. С. 43.

9. Олина А.А., Садыкова Г.К. Значение дефицита цинка в формировании нарушений репродуктивного здоровья (обзор литературы). Пермский медицинский журнал. 2015. Т. 32. № 5. С. 138-143.

10. Олина А.А., Падруль М.М., Садыкова Г.К., Кобаидзе Е.Г. Значение витамина D3 в преконцепционной подготовке и профилактике осложненного течения беременности. Современные проблемы науки и образования. 2015. № 3. С. 46.

11. Чабанова Н.Б., Матаев С.И., Василькова Т.Н., Шевлюкова Т.П., Трошина И.А. Роль алиментарных факторов и ожирения у беременных женщин в развитии акушерской и перинатальной патологии. Вопросы питания. 2017. Т. 86. № 4. С. 6-21.

12. Шелягин И.С., Сидоренко В.В., Шевлюкова Т.П., Братова О.В. Анализ структуры и частоты встречаемости экстрагенитальной патологии у беременных. В сборнике: Молодежь, наука, медицина. Материалы 63-й всероссийской межвузовской студенческой научной конференции с международным участием. Редколлегия: М.Н. Калинкин [и др.]. 2017. С. 611-614.

13. Олина А.А., Метелева Т.А., Садыкова Г.К., Шевлюкова Т.П. Курение как фактор риска неразвивающейся беременности. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2018. Т. 17. № 5. С. 35-39.

14. Coppage K., Sibai B. Preeclampsia and Eclampsia.Glob.libr. women's med., (ISSN: 1756-2228) 2008; DOI: 10.3843/GLOWM.10158

РОЛЬ АЛИМЕНТАРНОГО ФАКТОРА И ПРИБАВКИ ВЕСА ВО ВРЕМЯ ЕРЕМЕННОСТИ В УВЕЛИЧЕНИИ РИСКА ИЗБЫТОЧНОГО РОСТА ПЛОДА

Д. И. Боечко - студент 422 гр. лечебного факультета,

Л. А. Кузнецова - студент 613 гр. лечебного факультета

Кафедра акушерства и гинекологии

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень, Россия

Научный руководитель - к.м.н., доцент Н.Б. Чабанова

Актуальность. Вес плода - это один из основных показателей, раскрывающий особенности антенатального развития [1]. Актуальность исследований в области макросомии плода в антенатальном периоде не вызывает никаких сомнений.

Цель. Исследовать последствия фактического питания и прибавки массы тела при беременности на вес плода у пациенток с различными исходными антропометрическими данными.

Материал и методы исследования. В участии нашего проспективного исследования приняло 950 пациенток. Беременные женщины были разделены на 3 группы: с нормальной массой тела (n=340), с избыточным весом (n=350) и с ожирением (n=260).

Результаты исследования. Пропорционально предгестационному ИМТ возрастала частота чрезмерной прибавки веса. Данная закономерность наблюдалась у 180 пациенток (52%) - с избыточным весом, у 150 (56%) - с ожирением (χ2=6,410; p=0,041) и у 121 (28%) с нормальным весом. Установленная разница предполагаемой массы плода по УЗИ во II и III триместре у женщин в данных группах (p=0,014; p=0,034). Предгестационный ИМТ и вес плода по УЗИ и масса новорожденного увеличивались пропорционально, при этом частота макросомии плода при ожирении гораздо выше, чем при избыточной и нормальной массе тела (χ^2=6,67; p<0,05). Угроза макросомии у плода, ассоциированная с избыточной прибавкой веса за весь период гестации у женщин с нормальным (ОР=2,84 95% ДИ 1,69-4,79), избыточным весом (ОР=2,07 95% ДИ 1,08-3,97) и ожирением (ОР=2,34 95% ДИ 1,07-5,12). Избыточное увеличение веса беременной во II триместре в 3 раза увеличивало риск макросомии у пациенток с массой тела, соответствующей норме (ОР=3,16 95% ДИ 1,88-5,31), в 2 раза - при избыточной массе тела (ОР=2,06 95% ДИ 1,10-3,87) и в 1,8 раз - при ожирении (ОР=1,78 95% ДИ 1,02-3,10). Избыточная прибавка веса в III триместре связана с двукратным повышением риска макросомии у беременных с избыточным весом и ожирением (ОР=1,94 95% ДИ 1,11-3,48 и ОР=1,80 95% ДИ 1,04-3,11 соответственно).

Выводы: в результате проведенного исследования, мы сделали вывод о необходимости изменения пищевого поведения у беременных с избыточным весом и регулирование увеличения массы тела пациенток. Данные мероприятия смогут способствовать снижению количества плодов с макросомией в популяции, что благоприятно скажется на здоровье матери и её детей.

Литература:

1. Чабанова Н.Б. Клинические и гормонально-метаболические ассоциации у беременных с гестационным сахарным диабетом и макросомией плода / Н.Б. Чабанова, Т.П. Шевлюкова, Т.Н. Василькова // Практическая медицина. – 2018. – Т.6. - №6. – С. 72-76.

2. Садыкова Г.К. Влияние пищевого поведения на течение беременности / Г.К. Садыкова, Н.Л. Лазарькова // Сборник материалов конференции «Два сердца как одно»; Пермь, 26 ноября 2015 г. - С. 139-143.

3. Чабанова Н.Б. Роль системного воспаления в развитии акушерской и перинатальной патологии / Н.Б. Чабанова, Т.Н. Василькова, С.И. Матаев, Т.П. Шевлюкова // Акушерство и гинекология. - 2017. - №10. - С. 12-18.

4. Чабанова Н.Б. Роль алиментарных факторов и ожирения у беременных женщин в развитии акушерской и перинатальной патологии / Н.Б. Чабанова, С.И. Матаев, Т.Н. Василькова и др. // Вопросы питания. - 2017. - Т. 86. - №4. - С. 6-21.

5. Rasmussen K.M., Yaktine A.L.. Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines. Washington (DC): Institute of Medicine and National Research Council; 2009. URL: http://www.iom.edu/Reports/2009/Weight-Gain-During-Pregnancy-Reexamining-the-Guidelines.aspx (Accessed: 03.072016).

КРИТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ - ОСТРАЯ ЖИРОВАЯ ДИСТРОФИЯ ПЕЧЕНИ

Г.Д. Галиева - студент 6 курса лечебного факультета

Кафедра акушерства и гинекологии

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень, Россия

Научный руководитель: д.м.н., доцент Шевлюкова Т.П.

Актуальность. Острая жировая дистрофия печени беременных (ОЖДП) является достаточно редким заболеванием, но остается крайне тяжелым. Распространённость ОЖДП составляет 1 случай на 6000–7000 беременных [2]. Данная патология приводит к высокой материнской и перинатальной смертности. В виду редкой встречаемости заболевания возникают затруднения в диагностике и лечении заболевания. Те неспецифические жалобы, которые будет предъявлять пациентка, могут натолкнуть врача на неправильный диагностический поиск и пациентка может несвоевременно попасть в профильный акушерский стационар.

Затрагивая вопрос этиологии и патогенеза однозначного ответа дать нельзя. Считается, что причиной ОЖДП является нарушение β-окисления жирных кислот в митохондриях, в виду недостаточности 3-гидроксиацил-КоА дегидрогеназы у плода. Все это приводит к избытку токсических продуктов метаболизма жирных кислот, которые приводят к поражению печени беременной [2]. При патоморфологии гепатоциты набухшие, в цитоплазме мелкие и крупные капли жира, децентрализация ядра. Признак, позволяющий дифференцировать дистрофию печени от других заболеваний - это отсутствие некроза и воспалительной инфильтрации. [2,3].

Для данной патологии характерно острое и быстро прогрессирующее начало. Симптомы ОЖДП неспецифичны и характерны для практически любого заболевания

печени: начальные симптомы- слабость, астения, боль в верхних отделах живота, тошнота; позднее присоединяются - рвота, желтушное окрашивание кожи и слизистых, полидипсия, полиурия, а при прогрессировании – энцефалопатия, асцит. По результатам лабораторных данных: повышение Аланинаминотрансферазы и аланинаминотрансферазы в 3–10 раз, гипогликемия, гипербилирубинемия, повышенные содержания креатинина и аммиака, а также выраженные сдвиги в коагулограмме [1,2].

Единственным этиопатогенетическим методом лечения было и остается экстренное родоразрешение беременной путем операции кесарево сечения с обязательной предоперационной и послеоперационной терапией исходя из развившихся синдромов.

Результаты работы. Клиническое наблюдение. Беременная С., 31 года, в сроке беременности 33 недели доставлена бригадой скорой медицинской помощи с жалобами на рвоту, отсутствие аппетита, слабость в течение 6 суток. При осмотре – иктеричность кожи, склер, слизистых. Отеков нет. Матка в нормотонусе, сердцебиение плода ясное. При обследовании: афибриногенемия, факторы свертывания не определяются, гипербилирубинемия, высокие показатели трансаминаз и креатинина. Вызван инфекционист. Заключение: данных за острый вирусный гепатит нет. Взята кровь на маркеры вирусного гепатита В и С. Для исключения острой хирургической патологии выполнена КТ органов брюшной полости: диффузные изменения печени, снижение эхоплотности, признаки портальной гипертензии. В экстренном порядке была выполнена биопсия печени для точной диагностики и определения дальнейшей тактики. Диагноз ОЖДП диктует нам срочное родоразрешение, тогда как острый вирусный гепатит требует выжидательной тактики [2].

Выполнена диагностическая лапароскопия с биопсией печени. Гистологическое исследование биоптата печени подтвердило диагноз ОЖДП. Проведено экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения. На 7-й минуте был извлечен недоношенный плод. Ребенок продолжал лечение в условия ПИТ. В связи с продолжающимся кровотечением (атония матки) выполнена экстирпация матки с левыми придатками (гематома слева). Проводилась массивная кровезамещающая терапия: переливание эритроцитарной массы, свежезамороженной плазмы, реинфузия крови аппаратом Cell Saver 5 интраоперационно и в послеоперационном периоде, вводились VIII и рекомбинантный VII а факторы свертывания крови, гемодинамическая поддержка вазопрессорами.

Послеоперационный период был осложнен прогрессированием почечно-печеночной и церебральной недостаточностей. В комплекс терапии были применены эфферентные методы лечения: мембранный плазмаферез, заместительная почечная терапия, заместительная

печеночная терапия. Благодаря столь мощному объему интенсивной терапии, удалось достигнуть клинического улучшения и стабилизации состоянии пациентки, которая была выписана в удовлетворительном состоянии на 67-е сутки домой с рекомендациями.

Заключение. Острый жировой гепатоз беременных – это тяжелокурабельное заболевание, которое может привести к летальному исходу при промедлении в диагностике или в неадекватной коррекции имеющихся синдромов. Единственное жизнеспасающее мероприятие - это экстренное родоразрешение с последующим комплексом лечебных мероприятий, направленных, в первую очередь, на коррекцию существующих расстройств органов и систем, в первую очередь печеночно-почечной недостаточности, синдрома диссеминированного внутрисосудистого свёртывания, отека вещества головного мозга и др.

Список литературы:

1. Галиева Г.Д. HELLP - Синдром и беременность/ Г.Д. Галиева, М.Н. Митрофанова, Е.Ю. Кукарская, Н.А. Абилова, Т.П. Шевлюкова// Молодежный научный форум: естественные и медицинские науки. 2016. № 10 (38). С. 110-114.

2. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 г. N 572н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий).

3. Швечкова М.В. Острая жировая дистрофия печени у беременной/ М.В. Швечкова и [др.]//Медицинская наука и образование Урала. 2012. Т. 13. № 3-2 (71). С. 78-80.

РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ПАЦИЕНТОК С МИОПИЕЙ ВЫСОКОЙ И СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ

Р. В. Азнаева – студент 424 группы лечебного факультета, Ю. Ю. Капишникова – студент 423 группы лечебного факультета, И. Е. Крахотина - студент 424 группы лечебного факультета

Кафедра акушерства и гинекологии.

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России, Оренбург, Россия.

Научный руководитель – к.м.н., асс. Ж. В. Сенникова, асс. Н.А.Воронцова.

Актуальность исследования. Рост частоты случаев родоразрешений, проведенных путем операции кесарева сечения, в том числе при патологии глазного дна — наличие осложненной миопии.

Цель исследования. Проведение анализа родоразрешения пациенток с осложненной и неосложненной миопией. Оценка путей снижения частоты оперативного родоразрешения при данной патологии.

Материалы и методы исследования. Было изучено 107 историй родов за 2018 год родильного отделения Оренбургского областного перинатального центра. Проведен анализ полученной информации, сформированы выводы.

Результат исследования. В настоящее время исключение периода потуг плановым абдоминальным родоразрешением у пациенток с осложнённой миопией считается необходимым. Объясняется это как риском прогрессирования осложненной миопии во время беременности, так и значительной угрозой возникновения такого грозного осложнения как отслойка сетчатки в потужном периоде. В то же время прогрессирование близорукости и дистрофических преобразований на глазном дне может быть связано с особенностями течения беременности и связанными с ней как физиологическими изменениями со стороны органа зрения, так и патологическими.

Анализ полученных данных: показал, что из 107 женщин с миопией различной степени тяжести первые роды были у 15 (45 %) пациенток, вторые роды у 13 (35%), третьи у 9 рожениц (20%).

Абдоминальное родоразрешение у пациенток с миопией средней и высокой степени тяжести было проведено в 37 случаях (34 %). При этом в 21 случае (57 %) показанием для оперативного родоразрешения явилась сопутствующая патология, не связанная с патологией органа зрения. У 16 беременных (43 %) при миопии средней и высокой степени с изменениями на глазном дне, показанием для родоразрешения путем операции кесарева сечения было заключение окулиста о необходимости исключения потужного периода после проведения исследования глазного дна в лазерной лаборатории и использования современного арсенала средств диагностики патологии глазного дна.

У 16 (43 %) рожениц были заключения офтальмологов с обязательным исключением потужного периода, не обоснованным методами инструментальной диагностики, что подтверждало бы наличие возможного риска.

При этом у 8 пациенток (7 %) с аналогичной патологией глазного дна и проведением до или во время беременности лечебной или профилактической лазерной коагуляции сетчатки родоразрешение было проведено через естественные родовые пути.

Выводы. Результаты исследований позволяют обратить внимание на то, что соблюдение принципов диспансеризации и профилактической направленности оставляют резерв снижения частоты оперативного родоразрешения. У беременных с ранее проведенной лазерной коагуляцией сетчатки возможно исключение оперативного родоразрешения, а следовательно улучшение исходов беременности со стороны матери — снижение акушерских рисков как в настоящую, так и в последующие беременности у этих пациенток.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

В РУДИМЕНТАРНОМ РОГЕ МАТКИ

А.Ю. Сапунцова - студент л1-с-о-132а группы,

А.А. Янишевская - студент л1-с-о-147в группы

Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии № 1

Медицинской академии имени С.И. Георгиевского

ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского», Симферополь, Россия

Научный руководитель: к.м.н., доцент Ю.К. Памфамиров

Актуальность: Одной из актуальных проблем в практике современного врача акушер гинеколога, безусловно, является внематочная беременность. Ее частота составляет 5-6 % от общего количества госпитализированных больных гинекологического стационара. Беременность в рудиментарном роге относится к редкой локализации внематочной беременности (ВБ) с частотой встречаемости около 0,9%. Учитывая низкую распространённость данной формы ВБ, тактика диагностического поиска прогрессирующей беременности в рудиментарном роге матке не всегда правильная, и точный диагноз ставиться приблизительно 15% пациенток.

В литературе описаны 2 варианта беременности в зачаточном роге матки: с узким каналом, сообщающий полость матки с полостью рудиментарного рога, и не имеющим сообщений с маткой. Наступление беременности в замкнутом роге, по-видимому, является результатом трансперитонеальной миграции сперматозоидов.

Учитывая гипоплазированную мышечную стенку в рудиментарном роге матки доносить до срока такую беременность невозможно, и разрыв плодовместилища происходит в большинстве случаев до 20 недель гестации с клиникой острого живота и геморрагического шока, который может привести к летальному исходу больной. До этого такая беременность протекает как маточная с болевым синдромом, что обуславливает госпитализацию и проведение терапии, направленной на пролонгирование беременности.

Заподозрить данную патологию можно на основании вагинального исследования. При бимануальном исследовании, в случаи прогрессирующей беременности, обнаруживается: «опухоль», соответствующая сроку гестации, мягковатой консистенции рядом с несколько увеличенной, подвижной маткой. В случаи прервавшейся беременности на первый план выступают симптомы «строго» живота с геморрагическим шоком. Золотым стандартом в диагностике беременности в рудиментарном роге матки является УЗ-исследование органов малого таза, позволяющий установить точную локализацию плодного яйца и решить вопрос о своевременном оперативном вмешательстве. Ход операции заключается в удалении рудиментарного рога матки вместе с маточной трубой этой же стороны. Конец круглой

связки матки вместе с концом собственной связки яичника подшиваются к ране оставшейся матки.

Целью нашего исследования: является изучить способ диагностики и ведения пациенток с беременностью в рудиментарном роге матки.

Материалы и методы исследования: нами представлен клинический случай успешно диагностированной беременности в рудиментарном роге матки.

Результаты исследования: Больная 25 лет, обратилась в женскую консультацию 12 декабря 2018 года, с жалобами на задержку менструации, тошноту по утрам, извращение вкуса. Из анамнеза известно, что менструации с 13 лет, через 28-33 дня регулярные, безболезненные, умеренной кровопотери. Последняя менструация - 25 октября 2018 года по 30 октября 2018 года. Гинекологические заболевания - хронический двусторонний сальпингоофарит, по поводу которого дважды находилась на стационарном лечении. По результатам сонографии установлено ВПР мочеполовой системы: двурогая матка. Экстрагенитальная патология не выявлена.

При проведении ультразвукового исследования обнаружена беременность 6-7 недель, двурогая матки. Сердцебиение плода 154 удара в минуту. Выставлен диагноз беременность 6-7 недель. ВПР МПС: Двурогая матка.

Учитывая желание беременной, а также удовлетворительные показатели гемодинамики и состояния плода решено пролонгировать беременность. Пациентка взята на учет по беременности. Повторная явка назначена в 13-14 недель гестации. На повторную явку пациентка не явилась, со слов «по семейным обстоятельствам».

В 18 недель беременности больная доставлена бригадой СМП в гинекологическое отделение. Беременная представляла жалобы на выраженный болевой синдром с иррадиацией в поясничную область, общую слабость. Боли не купировались приемом спазмолитиков.

При бимануальном исследовании обнаружено: подвижная матка до 7-8 недель гестации, справа за маткой определяется опухолевидное образование величиной 18-19 недель беременности, болезненное при пальпации. При ультразвуковом обследовании выявлено: тело матки размером 70х63х75 см, в правом рудиментарном роге матки прогрессирующая беременность 18-19 недель, стенка рога истончена. Сердцебиение плода 144 удара в минуту. Вызваны лаборант, анестезиолог, заведующий отделением. Взяты анализы по cito! Гемодинамически пациентка стабильна, все лабораторные показатели в пределах нормы. На основании полученных данных можно обосновать следующий диагноз: Прогрессирующая эктопическая беременность в правом рудиментарном роге матки.

Больная в ургентном порядке переведена в операционную. Произведена

нижнесрединная лапаротомия. При ревизии органов малого таза обнаружено: тело матки увеличено до 7 недель гестации, правая маточная труба с яичником отходят от рудиментарного рога. Плод расположен в правом рудиментарном роге матки. Ножка рудиментарного рога матки расположена на 1-2 см ниже дна матки. Произведено удаление рудиментарного рога матки, правосторонняя тубэктомия, подшивание круглой связки и собственной связки яичника к раневой поверхности матки. Дренирование малого таза через контрапертурный разрез справа. Гемостаз сухо.

При патоморфологическом исследовании установлено: беременность в рудиментарном роге матки с очаговыми кровоизлияниями в мышечный слой.

Послеоперационный период протекал без осложнений, гипертермии не было. Отделяемое по дренажу жидкость с геморрагическим окрашиванием, дренаж удален на вторые сутки. Учитывая удовлетворительное состояние пациентки, стабильные показатели гемодинамики, удовлетворительное заключение сонографии, а также снижение показателей В-ХГЧ пациентка выписана на 7 сутки под наблюдение женской консультации.

Выводы

Таким образом, описанный нами клинический случай, позволяет утверждать, что для диагностики беременности в рудиментарном роге матки необходим гинекологический осмотр и своевременное проведение сонографии. Однако, учитывая редкость данной патологии, необходима высокая квалификация акушер-гинеколога.

При своевременной регистрации данной локализации беременности необходим экстренный перевод пациентки в операционное отделение и проведение экстренного чревосечения. Учитывая объем оперативного вмешательства необходим тщательный контроль гемодинамических показателей крови с возможностью экстренной аутогемотерапией.

ПОВЫШЕННАЯ ЭКСПРЕССИЯ МАТРИКСНОЙ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ 2 ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

С.М. Ибрагимова - аспирант

Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии лечебного факультета

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им.И.М. Сеченова Минздрава России

(Сеченовский Университет), Москва, Россия

Научный руководитель – д.м.н., проф. Е.В. Тимохина

Актуальность. Преэклампсия (ПЭ) – мультисистемное патологическое состояние, возникающее во второй половине беременности (после 20-й недели), характеризующееся

артериальной гипертензией в сочетании с протеинурией, нередко отеками и проявлениями полиорганной/полисистемной дисфункции/недостаточности. ПЭ осложняет до 10% беременностей и является ведущей причиной материнской смертности и внутриутробной гибели плода – ежегодно во всем мире от нее погибает около 63 000 женщин. Ключевым звеном в патогенезе ПЭ является нарушение гестационной перестройки спиральных артерий матки, которые приводят к неадекватно низкому кровоснабжению плаценты и соответственно плода. Концепция роли плаценты при преэклампсии полностью подтверждается тем, что в настоящее время единственным лечением является родоразрешение. В настоящее время ведущей причиной неполной перестройки стенок маточных артерий при преэклампсии считается недостаточное количество инвазирующих клеток или отсутствие/инактивация необходимых лизирующих ферментов. Поэтому изменение концентрации матриксных металлопротеиназ (ММП) в различных тканях — предмет пристального внимания ученых. ММП протеолитические ферменты, которые разлагают различные компоненты внеклеточного матрикса. Ключевая роль ММП-2 в развитии гипертонии из-за его способности превращать эндотелин в его активную форму в клетках гладких мышц сосудов, а также из-за его участия в деградации адреномодулина, что связано с процессом вазодилатации, особенно важно при ПЭ.

Целью данного исследования является оценить уровень ММП-2 при преэклампсии и физиологической беременности

Материалы и методы. В исследование включены 92 пациенток на сроках 26-38 недель беременности, поступивших в родильный дом ГКБ имени С.С.Юдина: 61 с преэклампсией и 31 с физиологическим течением беременности и родов. Из исследования исключены пациентки с беременностью, наступившей в результате вспомогательных репродуктивных технологий; многоплодной беременностью; аутоиммунными, ревматоидными и онкологическими заболеваниями; сахарным диабетом; тяжелыми заболеваниями сердца, почек и печени. Определение уровня ММП-2 произведена в плазме матери методом ИФА в лаборатории Сеченовского университета. Достоверность подсчитывалась по критерию манна-Уитни.

Результаты и обсуждение. Не было статистически значимых различий по возрасту матери: средний возраст пациенток с ПЭ составил 31,92±5,73 лет, возраст женщин контрольной группы – 29,37±4,65 лет. ИМТ был выше в группе с ПЭ (31.89 ± 5.38 кг/м^2). САД у беременных с ПЭ 150,2±21,39 мм.рт.ст., ДАД 93,95±9,43 мм.рт.ст., что было значительно выше по сравнению с контрольной группой (САД 116±9,5 мм.рт.ст., и ДАД 73,12±4,58 мм.рт.ст.). Более низкий гестационный срок (34,08±4,1 недель) и масса при рождении (2268,69±984,58г.) наблюдались в группе пациенток с ПЭ по сравнению с

контрольной группой. Синдром задержки плода выявлен в 28% наблюдений. Средний балл по шкале Апгар у детей, рожденных от матерей с ПЭ на 5 мин составил 6,7±2,4. Среди перинатальных осложнений в группе с ПЭ наиболее частыми были дыхательная недостаточность (40%), синдром дыхательных расстройств (32%), искусственная вентиляция легких была необходима 40% новорожденным, экстремально низкую массу тела имели 12% недоношенных детей, а также у 44% новорожденных имели отечный синдром. Антенатальная гибель плода в 8% случаев. Среди пациенток с ПЭ тяжелое течение имели 68%, умеренно-выраженная ПЭ – 32% наблюдений. Среди осложнений у женщин с ПЭ наблюдались в 6,5% HELLP-синдром, как самое частое осложнение тяжелой ПЭ; тромботическая микроангиопатия в 3,2%; преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты 3,2%; острая почечная недостаточность и гемолитико-уремический синдром в 1,6% наблюдений. Среднее значение ММП-2 в плазме составил 417,17±187,48 нг/мл, в контрольной группе – 257,11±123,48 нг/мл (p=0,0005). При тяжелой ПЭ уровень ММП-2 составил 499,07±215,48 нг/мл, при умеренной ПЭ 332,53±257,11 нг/мл (p=0,001). Уровень ММП-2 достоверно повышается при ПЭ.

Выводы. Правильная регуляция ММП необходима для поддержания баланса внеклеточного матрикса, а дисбаланс экспрессии и активности ММП приводит к патологическим изменениям и нарушениям. ММП-2 может отражать эндотелиальную дисфункцию при беременности, осложненной ПЭ, и может приводить к аномальной активности вазоактивных пептидов и усилению вазоконстрикции. В то же время результаты данного исследования позволяют предположить важность повышения уровня ММП-2 в качестве защитного механизма в зависимости от выраженной вазоконстрикции при беременности, осложненной ПЭ.

ПОРТРЕТ СОВРЕМЕННОГО ОТЦА ПЕРМСКОГО КРАЯ

О.А.Козменко – студентка 522 группы лечебного факультета,

В.В. Коновалов – студент 521 группы лечебного факультета

Кафедра акушерства и гинекологии

ФГБОУ ВО ПГМУ им. Академика Е.А. Вагнера Минздрава России, Пермь, Россия

Научный руководитель - к.м.н., доцент Г.К. Садыкова

Актуальность. Мужчина в семье является добытчиком и защитником, именно это его природная функция. В современной жизни эта функция кажется необязательной. Кажется, что можно меняться ролями между мужчиной и женщиной или менять их. Однако, изучение роли современного отца в семье будет актуально всегда.

Цель исследования. Оценить роль современного отца в семье в г. Перми и Пермского

края.

Материалы и методы исследования. В исследование приняли участие 50 мужчин Пермского края. Мужчинам было предложено пройти онлайн анкетирование. Средний возраст обследуемых составил 24 года (19 - 40 лет). Участвовали мужчины в основном, проживающие в г. Перми 54% (27), остальные с городов Пермского края (Березники, Барда, Оса, Очер, Кудымкар, Лысьва, Соликамск).

Результаты исследования. Для большинства опрашиваемых беременность женщины была желанная (77,1% (37) мужчин). Зачатие ребенка было запланированным для 62,5% (30) мужчин. Практически никто не прибегал к искусственным методам оплодотворения. У 85,4% мужчин зачатие происходило естественным путем. Выяснилось, что 40,8% (20) мужчин читают литературу для будущих пап, что составляет меньшую часть. Несмотря на это, большинство читают статьи в интернете для будущих пап 53,1% (26 мужчин), а также смотрят передачи или видео в интернете 51% (25 мужчин). Для подготовки к планированию беременности некоторые мужчины посещают школы и курсы 24,5% (12 мужчин). Не все опрашиваемые придерживались здорового образа жизни. 59,2% (29 мужчин) курили перед зачатием последние 3 месяца. Противоположная ситуация отмечается с употреблением алкогольных напитков. До зачатия 26,5%(13 мужчин) употребляли алкоголь 1-2р в неделю, 38,8% (19) употребляли 1-2р в месяц, 34,7% (17) не употребляли вообще. Наркотики употребляли 12,2% (6 мужчин) в течение последних 3 месяцев, что указывает на небрежное отношение к подготовке беременности. 18,4% (9 мужчин) постоянно принимают лекарственные препараты. Перед зачатием за последние 3 месяца ездили в санатории, курорты 20,4% (10) мужчин. Говоря об особенностях иммунитета, стоит отметить, что большинство респондентов привиты от детских инфекций 83,7% (41 мужчин), но болели детскими инфекциями. Припланирование беременности пары использовали календарный метод лишь в 27,1% случаях. Перед зачатием за последние 24ч посещали бани, сауны, горячие ванны 22,9% мужчин, остальные не посещали. У 8,3% (4) мужчин уже были перенесенные операции, травмы на репродуктивных органах. Половина (50%) проходили полный медицинский осмотр перед зачатием. 10,4% мужчин принимали лекарственные препараты для зачатия ребенка. 10,4% мужчин имеют андрологические заболевания в анамнезе. У 43,8% мужчин имеются наследственные заболевания.

Больше чем у половины мужчин продолжение потомства было желанным и запланированным. Не все мужчины участвовали в использование календарного метода, лишь 1/5 часть мужчин ездили перед зачатием последние 3 месяца в санатории и курорты. Половина использовали различные источники информации для подготовки становления отцовства: интернет статьи, передачи и видео в электронных ресурсах. 1/4 мужчин ходили в

школы, на курсы для будущих семей и пап. Но лишь половина мужчин проходили полный медицинский осмотр перед зачатием ребенка, а также значительная часть лиц мужского пола имели вредные привычки до зачатия ребенка за последние 3 месяца. 1/9 часть мужчин имели андрологические заболевания (простатит, уретрит), болели заболеваниями передающиеся половым путем (гонорея, хламидиоз), принимали лекарственные препараты для зачатия (витамины, СпермАктив) и перенесли операции и травмы на репродуктивных органах. Большая часть мужчин были привиты от детских инфекций, но более половины лиц уже переболели заболеваниями: краснуха, корь, ветряная оспа. Возможно, эти факторы повлияли на зачатие искусственным путем для 14,6%. Кроме того, 1/5 мужчин постоянно принимали лекарственные препараты (антациды, антисекреторные, ферменты).

Выводы. Современные мужчины заинтересованы в продолжение рода, но, зачастую не задумываются о здоровье будущего ребенка. Портрет современного мужчины таков, что лица мужского пола готовы содержать ребенка, но мало вкладывают усилия в подготовке к зачатию ребенка.

НЕРВНЫЕ БОЛЕЗНИ

ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА КАК ИСХОД ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ

А. Г. Идрисов-студент 5 курса лечебного факультета

Кафедра нервных болезней, медицинской генетики и нейрохирургии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России

Научный руководитель: заведующая кафедрой, к.м.н.,доц. Абусуева Бурлият Абусуевна

Актуальность: Дорожно-транспортные происшествия (ДТП) являются глобальной социальной проблемой. По данным Государственной инспекции безопасности дорожного движения (ГИБДД) в РФ за 2017 г. было зарегистрировано 169432 происшествия, из которых число случаев со смертельным исходом составляет более 10% (19088) [http://stat.gibdd.ru]. Показатель летальности по сравнению с 2013-2016 гг. заметно снизился после присоединения РФ к международному движению VisionZero, основанному в Швеции в 1997 г.

В РД за 2017 г. зарегистрировано 1845 ДТП, четверть из которых со смертельным исходом (434) [http://stat.gibdd.ru]. По данным Республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы (РБ СМЭ) МЗ РД, на территории Махачкалы в 2017 г. произошло 45 ДТП со смертельным исходом на месте. Основной причиной летального исхода во время ДТП является черепно-мозговая травма (ЧМТ).

Цель работы – установить численность лиц, получивших ЧМТ в результате ДТП в течение 2017 года по данным госпитального регистра Республиканской клинической больницы (РКБ) РД, выявить наиболее часто встречающиеся патоморфологические изменения, характерные для ЧМТ как результата ДТП со смертельным исходом, оценить эффективность основных методов профилактики ЧМТ в случае ДТП.

Материалы и методы исследования: Проведен статистический анализ карт стационарных больных отделения нейрохирургии РКБ РД. Проанализированы заключения судебно-медицинской экспертиз танатологического отдела РБ СМЭ МЗ РД.

Результаты: В ходе анализа госпитального регистра выявлено 160 стационарных карт пациентов, из которых 63.12% (101) – мужчины и 36.88% женщины (59). Лиц молодого возраста (18-44 года) – 101 (63.1%), среднего возраста (45-59 лет) – 40 (25%), пожилого возраста (60-74 года) – 12 (7.5%), старческого возраста (от 75 лет) – 4 (2.5%), несовершеннолетних (до 18 лет) – 3 (1.9%).

Открытые ЧМТ встречались лишь в 6,25% случаев (10), что, вероятно, связано с их

большей тяжестью и высокой вероятностью смертельного исхода, закрытые ЧМТ – в 93,75% случаев (150).

Ярко выраженной сезонности по числу госпитализаций не отмечалось. В зимние месяцы было совершено 26% госпитализаций (41), весной – 23% (27), осенью – 29% (47), летом – 22% (35).

Интерес представляет статистика госпитализаций в зависимости от времени суток. Утром (05:00-10:59) отмечался 21% госпитализаций (33), в дневное время (11:00-16:59) – 29% (47), вечером (17:00-22:59) – 37% (59), ночью (23:00-04:59) – 13% (21).

В результате анализа заключений судебно-медицинской экспертизы РБ СМЭ МЗ РД выявлен ряд наиболее часто встречаемых патоморфологических изменений, возникающих вследствие непосредственного ударного воздействия и ударного сотрясения: кровоизлияния различной локализации – во всех случаях, из них подоболочечные – 70%, вентрикулярные – 30%.

Выводы: На сегодняшний день самым эффективным методом предупреждения ЧМТ для сидящих в салоне автомобиля является ремень безопасности. Компанией Volvo был проведен анализ 37000 ДТП с участием автомобилей марки, и выявлено, что при использовании ремня безопасности число раненых водителей сократилось на 48-57%, а пассажиров, сидящих на переднем сидении, – на 55-60%. Общее число ЧМТ сократилось на 70% (в случае скорости движения автомобиля менее 90 км/ч)

Единственным способом предупреждения ДТП для пешеходов остается соблюдение правил дорожного движения.

ДТП – процесс часто неминуемый, влекущий за собой травмы различной тяжести. Необходимо проведение социальной политики, направленной на безопасность как главный критерий при выборе автомобиля, а пристегивание ремня безопасности при соблюдении скоростного режима обнадеживает при ДТП, обещая легкую реабилитацию вместо тяжелого политравматизма.

СОПРЯЖЕННОСТЬ НАЛИЧИЯ ТОКСОПЛАЗМ С ЭПИЛЕПСИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ, ОБСЛЕДОВАННЫХ С ПРИМЕНЕНИЕМ НОВОЙ БИОМЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ

И.М. Тутаев.– студент 11 группы 3 курса, - студент педиатрического факультета

Кафедра патологической физиологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научные руководители – зав.каф., профессор Саидов М.З., доцент, канд. мед. наук Аджиева Р.К.

Актуальность. Эпилепсия – хроническое нервно-психическое заболевание, характеризующееся повторными припадками и сопровождающееся разнообразными клиническими и параклиническими симптомами. Предполагается, что одной из причин возникновения этого заболевания может быть перенесенная нейроинфекция, а также наличие у пациентов внутриклеточного микропаразита, обладающего нейротропностью – токсоплазм (2,3,4). Поскольку эпилепсия является серьезным заболеванием, имеющим выраженное влияние на психический статус человека и приводящим к инвалидности, точное выявление ее этиологии является актуальной как в научном, так и в практическом плане.

Цель исследования – выявление сопряженностимежду наличием у пациентов заболевания «эпилепсия» и их зараженностью токсоплазмами.

Материалы и методы исследования. 25 пациентов с установленным диагнозом «эпилепсия», получающих соответствующую противосудорожную терапию, находящиеся под наблюдением у невропатологов и эпилептологов, возрастом от 5 лет до 47 лет, с длительностью заболевания от 1 года до 15 лет, с примерно равным соотношением по половому признаку, были обследованы на аппарате «Медицинский программно-технический комплекс «Медисса» на наличие гельминтов и простейших. Использовался метод Р.Фолля; путем подключения к пациенту воздействий индивидуальных частот паразитов с тестированием наличия или отсутствия резонанса на биологически активных точках кистей рук пациентов (5). Является разрешенным для использования на территории РФ; исследование проводилось в медицинском кабинете «Импульс» (Лицензия МЗ РД №ЛО-05-01-001404 от 16 июня 2016г.)

Результаты исследования. У всех обследованных, независимо от возраста, пола, длительности заболевания, выявлены одновременно несколько видов гельминтов и простейших: у всех - карликовый цепень и лямблии, острицы – у 19 обследованных, аскариды – у 6. Имеющая место и в данном исследовании полиинвазия является характерной вообще для всех людей, независимо от проблем со здоровьем (1). Это объясняется тем, что карликовые цепени и острицы являются гельминтами, передающимися непосредственно от человека к человеку. Лямблиоз также является антропонозной протозойной болезнью. Хотя есть предположения о том, что лямблии и аскариды могут участвовать в возникновении судорожных припадков, в данном исследовании их роль в возникновении эпилепсии нами не рассматривалась, потому как основным местом их обитания являются органы желудочно-кишечного тракта. Однако то, что полиинвазия тремя видами гельминтов и простейших угнетающе будет действовать на состояние иммунной системы, остается вне всякого сомнения.

Полученные результаты и их расхождение с литературными данными о распространенности вышеуказанных гельминтов и простейших, объясняются высочайшей точностью использованного нами метода, являющегося значимым и еще недооцененным медициной достижением квантовой физики.

У всех 25 обследованных пациентов тестировались также токсоплазмы. Учитывая, что токсоплазмоз – зоонозная протозойная болезнь, характеризующаяся преимущественным поражением центральной нервной системы, можно ожидать у зараженных лиц соответственно любых проявлений поражения того или иного отдела головного мозга, сосудистых нарушений, и патологии мыслительной деятельности. Отдельно выделена церебральная форма токсоплазмоза (3), при которой возможно распространение чрезмерных нейронных разрядов из очага эпилептической активности. По данным исследований Университетской клиники Копенгагена: »…Также многочисленные исследования выявили связь заражения токсоплазмозом с развитием ряда неврологических расстройств, включая эпилепсию, болезнь Альцгеймера и Паркинсона. Даже с некоторыми оговорками осторожных ученых теперь, после проведенного исследования, можно с большой определенностью говорить о научных доказательствах связи токсоплазмоза с серьезными психическими расстройствами».

В нашем исследовании отмечается очень высокая сопряженность наличия токсоплазм у больных эпилепсией. Возможно, на фоне подавленного иммунитета из-за наличия нескольких видов кишечных паразитов, хронический токсоплазмоз ведет себя относительно активно, вызывая периодически возникающие эпилептические припадки.

Выводы. Полученные результаты показывают высокую сопряженность между наличием эпилепсии и положительным результатом электропунктурного тестирования у этих же пациентов токсоплазм. Возможно, проведение наряду с противосудорожной терапией и этиотропной терапии по поводу наличия токсоплазм, улучшит результаты лечения и качество жизни этой категории больных.

Список литературы.

1. А.К. Расулова «Электропунктурная этиологическая диагностика на основе метода Фолля – перспективы внедрения в медицину»// Новые технологии в медицине. Сборник статей. Махачкала. 2004г. С. 342-344.

2. А.П. Казанцев – Токсоплазмоз // Издательство «Медицина». 1985. С. 79

3. Паразитарные болезни человека (протозоозы и гельминтозы). Руководство для врачей. Под ред. В.П. Сергиева, Ю.В. Лобзина, С.С. Козлова. // Санкт-Петербург, Фолиант, 2008г. С. 156, 158..

4. Проблема токсоплазмоза. Под ред. Д.Н. Засухина. // Издательство АМН СССР. 1980.
5. Voll R/ Electroakupunktur und Medikamenttesting. Zeit schritt fur Spagyrik, 1960, №2.

ВЛИЯНИЕ ЛЕВЕТИРАЦЕТАМА НА ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ И ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ НА МОДЕЛИ ГЛОБАЛЬНОЙ ИШЕМИИ

А.А. Петрунина – студентка 1.5.04 группы лечебного факультета
ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова
*Кафедра психофармакологии ФГБНУ "*НИИ *фармакологии* имени *В.В.*Закусова*"*
Научный руководитель – к.б.н., ведущий научный сотрудник С.А. Литвинова

Актуальность. Согласно данным последних лет около 17 миллионов человек ежегодно переносят инсульт, при этом частота постинсультной эпилепсии составляет 11-22%. (WHO 2016; Захаров А.В., 2016).

Цель исследования. Оценка влияния Леветирацетама, противоэпилептического препарата, на выживаемость и постишемические изменения биоэлектрической активности структур мозга крыс.

Материалы и методы. Моделирование ишемического инсульта (ИИ) у крыс проводили с помощью билатеральной перевязки сонных артерий. Опытной группе №1 вводили Леветирацетам (100 мг/кг, 7 дней, n=10), контрольным крысам № 1 с ИИ (n=14) - физиологический раствор (ф.р.). Оценивали выживаемость, развитие неврологических и когнитивных нарушений. Электрофизиологические (ЭЭГ) исследования у крыс с ИИ проводили на отдельных группах: опытной №2 вводили Леветирацетам (100 мг/кг, 7 дней, n=10), контрольной № 2 - ф.р. (7 дней, n=12). До операции крысам вживляли долгосрочные электроды в структуры мозга – стриатум, кора, гипоталамус и гиппокамп и через 5-6 дней проводили фоновую ЭЭГ запись. Затем моделировали ИИ и осуществляли ЭЭГ запись у свободноподвижных крыс (21-канальный аппаратно-программный комплекс, «НЕЙРО-КМ» с ПО «BRAINSYS») в течение 3 часов на 1, 2, 7, 14 , 21 и 28 сутки после ИИ.

Результаты. ИИ вызывал развитие неврологических и когнитивных нарушений у 90% крыс, тяжесть которых определяла выживаемость животного в постишемический период. К 14 суткам погибло 72% крыс. На 35 сутки у животных с ИИ снижался порог судорожной готовности, что проявлялось развитием генерализованных тонико-клонических судорог в ответ на подпороговые дозы (35 мг/кг) коразола (конвульсант). ЭЭГ исследования показали нарастание пароксизмальной активности – ранней, начиная со 2-х суток после повреждения, что регистрировалось по появлению асинхронных острых пиков и пик-волновых разрядов и

поздней, зарегистрированной к 28 суткам. Спектральный анализ показал, что на 1 сутки после ишемии наблюдалось снижение спектральной мощности всего диапазона частот [дельта - 0.5-4 Гц, тета$_1$ - 4-8 Гц, тета$_2$ - 8-13Гц, бета$_1$ - 13-20 Гц, бета$_2$ 20-30 Гц] и увеличение процентной мощности дельта активности, особенно частоты 4Гц. Кроме того, у контрольных крыс с ИИ, нарастала процентная мощность (%) тета активности с частотой 6 Гц. Как правило, такие животные погибали к концу 7-х суток. Выживаемость среди контрольных животных в постишемический период сопровождалась отсутствием всплеска дельта ритма с частотой 4 Гц в 1 сутки после моделирования патологии и снижением % частоты 6 Гц на 1-7 сутки. Леветирацетам статистически достоверно корректировал уровень судорожной готовности, сниженный у животных с ИИ, подавляя пароксизмальную активность в постишемический период (2 – 28 дней) во всех исследуемых структурах мозга с преимущественным влиянием на гиппокамп. У крыс, получавших леветирацетам, изменения спектральных характеристик, а именно, умеренное снижение дельта активности в 1 сутки и последующее выраженное снижение % 6 Гц, способствовало уменьшению гибели крыс и восстановлению судорожного порога.

Выводы. Леветирацетам обладает противоишемическим эффектом, способствуя снижению пароксизмальной активности в постишемический период, что сопровождается уменьшением представленности частоты 6 Гц и, в конечном итоге, восстановлением сниженного судорожного порога у крыс с ИИ. Лидирующей структурой воздействия Леветирацетама является гиппокамп.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДИКИ ЗЕРКАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ПОЗДНЕМ ПЕРИОДЕ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ ИНСУЛЬТА

Е. А. Никулин, М. Ю. Ильин - студенты 1 гр. лечебного факультета,

А.И. Богатикова - студент 4 гр. лечебного факультета

Кафедра спортивной медицины и лечебной физкультуры

ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, Курск, Россия

Научный руководитель – асс. А.О. Кичигина

Актуальность. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения в течение последних 15 лет «сосудистые катастрофы» (острые нарушения коронарного и мозгового кровообращения) являются ведущей причиной смертности и инвалидизации. Однако, помимо медико-социального значения ОНМК (острое нарушение мозгового кровообращения) наносит тяжелый ущерб для экономики, вследствие вынужденной длительной нетрудоспособности и существенных затрат на реабилитацию. Ежегодна на

территории России регистрируется более полумиллиона новых случаев ОНМК, 60% таких пациентов получают группу инвалидности.

Зеркальная терапия является не только простой в применении, но и, на основании никоторых работ, эффективной методикой восстановительной терапии. В большинстве опубликованных работ авторы указывает на целесообразность применения Зеркальной терапии у пациентов в раннем восстановительном периоде, когда репарационные возможности нервной системы максимальны и возможно восстановления морфологических структур за счет реорганизации перифокального отека головного мозга. Этим обусловлена актуальность проведения исследования эффективности применения данной методики в позднем периоде течения инсульта.

Цель исследования. провести анализ эффективности методики Зеркальной терапии у пациентов, находящихся в позднем постинсультном периоде.

Материалы и методы. В ходе проведения исследования было проведено комплексное обследование и изучение документации 35 пациентов, находящихся на стационарном лечении в Областном реабилитационном центре им. Феодосия Печерского. Все обследованные имели двигательные нарушения в конечностях различной степени выраженности. Средний возраст пациентов составил 54±7лет. Все пациенты разделены на основную и контрольную группу, получающую рутинные терапию.

Проведена оценка степени спастичности по модифицированной шкале Ашфорт, исследование мышечной силы по стандартизованным методикам.

Обработка полученных результатов проводилась с использованием MS Excel 2016 и STATISTICA 10.0. Полученные данные являются статистически достоверными. ($p<0,05$).

Результаты исследования. По результатам физикального осмотра данные расположились следующим образом: у всех исследуемых пациентов была зафиксирована грубая степень пареза, что соответствовало одному баллу по шестибальной шкале оценки мышечной силы.

По шкале Ашофт в группе с 3 баллами (умеренный гипертонус, проявляющийся в течение всего движения, но не препятствующий выполнение пассивного сгибания) – находилось 8 человек (2 в основной и 6 - в контрольной группе). В группе с 4 баллами (значительный гипертонус, затрудняющий выполнение пассивных движений) – 14 человек (6 в основной и 8 в контрольной группе). В группе с 5 баллами (пораженный сегмент зафиксирован в согнутом или разогнутом положении) – 18 человек (12 в исследуемой и 6 в контрольной).

После проведения курса нейрореабилитационной терапии в группе с 3 баллами находились уже 14 человек (8 основной группы и 6 контрольной), в группе с 4 баллами по

шестибальной шкале – 22 человек (16 основной и 6 из контрольных групп). В последней группе 4 человека из контрольной группы.

Выводы.

1. Полученные результаты свидетельствуют об эффективности применения методики Зеркальной терапии в составе комплексной нейрореабилитации у пациентов, перенесших ОНМК в позднем периоде.

2. Выявлена необходимость проведения развернутого исследования с проведением комплексной оценки полученных результатов, необходимых для рассматривания включения данной методики в состав повсеместно применимых средств реабилитационной медицины.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ СПАСТИЧЕСКИХ ФОРМ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

М.М. Бобоев - студент 205 гр. лечебного факультета,

А.М. Абдуллаев - студент 203 гр. лечебного факультета,

К. Собиров - студент 410 гр. педиатрического факультета

Кафедра патологической физиологии

АГМИ, Андижан, Узбекистан

Научный руководитель - ст. преподаватель М.М. Мадумарова

Актуальность. Детский церебральный паралич (ДЦП) - нозологическая форма под шифром Всемирного организация здравоохранения (ВОЗ) G 80, по частоте доходит до 0.8%. Детский церебральный паралич (ДЦП), является одной из ведущих проблем в детской ортопедии, так как характеризуется разнообразием клинических форм, диагностики и сложностью лечения. По мнению экспертов ВОЗ, в среднем 10% всего населения земного шара составляют инвалиды, из которых 150 млн. - дети. В развитых странах его частота составляет 2,5-5,9 на 1000 родившихся. Рост заболеваемости за последние годы связан не только с улучшением диагностики, но и с увеличением реанимированных детей, родившихся в асфиксии и получивших травму в родах.

Цель: анализ исходов лечения больных со спастической формой ДЦП нижних конечностей на основании результатов комплексного обследования и оптимизации хирургической тактики.

Материалы и методы. Объектом исследований были 44 больных со спастической формой ДЦП, получивших лечение в отделении травматологии и ортопедии клиник Ташкентского педиатрического медицинского института за последние 2 года. Из всех поступивших детей, поступали мальчики (61%), обращение из сельской населенности составило 37(84%). Наиболее частый возраст при обращении с ДЦП был от 3 до 9 лет (61%).

Среди контрактур нижних конечностей контрактуры в тазобедренном суставе составили 6 (13%) случаев, коленном 2 (5%), в голеностопном суставе – 15 (34%) и сочетание всех суставов нижних конечностей (48%). Поражения обеих конечностей регистрировались чаще (84%), чем односторонние. У всех госпитализированных больных были проведены клинические, биомеханические и рентгенологические методы исследования.

Результаты. При лечении была обнаружена спастичность сгибателей мышц в тазобедренном, коленном и голеностопном суставах. У 3 больных с выраженными спастическими контрактурами были отмечены вальгусные деформации проксимального отдела бедра с антиверсией, в связи с чем у больных отмечалось нарушение походки. До настоящего времени больных со спастическими формами ДЦП нижних конечностей оперировали поэтапно, в зависимости от вовлеченного в процесс сустава. Однако, для достижении ожидаемых результатов больным требовалось проводить и длительное повторные операции и многократное восстановительное лечение. Предложенная одномоментная многоуровневая оперативная коррекция контрактур нижних конечностей позволило сократить число операций и уменьшить время реабилитации. После операций больные находились в течение месяца в гипсовой повязке, которую в последующем **заменяли на** ортопедические **шины.** Срок пребываний в ортопедических шинах составляет в среднем 6 месяцев и зависит от тяжести патологии.

Вывод: Применение одноэтапной многоуровневой хирургической коррекции в детской ортопедии при лечении больных со спастической формой ДЦП нижних конечностей позволяет проводить оптимальную хирургическую коррекцию, сократить сроки лечения и реабилитации.

ВЗАИМОСВЯЗЬ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ И ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

С.В. Бурцева – студент 5 курса лечебного факультета, В.И.Шевцова – к.м.н., ассистент

Кафедра поликлинической терапии

ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н.Бурденко Минздрава России, Воронеж, Россия

Научный руководитель - д.м.н., проф. А. А. Зуйкова

Актуальность. Старение человека - это биологический процесс, в котором отмечается постепенная деградация всех систем организма. Некоторые аспекты этого процесса, такие как потеря умственных способностей, потеря социальных связей и контактов, имеют большое значение для человека и для общества в целом. Современная тенденция к увеличению продолжительности жизни и соответственно увеличению лиц пожилого

возраста в популяции делает проблему когнитивных нарушений наиболее актуальной для врачей любой специальности.

Старческая астения сейчас определяется как состояние снижения общего внутреннего резерва организма, а также нарушения работы нескольких физиологических систем, что ведет к повышенному риску развития неблагоприятных исходов, таких как падения, снижения подвижности, медленное восстановление после любых заболеваний, снижение независимости от посторонней помощи в повседневной жизни и повышение риска госпитализаций, инвалидности и смерти. В результате прогрессирования синдрома старческой астении происходит снижение интенсивности метаболических процессов и физической активности, что приводит к нарушению функционирования всех органов и систем, в частности к снижению когнитивных функций. [1]

Несмотря на то что деменция развивается у лиц старшего возраста, нормальным состоянием старения она не является. Снижение когнитивной функции при деменции происходит в большей степени и по несколько иным механизмам, чем это бывает при нормальном старении.

Цель исследования - оценить взаимосвязь когнитивных нарушений, образа жизни и наличия синдрома старческой астении, а также частоту развития деменции при различных соматических заболеваниях.

Задачи исследования:

1. Выявить частоту нарушений когнитивных функций и синдрома старческой астении.

2. Проанализировать взаимосвязь между когнитивными нарушениями, образом жизни и наличием синдрома старческой астении.

3. Оценить связь возраста и нарушений когнитивных функций.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, кафедры поликлинической терапии и общей врачебной практики, БУЗ ВО ВГП№3.В исследовании приняли участие 54 человека в возрасте от 65 до 78 лет (средний возраст составил 70 лет), из них 16 мужчин (средний возраст 69 лет) и 38 женщин (средний возраст 70 лет). Было проведено анкетирование "Здоровый образ жизни", включающее в себя 11 вопросов, опрос "Возраст не помеха" и тестирование на выявление деменции "SAGE". В анкету были включены вопросы, касающиеся наиболее важных аспектов здорового образа жизни - наличие вредных привычек (курение, употребление алкоголя и наркотиков), физическая активность, правильное питание.

Взаимосвязь возраста, здорового образа жизни, наличия синдрома старческой астении и развития деменции была оценена с помощью корреляционного анализа.

Результаты исследования. При анализе анкеты "Здоровый образ жизни" было

выявлено, что только 20% обследуемых придерживаются здорового образа жизни, 28% стараются вести здоровый образ жизни, но имеют по одной вредной привычке, и 52% ведут пассивный образ жизни, имеют несколько вредных привычек, не следят за своим рационом и режимом питания.

В ходе интерпретации результатов опросника "Возраст не помеха", было обнаружено, что 30% обследуемых лиц имеют признаки выраженной старческой астении, 28% показали средний результат, что говорит о наличии вероятности развития старческой астении, 42% не имеют признаков старческой астении.

В результате анализа теста "SAGE" 62% исследуемых показали результаты в пределах нормы, у 10% обследуемых были обнаружены умеренные нарушения когнитивных функций, которые могут привести к развитию деменции, и у 28% выявлены выраженные когнитивные нарушения, что сопряжено с наличием деменции.

Отметим, что жалобы на снижение памяти и другие когнитивные расстройства часто предъявляют люди среднего возраста. Только у небольшой части из них эти жалобы связаны с дегенеративным и /или сосудистым поражением головного мозга. В средней возрастной группе превалируют расстройства, связанные с нарушениями эмоциональной сферы: патологическими изменениями настроения и тревожным расстройством. Диагностика этих расстройств требует как оценки когнитивных функций, так и эмоционального состояния. [3]

Для оценки взаимосвязи результатов опросников и когнитивными нарушениями был проведен корреляционный анализ. В ходе него определено, что между результатами анкеты "Здоровый образ жизни" и развитием нарушений когнитивных функций была выявлена прямая значимая связь высокой силы (r=0,76). Между результатами опросника "Возраст не помеха" и когнитивными нарушениями была выявлена прямая значимая связь средней силы (r=0,66). Также была обнаружена прямая значимая связь средней силы между ведением здорового образа жизни и риском развития старческой астении (r=0,58). При анализе взаимосвязи нарушений когнитивных функций и возраста была выявлена связь слабой силы, что составила r=0,45.

Учитывая полученные в ходе исследования результаты можно рекомендовать на амбулаторном этапе раннее выявление и своевременную диагностику первых признаков нарушений когнитивных функций. Врач первичного звена должен:

- оценить возрастные изменения органов и систем;

- учитывать особенности течения и лечения заболеваний в пожилом и старческом возрасте;

- выявить гериатрические синдромы, приводящие к синдрому старческой астении и "хрупкости";

- определить показания для консультации гериатра и учесть заключение гериатра при выполнении индивидуального плана лечения.[2]

Активное выявление и наблюдение лиц, находящихся в группе риска развития синдрома старческой астении и как следствие когнитивных нарушений с развитием деменции. Так, возраст является одним из самых существенных предикторов когнитивных нарушений в целом и сосудистых когнитивных нарушений в частности. Риск развития деменции прогрессивно увеличивается с возрастом. Заболевания сердечно-сосудистой системы рассматриваются в качестве факторов риска не только сосудистой, но и первичной дегенеративной деменции. Перенесенные инсульт и/или транзиторные нарушения мозгового кровообращения, мерцательная аритмия, атеросклеротический стеноз магистральных артерий головы, артериальная гипертензия, так же как и неадекватная коррекция последней увеличивают риск развития когнитивных нарушений. Снижение когнитивных функций, предшествующее инсульту, также рассматривается в качестве одного из основных предикторов постинсультных когнитивных нарушений и деменции.

Важное значение имеет активное внедрение современных методов профилактики развития нарушений когнитивных функций. Базовые основы первичной профилактики включают в себя диету, обогащенную природными антиоксидантами, систематические тренинги по тренировке памяти и внимания и рациональные физические упражнения. В ситуациях, требующих более серьезного вмешательства, требуется психиатрическая помощь.

Выводы:

1. Наличие умеренных и выраженных когнитивных нарушений было выявлено у большей части обследуемых - 38% (у 10% выявлены умеренные нарушения, у 28% наблюдаются признаки деменции). Синдром старческой астении также высоко распространен среди обследуемых: 30% лиц имеют признаки выраженной старческой астении, а 28% имеют высокую вероятность развития синдрома.

2. Была выявлена прямая зависимость силы между ведением здорового образа жизни и наличием когнитивных нарушений (высокая связь, r=0,76), когнитивными нарушениями и наличием синдрома старческой астении (связь средней силы, r=0,66), здоровым образом жизни и развитием старческой астении (связь средней силы, r=0,58) и между возрастом и нарушением когнитивных функций (связь слабой силы, r=0,45).

3. Большое значение имеет обнаружение первых признаков нарушения когнитивных функций, поэтому необходимо уже на амбулаторном этапе выявлять группы риска, а также всем пациентам давать рекомендации по ведению здорового образа жизни и физической активности для профилактики развития деменции.

Список использованных источников и литературы

1. Клинические рекомендации "Старческая астения" // Российская ассоциация геронтологов и гериатров. - 2018. - с.8.

2. Методическое пособие для врачей первичного звена здравоохранения "Выявление и особенности ведения пациентов с синдромом старческой астении" // Министерство Здравоохранения Красноярского края под ред. Кутумовой О.Ю. - 2017. - с.6-7.

3. Антоненко Л.М. Когнитивные и эмоциональные нарушения в среднем возрасте: вопросы диагностики и лечения / Л.М. Антоненко, В.А. Парфенов // Медицинский совет. - 2015. - №10. - с.22.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ И ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ, СТРУКТУРА ФАКТОРОВ РИСКА И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ТЕРАПИИ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ В Г. ПЕРМИ

О.Р. Самедова – студентка 408 группы лечебного факультета

Кафедра факультетской терапии № 1 с курсом физиотерапии факультета ДПО ФГБОУ ВО ПГМУ им. Академика Е.А. Вагнера Минздрава России, Пермь, Россия Научные руководители - д.м.н., доц. В.Е. Владимирский, к.м.н., доц. Н.И. Попова

Актуальность. Согласно данным Global Burden Diseases (GBD) ежегодно в мире регистрируется 10,3 миллиона случаев инсульта, из них 6,5 миллионов заканчиваются летальным исходом. В Российской Федерации по данным Росстата 2017 года отмечено снижение летальности от инсультов на 25%. Однако заболеваемость острыми нарушениями кровообращения (ОНМК) остается очень высокой.[1] Всё большую значимость приобретает проблема повторного инсульта, поскольку последний увеличивает вероятность летального исхода. В структуре ОНМК превалирует ишемический инсульт, однако за последние 2 года имеет место рост частоты встречаемости геморрагического инсульта. Обращает на себя внимание то, что исходы геморрагического инсульта хуже.

Цель исследования: провести анализ заболеваемости геморрагическими и ишемическими инсультами, а также структуры факторов риска и особенностей проводимой терапии в реальной клинической практике.

Материалы и методы исследования.

Исследование проводилось на базе неврологического отделения ГКБ № 2 им. Ф.Х. Граля г. Перми в 2 этапа.

1 этап – анализ данных официальной статистики неврологического отделения ГКБ № 2 г. Перми за 2017 – 2018 годы. Проанализировано общее количество ОНМК, в том числе,

число геморрагических и ишемических инсультов с подтипами – кардиоэмболическим и атеротромботическим.

2 этап – анализ 40 историй болезни пациентов с геморрагическим инсультом и 40 пациентов с ишемическим инсультом.

Оценивались следующие показатели и факторы риска инсульта: пол, возраст, наличие ожирения, сахарного диабета (СД), гипертонической болезни, курение, оценивалась скорость клубочковой фильтрации (СКФ), наличие сопутствующей патологии с расчетом индекса коморбидности Charleston, применяемая до госпитализации терапия, а именно антигипертензивные препараты, статины, антиагреганты и антикоагулянты.

Результаты исследования. Данные официальной статистики неврологического отделения ГКБ № 2 г. Перми за 2017 – 2018 годы показали, что:

За 2017 год было зарегистрировано 516 ОНМК, из них с геморрагическим инсультом пролечено 59 пациентов (11,4%), с ишемическим инсультом – 457 пациентов (88,6%). Общая летальность составила 20,4% - 93 человека. В подгруппе больных с ишемическим инсультом – 15,5% (71 человек), с геморрагическим инсультом – 37,3% (22 человека).

За 2018 год было зарегистрировано 533 ОНМК, из них с геморрагическим инсультом пролечено 60 пациентов (11,3%), с ишемическим инсультом – 473 пациента (88,7%). Общая летальность составила 19,1% - 102 человека. В подгруппе больных с ишемическим инсультом – 17,3% (82 человека), с геморрагическим инсультом – 33,3% (20 человек).

Были проанализированы истории болезни 80 пациентов, среди которых 40 больных (средний возраст 61,8±11,8 лет) перенесли геморрагический инсульт. У 40 пациентов (средний возраст 60,4±13,8 лет) диагностирован ишемический инсульт, среди них 20 больных были с атеротромоботический подтипом и 20 с кардиоэмболическим подтипом.

Анализ историй болезни больных, перенесших геморрагический инсульт, выявил следующие особенности (таблица 1):

Табл. 1. Оценка факторов риска в разных подгруппах инсульта

Фактор риска	**геморрагический инсульт**	**кардиоэмболический инсульт**	**атеротромботический инсульт**
СД	35% (14)	45% (9)	80% (16)
артериальная гипертензия	95% (38)	100% (20)	100% (20)
курение	17,5% (7)	5% (1)	30% (6)
СКФ	66,5 мл/мин/1,73м^2	65,1 мл/мин/1,73м^2	71,1 мл/мин/1,73м^2
индекс	4,25	5,35	4,65

коморбидности Charleston			
повторный инсульт	10% (4)	25% (8)	10% (2)

Анализ приверженности пациентов к терапии показал следующие результаты (таблица 2):

Табл. 2. Приверженность пациентов к терапии, %

Приверженность к терапии	**геморрагический инсульт**	**кардиоэмболический инсульт**	**атеротромботический инсульт**
антигипертензивная	20% (8)	40% (8)	35% (7)
антиагреганты	2,5% (5)	25% (5)	10% (2)
антикоагулянты	0	10% (2)	0
статины	0	5%(1)	0

Выводы.

Анализ структуры факторов риска показал, что среди больных атеротромботическим ишемическим инсультом наибольший процент лиц имеют сахарный диабет и курят; наиболее значимое снижение СКФ отмечено у больных кардиоэмболическим ишемическим и геморрагическим инсультом.

Среди пациентов с кардиоэмболическим инсультом преобладают женщины (65%) и лица старше 65 лет (75%); 73% больных геморрагическим и 65% атеротромботическим инсультом были моложе 65 лет при одинаковом соотношении мужчин и женщин.

Наихудший коморбидный статус имеют пациенты с кардиоэмболическим инсультом.

Во всех подгруппах больных инсультом отмечается крайне низкая приверженность к антигипертензивной терапии: среди больных геморрагическим инсультом 20% получили гипотензивные препараты; кардиоэмболическим - 40%, атеротромботическим – 35%.

Не выявлено ассоциации частоты использования препаратов, влияющих на свертываемость крови и геморрагическими инсультами (только 2,5% получали антиагреганты, антикоагулянты никто).

Необходимую антикоагулянтную терапию получали только 10% больных кардиоэмболическим инсультом, при этом 25% из них использовала антиагреганты.

Частота использования статинов во всех подгруппах больных колеблется от 0 до 5%.

Отсутствие адекватной терапии определяет высокий процент повторных инсультов: 25% - у больных кардиоэмболическим, 10% - у пациентов с атеротромботическим и

геморрагическим инсультом.

Список литературы.

1. Максимова М.Ю., Пирадов М.А.,. Танашян М.М. Инсульт Пошаговая инструкция.М.,2019.С.9

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ И ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ДАННЫХ У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

А.М. Гаджиева - студентка 326 группы лечебного факультета

Кафедра патологической физиологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - д.м.н., профессор М.З. Саидов

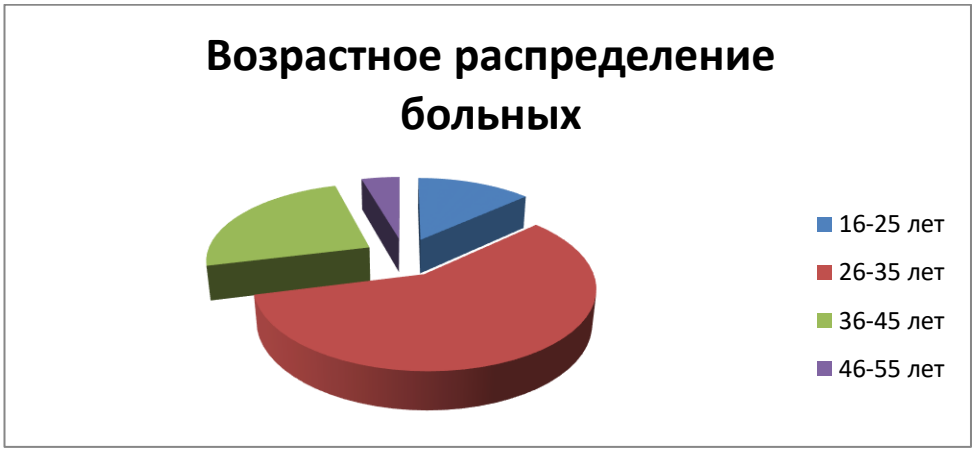
Актуальность. Рассеянный склероз (РС) — хроническое аутоиммунное заболевание. Оно имеет большую клиническую значимость в неврологической практике. Заболевание характеризуется поражением миелиновой оболочки нервных волокон головного и спинного мозга, с последующей заменой ее соединительнотканными рубцами. При РС формируется устойчивое патологическое состояние с вовлечением всех регулирующих систем: нервной, иммунной и эндокринной. Характерной особенностью рассеянного склероза является преимущественное поражение лиц молодого возраста, преждевременная их инвалидизация и, как следствие, - исключение из числа экономически активного населения больных-инвалидов. Таким образом, проблема рассеянного склероза актуальна не только в медицинской, но и в экономической сфере.

Цель исследования. Провести анализ результатов клинико-анамнестических данных и результатов лабораторных и инструментальных методов исследования больных рассеянным склерозом по данным отделения неврологии №3 ГБУ РД “Республиканская клиническая больница” г. Махачкала и проследить особенности клинической картины больных рассеянным склерозом в Республике Дагестан.

Материалы и методы исследования. Период наблюдения: декабрь 2018г-февраль 2019г. На протяжении исследования изучались истории болезней пациентов (с клиническим диагнозом - рассеянный склероз), которые подверглись госпитализации в неврологическое отделение №3 ГБУ РД “Республиканская клиническая больница” г. Махачкалы. Были приняты во внимание данные анамнеза, инструментальных и лабораторных методов исследования (с последующей статистической их обработкой, с вычислением среднего арифметического значения (M) и среднеквадратического отклонения (σ), а также со

сравнением с показателями нормы).

Результаты исследования. Показатель заболеваемости оказался низким**.** В среднем каждый месяц на стационарном лечении находилось около 10 больных с рассеянным склерозом. За три месяца было выбрано 45 историй болезни с клиническим диагнозом РС. Среди больных РС женщины (73,3 %) преобладали над мужчинами(26,7 %). Возрастное распределение пациентов было следующим: больные в возрасте 16-25 лет составляли 13,3% от общего количества , 26-35 лет-57,7%, 36-45 лет- 24,4%, 46-55 лет- 4,44%.



Все пациенты страдали цереброспинальной формой заболевания, которая является наиболее распространенной. Это говорит о том, что очаги поражения локализуются как в головном, так и в спинном мозге. У всех также отмечалась фаза обострения с ремитирующим течением.

Пациенты жаловались на выраженную слабость, головокружение, онемение в руках и ногах, головную боль (пульсирующего, распирающе-давящего характера), падение остроты зрения, двоение в глазах, повышенную раздражительность, быструю утомляемость, снижение памяти.

Лечение проводилось в соответствии с федеральными стандартами стационарной медицинской помощи. Больные получали сосудистые, гормональные, иммуномодулирующие препараты, а также витамины группы В. Целесообразность их назначения обусловлена необходимостью поддержания функции аксонов и предупреждения развития аксонопатии, являющейся причиной инвалидизации.

В таблице 1 и 2 представлены результаты лабораторных исследований пациентов (исходя из гендерных различий).

Таблица 1. Показатели лабораторных исследований среди больных мужского пола

Общий анализ крови	Показатели	M±σ	Нормативы
	Hb, г/л	131±15,9	138-172
	ЦП	0,9±0,08	0,8-1

	эритроциты, г/л	$4{,}72\cdot10^{12}\pm0{,}8$	$4{,}5\text{-}5{,}7\cdot10^{12}$
	лейкоциты, г/л	$7{,}55\cdot10^{9}\pm1{,}29$	$3{,}8\text{-}9{,}8\cdot10^{9}$
	тромбоциты, г/л	$269\cdot10^{9}\pm4{,}7$	$150\text{-}350\cdot10^{9}$
	СОЭ, мм/ч	7,3±3,2	0-10
Биохимический анализ крови	креатинин, мкмоль/л	83,5±4,3	44-150
	холестерин, ммоль/л	5±0,8	3,0-6,0
	общ. билирубин, ммоль/л	11,5±3,06	3,4-22,2
	сахар, ммоль/л	5±0,53	3,33-5,55
	общ.белок, г/л	70,2±6,03	65-85
Общий анализ мочи	уд. вес	1016,9±5,5	1005-1035
	Лейкоциты в поле зрения	5-6±1,2	2-7
	Плоский эпителий	3-5±0,3	3-5

Таблица 2. Показатели лабораторных исследований среди больных женского пола

Общий анализ крови	Показатели	M±σ	Нормативы
	Hb, г/л	125,9±13,6	121-151
	ЦП	0,9±0,08	0,8-1
	эритроциты, г/л	$4{,}42\cdot10^{12}\pm0{,}6$	$3{,}9\text{-}5\cdot10^{12}$
	лейкоциты, г/л	$5{,}2\cdot10^{9}\pm2{,}11$	$3{,}8\text{-}9{,}8\cdot10^{9}$
	тромбоциты, г/л	$242\cdot10^{9}\pm4{,}3$	$150\text{-}350\cdot10^{9}$
	СОЭ, мм/ч	22±7,39	0-10
Биохимический анализ крови	креатинин, мкмоль/л	88±10,48	44-97
	холестерин, ммоль/л	4,9±0,79	3,0-6,0
	общ. билирубин, ммоль/л	12±3,9	3,4-22,2
	сахар,ммоль/л	5±0,94	3,33-5,55
	общ. белок,г/л	69±6,87	65-85
Общий анализ мочи	уд. вес	1015±3,87	1005-1035
	Лейкоциты в поле зрения	4-5±1,01	2-7
	Плоский эпителий	2-3±0,08	3-5

Диагностика рассеянного склероза заключается в выявлении очагов демиелинизации белого вещества в центральной нервной системе (ЦНС). Магнитно-резонансная томография (МРТ) может позволить ответить на фундаментальные вопросы патофизиологии РС. Вначале очаги демиелинизации возникают из-за повышения проницаемости гематоэнцефалического барьера (ГЭБ) вследствие воспаления. Затем присоединяется деструкция миелина.

Все пациенты были направлены на МРТ и ЭЭГ головного мозга.

По результатам МРТ у больных были обнаружены признаки множественных изменений белого вещества головного мозга (очаговый характер), демиелинизация, очаги ишемии и дегенеративных изменений.

Многократные повторные МРТ-исследования у одних и тех же больных на протяжении длительного времени показали, что очаги демиелинизации изменяются в размерах.

По результатам ЭЭГ были отмечены умеренные диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга дезорганизованного характера с ирритацией корковых ритмов и дисфункцией мезодиэнцефальных отделов головного мозга.

Выводы. У больных рассеянным склерозом неврологического отделение №3 ГБУ РД “Республиканская клиническая больница” г. Махачкала были изучены результаты обследований. Анализы являлись информативными. По результатам лабораторно-инструментальных исследований были выявлены достоверные изменения показателей Hb (тенденция к уменьшению), тенденция к увеличению креатинина, сахара, СОЭ (в биохимическом анализе крови), количества лейкоцитов (в общем анализе мочи). Также были установлены диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга дезорганизованного характера (по данным ЭЭГ) и очаги демиелинизации белого вещества (по данным МРТ). Все это важно для ведения и лечения больных.

Список использованной литературы

1.Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова 2012

2.Неврологический журнал №2, 2013

3.Шмидт Т.Е., Яхно Н.Н. Рассеянный склероз: руководство для врачей. 2–е изд. М.: МЕДпресс–информ, 2010

4.Поздняков А. В. Протонная магнитно-резонансная спектроскопия головного мозга в диагностике ремиссии и экзацербации заболевания. Ред. В. И. Головкин, Н. М. Калинина.

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ПРИ ПРИЕМЕ НЕЙРОЛЕПТИКОВ У ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ ШИЗОФРЕНИЯ

М. Е. Груббэ – студентка 534 гр. педиатрического факультета

Кафедра психиатрии им. В.И.Багаева

ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, Киров, Россия

Научный руководитель - д.м.н., проф. Злоказова М.В.

Актуальность изучения возникновения побочных эффектов у пациентов с диагнозом «Шизофрения», принимающих нейролептики, обусловлена тем, что при развитии побочных

эффектов у пациентов может возникнуть негативное отношение к терапии и даже отказ от ее продолжения.

Цель. Оценить частоту побочных эффектов, возникших при приеме нейролептиков у пациентов с диагнозом шизофрения, находящихся на стационарном лечении в КОГБУЗ «Кировская областная клиническая психиатрическая больница им. академика В.М. Бехтерева».

Задачи. 1) Выявление наиболее распространенных побочных эффектов. 2) Оценивание частоты побочных эффектов у пациентов и их взаимосвязь с монотерапией (МТ) или политерапией (ПТ).

Материал и методы. Было обследовано 37 пациентов с диагнозом шизофрения (параноидная форма – 34 чел. (91,9%) и пропфшизофрения – 3 чел. (8,1%); непрерывный тип течения –78,4%, неполная ремиссия – 21,6%), проходящих стационарное лечение в КОГБУЗ «Кировская областная клиническая психиатрическая больница им. академика В.М. Бехтерева», в том числе 19 женщин (51,4%) и 18 мужчин (48,7%), средний возраст – 50,6±12,3 лет, средняя длительность заболевания – 26,5±9,3 лет. Все пациенты неоднократно госпитализировались в стационар, средняя длительность госпитализации 2,6±2,5 лет. Анализ историй болезни (форма 003/у) осуществлялся сплошным методом. Изучение жалоб и высказываний пациентов проводилось путем беседы по разработанной анкете. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием электронных таблиц Excel и системы компьютерной алгебры Maple по критерию Фишера при $p<0,05$.

Результаты. Имели вторую группу инвалидности – 97, 3%, первую – 2,7%; недееспособны – 67,6%, все пациенты не работали 100,0%, опекун был у 18,9% пациентов. Семейный анамнез отягощен у 13,5% (в семье зафиксированы психические расстройства, злоупотребление алкоголем, случай самоубийства). Сопутствующие заболевания отмечены у 91,9% пациентов. Из 37 пациентов жалобы на побочные эффекты при приеме нейролептиков предъявляли 20 пациентов (54,1%) – в дальнейшем исследовании принимали участие только эти пациенты. Монотерапия применялась у 55,0% пациентов: типичные нейролептики (галоперидол, аминазин, хлорпротиксен, трифтазин) получали 81,8%, атипичные (азалептин) – 18,2%; политерапия 45,0%: типичными нейролептиками (галоперидол и аминазин) – 33,4%, в сочетании с атипичным нейролептиком (азалептин) 66,6%. Корректор (тригексифенидил) назначался 65,0% пациентам. Жалобы на побочные эффекты при приеме нейролептиков были разделены на три группы: экстрапирамидные (24,1%), в которой наиболее частая жалоба была на тремор рук (35,0%); соматические (27,6%) – на повышенную утомляемость (40,0%) и метаболические (48,3%) – на сухость во рту (35,0%).

Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от вида терапии: 1-ая группа (монотерапия) и 2-ая группа (политерапия). У большинства пациентов наблюдалась нормальная масса тела – 11 чел. (55,0%): при монотерапии – 4 чел. (36,4%) и при политерапии – 7 чел. (77,8%). При монотерапии чаще отмечались жалобы на тремор рук (54,5%) и повышенную утомляемость (54,5%), а при политерапии – жалобы на головную боль (33,3%). Достоверных различий в побочных эффектах в зависимости от моно- или политерапии по критерию Фишера не было выявлено.

На экстрапирамидные побочные эффекты приМТ жаловались 11 чел. (29,7%), при ПТ – 5 чел. (20,8%); дисметаболическая энцефалопатия при МТ была отмечена у 1 чел. (9,1%), при ПТ – 1 чел. (20,0%); амиостатический синдром наблюдался при МТ у 1 чел. (9,1%), ПТ – 1 чел. (20,0%); на тремор рук жаловались при МТ 6 чел. (54,5%), при ПТ – 1 чел. (20,8%); на тики при МТ – 2 чел. (18,2%), при ПТ – 1 чел. (20,8%); на парестезии при МТ – 1 чел. (9,1%), при ПТ – 1 чел. (20,0%). Соматические побочные эффекты при МТ отмечали 11 чел. (29,7%), при ПТ – 6 чел. (25,0%); на головную боль при МТ жаловались 3 чел. (27,3%), при ПТ – 2 чел. (33,3%);на утомляемость при МТ – 6 чел. (54,5%), при ПТ – 1 чел. (16,7%); на тахикардию при МТ – 2 (18,2%), при ПТ – 3 чел. (50,0%). Жалобы на метаболические побочные эффекты при МТ были зафиксированы у 15 чел. (40,6%), при ПТ – 13 чел. (54,2%); сухость во рту при МТ у 4 чел. (26,7%), при ПТ – 3 чел (23,1%); пациенты при МТ не жаловались на слюнотечение, при ПТ жаловался 1 чел. (7,7%); тошноту при МТ отмечали 5 чел. (3,3%), при ПТ – 1 чел.(7,7%); изжогу при МТ – 1 чел. (6,7%), при ПТ – 3 чел. (23,1%); запоры при МТ – 1 чел. (6,7%), при ПТ – 4 чел. (30,7%); снижение веса при МТ – 2 чел. (13,3%), при ПТ – 1 (7,7%); повышение веса при МТ – 2 чел (13,3%), при ПТ жалоб не было.

Выводы. Побочныеэффекты от приема нейролептиков были выявлены у 54,1% пациентов независимо от моно- или политерапии. Преобладали жалобы на повышенную утомляемость (40,0%), тремор рук (35,0%) и сухость во рту (35,0%). При монотерапии чаще отмечались жалобы на тремор рук (54,5%) и повышенную утомляемость (54,5%), а при политерапии – жалобы на головную боль (33,3%). Не было получено достоверных различий по побочным эффектам у пациентов, получавших моно- и политерапию.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЛАКУНАРНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА С ТРАНЗИТОРНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ АТАКОЙ

Н.И. Ерусланкин – студент 445 гр. лечебного факультета,

А.С. Жиглов – студент 446 гр. лечебного факультета

Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, Нижний Новгород, Россия

Научный руководитель - ассистент А.В. Зоркова

Актуальность. Несмотря на значительные успехи фундаментальных и прикладных исследований в области цереброваскулярной патологии, острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) продолжает занимать ведущие позиции среди всех причин, приводящих к глубокой инвалидизации и смерти людей, как на территории Российской Федерации, так и за рубежом. Наиболее частой формой острого нарушения мозгового кровообращения является ишемический инсульт (ИИ), на долю которого приходится около 80 %. Ежегодно в России регистрируется более 400 тыс. новых случаев ИИ, в США эта цифра почти в 2 раза превышает российский показатель и составляет около 800 тыс. в год. Летальным исходом и глубокой инвалидизацией характеризуется примерно 35 % и 60 % случаев ИИ соответственно, что во многом определяет столь высокую медицинскую и социальную значимость этой проблемы.

Цель работы. Рассмотреть особенности клинической, инструментальной и дифференциальной диагностики ОНМК по ишемическому типу на конкретном клиническом примере.

Материалы и методы. В 2018 году на базе НОКБ НО им. Н.А.Семашко проходил лечение пациент Г., 65 лет с диагнозом «ОНМК по ишемическому типу с формированием лакунарного очага в левой теменной доле, кардиоэмболический вариант, острый период». Из анамнеза установлено, что у пациента на фоне относительного полного благополучия остро возникла выраженная слабость в правых конечностях и как следствие неустойчивость с быстрым последующим регрессом указанной симптоматики. По результатам самостоятельно выполненного МРТ 3Т, были выявлены МР – признаки зоны острой фокальной ишемии в левой теменной доле головного мозга. На основании полученных данных больной был экстренно госпитализирован в Региональный Сосудистый Центр №2, где проходи последующее лечение.

Результаты. Общее состояние средней степени тяжести, ближе к удовлетворительному. Кожные и видимые слизистые покровы чистые, физиологической окраски. Аускультативно в легких определяется жесткое дыхание. ЧДД – 18 в мин. SatO2 – 98 %. Показатели системной гемодинамики изменены по гипертоническому типу: АД 140/90 мм.рт.ст., ЧСС – 80 в мин. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Температура тела 36.8^0С.

В неврологическом статусесознание ясное, пациент ориентирован, контактен, на осмотр реагирует адекватно. Патологии высшей психической сферы (гнозис, праксис, речь, память) не выявляется. Обоняние и зрение ориентировочно сохранены, глазные щели

симметричны, движения глазных яблок сохранены в полном объеме, зрачки d=s, фотореакция сохранена, живая. Точки выхода ветвей тройничного нерва безболезненные, чувствительных нарушений в области лица нет. Лицо асимметрично за счет легкой сглаженность правой носогубной складки. Слух не нарушен, вестибулярного синдрома нет. Обращает на себя внимание наличие мелкоразмашистого горизонтального нистагма без четкой сторонности. Фонация и глотание не нарушены. Асимметрии плечевого пояса нет, язык по средней линии. Движения в конечностях сохранены в полном объёме, сила достаточная. Выявляются признаки легкой правосторонней пирамидной недостаточности (положительные феномен Вендеровича, верхняя и нижняя проба Барре). Глубокие сухожильные и периостальные рефлексы d=s, торпидны. Сенсорного дефицита не выявляется. В позе Ромберга пошатывается без чёткой латерализации, координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Функцию тазовых органов контролирует.

Общие анализы крови и мочи, биохимический анализ крови без выраженных отклонений. По результатам проведенного одномоментного и суточного ЭКГ - исследования была выявлена пароксизмальная тихисистолическая форма фибрилляции предсердий, вероятно послужившая причиной развития острого нарушения мозгового кровообращения у данного пациента.

Выводы. ОНМК с формированием лакунарных очагов может протекать минимальной и даже переходящей неврологической симптоматикой, что наталкивает на мысль о развитии Транзиторной ишемической атаки или т.н. малого инсульта. Однако, своевременно проведенная нейровизуализация, особенно с высокой разрешающей способностью (напр. МРТ 3Т) позволяет верифицировать диагноз с предельной точностью, что было продемонстрировано на представленном клиническом примере.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПИЩЕВОЙ АДДИКЦИИ И ЕЕ СВЯЗЬ С ТРЕВОЖНЫМ СОСТОЯНИЕМ СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

А.А. Бакаева, Л.С. Джуманьязова – студентки 506 гр. лечебного факультета,

М.М. Ибрагимова - студентка 502 гр. лечебного факультета

Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии

с курсом психиатрии, психиатрии-наркологии ФУВ .

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, Волгоград, Россия

Научный руководитель - ассистент кафедры Ю.В. Цыбуля

Актуальность. Обучение в медицинском университете связано с напряженной адаптацией, которое может привести к изменению психического статуса студентов.

Вследствие чего возможно возникновение повышенной уязвимости к аддикциям и развитие зависимого поведения. Современное понятие нервная булимия включает не просто практику переедания и самопроизвольной рвоты, но и наличие у больных определенных психологических черт: склонность к зависимости и ряд других особенностей личности. В основе заболевания лежит настойчивое стремление стать стройным. Для многих это способ нейтрализовать избыток стресса, характеризующего современную жизнь.

Цель исследования - выявить распространенность и характер пищевой аддикции (ПА);

определить роль тревожных состояний в развитии нервной булимии среди студентов ВолгГМУ.

Материалы и методы исследования. Проведено анонимное дистанционное онлайн-анкетирование, методом самозаполнения теста Eating Attitudes Test – 26 (Тест отношения к приёму пищи) и Шкалы тревоги и депрессии (HADS) для выявления булимии среди студентов 1 и 6 курса ВолгГМУ и взаимосвязи с тревожным состоянием.

Результаты исследования. Тестирование EAT 26 и HADS на выявление расстройства пищевого поведения и тревожного состояния прошли 96 респондентов в возрасте от 17 до 25 лет. В ходе эксперимента студенты были поделены на две группы: 1 группа включала студентов 1 курса (52%), а 2 группа - обучающихся 6 курса (48%).

Среди студентов 1й группы распространенность пищевой аддикции(нервная булимия) составила 8% (4студента). Из них 3 опрошенных (6%) имеют субклинически выраженную тревогу, а 1 (2%) - клинически выраженную. У студентов 2й группы пищевая аддикция выявлена у 3 студентов (6,5%), и у 2 (4,4%) субклинически выраженная тревога.

Из 96 (100%) опрошенных было выявлено:

7 (7,3%) поглощены мыслями о еде постоянно.

8 (8,3%) отмечают, что вопросы, связанные с едой, контролируют их жизнь.

У 12 (12,5%) часто бывают приступы бесконтрольного поглощения пищи, во время которых они не могут себя остановить.

Постоянное импульсивное желание вырвать съеденную пищу отмечают 3 (3,1%) студентов.

Выводы. В результате исследования, в котором приняло участие 96 студентов был выявлен высокий процент пищевой аддикции (нервная булимия) среди студентов ВолгГМУ. Существенных отличий между 1й и 2й группой не отмечалось. Выявлена прямая взаимосвязь между наличием пищевой аддикцией и эмоциональным состоянием. Это, вероятно, связано с напряженной учебной деятельностью среди студентов медицинских ВУЗов.

Список литературы

1. Медведев В.П., Лоскучерявая Т.Д. Нервная анорексия и нервная булимия у детей и подростков: диагностика и лечение // Российский семейный врач. 2013. №1.

2. Г.К. Алтыбаева, Т.М. Молдагалиев, Ж.Ж. Сарсембина, Н.Ж. Сексенбаев, С.В. Докенова Факторы аддиктивной предрасположенности у студентов первого курса Государственного медицинского университета города Семей // Наука и здравоохранение. 2018. №5.

ОЦЕНКА КОГНИТИВНЫХ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ЭКСТРАПИРАМИДНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

М.Ю. Федорова – студентка лечебного факультета

Кафедра неврологии имени В.П.Первушина

ФГБОУ ВО ПГМУ им. Академика Е.А. Вагнера Минздрава России, Пермь, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доцент Л.В. Пустоханова

Актуальность. Заболевания экстрапирамидной системы, в частности болезнь Паркинсона, представляют собой медицинскую и социальную проблему. Помимо двигательных симптомов у пациентов возникают нарушения когнитивной и нервно-психической функций. Данные заболевания носят прогрессирующий характер, снижают качество жизни, приводят к инвалидизации больных и требуют специальной терапии.

Цельисследования. Изучение эмоциональных и когнитивных нарушений при поражении экстрапирамидной системы.

Материалы и методы. Обследовано 14 пациентов (7 женщин и 7 мужчин) в возрасте 34-80 лет с поражением экстрапирамидной системы. Для оценки когнитивного статуса использовались тесты MoCA, MMSE, FAB; для оценки уровня тревоги и депрессии шкалы HADS, CES-D.

Результаты. Среди обследованных 10 страдали болезнью Паркинсона, у 2 отмечен синдром паркинсонизма, в 2 случаях диагностирована болезнь Гентингтона. Продолжительность заболеваний к моменту исследования составляла от одного года до 17 лет.

Начало заболевания болезни Паркинсона регистрировалось с 43 до 78 лет, болезни Гентингтона в 26 и 40 лет, синдром паркинсонизма в 62 года. Формы болезни Паркинсона: 4 пациента с дрожательно-ригидной формой, 2 с акинетико-ригидной, 3 со смешанной формой, один – дрожательная форма. Стадии болезни Паркинсона по Хен и Яру: 4 пациента имели 2 стадию, у 2 отмечалась 4 стадия, еще у 3 - 2,5 стадия, у одного 3,5 - стадия. Наследственность отягощена у одного пациента с болезнью Паркинсона, и у одного с

болезнью Гентингтона.

Оценка когнитивных функций по шкале MMSE определила отсутствие когнитивных нарушений у большинства (12 чел.), что нашло отражение в среднем показателе для группы в целом (28,1±0,42 балла). В то же время по шкале MoCA только у троих результаты тестирования были в пределах нормы. Среднее значение для группы составило 23,3±0,54 баллов при норме 26-30 баллов. По результатам теста FAB у 5 человек отмечена умеренная лобная дисфункция, признаки лобной деменции - у одного пациента. Среднее значение теста FAB в группе было 15,1±0,54 балла.

Результаты уровня тревоги и депрессии по шкале HADS: отсутствие выраженных симптомов тревоги – у 6 пациентов, легкая степень тревоги – 4 человека, умеренная степень тревоги отмечалась в 2 случаях, у 2 – выраженная тревога. Отсутствие симптомов депрессии наблюдалось у 9 человек, субклинически выраженная депрессия выявлена у 3, клинически выраженная депрессия у 2 человек.

По шкале CES-D легкая депрессия отмечалась в 7 случаях, депрессия средней тяжести выявлена у 3 человек, у 4 результаты тестирования в пределах нормы.

При сопоставлении выраженности когнитивного снижения, а также эмоциональных расстройств с длительностью заболевания и возрастом пациентов значимых различий не было выявлено.

Выводы.

Для больных с поражением экстрапирамидной системы характерны снижение когнитивных функций и эмоциональные нарушения.

Наиболее информативными методами, отражающими снижение когнитивной функции, могут служить тесты MoCA и FAB.

В эмоциональной сфере у пациентов с экстрапирамидными расстройствами преобладает тревожность.

Не выявлено зависимости выраженности когнитивного снижения и особенностей эмоциональных расстройств от возраста и продолжительности заболевания.

Список литературы.

1. Пузин М.Н. Нервные болезни. - М: Медицина, 2002; с 435.

2. Яхно Н.Н., Захаров В.В., Локшина А.Б., Коберская Н.Н., Мхитарян Э.А. Деменции: руководство для врачей. 3-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2011; с 146.

ОЦЕНКА ИНФОРМИРОВАННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА КИРОВА ОБ ИНСУЛЬТЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТНОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ

А.А. Смирнов – студент 3 курса лечебного факультета

[1]Кафедра пропедевтики внутренних болезней и профессиональных болезней,

[2]кафедра патологической физиологии
ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России
Научные руководители – ассистент Р.А. Шамсутдинова[1], к.м.н., доцент Н.Е. Кушкова[2]

Актуальность. На сегодняшний день по данным Всемирной организации здравоохранения цереброваскулярные заболевания (ЦВЗ) являются второй ведущей причиной летальности и инвалидизации больных после ишемической болезни сердца в развивающихся странах. В Российской Федерации за 2016 год на 100 тыс. населения 190,8 тыс. больных скончались от ЦВЗ. Подобная статистика обусловлена прежде всего мультифакториальностью заболевания, недостаточностью или отсутствием качественной и вовремя оказанной медицинской помощи группам риска и должным динамическим наблюдением за больными в послеоперационном периоде. Все направления профилактической работы ориентированы на контроль факторов риска, их коррекцию как у конкретных людей, так и в популяции в целом, а также активную санитарно-просветительскую работу с населением. Анкетирование как метод изучения осведомленности населения активно используется специалистами разных специальностей. Он позволяет оценить качество проводимой профилактической работы, выявить вопросы, категории граждан, на которые нужно обратить пристальное внимание. Информированность населения – первичная профилактика острых нарушений мозгового кровообращения. Осведомленность о факторах риска инсульта и способах их профилактики играет значительную роль в снижении заболеваемости и смертности населения.

Цель. Оценить информированность населения города Кирова об инсульте в зависимости от возрастной принадлежности.

Для достижения поставленной цели решались следующие **задачи**:1) Разработать анкету, позволяющую оценить осведомленность населения города Кирова об инсульте; 2) Выявить степень осведомленности респондентов о сущности заболевания, симптомах и факторах риска развития инсульта в зависимости от возрастной принадлежности.

Материалы и методы исследования. Разработанная анкета состояла из 19 вопросов с одним или нескольким выбором ответов. В рамках исследования было опрошено 83 человека в возрасте от 19 до 63 лет ($\overline{x}_{возр.}$=33,2±10,1). В зависимости от возрастной принадлежности респондентов было выделено 2 группы по следующим возрастным промежуткам: 1-ая – от 19 до 30 лет (n_1=43; $\overline{x}_{возр.}$=25,8±3,6), 2-ая – от 31 до 63 лет (n_2=40; $\overline{x}_{возр.}$=41,2±8,6). Достоверность различий между группами оценивалась критерием χ^2. Статистическая обработка выполнена с использованием IBMSPSSStatistics 23.

Результаты исследования. При анализе данных ответов было выяснено, что

представление об инсульте у респондентов неоднозначное.

На вопрос «Знаете ли Вы, что такое инсульт?» 62,7% опрошенных дают ответ «Да», однако из них 1 группа достоверно чаще ошибается в определении инсульта, чем 2-ая(n_1=30,2%, n_2=22,5%; $p<0,05$),28,9% выбирают неправильное определение инсульта, причем 1 группа достоверно чаще отвечает неверно, чем 2-ая (n_1=34,9%, n_2=22,5%; $p<0,05$), 26,5% выбирают правильное определение и респонденты более старшего возраста достоверно чаще отвечают верно, чем более молодого(n_1=20,9% и n_2=32,5%). Из этого следует, что базовое представление об инсульте имеют немногие или имеют, но ошибочное, но хуже в этом вопросе ориентируется 1 группа респондентов.

На вопрос «Какие факторы, способствующие развитию инсульта Вы знаете?» 57,8% респондентов, из которых 2 группав сравнении с 1-ой значимо больше выбирают таким фактором наследственность (n_1=46,5%, n_2=70%; $p<0,05$), ранее перенесенный инсульт (n_1=65,1%, n_2=82,5%; $p<0,05$) и сахарный диабет (n_1=39,5%, n_2=52,5%; $p<0,05$), что является верными суждениями. Однако 26,5% респондентов выбирает таким фактором частые головные боли, причем 2 группа значимо чаще, чем 1-ая (n_1=18,6%, n_2=35%; $p<0,05$), что является ошибочным мнением.

На вопрос «По Вашему мнению, какие симптомы характеризуют данное заболевание?» 51,8%, из них 2 группа достоверно чаще ошибается, чем 1-ая (n_1=39,5%, n_2=65%; $p<0,05$), выбирая такие варианты ответов, как боли в животе, лихорадка, что не является специфическими симптомами инсульта. Поэтому в знании симптомокоплекса данного заболевания наиболее высокой осведомленностью обладают респонденты более молодого возраста.

На вопрос «Как вы оцениваете собственный риск данного заболевания?» достоверных различий между группами определено не было: 20,5% (n_1=23,3%, n_2=17,5%) респондентов ответили, что риск низкий, 53% (n_1=55,8%, n_2=50%) – средний, 14,5% (n_1=11,6%, n_2=17,5%) – высокий и 12% затрудняются ответить. Однако только 75,9% знают собственное артериальное давление (из них артериальной гипертензией 1-й и 2-й степеней страдают 18,1%) и 51,8% уровень холестерина в крови (из них высокий уровень – у 10,8%), причем статистически значимо различие между количеством респондентов с ожирением во 2 группе в сравнении с 1-ой (n_1=4,7%, n_2=15%; $p<0,05$). Помимо этого, у 57,8% (n_1=60,5%, n_2=50%) респондентов риск повышается в связи с тем, что у близких родственников имеются такие заболевания, как гипертоническая болезнь (30,1%), ишемическая болезнь сердца (10,8%), сахарный диабет (4,8%), ожирение (7,2%), ранее перенесенный инсульт (2,4%). Причем у 33,7% встречаются данные заболевания, из них достоверно чаще у респондентов более старшего возраста (n_1=14%, n_2=55%; $p<0,05$).

На вопрос по профилактике развития инсульта 28,6% респондентов, из которых 1 группадостоверно чаще отказываются от вредных привычек, чем 2-ая (n_1=60,5%, n_2=30%; $p<0,05$), при этом злоупотребление табакокурением и алкоголем наблюдается у 26,5% (n_1=23,3%, n_2=30%) и 3,6% (n_1=2,3%, n_2=5%) соответственно, а регулярными физическими нагрузками занимается только 22,9% (n_1=25,6%, n_2=20%), что противоположно субъективной оценке риска инсульта, данной респондентами, но достоверными различия не считаются.

Также был задан вопрос о возможности оказания первой медицинской помощи (ПМП) человеку с приступом инсульта, на что только 14,5% респондентов ответили положительно (n_1=16,3%, n_2=12,5%), что говорит о низком уровне медицинской грамотности населения в целом.

Дополнительную информацию о рисках и методах профилактики инсульта хотят получить 92,8% (n_1=93%, n_2=92,5%) респондентов.

Выводы. Таким образом, большинство респондентов имеют неправильное представление относительно сущности заболевания, не умеют оказывать ПМП. Достоверно чаще верные ответы дают респонденты более старшего возраста, что объясняется их высокой теоретической осведомленностью в данной области, но низкой относительно собственного здоровья: многие имеют высокий риск развития инсульта из-за сопутствующих заболеваний, вредных привычек, пассивного образа жизни. Поэтому необходимо организовать беседы, лекции, тренинги, чтобы углубить знания по вопросам эпидемиологии и профилактики данного заболевания как для молодого, так и для взрослого поколения, поскольку текущая осведомленность населения является достаточно низкой.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ УРОВНЯ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ СТУДЕНТАМИ РАЗЛИЧНЫХ ВУЗОВ

Е.В. Фей, П.О. Туркина – студенты Л-519 гр. лечебного факультета

Кафедра неврологии и нейрохирургии с курсом медицинской реабилитации и курсом психиатрии

УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь Научный руководитель: д.м.н., доцент И.М. Сквира

Актуальность. Исследователи здоровья студентов в течение последнего десятилетия подтверждают, что алкоголь по-прежнему остается самым распространенным видом аддикций среди студентов, в том числе и медицинских вузов. Этому способствует начало самостоятельной жизни, свобода выбора, традиции, передающиеся между поколениями

студентов из года в год. Возможно, что на уровень проблем, связанных с употреблением алкоголя, влияют условия среды, где обучается студент, социально-психологические особенности каждого конкретного вуза, гендерные отличия.

Цель. Сравнить уровень проблем, связанных с употреблением алкоголя, у студентов различных высших учебных заведений (вузов) г. Гомеля.

Материалы и методы исследования.Было проведено скрининговое анонимное тестирование 154 студентов 3 курса учреждений образования: «Гомельский государственный медицинский университет» (ГГМУ, n=37), «Гомельский государственный университет им. Фр. Скорины» (ГГУ, n=45), «Белорусский государственный университет транспорта» (БГУТ, n=37) и «Гомельский государственный технический университет» им. П.О. Сухого (ГГТУ, n=35). В исследовании использовался тест AUDIT (AlcoholUseDisordersIdentificationTest). Тест разработан ВОЗ и является стандартом диагностики уровня проблем, связанных с употреблением алкоголя. Его десять вопросов касаются употребления алкоголя в течение последних 12 месяцев. Стандартная порция алкоголя означает 10 граммов абсолютного спирта (1 банка пива 330 мл, 1 бокал вина 140 мл, 1 рюмка крепкого алкоголя 40 мл). Статистическая обработка результатов скрининга производилась с помощью компьютерной программы Microsoft Office Excel 2007 (в частности, проводили дисперсионный анализ, вычисление средних значений M, стандартного отклонения σ, достоверности отличия по критерию Стьюдента). Уровень критической значимости соответствует p=0,05.

Результаты исследования и их обсуждение. Распределение студентов групп сравнения по половому признаку —таблица 1.

Таблица 1 — Распределение студентов групп сравнения по полу

Пол	Всего, n=154		*ГГМУ, n=37		ГГУ, n=45		БГУТ, n=37		*ГГТУ, n=35	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Мужской	95	61,7	12	32,4	22	48,9	27	73,0	34	97,1
женский	59	38,3	25	67,6	23	51,1	10	27,0	1	2,9

Примечание. *Отличие от среднего значения статистически значимо, p<0,05

Как следует из таблицы 1, по сравнению со средними значениями, в ГГМУ выявлено статистически значимое преобладание студенток (25, или 67,6% из 37), а в ГГТУ — студентов (34, или 97,1% из 35) (p <0,05).

Далее было проведено исследование по показателям теста AUDIT. Установлено, что 22 (14,3%) из 154 студентов третьих курсов алкоголь не употребляли. Среди групп сравнения количество трезвенников распределилось следующим образом: ГГМУ — 6 (16,2%) из 37; ГГУ — 9 (20,0%) из 45; БГУТ — 4 (10,8%) из 37 и ГГТУ — 3 (8,6%) из 35 студентов

(статистически значимых отличий от среднего значения не выявлено, p>0,05). 132 (85,7%) из 154 опрошенных студентов употребляли алкоголь с различной частотой.

По всем 10 шкалам теста у 154 исследованных студентов показатель теста AUDIT в среднем был 5,96±1,41 баллов. Средний балл составил: ГГМУ — 3,81±3,34, ГГУ — 6,73±6,38, БГУТ — 7,03±6,23 и ГГТУ — 6,26±4,86 (отличия ГГМУ от трех других вузов статистически значимы, p <0,01). Статистически значимых отличий между тремя другими вузами не выявлено (p>0,05). Зоны риска по тесту AUDIT: 0 баллов — трезвенники; 1–7 баллов — умеренное употребление; 8–19 — опасное и вредное употребление алкоголя; более 20 баллов — возможно наличие алкогольной зависимости. Распределение студентов групп сравнения по зонам риска, связанных с употребление алкоголя — таблица 2.

Таблица 2 — Распределение групп по зонам риска, связанным с употребление алкоголя

Баллы	Всего, n=154		ГГМУ, n=37		ГГУ, n=45		БГУТ, n=37		*ГГТУ, n=35	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
0	22	14,3	6	16,2	9	20,0	4	10,8	3	8,6
1–7	90	58,4	27	73,0	20	44,4	22	59,5	21	60,0
8–19	37	24,1	4	10,8*	13	28,9	9	24,3	11	31,4
Более 20	5	3,2	0	0,0	3	6,7	2	5,4	0	0,0

Примечание. *Отличие от среднего значения статистически значимо, p<0,05

Таким образом, как следует из таблицы 2, большинство третьекурсников (без межгрупповых отличий, p>0,05) — 90 (58,4%) из 154 — находились в зоне умеренного употребления алкоголя. Но в то же время из всех 154 студентов, примерно, четверть — 37 (24,1%) — находились в зоне опасного и вредного употребления, а у 5 (3,2%) студентов выявлены признаки алкогольной зависимости. Причем, если по уровню употребления алкоголя, не выходящего за рамки допустимого ВОЗ, отличий между подгруппами не выявлено (p>0,05), то по соотношению студентов, злоупотребляющих алкоголем, выявлено межгрупповое отличие. Если среди студентов ГГМУ только 4 (10,8%) из 37 находились в зоне опасного и вредного употребления, то среди студентов трех других вузов таких было: 13 (28,9%) из 45, 9 (24,3%) из 37 и 11 (31,4%) из 35 человек, соответственно (отличие ГГМУ от трех других подгрупп статистически значимо, p<0,05). Мы считаем, что, меньший уровень злоупотребления алкоголем в медицинском вузе связан с лучшей осведомленностью студентов-медиков об опасном действии психоактивных веществ. Но, возможно, это связано и с тем, что в трех других вузах большее количество студентов мужского пола, среди которых уровень проблем, связанных с употреблением алкоголем, выше.

После подведения итогов тестирования, студентам, набравшим 8 и более баллов по

тесту AUDIT, были разъяснены негативные последствия для здоровья, к которым приводит подобный уровень потребления алкоголя, даны рекомендации сократить объем потребления спиртных напитков.

Выводы. Показатели распространенности связанных с алкоголем проблем среди студентов, г. Гомеля соответствуют среднестатистическим показателям по данным других исследователей. Был выявлен относительно низкий процент абсолютных трезвенников. Включение скрининга проблемного употребления алкоголя с последующей разъяснительной работой о факторах риска опасного и вредного употребления алкоголя в учебно-воспитательную работу со студентами может способствовать формированию и актуализации у студенческой молодёжи установок на здоровый образ жизни.

НАРУШЕНИЕ РАВНОВЕСИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ: ВКЛАД ПРОПРИОЦЕПТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ

Л.Н. Балакирева – студентка 17 группы лечебного факультета

Кафедра нервных болезней с медицинской генетикой и нейрохирургией

ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России, Ярославль, Россия

Научный руководитель – д.м.н. доц. Касаткин Д.С.

Актуальность. Рассеянный склероз (РС) – тяжелое заболевание центральной нервной системы, приводящее к нетрудоспособности и инвалидизации лиц, преимущественно молодого возраста. Одним из наиболее ранних проявлений данного заболевания является нарушение механизмов поддержания вертикальной стойки, которое достигается согласованным взаимодействием сенсорных систем. Нарушение координации движений приводит к существенным проблемам самообслуживания и трудностям при ходьбе.

Цель. Изучить особенности нарушения равновесия у пациентов с РС.

Материалы и методы исследования. 31 пациент (23 женщины, 8 мужчин), средний возраст - 41 год, средний балл EDSS - 3 балла; стабилометрическое исследование (европейская позиция) с открытыми и закрытыми глазами на стабилометре ST-150 («Биомера») с анализом площади опоры и скорости девиации центра давления; шкала равновесия Берга (BBS); стандартный неврологический осмотр с определением балла EDSS; статистические непараметрические методы

Результаты и обсуждение. По результатам клинического осмотра только 38,7% пациентов были неустойчивы при проверке с открытыми глазами, при закрывании глаз – 93,5% (при этом в 35% случаев отмечалось падение), что свидетельствует об относительно небольшом вовлечении мозжечка, но существенном страдании путей глубокой чувствительности. При оценке по тесту Берга средний балл составил 43, что соответствует

небольшому риску падений. Балл ожидаемо был ниже в группе пациентов, имевших обострения с нарушения координации (F=4.25, p=0.048), однако, отмечается достоверное нарастание выраженности балла с длительностью течения заболевания отмечалось в обеих группах (R=-0.43, p=0.029). Значительное нарушение отмечалось при выполнении упражнений со значительным вовлечением проприоцепции – стояние с закрытыми глазами, стояние со стопами по одной линии, стояние на одной ноге. При оценке стабилометрических показателей у 65% обследуемых при закрытии глаз наблюдалось увеличение площади и скорости более чем на 20%, что инструментально подтверждает гипотезу о преобладании сенситивного компонента в нарушении равновесия у пациентов с РС

Вывод. Нарушение глубокой чувствительности является значимым фактором нарушения равновесия у пациентов даже на ранних этапах течения заболевания, что приводит к ранней инвалидизации. Раннее выявление и коррекция подобных нарушений могут существенно улучшить качество жизни пациентов.

НАРУШЕНИЕ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ

Д.А.Цветкова – студент 403 гр. лечебного факультета

Кафедра неврологии имени профессора В.П.Первушина

ФГБОУ ВО ПГМУ им. Академика Е.А. Вагнера Минздрава России, Пермь, Россия

Научный руководитель – к.м.н., ассистент Т.Н. Трушникова

Актуальность: Рассеянный склероз - хроническое прогрессирующие заболевание нервной системы, характеризующееся поражением нескольких отделов нервной системы одновременно, что приводит к неврологической полисимптоматике. В последнее время все чаще данное заболевание наблюдается у людей молодого и среднего возраста. Морфологической основой заболевания является появление очагов разрушения миелина белого вещества головного и спинного мозга. Первые симптомы могут проявляться в виде снижения остроты зрения, скотом, ощущения нечеткости изображения, нарушения функций глазодвигательных мышц, неврита лицевого нерва, приступов головокружения. Поражение мозжечка, в виде нарушения равновесия при ходьбе, часто становятся заметны уже на начальной стадии заболевания. При повреждении пирамидных путей практически сразу появляется повышенная мышечная утомляемость, асимметрия сухожильных рефлексов. Очень часто заболевание дебютирует с чувствительных расстройств, таких как – парестезии, дизестезии, снижение вибрационной чувствительности. Прогрессирование рассеянного склероза приводит к поражению различных отделов центральной нервной системы. Согласно последним данным, существует мнение о поражении серого вещества головного

мозга, а вследствие этого и возникновению новых симптомов, таких как нарушение когнитивных функций.

Когнитивные нарушения, как одно из проявлений рассеянного склероза, также могут быть связаны и с дисфункцией конкретных зон белого вещества, в частности, с наличием очагов деминилизации в лобных долях, парието-окципитальной области правого или левого полушария, с перивентрикулярной локализацией очагов или с объемом субтенториально расположенных очагов.

Симптомы когнитивной дисфункции при рассеянном склерозе, могут проявляться как в дебюте рассеянного склероза, так и в развернутой клинической картине заболевания. Характерной чертой когнитивного дефицита у одного и того же больного является флюктуация нарушений памяти и внимания в зависимости от различных факторов, таких как усталость, воспалительные и инфекционные заболевания, эмоциональное напряжение и стрессы. Для оценки когнитивных функций используют ряд тестов, направленных на изучение различных аспектов интеллекта. Например, символьно-цифровой метод исследования используется для скрининга нарушений мозговой деятельности и включает преобразование геометрических конструкций в письменные числовые ответы. При всей простоте данного теста, он достаточно чувствителен к нарушениям в когнитивной сфере, даже в то время, когда проведение других тестов не показывает нарушение памяти и внимания.

Цель исследования: Выявить с помощью тестирования наличие когнитивных нарушений у пациентов с рассеянным склерозом. Оценить динамику когнитивных нарушений в зависимости от длительности и тяжести заболевания, а также возможное влияние на когнитивную дисфункцию уровня депрессии.

Материал и методы: Были обследованы 23 пациента с достоверным диагнозом рассеянный склероз в возрасте от 30 до 48 лет, средний возраст - 37,4 года, среди них - 6 мужчин и 17 женщин, средняя длительность заболевания на момент обследования составила 12 лет. Уровень по шкале EDSS от 3,0 до 6,0 баллов, в среднем 4,6 балла. Использовались следующие тесты: символьно-цифровой (SDMT-тест), тест с часами, тест на обобщение слов, тест на динамический праксис, госпитальная шкала депрессии Бека. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с программы Statistica 10.

Результаты: Выявлена отрицательная корреляционная связь между выполнением символьно-цифрового теста и когнитивной дисфункцией ($R = -0{,}51$, $p = 0{,}03$). Была обнаружена положительная корреляционная связь между выполнением символьно-цифрового теста и теста часов ($R = 0{,}46$, $p = 0{,}04$). Также установлена положительная корреляционная связь между депрессией по шкале Бека и уровнем балла по шкале EDSS

(R=0,42, p=0,03). Так же при анализе общих данных пациентов, было получено, что выраженность когнитивных нарушений была достоверно выше у пациентов с вторично-прогрессирующим рассеянным склерозом, чем у пациентов с ремитирующим типом течением заболевания (U=26, p=0,001).

Выводы: На основании полученных результатов можно судить о наличии когнитивных расстройств у пациентов с рассеянным склерозом, более выраженное при вторично-прогредиентном типе течения и более высоком уровне инвалидизации, определяемой по шкале EDSS. Кроме того, опосредованно можно судить, что уровень депрессии может влиять на уровень когнитивного дефицита. В дальнейшем планируется исследовать уровень когнитивного дефицита у пациентов с депрессией, при лечении и коррекции выявленных эмоциональных нарушений.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ РЕФЛЕКСОВ ПРИ СПАСТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЯХ

М. С. Макеева – студентка лечебного факультета

Кафедра неврологии имени В.П. Первушина

ФГБОУ ВО ПГМУ им. Академика Е.А. Вагнера Минздрава России, Пермь, Россия Научный руководитель – к.м.н., доцент Л. В. Пустоханова

Актуальность. Патологические рефлексы являются патогномоничным признаком при развитии центрального пареза. На основании неврологического обследования, являющегося основой клинического диагноза [1-3], проведен анализ частоты встречаемости патологических рефлексов при спастических нарушениях

Цель исследования. Определить частоту встречаемости патологических рефлексов при центральных парезах.

Материал и методы. Проведен клинический осмотр 32 пациентов неврологического отделения ГБУЗ ПК «Пермской краевой клинической больницы» в возрасте 30-63 лет, имеющих центральные парезы. Оценена частота появления патологических симптомов сгибательного и разгибательного типов.

Результаты исследования. Среди испытуемых было 16 мужчин и 16 женщин. Большинство больных (30 чел.) страдали рассеянным склерозом. В одном наблюдении был диагностирован боковой амиотрофический склероз, и в одном – спинальный инсульт. 22 пациента (из них один с боковым амиотрофическим склерозом) имели гемипарез, в том числе 19 – справа, 3 – слева. У 10 пациентов (один из них со спинальным инсультом) отмечались признаки нижнего спастического парапареза. Проведена оценка степени

выраженности пареза по пятибалльной шкале, где 0 баллов – отсутствие произвольных движений, паралич, а 5 баллов – нормальная сила мышц, полный объём движений. Выявлено, что объем движений был полным или незначительно ограниченным (мышечная сила снижена от 4 до 3 баллов) у 18 пациентов, из них у 2 пациентов с левосторонним гемипарезом, у 9 – с правосторонним гемипарезом и у 7 – с нижним спастическим парапарезом. Значительно выраженный парез со снижением мышечной силы от 2 до 0 баллов, с выраженными клонусами и патологическими рефлексами отмечен у 14 больных. В их число вошли 10 пациентов с гемипарезом справа, один пациент - с гемипарезом слева, 3 пациента – с нижним центральным парапарезом.

При анализе частоты проявлений патологических рефлексов по разгибательному типу получено преобладание рефлекса Бабинского (28 из 29 наблюдений – справа, 10 из 13 наблюдений – слева). Далее следуют патологический рефлекс Оппенгейма (27 – справа, 9– слева), Монакова (25 справа и 7 слева) Шеффера (24 справа и 4 слева), Гордона (23 справа и 3 слева).

При исследовании патологических рефлексов сгибательного типа, (Бехтерева 1 и Бехтерева 2, Россолимо, Корнилова-Жуковского) преобладающего рефлекса не было выявлено. Все исследуемые рефлексы встречались в равном количестве (25 из 29 наблюдений справа и 4 из 13 наблюдений – слева).

Увеличение числа патологических рефлексов у одного пациента не отражало степень нарастания выраженности пареза. Как правило, при выраженных параличах количество патологических рефлексов было меньше.

Так, число патологических рефлексов на одну конечность (справа) составило при умеренном парезе (16 чел.) 2,94±1,7, а при выраженном парезе (13 чел.) – 1,15±0,53 (p=0,0026).

Выводы.

Неврологический осмотр остается основой клинического диагноза, на основании которого можно судить о степени тяжести неврологического заболевания;

Патологические рефлексы являются наиболее характерным признаком центрального пареза. Наиболее часто встречаемым патологическим рефлексом при центральных парезах является рефлекс Бабинского. К редким патологическим симптомам можно отнести рефлекс Гордона и патологические рефлексы сгибательного типа.

Увеличение числа патологических рефлексов у одного пациента не отражает степени выраженности пареза и должно быть оценено в комплексе с другими симптомами.

Число патологических рефлексов снижается с увеличением тяжести пареза.

Список литературы

1. А.А.Михайленко Клиническая неврология: семиотика и топическая диагностика. СПб.: Фолиант, 2012, 431 с.
2. Болезни нервной системы. / Под ред. Н.Н.Яхно, Д.Р.Штульмана. – М.:Медицина, 2003. Т.1-2.
3. Дифференциальная диагностика нервных болезней. / Под ред. Г.А.Акимова, М.М.Одинака. – Спб.:Гиппократ, 1997. 608 с.

ЛЕЧЕНИЕ МИГРЕНИ МОНОКЛОНАЛЬНЫМИ АНТИТЕЛАМИ

З. З. Хайретдинова – студентка 157-А гр. лечебного факультета,

И.В. Джемилов – студент 151-А гр. педиатрического факультета

Кафедра нервных болезней и нейрохирургии

Медицинской академии имени С.И. Георгиевского

ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского», Симферополь, Россия

Научный руководитель – ассистент Е. Б. Пилипенко

Актуальность. Мигрень является одним из наиболее частых неврологических расстройств, распространенных во всех географических регионах мира. Ее распространённость колеблется у женщин от 11 до 25%, у мужчин – от 4 до 10%. Женщины испытывают мигренозные приступы в 2 — 3 раза чаще, чем мужчины. Высокая распространённость, огромные экономические затраты требуют поиска новых принципов диагностики и лечения данного заболевания.

Цель исследования. Выяснить механизм действия и эффективность моноклональных антител при мигрени.

Материалы и методы. На основании изучения современных литературных источников была произведена обработка информации и осуществлён теоретический анализ.

Результаты исследования. Мигрень - это нейроваскулярное расстройство, связанное с дисфункцией церебральных невральных и сосудистых образований. Головная боль возникает при *активации ганглия тройничного нерва, приводящей к выбросу различных медиаторов, одним из которых является CGRP (*кальцитонин–ген-связывающий пептид*). Он обладает сильным сосудорасширяющим эффектом., усиление его выброса приводит к локальной вазодилятации и отеку.* Повышенная проницаемость стенок расширенных сосудов способствует миграции воспалительных клеток в зону повреждения и развитию локального воспаления.

На данный момент изучена ключевая роль CGRP в патогенезе мигрени. CGRP —

нейропептид, состоящий из 37 аминокислот, который является одним из наиболее сильных пептидов — вазодилататоров периферических и церебральных кровеносных сосудов. У него имеется две изоформы: 1) α (преобладает в периферической нервной системе); 2) β (в нервной системе внутренних органов). Он обладает длительным сосудорасширяющим эффектом. Примером является эритема, которая сохраняется до 5–6 часов, при инъекции малых доз в кожу человека.

Для превентивного лечения эпизодической и хронической мигрени были внедрены моноклональные антитела, которые делятся на две группы: первые – действуют на пептид (Galcanezumab (LY2951742), Eptinezumab (ALD403), Fremanezumab (TEV48125)), а вторые – блокируют связывание пептида с рецептором Erenumab (AMG334). CGRP и рецепторы к CGRP представлены в тригеминальном ганглии - зона лишенная ГЭБ. Тригеминальный ганглий является точкой приложения моноклональных антител.

Наиболее изученным моноклональным антителом является Erenumab - полностью гуманизированное антитело, которое селективно блокирует связывание CGRP с его рецептором. Для выявления его эффективности и безопасности было проведено два исследования 3 – й фазы. В исследовании STRIVE были включены 955 пациентов, которые были разделены случайным образом на группы, получающие плацебо или erenumab в дозе 70 или 140 мг, который вводился подкожно 1 раз в месяц на протяжении 24 недель. При оценке количества дней с мигренью erenumab имеет ряд преимуществ: уменьшает частоту приступов, достоверно уменьшает количество препаратов для купирования приступов в месяц, а также улучшает повседневную активность. Наиболее эффективная доза данного препарата составляет 140 мг.

При аналогичном исследовании 3-й фазы ARISE, в ходе которого было задействовано 577 взрослых пациентов, рандомно разделенных на 2 группы — плацебо и 70 мг erenumab (подкожно ежемесячно в течение 12 недель). Erenumab статистически значимо уменьшал частоту мигрени, прием мигрень-специфических купирующих препаратов. Большее количество пациентов достигали редукции количества мигренозных дней на 50 % при применении erenumab.

Fremanezumab (TEV-48125) представляет собой полностью гуманизированное моноклональное антитело, которое блокирует обе изоформы CGRP — α и β. Данный препарат показал эффективность применения у пациентов с частой эпизодической мигренью. Его вводили подкожно в течении 28 дней, в дозировке 225 и 675 мг. Это привело к уменьшению продолжительности головной боли, уменьшению интенсивности и к купированию приступа в течении первой недели лечения.

Для лиц, страдающих хронической мигренью, было изучено действие

моноклонального антитела erenumab в 2 фазы. В ходе исследования были рандомизированы 667 взрослых лиц для подкожного введения плацебо или приема 70 и 140 мг erenumab один раз в месяц. Данный препарат оказался достоверно эффективнее плацебо по редукции (на ≥ 50 % и более) дней с мигренью в месяц, редукции дней с приемом антимигренозных препаратов для купирования и уменьшения общего количества продолжительности головных болей в месяц.

Оценка эффективности и безопасности еще одного анти-CGRP моноклонального антитела — Eptinezumab (ALD403) при хронической мигрени была проведена в исследовании 2-й фазы. В него были включены 665 пациентов, отвечающих критериям хронической мигрени, которым однократно внутривенно вводили различные дозы ALD403 — 10, 30, 100, 300 мг или плацебо. Редукция количества дней с мигренью на 75 % статистически значимо различалась с плацебо для дозировок 100 и 300 мг. Также показано, что однократная внутривенная инфузия eptinezumab в дозе 100 и 300 мг значительно уменьшает количество эпизодов и часов мигрени в течение 28 дней.

Выводы. Моноклональные антитела против CGRP и рецепторов CGRP стали новой генерацией терапевтических средств, которые на сегодняшний день демонстрируют четкий механизм действия, значительную клиническую эффективность наряду с хорошим профилем безопасности и стали значительным достижением в превентивной терапии мигрени. Некоторые из них непосредственно связывают кальцитонин-ген-связанный пептид: Galcanezumab, Eptinezumab, Fremanezumab. Другие селективно блокируют связывание CGRP с его рецептором - Erenumab. Все эти препараты уменьшает частоту приступов, достоверно уменьшают количество препаратов для купирования приступов в месяц, а также улучшают повседневную активность. Единственным недостатком применения моноклональных антител является их стоимость, т.к. их производят с помощью живых клеток.

РАЦИОНАЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АМИТРИПТИЛИНА У ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМ СИНДРОМОМ НА ФОНЕ ДОРСАЛГИИ

А. М. Гасанова - студентка 611 гр. педиатрического факультета,

П. М. Абдусаламова, З. М. Идрисова - студентки 610 гр. педиатрического факультета

Кафедра нервных болезней, медицинской генетики и нейрохирургии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научные руководители - заведующий кафедрой, к.м.н., доцент Б. А. Абусуева, ассистент кафедры К. Б. Манышева

Актуальность. Дорсалгии занимают лидирующее положение среди всех болевых синдромов и находится на 3 месте в структуре временной утраты трудоспособности

работающего населения, что объясняет высокую медицинскую и социально-экономическую значимость данной проблемы.

Дорсалгия является результатом дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника - остеохондроза, протрузий и грыж межпозвоночных дисков. Она проявляется локальными болями различной интенсивности с возможностью их иррадиации в другие зоны. Также в качестве основных симптомов выступают нарушения чувствительности, как правило, по корешковому типу.

Цель исследования – определить рациональность применения трициклических антидепрессантов у пациентов с дорсалгией , с определением депрессивногостатуса и уровня тревоги.

Материалы и методы исследования. Обследовано 100 пациентов с клиническим диагнозом протрузия и грыжа МПД сопровождающийся дорсалгией из отделений хирургической вертебрологии и вертеброневрологии Республиканской клинической больницы Республики Дагестан. Пациенты были разделены на две группы – основную (60 человек) и контрольную (40человек), сопоставимые по полу и возрасту. Нами был проведен неврологический осмотр с определением рефлексов, границ нарушения чувствительности, симптомов натяжения нервных корешков, пальпации паравертебральных точек и перкуссии остистых отростков позвонков и точек Вале для определения локализации болевого синдрома. Выраженность болевого синдрома оценивали по визуальной аналоговой шкале боли. Для определения депрессивного статуса пациентов использовали госпитальную шкалу тревоги и депрессии. Для верификации диагноза всем пациентам были выполнены нейровизуализационные методы исследования – МРТ или КТ. Исследуемые были распределены по полу и возрасту. В основной группе были 39 женщин (65%) и 21 мужчина (35%). В контрольной группе 25 женщин (63%) и 15 мужчин (37%). Количество женщин в возрасте от 19 до 44 лет в обеих группах составило 25 (63%), мужчин – 15 (37%), в возрасте от 45 до 77 женщин – 39 (65%), мужчин – 21 (35%).

Результаты. При определении интенсивности болевого синдрома выявлено, чтопостоянная боль от легкой до умеренной (1–5 баллов по ВАШ) отмечалась у 70% женщин и 30% мужчин. От умеренной до невыносимой (6–10 баллов по ВАШ) – у 68% женщин и 32% мужчин. При определении локализации болевого синдрома, больные особенно часто жаловались на постоянные боли в поясничной области с иррадиацией в нижние конечности (больше слева). Анализируя данные больных по госпитальной шкале тревоги и депрессии, мы установили, что тревожное и/или депрессивное состояние наблюдалось только у пациентов из основной группы. У 67% пациентов уровень тревоги и депрессии находился в пределах нормы, 15% находились в состоянии субклинически

выраженной тревоги, 6% – клинически выраженной тревоги и 12% – клинически выраженной тревоги и субклинически выраженной депрессии. В контрольной группе уровни тревоги и депрессии у пациентов были в пределах нормы. Это можно объяснить тем фактом, что в лечении больных контрольной группы, помимо стандартных групп препаратов, таких как кортикостероиды и НПВС, ноотропы, противосудорожные, миорелаксанты, применялся и трициклический антидепрессант амитриптилин.

Выводы. В результате исследования выявлено, что лечение больных с дорсалгией дает лучший эффект при комбинировании препаратов с трициклическими антидепрессантами. Мы считаем целесообразным применение антидепрессантов в лечении больных с дорсалгией, как в острой, так и в хронической форме. Стоит отметить, что лечение амитриптилином проводилось только 44 из 60 пациентов основной группы. У 6 женщин и 10 мужчин, не получавших трициклический антидепрессант, не наблюдалось признаков ни тревоги, ни депрессии. Таким образом, применение антидепрессантов должно быть сугубо индивидуальным, так как при удовлетворительном эмоциональном состоянии и самочувствии пациента, необоснованное назначение трициклических антидепрессантов, особенно, амитриптилина, может привести к возникновению побочных эффектов, таких как ипохондрия, деперсонализация, астения и др.

ДВИГАТЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ У ЖЕНЩИН В ДАГЕСТАНЕ

Ф.Б. Джамалутдинова, Н.А. Умарова – студентки 624 гр. лечебного факультета,
К.Б. Манышева – ассистент

Кафедра нервных болезней, медицинской генетики и нейрохирургии
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия
Научный руководитель - к.м.н., доцент Б.А.Абусуева

Актуальность. Двигательные нарушения являются одним из наиболее часто встречающихся симптомов инсульта, а их наличие в процессе реабилитации и сохранение в периоде стойких резидуальных явлений часто обусловливает не только утрату трудоспособности и инвалидность, но и неспособность обслуживать себя у пациентов, перенесших инсульт [3].

Цель исследования – определить частоту и степень выраженности двигательных нарушений у женщин с ишемическим инсультом (ИИ).

Материалы и методы. На базе ГБУ «Республиканская клиническая больница» РД проведен анализ 76 случаев ИИ у женщин. Средний возраст пациенток составил – 65,4±11,3

лет. Средняя длительность нахождения в стационаре – 13,4±4,9 дней.

Всем пациенткам был проведен соматический и неврологический осмотр. Наличие двигательных нарушений и оценку их глубины проводили по шкале Британского совета медицинских исследований (ШБСМИ). Кроме того, у каждой пациентки оценивали уровень бодрствования по шкале комы Глазго (ШКГ). Диагноз ИИ верифицирован с помощью методов нейровизуализации. Поученные результаты были обработаны статистически при помощи программного пакета MicrosoftOfficeExcel 2007.

Результаты исследования. Локализация сосудистых очагов по бассейнам кровоснабжений у пациенток следующая: у 32% пациенток – в вертебрально-базилярной системе (ВБС), у 68% – в каротидной системе, из них более чем у половины – в бассейне правой средней мозговой артерии (СМА).

Первичный ИИ имел место у 87% женщин. У остальных отмечался второй или третий в жизни ИИ.

На момент госпитализации уровень сознания у всех пациенток, за исключением одной, составил 15 баллов по ШКГ, у одной пациентки – 10 баллов по ШКГ.

Синдром двигательных нарушений имел место у 73% больных. У 40% пациенток с инсультом в бассейне СМА парезов не отмечалось. Правосторонний и левосторонний гемипарез встречался с одинаковой частотой среди остальных больных с очагом в бассейне СМА. Среди женщин с ИИ в ВБС парезы отмечались лишь в 24% случаев.

При оценке мышечной силы по ШБСМИ у 37% больных мышечная сила была сохранена, у 53% пациенток наблюдался равномерный гемипарез. У половины из них она составила 4 балла, у 25% – 3 балла, у 5% – 2 балла, у 10% – 1 балл, у 10% – 0 баллов. У 10% пациенток парез был неравномерным – в руке отмечалась плегия при силе мышц в ноге от 2 до 4 баллов.

Выводы. Заболеваемость цереброваскулярными болезнями в 2016 г. в России составила 5971,4 случаев на 100000 населения [1]. Инсульт у женщин, как правило, протекает тяжелее, чем у мужчин, а уровень смертности и инвалидизации в его исходе у женщин более высок [2, 3]. Двигательные нарушения при инсульте встречаются довольно часто и являются ярким симптомом, в связи с этим их определение включено в мнемоническое правило определения признаков инсульта УДАР (улыбка, движение, артикуляция, решение). Но более чем у ¼ женщин с ИИ в нашем исследовании этот симптом не наблюдался. Следовательно, необходимо обращать внимание и на другие, менее выраженные симптомы, выявление которых обеспечит пациентам раннюю госпитализацию и возможность получения наиболее эффективного метода лечения – системной тромболитической терапии.

Список литературы

1. Здравоохранение в России. 2017: Стат. сб./ Росстат. – М., 2017, 170.
2. Манышева К.Б. Гендерные особенности острых нарушений мозгового кровообращения. *Медицинский алфавит.* 2018; 1: 45-49.
3. Манышева К.Б., Абусуева Б.А., Алиева А.Д., Исмаил-Заде Э.Н. Клинико-эпидемиологическая характеристика ишемического инсульта в Республике Дагестан // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2018. Т. 118. № 3 (2). – С. 20–24.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ СИНДРОМА ЛАНДАУ-КЛЕФФНЕРА

Е. В. Третьяк - студентка 133А гр. лечебного факультета,

В. Р. Фёдорова- студентка 131А гр. лечебного факультета,

В. Ю. Шурыгин - студент 155В гр. лечебного факультета

Кафедра психиатрии, наркологии, психотерапии

с курсом общей и медицинской психологии

Медицинской академии имени С.И. Георгиевского

ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского», Симферополь, Россия

Научный руководитель - ассистент Д. А. Убейконь

Актуальность. Синдром Ландау-Клеффнера (СЛК)или «Синдром приобретенной эпилептической афазии»– это заболевание из группы возрастзависимых эпилептических энцефалопатий с феноменом продолженной пик-волновой активности в фазу медленного сна. Заболевание характеризуется клинической триадой в виде различного типа «доброкачественных» эпилептических приступов, нарушения высших психических функций с преобладанием афатических расстройств, а также эпилептической активности на электроэнцефалограмме (ЭЭГ)типа доброкачественных эпилептиформных паттернов детства. Частота СЛК составляет 1,46 % среди всех форм эпилепсии у детей до 14 лет. Определяющим критерием тяжести заболевания и степени инвалидизации является выраженность афазии, когнитивных расстройств и нарушений поведения.

Цель исследования.Изучить краткосрочные и долгосрочные результаты фармакотерапии СЛК различными препаратами на основе клинических случаев и доступных в литературе данных.

Материалы и методы исследования. Нами был проведён анализ данных клинических наблюдений двух случаев детей с СЛК, находившихся на лечении в Крымской республиканской психиатрической больнице №1 г. Симферополя Республики Крым, а также

клинические случаи, описанные в научной литературе.

Результаты исследования. Пациенту А. был выставлен диагноз СЛК в 4 года. В течении 3,5 лет в рамках этиотропной терапии он получал соли вальпроевой кислоты (25 мг/кг сут.) в комбинации с карбамазепином (15 мг/кг/сут.) и этосуксимидом (20 мг/кг сут.). Указанная комбинация препаратов оказалась малоэффективной: сохранялись атипичные абсансы и диффузные эпилептические изменения на ЭЭГ. Через полгода (в 8 лет) после замены этих препаратов на топирамат в дозе 500 мг/сут., общее состояние улучшилось, снизилось количество приступов, однако эпилептические изменения на ЭЭГ и языковые нарушения остались без изменений. Спустя 5 лет терапии тяжесть состояния начала прогрессировать: нарушение звукопроизношения и грамматического строя речи, снижение объёма зрительно-слуховой памяти, усиление психической неустойчивости. Второму пациенту Б. был выставлен диагноз СЛК в 3,5 года. С начала в виде лечения он получал соли вальпроевой кислоты (300 мг/сут.) и ламотриджин (25 мг/сут.). Клиническое улучшение состояния было кратковременным (7 мес.), которое затем сменилось полным регрессом речи, учащением приступов и повышением регионарной эпилептической активности. Последующее назначение сультиама (100 мг/сут.) привело к купированию судорожных приступов, улучшению речевые функции, снижению эпилептиформной активности. Через 7 лет произошло лишь незначительное снижение речевых функций.

Выводы. Применение соли вальпроевой кислоты, карбамазепина и этосуксимида входят в стандартную терапию СЛК, однако в приведённых нами случаях эти препараты не дали ожидаемого положительного эффекта, а в долгосрочной перспективе привели к прогрессированию симптомов заболевания. Негативные результаты после приёма соли вальпроевой кислоты были также отображены в научной литературе. Монотерапия сультиамом, так же входящим в стандартную терапию, при неэффективности вальпроевой кислоты, дала положительный результат как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе. Однако, этот препарат редко используется несмотря положительные эффекты. Полученные результаты обуславливают необходимость дальнейшего исследования долгосрочной и краткосрочной эффективности препаратов для лечения СЛК.

БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

М.А.Алибекова - врач-невролог, заведующий отделением РЦДПОВ,.

М.Д.Шанавазова, М.А.Аскевова - аспиранты кафедры,

М.Д.Абдулкадырова - студентка 424 гр. лечебного факультета

Кафедра нервных болезней, медицинской генетики и нейрохирургии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала,Россия

Научный руководитель - к.м.н., доцент Б.А.Абусуева

Актуальность. Детский церебральный паралич (ДЦП) – симптомокомплекс, объединяющий группу хронически непрогрессирующих моторных нарушений, возникающих в антенатальном, интранатальном и неонатальном периоде. Восстановительное лечение ДЦП-процесс весьма трудоемкий, требующий много времени и усилий. К сожалению, не всегда приносит желаемых результатов.

В настоящее время заболеваемость ДЦП в мире составляет 1-2 ребенка на 1 тыс. новорожденных.

Было выявлено в ходе статистических исследований, что 3 из 4 детей с ДЦП(75%) чувствуют боль во время проведения различных физических двигательных занятий. Боль, как известно, провоцирует спастичность мышц, в результате чего действие реабилитационных мероприятий в разы уменьшается.

Цель исследования: исследовать интенсивность болевого синдрома при проведении реабилитационных мероприятий у детей с различными формами ДЦП.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на базе РЦОНПЗДИП, обследовано 45 детей с диагнозом ДЦП с различными формами, в период с 05.05.18 по 30.10.18.

Из них женского пола 24 (53,3%), мужского 21 (46,6%).

В соответствии с классификацией К.А.Семеновой (1978) дети были распределены по формам:

Спастическая диплегия- 19 (42,2%)

Двойная гемиплегия-15 (33,3%)

Атонически-астатическая-1 (2,2%)

Гиперкинетическая- 1 (2,2%)

Гемипаретическая- 9 (20%)

Обследование больных включало изучение соматического и неврологического статуса. Для оценки уровня спастичности применялась шкала Ашфорта, для оценки двигательной функции шкала GMFCS, для измерения интенсивности боли визуально- аналоговая шкала (ВАШ).

Результаты исследования. В настоящей работе приводятся результаты анализа прошедших под наблюдением обследование и реабилитацию 45 детей с диагнозом ДЦП. Возраст детей колебался от 6 до 11 лет.

Пациентам проводились следующие виды реабилитационных мероприятий: ЛФК,

массаж, войта-терапия, иглорефлексотерапия, физиолечение.

По шкале Ашворта 28(63%) детей из группы обследуемых получили 3 балла, 10 (22%)- 4 балла, 7 (15%)- 2 б.

По шкале GMFCSII уровень имели- 2(4,4%), IV-28 (62,2%), V - 15 (33,3%)

По шкале ВАШ дети со спастической диплегией получили 4 балла, с двойной гемиплегией 6-7 баллов, с гемипаретической формой 3 б, с гиперкинетической и атонически-астатической формой по 2 б.

Выводы. Согласно нашим наблюдениям, у детей с двойной гемиплегией с V уровнем по шкале GMFCS , по шкале Ашворта получившие 4 б, во время проведения реабилитационных мероприятий имели высокую степень болевой интенсивности по шкале ВАШ, то есть детям с двойной гемиплегией необходимо проведение более щадящих методов реабилитации.

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

И. В. Сухих – студент 22 гр. лечебного факультета,

А. А. Надеина – студентка 22 гр. лечебного факультета

Кафедра нервных болезней с медицинской генетикой и нейрохирургией,

ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России, Ярославль, Россия

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

Актуальность. Когнитивные нарушения и цереброваскулярная патология зачастую неразрывно связаны между собой. Сосудистая патология головного мозга является одной из наиболее частых причин когнитивных нарушений у людей старше 50 лет. До настоящего времени сосудистая деменция не имеет специального фармакологического лечения. Когнитивные нарушения приводят к ухудшению качества жизни, социальной дезадаптации (нарушению восприятия внешнего мира, возникновению трудностей в общении, обучении, запоминании), затруднению реабилитационных мероприятий. Своевременная диагностика, ранее начало лечения когнитивных расстройств и реабилитация больных после сосудистых патологий являются одними из наиболее актуальных и важных медицинских, социальных и экономических проблемам. Кроме того, в литературе описано влияние различных внешний факторов на течение когнитивных нарушений (уровень образования, профессия, регулярная физическая и интеллектуальная активность), их оценка может помочь в разработке адекватных реабилитационных мероприятий.

Данное исследование позволит комплексно количественно оценить уровень и

структуру когнитивного дефицита и качество жизни пациентов при различных видах цереброваскулярной патологии, выявить факторы риска развития когнитивных расстройств в этих группах пациентов и наметить пути их профилактики.

Цель исследования. Оценить уровень и изучить структуру когнитивных расстройств и качество жизни пациентов в зависимости от вида сосудистой патологии головного мозга.

Материалы и методы исследования. Обследовано 74 пациента: 25 с впервые развившимся полушарным инсультом (18 мужчин и 7 женщин, средний возраст возраст 59,92 ± 9,5 лет) и 49 с хронической дисциркуляторной энцефалопатией (16 мужчин и 33 женщины, средний возраст 66,14 ± 10,1 лет). Первичный осмотр проводился на 30-е сутки от начала инсульта и в период обострения ДЭП. Повторный осмотр – через 12 месяцев ± 2 недели. Нейропсихологическое тестирование включало: МоСА-тест (монреальская шкала оценки когнитивных функций), MMSE (краткая шкала оценки психического статуса), FAB (батарея лобной дисфункции), HADS (госпитальная шкала тревоги и депрессии). Активность жизнедеятельности оценивалась по шкале Бартел. Дополнительно для оценки возможных факторов риска проводился опрос о приеме лекарственных препаратов, наличия физической и интеллектуальной активности, воздействия стрессовых ситуаций. Для статистического анализа использован пакет программы Статистика 10.

Результаты исследования. Согласно МоСА-тесту когнитивные нарушения различной степени выраженности выявлены в обеих исследуемых группах: в 80% случаев ОНМК и в 63,3% случаев ДЭП.

Таблица 1. Структура когнитивных нарушений

		ОНМК		ДЭП	
		30-е сут. (N = 25)	Через 12 мес. (N = 13)	30-е сут. (N = 49)	Через 12 мес. (N = 19)
MMSE	Легкие когнитивные нарушения	40%	38,5%	49%	47,4%
	Умеренные когнитивные нарушения	36%	38,5%;	18,4%	5,3%
	Деменция	4%	–	2%	–
FAB	Умеренные когнитивные нарушения	56%	46,15%	40,8%	52,6%
	Деменция	24%	23,1%	10,2%	5,3%

При оценке влияния регулярности приема антигипертензивной и метаболической терапии выявлено достоверное снижение уровня когнитивного дефицита, а также уровня тревоги и депрессии у постинсультных больных (MoCA-тест, HADS, $p \leq 0,05$). Физическая активность позитивно влияла на эмоциональный статус пациентов с хронической дисциркуляторной энцефалопатией, достоверно снижая у них уровень тревоги. Выявлена достоверная прямая корреляционная связь ($r = 0,73$) между возрастом пациентов, перенесших инсульт, и уровнем тревоги, оцениваемой в динамике (через 12 мес.).

Выводы. Когнитивные расстройства более выражены у пациентов, перенесших инсульт, как в острую стадию заболевания, так и в позднем восстановительном периоде по сравнению с пациентами с хронической ишемией головного мозга. Выявлено благоприятное влияние на течение когнитивных расстройств регулярного приема антигипертензивных и нейрометаболических препаратов. Возраст пациентов, перенесших инсульт, неблагоприятно влияет на их психоэмоциаональное состояние, повышая уровень тревоги в восстановительном периоде.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА У ПАЦИЕНТОВ, ВПЕРВЫЕ ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ

Надеина А. А. – студентка 22 гр. лечебного факультета,

Сухих И. В. – студент 22 гр. лечебного факультета

Кафедра нервных болезней с медицинской генетикой и нейрохирургией

ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России, Ярославль, Россия

Научный руководитель – д.м.н., профессор, Н.С. Баранова

Актуальность.Сердечно-сосудистая заболеваемость среди населения неуклонно растёт из года в год и по последним статистическим данным составляет 32,1‰ (2014 – 28,8‰, 2015 – 31,2‰, 2016 – 31,7‰), очень часто последствием этих заболеваний является инсульт. Данное состояние является наиболее частой причиной инвалидизации трудоспособного населения, уступая лишь злокачественным новообразованиям. Эта патология приводит к появлению неврологического дефицита, снижению когнитивных функций, ведёт к ухудшению качества жизни. Лечение и реабилитация пациентов с инсультом – важные медицинские, социальные и экономические проблемы.Данное исследование позволит оценить уровень когнитивного дефицита и качество жизни пациентов с целью разработки адекватных лечебных мероприятий.

Цель исследования. Оценка когнитивного дефицита у двух групп пациентов, перенесших ишемический и геморрагический инсульт; сравнение результатов двух групп;выявление зависимости выраженности когнитивного дефицита от уровня образования, пола; оценка уровня тревоги и депрессии, их зависимость от типа инсульта, образования, пола; оценка активности повседневной жизнедеятельности.

Материалы и методы исследования: На базе отделений ГБУЗ ЯОКБ было обследовано 42 пациента с впервые выявленным полушарным инсультом (26 по ишемическому, 16по геморрагическому типу), из которых 17 мужчин и 25 женщин в возрасте от 33 до 82 лет (58,9 ± 6,82).

Критерии включения в исследование:

Первичный полушарный инсульт;

Отсутствие тяжелой неврологической симптоматики, которая препятствовала бы нейропсихологическому обследованию.

Критерии исключения из исследования:

Прединсультное дементное состояние по данным шкалы IQCODE.

Для оценки когнитивного дефицита были использованы стандартизированные шкалы:

MoCA (монреальская шкала оценки когнитивных функций);

MMSE (краткая шкала оценки психического статуса);

FAB (батарея тестов лобной дисфункции).

Родственникам предлагалось заполнить опросник IQCODE для исключения прединсультного дементного состояния пациентов.

Для оценки уровня тревоги и депрессии использовался стандартизированный опросник HADS (госпитальная шкала тревоги и депрессии).

Оценка активности повседневной жизнедеятельности производилась по шкале Бартел.

Для статистического анализа использованы непараметрические методы: U-критерий Манна-Уитни (статистический пакет программы Статистика 10.0).

Результаты исследования.По данным MoCA был выявлен когнитивный дефицит у 81% пациентов (34 чел.), у остальных 19% значения в пределах нормы (8 чел.). Среднее значение составило 20,85 ± 4,28. Этот опросник не предусматривает градацию по когнитивному дефициту, в отличие от MMSE, в котором были выявлены лёгкие когнитивные расстройства (24-27 баллов) у 42,9% пациентов (18 чел), лёгкая у 28,6% (12 чел), умеренная у 7,1% (3 чел.) и тяжелая деменция у 4,7% (2 чел.), нормальные значения у

16,7% (7 чел.). По результатам FAB умеренная лобная дисфункция у 62% (26 чел.) и выраженная у 19% (8 чел.), 19% (8 чел.) – без патологии. По данным HADS субклиническая депрессия выявлена у 19% (8 чел.) и клинически выраженная у 19% (8 чел.), 62% (26 чел.) – отсутствие симптомов депрессии; субклиническая тревога у 35,7% (15 чел.), клинически выраженная у 9,5% (4 чел.), 54,8% (23 чел.) – без признаков тревоги. По результатам индекса Бартел умеренно и выраженно зависимы по 35,7% (по 15 чел.), полностью зависим 2,4% (1 чел.), остальные независимы от помощи окружающий 26,2% (11 чел.).

Отмечена прямая зависимость между типом инсульта и степенью выраженности когнитивных нарушений ($p = 0,09$): у пациентов с геморрагическим инсультом среднее значение MoCA 16,9 балла, MMSE 21,2 балла, FAB 12,5 балла, а у пациентов с ишемическим – среднее значение MoCA 24,8 балла, MMSE 26,3 балла, FAB 15 баллов. Также выявлена прямая зависимость между типом инсульта и уровнем тревоги и депрессии ($p = 0,018$): у больных с геморрагический инсультом уровень тревоги в среднем составил 7,8 баллов, а у другой группы – 3,8 балла, уровень депрессии также достоверно выше у пациентов с геморрагическим инсультом и равен 8,1 балла, в сравнении с ишемическим – 3,2 балла. Кроме того, больные с геморрагическим инсультом больше нуждаются в помощи окружающих ($p = 0,024$): индекс Бартел у них составил в среднем 52,5 балла, у пациентов с ишемическим инсультом – 79 баллов. Выявлена прямая зависимость снижения когнитивных функций от уровня образования: у пациентов, имеющих высшее образование, когнитивные расстройства менее выражены ($p =0,03$): с высшим образованием показатели MoCA – 24,4 балла, MMSE – 27 баллов, FAB – 15,2 баллов, что выше, чем у людей без высшего образования (MoCA – 19,6 балла, MMSE – 22,6 баллов, FAB – 13,2 баллов). Достоверно значимой разницы между полом и когнитивным дефицитом после инсульта не выявлено ($p \geq 0,015$).

Выводы. Когнитивные расстройства более выражены у пациентов, перенесших геморрагический инсульт, а также у них выше уровень тревоги и депрессии, а уровень повседневной активности ниже. Следовательно, к вопросу о физической и когнитивной реабилитации у таких пациентов нужно подходить более внимательно и всесторонне.

СИНДРОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ КОГНИТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ

А.А. Рахманова, С. М. Хуталиева - студентки

Кафедра нервных болезней, медицинской генетики и нейрохирургии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России,

Республиканская клиническая больница

Научные руководители - ассистент К.Б. Манышева,

заведующий отделением анестезиологии РКБ М.А. Ахмедов

Синдром послеоперационной когнитивной дисфункции (СПОКД) является актуальной проблемой современной медицины, представляющей интерес не только для анестезиологов, но и для врачей многих смежных специальностей, в том числе и неврологов. СПОКД считается состоянием, формирующимся под влиянием многих факторов, а патогенез его до конца не изучен. Предположительными механизмами, ответственными за запуск сложных нейрофизиологических процессов, приводящих впоследствии к когнитивной дисфункции, считаются токсическое влияние анестетиков, в том числе и в среднетерапевтических дозах, гипотензивной анестезии, воспалительные процессы в ЦНС различного происхождения, а также несостоятельность антиноцицептивной защиты мозговых структур, при которой во время операции может наблюдаться перевозбуждение и истощение энергетического баланса коры больших полушарий и подкорковых структур. Так, наиболее чувствительными в отношении энергетического дисбаланса являются клетки Пуркинье коры мозжечка, вслед за которыми в процесс гибели могут вовлекаться и другие нейроны молекулярного слоя [1, 2, 3].

Пациенты, у которых развивается СПОКД, демонстрируют умственное притупление, плохую концентрацию, невнимательность, трудность планирования и инициирования действий, часто легко отвлекаются. Всё это снижает качество жизни пациентов, в связи с чем около 10% судебных исков в сфере медицины в Западной Европе и Северной Америке связаны с этими осложнениями.

Целью нашего исследования явилось изучение частоты развития СПОКД у пациентов, оперируемых с использованием в/в наркоза, а также выявление соотношения между степенью нарушений различных когнитивных функций.

Материалы и методы: В исследование были включены 30 человек, из них 12 мужчин и 18 женщин в возрасте от 31 до 66 лет, которым в плановом порядке выполнялись оперативные вмешательства по поводу дорсопатий различной локализации в отделении хирургической вертебрологии Республиканской клинической больницы РД. Для в/в наркоза во всех случаях использовался пропофол. Всем пациентам дважды (в сутки, предшествующие операции и на 5-й день послеоперационного периода) выполнялось тестирование с применением Монреальской шкалы оценки когнитивных функций (МОСА), 5 таблиц Шульте, тестов Исаакова. Для выявления зависимости частоты и степени выраженности СПОКД от уровня тревожности однократно до операции всех пациентов тестировали с применением шкалы тревоги Спилберга.

Результаты и обсуждение: В ходе исследования было установлено, что после

операции у 20 пациентов когнитивные функции снизились в различной степени, преимущественно за счет показателей шкалы МОСА и общего времени, затраченного на подсчет 5 таблиц Шульте. В шкале МОСА отрицательная динамика в большинстве случаев отмечалась за счет снижения баллов за задания на внимательность. Запоминание слов нарушалось в меньшей степени, что говорит о преимущественной роли нарушения концентрации внимания в проявлениях СПОКД. При выполнении теста на запоминание цифр за 30 секунд у тех же пациентов результаты не отличались от начальных, а у отдельных исследуемых даже превосходили их.

Согласно исследованию, проведенному в Йельском университете, при фМРТ было выявлено, что за процесс концентрации внимания отвечают не столько отдельные структуры мозга, сколько их взаимосвязь, которая, возможно, и нарушается при СПОКД[4].

Следует отметить, что тревога не оказывала никакого влияния на уровень когнитивных функций в нашем исследовании.

Выводы: Главным компонентом СПОКД у обследованных нами пациентов явилось приобретенное нарушение концентрации внимания. Уровень тревоги не влияет на уровень когнитивной дисфункции в рамках СПОКД. Поскольку СПОКД возникает достаточно часто (в нашем исследовании – у 2 из 3 пациентов), необходимо разработать адекватные меры его профилактики, а в случае развития когнитивных нарушений – добавлять нейропсихологическую реабилитацию в план послеоперационного ведения пациентов.

Список литературы.

1. Новицкая-Усенко Л.В. Послеоперационная когнитивная дисфункция в практике врача-анестезиолога //Медицина неотложных состояний. – 2017. – N4(86). –С. 9–15.

2. Ю. С. Полушин, А. Ю. Полушин, Г. Ю. Юкин, М. В. Кожемякина. Послеоперационная когнитивная дисфункция – что мы знаем и куда двигаться далее // Вестник анестезиологии и реаниматологии. – 2019. – Т.16, N1. – С. 19–28.

3. ШнайдерН. А., Салмина А. Б. Биохимические и молекулярные механизмы патогенеза послеоперационной когнитивной дисфункции // Неврологический журнал. – 2007. – Т. 12, №2. – С. 41–47.

4. Monica D. Rosenberg, Emily S Finn, Dustin Scheinost. A neuromarker of sustained attention from whole-brain functional connectivity //Na*ture Neuroscience*. – 2016. – V.19. – P.165–171.

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

С. А. Хохлова – студентка гр. ЛД-15-13, лечебного факультета;
Н. В. Мальцева – студентка гр. ЛД-15-14, лечебного факультета
Кафедра факультетской терапии №1 с курсом физиотерапии ФДПО
ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, Пермь, Россия
Научный руководитель - к.м.н., доцент Н. И. Попова

Актуальность. Пациенты с соматической патологией относятся к группе риска когнитивных нарушений. Артериальная гипертензия рассматривается в настоящее время как самый значимый фактор риска развития не только острых нарушений мозгового кровообращения, но и синдрома когнитивных нарушений [1].

Цель исследования. Выявить особенности когнитивных нарушений у пациентов кардиологического и гастроэнтерологического профиля.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе ГБУЗ ПК ГКБ №2 им. Ф. К. Граля по Монреальской шкале когнитивной оценки с 8 по 15 февраля 2019 года. Обследовано 30 пациентов: 15 пациентов кардиологического профиля (10 женщин и 5 мужчин) и 15 пациентов гастроэнтерологического профиля (10 женщин и 5 мужчин). Средний возраст пациентов 56,2 ± 0,7 лет.

Результаты исследования. Среди обследуемых кардиологического и гастроэнетрологического профиля чаще встречались пациенты с ишемической болезнью сердца, гипертонической болезнью, хроническим гепатитом и хроническим панкреатитом.

Обследование пациентов показало, что 57% пациентов имеют когнитивные нарушения, среди них 60% человек кардиологического профиля и 53% человек гастроэнтерологического профиля.

С заданиями по оценке зрительно-конструктивных навыков справились 67% пациентов кардиологического профиля и 89% пациентов гастроэнтерологического.

Задание, связанное с называнием животных, изображенных на бумаге, выполнили 100% обследуемых: максимальный балл получили 80% пациентов кардиологического и 93% пациентов гастроэнтерологического профилей.

За задания на внимание 0 баллов получили 18% пациентов кардиологического и 9% пациентов гастроэнтерологического профилей. При этом наиболее сложным для обследуемых оказалось задание на концентрацию внимания.

Выполнение заданий на оценку речи вызвало трудности у 33% кардиологического и у 20% пациентов гастроэнтерологического профилей.

При оценке абстрактного мышления выявлены нарушения у 47% и 27% пациентов кардиологического и гастроэнтерологического профилей соответственно.

При анализе памяти нарушения у 80% пациентов кардиологического профиля и у 100% пациентов гастроэнтерологического профиля.

Полной дезориентации не было выявлено ни у одного пациента: 33% пациентов кардиологического и у 27% пациентов гастроэнтерологического профилей имеют парциальную дезориентацию.

Выводы. Больше половины обследуемых пациентов имеют когнитивные нарушения. Пациенты кардиологического профиля имеют чаще когнитивные нарушения, чем пациенты гастроэнтерологического профиля. Пациенты с соматической патологией, особенно с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, нуждаются в когнитивной реабилитации.

Список литературы.

1. Смулевич А. Б., Волель Б. А., Терновая Е. С., Никитина Ю. М. Применение препарата пантогам актив (D-, L-гопантеновая кислота) в терапии когнитивных и тревожных расстройств у пациентов с артериальной гипертензией / А. Б. Смулевич, Б. А. Волель, Е. С. Терновая, Ю. М. Никитина // РМЖ. – 2018. – №4(II). – С. 74-79.

2. Коротаева М. В., Вологжанина Л. Г., Попова Н. И. Особенности когнитивного профиля у пациентов с синдромом избыточного бактериального роста / М. В. Коротаева, Л. Г. Вологжанина, Н. И. Попова // Молодая наука - практическому здравоохранению: тезисы докладов 91-й итоговой научно-практической конференции студентов, ординаторов, аспирантов, молодых ученых (до 35 лет) ПГМУ имени академика Е. А. Вагнера. – 2018. – С. 310-311.

КОМОРБИДНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ В ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ

Е.А. Корсунская - студент 5 курса лечебного факультета

Кафедра нервных болезней с медицинской генетикой и нейрохирургией

ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России, Ярославль, Россия

Научный руководитель - старший лаборант, к.м.н. С.О. Поздняков

Актуальность: на 2017 год в России на 100 тысяч человек приходится 54,8 человека с рассеянным склерозом, а по Ярославской области – 57,1 человек на 100 тысяч населения и с каждым годом количество больных увеличивается.

Научная новизна: впервые проведено эпидемиологическое исследование по изучению коморбидности у пациентов с РС в Ярославской области.

Цель исследования: изучение наличия коморбидных заболеваний и их сочетаний у лиц с рассеянным склерозом Ярославской области.

Материалы и методы: модифицированная шкала CIRS-G для опроса больных и оценки коморбидности, программа Statistica 10,0, метод x^2.

Результаты и их обсуждение: обследовано 35 человек, из них 22 человека в возрасте 18-44 лет, 9 в возрасте 45-59 лет, 4 человека в возрасте 60-75 лет.

В структуре общей коморбидности преобладали вирусные заболевания (88,6%), болезни верхних отделов ЖКТ (74,3%), мочеполовой (71,4%), нервной, исключая рассеянный склероз, систем (65,7%), болезни ЛОР-органов (65,7%), опорно-двигательного аппарата (60 %).

Количество пораженных систем в среднем: в возрасте 18-44 лет – 4,5 (от 1 до 11); 45-59 лет – 6 (от 3 до 9); 60-75 лет – 7,4 (от 5 до 8).

В возрастной группе 18-44 лет преобладала общая коморбидность по вирусным заболеваниям (77,3%), ЛОР-органам (68,2%), нервной системе (63,6%).

В возрастной группе 45-75 лет в общей коморбидности преобладали болезни ЛОР-органов (92,3%), верхних отделов ЖКТ (84,6%), мочеполовой (84,6%), сосудистой (69,2%), нервной системы (69,2%).

По сравнению с четырьмя мультицентровыми канадскими исследованиями (23,382 пациентов с РС) наблюдались статистически значимые различия. В Ярославской области чаще встречались: заболевания щитовидной железы ($x^2 = 36,36$, $p < 0,01$); мигрень (головная боль) ($x^2 = 20,97$, $p < 0,01$).

Выводы: у пациентов с РС статистически значимо чаще встречается коморбидная патология. При этом характерно увеличение числа коморбидных состояний с увеличением возраста.

С учетом полученных данных для пациентов с рассеянным склерозом необходимо:

1. Проводить профилактику и адекватную терапию типичных коморбидных заболеваний.

2. Учитывать лекарственное взаимодействие препаратов при их назначении на фоне рассеянного склероза.

ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ СФЕРА ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Н. С. Репина - студент 613 группы педиатрического факультета

И. Н. Жук – студент 613 группы педиатрического факультета

Кафедра психиатрии и наркологии

ФГБОУ ВО СПБГПМУ Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Научный руководитель – к.м.н., ассистент О.Ю. Телятникова

Актуальность. По данным исследователей (А.Б. Смулевич.Психосоматические

расстройства//Эффективная фармакотерапия в психиатрии и неврологии. №1. 2009. С.28-29) психические расстройства среди онкологических больных встречаются больше, чем в половине случаев – 58,6 %. Остальные 41 % - это психически здоровые люди с адекватными ситуации (не патологическими) реакциями в пределах ресурсов личности.

Тяжелые соматические расстройства сами по себе создают условия для развития тревожных и депрессивных реакций. Лечение, которое получают пациенты также имеет много побочных действий, которые усугубляют соматическое самочувствие пациента, а также экзистенциальное значение онкологического заболевания для пациента может привести к развитию дезадаптивных способов контактов с ним. Работа проводилась для выявления исследовательской мишени, для улучшения комплаентности, понимания пациентом перспектив своего состояния и возможности сохранения активной позиции в отношении болезни.

Цель исследования. Выявить особенности эмоционального реагирования пациентов с онкологическими заболеваниями.

Материалы и методы исследования.

Исследование проводилось на базе клиники НИИ Детской онкологии гематологии и трансплантологии им. Р.М. Горбачевой (отделение химиотерапии и трансплантации костного мозга №2) города Санкт-Петербурга. В исследовании приняли участие 50 пациентов в возрасте от 22 до 66 лет. 62,5% исследуемых имели инвалидность по основному заболеванию. Группа испытуемых разбита на 3 подгруппы, в зависимости от длительности заболевания (до 6 месяцев, 7-12 месяцев, больше 13 месяцев).

Использовались клинический, экспериментально-психологический (интегративный тест тревожности (ситуативный и личностный), индекс жизненного стиля, копинг-стратегии, внутренняя картина болезни, HDRS, HARS) и статистический методы.

Результаты исследования: Общие показатели тревожности максимальны в начале заболевания (до 6 месяцев), при средней длительности (7-12 месяцев) они снижаются, если заболевание течет больше года, то тревожность снова нарастает. Вне зависимости от длительности течения заболевания преобладающий компонент тревоги – астенический.

При длительности заболевания до 12 месяцев преобладает механизм психологической защиты подавление, после года – интеллектуализация. При этом во внутренней картине болезни до 6 месяцев преобладают страхи из-за материального ущерба и ограничений в карьере. При длительности заболевания 7-12 месяцев преобладают страхи из-за ограничения ощущения силы и энергии. Если заболевание протекает больше года, то больше всего пациенты беспокоятся об ограничении свободного времени. При любой длительности заболевания превалирует копинг- стратегия планирование решения проблемы.

Выводы: Особенности эмоционального реагирования пациентов с онкологическими заболеваниями меняются с течением длительности заболевания: тревога максимальна в первые полгода заболевания, далее её показатели снижаются, а после года снова начинают расти. Ведущие механизмы психологической защиты видоизменяют тревожные реакции, за счет этого меняется внутренняя картина болезни: от страха из-за ограничений в карьере и материального ущерба до страха за ограничение свободного времени.

РЕАБИЛИТАЦИЯ НАРКОЗАВИСИМЫХ В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Д.А.Некрасов - студент 506 гр. лечебного факультета

Е.В.Ионова- студентка 602 гр. медико-биологического факультета

Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии

с курсом психиатрии, психиатрии-наркологии ФУВ

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, Волгоград, Россия

Научный руководитель: доцент, к.м.н. Поплавская О.В.

Актуальность. Наркомания – болезнь вызванная повторным использованием психоактивного вещества, отнесенного к перечню наркотических, в количествах, позволяющих потребителю находится в состоянии интоксикации (опьянения).Основная задача наркологической службы — оказание неотложной и плановой медицинской и психотерапевтической помощи больным, страдающим алкогольной и наркотической зависимостью, проведение профилактических мероприятий.

Цель. Изучить динамику оказания реабилитационной помощи наркозависимым и основные подходы к реабилитационному процессу на территории Волгоградской области, проанализировать факторы, влияющие на выбор реабилитационной организации.

Материалы и методы. Были изучены доклады антинаркотического комитета Волгоградской Области, сводные отчеты ГБУЗ ВОКНД, программы учреждений медицинской и социальной реабилитации, анкетирование пациентов наркодиспансера.

Результаты и их обсуждение. На территории Волгоградской области распространенность наркомании, регистрируемая по обращаемости, не носит эпидемического угрожающего характера и составила в 2017 году 102,5 на 100 тыс. населения, что на 51,6% меньше, чем в среднем по РФ и на 41,5% меньше, чем в ЮФО. Абсолютное число зарегистрированных больных наркоманией снизилось в 1,7 раза. Количество зарегистрированных потребителей наркотиков инъекционным способом снизилось на 55 %.Рассматривая категорию несовершеннолетних пациентов, употребляющих наркотики, зарегистрированных в Волгоградской области в 2015–2017 гг.: отмечается:снижение на 37,9% зарегистрированных несовершеннолетних потребителей

наркотических веществ, за 3 года Показатель прекращения диспансерного наблюдения составил в 2017г. – 4,5 на 100 тыс. населения у больных с синдромом зависимости от наркотиков Показатель повторности госпитализации больных наркоманией в 2017г. составил 28,28%.В период с 2015-2017 социальную реабилитацию прошли 618 человек. Из них в общественных учреждениях 384 чел., в религиозных 234 чел. В Волгоградской области зарегистрированы 3 религиозныхи и 4 общественных реабилитационных учреждения:Осуществление реабилитации в религиозных организациях предлагаю рассмотреть на примере деятельности Центра Неупиваемая Чаша. Все методики, используемые в реабилитационной работе, базируются на святоотеческом наследии, в частности чтении библии, духовных беседах со священниками с целью нахождения собственного пути "отлучения от страсти", снижения тяги к наркотикам и алкоголю. В распорядок дня входят длительные физические нагрузки. В центре имеется 30 койко-мест. Срок пребывания в центре для проживающих от 2 до 6 месяцев. Условия пребывания в центре – платные (стоимость курса 25 тыс.рублей/мес.).Осуществление реабилитации в общественных организациях предлагаю рассмотреть на примере деятельности реабилитационного центра Альтернатива. За три года курс реабилитации прошли 137 человек. Программа реабилитации в центре заключается в использовании 12-шаговой программы. Особенностью программы является объединение успешного мирового опыта 12-шаговой реабилитационной модели и терапевтического сообщества. Аспектом программы является приобретение и закрепление здоровых навыков для применения в повседневной жизни. Основной целью нахождения наркобольных в центре является реабилитация после прекращения употребления психоактивных веществ. Условия пребывания в центре – платные (стоимость курса от 39,9 до 59 тыс.рублей). Центр рассчитан на пребывание 20 человек. Медицинская реабилитация оказывается в ВОКНД в отделении медицинской реабилитации а также в отделении реабилитации для несовершеннолетних.В период с 2016-2018 года медицинскую реабилитацию получили 1638 пациентов.Для успешной деятельности реабилитационных центров как медицинской так и социальной направленности необходимо изучения мнения пациентов, получающих данные виды помощи.В анкетировании участвовали 130 пациентов наркодиспансера. 77% пациентов обращались в реабилитаионные центры для наркозависимых, при этом большинство обратись в общественные организации,чаще всего по собственной инициативе осознав губительнуб роль наркомании. Выбор организации обуславливался атеистическим воззрением - 46% пациентов не верят в Бога. Большинство пациентов уверены, что данные центры помогают в решении проблемы наркомании 81 %. Главным достоинством при прохождении Медреабилитации пациенты назвали бесплатную форму оказания помощи.

Платная основа оказания помощи стала основной и при рассмотрении недостатков в оказании социальной реабилитации.

Выводы. В Волгоградской области в течение 2015-2017 гг. наблюдается снижение числа зарегистрированных больных наркоманиями в 1,7 раза. На 55% снизилось количество потребителей инъекционных наркотиков. На 37% снизилось число зарегистрированных несовершеннолетних потребителей наркотических средств Ввиду уменьшения обращаемости за медицинской помощью, снижается число лиц получивших медико-социальную реабилитацию. Благодаря успешным межведомственным взаимодействиям была достигнута положительная динамика снижения больных наркоманией, что приводит к высвобождению ресурсов для дальнейших мероприятий профилактической и реабилитационной направленностей.

КЛИНИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ГОЛОВОКРУЖЕНИЕМ

М. А. Лаврухина, М.В. Гудкова - студентки 157- А группы 1-го медицинского факультета

Кафедра нервных болезней и нейрохирургии

Медицинской академии имени С.И. Георгиевского

ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского», Симферополь, Россия

Научный руководитель - ассистент Е.Б. Пилипенко

Актуальность. Головокружение является одним из наиболее часто встречаемых симптомов у неврологических пациентов (каждый второй).

Цель исследования: изучение дополнительных физикальных методов диагностики головокружения при поражении вестибулярной системы.

Материалы и методы исследования. На основании изучения современных литературных источников была произведена обработка информации и осуществлён теоретический анализ.

Результаты исследования. В ходе исследования, мы выяснили, что с помощью нижеперечисленных тестов и проб, можно более точно и своевременно диагностировать патологии вестибулярного аппарата:

1) С помощью пробы Хальмаги оцениваем сохранность горизонтального вестибулярного рефлекса. В норме глаза пациента при повороте головы должны оставаться фиксированными на переносице врача. При положительной пробе присутствует корректирующая саккада (быстрое, строго согласованное направление взгляда в сторону, противоположную повороту), которая свидетельствует о периферическом типе поражения вестибулярного анализатора. При отрицательной пробе корректирующая саккада

отсутствует, это говорит о поражении ствола мозга или мозжечка.

2) Тест спонтанного и взор-индуцированного нистагма позволяет диагностировать вестибулярные головокружения, уровень поражения. Норма: нистагм отсутствует. Периферический тип поражения характеризуется горизонтальным нистагмом с ротаторным компонентом, нистагм не меняется в зависимости от направления взора. Центральный тип поражения- нистагм может быть: вертикальным, монокулярным, альтернирующим (чередующимся нистагмом).

3) Тест Дикса-Холлпайка выявляет доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение, связанное с вовлечением заднего и переднего полукружных каналов. В норме: нистагм отсутствует.

В пользу поражения заднего полукружного канала свидетельствует: вертикальный нистагм вверх с ротаторным компонентом и головокружением, в положении пациента сидя с поворотом головы в исследуемую сторону на 45 градусов. Поражение переднего полукружного канала свидетельствует: вертикальный нистагм вниз, в вышеописанном положении.

4) Проба Водака-Фишера позволяет дифференцировать центральный и периферический тип поражения. В норме пациент может удерживать долгое время руки в заданном положении. При одностороннем поражении периферического отдела- гармоничное отклонение рук в сторону поражённого лабиринта. При центральном поражении- дисгармоничное отклонение обеих рук.

5) Roll-тест выявляет доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение при вовлечении горизонтального полукружного канала. В норме нистагм отсутствует. Горизонтальный нистагм «к земле» -геотропный, и меняет свое направление при повороте головы, в положении пациента лёжа на спине с наклоном головы вперед на 30 градусов. Горизонтальный нистагм «от земли» - апогеотропный, меняет свое направление при повороте головы, в выше описанном положении.

Выводы. Использование выше описанных проб позволяет дифференцировать уровень поражения вестибулярного анализатора (центрального или периферического и его отделов), что дает возможность обоснованно назначить дополнительные методы исследования и определить тактику лечения.

СИНДРОМ ТРЕПАНИРОВАННОГО ЧЕРЕПА

Н.В. Рудишкин, А.И. Мурадханов – студенты 1401 гр. лечебного факультета

Кафедра нервных и нейрохирургических болезней

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Белоруссия

**ГУ «Республиканский научно-практический центр неврологии и нейрохирургии»,*

Минск, Белоруссия

Научный руководитель – к.м.н., А.В. Щемелёв.*

Актуальность. На сегодняшний день наблюдается тенденция к увеличению числа пациентов с дефектами черепа в связи с ростом количества случаев тяжёлой ЧМТ (2,5 случая на 1000 человек в Республике Беларусь) и операций, проводимых по поводу удаления новообразований и сосудистой патологии головного мозга. Обширный дефект черепа может привести к возникновению синдрома трепанированного черепа (посттрепанационный синдром, синдром запавшего кожного лоскута), который характеризуется возникновением неврологических и психических нарушений, связанных с предшествующей декомпрессионной трепанацией черепа, и купирующийся проведением своевременной краниопластики. Данный синдром несёт весомую социальную значимость ввиду высокого риска инвалидизации и снижения трудоспособности пациентов.

Цель исследования. определить клиническую характеристику, выявить риски возникновения посттрепанационного синдрома и оценить эффективность его лечения путём пластики дефектов черепа различными материалами.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 25 пациентов (16 мужчин и 9 женщин, средний возраст пациентов – 48 лет) с дефектами черепа и наличием посттрепанационного синдрома, оперированных на базе УЗ «РНПЦ неврологии и нейрохирургии».

Результаты исследования. Среди причин, потребовавших проведения декомпрессионной трепанации черепа, в 48% (12) случаев была ЧМТ, в 24% (6) - новообразование, в 16% (4) - острое нарушение мозгового кровообращения, в 12% (3) - аневризмы сосудов мозга. При поступлении в стационар в 100% случаев пациенты предъявляли жалобы на головную боль и дискомфорт в области посттрепанационного дефекта. Снижение когнитивных функций наблюдалось в 24% (6) случаев. Нарушение речи – в 28% (7) случаев. Выпадение полей зрения – 12% (3) случаев. Слабость и парестезии на одной из сторон тела – в 28% (7) случаев. В 8% (2) случаев был отмечен судорожный синдром и потеря сознания. Промежуток времени от трепанации до краниопластики в среднем составил 4,6 месяца. В 68% (17) случаев краниопластика проводилась с использованием титановых имплантов, в 32% (8) случаев – с использованием аутокости. В большинстве случаев у пациентов наблюдался регресс вышеуказанной симптоматики после проведения краниопластики.

Выводы. Явление посттрепанационного синдрома является весомой медико-социальной проблемой, ввиду возникновения у пациентов неврологических и психических

нарушений, существенно влияющих на их трудоспособность и, при отсутствии адекватного лечения, приводящее к инвалидизации. Своевременное выявление данного синдрома, определение сроков и методов краниопластических операций является ведущим этапом медицинской реабилитации пациентов с дефектами черепа.

ОЦЕНКА УРОВНЯ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФЕКЦИОННЫМИ И ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Сайкина Е.А. - студентка 401 группы лечебного факультета

Кафедра инфекционных болезней

ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - к.м.н., доцент С.В. Аббасова

Актуальность. Основной проблемой для пациента является его болезнь, которая своими необратимостью и тяжестью вызывает ряд психологических реакций. Чаще всего они наблюдаются в рамках невротических нарушений, хотя порой и на психологическом уровне.

Цель. Изучить психоэмоциональное состояние у лиц с различными заболеваниями.

Задачи. Провести анализ уровня тревоги и депрессии у пациентов с инфекционными и онкологическими заболеваниями по сравнению со здоровыми людьми; оценить зависимость показателей тревожности и депрессии от пола и возраста в различных группах обследованных.

Материалы и методы. Проведена оценка эмоциональной сферы у 30 пациентов с инфекционными заболеваниями, проходивших стационарное лечение в КОГБУЗ «Инфекционная клиническая больница» и у 30 больных, наблюдавшихся амбулаторно у онколога на базе КОГБУЗ «Кировская городская больница №9, поликлиника №1». Для оценки психологического состояния пациентов нами использовалась Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety andDepressionScale – HADS).

Результаты. В группе пациентов с онкологической патологией показатели тревоги были значительно выше, чем у инфекционных больных и в группе контроля (10,5±0,69, 8,46±0,49 и 7,36±0,65 баллов соответственно, $p<0,01$). Только у 20% онкобольных уровень тревоги был в пределах нормы, у 33% - тревога была на субклиническом уровне, у 47% - отмечалась клинически выраженная тревога. В группе больных с инфекционной патологией в 30% случаев тревожность соответствовала норме, в 43% - субклиническому уровню, в 27% - клинически выраженному. В группе контроля уровень тревоги у большинства обследованных (60%) был в пределах нормы, 23% здоровых лиц имели субклинический уровень тревоги и только 17% - выраженный.

Показатели депрессии также были выше в группе пациентов с онкологическими заболеваниями, чем в группе больных с инфекционной патологией, и составили в среднем 10,03±0,52 и 7,30±0,66 баллов соответственно, тогда как в контрольной группе - 5,80±0,45 ($p<0,01$).

В группе онкобольных не имели признаков депрессии 10% обследованных, признаки субклинической депрессии обнаружены в 43% случаев, клинически значимой депрессии - в 47%. В группе инфекционных больных выявлено 55% пациентов без признаков депрессии, у 34% - отмечался ее субклинический уровень, у 11% - клинически значимый. В группе контроля 67% здоровых респондентов не показали признаков депрессии, у 30% - выявлена субклиническая депрессия, у 3% - клинически выраженная.

Выявлены более высокие показатели тревожности и депрессии у молодых лиц с онкопатологией: уровень тревоги в группе пациентов до 40 лет составил 11,24±0,84 баллов, в группе 40 лет и старше - 9,54±1,14 ($p<0,05$); уровень депрессии в этих группах больных 10,82±0,59 и 9,0±,86 баллов соответственно ($p<0,05$). У женщин с онкологическими заболеваниями отмечался более высокий уровень тревоги и депрессии, чем у мужчин (тревожность - 11,41±0,77 и 9,31±1,19 баллов, депрессия - 10,59±0,61 и 9,31±0,89 баллов соответственно ($p<0,05$ в обоих случаях).

Анализ уровней тревоги и депрессии в различном возрасте в группе здоровых показал, что у лиц 40 лет и старше тревожность и депрессия были выше, чем у более молодых респондентов, межполовые отличия показателей были статистически незначимыми.

В группе опрошенных с инфекционной патологией отличия уровней тревоги и депрессии в зависимости от возраста и пола были статистически не достоверными, однако, у пациентов с острыми инфекциями отмечался более высокий уровень тревожности по сравнению с больными с хронической инфекционной патологией (9,41±0,57 и 6,52±1,19 баллов соответственно ($p<0,01$).

Выводы. Наличие у пациентов онкологических и инфекционных заболеваний является фактором, который вызывает расстройства тревожно-депрессивного характера, усугубляющие течение основного заболевания. Для эффективной терапии и реабилитации таких категорий пациентов необходимо своевременно выявлять и коррегировать негативные изменения их психоэмоциональной сферы.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОЙ ФОРМОЙ ЭПИЛЕПСИИ

А.Р. Курбанова[1] – студент 5 курса лечебного факультета, А.А. Зиганшин[2] – ординатор

[1]Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, Казань, Россия

[2]Кафедра лучевой диагностики
КГМА - филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Казань, Россия
[1]Научный руководитель – асс. кафедры А.Р.Хакимова

Актуальность. Частота фармакорезистентной эпилепсии в развитых странах, придерживающихся современных стандартов лечения, достигает 30 - 40% от общего количества пациентов с эпилепсией. Согласно рекомендациям Международной противоэпилептической лиги при первичной постановке диагноза эпилепсии обязательным является проведение магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга, которая позволяет выявить морфологические изменения.

Цель исследования:выявить наиболее вероятные этиологические факторы в возникновении фармакорезистентной эпилепсии.

Материалы и методы: на базе ГКБ №18 г. Казани с использованием МР-томографа Siemens с напряженностью магнитного поля 3 Тесла в период с 01.01.2018 по 31.08.2018 было обследовано 82 пациента с фармакорезистентной формой эпилепсии. Протокол исследования включал стандартные программы МРТ головного мозга (T2 – ax, cor; FLAIR – ax; DWI – ax; T1 – sag), а также прицельную нейровизуализацию медиобазальных отделов височных долей тонкими срезами с возможностью постпроцессинговой обработки и получения изображения в различных плоскостях (изотропные spc ir iso, da-fl iso, взвешенные по T2, и 3D T1 mprage).

Результаты исследования. Количество мужчин составило 38 (46%), женщин – 44 (54%). Из них пациенты до 10 лет – 25 человек (30,5%), 11-25 лет – 31 человек (37,8%), 26-60 лет - 25 человек (30,5%), старше 60 лет – 1 человек (1,2%). Анализ результатов МРТ показал, что в 50 % случаев изменений структуры головного мозга выявлено не было, в 20% были обнаружены очаговые изменения вещества головного мозга различного характера. Склерозные изменения гиппокампа были выявлены в 14% случаев, последствия острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) - в 2%. Ангиома, туберозный склероз, родовая травма и кортикальная дисплазия височной доли составили по 1%, другая патология головного мозга - 10%. В структуре патологии головного мозга у пациентов до 10 лет преобладали очаговые изменения (21%), также были выявлены склерозные изменения гиппокампа (7%), туберозный склероз, родовая травма и кортикальная дисплазия височной доли диагностировались исключительно в этой группе пациентов и составили по 4%, другая патология - 14%. Среди обследованных в возрасте 11-25 лет наиболее часто встречались склерозные изменения гиппокампа (24%), очаговые изменения и другая патология - по 12%. В группе 25-60 лет: очаговые изменения (23%), склерозные изменения гиппокампа (8%),

последствия ОНМК (4%), ангиома (4%) и другая патология (4%). В группу старше 60 лет вошел лишь один пациент, у которого были обнаружены последствия ОНМК и очаговые изменения головного мозга.

Выводы. В ходе нашей работы с помощью метода нейровизуализации нам удалось выявить возможные этиологические факторы в возникновении фармакорезистентной эпилепсии, ими оказались: склероз гиппокампа, кортикальная дисплазия височной доли, ангиома, туберозный склероз, последствия ОНМК. Обнаруженные структурные изменения головного мозга создают условия для поисков альтернативных способов лечения и реабилитации.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОСТРОГО ПЕРИОДА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Н.Б. Ханмурзаева, С.Б. Ханмурзаева – молодые ученые

Кафедра нервных болезней, медицинской генетики и нейрохирургии и фармакологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель: к.м.н., доц. Б.А. Абусуева

Актуальность. Мозговой инсульт (МИ) является возраст-зависимым заболеванием, поэтому чаще всего развивается на фоне существующей соматической патологии. В последнее время проведено немало исследований, касающихся влияния отдельных соматических заболеваний и преморбидного фона в целом на отдаленные функциональные последствия, эффективность реабилитации и долговременный прогноз у больных МИ. Однако, связь коморбидности с тяжестью течения острого периода МИ освещена недостаточно.

Целью нашего исследования стала оценка показателей тяжести течения острого инсульта (глубины расстройств сознания, степени неврологического дефицита, экстрацеребральных осложнений) у пациентов с различным уровнем коморбидности.

Материалы и методы исследования. Нами проведено клинико-неврологическое обследование 207 больных (96 мужчин и 111 женщин) в самом остром периоде ишемического инсульта (ИИ). Средний возраст больных составлял 70,9±0,8 года. Оценивали степень угнетения сознания по шкале Комы Глазго (ШКГ), тяжесть инсульта по шкале NIHSS (T. Brott et al., 1989); тяжесть сопутствующей соматической патологии по индексу Чарлсона,ИК(индекс коморбидности) (M.E. Charlson et al., 1987). Всех пациентов разделили на группы с низкой (ИК равнялся 0 или 1), средней (2) и высокой коморбидностью (≥3).

Доля таких больных при II составляла соответственно 48,8, 28,0 и 23,2%, а средний ИК – 1,8±0,07.

Результаты исследования. По результатам исследования установлено, что больные II с высоким ИК поступали в стационар с наибольшим уровнем угнетения сознания – 12,3±0,39 балла по ШКГ, при этом показатель достоверно отличался от группы со средним (13,7±0,25; $p<0,01$) и низким ИК (13,6±0,19; $p<0,01$). Тяжесть ИИ(индекс инсульта) по шкале NIHSS у больных, у которых инсульт возник на фоне высокой коморбидности (ИК≥3) составила 17,5±0,95 балла. Этот показатель был существенно выше, чем при среднем (11,26±0,61; $p<0,01$) и низком (10,8±0,46; $p<0,01$) уровнях соматической патологии.

Клиническое течение острого периода II у 40 пациентов осложнила инсульт-ассоциированная пневмония. Среди лиц с низким ИК такое осложнение возникало реже – в 13,0±2,5% случаев, а при среднем ИК – у 17,2±4,8% ($p>0,05$). При инсульте на фоне высокой коморбидности пневмония возникала чаще всего – в 33,9±6,1%, что достоверно отличалось от групп с низким ($p<0,01$) и средним ИК ($p<0,05$).

Выводы. Таким образом, течение II у больных с высоким уровнем соматической патологии, отличается тяжестью общемозговых и очаговых неврологических проявлений, а также частым развитием угрожающего экстрацеребрального осложнения – пневмонии. Итак, своевременную терапевтическую коррекцию соматических заболеваний необходимо рассматривать как способ снижения инвалидизации и смертности больных на инсульт.

ЭЛЕКТРОНЕЙРОМИОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ В ДИАГНОСТИКЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Н.Б. Ханмурзаева, С.Б. Ханмурзаева – молодые ученые

Кафедра нервных болезней, медицинской генетики и нейрохирургии и фармакологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель: к.м.н., доц. Б.А. Абусуева

Актуальность.Сахарный диабет 2 типа является одной из важных медико-социальных проблем здравоохранения практически всех стран мира. Это обусловлено прогрессирующим ростом заболеваемости, ранней инвалидизацией и смертностью больных, главным образом в связи с развитием сосудистых и неврологических осложнений. Сахарный диабет 2-го типа (СД) характеризуется сложными метаболическими нарушениями, развитием гипергликемии вследствие снижения чувствительности периферических рецепторов к инсулину (инсулинорезистентности) и появления дефицита секреции инсулина. По данным

Международной диабетической федерации по состоянию на 2001 год в мире было зарегистрировано 150 млн человек с СД 2 типа, к 2025 году прогнозируется рост количества данного показателя до 300 млн. Для СД 2 типа характерен достаточно длительный период доклинического латентного течения, который может составлять до 10 лет до момента появления симптоматики. То есть, значительное количество пациентов не знают о наличии у них этого заболевания, не получают адекватной медицинской поддержки и, как правило, на момент выявления СД 2 типа имеют целый ряд микро и макроваскулярных осложнений.

Более актуальной является проблема хронических осложнений этой патологии, среди которых ведущая роль принадлежит диабетической полиневропатии, что является одной из причин синдрома диабетической стопы. Диабетической полинейропатии (ДПН) отводится около 70% поражений нервной системы при сахарном диабете 2 типа. Данные о распространении данного осложнения зависят от метода диагностики и варьируют от 3,5–6,1% в дебюте СД, а при использовании электрофизиологических методов диагностики частота обнаружения нарушения функций периферических нервов может возрасти до 100%

Цельюисследования было установление электо - нейромиографических (ЭНМГ) признаков поражения периферической нервной системы (ПНС), характера изменений чувствительных и двигательных нервных волокон у больных с сахарным диабетом 2 типа в разных стадиях ДПН.

Материал и методы. Обследовано 42 больных СД типа 2, которые находились на лечении в эндокринологическом отделении ГБУ РД РКБ г. Махачкалы и 20 практически здоровых лиц, составивших контрольную группу в возрасте от 40 до 68 лет. Всем обследованным, кроме исследования эндокринологического и неврологического статуса, осуществлялось тестирование по оценочной шкале ДПН (TSS-Total Symptom Score) – боль, онемение, парестезии от min 0 до max 14,64 баллов) и проводилось ЭНМГ – обследование. Определяли амплитуду максимального дистального М-ответа, терминальной латентности и скорости проведения возбужденияпо моторным и дистальным сенсорным волокнам верхних и нижних конечностей. На основе клинических проявлений выделяли такие стадии ДПН: стадия 0 – полинейропатия отсутствует; стадия 1 – асимптомная (субклиническая) полинейропатия; стадия 2 – полинейропатия, клинически проявляется сенсорными нарушениями; стадия 3 – полинейропатия с выраженным функциональным дефектом (сенсорно-моторно-вегетативная полинейропатия).

Результаты. В результате проведенных исследований выявлено, что у 100% пациентов происходит снижение скорости проведения возбуждения по нервным волокнам (меньше 50 м/с) и удлинение терминальной латентности. СПВ (скорость проведения возбуждения) в контрольной группе составила – 58,6+4,2 г/с, $p<0,001$. У 16 больных СД 2 типа, кроме

снижения СПВ, отмечалось также снижение максимальной амплитуды дистального М-ответа (от 5 до 0,98 мВ, при норме > 5мВ).

Выводы. Учитывая полученные данные, целесообразно применение стимуляционной ЭНМГ для диагностики диабетической нейропатии.

ВЛИЯНИЕ ИСХОДНОГО УРОВНЯ ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСА НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И УСПЕВАЕМОСТЬ СТУДЕНТОВ

Н.Б. Ханмурзаева, С.Б. Ханмурзаева – молодые ученые

Кафедра нервных болезней, медицинской генетики и нейрохирургии и фармакологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель: к.м.н., доц. Б.А. Абусуева

Актуальность. Вегетативная нервная система (ВНС) имеет большое значение для организма, потому иннервирует те органы и ткани, функции которых почти не зависят от нашего сознания. Современная наука определяет ВНС как комплекс центральных и периферических клеточных структур, регулирующих необходимый для адекватной реакции всех систем функциональный уровень организма. Исходный вегетативный тонус – это стабильные характеристики вегетативных показателей в состоянии покоя.

Целью исследования было выяснить:1) влияет ли тип ВНС на успеваемость студентов колледжа (основным показателем успешности является средний балл, поэтому взяли средний балл по итогам предыдущего семестра).2) как влияет тип ВНС на заболеваемость студентов, то есть их количество посещает спецгруппу на занятиях по физическому воспитанию.Исходный уровень вегетативного тонуса определяется по результатам обследования функционального состояния сердечно-сосудистой, дыхательной, мочевыделительной системы, желудочно-кишечного тракта, кожи, терморегуляции, вестибулярных изменений.

Материалы и методы. Исследование проводилось у студентов II курсов. Всего обследовано 91 студент. Оценивание проводилось по предпочтению показателей гипертонуса симпатической или парасимпатической нервной системы.

Результаты. У 16 студентов наблюдалось относительное равновесие ВНС, поэтому их во внимание не принимали. Ваготоников среди обследованных 22 человека, симпатотоников-53.Симпатотоники имеют более высокую успеваемость, чем ваготоники. Средний балл ваготоников составлял 3,67, симпатотоников-4,16.Показатель заболеваемости среди ваготоников выше. Спецгруппу посещает 7 ваготоников-31,8% от их общего количества и 5 симпатотоников-9,4%.

Выводы. Таким образом, гипертонус парасимпатической системы негативно влияет на успеваемость студентов и состояние их здоровья более чем симпатичной.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ЭКЗО- И ЭНДОГЕННЫХ ФАКТОРОВ НА СКОРОСТЬ РЕАКЦИИ У СТУДЕНТОВ

Н.С. Мелешкин – студент 4 курса лечебного факультета

Кафедра неврологии им. В. П. Первушина

ФГБОУ ВО ПГМУ им. Академика Е.А. Вагнера Минздрава России, Пермь, Россия Научный руководитель – доцент, к. м. н. Л. В. Пустоханова

Актуальность. Скорость реакции человека может меняться под влиянием экзо- и эндогенных факторов. В данном анализе в качестве экзогенных факторов рассматриваются компьютерные игры, так как они зачастую требуют молниеносной реакции на возникающие обстоятельства. Как эндогенный фактор нами взята головная боль, поскольку она как раздражающий фактор зачастую мешает сосредоточиться.

Компьютерные игры взяты не случайно. Волна геймерства захлестнула нашу страну 10 лет назад и уже нельзя сказать о том, что виртуальный мир - удел школьников и подростков. Реальность по ту сторону монитора всё чаще привлекает самых разных людей. Доля школьников/студентов среди играющего состава составляет всего 20% [3]. С каждым днем увеличивается процент пенсионеров, домохозяек, и представителей других социальных групп, проводящих время в виртуальной реальности [4].

Головная же боль рассматривается как эндогенный фактор, снижающий возможности нормального функционирования организма. По оценкам специалистов эпизоды головной боли за последний год имеются у каждого второго жителя нашей планеты [1, 2].

Цель исследования – провести комплексный анализ исследуемых групп и рассмотреть влияние взятых экзо- и эндогенных факторов на скорость реакции у молодых людей.

Материалы и методы. Для анализа были взяты 60 студентов, в возрасте от 18 до 22 лет. 20 из них, в том числе 19 юношей и 1 девушка, ежедневно проводят в виртуальной реальности от 2 до 5 часов. 20 человек, в том числе 7 юношей и 13 девушек, страдают головной болью напряжения. Во всех наблюдениях головная боль напряжения была эпизодической, т.е. отмечалась менее 15 раз в месяц. Контрольную группу составили 20 студентов, представители которой не имели головной боли напряжения в анамнезе, а также не проводили время за компьютерными играми. У лиц с головной болью напряжения получены об уровне тревожности и депрессии по шкалам HADS и CESD у исследуемой группы с головной болью [Е.А.Аблязизова, А.В.Ягафарова, 2019].

Анализ скорости реакции проводился дистанционно на сайте ifastest.ru. Исследуемым

было необходимо кликнуть мышкой при появлении команды. Каждый клик измерялся в миллисекундах. После пяти попыток вычислялся средний результат.

Испытуемые проходили исследования в спокойном состоянии в отсутствие предшествующих физических, умственных и эмоциональных нагрузок. Данные обработаны статистически.

Результаты исследования. Средняя скорость реакции играющей группы составила 215,7±25,2 мс; неиграющей группы - 269,4±57,3 мс. Согласно анализу с помощью Т-критерия для независимых групп выяснилось, что вероятность ошибки при сравнении двух выборок менее 5%, что говорит о статистической значимости различий между скоростью реакции играющей и неиграющей молодежи. Таким образом, можно говорить о том, что скорость реакции игроков в видеоигры быстрее, нежели у тех, кто не играет.

Испытуемые проводили за играми от 2-х до 5-и часов в день. При исследовании зависимости скорости реакции от времени, проводимого за компьютерными играми в течение суток, выяснилось, что коэффициент парной корреляции равен -0,03. Это свидетельствует о том, что зависимость между скоростью реакции и временем, проводимым за компьютером, у игроков исследуемой группы мала настолько, что не имеет статистической значимости.

Средняя скорость реакции группы с головной болью составляет 255,3±55,8 мс; группы без головной боли 269,4±57,3 мс. Согласно анализу с помощью Т-критерия для независимых групп выяснилось, что вероятность ошибки при сравнении двух выборок более 5%, что говорит об отсутствии статистической значимости различий между скоростью реакции студентов с головной болью и без неё. Таким образом, согласно данному исследованию, нельзя утверждать о различиях в скорости реакции у людей с головной болью и без неё.

При исследовании зависимости скорости реакции от уровня тревожности по шкале HADS, выяснилось, что коэффициент парной корреляции равен 0,54, а вероятность ошибки при анализе – менее 5%. Это свидетельствует о том, имеет место снижение скорости реакции при повышении уровня тревожности по HADS у лиц с головной болью.

Анализ зависимости скорости реакции от уровня депрессии по шкалам HADS и CESD у больных с головной болью напряжения не дал достоверных результатов.

Выводы.

1. Согласно результатам данного исследования, скорость реакции у людей, играющих в видеоигры, выше, чем у неиграющих
2. При данном анализе, не выявлено зависимости скорости реакции от длительности игровых сессий
3. Согласно полученным данным, молодые люди, страдающие эпизодической

головной болью напряжения, не отличаются скоростью реакции от людей без неё.

4. Скорость реакции у лиц с головной болью снижается при нарастании уровня тревожности

Список литературы

Головные боли// Информ. бюл. ВОЗ. – 08.04.2016 г.

Павленко С.С. Эпидемиология боли/ Павленко С. С. // Неврол. журн. – 1999 г. – Вып. 1. – С. 41-46.

Подшибякин А. Состояние игровой индустрии в России на 2014 год/ Подшибякин А. // InsightONE. – 2014.

Устинова Я. А. Геймерство – болезнь XXI века/ Устинова Я. А. // Каспийский регион: политика, экономика, культура. – Астрахань, 2014. – Вып. 3. – с. 308-313.

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

СЛУЧАЙ НЕЙРОБОРЕЛЛИОЗА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Д. Р. Асанханова – студентка 520 гр. лечебного факультета

Кафедра инфекционных болезней

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

*Научные руководители – проф., д.м.н. Д. Р. Ахмедов**,** доцент, к.м.н. С.А. Пашаева*

Актуальность. На территории Российской Федерации располагается большая часть мирового ареала клещевых боррелиозов. Исключением не является и Южный федеральный округ. Сезонность у заболевания весенне-летняя. Заболеваемость Лайм-боррелиозом растет с каждым годом. За последние три года в Махачкале отмечено 6 спорадических, официально зарегистрированных, случаев системного клещевого боррелиоза. Последняя скрывается за маской заболеваний кожных покровов (инфекционные эритемы; аллергические и контактные дерматиты; коллагенозы), заболеваний сердечно-сосудистой системы (ИБС, миокардиты, перикардиты, коллагенозы, ревматизм), заболеваний опорно-двигательного аппарата (ревматоидный артрит, остеоартроз, инфекционные специфические артриты, диабетическая артропатия), заболеваний нервной системы (корешковый синдром, полирадикулоневриты, невропатия лицевого нерва, энцефалопатия, миелопатия, рассеянный склероз).

Цель исследования: изучение клинико-лабораторных особенностей различных форм системного клещевого боррелиоза (Болезни Лайма).

Материал и методы исследования. Нами были проанализированы данные клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования больного с диагнозом нейроборрелиоз.

*Ниже приведен **клинический пример** из практики, который мы наблюдали.* Пациент Х., 25 лет. Анамнез болезни: больным считает себя с сентября 2017 года, когда поднялась температура тела до 39-40°С, появилась головная боль, немотивированная утомляемость, слабость, понижение работоспособности, чувство ломоты в мышцах. Больной посчитал эти симптомы проявлением обычной простуды, и обратился за медицинской помощью в государственную больницу Братиславы «Hospital. Cyril and Methodius», по месту своего жительства. При сборе эпидемиологического анамнеза выяснилось, что за 2 недели до появления симптоматики, пациента укусил клещ. Больной удалил клеща вместе с головкой, обработал место укуса антисептиком, но не отправил клеща в Госсанэпиднадзор для исследования. В госпитале ему провели исследование крови ELISPOT – Lymphocyte-

Transformation (LTT), которое указало на пограничную клеточную активность против боррелий (повышение функционального лимфоцитарного антигена – 1). Позже у пациента появились боли в нижних конечностях, чувство онемения, головокружение, тошнота, в связи с чем он обратился за помощью в клинику UniverzitnaNemocnicaBratislava. Заключение дежурного врача: «снижение тактильной чувствительности на медиальной поверхности бедер, в дерматоме S1-S2». 26 сентября 2017 года в неврологической клинике Neurogram ему была проведена ЭМГ m. Abductorhallucis/n. Tibialis – L4, L5, S1, n. Suralis – S1-S2. Результаты: «исследование проводимости – в норме». 2 ноября 2017 года в неврологической клинике был проведен электрофорез белков в ликворе и получены следующие результаты: альбумины и его α1- и α2-фракции, β-глобулины в пределах нормы, а γ-глобулины достигли верхней границы. Также пациенту провели МРТ позвоночника, который показал: «интрамедулярно на уровне Th10 наблюдается изменение направления сигнала овальной формы локально в спинном мозге, с небольшим изгибом заднего контура спинного мозга. Размер поражения 7x5x7 мм, затрагивает 2/3 поперечного диапазона спинного мозга. На другой половине спинного мозга не наблюдаются подобные поражения. Ширина позвоночного канала – 16 мм. Позвонки не повреждены. Протрузия дисков L4/5, и L5/S1, без эффектов сдавления». МРТ головного мозга: «супратенториально перивентрикулярно справа наблюдаются изменения диаметром 15 мм с постконтрастным усилением. Перивентрикулярно визуально схожее образование диаметром 4 мм, без увеличения. Внешние ликворные пространства расширены. IV желудочек в норме. Костная система без патологии. Кровоснабжение головное мозга без патологии. Заключение: очаги соответствуют острому воспалительному очагу по критериям Макдональда. Очаговые изменения в спинном мозге на уровне C5». 9 ноября в клинике MEDIREX провели серологическое исследование сыворотки крови больного и были получены следующие результаты: Anti – List. monocytogenes (PA) – слабопозит. BorreliaDNA(ПЦР) – негат.Borreliaburg. IgM (ИФА) – негат. Borreliaburg. IgG (ИФА) – слабопозит. Chl. PneumoniaeIgG (МИФ) – позит. Результаты серологическоеисследованиеликвора: Borreliaburg. IgM (ИФА) - негат. Borreliaburg. IgG (ИФА) – негат.Anti- HSVIgG (ИФА) – позит (обусловлен их попаданием из плазмы в ликвор). Anti-CMVIgG(ИФА) – позит (обусловлен их попаданием из плазмы в ликвор). Anti – EBVIgM - позит. Anti – EBVIgG – позит.

На основании эпидемиологического анамнеза, результатов клинико – лабораторных методов исследования больному выставлен диагноз: Клещевой иксодовый боррелиоз IIстадия: нейроборрелиоз. Диагностические критерии нейроборрелиоза: имеются признаки поражения ЦНС (снижение тактильной чувствительности на медиальной поверхности бедер,

в дерматоме S1-S2), неврологическая симптоматика развилась в пределах 6 месяцев после присасывания клеща, обнаружены умеренноположительные титры к B. burgdorferi.

Было назначено лечение: вигантол, амоксиклав, кларитромицин, проканазол, пищевая добавка Полынь Однолетняя (Artemisiaannua), иммунорм или полиоксидоний, омепразол, пробиотики (дополнить лечение желательно добавлением в пищу кокосового масла, масла орегано, в сочетании с оливковым маслом, куркумой и красной свеклой, для детоксикации – эхинацея).

Лечение пациент соблюдал не полностью, с погрешностями. Вследствие чего произошел рецидив неврологической симптоматики. Так как на этот момент (сентябрь 2018 года), он находился в г.Махачкала, РД, он обратился за помощью в неврологическискический центр. Заключение лечащего врача: «невротическое расстройство астенического типа с преобладанием тревожных тенденций, явлениями раздражительной слабости, психоэмоциональной лабильности с депрессивными эпизодами, собственно астении и диссомнии. Эпизодическая цефалгия напряжения. Находится под наблюдением профильных специалистов по поводу боррелиоза». Рекомендовано: церебролизин, мексидол , ципралекс, ноофен (или фенибут). Сразу по возвращении в Братиславу, пациент Х. М. возобнил лечение нейроборрелиоза, и находится под наблюдением врача-инфекциониста городской больницы.

Результаты исследования. Представленный нами клинический случай интересен не только как клиническое наблюдение, большой интерес представляет и сложность дифференциально – диагностического поиска, осложненного атипичным течением болезни. Ведь братиславские врачи изначально подозревали рассеянный склероз, основываясь на картине МРТ-диагностики головного мозга, но развитие неврологической симптоматики в пределах 6 месяцев после присасывания клеща, и обнаружение умеренноположительные титров к B. burgdorferi – говорят в пользу нейроборрелиоза.

Выводы. 1. На территории Дагестана в последние годы участились случаи инфицирования системным клещевым боррелиозом. 2. В связи с началом сезона размножения клещей, мы считаем необходимым проведение своевременного эпидемиологического и эпизоотологического мониторинга для составления рациональных мероприятий по профилактике и ликвидации данного инфекционного заболевания.

ЭКГ ДИАНОСТИКА ПОРАЖЕНИЙ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ БРУЦЕЛЛЕЗОМ

[1]Махлоева Р. М. студентка 505. гр. леч. фак., [1]Гаджиева Р.Ч. студентка 536гр. леч.фак., [1]Абдулкадырова С.Р. студентка 537гр. леч. фак., [1]Дагирова К.З. студентка 536гр. леч. фак., [1]У.У. Алигишиев кл. ординатор,[2]З.Т. Ахмедова студентка 504. гр. леч. фак.

[1]ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»
[2]ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова
Научный руководитель: зав. кафедрой инфекционных болезней им. академика Г.П. Руднева профессор Ахмедов Д.Р.

Введение. Одной из актуальных проблем территорий России с животноводческой ориентацией сельского хозяйства остается бруцеллез и наносит огромный социально-экономический ущерб.Бруцеллезная инфекция широко распространена на территории Северо-Кавказского федерального округа (СКФО). Наиболее высокая заболеваемость бруцеллезом в России регистрируется в Республиках Дагестан, Тува и Ставропольском крае, где показатель заболеваемости составляет 8-10 и более на 100 тыс. населения. По данным академика Г.Г.Руднева нет ни одного органа, который не поражается при бруцеллезной инфекции. Для бруцеллезной инфекции характерно поражение почти всех органов и систем, в том числе и сердечно-сосудистой (ССС), что приводит к развитию неблагоприятных исходов, потере трудоспособности и инвалидизации.

Цель. Нами были изучены ЭКГ параметры сердца у больных бруцеллезной инфекцией.

Материал и методы. Под наблюдением находились больные, различными клиническими формами бруцеллеза у которых диагноз бруцеллезная инфекция был подтвержден на основании клинических и лабораторных данных: серологических реакций Райта, Хеддельсона, РПГА с эритроцитарным бруцеллезным диагностикумом, ИФА, внутрикожной аллергической пробы по Бюрне. Для оценки функционального состояния сердца у больных различными клиническими формами бруцеллеза использовалась ЭКГ в 12 отведениях у 102 больных.

Результаты. Исследования показали, что как при остром (ОБ), так и хроническом бруцеллезе (ХБ) поражается ССС, при этом развиваются: миокардиодистрофия у 66,2% больных острым 53,7% хроническим бруцеллезом, острый миокардит у 6,9% и 1,2% соответственно, эндокардит у 1,25% и 0,6%, соответственно, перикадит у 0,6% и 1,2%, соответственно. ЭКГ-изменения характеризуются нарушениями: функций автоматизма у 70,6% и 35,8% больных острым и хроническим бруцеллезов, соответственно, проводимости – у 10,6% и 29,6%, соответственно, возбудимости – у 23,1% и 20,4%, соответственно, реполяризации ЛЖ – у 20% и 12,3%, соответственно.

Выявленные нарушения требуют коррекции с использованием влияющих на функции автоматизма, проводимости, возбудимости иреполяризации ЛЖ препаратов. В связи с этим

больным назначался препарат Милдронат. Результаты полученные при использовании Милдроната опубликованы в следующих публикациях.

Выводы. Т.О. использование ЭКГ для выявления поражений сердца при бруцеллезной инфекции имеют важное диагностическое значение и должны проводиться всем больным как острым, так и хроническим бруцеллезом при поступлении в стационар и обращении к врачу.

ОСОБЕННОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ У БОЛЬНЫХ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

Ц.Ш. Омарова – аспирант 2 года уобучения

Кафедра инфекционных болезней ФПК и ППС

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доцент Е.А. Арбулиева

Актуальность. СПИД - единственная медленная инфекция, способная к эпидемическому распространению. В настоящее время эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции в республике характеризуется как неблагополучная. Проблема ВИЧ-инфекции и СПИДа связаны не только с потерей здоровья, но и с ощутимыми экономическими расходами общества на профилактические мероприятия, лечение, содержание самих больных. Хронические гепатиты В и С также являются серьезными инфекционными заболеваниями, передающимся теми же путями, что и ВИЧ, но с более высоким риском инфицирования.

Цель исследования. Выявление особенностей сочетанной ВИЧ и HCV/HBV инфекции у больных, находившихся на д/учете в Республиканской центре по профилактике и борьбе со СПИД.

Материалы. Проведен анализ амбулаторных карт и историй болезни больных ВИЧ/СПИД, находящихся в д/учете в ГБУ РД «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИДом».

Результаты исследования.Первые случай заболевания ВИЧ в республике Дагестан был зарегистрирован в 1989 году. Всего до настоящего времени было выявлено 3404 ВИЧ - инфицированных. На 01.01.2019г. показатель распространенности ВИЧ инфекцией составил 76,5 случаев на 100 тыс. населения, что значительно меньше, чем в целом по России (РФ-679,5; СКФО-137,0). В 2018году было выявлено 279 новых случаев ВИЧ-инфекции, что на 41 больше в сравнении с 2017годом(238). Показатель заболеваемости на 100 тыс. населения составил 9,1(в 2017году-7,8).

ВИЧ-инфекция зарегистрирована во всех районах республики. Не зарегистрировано ни одного случая в Агульском районе. Максимальные показатели распространенности на 100 тыс. населения отмечены в городах: Дербент (258,6), Дагестанские Огни (119,0), Избербаш (97,1), Буйнакск (115,2), Каспийск (105,7). Среди районов высокая заболеваемость отмечена в Дербентском (100,9), Кумторкалинском (70,7), Кизилюртовском (69,0), Кизлярском (65,4) раойнах.

За весь период регистрации от СПИДа умерло100 человек, а от различных причин 995ВИЧ-инфицированных.

ВИЧ – инфекция с контактным механизмом заражения, инфицирование происходит через поврежденную кожу и слизистые оболочки. Контактный механизм реализуется различными путями. В республике в последние годы преобладает половой путь передачи инфекции 52,2%, в 38,0 % случаев указывается парентеральный путь передачи инфекции и на вертикальный путь (от матери к ребенку) приходится 1,6%.

Среди ВИЧ-инфицированных в основном преобладают лица трудоспособного возраста. В последние годы отмечается выявление ВИЧ-инфекции в более зрелой возрастной группе.Среди ВИЧ-инфицированных мужчин больше, чем женщин и составляет 67,2%. Но ежегодно доля впервые выявленных ВИЧ-инфицированных женщин детородного возраста возрастает. Так за первый квартал 2019года доля женщин составила 46,3% (32), что является неблагоприятным признаком, так как возрастает риск вертикального пути инфицирования ВИЧ и соответственно, рождения ВИЧ-инфицированных детей. За весь период регистрации ВИЧ в республике от ВИЧ-инфицированных матерей родилось 366 детей с перинатальным контактом. Из общего количества детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, сняты с диспансерного учета по причине смерти до установления ВИЧ-инфекции – 21 детей; по причине отсутствия ВИЧ-инфекции - 204 ; в связи с убытием с территории республики-15;переведены в статус ВИЧ-инфицированных - 11. Остальные 109 детей состоят на диспансерном учете по перинатальному контакту до исполнения возраста 18 месяцев.

Хронические парентеральные гепатиты являются частыми спутниками ВИЧ-инфекции. Так, обследование больных с ВИЧ выявило одновременное инфицирование и вирусами гепатитов В и С (789), Преобладающим штаммом продолжает оставаться вирус гепатита С (554), а наивысшая пораженность ВГС отмечена среди инъекционных потребителей. В последнее время распространенность хронического гепатитаС (ХГС) среди ВИЧ-инфицированных лиц связана и с незащищенными половыми контактами, и как следствие, увеличивается количество ВИЧ-инфицированных женщин с сочетанной патологией.

Ко-инфекция ВИЧ/СПИД и ХГС имеет ряд клинико-лабораторных особенностей. Так, прогрессирование иммунодефицита в связи с ВИЧ-инфекцией ухудшает клинику ХГС.

Клинические проявления болезни выявлены у большинства больных ВИЧ-инфекцией в сочетании с ХГС. При IVстадии ВИЧ-инфекции поражение печени встречается у 2/3 больных и среди тех, у кого ВИЧ-инфекция была в стадии IIIв 64,5 % случаев.

Кроме того, широкий охват ВИЧ-инфицированных антиретровирусной терапией привел к тому, что продолжительность жизни больных со статусом ВИЧ выросла, в связи с чем у них успевает развиться цирроз печени как следствие воздействия вирусов гепатитов В, С и Д. Актуальной становится проблема лечения данной категории больных. Острым стоит вопрос противовирусной терапии, так как количество больных нуждающихся в терапии значительно больше финансовых возможностей. Так как, в большинстве случаев, необходима терапия именно препаратами прямого противовирусного действия. Выявление больных на поздних стадиях, когда у больного развиваются такие оппортунистические инфекции как туберкулез, цитомегаловирус и др., требующие назначения препаратов токсичных для печени, также приводят к декомпенсации заболевания печени.

Выводы. Таким образом, продолжается рост заболеваемости ВИЧ-инфекции и увеличиваетсяколичество смешанных форм инфекции ВИЧ/СПИД или ВГВ, особую важность приобретают вопросы лечения больных с ко-инфекцией ВИЧ/ХВГ.

МАЛЯРИЯ В ЗИМБАБВЕ

Kashangura LLoid Tadira - студент 39 гр. лечебного факультета

Кафедра медицинской биологии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

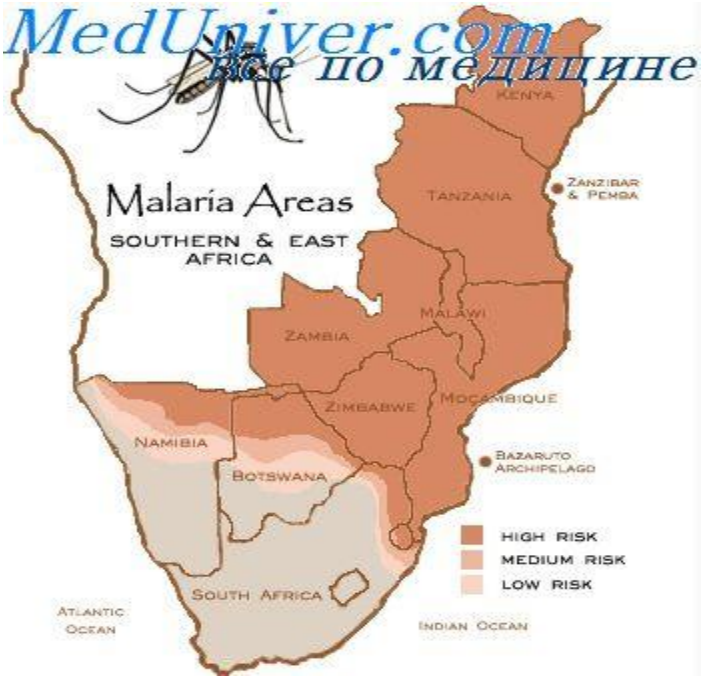
Научный руководитель - д.б.н., проф.А.М. Магомедов

Актуальность исследования. 25 апреля - Всемирный день борьбы против малярии (World Malaria Day) учрежден Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) на ее 60-й сессии в мае 2007 года. Малярия это опасное заболевание, которое требует грамотного лечения. Более 2 млрд. человек живут в условиях риска заражения малярией. Ежегодно, инфекция поражает порядка 400 млн людей, 2 млн из которых имеют летальный исход.

Наибольший риск заражения составляют страны с субтропическим и тропическим климатом – это Африка, Азия, Океания, Америка. За счет огромной популярности отдыха в экзотических странах участились случаи завозной малярии и в Европейских государствах.

К примеру на территории России регистрируются только завозные случаи малярии. Анализ случаев малярии В 2018 году в Российской Федерации показал, что в 100% случаях завоз произошел из стран дальнего зарубежья. И завоз тропической малярии зарегистрирован из стран Африки (108 сл.), Индии (3 сл.),

Республика Зимбабве (англ. *Republic of Zimbabwe* [zɪmˈbɑːbweɪ], до 1980 года — **Ю́жная Роде́зия**) — государство в южной части африканского континента, между

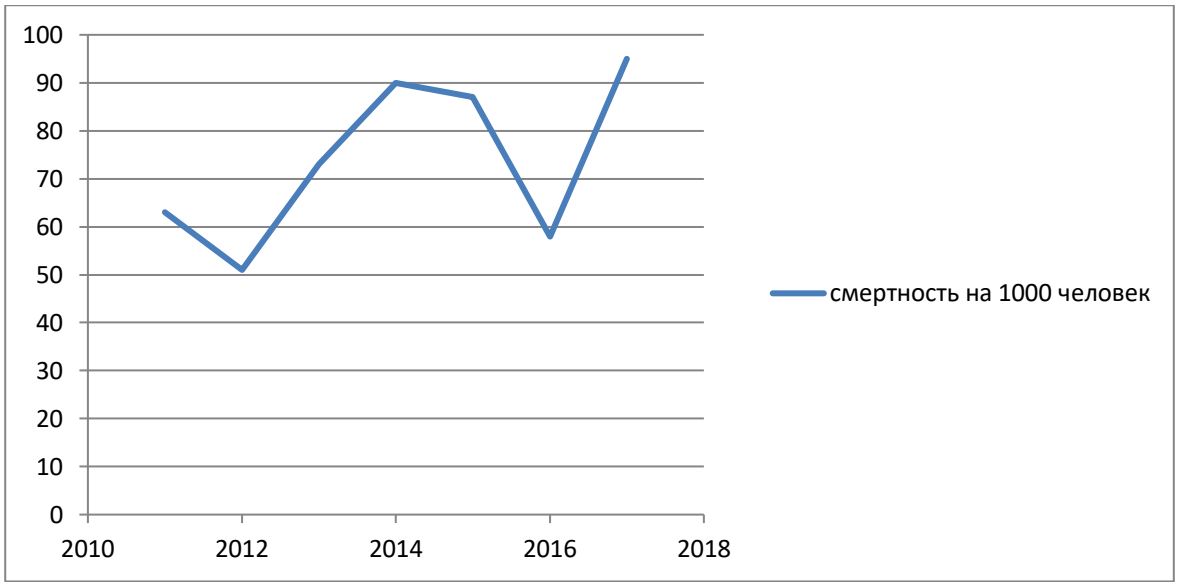


водопадом Виктория, реками Замбези и Лимпопо. Граничит с ЮАР на юге, Мозамбиком на востоке, с Ботсваной на западе и Замбией на севере.(рис 1). На протяжении десятилетий Зимбабве остается одним из главных туристических центров южной Африки: великолепные национальные парки, загадочные руины Великого Зимбабве, шумные улицы Хараре и потрясающий водопад Виктория, считающийся одним из природных чудес света, привлекают сюда туристов со всех концов планеты. Но в тоже время риск развития малярии среди местного населения и туристов многократно возрастает.

Цель исследования. В связи с этим **целью наших исследований** явился мониторинг ситуации по заболеваемостью малярией в Зимбабве на протяжении 2000-2018 гг. Как показал анализ статистических данных вспышки этой инфекции могут принимать значительные масштабы

Материалы и методы исследования. Существует 4 вида малярии: тропическая, трехдневная, четырехдневная и овале-малярия, наиболее опасной является тропическая малярия, которая при позднем обращении к врачу может привести к смертельному исходу.

Заболеваемость малярией на 1000 чел по годам.



По нашим данным в Зимбабве преобладает именно тропическая малярия - наиболее тяжелая форма инфекции, которая вызывается паразитами рода Plasmodium falciparum и она же является наиболее распространенным малярийным паразитом в Зимбабве, и на его долю пришлось 98% случаев заболевания малярией. Преимущественно P. falciparum, существует с ноября по июнь на высотах ниже 1200 м и в течение круглого года в долине Замбези.

Как видно из графика в 2011г заболеваемость малярией составило 63 человека на 1000 человек подвергающегося риску населения, в 2012 году – ь51 человек, в 2013 г. 73 чел, 2014 г -90 чел, в 2016 г 58 чел а в 2017 году -95 человек.

Как видно из графика заболеваемость по годам изменяется. Так как комары откладывают яйца в воду мы связываем изменчивость заболеваемости с количеством осадков по годам. Так в 2017г на территории Зимбабве произошла вспышка малярии, возникшая в следствие затяжных проливных дождей, вызванных тропическим циклоном. Согласно данным ВОЗ, опубликованным в 2017 года, смертельные случаи от Малярия в Зимбабве достигли 2.530 или 2,01% от общей смертности..

Инкубационный (скрытый) период малярии — от 7 до 30 дней при тропической и до 3х лет при других формах. Симптомы — повышение температуры (в некоторых случаях температура не достигает высоких цифр), озноб, сильное потоотделение, головная боль, слабость. Необходимо помнить, что ранние проявления малярии сходны с первыми признаками других заболеваний.

Учитывая сложившуюся ситуацию в Зимбабве и в целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения России, мы рекомендует туроператорам в обязательном порядке информировать граждан, планирующих выезд в Зимбабве и в другие страны, где имеется риск заражения малярией, о вероятном риске заражения малярией (рис.1).

Рис. 1

При тропической малярии без проведения своевременного специфического лечения возможен смертельный исход в очень короткий срок от начала заболевания. Ранняя диагностика и лечение малярии способствуют уменьшению тяжести болезни и предотвращению смерти.

Как известно, лучший способ избежать болезни — это ее предупреждение. Поэтому туристам, совершающим поездки в Зимбабве и другие страны, заранее стоит позаботиться о своей безопасности и узнать, регистрируется ли малярия в той области или на той территории, в которую они выезжают. В случае регистрации необходимо обратиться к врачу для назначения противомалярийных препаратов, прием которых начинают за неделю до выезда и продолжают весь период нахождения в неблагополучных по малярии регионах и еще месяц после возвращения.

Результаты исследования. Проведенные исследования показали значительное варьирование заболевания по годам в зависимости от влажности года и расширения ареала в связи с развитием туризма в регионе.

Выводы. Необходимо помнить о важных мерах в профилактике малярии:

— применение средств отпугивающих комаров, репеллентов, которые могут быть в виде мазей, гелей, аэрозолей, для обработки отрытых участков тела
— использование москитных сеток или марли на окнах и дверях
— обработка помещений аэрозольными инсектицидами
— использование электрических фумигаторов.

Литература:

1. Чебышев Н.В., Гринева Г.Г., Козарь М.В, Гуленков С.И. Биология (Учебник).- М.: ВУНМЦ, 2000.- 592 с.

2. Тейлор Д., Грин Н., Стаут У. Биология: В 3-х т. Т.3: Пер. с англ./ Под ред. Р. Сопера – 3-е изд., - М.: Мир, 2004.- 451 с.
3. Биология с общей генетикой. Слюсарев А.А. 3-е изд., стерео. – М.: ООО «Издательство Альянс», 2011.- 472 с.
4. Биология: учебник: в 2 т./под ред. В.Н.Ярыгина.- М.: ГЭОТАР –Медиа. 2014.- Т.1-736.
5. Taylor D.J., Green N.P.O., Stout G.W. Biological science. In 3 t. T. 3. Editor Soper R. – Cambridge University Press, 2003.- 984 с.
6. Заболеваемость малярией (на 1000 человек): World Bank; World Health Organization, Global Health Observatory Data Repository/World Health Statistics (http://apps.who.int/ghodata/).
7. https://medaboutme.ru/zdorove/publikacii/stati/sovety_vracha/tropicheskaya_malyariya_klastery_ochagov_na_afrikanskom_kontinente/?utm_source=copypaste&utm_medium=referral&utm_campaign=copypaste
8. https://indonet.ru/blog/achadidi/malaria - Малярия в Индии | Блог об Индии и Пути к себе | Индия по-русски - Живой путеводитель.

ВЫЯВЛЕНИЕ АНТИТЕЛ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ М К БОРРЕЛИЯМ В ИММУНОБЛОТЕ НА ТЕРРИТОРИИ ВСЕХ ОБЛАСТЕЙ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Новик А.А., Микитюк А.В. - студентки 4 курса лечебного факультета

Кафедра инфекционных болезней

УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь

Научный руководитель - д.м.н., доцент Е.Л. Красавцев

Введение. Клещевой боррелиоз (болезнь Лайма) - инфекционное трансмиссивное природноочаговое заболевание, вызываемое спирохетами и передающееся клещами, имеющее наклонность к хроническому и рецидивирующему течению и преимущественному поражению кожи, нервной системы, опорно-двигательного аппарата и сердца.

Боррелии имеют группы антигенов: поверхностные (OspA, OspB, OspC, OspD, OspE и OspF), жгутиковый и цитоплазматический. Поверхностные антигены характеризуются вариабельностью. Наибольшая их гетерогенность обнаруживается у B. garinii (по OspC - 13 вариантов, по OspA - 7) и B. afzelii (по OspC - 8, по OspA - 2). Штаммы B. burgdorferi s.s. отличаются относительным постоянством спектра поверхностных белков. Белки, находящиеся на внешней оболочке, определяют видовую принадлежность возбудителя и

являются основными иммуногенами. Многие антигенные детерминанты внешней оболочки сходны с таковыми у боррелий других видов и даже некоторых бактерий. Этим объясняется возможность перекреста в иммунологических реакциях.

При попадании возбудителя в различные органы и ткани происходит активное раздражение иммунной системы, что приводит к генерализованному и местному гуморальному и клеточному гипериммунному ответу. На этой стадии заболевания выработка антител IgM и затем IgG происходит в ответ на появление флагеллярного жгутикового антигена боррелий массой 41 кД. Важным иммуногеном в патогенезе являются поверхностные белки, относящиеся к OspC, которые характерны преимущественно для европейских штаммов. В случае прогрессирования болезни (отсутствие терапии или недостаточное лечение) расширяется спектр антител к антигенам спирохеты (к полипептидам от 16 до 93 кД), что ведет к длительной выработке IgM и IgG .

Цель исследования: Определить частоту выявления антител иммуноглобулинов М в иммуноблоте к боррелиям у лиц различного возраста, пола, различного места проживания.

Материалы и методы: Проанализированы результаты 113 тестов на определение антител IgM в иммуноблоте к боррелиям, выполненных в лаборатории «СИНЭВО». Среди обследованных было 68 женщин и 45 мужчин. Диапазон возраста от 1 до 90 лет.

Трактовка результатов теста:

При отсутствии антител ко всем антигенным группам или пограничного наличия антител к одной антигенной группы (OspC-Ba, OspC-Bb, OspC-Bg, OspC-Bsp) и отсутствии антител к двум специфическим антигенных групп (p39, VlsE Bb) – результат считается ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ.

При обнаружении антител к одной или более антигенным группам (OspC-Ba, OspC-Bb, OspC-Bg, OspC-Bsp) и отсутствия антител к двум специфическим антигенным группам (p39, VlsE Bb) – результат считается ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ.

При обнаружении пограничных значений антител к двум или более антигенным группам (OspC-Ba, OspC-Bb, OspC-Bg, OspC-Bsp) и отсутствия антител к двум специфическим антигенных группам (p39,VlsE Bb) – результат считается СОМНИТЕЛЬНЫМ.

Результаты исследования и их обсуждение. В ходе обследования 113 пациентов результат оказался положительным у 48 человек (42,48%). Средний возраст пациентов с антителами к боррелиям составил 41 год ±10,18лет, медиана возраста 41 год.Среди лиц, с обнаруженными антителами к боррелиям, было 17 мужчин (35,42%) и 31 женщина (64,58%). Средний возраст мужчин составил 41,24 года ± 11,33, медиана возраста 37 лет; средний возраст женщин - 41,48 лет ± 9,24, медиана возраста 45 лет. Также можно отметить что

среди положительных результатов чаще встречались женщины– у 61,7%, мужчин было 31,91 %, детей – 6,38%. Среди отрицательных результатов женщин было 50 %, мужчин– 33,33%, детей – 16,66%. Среди сомнительных результатов женщины составили 54,54%, мужчины– 36,36%, дети – 9,09 %.

Отрицательный результат был выявлен у 54 человек (47,78%, 27 мужчин и 27 женщин). Средний возраст пациентов составил 41 год ± 18,01 лет, медиана возраста 43 года. Средний возраст мужчин в данной группе 38,08 лет ± 21,56, медиана возраста 32 года; женщин – 43,38 лет ±14,77, медиана возраста 46 лет.

Результат оказался сомнительным у 11 пациентов (9,73%). Средний возраст пациентов составил 46,9лет ± 12,3 года, медиана возраста 51 год. Среди этих пациентов было выявлено 5 мужчин, средний возраст которых 44 года ± 13,63 года, медиана возраста 49,5 лет и 6 женщин, средний возраст которых оказался 49,3 лет ± 13,55 лет, медиана возраста составила 53,5 лет.

Также был проведен сравнительный анализ по областям Республики Беларусь и г.Минску. В г.Минске проведено 33 исследования, среди них преобладает отрицательный результат (45,45%), положительный результат был выявлен у 42,42% обследованных, сомнительный – у 12,12%. В Минской области было проведено 13 исследований, показатели для этой области следующие: 53,85% - положительные, 30,77% - отрицательный, 15,38% - сомнительный. В Брестской области было обследовано 26 человек, среди результатов преобладает отрицательный результат (63,63%), затем положительный – 31,82%, сомнительный – 4,55%. В Гомельской области было проведено 28 исследований (46,43%-положительный результат, 42,86% - отрицательный, 10,71% - сомнительный). В Витебской области в исследовании приняли участие 2 человека и положительных и отрицательных результатов оказалось по 50%, сомнительных не обнаружено. В Могилёвской области проведено 5 исследований, среди которых преобладал отрицательный показатель – 55,55%, положительный -33,33%, сомнительный – 11,11%. Из Гродненской области был обследован 1 человек, его результат – отрицательный.

Вывод. Наибольшее количество положительных результатов на выявление антител иммуноглобулинов М в иммуноблоте к боррелиям было выявлено в Минской области, наибольшее количество отрицательных показателей было отмечено в Гродненской и Брестской областях.

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА И ИММУНОПРОФИЛАКТИКА КОКЛЮША В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Р.Н. Андреев - ординатор, Ю.А. Лыгина - ассистент, А.Г. Серажим - ординатор,

О.Н. Ткаченко, Н.В. Комиссаровская - студенты

Кафедра организации высшего образования, управления здравоохранением и эпидемиологии

ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», Донецк, Донецкая Народная Республика

Научный руководитель - к.м.н., доцент В.А. Мельник

Актуальность. Коклюш в современном мире сохраняет свою значимость как детское инфекционное заболевание. Внедрение специфической иммунизации привело к снижению заболеваемости и частоты тяжелых осложнений у детей первых лет жизни. Однако, в последние годы из-за роста антипрививочных настроений в обществе наблюдается увеличение медицинских отводов и отказов от вакцинации, что приводит к снижению охвата детей прививками. Данная ситуация способствует активизации эпидемического процесса, увеличению количества случаев заболевания коклюшем, а также очаговости в детских дошкольных и школьных образовательных учреждениях. Известно, что в настоящее время эпидемический процесс коклюшной инфекции реализуется в основном за счет непривитых детей (их удельный вес в общей структуре заболеваемости может достигать 70 %). Но следует отметить, что биологические свойства возбудителя коклюша также претерпели изменения в связи с введением специфической профилактики этой инфекции. Возбудитель подвержен генетической вариабельности, что может оказывать влияние на динамику заболеваемости. Указанное обстоятельство свидетельствует о необходимости проведения постоянного мониторинга за возбудителем коклюша.

Цель. Определить актуальные особенности эпидемического процесса коклюша в г. Донецке.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный эпидемиологический анализ материалов официальной регистрации заболеваемости коклюшем за период 2012-2018 гг. по данным Донецкого городского центра Республиканского центра санитарно-эпидемиологического надзора госсанэпидслужбы Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики (РЛЦ СЭН ГСЭС МЗ ДНР). Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакетов программ Microsoft Office 2007 и Statistica 6.0.

Результаты исследования. В ходе проведенного исследования было установлено, что на протяжении изучаемого периода показатель заболеваемости коклюшем в среднем составлял 4,16±0,42 на 100 тыс. населения. Следует отметить, что в 2015-2017 гг. наблюдался рост заболеваемости этой инфекцией, однако в 2018 г. ее показатель снизился в 4,2 раза, что может свидетельствовать о проявлениях периодичности в динамике эпидемического

процесса коклюша.

При этом 35,4±4,3 % заболевших составляли привитые лица, а 64,5±4,3 % - непривитые. Удельный вес детей в общей структуре заболеваемости в течение изучаемого периода оставался на уровне 99,3 %. Необходимо отметить, что 63,3±1,3 % приходилось на долю организованных детей (посещающих детские дошкольные и школьные образовательные учреждения, находящиеся на обучении в школах-интернатах), а 36,7±1,3 % - неорганизованных.

Установленный диагноз коклюша в большинстве случаев был подтвержден серологически (72,4±4,6 %), при бактериологическом исследовании возбудитель выделялся в 21,4±4,6 %. Низкий процент обследованных бактериологическим методом объясняется тем, что диагноз коклюш выставлялся заболевшим на 3-4 неделе от начала заболевания, в связи с чем этот метод исследования в этот период уже являлся неэффективным.

Вакцинация против коклюшной инфекции была выполнена не в полном объеме. Самый низкий охват вакцинацией и ревакцинацией против коклюша отмечался в 2016 году и составил 3,4 и 7,0 % соответственно.

Одной из причин недовыполнения плана иммунизации является большое количество отказов от проведения профилактических прививок. Кроме того, отмечается недостаточное выполнение запланированных объемов иммунизации за счет перебоев в поставке иммунобиологических препаратов.

Выводы. Таким образом, наибольшее значение для поддержания эпидемического процесса коклюша имеют непривитые лица. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости повышения охвата населения вакцинацией против коклюша и поддержания коллективного иммунитета среди всех возрастных групп. Также следует проводить разъяснительно-просветительскую работу среди родителей для снижения числа отказов от вакцинации детей.

ГЕРИАТРИЯ

КОМОРБИДНОСТЬ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ГЕРИАТРА

Нурбагандава П.М. студентка 630 группы лечебного факультета,

Нурбагандова Пз.М. студентка 630 группы лечебного факультета,

Дундарова З.Н. клинический ординатор

Кафедра поликлинической терапии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Казанбиев Д.Н.

Актуальность. В связи с увеличением средней продолжительности жизни населения формируется одна из важнейших проблем клинической медицины – сочетание множества заболеваний у конкретного больного гериатрического возраста.

Цель. Исследование коморбидности у лиц гериатрического возраста

Задачи.

Изучение структуры коморбидности у лиц гериатрического возраста.

Изучение гендерных особенностей коморбидности.

Определение перспектив преодоления коморбидности у больных гериатричекого коморбидных больных.

Материалы и методы исследования. Для достижения поставленной цели были исследованы 189 коморбидных больных РМЦ МЗ РД. Средний возраст больных составил 75,3 (от 60 до 90)лет.

Корбидность больных оценивалось при помощи следующих показателей:

CIRS-G (Cumulative Illnes Rating Scale for Geriatris)

ШкалапредложеннаяMaryCharlson

Индекс Kaplan-Feinstein

Результаты исследования.

Диагнозы (наиболее часто встречаемые) больных приведены в таблице 1.

Таблица 1. Наиболее часто встречаемые диагнозы больных

Диагнозы больных(n=189)	%	Количествобольных
ИБС (стенокардия, ИМ, НРиП, ХСН I-II фк)	79 %	150
АГ	82 %	156
ХСН III-IV фк	64 %	121
ХОБЛ	37 %	71
Ожирение	33%	64

ДОА	26%	51
ХБП	16%	32
Хр гепатиты и цирроз	11%	14

На одного гериатрического больного приходилось в среднем 7,3 заболеваний (от 3 до 14). Встречалось 72 нозологий, среди которых наиболее часто АГ и ИБС .

В возрасте от 60 до 70 лет приходилось в среднем 6,5 заболеваний, от 70 до 80 лет приходилось 8,2 заболеваний, от 80 до 90 лет 7,3 заболеваний на одного больного.

В основном заболевания в гериатрическом возрасте равномерно распределены, но в то же время пик заболеваемости приходился на возраст от 70 до 80 лет.

Выводы.

Коморбидность часто встречается у больных гериатрического возраста.

В структуре коморбидности чаще встречается сочетание АГ и ИБС.

У мужчин гериатрического возраста на 8 % больше выражена коморбидность.

Использованные шкалы CIRS, индекс Kaplan, индекс Charlson свидетельствуют о высокой информативности при неоднозначности результатов у конкретного больного.

Перспективой введения коморбидных больных может стать определение заболеваний требующих активной терапии и заболеваний требующих наблюдения.

ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ САХАРОСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ В СООТВЕТСТВИИ С ВЫРАЖЕННОСТЬЮ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ

А.Е.Абрамова студент – студентка 342 гр. лечебного факультета, Т.В.Черноталова - студентка 342 гр. лечебного факультета

Кафедра общей врачебной практики и геронтологии ФДПО

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, Нижний Новгород, Россия

Научный руководитель -к.м.н. доц Л.А.Калинникова

Актуальность. В гериатрической практике подход к оценке и ведению пациентов строится на диагностике и коррекции формирующихся в пожилом возрасте гериатрических синдромов. Отдельно выделяют синдром старческой астении, который тесно взаимосвязан с другими гериатрическими синдромами и характеризует снижение общего внутреннего резерва организма. Наличие гериатрических синдромов у пациентов отрицательно влияет на самообслуживание, социальную и психологическую адаптацию больных, и что не менее важно, на правильность приема лекарственных средств. Лекарственная терапия пожилых пациентов с сахарным диабетом осложняется еще и тем, что они иногда не в состоянии

соблюдать сложный режим их приема и использовать их из-за сложности технологического процесса. Таким образом, актуальным представляется проведение исследования по изучению распространённости и структуры гериатрических синдромов у пациентов амбулаторно-поликлинических учреждений г. Нижнего Новгорода и определение дальнейшей тактики сахароснижающей терапии.

Цель. Оценить безопасность различных схем сахароснижающей терапии у пожилых пациентов с учетом выраженности когнитивных нарушений**.**

Материалы и методы. В исследование включено 116 больных с сахарным диабетом старшей возрастной группы, средний возраст составил 75.4 года, стаж диабета 17 лет. Всем больным проводилось исследование гликированного гемоглобина и комплексная гериатрическая оценка, включающая краткую шкалу MMSE, тест рисования часов, шкалу депрессии GDS-15, индекс Бартел, шкалу IADL и MNA, способность выполнения основных функций, а также визуально-аналоговую шкалу самооценки состояния здоровья. На первом этапе работы проводился скрининг синдрома старческой астении на основании рекомендованной шкалы «Возраст не помеха». На втором этапе проводилось добровольное анкетирование пациентов с сахарным диабетом по опроснику комплексной гериатрической оценки. На третьем этапе определение влияния результатов анкетирования на лекарственную терапию пациентов.

Результаты исследования.

1. По результатом тестирования по шкале «Возраст не помеха» старческая астения выявлена у 23,4% больных, у 56,8% выявлена преастения, и 19,8% больных можно было отнести к «крепким». У 88,7% пациентов терапия была комбинированная, у остальных монотерапия секретагогами. На комбинации метформина и секретагогов из них было 36 пациентов (34.9%), в 10,4% была комбинация метформина и продленного инсулина у 29,1% комбинация секретагогов и продленного инсулина, а в 26,2% была базис-болюсная терапия.

2. Средняя гликемия натощак составила 9,7 ммоль\л, постпрандиальная гликемия составила 10,2, в группе старше 75 лет составила 12,7 ммоль\л, средний уровень гликированного НВ составил 10,4%, отклонение от индивидуальных целевых показателей составило в среднем 1,5%.

3. По результатам теста MMSE у 33,6% выявлены вероятные когнитивные нарушения, причем в 30,7% это были пациенты на базис-болюсной терапии, 43,5% на метформине и секретагогах. В большинстве случаев нарушения касались концентрации внимания и счета и отсроченного воспроизведения. По тесту рисования часов средний бал был 5,4, что так же можно рассматривать как наличие когнитивного дефицита.

4. В целях повышения безопасности инсулинотерапии пациенты с выраженными

когнитивными нарушениями с данными по MMSE менее 20 баллов были переведены на инсулины в виде фиксированных комбинаций без потери эффективности.

5. Распространенность гериатрических синдромов у женщин выше, чем у мужчин; женщины в возрасте 65 лет и старше чаще сообщают о трудностях передвижения, а в возрасте 75 лет и старше о симптомах депрессии и когнитивных нарушениях.

Выводы. У пациентов в возрасте 65 лет и старше с сахарным диабетом выявлены ассоциации между гериатрическими синдромами, их связь с возрастом, что позволяет предположить наличие общих патогенетических механизмов развития гериатрических синдромов, процессов старения и сахарного диабета. Поэтому при выборе тактики лечения сахароснижающими препаратами следует учитывать наличие старческой астении, а так же проводить оценку выраженности когнитивных нарушений.

При инсулинотерапии у пациентов со сниженной когнитивной функцией следует отдавать предпочтение фиксированным комбинациям, как менее сложным в использовании и то в то же время эффективным.

ПОЛИПРОГМАЗИЯ: ПЕРСПЕКТИВЫ ЛЕЧЕНИЯ В ГЕРИАТРИЧЕКОЙ ПРАКТИКЕ

Нурбагандова Пз.Мх. студентка 630гр. лечебного факультета,

Нурбагандова П.Мх. студентка 630 гр. лечебного факультета,

Дундарова З.Н. клинический ординатор

Кафедра поликлинической терапии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель –Доцент, к.м.н. Казанбиев Д.Н.

Актуальность. У гериатрических больных часто отмечается коморбидные состояния, что приводит к необоснованной политерапии.

Цель. Исследование полипрогмазии у коморбидных больных гериатрического возраста .

Задачи.

Изучить структуру фармакотерапии гериатрических больных.

Изучить гендерные особенности полипрогмазии у гериатрических больных.

Определить перспективы преодоления полипрогмазии у коморбидных больных.

Материалы и методы исследования. Нами наблюдались 189 коморбидных больных в возрасте от 60 до 90 лет, в среднем 75,3, (среди них 90 мужчины, 99 женщины) на базе РМЦ Госпиталя Ветеранов и УОВ и проанализирована проводимая терапия путем подсчета.

Результаты исследования.

Структура фармакотерапии:

Лекарственные препараты	%	Число больных

(n=189)		
БАБ	61%	115
Нитраты	8,1%	15
ИАПФ	63,5%	120
АРА 2	7,4%	14
Амлодипин	21,7%	41
Тиазидные диуретики	27%	51
Верошпирон	25,4%	48
Антиагреганты	46%	87
Рибоксин	53,9%	102
Омепразол	31,2%	59
И другие…		

Из исследованных 189 больных проводилась терапия от 4 до 15 лекарственными препаратами, в среднем 7,9.

Были использованы 127 различных лекарственных препаратов.

Наиболее часто назначались препараты из группы БАБ, ИАПФ, диуретиков и антиагрегантов для лечения сердечно сосудистых заболеваний

Количество препаратов на одного мужчину приходилось в среднем 7,4, на одну женщину 8,2.

Выводы.

В структуре полипрогмазии превалирует терапия сердечно сосудистых заболеваний.

Полипрогмазия на 10% более выражена в гериатрическом возрасте у женщин.

Полученные результаты свидетельствуют о неизбежной полипрогмазии при синтропных коморбидных состояниях.

Перспективой в лечении коморбидных больных может стать узловая терапия с персонифицированным подходом для преодоления нежелательных последствий множественной терапии.

БОЛЕЗНИ УХА, ГОРЛА И НОСА

СОВРЕМЕННЫЕ ВАРИАНТЫ КОРРЕКЦИИ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА ПРИ ЕЕ ДЕФОРМАЦИИ

Ш.И. Ибрагимов - к.м.н., Э.Г. Гамзатова - к.м.н., ассистент,
М.-Б.Яндиев - студент 418 гр. лечебного факультета,
З.М. Джалалова - клинический ординатор
Кафедра болезней уха горла и носа с усовершенствованием врачей
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия
Научные руководители - к.м.н., доц. Гаджимирзаева Р.Г.

Введение. Перегородка полости носа включает восемь элементов: черырехугольная пластинка хряща, премаксиллярная кость, гребень кости верхней челюсти, гребень небной кости, сошник, препендикулярная пластинка решетчатой кости, две медиальных ножки нижнего латерального хряща крыла носа (Г.З.Пискунов, С.З.Пискунов, 2006). Форма перегородки носа изменяется под воздействием различных факторов. K.Mladinaetal.(1997) выделяют семь типов деформации перегородки носа.

По мнению ведущих ринологов России (Г.З.Пискунова и С.З.Пискунова [2006]) природа предусмотрела перегородку в полости носа для разделения полости на две половины, тем самым создавая парность органа. Поскольку эти органы (половины полости носа) функционируют безостановочно круглые сутки, им нужен и отдых. Благодаря парности органа каждая половина носа периодически отдыхает, а полноценный отдых возможен только при правильной носовой перегородке. При искривлении носовой перегородки одна половина полости носа постоянно несет функциональную перегрузку. Через определенное время в более широкой половине носа развивается хронический ринит с гипертрофией слизистой оболочки, что приводит к нарушению дыхания, вплоть до полной обструкции.

Актуальность. Из всех функций полости носа основной является дыхательная, которая обеспечивает организм кислородом. Нарушение респираторной функции носа ведет к развитию многих заболеваний как верхних дыхательных путей, так и внутренних органов и систем организма (Г.А.Гаджимирзаев, 1998; Ибрагимов Ш.И.,2013). В течение длительного периода времени основным методом лечения деформированной перегородки носа являлась подслизистая резекция перегородки носа по Киллиану. В современных условиях классический метод подслизистой резекции не удовлетворяет ни оториноларингологов ни пациентов, так как при удалении костно-хрящевого остова

перегородка лишается своей опоры и превращается в вибрирующую при дыхании мембрану, что может сопровождаться храпом. Кроме того, подобный вариант операции не позволяет корректировать деформацию в передних отделах полости носа и носового клапана.

Цели исследования. Определение характера оперативного вмешательства на перегородке носа в зависимости от формы и деформации и разновидностей сужения носового клапана.

Материал и методы исследования. Исследование выполнено в период с сентября месяца 2018 по март 2019 года в ЛОР клинике при Республиканской клинической больнице г. Махачкалы.

Материалом для исследования послужили данные, полученные в результате обследования и клинического наблюдения 68 пациентов (22 мужчины и 46 женщины в возрасте от 20 до 60 лет), поступивших в ЛОР отделение Республиканской клинической больницы г.Махачкалы.

Результаты исследования. Давность заболевания, по данным анкетирования анамнестического опроса, составляла в большинстве случаев от 2 до 10 лет. Из 68 обследованных больных у 34 (50%) диагностирована изолированная деформация перегородки носа (искривление хрящевого отдела, искривление в хрящевой и костной части перегородки, гребневидная и шиповидная деформация, комбинированная деформация). У 25 (36,7%) пациентов причиной нарушения носового дыхания явилась деформация перегородки носа в сочетании с нарушением анатомических пропорций передних отделов полости носа и сужения угла в области внутреннего носового клапана, у 9 (13,2%) констатировано нарушение нового дыхания только за счет сужения передних отделов полости носа и носового клапана.

В настоящее время применяют много вариантов операций на перегородке носа.

Независимо от вариантов деформации как хрящевого, так и костного отделов носовой перегородки мы, как и современные ринологии, старались максимально сохранить элементы образующие перегородку носа. Для этого производили мобилизацию хрящевой части перегородки или путем нанесения на неё нескольких насечек, или путем раздробления, затем вновь вводили в перегородку и фиксировали П-образным швами. Грубые искривленные части костных структур (шипы, гребни) убирали полностью. Операцию заканчивали введением эластических тампонов, которые удаляли на второй день после операции.

Хирургическое вмешательство с целью устранения дисфункции носового клапана осуществляли различными методами:

-корррекция верхних латеральных хрящей с помощью нитей SilhuetteSoft (нитевая коррекция);

- резекция гиперплазированных фрагментов треугольного хряща крыла носа;

- операция с фиксацией между перегородкой носа и верхними крыльными хрящами расширяющих трансплантантов в случае сужения спинки носа;

- расширяющие трансплантанты с предварительной насечкой на дорзальные отделы перегородки носа с целью выпрямления спинки носа, в случае деформации перегородки носа в дорзальном ее отделе.

Выводы. Таким образом, при различных деформациях в области носового клапана мы применяли хирургические методики коррекции - расширяющие трансплантанты, резекцию каудальной порции треугольных хрящей.

Нами впервые применен собственный щадящий метод хирургической коррекции носового клапана с помощью нитей SilhouetteSoft.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Гаджимирзаев Г.А. Ринобронхопульмональный синдром. Изд. «Юпитер», Махачкала, 1998.-154с.

2. Г.З.Пискунов, С.З.Пискунов. Клиническая ринология 2-е издание. Медицинское информационное агенство. Москва. 2006.-560с.

3. Ибрагимов Ш.И. Диагностика и методы хирургической коррекции при назальной обструкции передних отделов полости носа. Автореферат канд. дисс. М.,2013.

4. Mladina R., Bastaic L. What do we know about Septal Deformities? || Y.Khiol.-1997.-Vol.4(2).-p. 79-89.

СЕРНАЯ ПРОБКА КАК ОДНА ИЗ ПРИЧИН НАРУШЕНИЯ СЛУХОВОЙ ФУНКЦИИ СРЕДНЕГО УХА

А.А. Гасанова - студентка 604 гр. лечебного факультета,
Р.Б.Казиахмедов - студент 601 гр. лечебного факультета,
А.К.Абдуллаева - клинический ординатор
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия
Научные руководители – к.м.н..доц. Р.Г. Гаджимирзаева,
к.м.н., асс. Э.Г. Гамзатова

Актуальность. Известно, что кожа слухового прохода, преимущественно хрящевого отдела содержит так называемые серные железы, отделяющих густой светло-желтый секрет, который вместе с жиром сальных желез и с отторгнутым эпителием образует ушную серу. Некоторые лица склонны к избыточной выработке секрета в слуховом проходе; повышение секреции связывают с наличием обменных нарушений организма, воспалительными процессами слухового прохода, аллергией. Накопление серных масс в слуховом проходе и образованию пробок способствует аномалия анатомического строения наружного слухового прохода, в частности чрезмерная извилистость и узость его.

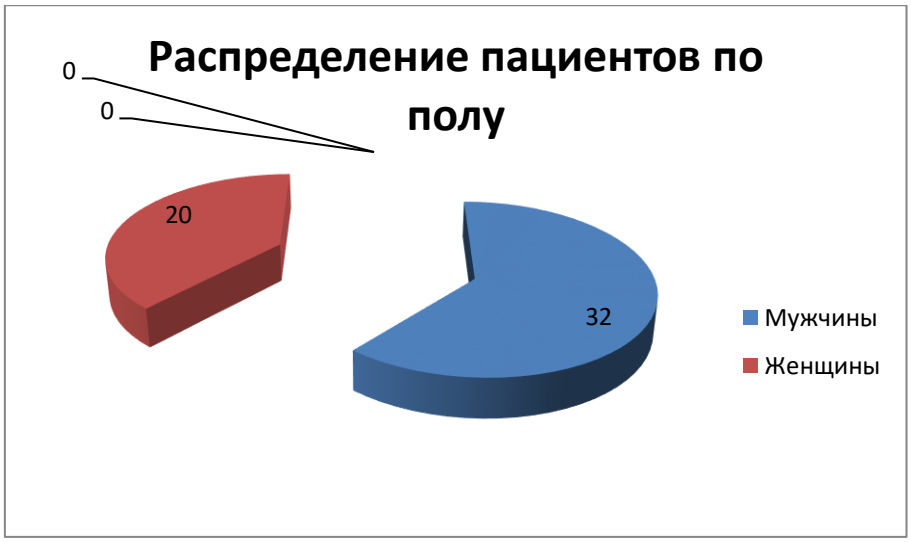
Цель исследования. Повышение эффективности методов удаления серной пробки в зависимости от ее консистенции.

Материал и методы исследования. Исследование выполнено в период с февраля месяца 2018 по март 2019 года в поликлиниках Дагмедуниверситета и Республиканской клинической больницы г. Махачкалы.

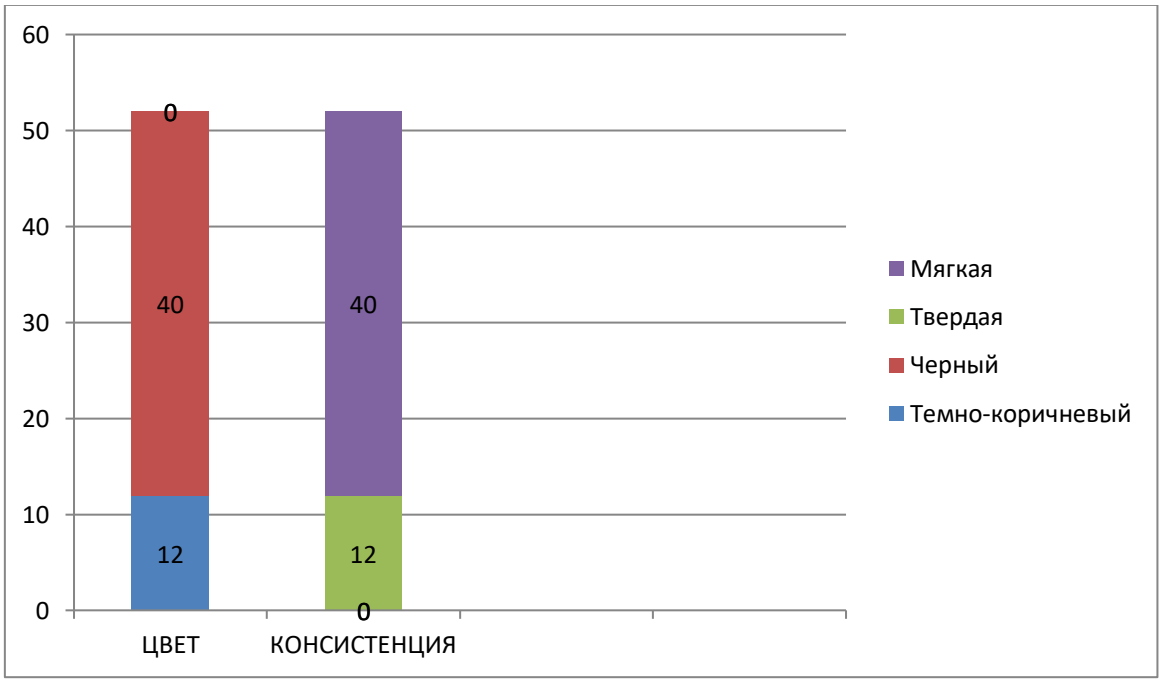
Материалом для исследования служили данные, полученные в результате обследования 52 пациентов обратившимся к врачам с жалобами на снижение слуха. Возраст обратившихся был от 35 до 84 лет, мужчин – 32, женщин -20.

У всех больных, обратившихся по поводу нарушения слуха, достаточно было произвести обычный осмотр слухового прохода (отоскопия) для выявления серной пробки. Нередко сами больные указывали на наличие серной пробки.

Жалобы больных, кроме указаний на снижение слуха, сводились, главным образом, к возникновению шума в ухе (ушах), ощущение резонанса собственного голоса (аутофония).



Результаты исследования. При отоскопии серная пробка представляла собой темно-коричневого (у 40 больных) или черного (у 12 больных) цвета массу, которая заполняла весь слуховой проход. При дотрагивании до нее определялась ее мягкая (у 12 больных) или твердая (у 40 больных) консистенция.



Пациентам с мягким вариантом пробки проводилось промывание слухового прохода и удаление серных масс теплой водой температурой 36-37*С. После полного вымывания содержимого слухового прохода, последний высушивали при помощи «ватничка» (ушной зонд, на конце которого намотана вата), после чего в целях снятия раздражения кожи от промывания в слуховой проход вводили турунду с мазью или синтомициновой эмульсией.

При диагностике твердых пробок мы не торопились удалять их в день обращения

пациентов в поликлинику. Процедуру промывания слухового прохода у подобных больных проводили после предварительного размягчения пробки в течение 3 дней вливанием капель щелочного раствора или раствора перекиси водорода. Однако иногда промывание размягченной пробки сразу не удавалось, что бывает или от недостаточного размягчения пробки или наличия связи серных масс с эпидермисом кожи слухового прохода. В этих случаях мы не рекомендуем удалять остатки серной пробки с использованием ушных щипчиков, зондов, а повторно на 1-2 дня рекомендуем вливание щелочных капель.

Процедура промывания заключалась в следующем. Под ушную раковину сидящего больного прикладывали почкообразный лоток (тазик), который придерживал сам больной или помощник врача. Набирали в шприц Жане теплую воду в количестве 100-150 мл. Наконечник шприца вводили неглубоко в слуховой проход в сторону задне-верхней стенки и направляли равномерную, не очень сильную струю. Серная пробка в большинстве случаев целиком, а иногда отдельными кусками выпадает в лоток вместе с промывной водой.

В качестве профилактики образования серных пробок всем пациентам мы рекомендовали промывать слуховые проходы мыльной водой после мытья головы, принятия душа или принятия ванны.

Выводы.

1. По консистенции серных пробок следует различать мягкие и твердые.

2. При мягких пробках промывание их с помощью шприца Жане, без предварительной подготовки больных приносит желаемый результат.

3. Твердые серные пробки нуждаются в предварительном размягчении с использованием каплей щелочных растворов в течение 3 дней.

ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ ОРОФАРИНГОМИКОЗА НА ФОНЕ ДИСБАКТЕРИОЗА У ДЕТЕЙ С ТРАХЕОБРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

В.А. Калугина - студентка 504 группы лечебного факультета,

М.С. Климкина - студентка 514 группы лечебного факультета,

М.О. Межейникова – ассистент

Кафедра оториноларингологии с курсом офтальмологии

УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь

Научный руководитель: заведующий кафедрой оториноларингологии с курсом офтальмологии, к.м.н., доцент И.Д. Шляга

Актуальность. На сегодняшний день заболевания органов дыхания у детей регистрируются значительно чаще, причем симптоматика отличается большей выраженностью, чем у взрослых, а иногда и сопровождается быстрым переходом к

дыхательной недостаточности. 70 % детей имеют патологию респираторного тракта. Эпизоды трахеобронхолегочной патологии встречаются примерно 65-80 раз в период от появления на свет до совершеннолетия.[5]

А это же время микотическое поражение ротоглотки выходит на первое место среди микозов ЛОР-органов без тенденции к снижению. Основными возбудителями микотического поражения глотки являются грибы рода *Candida* (70-90 %), реже, в 5-7 % случаев, встречаются микозы, обусловленные нитчатыми микромицетами (*Aspergillus spp., Penicillium spp., Mucor* др.) [1].

Развитие фарингомикоза провоцирует сахарный диабет, системные заболевания крови и желудочно-кишечного тракта, особенно дисбактериоз кишечника. Дефицит бифидобактерий и других молочнокислых бактерий приводит к нарушению синтеза витаминов группы В и к беспрепятственному заселению грибками не только кишечника, но и других соприкасающихся с внешней средой полостей организма (полости носа, рта, уха).[3] Так же кишечная микрофлора обеспечивает ключевые сигналы для созревания иммунной системы и активно контролирует связанный с кишечником иммунный гомеостаз. Из этого следует, что поражение органов ЖКТ различной этиологии сопровождаются изменением активности иммунной системы [4]. Качественно и количественно измененная кишечная микрофлора становится источником интоксикации и сенсибилизации, отягощает патологические процессы в кишечнике, препятствует регенеративным процессам, представляет собой важное звено в сложной цепи хронизации заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).[2]

Цель: оценить взаимосвязь частоты встречаемости орофарингомикоза на фоне дисбактериоза кишечника пациентов с трахеобронхолегочной патологией.

Материал и методы исследования. Нами было проанализировано 1845 клинических случаев с января 2017 до декабря 2018 года, находившихся на стационарном лечении в детском пульмонологическом отделении Гомельской областной клинической больницы. Для формирования группы исследования было отобрано 180 детей с орофарингомикозом на фоне дисбактериоза кишечника при наличии в анамнезе трахеобронхолегочной патологии на базе детского пульмонологического отделения УЗ «ГОКБ» г.Гомеля. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета программного обеспечения Statistica 10.0. Данные описательной статистики приведены в виде: Me (Q1;Q3). Для анализа взаимосвязи между признаками применяли коэффициент корреляции Спирмена (Rs). Различия считали статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты исследования. Медиана возраста пациентов составила Me = 7 (4:11). Количество мальчиков составило 111 (61,6%), количество девочек составило 69 (38,3%). В

группе исследования видно преобладание мальчиков с орофарингомикозом на фоне дисбактериоза кишечника, что требует более тщательного изучения.

В ходе исследования нами был произведен анализ микробиоты кишечника. Пониженное содержание лактобактерий наблюдалось у 88 детей (48,3%), бифидобактерий у 86(47%), наличие грибов рода Candiday 37(20,2%).

В последующем был проведен более подробный анализ взаимосвязи орофарингомикоза с составом кишечной микрофлоры пациентов. При проведении корреляционного анализа в группе пациентов с орофарингомикозом были выявлены взаимосвязи по следующим признакам:

1. Дрожжеподобные грибы рода Candida (посев из зева)/Изменение уровня дрожжеподобных грибов рода Candida в микрофлоре кишечника = (r=0,42, средняя прямая взаимосвязь). Полученные данные могут свидетельствовать о том, что орофарингомикоз находится в тесной взаимосвязи с кандидозом кишечника у детей с трахеобронхолегочной патологией.

2. Дрожжеподобные грибы рода Candida(посев из зева)/ Изменение количества лактобактерий в микрофлоре кишечника = (r=0,39, средняя прямая взаимосвязь) и Изменение уровня бифидобактерий кишечника =(r=0,38, средняя прямая взаимосвязь). Эта взаимосвязь в совокупности с предыдущей так же может указывать на то, что орофарингомикоз в исследуемой группе детей тесно взаимосвязан с дисбактериозом кишечника.

Выводы. В ходе исследования была выявлена тесная взаимосвязь орофарингомикоза с дисбактериозом кишечника у детей с трахеобронхолегочной патологией. Вышеизложенная информация может быть свидетельством наличия у данной группы детей иммунодефицитного состояния. Что в свою очередь требует углубленного изучения проблемы орофарингомикоза на фоне дисбактериоза кишечника с трахеобронхолегочной патологией, улучшения качества профилактики, диагностики, лечебных мероприятий у данной группы детей.

ЛИТЕРАТУРА

1.Шляга, И. Д. Микозы верхних дыхательных путей и уха: современные аспекты: учебно-методическое пособие для врачей / Шляга И. Д., Ситников В. П., Редько Д. Д. — Гомель, 2009.– 46 с.

2.Ильенко, Л.И. Дисбактериоз кишечника у детей: / Л.И. Ильенко, И.Н. Холодова – Москва,2008. – 13 с.

3.Акулич, И.И. Грибковые заболевания глотки//Лечащий врач: Журнал для практикующего врача / Акулич И.И., Лопатин А. С. –Москва, 2003. - 22-25 с.

4.Костинов М.П. Иммунокоррекция в педиатрии. Практическое руководство для врачей. Издание 2-е./ М.П. Костинов-М., -2001. –237 с.

5.Болотских, В.И. Особенности патологических явлений в детском возрасте// Международный журнал экспериментального образования./ В.И. Болотских, И.В. Гребенникова, А.В. Макеева, В.М. Крюков, Ю.М. Тумановский, О.В. Лидохова2015.- № 12-4. – 564 с.

ТРАВМАТОЛОГИЯ, ОРТОПЕДИЯ И ВПХ

ТРАВМЫ ПРИ ПАДЕНИИ С ВЫСОТЫ С БЛАГОПРИЯТНЫМ ИСХОДОМ

М.Н. Рудакова – ординатор 2 года, специальность скорая медицинская помощь

Кафедра медицины катастроф и скорой медицинской помощи

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доц. Н.В. Шатрова

Актуальность. При падении с высоты могут возникнуть разнообразные повреждения. Характер повреждений зависит от многих факторов. В числе наиболее важных из них высота падения, особенности поверхности, на которую падает пострадавший, а также его поза. Отличительной особенностью таких травм является частое несоответствие внешних и внутренних повреждений.

Еще в начале прошлого века падения с высоты происходили нечасто. Травмы, полученные в результате таких падений, редко заканчивались смертью (смерть при них составляла 5% в структуре летальности от всех механических повреждений). В наше время они составляют от 10 до 40% от общего числа травм. Среди всех видов механических травм падения находятся на третьем месте, их доля как причины смерти составляет 14-15,5%.

Цель. На примере клинического случая продемонстрировать вариант возможных повреждений при падении с высоты (без угрозы для жизни пациента).

Материалы и методы исследования. Проведен анализ карты вызова скорой медицинской помощи пациента, получившего травмы в результате падения с высоты, а также данных о нем, указанных в амбулаторном журнале приемного отделения ГБУ РО «ОКБ».

Результаты исследования. Мужчина, 53 года, работник цеха. Жалобы на головную боль, боль в правой руке и в обоих коленных суставах. Бригада скорой медицинской помощи вызвана на рабочее место.

Со слов, около 30 минут назад, находясь на рабочем месте (выполняя высотную работу), упал вместе с лестницей, на которой стоял, с высоты 5 метров. Сознание не терял, рвоты не было.Объективно: состояние удовлетворительное. Поведение спокойное. Сознание ясное. Менингеальных знаков нет. Зрачки нормальные, анизокории нет. Нистагма нет. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено. Кожные покровы обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. SpO_2 98%. Тоны сердца приглушены, ритмичные, АД 130/80 мм.рт.ст, ЧСС 70 уд.в мин. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул регулярный, оформленный.

Statuslocalis: Подкожная гематома и ссадины в лобной области слева. Область правого лучезапястного сустава штыкообразно деформирована, отечна, резко болезненна при пальпации. При пальпации – костная крепитация и патологическая подвижность. Осевая нагрузка болезненна. Движения в правом лучезапястном суставе отсутствуют. Левый коленный сустав увеличен в объеме, отмечается отек мягких тканей, выбухают верхние завороты, симптом баллотирования левого надколенника «+». Движения в левом коленном суставе ограничены, болезненны. Ссадины на передней поверхности правого коленного сустава.

Диагноз врача скорой медицинской помощи: ЗЧМТ: сотрясение головного мозга? Подкожная гематома лобной области слева. Закрытый перелом правой лучевой кости в н/3. Гемартроз левого коленного сустава. Ушиб правого коленного сустава.

Проведенное лечение: иммобилизация правой верхней конечности шиной Крамера. Sol. Ketorolaci 3% - 1mlв/м.

Пациент был доставлен в Областную клиническую больницу, где был осмотрен нейрохирургом, травматологом, хирургом. Повреждений внутренних органов при обследовании не выявлено. Рентгенологически подтвержден перелом правой лучевой кости в н/3. Наложена гипсовая повязка. Рекомендовано обращение в амбулаторно-травматологический центр для дальнейшего наблюдения и лечения. При РКТ головного мозга данных за ЧМТ не получено, диагностировано повреждение передней стенки лобной пазухи. По данному поводу больной направлен на консультацию к отоларингологу в ЛОР-отделение больницы им. Семашко.

Выводы: 1. Ни одно из повреждений, полученных больным при падении с высоты, не оказалось тяжелым. 2. У данного пациента не отмечалось резкого несоответствия наружных и внутренних повреждений (повреждения внутренних органов и головного мозга отсутствуют), наиболее характерного для травм при падении с высоты. 3. Многообразие возможных травм требует разностороннего обследования упавших с высоты пострадавших с привлечением других врачей, кроме травматолога (в данном случае, нейрохирурга, хирурга и ЛОР-врача).

СПЕЦИФИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИТРАВМОЙ

М.Л. Козлова - студент 509 гр лечебного факультета., В.И. Волкова - студент 509 гр. лечебного факультета, А.В. Хань - студент 510 гр. лечебного факультета, А.В Жильцова - студент 509 гр. лечебного факультета, В.В. Емельянов - студент 509 гр. лечебного факультета

Кафедра травматологии и ортопедии

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

Научный руководитель: ассистент, к.м.н. А. И. Лапынин

Актуальность. В последнее время в структуре травматизма все большую долю имеют политравмы, достигающие 50-70% при дорожно-транспортных происшествиях, стихия бедствиях, при проведении боевых действий[1]. Большое количество инвалидов, чрезвычайные расходы на лечение пострадавших с политравмой свидетельствуют о социальной значимость данной проблемы. За 2017 год число пациентов с диагнозом впервые в жизни установленным диагнозом ВИЧ-инфекции в России составило 85802 человек, что составляет 58,4 на 100 тысяч населения [2].

Цель - выявление особенностей инфекционных осложнений и ВИЧ-инфицированных пострадавших.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели, нами были проанализированы случаи лечения 74 пострадавших с политравмой и развившимися инфекционными осложнениями, из них 52 человека мужчины, 22 – женщины, находившихся на стационарном лечении. Пациенты были разделены на две группы в зависимости от наличия ВИЧ-инфекции. Первую группу составили 48 пострадавших ВИЧ отрицательных, а вторую 26 ВИЧ-положительных. Средний возраст пострадавших в первой группе составил 38 лет, второй группы 29 лет. Инфекционные осложнения регистрировались на 10-й день пребывания в стационаре.

Результаты. У группы ВИЧ отрицательных пациентов, наиболее частым осложнением являлась пневмония – 43,75%. Среди пострадавших с ВИЧ-инфекцией чаще всего диагностировался сепсис – 23,08%. У первой же группы генерализованные инфекционные осложнения такие как сепсис, тяжелый сепсис или септический шок вообще не были выявлены.

На втором месте по распространённости среди пациентов первой группы стоит нагноение ран 33,33% случаев. У другой группы пострадавших данное осложнение встречалось в 10 раз реже.

На третьем месте у ВИЧ отрицательных пациентов находятся пострадавшие с посткатетеризационным циститом в 8,33% случаев. В другой группе на третьем месте стоит кандидоз. Стоит отметить, что данные инфекционные осложнения мы наблюдали у пациентов с уровнем CD4 меньше 300 кл/мм^3, что является признаком тяжелого течения ВИЧ-инфекции.

На четвертом месте в первой группе наблюдалось такое осложнение как тромбофлебит 6,25% случаев, тогда как в группе с ВИЧ-положительными пострадавшими данное осложнение не наблюдалось вообще.

Выводы. Подводя итог вышесказанному, можно утверждать, что на 10-й день пребывания в стационаре инфекционные осложнения у пострадавших с политравмой страдающих ВИЧ-инфекцией имеют ряд характерных особенностей. Здравоохранение в России. 2017: Стат.сб./Росстат. - М., 2017. – 170 с.

Во-первых, специфичность возбудителей инфекционных осложнений.

Во-вторых, для пострадавших с ВИЧ- инфекцией также характерная бактериальная этиология инфекционных осложнений, однако их частота значительно меньше, чем у пострадавших без ВИЧ-инфекции.

В-третьих, специфические инфекционные осложнения были диагностированы у пострадавших с уровнем CD4 меньше 300 кл/мм^3, что является признаком тяжелого течения ВИЧ-инфекции.

Литература

1. Статистический ежегодник Оренбургской области. 2018: Стат.сб./Оренбургстат. – О65 Оренбург, 2018. – 530 с.

2. Здравоохранение в России. 2018: Стат.сб./Росстат. - М., 2018. – 140 с.

ЛЕЧЕНИЕ ЧРЕЗВЕРТЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА И ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ

Шепелев Д. С., студент 4-ого курса, педиатрический факультет

Кафедра травматологии и ортопедии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Научный руководитель – канд. мед. наук, доц. А. В. Мартинович

Актуальность. Проблема лечения пациентов с чрезвертельными переломами бедренной кости до настоящего времени не потеряла своей актуальности. Это обусловлено неуклонным ростом частоты переломов данной локализации и трудностями эффективного лечения у лиц пожилого и старческого возраста.

Согласно данным литературы, чрезвертельные переломы бедренной кости наиболее распространены в возрастной группе 80-89 лет, что в три раза выше, чем в возрасте 65-69 лет. По данным национального регистра Швеции, к 50-летнему возрасту риск получить один из вариантов перелома проксимального отдела бедренной кости (ППОБК) в течение последующей жизни составляет 23% для женщин и 11% – для мужчин [1].

В качестве основной проблемы у пациентов с чрезвертельными переломами признана летальность в первый месяц после травмы, в 15 раз превышающая статистические показатели для населения соответствующего возраста. Высокий уровень летальности сохраняется на протяжении первого года, в течение которого умирают от 50 до 80%

пострадавших. Поэтому во всем мире оптимальным сроком хирургического лечения считаются первые сутки с момента травмы, т.к. это позволяет предотвратить гипостатические осложнения[2,3].

Цель: изучить структуру контингента пациентов с чрезвертельными переломами (S72.1). Сравнить консервативные и оперативные методы лечения у лиц старческого возраста для сохранения качества жизни пациентов.

Материалы и методы. Было осуществлено ретроспективное исследование 89 историй болезней пациентов за период с 10 ноября 2017 по 10 марта 2018 года, которым был выставлен диагноз чрезвертельный перелом (S72.1) на базе УЗ «Городского центра травматологии и ортопедии» 6-й городской клинической больницы г. Минска. Пациенты были разделены на возрастные группы согласно классификации ВОЗ: первую группу (основную) составили долгожители и пациенты старческого возраста (49 пациентов), вторую – пациенты пожилого возраста (21 пациент), третью – пациенты зрелого и молодого возраста (16 пациентов), четвертую – пациенты юношества и детства (1 пациент).

Оценивались следующие параметры: выбор и тактика лечения, количество дней проведенных в стационаре, сопутствующая патология, пол, возраст.

Оценка отдаленных результатов консервативного и оперативного лечения проводилась с использованием анкеты, составленной на основе количественной шкалы M. D'Aubigne и M. Postel и шкалы Salvati&Wilson. Опрос прошли 38,78% (19 пациентов) от общей выборки (49 пациентов).

Статистическая обработка проводилась с помощью пакета прикладных программ Statsoft Statistica v7.0.61.0, а также MicrosoftOfficeExcel 2010.

Результаты. Средний возраст пациентов в исследуемой группе составил – 84,76 года, среди них было 7 (14,29%) мужчин и 43 (85,71%) женщин. Сопутствующая патология, которая чаще всего встречалась у пациентов с чрезвертельными переломами бедренной кости, – ишемическая болезнь сердца (88,00%), атеросклероз коронарных артерий (81,00%), атеросклероз артерий конечностей (51,00%), сахарный диабет 2 типа (8,00%), старческая деменция (2,00%).

У 27 пациентов (55,10%) из 49 (100%) методом выбора при чрезвертельных переломах бедренной кости являлось оперативное лечение (остеосинтез системой DHS, остеосинтез гамма-гвоздем, остеосинтез с помощью PFN-A). Среднее число койко-дней до оперативного вмешательства – 4,08; среднее число койко-дней после проведенного оперативного вмешательства – 10,15; общее среднее число койко-дней, проведенных пациентом в стационаре, – 14,23.

У 16 пациентов (32,65%) из 49 (100%) при чрезвертельных переломах бедренной

кости было применено функциональное лечение – наложен деротационный сапожок и начата ранняя реабилитация. Решение не проводить скелетное вытяжение или оперативное вмешательство было принято из-за сопутствующей патологии пациентов, а также высокого риска возможных гипостатических осложнений. Среднее число койко-дней, проведенных пациентами в стационаре, – 3,63.

У 6 пациентов (12,25%) из 49 (100%) методом выбора при чрезвертельных переломах бедренной кости являлось консервативное лечение (скелетное вытяжение). Среднее число койко-дней, проведенных пациентом в стационаре, – 32,3.

В раннем послеоперационном периоде среди пациентов, которым было выполнено оперативное лечение, летальность составила 4,08%. В ранние сроки после начала функционального лечения летальность – 8,16%. В ранние сроки после начала скелетного вытяжения летальность – 4,08%.

При оценке отдаленных результатов оперативного лечения с использованием анкеты, составленной на основе количественной шкалы M. D'Aubigne и M. Postel: отличный – 10,00%; хороший – 20,00%; удовлетворительный – 30,00%; неудовлетворительный – 30,00%; шкалы Salvati&Wilson: отличный – 30,00%; хороший – 40,00%; удовлетворительный – 20,00%; неудовлетворительный – 10,00%.

При оценке отдаленных результатов проведенного скелетного вытяжения с использованием анкеты, составленной на основе количественной шкалы M. D'Aubigne и M. Postel: отличный – 0,00%; хороший – 0,00%; удовлетворительный – 66,66%; неудовлетворительный – 33,33%; шкалы Salvati&Wilson: отличный – 0,00%; хороший – 33,33%; удовлетворительный – 33,33%; неудовлетворительный – 33,33%.

При оценке отдаленных результатов проведенного функционального лечения с использованием анкеты, составленной на основе количественной шкалы M. D'Aubigne и M. Postel: отличный – 0,00%; хороший – 0,00%; удовлетворительный – 33,33%; неудовлетворительный – 66,66%; шкалы Salvati&Wilson: отличный – 0,00%; хороший – 0,00%; удовлетворительный – 66,66%; неудовлетворительный – 33,33%

Выводы. Доля пациентов старческого возраста и долгожителей в структуре анализируемого контингента за период с 10 ноября 2017 года по 10 марта 2018 года составила 49 пациентов (55,06%) – 7 (14,29%) мужчин и 42 (85,71%) женщины.

Оперативное лечение (55,10% случаев) чрезвертельных переломов у пациентов старческого возраста и долгожителей зарекомендовало себя как наилучший метод среди функционального лечения (32,65% случаев) и скелетного вытяжения (12,25% случаев).

В раннем послеоперационном периоде среди пациентов, которым было выполнено оперативное лечение, летальность составила 4,08%. В ранние сроки после начала

функционального лечения летальность – 8,16%. В ранние сроки после начала скелетного вытяжения летальность – 4,08%.

Литература

1. Thorgen K.G. National registration of hip fractures in Sweden. Eur. Instr. Course Lect. 2009; 9:11-18.

2. Simunovic N., Devereaux P.J., Sparague S. Effect of early surgery after hip fracture on mortality and complications: systematic review and meta-analysis. Can. Med. Assoc. J.2010; 182(15):1609-1616.

3. Shiga T., Ohe Y. Is operative delay associated with increased mortality of hip fracture patients? Systematic review, meta-analysis. Can. J. Anaesth. 2008; 55(3):146-154.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ ПРИ ЙОДОДЕФИЦИТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Д. М. Абдурагимова - студентка 608 гр. лечебного факультета

Кафедра Травматологии , ортопедии и ВПХ

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель: ассистент Ш.М. Магомедов.

Актуальность.Актуальность проблемы лечения переломов длинных трубчатых костей в сочетании с йододефицитными заболеваниями высока и на сегодняшний день, в связи с высокой частотой встречаемости данной патологии в эндемичных по зобу щитовидной железы регионах . на долю сочетания данной патологии приходится от 8 до 33%.

Цель исследования. Оценить возможность коррекции йододефицитных состояний при лечении переломов длинных трубчатых костей.

Материалы и методы. В эксперименте изучены возможности коррекции йододефицитных заболеваний в лечении переломов длинных трубчатых костей. Испытания были проведены на 36 кроликах ,которые в последующем были разделены на три группы.

1 группа-условно здоровые животные,которых не вводили в состояние гипофункции щитовидной железы в сочетании с остеотомией и фиксацией отломков.

2 группа- животные,где была смоделирован гипотериоз путем введения per os мерказолила (0,005мг). Произведена остеотомия и остеосинтез. С первых дней велся контроль:

-рентгенография бедра в двух проекциях

-патогенетическая терапия

-показатели БИК (ТТГ,Т4)

3 группа-контрольная,где так же животные подверглись введению тиреостатика ,формированию гипофункции щитовидной железы,с аналогичным послеоперационным

контролем,но с отстутствием медикаментозного лечения.

Результаты исследования. В первой группе по данным рентгенографического и гистологического исследований наблюдался типичный регенеративный процесс в кости.

Во второй группе на 45 сутки при медикаментозном лечении наблюдалось активное образование костных структур, ранняя перестройка костной мозоли с соответствующими гистологическими изменениями.

В третьей группе результаты были не столь положительными. Наблюдалась замедленная консолидация, костная мозоль состояла из молодых недифференцированных клеток . В пяти случаях отмечалась тенденция к замедлению регенеративных процессов,а в остальных формирование ложных суставов.

Выводы. 1. Результаты эксперимента говорят о том, что при йододефицитных заболеваниях отмечается замедление процесса остеогенеза при переломах длинных костей. Медикаментозная стимуляция препаратами щитовидной железы существенно улучшают процессы остеорепарации костей.

2. результаты гистологических исследований свидетельствуют о том, что при коррекции йододефицитных состояний,путем применения определенных препаратов,увеличивают долю зрелых костных структур и благоприятно сказываются на послеоперационном периоде.

МЕСТО И ЗНАЧЕНИЕ МЕТОДИКИ DHS В ОСТЕОСИНТЕЗЕ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА

Бисов А.С. - студент 5 курса

Кафедра ортопедии и травматологии Луганского государственного медицинского университета им. Святителя Луки

Научный руководитель ассистент к.м.н. Шевченко В. И.

Актуальность. Хирургическое лечение больных с закрытыми переломами проксимального отдела бедренной кости, на сегодняшний день, остается одной из актуальных проблем травматологии и ортопедии. Дифференцированное активное хирургическое лечение признано наиболее эффективной тактикой ведения данной категории больных. В настоящее время известно большое количество фиксаторов и способов оперативных вмешательств, что говорит о сложности данной патологии и важности поиска наиболее оптимальных путей решения проблемы.

Целью работы: является обоснование места и значения методики DHS в остеосинтезе переломов проксимального отдела бедра.

Методика DHS является частным случаем дифференцированного хирургического лечения переломов шейки бедренной кости. Остеосинтез динамическим бедренным винтом

(Dynamic hip screw), так называемая моноаксиальная динамизация по оси шейки бедра, обуславливает динамическую компрессию линии перелома, необходимую для костной консолидации. Винт в шейке бедра закрепляется с помощью экстрамедуллярной пластины, расположенной на наружной поверхности диафиза бедренной кости, что обеспечивает его фиксацию с сохранением шеечно-диафизарного угла.

Материалы и методы. В работе проведен анализ отдаленных результатов лечения пациентов с использованием методики DHS в ретроспективном периоде 5 лет, на 37 клинических случаях. Все больные находились на лечение в травматологическом отделении ГУ «ЛГМБ № 8» ЛНР. Из общей группы наблюдений - 37 клинических случаев, с переломами проксимального отдела бедра, женщин было 25 человек, мужчин – 12 человек. Возраст пострадавших варьировал от 40 до 70 лет. В ходе работы все пациенты были распределены на две группы. Первая группа составила 12 человек с внутрисуставными переломами проксимального отдела бедра. Вторая группа – 25 человек с внесуставными и вертельными переломами бедра. Во всех случаях была применена методика оперативного лечения с использованием конструкции DHS. Для суждения о возможности применения данной методики, был проведен анализ рентгенограмм в разные сроки после операции. Хорошим, считался результат, рентгенологически подтвержденного сращения перелома с сохранением геометрии проксимального отдела бедра.

Результаты и их обсуждения. На основании проведенного анализа рентгенограмм пациентов нами установлено, что подавляющее большинство хороших результатов было достигнуто при лечении больных с переломами проксимального отдела бедра типа A1.1; A1.2; A1.3; A2.1; A2.2, по классификации AO - ASIF. Консолидация перелома наступала в средние сроки сращения, что согласовалось с удовлетворительным функциональным результатом. В остальных случаях, при лечении больных с переломами типа A2.3; A3.1; A3.2; A3.3,и особенно при лечении больных с переломами типа B и C успех достигался в отдельных случаях. Их интерполяция на всю выборку, как удовлетворительных, не согласуется с принципами доказательной медицины.

Разные типы переломов проксимального отдела бедра сопровождаются особенной для них степенью нестабильности костных отломков и разной степенью нарушения питания головки бедренной кости. Для субкапитальных абдукционных переломов без смещения, характерно нарушение кровоснабжения головки бедренной кости в пределах 10 %. При субкапитальных переломах со смещением, наблюдается наиболее значительное нарушение питания головки бедренной кости (потеря до 55 %). Введенный, в широкий канал шейки, винт DHS ведет к критическому нарушению кровоснабжения,с отрицательным влиянием на процесс репаративной регенерации кости и развитием асептического некроза головки

бедренной кости.

Так же применение конструкции DHS при переломах проксимального отдела бедра типа A2.3; A3.1; A3.2; A3.3, B и C не обеспечивает стабильность костных отломков в долгосрочном периоде. Это ведет к их вторичным смещениям. Наиболее существенными из них являются ротационные смещения центрального отломка и вальгизация шейки бедра . Впоследствии происходит недопустимое изменение геометрии проксимального отдела бедра и несращение перелома, из-за развивающейся излишней подвижности отломков.

На основании опыта клинического применения и проведенного анализа нами были определенны положительные и отрицательные стороны методики DHS.

Положительные стороны методики DHS:

1.Относительная простота использования данного метода;

2.Функциональность;

3.Органосохраняющая направленность остеосинтеза.

Отрицательные стороны остеосинтеза по методике DHS:

1.Возможность повторного смещения отломков кости;

2.Несращение переломов за счет нарушения кровоснабжения головки бедренной кости;

3.Нестабильность, за счет лизиса шейки бедренной кости;

4.Несостоятельность остеосинтеза за счет некомпенсированных смещающих сил в долгосрочном периоде.

Выводы. По итогам проведенной работы были сделаны следующие выводы :

1.Остеосинтез конструкцией DHS, на сегодняшний день, остается предпочтительным методом выбора хирургического лечения пациентов с переломами шейки бедренной кости.

2. Основным критерием в предоперационном планирования при МОС методикой DHS - является тип перелома.

3. Наиболее оправдано применение конструкции DHS - при типах переломов: A1,1; A1,2; A1,3; A2,1; A2,2, по классификации AO-ASIF.

АНАЛИЗ ПОДХОДОВ К МЕТОДУ ОСТЕОСИНТЕЗА ПЕРЕЛОМОВ ЛОДЫЖЕК

В.В. Яценко - Студент 5 курса

Кафедра ортопедии и травматологии Луганского государственного медицинского университета им. Святителя Луки

Научный руководитель ассистент к.м.н. Шевченко В. И.

Актуальность. Ключевым моментом в технологии оперативного лечения больных с переломами лодыжек является операция. Её успех в большой мере зависит от правильно выбранного метода остеосинтеза переломов лодыжек. Этот выбор, в конечном счете, обусловливает исходы лечения больных. Подход к выбору метода остеосинтеза переломов

лодыжек формируется на основе существующей парадигмы и определяет аргументы, которые принимаются во внимание хирургом при предоперационном планировании.

Целью работы: является анализ подходов к выбору метода остеосинтеза переломов лодыжек.

Материалы и методы. В работе проведен сравнительный анализ выбора метода остеосинтеза у 24 пациентов с переломами лодыжек. Он базировался на основополагающих принципах АО. Согласно этим принципам металлофиксатор должен располагаться таким образом, что бы при минимальной инвазии создавать оптимальную степень стабильности в зоне повреждения. Для этого он должен располагаться таким образом, чтобы создаваемые им усилия эффективно противодействовали вектору максимальной дестабилизирующей силы. В свое работе распределение больных по степени тяжести повреждения стабилизирующих структур голеностопного сустава вели с учетом двух классификаций: классификации AO-ASIF и классификации Lange-Hausen. Анализировался подбор и размещение металлоконструкции в зоне голеностопного сустава исходя из двух подходов к предоперационному планированию.

Первый подход отражает существующую в практическом здравоохранении парадигму, в основе которой лежит стремление к восстановлению костных структур голеностопного сустава и дистального межберцового синдесмоза. Он опирается на классификацию AO-ASIF и основывается на принципе технической доступности. Второй подход учитывает патомеханогенез травмы и базируется на принципе индивидуального подбора и размещения металлоконструкции. Концептуальные основы формирования этого подхода обосновываются пониманием того, что для успеха лечения необходимо восстановление биомеханики голеностопного сустава. Для учета степени повреждения голеностопного сустава использовалась классификация Lange-Hausen.

Результаты и их обсуждения. В работе показано, что при применении традиционного подхода неуспех оперативного лечения больных с переломами лодыжек связан с недоучетом степени повреждения стабилизирующих структур голеностопного сустава. Это ведет к неправильному подбору и размещению металлоконструкции. В последующем закономерно появляется нестабильность в регионе голеностопного сустава. Она обуславливает прелом или миграцию металлоконструкции и образование несостоятельности сумочно-связочного аппарата, что препятствует восстановлению биомеханики этого региона.

Основной проблемой при оценке тяжести повреждения стабилизирующих структур голеностопного сустава является проблема диагностики степени повреждения его сумочно-связочного аппарата при применении общепринятых методов диагностики, таких как

клиническое обследование и полипозиционная рентгенография. Так при сравнении таблиц распределения пострадавших можно обнаружить что отнесение больного к категории B_2 по классификации AO-ASIF не полностью отражает степени повреждения мягкотканых стабилизирующих структур голеностопного сустава. В эту группу могут попасть пострадавшие с повреждением SLII и пострадавшие с повреждением PAIII по классификации Lange-Hausen. При повреждении SLII может происходить повреждение передней большеберцово-малоберцовой связки с частичным повреждением дистального межберцового синдесмоза. Задние отделы капсулы сустава или задняя связка остается интактной. В то же время, при повреждении PAIII происходит разрыв передней и задней большеберцово-малоберцовой связки с возможным разрывом дельтовидной связки и частичным повреждением дистального межберцового синдесмоза. Повреждение PAIII приводит к более выраженному повреждению мягкотканых стабилизирующих структур голеностопного сустава и требует более надежной фиксации. Становится ясным, что учет патомеханогенеза травмы необходим для правильной оценки степень повреждения мягкотканых стабилизирующих структур голеностопного сустава. Это поможет хирургу в предоперационном планировании с выбором металлоконструкции и методом её расположения в зоне голеностопного сустава.

Выводы. Подход к выбору метода остеосинтеза переломов лодыжек должен учитывать патомеханогенез травмы и базироваться на оценке характера и степени повреждения мягкотканых стабилизирующих структур голеностопного сустава. Расположение и характер фиксатора должен быть подобран с учетом измененной биомеханики голеностопного сустава индивидуально для каждого пациента.

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ В ЛЕЧЕНИИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

Гитинова Л. Р. - студентка 4 курса лечебного факультета

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России

Научный руководитель: Атаев А.Р.

Актуальность. В современных вооруженных конфликтах неуклонно растет частота о ранений конечностей, которые достигают 66 % от всех санитар совершенствованием стрелкового оружия 48 % ранений конечностей крайне тяжелыми, в 31 % случаев результаты лечения остаются неудовлетворительными.

Цели и задачи. Добиться улучшения результатов проведенного лечения пациентов с огнестрельными переломами костей конечности, которые вызваны высокоэнергетическими снарядами, используя последовательный остеосинтез.

Материалы и методы ее выполнения 67 больных с огнестрельными переломами длинных

костей конечностей, вследствие ранения в результате воздействия высокоэнергетических снарядов. Все переломы имели следующую локализацию: у 17 пострадавших - огнестрельный перелом бедра , 26 больных с огнестрельным ранением голени , 15 плеча и переломы костей предплечья - у 9 раненых.Всем пациентам в предоперационном периоде проведен следующие виды терапии: антиоксидантная (Мексидол 300г внутривенно) и антибактериальная терапия (Цефтриаксон 1г внутривенно). Лечебная тактика состояла из:анестезия и инфузионная терапия, щадящая хирургическая обработка раны с иссечением нежизнеспособных тканей при бережном отношении к мягким тканям и костным отломкам с сохранением кровоснабжения, сохранением всех костных фрагментов, удалением инородных тел, обильное промывание растворами антисептиков, фасциотомию, репозицию и внеочаговый остеосинтез отломков аппаратом внешней фиксации типа АО, проточно - аспирационное дренирование, первичное закрытие раны местными тканями или комбинированную кожную пластику. Всем пациентам был произведен внеочаговый остеосинтез аппаратом стержневым аппаратом АО. По стиханию воспалительной реакции, появления грануляций и заживления ран в среднем на 2 недели (+-2суток) выполнен стабильный остеосинтез LCP пластинами с угловой стабильностью. После операции дополнительная иммобилизация не проводилась.

Результаты. Раннее функциональное лечение позволило получить хорошие и удовлетворительные результаты у 95 % пострадавших, у 4 пациентов отмечены гнойно-воспалительные осложнения, потребовавшие повторных оперативных вмешательств.

Выводы. Хирургическая тактика, которая предполагала первичный остеосинтез аппаратом внешней фиксации и последующая его замена на внутренний остеосинтез , после заживления мягкотканных ран , обеспечивают сокращение средних сроков лечения раненых с огнестрельными переломами длинных костей конечностей , а также достижение у них лучших функциональных и анатомических результатов. Применение мексидола патогенетически обосновано, так как под воздействием этого антиоксиданта происходит инактивация окислительных радикалов в ране.

КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

СЛУЧАЙ СКРОФУЛОДЕРМЫ

М. Г. Газиев, Н. Н. Султанова – клинические ординаторы

Кафедра кожных и венерических болезней

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – д.м.н., доцент М.Н. Гаджимурадов

Актуальность. Скрофулодерма (синоним: колликвативный туберкулез) является редкой локальной формой туберкулезного поражения кожных покровов, которая протекает по типу вяло текущего воспаления. Эта форма составляет 10-16% от всех форм туберкулеза кожи, что несколько уступает удельному весу более распространенной туберкулезной волчанки. Манифестирует он чаще в детско-юношеском возрасте.

Однако врачи разных специальностей, как на начальных стадиях болезни, так и в ее распространенной форме не могут своевременно (порой десятки лет) идентифицировать заболевание. Чаще всего затруднение вызывает ее дифференциальная диагностика с пиодермитами.

Возбудителем заболевания является кислотоустойчивая палочка Коха, которая не имеет капсулы и не образует спор. Инфицирование кожи отмечается гематогенным и лимфогенным путями.

Первичный – гематогенный колликвативный туберкулез кожи возникает у ранее не болевших туберкулезом. Чаще у детей в возрасте 7-10 лет. Прим этом поражение кожи возникает на любом участке кожного покрова.

Вторичный – лимфогенный колликвативный туберкулез кожи развивается преимущественно у детей старше 10 лет и юношей в результате перехода паталогического процесса из пораженных очагов на покрывающую их кожу.

При скрофулодерме изначально идет поражение глубоких лимфоузлов, преимущественно в области шеи. Далее по соприкосновению оттуда идет инфицирование близлежащих участков. Манифестирует высыпаниями, представленными вначале плотными безболезненными, «холодными», флюктуирующими узлами шаровидной формы, которые быстро увеличиваются в объеме и достигают размеров до 1-3 см. и плотно спаяны с подлежащими тканями. Кожа над ними в первое время не изменена, т.к. они залегают глубоко, но со временем она приобретает синюшно-багровую окраску. Далее в центральной части узлов появляется флюктуация, кожа истончается и вскрывается с творожистым распадом.Патологический процесс носит серпигинирующий характер с дальнейшим

рубцеванием.

Патогномоничными симптомами данного клинического процесса является такие симптомы как: «яблочного желе», проваливания зонда, а также формирование мостообразных и келлоидных рубцов.

Заболевание (многолетнее рецидивирующее) приводит к деформирующим и обезображивающим грубым рубцам.

Диагноз скрофулодермы ставится на основании данных из анамнеза, клинической картины, результатов рентгенологического и гистологического исследований и туберкулиновых проб.

Результаты туберкулиновых проб могут отличаться в зависимости от возраста больного. Дети старшего возраста дают резкоположительную реакцию манту; Младшего возраста – отвечают неспецифично.

Гистологически в инфильтрате находят эпителиоидные, лимфоидные и гигантские клетки, значительное скопление полинуклеаров и обильный ядерный нитрит, в центре – казеозный некроз. Идентичная картина отмечается и при других инфекционных гранулемах, что не позволяет опираться на патоморфологическое заключение при выставлении клинического диагноза.

Дифференциальную диагностику проводят с гуммозным сифилисом, язвенно-вегетирующей пиодермией, свищевым лимфаденитом, индуративным туберкулезом кожи.

Цель: ознакомить специалистов с клиническими особенностями редкого дерматоза для его своевременной идентификации дерматологами.

Материалы и методы исследования. Больной Т., 35 лет, обратился в Государственное бюджетное учреждение Андижнской области Республики Узбекистан «Областной кожно-венерологический диспансер» г. Андижан с жалобами на экзантемы в области волосистой части головы, лица, шеи, верхних и нижних конечностях, которые ухудшают качество жизни пациента.

Из анамнеза: Пациент считает себя больным с 2001 года, когда впервые появились свищевые папулезно-бугорковые элементы в подмышечной области. С диагнозом хроническая рецидивирующая пиодермия с подрывающим фолликулитом Галлопо и гидраденитом длительное время находился на диспансерном учете. Неоднократно и без эффекта получал антибиотикотерапию.

Объективно: Кожный процесс носит распространенный характер с вовлечением в процесс верхней половины туловища, подмышечных впадин, лица, волосистой части головы и шеи; вовлечена и анальная область. Элементы представлены язвенными элементами с регулярным гнойным отделяемым, перемежающимися с рубцовыми участками

мостообразных перекидных мостиков, которые образуются в результате регресса первичных элементов. Отмечается незначительное увеличение лимфатических узлов.

Данные лабораторных исследований:

Общий анализ крови: Hb – 116; Эр – 4.2; Ц/П – 0.8%; Тромб – 316; Лейк – 7.6; С/Я - 78.6; Э – 1.6; Л – 15.8; М – 4.0; СОЭ – 28 мм/ч

Общий анализ мочи: плотность – 1054; белок – нет; глюкоза – нет; эпителий – 1-2; лейкоциты – 3;

Биохимический анализ крови: АЛТ – 16; АСТ – 11; О.Белок – 82; Холестерин – 3.8; Билирубин – 2.6 – 0 – 2.6; Креатенин – 2.9; Глюкоза – 5.2;

В бактериологическом посеве свищевого отделяемого обнаружен золотистый стафилококк.

При витропрессии (диаскопии) выявлен симптом «яблочного желе», проба манту резко положительная, при рентгенографии легких обнаружены очаги уплотнения в левом легком.

Диагноз. Распространенная вторичная скрофулодерма

Результаты. ***Пациент госпитализирован в туберкулезный диспансер.***

Выводы. В работе мы постарались ознакомить практикующих врачей с клиническими особенностями скрофулодермы, что должно способствовать своевременной идентификации и дифференциальной диагностике этого редкого заболевания и грамотной тактике маршрутизации.

ВЛИЯНИЕ ЗУДА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ НЕКОТОРЫХ ДЕРМАТОЗАХ

Е.А.Васильева – аспирант,

Т.Н. Жиленок – студентка лечебного факультета, группа 501-44С

А.Н. Христолюбская - студентка лечебного факультета, группа 501-44С

Кафедра многопрофильной клинической подготовки

Медицинского института БУ ВО ХМАО-Югры «СурГУ»,

Сургут, Ханты-Мансийский Автономный округ - Югра АО

Научный руководитель – к.м.н., доцент Е.Н. Ефанова

Актуальность. Зуд (pruritus) – это специфическое для кожи чувственное ощущение или ноцицепция, физиологически действующее как сигнально-предупреждающая система раздражения, которая в различных количественных и качественных градациях сопровождает многочисленные дерматозы. Не существует единого метода документальной объективизации феномена зуда. Ощущение зуда носит субъективный характер и варьирует у разных пациентов. Для определения интенсивности зуда разработаны специальные анкеты и

опросники. Общепризнанным является факт негативного влияния кожного зуда на качество жизни пациентов.

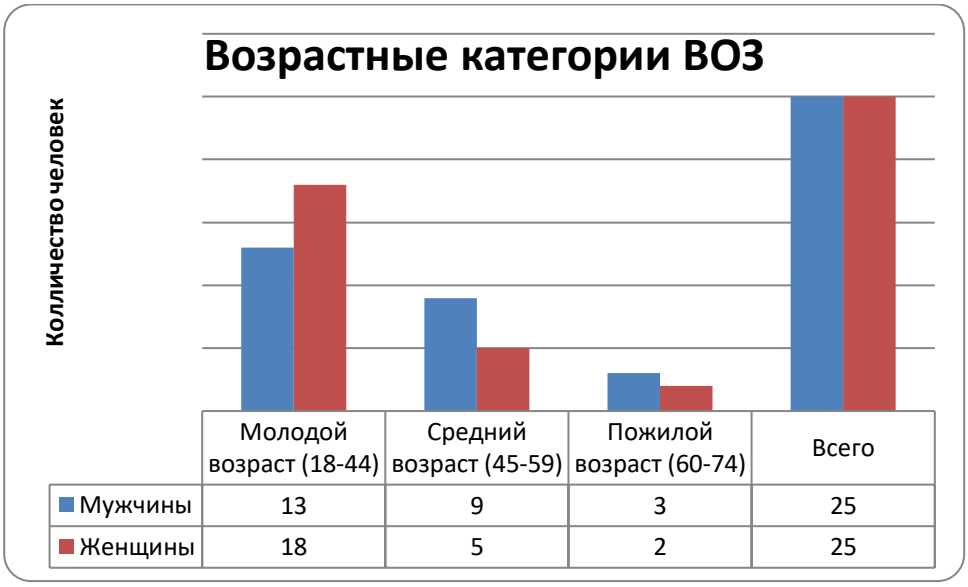
Цель. Оценить влияние зуда на качество жизни пациентов при некоторых зудящих дерматозах.

Материалы и методы. Проведено анкетирование раздаточным способом с использованием «Шкалы оценки зуда» пациентов дерматологического профиля. Анкета включала закрытые типы вопросов. Критерий выбора: больные взрослого возраста с зудящими дерматозами. Важными характеристиками опросника явились учет параметра времени, удобство и простота заполнения.

Результаты. В анкетировании приняли участие 50 пациентов (n=50, 100%) с заболеваниями кожи, сопровождающимися зудом. Соотношение опрошенных мужчин и женщин 1:1. Наибольшее количество (62%) составили пациенты молодого возраста от 18 до 44 лет, 28% пациентов среднего возраста от 45 до 59 лет и 10% лиц пожилого возраста (рисунок 1).

Рисунок 1

Распределение пациентов по возрасту

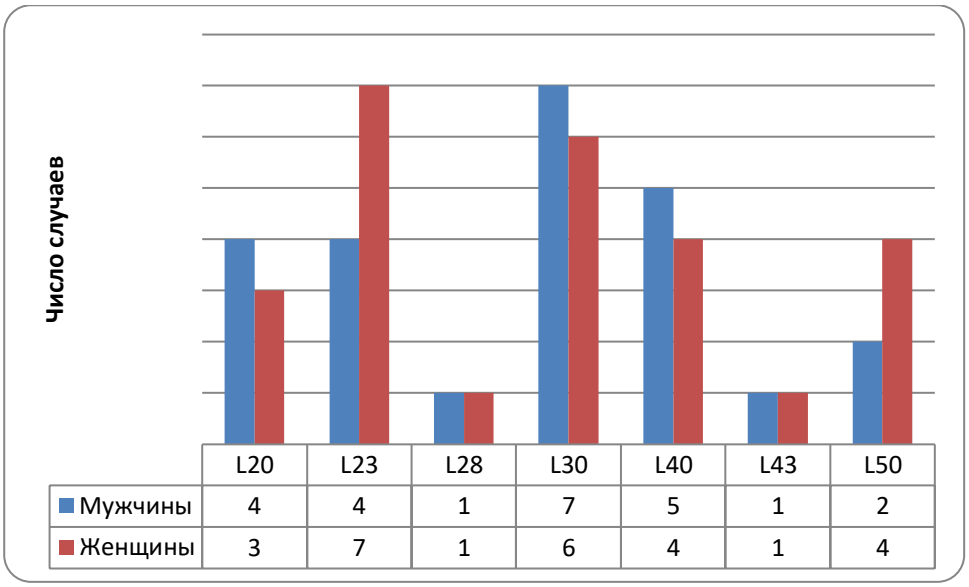


	Молодой возраст (18-44)	Средний возраст (45-59)	Пожилой возраст (60-74)	Всего
Мужчины	13	9	3	25
Женщины	18	5	2	25

Структура нозологий у опрошенных представлена следующим образом: с атопическим дерматитом 14% пациентов, с аллергическим контактным дерматитом 22%, с экземами 26%, с псориазом 18%, с крапивницей 12%, с почесухой и красным плоским лишаем по 4% пациентов соответственно (рисунок 2).

Рисунок 2

Структура нозологических форм



	L20	L23	L28	L30	L40	L43	L50
Мужчины	4	4	1	7	5	1	2
Женщины	3	7	1	6	4	1	4

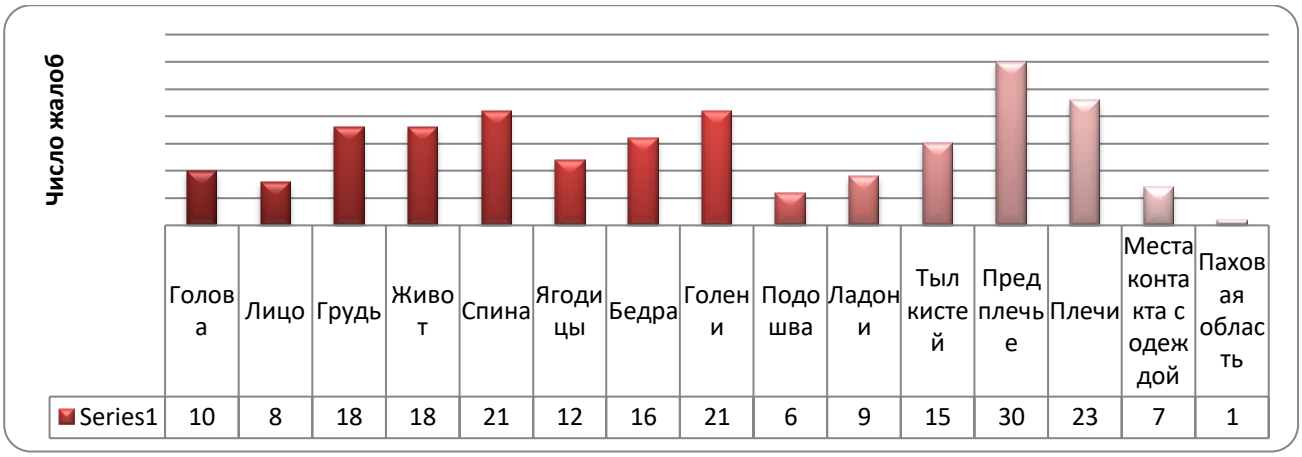
Большая часть пациентов (34%) испытывали зуд 6-12 часов в сутки на протяжении последних 2-х недель, 26% опрошенных 8-23 часа в сутки, 20% испытывали зуд в течение суток, 20% 12-18 часов в сутки и лишь 6% пациентов испытывали зуд менее 6 часов в сутки. По степени интенсивности 30% опрошенных отметили слабый зуд, а 70% респондентов оценили зуд как умеренный и интенсивный, из них 8% - как невыносимый.

По влиянию на качество жизни получены следующие данные. Оценивалось влияние зуда кожи на сон, досуг, работу (учебу). Кожный зуд оказывал негативное влияние на сон у подавляющего большинства пациентов (86%), никогда не препятствовал сну лишь у 14% больных. Влияние зуда на досуг в разной степени отметили 88% пациентов, и только у 12% пациентов зуд не отражался на досуге. У всех опрошенных наличие зуда влияло на выполнение домашней работы (обязанностей) и работы (учебы), причем у 36% человек зуд влиял часто или всегда.

По локализации респондентов чаще всего беспокоил зуд в области верхних конечностей (36%), нижних конечностей (26%) и туловища (18%). Наиболее часто кожному зуду подвергались предплечья, плечи, чуть реже голени, спина, грудь, живот. Менее всего вовлекались в патологический процесс паховые складки (0,5%), места контакта с одеждой (3%), подошвенные поверхности стоп (3%) и лицо (4%) (рисунок 3). У большинства больных отмечалось соченное поражение нескольких анатомических зон.

Рисунок 3

Локализация кожного зуда



Выводы. Проведенное исследование доказало несомненное влияние зуда на качество жизни пациентов с зудящими дерматозами. Выявлено, что большую часть опрошенных (62%) составили пациенты молодого трудоспособного возраста. У подавляющего большинства пациентов с хроническими дерматозами (86-88%) кожный зуд существенно снижал качество жизни, препятствуя полноценному сну, досугу, работе. Для успешного купирования кожного зуда необходимо представлять биологию и патофизиологию зуда, учитывать индивидуальные особенности пациента и клинической картины заболевания.

ЭРИТЕМА СТОЙКАЯ ДИСХРОМИЧЕСКАЯ

К.М. Гаджимурадова – студентка 610 гр. лечебного факультета

Кафедра кожных и венерических болезней

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - к.м.н., доцент Д.Н.Джалилова

Актуальность. Эритема стойкая дисхромическая - редкое заболевание.Этиопатогенез и клиника этого дерматоза изучается [1]. Эффективные методы лечения отсутствуют. Дерматоз может развиваться на фоне токсико-аллергического влияния фармацевтических препаратов и пищевых продуктов, а также воспалительных процессов в коже и местного воздействия косметических средств. Описаны случаи регресса эффлоресценций после санации очагов фокальной инфекции [ссылка 2].

Клинически дерматоз проявляется спонтанно возникающими округло-овальными пятнами (иногда неправильной формы) с полигональными краями, чёткими границами, диаметром от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров. В начальной стадии по краю эритематозного пятна отмечается инфильтрат (вплоть до уплотнённого бордюра) или более выраженное воспаление. Это можно считать патогномоничным признаком (хотя и трудноуловимым) развития этой гиперпигментации кожи. Эффлоресценции обычно не сливаются между собой, пепельно-серой окраски с синюшным оттенком. Изредка, сливаясь

охватывают обширные участки, напоминая рисунок облицовочного мрамора [2]. Высыпания не шелушатся, не реагируют на трение; субъективные ощущения, как правило, отсутствуют. Заболевание протекает длительно, но доброкачественно, иногда спонтанно регрессируя в течение нескольких месяцев или лет.

Локализуются экзантемы при стойкой дисхромической эритеме не симметрично на шее, лице, плечах, спине, иногда на передней поверхности туловища по линиям Лангера и на бёдрах. Слизистые оболочки в процесс не вовлекаются.

Дифференциальную диагностику проводят с фиксированной лекарственной токсикодермией на основании анамнеза, клиники и патогистологической картины, красным плоским лишаем (пигментная форма), гемохроматозом, пятнистым мастоцитозом, недержанием пигмента, пятнистым амилоидозом, болезнью Доулинга-Дегоса, пинтой (в эндемичных районах), меланодермией, невусом Беккера, пигментным сифилидом и поздней кожной порфирией [3]. Необходимо также исключить поствоспалительную вторичную гиперпигментацию [4]. Лечение малоэффективно. Применяют антибиотики, десенсибилизирующие и антималярийные средства, а также наружные фотозащитные и отбеливающие (с гидрохиноном) крема [3].

Цель: ознакомить специалистов с клиническими особенностями редкого дерматоза для его своевременной идентификации дерматологами.

Материалы и методы исследования: больной П., 18 лет, обратился в Государственное бюджетное учреждение Республики Дагестан «Республиканский кожно-венерологический диспансер» (ГБУ РД РКВД) г. Махачкалы с жалобами на пятнистые высыпания в области спины и груди.

Из анамнеза. Со слов пациента, около двух месяцев назад обратил внимание, что на туловище и бёдрах появились тёмные пятна. Никаких субъективных ощущений не отмечал. Пациент среднего роста, правильного телосложения. Общее состояние удовлетворительное. У родителей и младших двух братьев нет ни подобного, ни других дерматозов. При клиническом обследовании со стороны внутренних органов патологии не обнаружено.

Statusspecialis: на коже груди, спины, живота и бедер серовато-синюшные пятна различного диаметра - от 3 мм до 2 см. Эффлоресценции не шелушатся и не сливаются; при трении пальцем не краснеют и не отекают. Диагноз - пепельный дерматоз. От госпитализации пациент отказался, рекомендовано диспансерное наблюдение у дерматовенеролога.

Больная М., 11 лет, обратилась в ГБУ РД РКВД г. Махачкалы с жалобами на распространённые гиперпигментации на коже.

Из анамнеза. Впервые отметила пятнистые элементы 6 месяцев назад в области живота. Постепенно они распространялись по всему туловищу, нижним и верхним конечностям,

некоторые увеличивались в размерах. Никуда не обращалась и самолечением не занималась.Никто в семье и среди близких родственников подобным заболеванием не страдает.

Statusspecialis: патологический процесс располагается симметрично в области туловища, нижних и верхних конечностей. На коже нижних конечностей небольшие (до 0,7 мм) синюшно-бурые элементы неправильных очертаний. Эффлоресценции верхних конечностей представлены более крупными пятнами. Субъективные ощущения отсутствуют. Общие анализы крови и мочи в пределах нормы.

Диагноз: пепельный дерматоз.

Проведено лечение: аскорутин по 0,5г 3 раза в день в течение 10 дней, 5% витамин В1 по 1 мл внутримышечно (10 инъекций). Эффекта от проводимой терапии не отмечалось.

Больной С., 19 лет, житель города Махачкалы обратился в ГБУ РД РКВД с жалобами на высыпания в области лобка.

Из анамнеза. Считает себя больным около месяца, когда появилось пятно тёмного цвета на коже паховой области справа. Затем их количество увеличилось и отметил возникновение единичного элемента симметрично с левой стороны. Периодически беспокоит лёгкий зуд в очагах поражения. Общее состояние удовлетворительное. Общие анализы мочи и крови в пределах нормы.

Statusspecialis: на коже медиальной поверхности правого бедра (рис. 5), внизу живота и левого бедра (рис. 6) расположены множественные пятна серовато-коричневого цвета с чёткими полигональными краями и более насыщенной окраской центра. Диаметр эффлоресценций 1,5-2см. Шелушения в элементах, а также тенденции к слиянию отсутствуют.

Диагноз: пепельный дерматоз.

Амбулаторно пациенту назначено следующее лечение: аскорутин по 0,5г 3 раза в день, никотиновая кислота по 0,05г 3 раза в течение 20 дней, диазолин по 0,1мг 2 раза в сутки (10 дней), глюконат кальция по 0,5г 3 раза в день (20 дней). Наружно мазь троксевазин. Рекомендована гипоаллергенная диета.

*Результаты:*на фоне терапии в очаге поражения зуд больше не отмечался, другой положительной динамики не наблюдалось.

Выводы: на основании представленных случаев пепельного дерматоза можно констатировать его доброкачественное течение и резистентность к проводимой терапии. Надо также отметить, что это заболевание может сопровождаться лёгким зудом в очагах поражения, который прекращается на фоне десенсибилизирующего лечения и гипоаллергенной диеты.

В работе мы постарались ознакомить практикующих врачей с клиническими особенностями пепельного дерматоза, что должно способствовать своевременной дифференциальной диагностике этого редкого заболевания и грамотной тактике лечения.

Литература

1. Tlougan, B. E., Gonzalez, M. E., Mandal, R. V., Kundu, R. V., & Skopicki, D. L. Erythema dyschromicum perstans. *Dermatology Online Journal*. 2010; *16* (11).https://doi.org/10.1159/000250954

2. СкрипкинЮ.К., МордовцевВ.Н., ред. *Кожные и венерические болезни.* Руководство для врачей. М.: Медицина; 1999. т.2: 62-63. [SkripkinYu.K., MordovtsevV.N., Ed. Skin and venereal diseases. A guide for doctors. M.: Medicine; 1999. t.2: 62-63. (inRussian)]

3.Касимов Н., Киямов Ф. А., Наимова М.Р. Пепельный дерматоз. *Вестник дерматологии и венерологии* 1989; 11: 57-58.

4.Завадский В.Н. Пепельный дерматоз. Междисциплинарная научно-практическая конференция «Новые методы диагностики и лечения кожных заболеваний и ИППП». Казань. 2009: 46-48.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ СОЧЕТАНИЯ ЛИПОИДНОГО НЕКРОБИОЗА И САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

В.С. Королёва - аспирант

Кафедра кожных и венерических болезней им. В.А. Рахманова

ФГАОУ ВО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Научный руководитель – д.м.н., проф. Н.П. Теплюк

Актуальность. Липоидный некробиоз – редкий, малоизученный хронический дерматоз с преобладанием сосудисто-обменных изменений. Многие авторы отмечают, что в большинстве случаев поражение кожных покровов может возникнуть незадолго до проявления типичных признаков сахарного диабета, реже обнаруживают одновременно с ним.

Часто встречающимися клиническими разновидностями липоидного некробиоза являются пятнисто-папулёзно-бляшечная форма, склеродермоподобная форма, атрофическая форма и форма в виде изъязвления. Преимущественная локализация патологического процесса в области разгибательных поверхностей голеней, однако, встречаются высыпания в области бёдер, предплечий, туловища. Основными жалобами, предъявляемыми больными

липоидным некробиозом являются появления небольших синюшно-розовых пятен округлых или неправильных очертаний, склонных к периферическому росту с последующим формированием чётко отграниченных, продолговатых бляшек, состоящих из периферической зоны в виде плотного, слегка возвышающегося, бурого цвета валика, и центральной атрофичной зоны восковидно-жёлтого цвета.

Вероятнее всего, что в основе патогенеза находится диабетическая микроангиопатия, которая сопровождается склерозированием и облитерацией сосудов. В дальнейшем это приводит к некробиозу дермы и отложению липидов. Также имеются данные о количественных изменениях глюкозозависимых транспортёров в фибробластах у пациентов с липоидным некробиозом, что может свидетельствовать о ранних признаках сахарного диабета.

Проблема выявления липоидного некробиоза в сочетании с сахарным диабетом 2 типа является актуальной задачей на сегодняшний день.

Цель исследования. Выявление частоты заболеваемости липоидным некробиозом различных форм с сопутствующей патологией сахарным диабетом 2 типа.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 19 пациентов в возрасте от 30 до 60 лет, из них 5 мужчин (26,3%), 14 женщин (73,7%) с липоидным некробиозом на разной стадии развития и с разной распространённостью процесса. Проведено клиническое исследование 9 пациентов (47,4%), у которых диагностирована пятнисто-папулёзно-бляшечная форма, 5 пациентов (26,3%) со склеродермоподобной формой, 4 пациентов (21%) с атрофической формой и 1 (5,3%) пациент с формой в виде изъязвления.

Результаты и выводы. У 9 пациентов (47,4%) с диагностированным липоидным некробиозом наблюдался сопутствующий сахарный диабет 2 типа, из них 3 пациента (33,3%) со склеродермоподобной формой, 5 (55,5%) с пятнисто-папулёзно-бляшечной, и 1 (11,1%) пациент с формой в виде изъязвления. У 10 пациентов (52,6%) отсутствовала данная сопутствующая патология, из них 4 пациента (40%) с пятнисто-папулёзно-бляшечной формой, 2 (20%) пациента со склеродермоподобной формой, и 4 (40%) с атрофической. Таким образом, в результате клинического мониторинга, удалось установить, что у 9 (47,4%) пациентов с липоидным некробиозом выявлена сопутствующая патология сахарным диабетом 2 типа, из которых у большинства пациентов наблюдалась пятнисто-папулёзно-бляшечная форма. В случаях с пациентами без сопутствующего сахарного диабета было рекомендовано длительное клиническое наблюдение.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ

Е.В.Деркач, К.А. Харитоненко - студентки 519 гр. лечебного факультета

Кафедра поликлинической терапии и общеврачебной практики с курсом дерматовенерологии

УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь

Научный руководитель – ассистент И.В. Полын

Актуальность темы. В современной клинической практике гонококковая инфекция, поражающая органы мочеполовой системы, является довольно часто встречающейся патологией. Neisseria gonorrhoeae распространена повсеместно.

Поражение гонококком слизистых оболочек мочеполовых органов превалирует в группе молодых лиц 21-30 лет, ведущих активную половую жизнь.

Гонорея является социально значимым заболеванием, так как она может привести к бесплодию. На сегодняшний день проблема гонореи особенно актуальна, так как заболеваемость ею растет, но, к сожалению, в связи с особенностью восприятия человеком этого заболевания, обращаемость к врачам венерологам низкая.

Цель. Изучить половозрастную структуру населения, имеющего проявления гонококковой инфекции, клинические особенности заболевания, чувствительность гонококка к различным антибиотикам, схемы лечения инфекции.

Материалы и методы исследования. Материалами для исследования явились архивные истории болезни пациентов за 2018 год, данные результатов лабораторных исследований на антибиотикочувствительность гонококка, статистические данные о гонококковой инфекции по Гомелю и Гомельской области за 2014-2018 год.

Результаты исследования. В ходе проведенного ретроспективного исследования случайным образом было отобрано 95 историй болезни за 2018 год. Группа выборки составила 95 пациентов, среди которых количество женщин составило 26 (средний возраст – 26,46 лет; Mo = 20,00, Me = 24,00), а количество мужчин – 69 (26,66 лет; Mo = 22,00, Me = 24,00). Средний возраст всей выборки пациентов составил 26,69 лет (Mo = 20,00, Me = 24,00). Минимальный возраст пациентов составил 16 лет, максимальный – 62 года. Исследуемая группа женского пола: минимальный – 17 лет, максимальный – 61 год, мужского пола от 16 до 62 лет. Пациенты были разделены для дальнейшего изучения статистических признаков на группы с учетом возраста и пола.

В группе от 21 до 30 лет превалировало общее количество пациентов (53 пациента), далее группа от 16 до 20 лет – 20 пациентов, от 31 до 40 лет – 14 пациентов, от 41 до 50 – 5 пациентов, от 51 до 62 – 3 пациента.

86,3% пациентов при поступлении предъявляли различные жалобы. Ведущими

клиническими симптомами у пациентов были: выделения из уретры, зуд, жжение при мочеиспускании. Также встречались такие симптомы как боль при мочеиспускании, боли внизу живота, боль в области мошонки с иррадиацией в промежность. Остальные 13,7% пациентов жалоб со стороны мочеполового тракта не предъявляли.

В среднем на стационарном лечении пациенты находились 7 койко-дней. Максимальное количество койко-дней, проведенных в стационаре, составило 12 дней, минимальное – 4 дня.

На основании данных лабораторных исследований о чувствительности гонококка к различным антибиотикам можно сделать вывод о том, что препаратами выбора для лечения гонококковой инфекции являются цефтриаксон (чувствительность 91,3%) и ципрофлоксацин (чувствительность 95,6%). Препаратами второго ряда можно считать доксициклин (чувствительность 73,9%) и ампициллин (чувствительность 78,3%) Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Чувствительность гонококка к антибиотикам

Пациент / Антибиотик	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
	Чувствительность к антибиотику																						
Азитромицин	ч	у	ч	у	уу	уу	ч	ч	у	ч	у	уу	у	ч	ч	у	у	ч	ч	у	ч	ч	ч
Доксициклин	ч	уу	у	уу	у	ч	у	ч	ч	ч	ч	у	ч	ч	ч	ч	ч	ч	ч	ч	ч	ч	ч
Ципрофлоксацин	ч	ч	ч	ч	ч	ч	ч	ч	ч	ч	ч	уу	ч	ч	ч	ч	ч	ч	ч	ч	ч	ч	ч
Ампициллин	ч	у	ч	ч	ч	ч	ч	ч	у	ч	ч	уу	у	ч	ч	ч	ч	ч	ч	ч	уу	ч	ч
Амоксициллин	ч	у	ч	ч	у	ч	у	ч	у	ч	ч	уу	у	ч	ч	ч	ч	ч	ч	ч	у	ч	уч
Цефтриаксон	ч	ч	ч	ч	у	ч	ч	ч	ч	ч	ч	уу	ч	ч	ч	ч	ч	ч	ч	ч	ч	ч	ч
	ч-чувствительный у-устойчивый											уч-умеренно чувствительный уу-умеренно устойчивый												

Для лечения 13,7% пациентов использовалась монотерапия, для 65,3% пациентов использовалась комбинация 2-х препаратов, для остальных 21% – комбинация из 3-х и более препаратов.

Сопутствующие заболевания были выявлены у 13,7% пациентов. Наиболее часто встречались урогенитальный трихомониаз, хламидийная инфекция нижних отделов мочеполового тракта и заболевания, ассоциированные с Ureaplasma spp.

При изучении заболеваемости гонококковой инфекцией по Гомелю и Гомельской области за период с 2014 по 2018 годы мы выявили тенденцию к снижению в 1,9 раз: 2014 год – 277 случаев; 2015г. – 248; 2016г. – 235; 2017г. – 148; 2018г. – 145.

Выводы. В ходе проделанной работы можно сделать выводы о том, что гонорея чаще выявляется у пациентов молодого возраста (21-30 лет), вследствие большого числа сексуальных контактов. За последние 5 лет наблюдается снижение заболеваемости гонореей. У 13,7% пациентов жалоб со стороны мочеполового тракта не наблюдалось. Препаратами

выбора для лечения гонококковой инфекции являются цефтриаксон (чувствительность 91,3%) и ципрофлоксацин (95,6%) . Также для 65,3% пациентов использовалась комбинация 2-х препаратов. На данный момент имеется насущная необходимость в профилактике данного заболевания путем санитарно-просветительской работы с населением, контроля за выявлением и лечением пациентов с гонореей.

ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИЯ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЛЁГОЧНЫМ ТУБЕРКУЛЁЗОМ НА ПРИМЕРЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ НИЖЕГОРОДСКОГО ОБЛАСТНОГО ПРОТИВОТУБЕРКУЛЁЗНОГО ДИСПАНСЕРА

А.Г. Наумов – ассистент

Д.К. Садовина – студент 620 гр. педиатрического факультета

Кафедра фтизиатрии им. И.С. Николаева

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, Нижний Новгород, Россия

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

Актуальность. Своевременное и качественное лечение больных с лекарственно-чувствительным туберкулёзом органов дыхания позволяет добиться высокой результативности в исходе заболевания с формированием минимальных остаточных изменений, что позволяет нивелировать возможности дальнейшего прогрессирования патологии и риски развития осложнений. Повсеместное нарастание лекарственной устойчивости (ЛУ) возбудителя требует радикальных мер разрешения (оперативное лечение) клинической ситуации конкретного больного, так как эффективность консервативной терапии резистентного туберкулёза оставляет желать лучшего.

Цель исследования. Изучение эффективности лечения больных туберкулёзом лёгочной локализации среди лиц, госпитализированных в терапевтического отделение для больных лёгочным туберкулёзом “Нижегородского областного клинического противотуберкулёзного диспансера” (ГБУЗ НО “НОКПД”).

Материалы и методы исследования. Выполнен ретроспективных анализ 536 историй болезней больных, проходивших лечение на базе терапевтического отделения указанной противотуберкулёзной организации за период 2016-2018 годов.

Результаты исследования. В терапевтическом отделении для больных лёгочным туберкулёзом в 2016-2018 годах прошли лечение 536 человек, из них в 2018 г. – 185 чел. (34,5%), 2017 г. – 159 чел. (29,7%), 2016 г. – 192 чел. (35,8%). Расчётная длительность пребывания одного больного составила: 2018 г. – 93,7 д., 2017 г. – 107 д., 2016 г.- 87,2 д. Количество впервые выявленных больных туберкулёзом органов дыхания: 2018 г. – 154 чел. (83,2%), 2017 г. – 137 чел. (86,2%), 2016 г. – 144 чел. (75%). Активность специфического процесса была подтверждена: 2018 г. – 178 чел. (96,2%), 2017 г. – 153 чел. (96,2%), 2016 г. – 174 чел. (90,6%). Бактериовыделителями (МБТ+) (впервые выявленные) были: 2018 г.- 132 чел. (85,7%), 2017 г. – 121 чел. (88,3%), 2016 г. – 115 чел. (79,9%). Чувствительность M.tuberculosis к противотуберкулёзным препаратам (ПТП) (впервые выявленные): чувствительность сохранена ко всем препаратам в 2018 г. – 59 чел. (44,7%) (2017 г. – 41,3%,

2016 г. – 45,2%), первичная ЛУ в 2018 г. – 63 чел. (47,7%) (2017 г. – 52,1%, 2016 г. – 51,3%) из них: у 9 чел. была ЛУ к одному ПТП (6,8%) (2017 г. – 5,3%, 2016 г. – 9,6%), у 12 чел. была ЛУ к двум и более ПТП (9,1%) (2017 г. – 14%, 2016 г. – 9,6%), у 40 чел. была множественная ЛУ (30,3%) (2017 г. – 29,8%, 2016 г. – 27,8%), у 2 чел. была широкая ЛУ (1,5%) (2017 г. – 3,5%, 2016 г. – 4,7%). Полости распада (CV+) были зарегистрированы среди впервые выявленных: 2018 г. – 87 чел. (56,5%), 2017 г. – 78 чел. (57%), 2016 г. – 103 чел. (71,5%). Результаты лечения впервые выявленных больных туберкулёзом органов дыхания оказались следующими: закончили лечение в 2018 г. 102 чел. (66,2%), 2017 г. 91 чел. (66,4%), 2016 г. 80 чел. (55,6%). Полости распада у впервые выявленных больных закрылись терапевтически: 2018 г. – 27 чел. (31%), 2017 г. – 24 чел. (30,8%), 2016 г. – 23 чел. (22,3%), хирургическим путём: 2018 г. – 1 чел. (1,1%), 2017 г. – 2 чел. (2,2%), 2016 г. – 3 чел. (3%). Бактериовыделение прекратилось: 2018 г. – 102 чел. (77,3%), 2017 г. – 107 чел. (88,4%), 2016 г. – 100 чел. (87%).

Выводы. На фоне применения стандартизированных схем химиотерапии против туберкулёза удаётся добиться высоких результатов в абацилировании пациентов, страдающих этой патологией. Однако, необходимо дальнейшее совершенствование хирургической помощи больным лёгочным туберкулёзом (расширение показаний для проведения радикальных вмешательств, применение высокотехнологических операций, агитация пациентов) с целью увеличения эффективности закрытия полостей распада не только терапевтическим способом, но и с помощью малоинвазивных методик, например, благодаря установки клапанных бронхоблокаторов.

ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПОСЛЕ ЛОБЭКТОМИЙ, ВЫПОЛНЕННЫХ РАЗЛИЧНЫМИ ДОСТУПАМИ

В. Р. Аскарова – студентка 1431 гр. лечебного факультета

Кафедра фтизиопульмонологии

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

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

Актуальность. Существует большое количество заболеваний легких для диагностики и лечения, которых требуется удаление сегмента, доли или даже целого легкого. Из-за опасности повреждения сосудов и сложности в выполнении адекватной лимфодиссекции, единственным доступом, позволяющим выполнить эти условия, долгое время оставалась торакотомия**.**

Независимо от степени резекции легкого, этот доступ характеризует высокая

травматичность, связанная с расширением межреберного промежутка и повреждением межреберных нервов. Что связано с выраженностью болевого синдрома и нарушением дыхательной функции. С развитием эндохирургии стало возможным проводить подобные вмешательства торакоскопически, через небольшие разрезы.

Цель исследования. Проанализировать и сравнить течение послеоперационного периода у пациентов, перенесших лобэктомию с помощью различных доступов.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ стационарных карт пациентов, которым на базе ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии» в 2018 году были выполнены операции резекции доли легкого. Объектом исследования стали протоколы видеоассистированных торакоскопических лобэктомий и открытых торакотомических лобэктомий, а также карты наблюдения интенсивной терапии отобранных для исследования пациентов. Для статистической обработки данных использовалась программа Attestat для Excel. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимался равным 0,05.

Результаты исследования. Объем выборки составили пациенты туберкулезного (хирургического торакального) отделения «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии», которым были проведены лобэктомии (n=20). В зависимости от использованного во время операции доступа к легкому, они были разделены на 2 группы.

В первую группу вошли 10 человек (50% отобранных для исследования пациентов), которым была выполнена резекция доли легкого с помощью ВАТС. Соотношение мужчин и женщин составило 1:0,67. Медиана возраста составила 42 года. Минимальный возраст - 17 лет, максимальный - 58 лет. Половина пациентов первой группы оперировались по поводу туберкулезного процесса. Объем интраоперационной кровопотери составил 335±110 мл/человека. Средняя длительность пребывания пациентов в отделении анестезиологии и реаниматологии (ОАиР) после операции составила 21,3±2,93 часа. В ближайшем послеоперационном периоде потребность в наркотическом обезболивании составила 2,5±2,6 мл/человека 2% раствора промедола, 0,6±1,07 мл/человека 1% раствора морфина. Средняя продолжительности дренирования плевральной полости - 8 дней.

Во вторую группу было отнесено 10 человек (50%), которым была проведена лобэктомия через классический торакотомический доступ. У 1 (10%) пациента данной группы лобэктомия начиналась с ВАТС, но после результата экспресс-биопсии было принято решение о конверсии. Соотношение мужчин и женщин составило 1:1.Медиана возраста составила 63,5 года. Минимальный возраст - 41 год, максимальный - 89 лет. 20% пациентов второй группы оперировалось по поводу туберкулезного процесса. Объем интраоперационной кровопотери составил 335±201 мл/человека. Средняя длительность

пребывания пациентов в отделении анестезиологии и реаниматологии (ОАиР) после операции составила 47,8±30,8 часа. В ближайшем послеоперационном периоде потребность в наркотическом обезболивании составила 6,9±3,48 мл/человека 2% раствора промедола, 0,9±1,1 мл/человека 1% раствора морфина. 60% пациентов данной группы в течение всего времени нахождения в ОАиР по эпидуральному катетеру получали ропивакаин со скоростью 6 мл/ч. Средняя продолжительности дренирования плевральной полости составила 12 дней.

Выводы. Выполнение лобэктомии при помощи видеоассистированной торакоскопии по сравнению с операциями с открытым торакотомическим доступом:

сокращает пребывание пациентов в ОАиР в 2,2 раза ($T=2,55$; $p<0,05$);

снижает потребность в наркотическом обезболивании морфином в ближайшем послеоперационном периоде ($T=3,16$; $p<0,01$);

исключает необходимость длительной эпидуральной аналгезии в послеоперационном периоде;

позволяет сократить длительность дренирования плевральной полости в 1,5 раза.

ВЛИЯНИЕ ОТМЕНЫ МАССОВОГО СКРИНИНГА НА ТУБЕРКУЛЁЗ У ДЕТЕЙ НА КАЧЕСТВО ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Д.Д. Руммо – студент 4-ого курса, 1419 гр, лечебного факультета,

К.Г. Войтехович – студентка 4-ого курса, 1419 гр, лечебного факультета

Кафедра фтизиопульмонологии,

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Научные руководители - канд. мед. наук, доц. Ж.И. Кривошеева,

канд. мед. наук, доц. Н. В. Мановицкая

Актуальность. На современном этапе скрининговая диагностика туберкулёза с помощью кожных тестов (проба Манту, диаскинтест) является важной, но вместе с тем финансово затратной задачей для системы здравоохранения. В связи с модернизацией подходов к выявлению заболевания среди молодого населения, улучшением методов детекции возбудителя данной инфекции, а также наблюдаемой общей тенденцией к снижению заболеваемости туберкулёзом в Республике Беларусь, некоторые методы утратили свою диагностическую значимость.

Цель исследования. Проанализировать влияние отмены сплошных методов выявления туберкулёзной инфекции (кожных тестов: пробы Манту, диаскинтеста) на качество диагностики туберкулеза у лиц молодого возраста.

Материалы и методы: в ходе работы был проведен ретроспективный анализ 51 карты стационарных пациентов в возрасте 18-20 лет с впервые выявленным туберкулезом, находившихся на лечении в ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии» Республики Беларусь в период с 01.01.2013 по 31.12.2018. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программ MicrosoftOfficeExcel и Statistica 10.

Результаты и их обсуждение. Все исследуемые пациенты были разделены на три категории. В первую вошли 22 пациента 1993-1996 г. рождения (8 мужчин и 14 женщин), у которых впервые туберкулез был диагностирован в 2013-2014гг. Всем пациентам из данной группы в подростковом возрасте (до 17 лет включительно) ежегодно, в обязательном порядке проводилась проба Манту. В данной группе имелось следующее распределение по клиническим формам: инфильтративный туберкулез легких у 18 пациентов (81,81%), диссеминированный туберкулез легких – у 3 (13,64%), туберкулезный плеврит у 1 пациента (4,55%). У 10 пациентов (45,45%) имелся контакт с больным туберкулезом в семье или по месту учебы. Несвоевременность выявления туберкулеза отмечалась у 11 пациентов (50,00%). Вторую категорию составили 18 пациентов 1995-1998 г. рождения (8 мужчин и 10 женщин), у которых впервые туберкулёз был диагностирован в 2015-2016гг. Всем пациентам из данной группы ежегодно, в подростковом возрасте проводился диаскинтест. При этом инфильтративный туберкулез легких наблюдался у 13 пациентов (72,22%), диссеминированный – у 1 (5,56%), туберкулёмы у 3 пациентов (16,66%), фиброзно-кавернозный туберкулез – у 1 пациента (5,56%). У 9 пациентов (50,00%) установлен контакт с больным туберкулезом членом семьи. У 8 (44,44%) пациентов диагностика туберкулеза была несвоевременной, у 1 пациента – поздней (фиброзно-кавернозный туберкулез). Третья категория: 11 пациентов 1998-1999гг. рождения (6 мужчин и 5 женщин), у которых в подростковом возрасте кожные тесты на туберкулез проводились не массово, а лишь в группах риска по этой инфекции. Инфильтративный туберкулез легких имелся у 9 пациентов (81,82%), туберкулёма – у 1 пациента (9,09%), очаговый туберкулез – у 1 пациента (9,09%). У 3 пациентов (27,27%) установлен контакт с больным туберкулезом членом семьи. У 3 пациентов (27,27%) диагностика туберкулеза была проведена несвоевременно.

Выводы. За период с 2013 по 2018 гг. абсолютное количество пациентов с впервые выявленной туберкулёзной инфекцией в возрасте 18-20 лет уменьшилось в 2 раза, что отражает общую тенденцию к снижению заболеваемости туберкулёзом в Республике Беларусь. За указанный период обнаружено уменьшение доли несвоевременно выявленного заболевания с 50,00% до 27,27% случаев. В Республике Беларусь изменения в подходах к выявлению латентного и активного туберкулеза у подростков не оказали отрицательного влияния на качество и своевременность его диагностики, что позволило снизить финансовые

затраты за счет значительного сокращения количества проводимых кожных тестов, объема закупок иммунобиологических лекарственных средств и назначения профилактических курсов противотуберкулезных препаратов.

КОЛЛАПСОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА

С. С. Бежан – клинический ординатор по специальности «Фтизиатрия»

Кафедра многопрофильной клинической подготовки

БУ ВО Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский государственный университет», Сургут, Россия

Научный руководитель - д.м.н., проф. *Н. В. Кузьмина*

Актуальность. Коллапсотерапия - это метод лечения туберкулеза, заключающийся в ведении газа в плевральную или брюшную полость и вызывающий при этом коллапс легкого. Лечебный эффект искусственного пневмоторакса обусловлен уменьшением эластического растяжения легкого. В условиях относительного коллапса в легком уменьшаются или полностью спадаются полости распада, значительно уменьшаются всасывание токсинов и рассеивание МБТ, ускоряются репаративные функции.

Цель исследования. Оценить эффективность применения коллапсотерапии на примере клинического наблюдения.

Материалы и методы исследования. Изучены амбулаторная карта, история болезни и рентгенологические снимки пациента.

Результаты исследования. Пациент А., 34 года. Житель г. Сургут. Обратился на прием к участковому врачу-фтизиатру 15.06.2018г. с жалобами на редкий продуктивный кашель с мокротой желтого цвета, повышенную потливость. Диагноз при госпитализации: Инфильтративный туберкулез S2 правого легкого, фаза распада. МБТ(+). 1 "Б" ГДУ. Из анамнеза заболевания известно, что состоял на диспансерном учете в СКПТД с марта 2015г с диагнозом: Инфильтративный туберкулез S2 правого легкого, МБТ(-), 1 "А" ГДУ. Получал лечение по 3 РХТ ИФЛ - 90 доз, ФП - 120 доз. По решению ЦВКК от 02.11.2015 переведен в 3 группа ДУ с диагнозом: Клиническое излечение инфильтративного туберкулеза с наличием больших остаточных изменений в виде мелких фокусов в S3 справа. 3 группа ДУ. При очередном обследовании мокроты методом ПЦР в июне 2018г. обнаружена ДНК МБТ, устойчивая к рифампицину, рентгенологически выявлена отрицательная динамика процесса в виде нарастания инфильтрации. Пациент направлен в Сургутский клинический противотуберкулезный диспансер для получения основного курса лечения. Из анамнеза жизни: на севере с рождения. В местах лишения свободы не находился, туберкулезный

контакт отрицает. Курит около 20 лет по ½ пачки в день, алкоголь со слов употребляет в умеренных количествах, прием наркотических средств отрицает. Профессиональный анамнез: образование высшее. Профессия мастер по ремонту скважин.

При поступлении в СКПТД 26.06.2018 года в общеклинических анализах крови и мочи патологических изменений не выявлено. Исследование мокроты на МБТ методом ПЦР от 16.06.18 обнаружило ДНК МБТ, устойчивую к рифампицину. Исследование мокроты на МБТ методом люминисцентной микроскопии выявило кислотоустойчивые микроорганизмы. По данным рентгенографии органов грудной клетки от 15.06.2018г. справа в S3 определяется каверна размерами до 2,6 см с неравномерно утолщенными инфильтрированными стенками от 1,2 до 1,5 см, с инфильтрированной "дорожкой" к корню, вокруг сохраняются разнокалиберные разноинтенсивные очаги на фоне локального пневмофиброза ячеистого типа. Начато лечение по интенсивной фазе 4 стандартного режима химиотерапии до выхода данных о лекарственной устойчивости. Посев мокроты на жидких питательных средах от 03.07.2018г выявил МБТ, устойчивые к изониазиду и рифампицину, в связи с чем пациент переведен на 4 индивидуализированный режим химиотерапии, интенсивная фаза до 240 доз. По рекомендации фтизиохирурга пациенту проводилось наложение искусственногопневмоперетонеума в течение 5 месяцев (всего 21 процедура) с удовлетворительной переносимостью. В результате проведенного лечения достигнуто прекращение бактериовыделения через 2 месяца. Рентгенологически отмечено рассасывание инфильтрации, уплотнение очагов и закрытие полости распада уже через 2 месяца лечения.

Выводы. Представленное наблюдение демонстрирует эффективность своевременного применения коллапсотерапии в комплексном лечении туберкулеза в виде уменьшения или полного закрытия полостей распада в ткани легкого в более короткие сроки.

КЛИНИКА ДИССЕМИНИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА С МНОЖЕСТВЕННОЙ И ШИРОКОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ В УСЛОВИЯХ СЕВЕРНОГО РЕГИОНА

В.Ш. Магомедов - клинический ординатор по специальности «Фтизиатрия»

Кафедра многопрофильной клинической подготовки

БУ ВО Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский государственный университет», Сургут, Россия

Научный руководитель: к.м.н., доцент. Н. В. Нелидова

Актуальность. Проблемой современного туберкулеза является изменение структуры его клинических форм в пользу более тяжелых, полирезистентность возбудителя. Одним из

показателей неблагоприятных факторов разных аспектов фтизиатрии принято считать диссеминированный туберкулез.

Цель исследования: изучение клинических проявлений диссеминированного туберкулеза с множественной и широкой лекарственной устойчивостью в условиях северного региона.

Материалы и методы исследования. Нами были проанализированы данные исследования 24 больных диссеминированным туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью, завершивших интенсивную фазу лечения в отделении для лечения больных с множественной лекарственной устойчивостью Сургутского клинического противотуберкулезного диспансера в 2016 году.

Результаты исследования. Среди больных диссеминированным туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью преобладали мужчины (20 человек, 83,3%). Превалировала возрастная группа от 31 до 40 лет – 19 человек, 79,2%, средний возраст составил 31,3± 1,1 год. Лиц без определенного места жительства было 8,3% (2 человека). 1 больной (4,2%) являлся представителем коренных малочисленных народов севера (ханты). В местах лишения свободы ранее пребывали 12 больных (50%). Практически все больные не имели постоянной работы (22 человека, 91,7%). Среди вредных привычек наиболее часто встречалось курение (у 21 человека, 87,5%), злоупотребляли алкоголем 11 пациентов (45,8%), признавали, что употребляли ранее или на момент осмотра наркотические вещества 10 пациентов (41,7%). У половины больных диагноз установлен впервые, у 5 человек (20,8%) выявлен рецидив заболевания, у 7 человек (29,2%) – обострение туберкулезного процесса. Более половины больных выявлены при обращении с жалобами (13 человек, 51,2%). Контакт с больными туберкулезом не исключили 13 больных (54,2%). Наиболее значимое место среди сопутствующих заболеваний занимали вирусные заболевания: хронический вирусный гепатит С имели 16 больных (66,7%), еще 4 больных (16,7%) имели хронический вирусный гепатит С и В, у 13 больных (54,2%) выставлена ВИЧ-инфекция в стадии вторичных заболеваний. У 10 больных (41,7%) выявлен хронический бронхит, у такого же количества больных определено пагубное употребление наркотических средств и алкоголя. Энцефалопатия смешанного генеза выставлена у 8 больных (33,3%). Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки наблюдалась у 3 больных (12,5%), хронический гастрит – у 7 больных (29,2%).

Анализ течения инфекционного процесса показал, что в 83,3% наблюдений (n=20 человек) клиническая симптоматика туберкулеза развивалась подостро (в среднем за 3,2±1,9 месяца) с достаточно быстрым нарастанием интоксикационного синдрома и локальных проявлений заболевания. Острое начало отмечено в 16,7% случаев (n=4). Кроме

поражения легких наблюдалось туберкулезное поражение других органов: туберкулезное поражение менингеальных оболочек было выявлено у 1 больного, диссеминация в почки у 2 больных, экссудативный плеврит наблюдался у 2 пациентов. Из локальных бронхо-легочных симптомов чаще всего беспокоил кашель с выделением мокроты – у 19 больных (79,2%). Вторым по частоте легочным симптомом была выраженная одышка – у 9 человек, 37,5%. Боль в грудной клетке выявлена у 5 человек (20,8%), кровохарканье отмечалось у 1 больного (4,2%). Симптомы интоксикации отмечались у всех больных, 100%. Слабость беспокоила 23 (95,8%) больных, повышение температуры было выявлено у 16 человек (66,7%), до фебрильных цифр – у 10 человек, 41,2% повышенная потливостьобнаружена у 8 человек, 33,3%. Снижение веса назвали 9 человек, 37,5%. При поступлении в стационар у 5 больных (20,8%) больных отмечалось состояние средней степени тяжести, у 1 больного (4,2%) – тяжелое состояние. Бледность кожных покровов при осмотре выявлена у половины больных, снижение индекса массы тела – у 11 больных (45,8%), у такого же количества больных наблюдались изменения дыхания, тахикардия регистрировалась у 6 больных (25%), увеличение печени выявлено у 5 пациентов, 20,8%.

Выводы. Течение диссеминированного туберкулеза с множественной и широкой лекарственной устойчивостью в Северном регионе характеризуется преимущественно подострым началом, при этом практически у всех больных отмечаются симптомы интоксикации и бронхолегочные проявления заболевания. Даже при наличии выраженных симптомов заболевания в течение месяца после их появления обращаются в лечебную сеть только десятая часть больных диссеминированным туберкулезом. Среди сопутствующих заболеваний преобладают ВИЧ, хронический вирусный гепатит С, наркотическая и алкогольная зависимости.

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ Г. СУРГУТА

А.С. Какухина – студентка 6 курса

Кафедра многопрофильной клинической подготовки

БУ ВО Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский государственный университет», Сургут, Россия

Научный руководитель: к.м.н., доцент. Н. В.Нелидова

Актуальность. Туберкулёз лёгких - это наиболее эпидемически опасная локализация заболевания, поэтому очень важна ранняя диагностика туберкулёза. Выявление больных туберкулёзом осуществляют врачи всех специальностей лечебно-профилактических

учреждений.

Цель. Изучить организацию раннего выявления туберкулеза в городской поликлинике г. Сургута.

Материалы и методы. Проведен анализ работы поликлиники г. Сургута по профилактике и ранней диагностике туберкулеза за 2016-2018гг.

Результаты. Основными методами выявления туберкулеза являются:

Клинический (сбор анамнеза, жалоб, объективный осмотр).

Туберкулинодиагностика (проба Манту с 2ТЕ)

Лучевая диагностика (флюорографическое и рентгенологическое обследование, КТ)

Микробиологическая диагностика (исследование биологического патологического материала методом микроскопии).

В учреждениях общей лечебной сети, в частности в городской поликлинике, главным методом лучевой диагностики является проведение массовых флюорографических осмотров у лиц старше 15 летнего возраста. Ежегодно в поликлинике составляется план – график флюорографического осмотра, который утверждается главным врачом лечебного учреждения.

Процент охвата профилактическими осмотрами в г. Сургуте держится постоянно на довольно высоких цифрах с тенденцией увеличения процента обследованных и составляет в 2016 году – 81,4%, 2017 году – 94,6%, в 2018 году – 95,3%. Неудовлетворительно осматривается неработающее население, работники предприятий частных форм собственности, что обусловлено низкой эффективностью организационных мероприятий.

Учет обследования населения в поликлинике ведется в кабинете флюоротеки. Принципы работы кабинета флюоротеки – территориальный.

Проводится работа с электронной картотекой осмотров и выделяются декретированные группы населения для их обязательного обследования. Они подлежат профилактическим медицинским осмотрам, независимо от наличия или отсутствия признаков заболевания туберкулезом, 2 раза в год. Отмечается полный охват флюорографическим обследованием декретированного населения.

Ведется электронный журнал ежедневного учета обследуемых пациентов, журнал направленных на дообследование. В 2016 году всего на дообследование подлежало 1415 человек, дообследовано 1415, из них выявлен туберкулёз у 16 человек (1,1%), в 2017 году всего на дообследование подлежало 782 человек, дообследовано 782, из них выявлен туберкулёз у 34 человек, 2018 году всего на дообследование подлежало 727 человек, дообследовано 727, из них выявлен туберкулёз у 16 человек.

Группа населения не проходивших флюорографию 2 и более года в 2016 году

составила 2800 человек. из них прошли обследование 2798 (99,9%), в 2017 году - 2720 из них прошли обследование 2546(93,6%), в 2018 году - 2720 из них прошли обследование 2301(84,5%). Необследованные пациенты представлены прежде всего лицами из социальных групп риска.

Обязательно проводится обследование пациентов из групп риска, у которых заболеваемость превышает в 5-10 раз заболеваемость туберкулезом среди остального населения, осматриваются 1 раз в год: больные хроническими неспецифическими заболеваниями органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы, больные сахарным диабетом, лица, получающие кортикостероидную, лучевую и цитостатическую терапию, лица без определенного места жительства, мигранты, беженцы, вынужденные переселенцы, лица, проживающие в стационарных учреждениях социального обслуживания и учреждениях социальной помощи для лиц без определенного места жительства и занятий, работники учреждений социального обслуживания для детей и подростков, работники лечебно-профилактических, санаторно-курортных, образовательных, оздоровительных и спортивных учреждений для детей и подростков. Анализ данных обследования этой группы населения показывает полный охват флюорографическим обследованием, однако не соблюдается кратность исследования мокроты на МБТ. Это может объясняться несколькими причинами: отсутствием кабинета для сбора мокроты, несоблюдением пациентом назначений врача, а также невыполнением клинического минимума на туберкулёз участковыми терапевтами.

Результаты и выводы. Выявление больных туберкулёзом - систематическая, определённым образом организованная и подкреплённая нормативными документами деятельность учреждений здравоохранения, направленная на выделение лиц с подозрением на туберкулёз с последующим их обследованием для подтверждения или исключения данного диагноза.

ТУБЕРКУЛЕЗ У БОЛЬНЫХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ И ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С

А.Н. Давудова, А.Е. Пахар - клинические ординаторы по специальности «Фтизиатрия»

Кафедра многопрофильной клинической подготовки

БУ ВО Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский государственный университет», Сургут, Россия

Научный руководитель - к.м.н.,доцент. Н. В.Нелидова

Актуальность. Одной из главных причин роста туберкулёза во всём мире является эпидемия ВИЧ-инфекции. По данным ВОЗ до половины людей, живущих с ВИЧ и СПИД во

всём мире, заболевают туберкулёзом.

Целью исследования: изучение течения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных больных в сочетании с вирусным гепатитом С в условиях северного региона.

Материалы и методы исследования. Изучены данные 177 историй болезни пациентов, имеющих активный туберкулез, ассоциированный с ВИЧ-инфекцией и вирусным гепатитом С, проходивших лечение в КУ ХМАО-Югры «Сургутский клинический противотуберкулезный диспансер» в 2016 - 2018 годах.

Результаты исследования.Среди больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией и вирусным гепатитом С превалировала возрастная группа от 31 до 40 лет – 112 человек из 177 (63,3%), средний возраст составил 34,7± 1,2 года. Преобладали мужчины – 152 человека (85,9%). Лиц без определенного места жительства было 5,6% (10 человек). В местах лишения свободы ранее пребывали 98 больных с сочетанной патологией (55,3%), не имели постоянной работы 149 человек (84,2%), инвалидами по туберкулезу являлись 3 человека (1,7%), не состояли в браке 108 человек (61%). 89,3% больных (158 человек) указывали на употребление наркотических веществ, 57% (101 человек) принимали алкоголь. Впервые диагноз туберкулеза установлен у 120 человек (67,8%). Чаще всего встречался диссеминированный туберкулез - у 62,7% пациентов (111 человек), инфильтративный туберкулез выявлен у 22% (39 человек), очаговый туберкулез имели 7 человек (4%), фиброзно-кавернозный туберкулез – 3 человека (2%), по одному больному – туберкулезный спондилит, туберкулезный менингит. Анализ внелегочных поражений показал, что туберкулез легких у больных туберкулезом легких в сочетании с ВИЧ – инфекцией и вирусным гепатитом С чаще всего осложнялся экссудативным плевритом – у 13 человек (6,8%). У 4 больных (2,25%) выявлен туберкулезный менингит, 5 больных (2,8%) – туберкулез периферических лимфатических узлов. По 1 больному (0,6%) имели туберкулез почек, туберкулезный перикардит, туберкулезный спондилит. Анализ жалоб, предъявляемых больными при поступлении в стационар, показал, что ведущим легочным симптомом у большинства больных был кашель - у 112 человек (63,2%), у половины их них (56 человек, 31,6%) с выделением мокроты. Одышка выявлена у 84 пациентов (47,5%). У основной массы больных туберкулезом с сочетанной патологией отмечалась общая слабость (124 человек, 70%), повышение температуры тела отмечено у 86 человек (48,5%), потливость у 45 человек (25,4%).

Объективное обследование выявило, что более чем у половины больных состояние при поступлении оценено как средней степени тяжести (101 человека, 57,6%), у 45 человек (25,4%) – удовлетворительное, у 31 человека (17,5%) – тяжелое.

Снижение гемоглобина выявлено у 159 больных, 89,8%, лейкоцитоз отмечался у 47

(26,6%) больных, лейкопения – у 41 больного, 23,2%, лимфопения – у 57 больных (32,2%), повышение процентного содержания палочкоядерных нейтрофилов – у 38 больных, 21,5%. Практически у всех больных при поступлении была повышена скорость оседания эритроцитов (172 человека, 97,1%). Биохимическое исследование крови выявило повышение уровня АСТ при поступлении у 89 пациентов (50,2%) и АЛТ у 102 человек (57,6%). Микобактерии туберкулеза в мокроте обнаружены у 107 больных (60,5%). У 46 пациентов (26%) выявлена впервые лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза к противотуберкулезным препаратам, из них множественную лекарственную устойчивость имел 21 человек (11,7% больных с сочетанной патологией и 19,6% бактериовыделителей) и 1 больной имел широкую лекарственную устойчивость (0,05% и 2,2% соответственно). У 74 человек (41,8%) отмечен распад ткани легкого. На момент проведения исследования все больные находились в стадии вторичных заболеваний (4б,4в) (Российская клиническая классификация 2006 года). У 61 человека (34,5%) оказались доступными данные исследования уровня CD4-лимфоцитов, из них только у 9 человек (14%) наблюдалось нормальное значение этого показателя, понижение - у 53 больных (86,9%), причем у 46 человек (75,4%) отмечено снижение его ниже 0,2х10/9 л.

Выводы. Среди больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией и вирусным гепатитом С превалировали мужчины молодого возраста. Значительная часть больных имела черты социальной дезадаптации. Преобладали распространенные процессы с распадом ткани легких и бактериовыделением. Значительная часть больных имела черты социальной дезадаптации. У 2/3 больных туберкулёз был выявлен впервые. Преобладали распространенные процессы (диссеминированный и инфильтративный туберкулез легких). Среди сопутствующих заболеваний у больных активным туберкулезом с ВИЧ-инфекцией и хроническим вирусным гепатитом С превалировала наркотическая и алкогольная зависимости. Бактериовыделение выявлено более чем у половины больных, четверть пациентов имели лекарственную устойчивость МБТ, при этом 19,6% имели множественную и 2,2% - широкую лекарственную резистентность. Распад ткани легкого имели почти половина больных. У всех больных выставлена ВИЧ-инфекция в стадии вторичных заболеваний. Практически все больные имели снижение уровня CD4-лимфоцитов, причем у 2/3 пациентов он был ниже 0,2х10/9 л. Более чем у половины больных достигнуто абациллирование. Рубцевание отмечено лишь у 1/10 больных. Летальный исход зарегистрирован у четверти больных. Основной причиной смерти у всех умерших стала ВИЧ-инфекция с проявлениями микобактериальной инфекции.

ДИАГНОСТИКА ДИССЕМИНИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

С МНОЖЕСТВЕННОЙ И ШИРОКОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ В УСЛОВИЯХ СЕВЕРНОГО РЕГИОНА

Г.Н. Байрамова - клинический ординатор по специальности «Фтизиатрия»

Кафедра многопрофильной клинической подготовки

БУ ВО Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский государственный университет», г. Сургут, Россия

Научный руководитель: д.м.н., проф. Н. В. Кузьмина

Актуальность. Проблемой современного туберкулеза является изменение структуры его клинических форм в пользу более тяжелых, полирезистентность возбудителя, распространение ВИЧ-инфекции. Одним из показателей неблагоприятных факторов разных аспектов фтизиатрии принято считать диссеминированный туберкулез. Его эпидемическое значение определяется значительным распространением деструктивных форм и выделения микобактерий туберкулеза, в том числе и лекарственно устойчивых форм. В связи с более поздней диагностикой заболевания, туберкулез у пациентов, пройдя этап ограниченных форм, выявляется уже в виде диссеминированных процессов с обширностью морфологических поражений легких, что объясняет актуальность исследований, посвященных клиническому течению диссеминированного туберкулеза.

Цель исследования:изучение лабораторных и рентгенологических проявлений диссеминированноготуберкулеза с множественной и широкой лекарственной устойчивостью условиях северного региона.

Материалы и методы. Нами были проанализированы данные исследования 24 больных диссеминированным туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью, завершивших интенсивную фазу лечения в отделении для лечения больных с множественной лекарственной устойчивостью Сургутского клинического противотуберкулезного диспансера в 2016году.

Результаты. Оценка общего анализа крови показала, что наиболее значимыми изменениями были ускорение СОЭ (у 20 человек, 83,3%), снижение уровня гемоглобина (у 9 человек, 37,5%), а также повышение уровня палочкоядерных нейтрофилов - у половины больных. Лейкоцитоз и лейкопению имели одинаковое количество больных (5 человек, 20,8%). Лимфопения, свидетельствующая о значении недостаточности иммунной системы в развитии этой формы туберкулеза, была выявлена у 6 больных, 25%, и варьировала от менее 10% (а в 1 случае была и менее 5%) до 20%. Однако, у большей части больных отмечался нормальный уровень лимфоцитов, а в 5 случаях (20,8%) лимфоцитоз. Наличие достаточного количества основных иммунокомпетентных клеток, с одной стороны, и распространенный

характер процесса - с другой, указывает на функциональную недееспособность лимфоцитов.

Исследование мокроты с целью нахождения микобактерий туберкулеза является одним из самых важных клинических показателей. У всех больных диагноз подтвержден выявлением микобактерий бактериологическим методам исследования. До начала лечения у всех больных выполнено исследование на обнаружение ДНК МБТ в мокроте методом ПЦР, при этом у 12 человек (50%) получен положительный результат, их них у половины больных (25% от общего числа больных) выявлена ДНК МБТ, устойчивая к рифампицину, что позволило сразу назначить им четвертый стандартный режим химиотерапии. Метод люминисцентной микроскопии позволил выявить бактериовыделение у 16 человек (66,7%), посев на жидкие питательные среды – у 18 человек (75%), посев на плотные среды – у 19 больных (79,2%). У 22 больных (91,7%) выявлена множественная лекарственная устойчивость и у 2 (8,3%) широкая лекарственная устойчивость.

При анализе рентгенологической документации у всех больных диссеминированным туберкулезом процесс был распространенным. Полости распада выявлены у 16 больных (66,7%).

Больным с ВИЧ-инфекцией (n=13) проведено исследование уровня CD4-лимфоцитов, из них только у 4 человек (30.8%) наблюдалось нормальное значение этого показателя, понижение - у 9 больных (69.2%), причем у 5 человек (38.5%) отмечено снижение его ниже 0,2х10/9 л.

Заключение. Гематологические сдвиги свидетельствует о значении недостаточности иммунной системы в развитии этой формы туберкулеза. Метод люминисцентной микроскопии позволяет выявить бактериовыделение у 2/3 больных, посев на плотные и жидкие питательные среды – у ¾ больных. Рентгенологическая картина лекарственноустойчивого диссеминированного туберкулеза характеризуется распространенностью поражения ткани легкого с наличием деструктивных изменений у 2/3 больных.

ГЕПАТИТ-СОЧЕТАННЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ

В.Н. Сторчак – студент 1415 гр. лечебного факультета

Кафедра фтизиопульмонологии

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Беларусь

Научный руководитель – ассистент О.В. Михайлова

Актуальность. В современном мире растёт заболеваемость туберкулезом (ТБ), в том числе и туберкулезом, осложненным вирусными гепатитами (ВГ). Этот факт делает актуальными знания про влияние гепатитов вирусной этиологии на течение на исход

туберкулеза легких.

Цель. Выявить особенности течения и исходов туберкулеза легких при наличии вирусных гепатитов.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный выборочный анализ историй болезни 22-ух пациентов (ТБ) – 1 группа, 28-ти пациентов (ТБ+ВГ) – 2 группа, находившихся на стационарном лечении в ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии» в 2016 году.

Результаты исследования. Среди 1 группы процент женщин – 27%, мужчин – 73%. Средний возраст – 38,6 лет. Среднее количество койко-дней составило 177. 14% пациентов злоупотребляли алкоголем. У 73% пациентов был выявлен диагноз инфильтративный туберкулез легких, у 9% – диссеминированный, у 18% – фиброзно–кавернозный. У 59% пациентов выявлены воспалительные изменения в общем анализе крови. У 45% пациентов в анализах мокроты обнаружена КУБ. На рентгенограмме положительная динамика наблюдалась у 82% пациентов. Препараты (бедаквилин, деламанид) применялись у 90% пациентов. В результате лечения у 73% пациентов зафиксирована негативация мокроты. В процессе лечения у 27% пациентов в биохимическом анализе крови наблюдалось повышение уровня печеночных ферментов (в 9% случаев до начала лечения, в 18% - в процессе терапии).

Среди 2 группы процент женщин – 21%, мужчин – 79%. Средний возраст группы – 36,2 года. Среднее количество койко-дней составило 117. 61% пациентов входит в группу риска по употреблению наркотиков, злоупотреблению алкоголя, 39% находились в исправительно-трудовых учреждениях. У 69% пациентов был выявлен инфильтративный туберкулез легких, у 14% – диссеминированный, у 3,5% фиброзно-кавернозный, у 3,5% – очаговый. У 10% пациентов зафиксирован туберкулез внелегочной локализации. Из вирусных гепатитов 79% приходится на гепатит С, 7% - В, 11% - В+С, 3% - В+С+D. У 25% пациентов были воспалительные изменения в общем анализе крови. У 72% пациентов в биохимическом анализе крови уровень печеночных ферментов был выше нормы (в 36% случаев - после начала специфической терапии, 25% - до начала лечения, 3% - вне зависимости от лечения). У 60% пациентов результаты бактериоскопического исследования мокроты положительны. На рентгене положительная динамика наблюдалась у 43%. Бедаквилин и деламанид получали 10% пациентов. В результате лечения 50% пациентов были абациллированы, у 46% пациентов длительно (более 4 месяцев от начала лечения) сохранялось бактериовыделение, был зафиксирован 1 (4%) летальный случай.

Выводы. При анализе групп обнаружено, что средний возраст пациентов с ТБ+ВГ 36,2 лет. Пациенты более социально-дезадаптированные (алкоголики, наркоманы, прибывшие из

ИТУ). Среди клинических форм туберкулеза встречались внелегочные процессы.В процессе лечения обнаруживались изменения в биохимических анализах крови (повышение уровня печеночных ферментов), что требовало проведения дезинтоксикационных мероприятий и прерывания лечения. Только у 43% пациентов наблюдалась положительная рентгенологической динамика в процессе стационарного лечения. У пациентов более длительно (свыше 4 месяцев) сохранялось бактериовыделение в процессе лечения.

ТУБЕРКУЛЁЗ ПАХОВЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ

А.Н. Полонейчик – студент 1415 гр. лечебного факультета

Кафедра фтизиопульмонологии

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Беларусь

Научный руководитель – ассистент О.В.Михайлова

Актуальность. Туберкулёз периферических лимфатических узлов (альтернативное название – периферическая туберкулёзная лимфаденопатия) – опухолеподобное изолированное или генерализованное поражение различных групп лимфатических узлов с развитием в них специфического воспалительного процесса. Наиболее часто при данном заболевании (данные по структуре болезни разнятся) поражаются шейные и подчелюстные группы лимфатических узлов (75%), подмышечные – 15% случаев, поражение паховых и локтевых лимфатических узлов – 1% случаев. Генерализованные формы – 10-15% случаев. Исследователями отмечается большая редкость изолированного туберкулёза паховых лимфатических узлов (ТПЛУ). Отмечается также более редкая встречаемость билатерального процесса по сравнению с монолатеральным. Ввиду редкости патологии, большая часть научных работ, посвящённых данной проблеме, представлена в виде описания клинических случаев. ТПЛУ может быть схож с некоторыми хирургическими патологиями, например, с паховой грыжей. Исследователи отмечают, что диагностика ТПЛУ является непростой задачей для врача, она требует наличия высокого индекса клинического подозрения.

Цель. Рассмотреть и проанализировать редкий клинический случай изолированной паховой ТПЛ.

Материалы и методыисследования. Для описания данного клинического случая использовались данные медицинской документации пациентки Л. с 2014 по 2016 гг.: 9 историй болезни и эпикризов УЗ «9 ГКБ» г. Минска, 1 история болезни, эпикриз и медицинская карта амбулаторного пациента ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии», 1 эпикриз УЗ «1-й противотуберкулёзный диспансер» г. Минска.

Результаты исследования. Пациентка Л. 1936 года рождения поступила в УЗ «9 ГКБ» 08.07.2014 по поводу паранеопластической анемии. Контакт с больными туберкулёзом отрицала, а также отрицала наличие туберкулёза в анамнезе. Впервые наличие увеличенных паховых лимфоузлов отмечается в истории болезни при первичном осмотре лечащим врачом 9.07.2014: «Лимфоузлы увеличены, плотные, несмещаемые». Отмечается преимущественное увеличение лимфатических узлов слева. Во время этого же пребывания в стационаре был выставлен диагноз «паховая лимфаденопатия (mts?)», т.е. было предположено увеличение лимфатических узлов вследствие метастазирования опухоли яичников (диагноз также лишь предпологавшийся). Во время четвёртого поступления пациентки в УЗ «9 ГКБ» была произведена эксцизионная биопсия левого пахового лимфатического узла (17.12.2014). В заключении по данным биопсии указано, что гистологическая картина соответствует туберкулёзному лимфадениту. Отмечается положительная окраска единичных бактерий по Цилю-Нильсену (КУБ+). Некоторые исследователи отдают предпочтение методу тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии, однако в целом оптимальной считается открытая, эксцизионная биопсия. 18.12.2014 фтизиатром ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии» отмечено наличие больших посттуберкулёзных изменений в нижней доле правого лёгкого. После проведения обследований в ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии» было отмечено отсутствие данных в пользу активного туберкулёза лёгких. Видим, что данное состояние носит одновременно изолированный и билатеральный характер, что говорит о редкости данного случая. 30.12.2014 пациентке было назначено противотуберкулёзное лечение по 1 клинической категории: интенсивная фаза – H – 0,3, R – 0,6, Z – 2,0, E – 1,6 (60 доз); затем в фазе продолжения – H – 0,3, R – 0,6 (120 доз). Основной курс лечения завершён в полном объёме 02.09.2015.

Выводы. Несмотря на сложность диагностики ТПЛУ, диагноз в данном случае был выставлен верно с применением, как считают учёные, оптимального способа подтверждения данного диагноза – эксцизионной биопсии. Данный клинический случай может послужить дополнительным напоминанием практикующим врачам (в частности, хирургам, онкологам) о возможности туберкулёзной этиологии пахового лимфаденита.

3D-ПРОТОТИПИРОВАНИЕ ЛЁГКОГО ПАЦИЕНТА ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ТУБЕРКУЛЁЗЕ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

А.Г. Наумов – ассистент,

В.О. Теплов – студент 620 гр. педиатрического факультета

Кафедра фтизиатрии им. И.С. Николаева

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, Нижний Новгород, Россия

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

Актуальность. Предварительное ознакомление с моделью поражённого органа, изготовленного по технологии послойного наложения полимера с помощью 3D-печати (FDM), позволяет специалисту и пациенту совместно оценить степень органического поражения лёгочной ткани и определиться с дальнейшей тактикой лечения, что неоспоримо важно для оценивания перспектив возможного оперативного вмешательства с детальным изучением анатомических особенностей объекта в миниатюре.

Цель исследования. Продемонстрировать возможности 3D-прототипирования человеческих органов, на примере лёгких пациента, страдающего кавернозным туберкулёзом верхней доли левого лёгкого.

Материалы и методы исследования. Материалом для исследования послужил цифровой файл (DICOM), полученный после проведения мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) органов дыхания больного кавернозным туберкулёзом. В методах исследования использовалось специализированное программное обеспечение (InVesalius) для извлечения из DICOM-файла цифровой структуры лёгких в формате STL, который позволяет провести его интеграцию в программу-слайсер и начать 3D-печать прототипа органа.

Результаты исследования. После подбора оптимального среза (маски) по заданным параметрам рентгенологической денсивности в InVesalius получена 3D-поверхность лёгких в которой чётко визуализировалась зона поражения специфическим процессом. Данная виртуальная модель была переконвертирована (экспортирована) в формат файла STL и загружена в программу CURA для оценивания длительности производства на коммерческом 3D-принтере. Визуальное ознакомление с 3D-прототипом полученных лёгких и проведение технической постобработки производилось в программном комплексе AutodeskMeshmixer. В качестве основного пластика для печати использовался ABS (акрилонитрилбутадиенстирол), 3D-принтер – Ultimaker 2+. Готовый прототип (54,8*50,3*46,0 мм) был воссоздан за 2 часа 46 минут, с помощью изопропилового спирта модель подверглась химической полировке и была представлена лечащему врачу и пациенту.

Выводы. С помощью аддитивных технологий (3D-прототипирование) врач-специалист получил мощный инструмент, позволяющий объективно оценить состояние того или иного органа. Технология послойной печати способна воспроизвести не только лёгкие человека, но и многие другие органы и ткани, что весьма актуально для медицинской отрасли в целом. Возможности передачи подготовленной для печати 3D-поверхности через различные каналы

связи позволят совместно с другими специалистами принимать решения в тяжёлом клиническом случае.

АНАЛИЗ ОДНОВРЕМЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ И ТУБЕРКУЛЕЗА

Д.В. Ткачёва – студентка 4-го курса 1419 гр. лечебного факультета,

А.Е. Протас – студент 4-го курса 1419 гр. лечебного факультета

Кафедра фтизиопульмонологии

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Белоруссия

Научные руководители: канд. мед. наук Н.В. Мановицкая,

канд. мед. наук, доц. Н.В. Яцкевич

Актуальность. В настоящее время сочетание туберкулеза и злокачественных опухолей выявляется все чаще. Некоторые считают, что туберкулез и злокачественные опухоли - параллельно протекающие заболевания, другие, что они антагонисты, третьи, что туберкулез способствует развитию злокачественных опухолей. Дифференцировать эти заболевания весьма проблематично в связи с отсутствием единой концепции канцерогенеза и недостаточно четких клинико-рентгенологических критериев. Установлено, что злокачественные опухоли у больных туберкулезом и лиц с остаточными изменениями после излеченного туберкулеза встречается чаще, чем среди всего населения.

Цель исследования. Выявить особенности одновременного течения злокачественных опухолей и туберкулеза.

Материалы и методы исследования.Был проведен ретроспективный анализ медицинских карт всех стационарных пациентов с одновременным течением злокачественных опухолей и туберкулеза, находившихся на лечении в ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии» за период с 2004 по 2019 (сплошным методом). Всего изучено 26 карт.

Результаты исследования. Для анализа были отобраны пациенты только с положительными результатами исследования на наличие M.tuberculosis. Медиана возраста изученных пациентов - 71 год (от 51 года до 89 лет). Количество женщин составило - 10 (38%), мужчин - 16 (62%). Из 26 пациентов пенсионерами являлись 14 пациентов (54%), 8 (31%) имели группу инвалидности, 4 (15%) - не работали по другим причинам. У 10 пациентов (38%) был диагностирован периферический рак легких (у 4 пациентов из 10 (15%)- периферический рак верхней доли левого легкого, у 4 из 10 (15%)- периферический рак верхней доли правого легкого, у 2 из 10 (8%)– периферический рак нижней доли левого легкого), у 14 пациентов (54%) был выявлен центральный рак легких (3 пациента из 14

(12%) имели центральный рак левого легкого, 11 пациентов из 14 (42%) - центральный рак правого легкого). У 1 (4%) из изученных пациентов диагностирована карцинома insitu бронха, у 1 (4%) - метахронный рак почки. У 25 (96%) пациентов был диагностирован туберкулез легких (16 (62%) пациентов имели туберкулез в правом легком: в верхней доли правого легкого - 6 (23%) пациентов, нижней доли правого легкого – 10 (38%); 9 (34%) пациентов – в левом легком: в верхней доли левого легкого – 4 (15%), в нижней доли левого легкого – 5 (19%)), у 1 (4%) – туберкулез бронхов. У 15 (58%) пациентов был выявлен инфильтративный туберкулез легких, у 6 (23%) - фиброзно-кавернозный, у 3 (12%) - диссеминированный, у 1 (4%) - очаговый, у 1 (4%) – туберкулез бронхов (язвенно-свищевая форма). У 16 (62%) пациентов локализация туберкулеза и рака не совпадала. Только у 10 (38%) пациентов совпадала локализация данных заболеваний, при этом у 5 (19%) пациентов - в правом легком, у 4 (15%) - в левом легком, у 1 (4%) - в бронхе. У 17 (65%) пациентов имелась возрастная патология (ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, энцефалопатия), у 5 (19%) - хроническая обструктивная болезнь легких, у 4 (15%) - кахексия, у 4 (15%) – патология почек (мочекаменная болезнь, хроническая почечная недостаточность), у 3 (12%) – пневмония. 16 из 26 (62%) пациентов не курили, 10 из 26 (38%) пациентов – являлись курильщиками.

Выводы. Одновременное течение злокачественных опухолей и туберкулеза встречалось достаточно редко. Сочетание этих заболеваний наиболее характерно для мужчин старшего возраста (медиана возраста 71 год). Наиболее часто у изученных пациентов был диагностирован центральный рак легкого (14 пациентов из 26 (54%)). Злокачественные опухоли были выявлены преимущественно в правом легком (11 пациентов из 26 (42%). Чаще всего встречался инфильтративный туберкулез (15 пациентов из 26 (58%)). Туберкулезный процесс в большинстве случаев был локализован в правом легком (16 пациентов из 26 (62%)). У большей части изученных пациентов локализация туберкулеза и злокачественной опухоли не совпадала – 16 (62%). Наиболее распространенными сопутствующими заболеваниями у изученных пациентов являлись возрастные патологии. Связь с курением (курили 10 (38%) пациентов) и ХОБЛ (5 (19%) пациентов) в случае одновременного течения туберкулеза и злокачественных опухолей не выявлена.

СТЕПЕНЬ СТИГМАТИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЁЗОМ

Н.И. Ващёнок, К.В. Дорофеева—студентки 4-го курса лечебного факультета

Кафедра фтизиопульмонологии

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Белоруссия

Научныйруководитель—к.м.н., доцент Г.Л. Бородина

Актуальность. Термин «стигма» (греч. stigma — укол, клеймо, пятно) появился в Древней Греции и означал метку или клеймо на теле раба или преступника. С этим словом всегда связана негативная ассоциация с чем-либо позорным, отталкивающим. Заболеваемость туберкулезом (ТБ) имеет положительную динамику на протяжение последних двадцати лет, но снижение происходит не быстро, и среди впервые заболевших туберкулезом всё чаще встречается ТБс МЛУ. Это связано с низкой приверженностью лечению.

В настоящее время проблема стигматизации актуальна в отношении пациентов с психическими заболеваниями, ТБ, ВИЧ-инфицированных, инвалидов и пожилыхлюдей. Стигматизации пациентов с ТБ резко утяжеляет течение болезни, приводит к снижению комплаентности и препятствует борьбе с ТБ, поэтому выявление и элиминация этого явления в обществе является актуальной задачей.

Цель исследования. Изучить распространенность стигматизации пациентов с туберкулёзом среди различных групп населения в Республике Беларусь.

Материалы и методы исследования. Проведено одномоментное поперечное исследование методом заочного анонимного анкетирования. По специально разработанной анкете, включающей 23 вопроса, направленных на определение отношения респондентов к пациентам сТБ, опрошены132 человека(85 (64%) женщин, 47 (36%) мужчин). Среди них: студенты УО "БГМУ" —41 (31,0%); студенты не медицинских вузов—27 (20,5%); медицинские работники—28 (21,2%); работники не медицинской сферы—36 (27,3%). Средний возраст респондентов составил 26,48 ±11,31.

Обработка данных осуществлялась с использованием MS Excel, Statistica 10.0. Использовались методы описательной статистики, таблиц сопряженности и непараметрический метод вычисления критерия соответствиях и-квадрат. Статистически достоверным принимали уровень коэффициента при $p<0,05$.

Результаты исследования. Большинство опрошенных (61%) указали в анкетах, что относятся к пациентам с ТБ нейтрально, только 4,5% чётко выразили свое негативное отношение, 26,5% сочувствуют, 8% затруднялись ответить. 36% опрошенных отметили, что пациенты сТБ сами виноваты в своей болезни, 59% отрицают вину самого пациента, 5% затруднялись ответить.

52% респондентов негативно отреагировали бы, если их знакомый или родственник скрыл факт болезни, но 10 из них(8%) сами скрыли бы факт болезни в таком же случае. Из 51 респондента (39%), которые считали правильным предоставление социального жилья пациентам сТБ, 33 (65%) сами не хотели бы жить в одном районе с ними. 37% респондентов

сочли необходимым переселять пациентов в обособленные районы для изоляции от здорового населения, статистически значимых различий между лицами разного пола и профессии не выявлено.

На вопрос о коморбидности ТБ, ВИЧ и вирусных гепатитов и асоциальном статусе пациентов респонденты с медицинским образованием (56,5%) достоверно чаще, чем респонденты без медицинского образования (27%), отвечали положительно (χ^2=12,33, p<0.01). А среди них студенты-медики (76%) гораздо чаще, чем медицинские работники (29%) (χ^2=15,49, p<0.01).

Женщины (93%) чаще, чем мужчины (70%) считали, что пациенты с ТБ нуждаются в поддержке, в том числе эмоциональной (χ^2=12.44, p<0.01). Среди мужчин 20% считают, что достаточно заботы государства, а 10% полагают, что пациенты с ТБ не заслуживают поддержки, так как сами виноваты в своей болезни.

Выводы. В настоящее время стигматизация пациентов с ТБ имеет место среди населения РБ (категорично своё негативное отношение отметили только 4,5% респондентов, но не сочувствуют или относятся нейтрально 69%). Стигматизация носит скрытый характер и проявляется, преимущественно, при затрагивании личных интересов респондентов. Большинство опрошенных согласны, что пациентыс ТБ нуждаются в отдельном жилье, но жить в одном районе с ними не хотят или считают, что пациентам нужно жить в отдельном районе. Респонденты негативно отнеслись бы к знакомым/родственникам, скрывшим заболевание ТБ, но в то же время сами скрыли бы факт своей болезни.

Наличие медицинского образования не влияет на наличие и степень стигматизации пациентов с ТБ, но позволяет выявить связь между асоциальным образом жизни, наличием ВИЧ и парентеральных гепатитов и ТБ, который часто развивается на поздних стадиях ВИЧ-инфекции. Студенты-медики более категоричны по сравнению с медицинскими работниками.

Среди лиц мужского пола стигматизация пациентов с ТБ выражена сильнее: 20% считают, что хватает заботы государства, 10% считают, что пациенты с ТБ не заслужили поддержки, так как сами виноваты в своей болезни и рассматривают ТБ как причину прервать контакты с заболевшим навсегда.

ЧАСТОТА АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ХОЗЛ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

Г.А. Верзилина - студент, А.Ш. Эннанова - студент

Кафедра фтизиатрии и пульмонологии

Медицинской академии имени С.И. Георгиевского

ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского», Симферополь, Россия

Научный руководитель – к.м.н. доц. Зайцев Ю.А.

Актуальность. Изучение особенностей патогенеза и лечения ХОЗЛ у больных с такими фоновыми факторами, как анемический синдром и перенесенный ТВС легких представляется важной задачей современной пульмонологии, открывающей новые пути дифференцированной терапии заболевания.

Цель исследования. Определить частоту возникновения анемического синдрома у больных ХОЗЛ.

Материалы и методы. Изучена распространенность анемии у больных ХОЗЛ, перенесших туберкулез легких по результатам ретроспективного анализа 725 санаторно-курортных карт больных ХОЗЛ, находившихся на лечении в санатории «Предгорный».

Результаты исследования. Установлено, что анемия имела место у 141 (22,2 %) из 636 больных ХОЗЛ мужского пола, перенесших туберкулез легких (уровень гемоглобина <135 г/л) и у 14 (15,7 %) из 89 больных ХОЗЛ женского пола, перенесших ТВС легких (уровень гемоглобина <120 г/л). Наибольшая распространенность анемии выявлена в возрастном диапазоне старше 51 года. Вместе с тем нужно подчеркнуть, что оценка влияния фактора возраста на развитие анемии при ХОЗЛ в нашем исследовании не может считаться корректной, так как исследование проводилось не в общей популяции, а только среди больных, поступавших на лечение в санаторий Предгорный».

Выводы. Исходя из всего вышеперечисленного выявлено, что распространенность анемии у больных ХОЗЛ мужского пола, перенесших ТВС легких, почти в два раза выше, чем у больных ХОЗЛ по данным литературы. Этот факт позволяет предположить, что перенесенный туберкулез легких может являться фактором риска развития "анемии воспаления" у больных ХОЗЛ.

СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОТРАВЛЕНИЯ ПРЕГАБАЛИНОМ И ТРАМАДОЛОМ

М.Н.Рудакова – ординатор 2 года, Е.А. Юневич – врач-терапевт

Кафедра медицины катастроф и скорой медицинской помощи

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань, Россия

ГБУ РО ГКБСМП, Рязань, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доц. Н.В.Шатрова

Актуальность. Прегабалин («Лирика») является противоэпилептическим препаратом, который, помимо эпилепсии, применяется при болевом синдроме нейропатического генеза (при диабетической полинейропатии, у онкобольных) в комплексе с анальгетиками, в том числе наркотическими. Его применение у пациентов со злокачественными новообразованиями позволяет отсрочить начало применения сильных опиоидов (морфин, фентанил). Доступность препарата (до 2012 года продавался без рецепта) и его способность вызывать ощущение расслабления, эйфории, сделали его популярным среди наркоманов. Наиболее частые побочные эффекты при применении прегабалина: головокружение и сонливость. Нарушение функций мочевыделительной системы с развитием почечной недостаточности наблюдается редко. При передозировке прегабалина отмечаются симптомы, относящиеся к его побочным эффектам, с возможным развитием комы.Трамадол относится к группе наркотических (слабых опиоидных) анальгетиков. Основными симптомами передозировки им являются: нарушение сознания (кома), угнетение дыхание (действие на дыхательный центр), выраженный миоз. Также при передозировке может наблюдаться анурия, которая не является характерным побочным эффектом при терапевтических дозах.

Цель исследования:на примере клинического случая продемонстрировать вариант течения отравления прегабалином и трамадолом.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ истории болезни пациента с отравлением лекарственными препаратами (прегабалином и трамадолом).

Результаты исследования. Мужчина, 32 года, поступил в отделение неотложной терапии 3.10.2018 г. в 19:50 с жалобами на тошноту, рвоту, редкое мочеиспускание.

Анамнез заболевания. Со слов, с 28.09 по 30.09 с целью наркотического опьянения принимал лирику (9 таблеток) и трамадол. Утром 1.10.18 был обнаружен дома в коме, по СМП вводили налоксон с положительным эффектом. Был госпитализирован в Михайловскую ЦРБ, где проводилась дезинтоксикационная терапия, на фоне которой

наблюдалось повышение уровня креатинина в крови (в динамике со 152 до 212 мкмоль/л), стала нарастать клиника острой почечной недостаточности. В связи с этим больной был переведен в токсикологический центр на функциональной основе на базе отделения неотложной терапии ГБУ РО ГКБСМП с диагнозом: «Острое отравление прегабалином (лирика), тяжелой степени. Острый токсический нефрит. Острая почечная недостаточность, стадия олигурии».

При поступлении объективно: состояние средней степени тяжести. В сознании, адекватен. Кожные покровы бледноваты. ЧДД 16 в мин. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧСС 86, ритм правильный. АД 150/105 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Т 36,7º С. Периферических отеков нет.

Предварительный клинический диагноз: Отравление неустановленным ядом тяжелой степени. Осложнения: Токсическая нефропатия. Энцефалопатия смешанного генеза (токсическая и дисметаболическая). Фоновое заболевание: Наркомания. Сопутствующие заболевания: Хронический вирусный гепатит С.

Общий анализ крови от 4.10.18: эритроциты $4{,}18*10^{12}$/л, гемоглобин 117 г/л, цветовой показатель 0,86, лейкоциты $10*10^{9}$/л, пал. 9%, сегм. 75%, лимфоциты 9%, моноциты 7%, эоз. 1%,СОЭ 21 мм/ч, от 9.10.18: эритроциты $3{,}5*10^{12}$/л, гемоглобин 115 г/л, цветовой показатель 1,0, лейкоциты $8{,}6*10^{9}$/л, пал. 9%, сегм. 82%, лимфоциты 7%, моноциты 5%, эоз. 0%,СОЭ 6 мм/ч.

Общий анализ мочи от 4.10.18: цвет - с/ж, реакция – кислая, прозрачность – непрозрачная, белок 0, 135, удельный вес 1002, лейкоциты 0-1-2 в п/зр., слизи много, эритроциты 4-6 в п/зр; от 9.10.18: цвет - с/ж, реакция – нейтральная, прозрачность – непрозрачная, белок 0, 135, удельный вес 1002, лейкоциты 4-8 в п/зр., слизи немного, эритроциты 1-2 в п/зр.

Биохимический анализ крови от 3.10.18: АЛТ 2326,4 Е/л, АСТ 2996,6 Е/л, билирубин общий 13,9 мкмоль/л, билирубин прямой 4,5 мкмоль/л, креатинин 600 мкмоль/л, амилаза общая 68 Е/л, панкреатическая амилаза 41,2 Е/л, глюкоза 5,07 ммоль/л, мочевина 38,5 ммоль/л, калий 4,8 ммоль/л, натрий 108 ммоль/л, кальций 0,93 ммоль/л;

от 9.10.18: АЛТ 723 Е/л, АСТ 112,1 Е/л, билирубин общий 11,7 мкмоль/л, билирубин прямой 4,4 мкмоль/л, креатинин 662 мкмоль/л, амилаза общая 382 Е/л, панкреатическая амилаза 435,6 Е/л, глюкоза 6,7 ммоль/л, мочевина 40,1 ммоль/л, общий белок 53 г/л, калий 3,5 ммоль/л, натрий 113 ммоль/л, кальций 1,05 ммоль/л;

Химико-токсикологическое исследование крови и мочи от 03.10.2018:в крови этанол, суррогаты не обнаружены. В моче обнаружено: трамадол, димедрол, метоклопрамид,

метамизол, пентоксифиллин.

ЭКГ от 03.10.18 – Ритм синусовый. Вертикальное положение ЭОС. Синдром ранней реполяризации.

УЗИ почек от 7.10.18: Правая почка 123*68 мм, паренхима 27 мм. Левая почка 124*68 мм, паренхима 28 мм. Пирамидки до 18 мм. Паранефрально щелевидная полоска жидкости с обеих сторон.

Заключительный клинический диагноз: Отравление лекарственными веществами (прегабалин, трамадол) тяжелой степени. Осложнение: Острое почечное повреждение 3 стадии. Токсическое поражение печени: токсический гепатит. Реактивный панкреатит. Фоновое: Наркомания. Сопутствующие заболевания: Хронический вирусный гепатит С.

Проведено лечение: в/в - раствор натрия хлорид 0,9 %, р-р глюкозы 5%, пентоксифиллин, преднизолон, дексаметазон, эуфиллин, реамберин, гептрал, витамины В1, глюконат кальция, калия хлорид, лазикс; в/м- метоклопрамид, цефтриаксон в дозировке 1,0 г в сутки, п/к откреотид. На фоне проводимого лечения отмечалось увеличение суточного диуреза (550 мл в первые сутки нахождения в стационаре; 3700 мл – за сутки перед выпиской).

10.10.2018 осмотрен зав. отделением нефрологии ГКБ №11: учитывая сохраняющуюся гиперазотемию на фоне консервативной терапии показано проведение гемодиализа. Больной переведен в ГКБ №11, отделение гемодиализа.

Выводы. 1.Учащение случаев применения лицами с наркоманией опиатов в комбинации с прегабалином, а также совместное применение данных препаратов при болевом синдроме в онкологии требует изучения возможных вариантов течения одновременной передозировки ими.2.Основным клиническим синдромом у данного пациента была острая почечная недостаточность с абсолютным показанием к заместительной почечной терапии (уровень мочевины более 35,7 ммоль/л). При этом, по данным инструкций к лекарственным препаратам, поражение почек является редким проявлением передозировки прегабалина и не относится к побочным эффектам при приеме трамадола

УРОЛОГИЯ

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА С ПОМОЩЬЮ ВИБРАЦИОННОГО МАССАЖА АППАРАТОМ «АВАНТРОН»

Ш. Д. Закерьяев - студент 6-го курса лечебного факультета, П. М. Клименко

Кафедра детской хирургии с курсом урологии

Медицинской академии имени С.И. Георгиевского

ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского», Симферополь, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доцент В.А. Чабанов

Введение. Вибрационный массаж — один из наиболее эффективных и актуальных методов комплексного лечении заболеваний мочеполовой системы, в частности хронического простатита (ХП). Известно, что при ХП имеются гемодинамические нарушения органного кровотока и нарушения нервно-мышечного аппарата,а применение вибрационного массажа может использоваться для лечения и реабилитации больных с подобными расстройствами. Одной из современных разновидностей вибромассажа является метод экстракорпоральной магнитной стимуляции с помощью аппарата «Авантрон».

Цель исследования.Изучение клинической эффективности применения метода вибрационного массажа с помощью аппарата"Авантрон" на основании оценки клинической эффективности и его влияния насостояние органной гемодинамики предстательной железы (ПЖ) при хроническом простатите.

Материалы и методы. Исследование выполнено на базе «ФГБУ Сакский военный клинический санаторий им. Н.И.Пирогова». Было обследовано105 мужчин (19-64 года) с ХП, длительностью заболевания от 1 до 8 лет. Было сформировано две клинические группы: 1-я (n=20) – больные с стандартной терапией в сочетании с санаторно-курортным лечением и 2-я (n=85)-которые получали аналогичную терапию, но в комбинации с вибромассажем. Для проведения вибромассажа ПЖиспользовался массажный прибор экстракорпоральной магнитной стимуляции нервно-мышечного апарататазового дна «Авантрон». Вибромассаж проводили с помощью кресла сеансами по 20 минут ежедневно в течение 3-х недель во время получения санаторно-курортного лечения.

Оценку состояния гемодинамики ПЖ проводилиметодом ультразвукового сканирования врежиме цветного допплеровского картирования и технологией трехмерной реконструкции исследуемых структур. Допплерографическому исследованию подлежали артерии и вены парауретрального сосудистого сплетения (центральная зона), межжелезистые сосуды (транзиторная зона), капсулярные сосуды, опосредованно отражающие характер

кровотока.

Результаты исследования. В результате исследования выявлено, что у всех пациентов имеются диффузные и очаговые изменения в паренхиме ПЖ, сглаженность внутрижелезистой дифференциации и междолевой борозды. ПриУЗ-сканировании обнаружены признаки стаза в мочеполовом венозном сплетении, расширение просвета вен до 0,45—0,65 см, снижение скорости кровотока до 2—4 см/с, что соответствует картине ХП.

Применение вибрационного массажа с помощью "Авантрона" привело к хорошему клиническому эффекту.Так болевые ощущения уменьшились у 73 из 85(85,8%) больных уже на 10-е сутки лечения, дизурические явления уменьшились у 62(72,9%) пациентов.По данным ультразвукового исследования в режиме серой шкалы наблюдалось улучшение состояния ПЖ у пациентов обеих групп примерно в равной степени: 71% в 1-й группе и 75% во 2-й. По данным УЗ-сканирования в режиме допплерпосле проведеного курса лечения наблюдалась нормализация сосудистой реакции у 60% (12) пациентов 1-й группы и 78% (67) пациентов 2-й группы.

Выводы. Приведенные результаты исследования показывают, что ХП сопряжен с выраженными клиническими и гемодинамическими изменениями, которые под воздействием комплексного лечения с включением процедур экстракорпоральной магнитной стимуляции с помощью аппарата «Авантрон» нивелируются и характеризуются уменьшением болевого синдрома, купированием дизурических явлений, нормализацией сосудистой реакции, что подтверждалось УЗ-сканированием. Таким образом, метод вибромассажа с использованием аппарата «Авантрон» рекомендован пациентам с ХП в составе комплексного лечения и реабилитации.

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

РИСК РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПАУ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ Г. СУРГУТА

Л.Н. Верижникова – старший преподаватель

Кафедра внутренних болезней

БУ ВО Сургутский государственный университет

Научный руководитель – д.м.н., проф. И.Ю.Добрынина

Актуальность: Восемь факторов таких как употребление алкоголя, курение, артериальная гипертония, избыток массы тела, гиперхолестеринемия и гипергликемия, недостаточное потребление фруктов и овощей и гиподинамияявляются причинамисмерти от сердечно-сосудистых заболеваний и развитием сахарного диабета 2 типа (СД 2 типа).

В настоящее время доказано, что сердечно-сосудистые заболевания и СД 2 имеют схожий патогенез. Среди кардиологических пациентов достаточно высокий процент больных СД2, и доля их продолжает расти. Рабочей группы по профилактике (U.S. PreventiveServicesTaskForce), рекомендовано исключить СД 2 типа у всех пациентов с артериальной гипертонией.

Цель: выявить факторы риска развития сахарного диабета у пациентов с артериальной гипертонией и ИБС в г. Сургуте.

Задачи: 1. Провести анкетирование по опроснику FINDRISC (шкала оценки развития СД) у пациентов с артериальной гипертонией и ИБС.

2. Выявить факторы риска развития СД 2 типа у пациентов с артериальной гипертонией и ИБС.

Материал и методы: Исследование по опроснику FINDRISC(TheFinnishDiabetesRiskScore) проводилось в Сургутской окружной клинической больницы.

Все пациенты, проходившие лечение в стационаре, включались в когорту исследования методом сплошной выборки независимо от пола, профессии, образа жизни и наличия соматической патологии.

Путем подсчета суммы баллов по ответам на все вопросы анкеты проводилась стратификация риска развития СД-2, исходя из следующих оценочных критериев риска СД-2: менее 7 баллов - низкий риск, 7 – 11баллов - слегка повышен, 12 – 14баллов - умеренный, 15 – 20баллов - высокий, более 20баллов - очень высокий.

Лабораторные показатели исследуемых выбирались из истории болезни,

дополнительных исследований пациентам не проводилось.

Результаты: Всего обследовано 179 человек (с сердечно-сосудистыми заболеваниями - 45,8% и с дугой соматической патологией - 54,2%).

Низкий риск СД 2выявлен у 33% опрошенных, и он регистрировался в75% пациентов без ССЗ. У 38% респондентов диагностирован слегка повышенный риск, пациентов с ССЗ (46,4%) и другой соматической патологией (53,4%) было примерно поровну. В группе умеренного риска - 11,8%, чаще встречались пациенты с ССЗ (66,7%); высокий риск был у 14,6% пациентов (среди них с ССЗ - 65,4%).Очень высокий риск выявлен у 2,3% все они были с ССЗ.

Возраст пациентов не влиял на степень риска СД 2. Так средний возраст:в группе низкого риска составил 43,5 года,в группе умеренного риска- 51-53 лет, в группе выраженного риска - 50 лет.

Абдоминальноеожирениеотсутствовало только в группе низкого риска, при нарастании риска СД 2 увеличивалась окружность талии. (рис. 1).

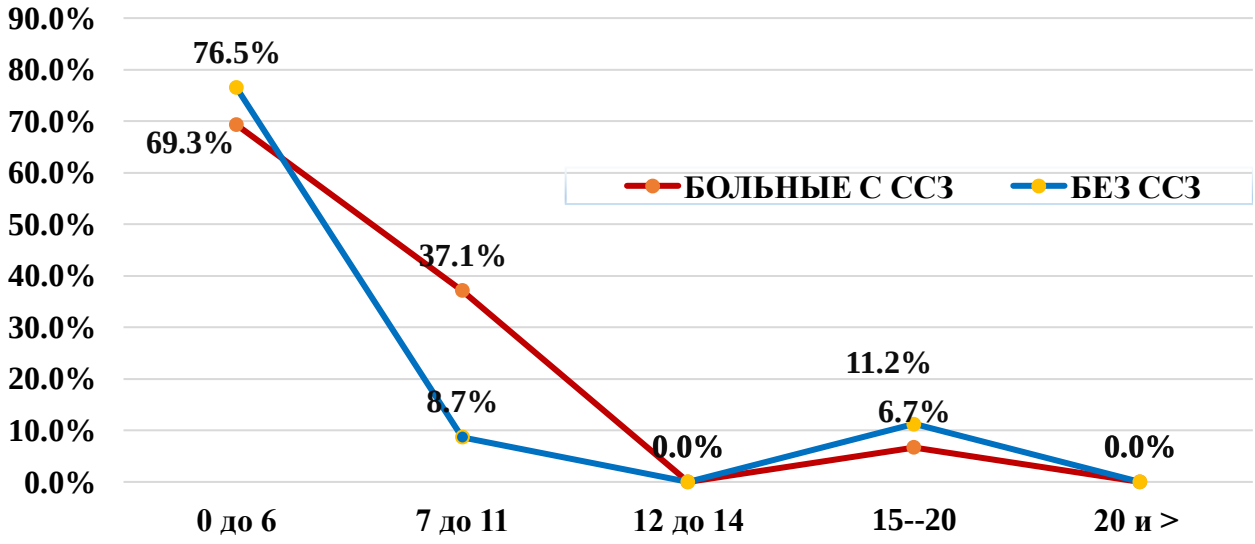


Рис.1. Нормальная окружность талии в группах риска СД 2

Нормальный индекс массы тела регистрировался у 24,1% респондентов вгруппе низкого риска развития СД 2 и без ССЗ. В остальных случаях выявлялся избыточный вес или ожирение.

Отказ от ежедневного употребления овощей в нашем исследовании не выявило какой-либо закономерности.

Гиподинамия увеличивалась с нарастанием риска развития СД (рис. 2).

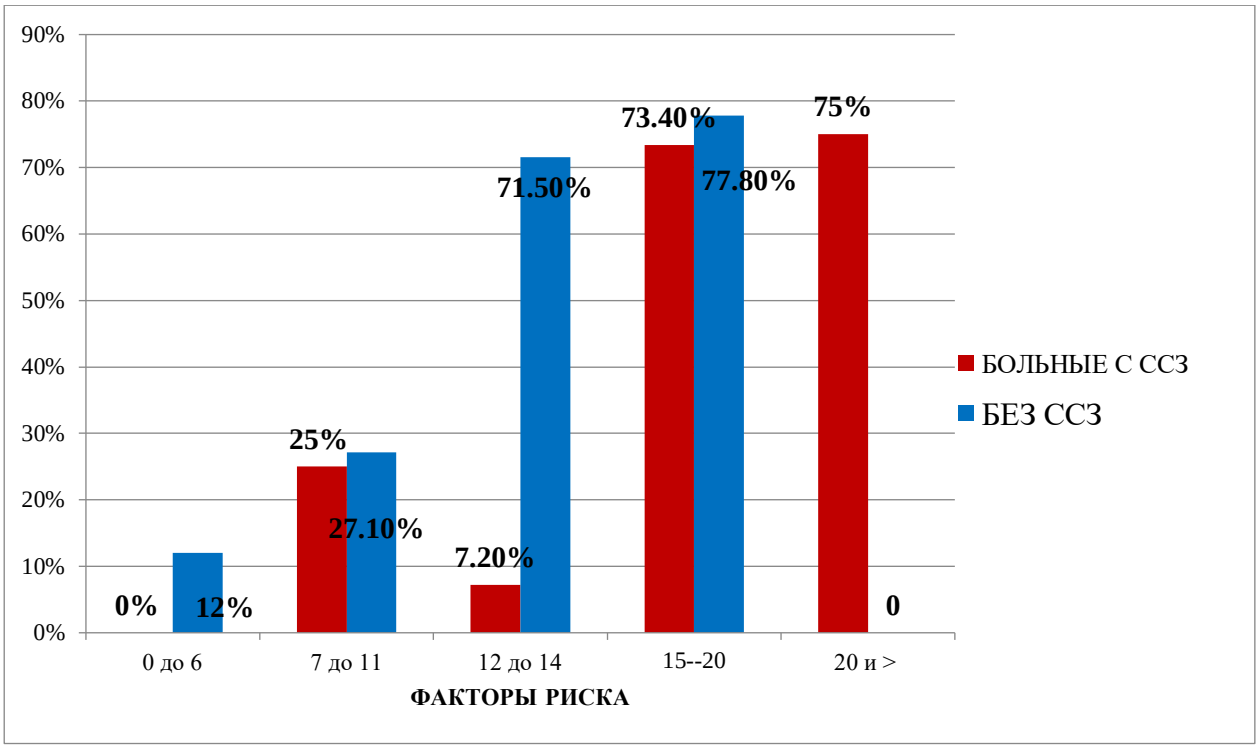


Рис. 2 Отказ от ежедневной физическойактивности

Анализ применения гипотензивных препаратов в группах риска СД2 показал, что с нарастанием риска СД 2, увеличивается частота их приема, достигая 100% в группах умеренного, высокого и очень высокого риска как с ССЗ, так и без них.

Повышение глюкозы крови в анамнезе было в каждой группе. У больных с ССЗ повышение регистрировалось значительно чаще (в 27,3% случаев) чем у пациентов без ССЗ (9,5%).

Отягощенная наследственность по сахарному диабету регистрировалась чаще у больных с ССЗ. 125 респондентам был определен уровень сахара крови. Уровень сахара в крови был повышенным у 29,6%. Гипергликемией натощак чаще регистрировалась у 75,7% пациентов с ССЗ.

Выводы:

1. Выявлена тесная связь развитияСД 2 типа и сердечно-сосудистых заболеваний у жителей г. Сургута.

2. Ожирение, в том числе и абдоминальное усиливает риск развития сахарного диабета 2 типа у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ 10-ЛЕТНЕЙ ВЕРОЯТНОСТИ ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ У ПАЦИЕНТОВ С ПОМОЩЬЮ ИНСТРУМЕНТА FRAX

В.А.Калугина- студентка 504 группы лечебного факультета,

А.А.Гапоненко- студентка 528 группы лечебного факультета

Кафедра внутренних болезней №1 с курсом эндокринологии

УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь Научный руководитель - старший преподаватель З.В. Грекова, заведующий кафедрой, к.м.н., доцент Е.Г. Малаева

Актуальность. Остеопороз представляет собой серьезную и растущую угрозуздоровья населения всего мира в связи с высокой распространенностью среди населения как самого заболевания, так и его последствий – переломов костей конечностей и позвоночника, являющихся причиной временной и стойкой нетрудоспособности (инвалидности), ограничения способности к движению, потери возможности самообслуживания и, в целом, ухудшения качества жизни, повышенной смертности, особенно лиц пожилого возраста[1].

ВОЗ разработала инструмент FRAX–метод прогнозирования 10-летней вероятности остеопоротических переломов на основе оценки индивидуальных клинических факторов риска [2]. Инструмент FRAX компьютеризирован и представлен на сайте: https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/в онлайн режиме. [3]

Цель исследования: оценить 10-летнюю вероятность остеопоротических переломов у пациентов с помощью инструмента FRAX.

Материалы и методы исследования

В исследование включен 61 пациент (20 мужчин и 41 женщина) с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией), находившихся на стационарном лечении в кардиологическом и терапевтическом отделениях УЗ «Гомельская городская клиническая больница №3». Сформированы три группы пациентов по возрасту:I группа–50–65 лет(10 женщин и 12 мужчин),II группа– 66–75 лет (19 женщины и 4 мужчины),III группа–76–90 лет (12 женщин и 4 мужчины).Проводилось анкетирование пациентов с целью выявления факторов риска остеопороза,наличия предшествующих переломов, переломов бедра у родителей, курения, приема глюкокортикостероидов (ГКС), наличия в анамнезе заболеваний, способствующих развитию вторичного остеопороза (ревматоидного артрита, сахарного диабета, гипо/гипертиреоза, хронических заболеваний печени).

Для расчета 10-летней вероятности остеопоротических переломов, в том числе переломов шейки бедренной кости, использовался инструмент FRAX,представленный на сайте: https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/в онлайн режиме.

Результаты исследования. Расчет 10-летней вероятности остеопоротических переломов с помощью инструмента FRAX у мужчин и женщин в трех возрастных группах представлен графически на рисунках 1, 2.

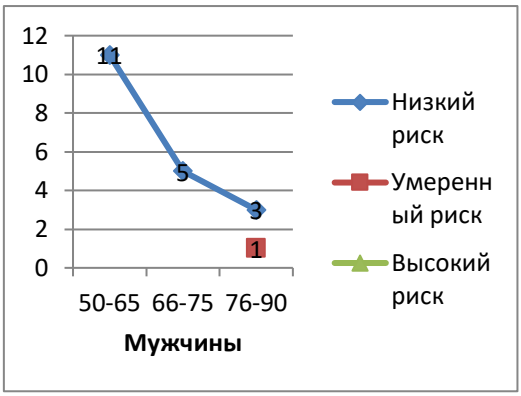


Рисунок 1–10-летняя вероятность остеопоротических переломов у мужчин в трёх возрастных группах

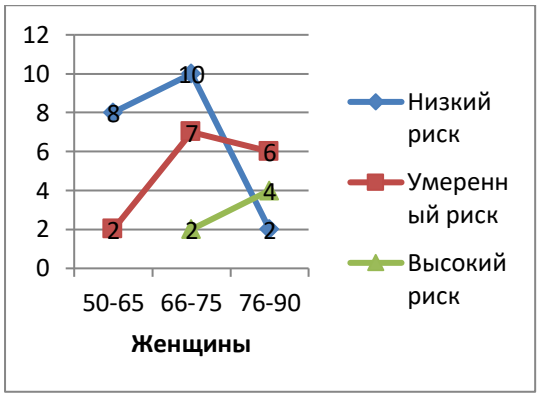


Рисунок 2 –10-летняя вероятность остеопоротических переломов у женщин в трёх возрастных группах

Высокий риск 10-летней вероятности остеопоротических переломов выявлен у 6(9,75%) женщин старше 66 лет, умеренный риск –у 13(31,7%) женщин, 1(5%) мужчины старше 76лет, низкий риск –у 24 (58,55%) женщин и 19(95%) мужчин.

Основные факторы риска остеопороза и остеопоротических переломов представлены в таблице 1.

Таблица 1–Основные факторы риска остеопороза и остеопоротических переломов

Факторы риска	I группа (50–65)лет		II группа (66–75)лет		III группа (76–90)лет	
	М	Ж	М	Ж	М	Ж
Предшествующие переломы	6(50%)	4(40%)	3(75%)	13(68,4%)	1(25%)	3(25%)
Переломы бедра у родителей	3(25%)	5(50%)	–	4(21,1%)	1(25%)	2(16,7)
Курение	8(66,7%)	1(10%)	2(50%)	–	2(50%)	–
ГКС	–	1(10%)	–	–	–	–
РА	–	2(20%)	–	3 (15,8%)	–	1(8,3%)

Основными факторами риска остеопоротических переломов как у мужчин, так и у женщин во всех трех группах явились предшествующие переломы, переломы бедра у родителей.

Выводы:

У всех пациентов с ССЗ выявлены факторы риска остеопороза. Для мужчин и женщин общими факторами риска явились предшествующие переломы, переломы бедра у родителей. Распространенным фактором риска у мужчин явилось курение. У женщин в

отличие от мужчин чаще встречался ревматоидный артрит.

Высокий риск 10-летней вероятности остеопоротических переломов при расчете с помощью инструмента FRAX выявлен у 6(14,6%) женщин старше 66 лет.

Раннее выявление групп высокого риска остеопоротических переломов способствует своевременной диагностике,комплексной профилактике и лечению остеопороза,что позволяет предотвратить осложнения и улучшить качество жизни.

Литература:

1. Панасюк, Г.Д.Остеопороз: современные подходы к диагностике и лечению: практическое пособие для врачей / Г.Д. Панасюк, А.Е.Филюстин– Гомель, 2017. – 116с.

2. Остеопороз : учеб.-метод. пособие для студ. 5 и 6 курсов всех фак. мед. вузов, врачей терапевтов, ревматологов, эндокринологов, травматологов и хирургов / О. А. Ярмоленко [и др.] ; М-тво здрав. РБ, УО "ГомГМУ", Каф.внутр. б-ней № 1. - Гомель: ГомГМУ, 2014. - 100 с.

3. FRAX Инструмент оценки риска перелома [Электронный ресурс]. — Режим доступа: https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/. — Дата доступа: 13.02.2019.

РАЗВИТИЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ОБОИХ ТИПОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Н.С. Молчанов – студент 501 гр. лечебного факультета,

А.Д. Джамалудинова – студентка 518 гр. лечебного факультета

Кафедра Госпитальной терапии №1

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – к.м.н. С.О. Абдулкадырова.

Актуальность. Под термином «диабетическая нефропатия» (ДН) понимают специфическое поражение почек при сахарном диабете (СД), сопровождающееся формированием узелкового и диффузного гломерулосклероза, терминальная стадия которого характеризуется развитием хронической почечной недостаточности (ХПН). Мало изученными вопросами диабетологии остаются поражение почек у больных СД 2 типа и факторы, определяющие темпы прогрессирования данного осложнения. Это тем более тревожно, что распространенность почечной недостаточности нарастает особенно очевидно за счет больных СД 2 типа. Ежегодные расходы на лечение больных СД 1 типа с ДН в США исчисляются в 1,9 млрд долларов, тогда как на лечение больных СД 2 типа с ДН - в 15 млрд долларов. По данным USRDS (US Renal Data System - Объединной системы данных о

донорских почках США), количество пациентов, нуждающихся в диализе в этой стране, прогнозируется порядка 520 240 в 2010 году, и 50% от этого количества будут составлять больные СД (преимущественно 2 типа). Сопоставимые данные получены в европейских странах. В России, по данным Государственного регистра больных сахарным диабетом, распространенность ДН при СД 2 типа в среднем составляет 8%, что ниже мировых значений в 5 раз. Активный скрининг больных СД 2 типа установил, что истинная распространенность ДН превышает зарегистрированную в различных регионах России в 2-8 раз. Важно отметить, что наряду с классическим диабетическим гломерулосклерозом у больных СД 2 типа часто развивается поражение почек недиабетического генеза: хронический пиелонефрит, почечнокаменная болезнь, хронический гломерулонефрит, ишемическая нефропатия, уратная нефропатия, анальгетическая нефропатия. Возможность сочетания нескольких форм нефропатии у одного человека значительно повышает риск необратимого ухудшения функции почек.[1].

Цель исследования.

Выявить прогрессирование диабетической нефропатии у пациетов с сахарным диабетом 1 и 2 типов в зависимости от длительности заболевания.

Материалы и методы исследования.

Архив с историями болезни отделения диабетологии ГБУ РД "Республиканская клиническая больница", отделения эндокринологии ГБУ РД "ДРКБ им.Н.М.Кураева", дневного стационара РЭЦ в составе ГБУ РД «РДЦ».

Методы исследования: анализ историй болезни пациентов (общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи,анализ мочи по Нечипоренко, анализ мочи по Зимникому, анализ мочи на микроальбумин). Скорость клубочковой фильтрации части пациентов выявлена при помощи пробы Роберга-Тареева, остальным вычислена при помощи формулы Кокрофта-Голда. Сбор анамнеза у пациентов, находящихся в данный момент на стационарном лечении.

Результаты исследования. Проанализировано 221 история болезни за период от 1.01 до 12.12. 2017 года - 101 история болезни пациентов ДРКБ имени Н.М. Кураева, 55 историй болезни из дневного стационара Республиканского эндокринологического центра, 65 историй болезни пациентов отделения диабетологии РКБ. Принимая во внимание, что по международным данным максимальный пик развития ДН наблюдается при длительности заболевания от 20 до 30 лет [2], у пациентов с диабетом 1 типа в расчет берется снижение скорости клубочковой фильтрации относительно длительности заболевания.

Среди пациентов с сахарным диабетом 1 типа, манифестировавшим в допубертатном возрасте и страдающих заболеванием менее 8 лет (52 пациента) снижение СКФ не

зарегистрировано. Среди таковых с продолжительностью заболевания свыше 8 лет (29 пациентов) у 9-ти зарегистрировано незначительное снижение от 88 до 79 мл/мин/1.73м2. Среди пациентов с сахарным диабетом 1 типа, манифестировавшим в пубертатном периоде и страдающих заболеванием менее 8 лет (20 пациентов) у большинства (11 пациентов) зарегистрировано снижение СКФ, микроальбуминурия. У 4-х пациентов патологическое увеличение СКФ (свыше 120 мл/мин/1.73м2) что соответствует стадии гиперфункции по классификации ДН по Моргенсену 1983 года. Среди пациентов РКБ выявлено 2 случая заболевания сахарным диабетом 1 типа, манифестировавшим после пубертата (в 24 года и 31 год). Срок заболевания у обоих свыше 5 лет. СКФ соответствует норме. Среди пациентов с сахарным диабетом 2 типа, страдающих заболеванием менее 10 лет (11 пациентов) у 6-ти присутствует выраженная микроальбуминурия, у 3-их - снижение СКФ менее 60 мл/мин/1.73м2, но микроальбуминурия менее выражена. У 1 больного ХПН, назначен гемодиализ. Среди пациентов с сахарным диабетом 2 типа, страдающих заболеванием свыше 10 лет (64 пациента), у 38-ми пациентов имеется диабетическая нефропатия 1 стадии по ВОЗ (стадия микроальбуминурии), у 14 - снижение СКФ от 89 до 65 мл/мин/1.73м2). У 5 пациентов нет никаких признаков диабетической нефропатии. Среди пациентов с сахарным диабетом 2 типа, страдающих заболеванием свыше 15 лет (35 пациентов), у 28 присутствует ДН 1 стадии, еще у 6 – ДН 2 стадии (по ВОЗ – стадия протеинурии), у 1 пациента со стажем заболевания 14 лет – выраженная протеинурия 4.5 г/л, пиелит, цилиндроурия. Так же присутствуют 8 пациентов с продолжительностью заболевания свыше 19 лет – у 6 из них ДН 2 стадии, у 1 – ДН 1 стадии, у 1 – ХПН (больной на гемодиализе), однако следует отметить, что пациент с детства страдает хроническим пиелонефритом, этиопатогенетическая связь под вопросом.

Выводы: Пациенты с сахарным диабетом 1 типа, манифестировавшим в допубертатном периоде, имеют самые благоприятные показатели; даже при продолжительности заболевания свыше 8 лет, незначительное снижение скорости клубочковой фильтрации зарегистрировано у 9 пациентов из 29-ти. Пациенты с сахарным диабетом 1 типа, манифестировавшего в пубертатном периоде, подвержены наиболее интенсивному прогрессированию осложнения; при длительности основного заболевания менее 8 лет и отсутствии коморбидных состояний почек, у большинства пациентов (11 из 20ти) присутствует снижение скорости клубочковой фильтрации, микроальбуминурия. При этом ещё у четверых зафиксировано патологическое повышение СКФ, что расценивается как начальная стадия диабетической нефропатии (Mogensen, 1983г). Пациенты с сахарным диабетом 2 типа, страдающие заболеванием менее 10 лет, находящиеся в трудоспособном возрасте, имеют тенденцию к более интенсивному прогрессированию осложнения в

сравнении с другими группами пациентов с СД 2 типа. Пациенты с сахарным диабетом, страдающие заболеванием свыше 10, 15 и 19 лет имеют прямо пропорциональную связь прогрессирования диабетической нефропатии с длительностью заболевания (СД).

Список литературы:

1 - ФГУ Эндокринологический научный центр Росмедтехнологий В рамках Федеральной целевой программы «Сахарный диабет» М.В. Шестакова, М.Ш. Шамхалова, Москва, 2009г. Стр 1-4.

2 - "Диабетическая нефропатия : состояние проблемы в мире и в России", М.В. Шестакова Ю.И. Сунцов И.И. Дедов,Эндокринологический научный центр РАМН, Москва, 07.06.2010 г.

ЗАВИСИМОСТЬ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ САХАРНОГО ДИАБЕТА II ТИПА ОТ ГЛЮКОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ: УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ НАТОЩАК, УРОВЕНЬ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА И ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ГЛЮКОЗЕ

З. Аскерова - студентка 3 курса лечебного факультета

Кафедра патологической физиологии

ФГБОУ ДГМУ Минздрава России, Махачкеала, Россия

Научный руководители - д.м.н., проф. М.З. Саидов, к.м.н. К.З. Курбанов

Актуальность. Согласно данным ВОЗ, на сегодняшний день 246 миллионов человек во всем мире страдают от сахарного диабета 2 типа. К 2025 году это число по прогнозам возрастет до 380 млн. Исходя из этих сведений, можно сделать вывод: необходимо определить, от чего зависит степень тяжести сахарного диабета 2 типа. Следовательно, результаты данной работы, преследующей цель выявить причинно-следственные взаимосвязи между глюкометрическими показателями и динамикой исследуемой болезни, имеют высокую актуальность не только в настоящем времени, но и в ближайшем будущем.

Цели исследования. Проанализировать связь между степенью тяжести сахарного диабета 2 типа и следующими глюкометрическими показателями: уровень глюкозы в крови натощак, уровень гликированного гемоглобина и толерантность к глюкозе. Выявить зависимость.

Материалы и методы исследования. качестве материалов для исследования послужили истории болезни пациентов с сахарным диабетом 2 типа ,получавших лечение в Хасавюртовской центральной городской больнице им. Р.П. Аскерханова. Кроме того в исследование было включено 11 больных с диагнозом СД 2 типа, находящихся на

стационарном лечении в отделении Общей терапии ГБУ РД "Хасавюртовская ЦГБ им. Р. П. Аскерханова". Возраст пациентов колебался в пределах от 45 до 69 лет . Среди включенных в исследование наблюдалось преобладание больных женщин над мужчинами. Для проведения исследовательской работы применялся статистический метод анализа, реализованный с помощью программы Microsoft Excel.

Результаты исследования:

Степень тяжести СД II типа	**Уровень глюкозы в крови натощак (вен.кровь)ммоль/л**	**Уровень гликированного гемоглобина (%) (ср. знач)**
Легкая степень тяжести	M-7,5;σ-0.5;Max-8; Min-6,8	M-6,63;σ-0.39
Средняя степень тяжести	M-11,2;σ-1.8;Max-14;Min-8,1	M-8,7;σ-1.23
Тяжелая степень тяжести	M-16,7;σ-3;Max-24,7;Min-14,4	M-11,5;σ-1.81

Анализ полученных данных показал, что между степенью тяжести сахарного диабета II типа и такими глюкометрическими показателями как уровень гликированного гемоглобина и уровень сахара в крови натощак существует косвенная, опосредованная зависимость. Другими словами, чем выше уровень гликемии, тем больше развивается осложнений и, соответственно, степень тяжести заболевания возрастает. Следовательно, прогрессирование заболевания сопровождается увеличением этих двух глюкометрических показателей. Так, при уровне глюкозы в крови натощак от 6,8 до 8 ммоль/л (M-7,5; σ-0.5) не развивается микро- и макроангиопатий, что соответствует легкой степени тяжести СД. Тогда как уровень гликемии натощак в пределах от 8,1 до 14 ммоль/л (M-11,2; σ-1.8) сопровождается функциональной стадией сосудистых осложнений, что наблюдается при средней тяжести заболевания. И, наконец, согласно проведенному исследованию, при уровне глюкозы от 14.4 до 24.7 и более ммоль/л натощак степень тяжести болезни становится тяжелой, потому что сосудистые осложнения принимают серьёзный характер.

Концентрация гликированного гемоглобина отражает среднее содержание глюкозы в крови за период около 4 месяцев. То есть между двумя этими показателями существует прямая зависимость. Иными словами, вслед за возрастанием гликемии будет повышаться и уровень гликированного гемоглобина. Кроме того, согласно анализам пациентов, чьи данные были использованы для проведения исследования, средний уровень гликированного гемоглобина при разных степенях тяжести СД 2 типа был следующим:

≈6.63% при легкой степени тяжести (отсутсвуют микро- и макроангиопатии)

≈8.7% при средней степени тяжести (функциональная стадия сосудистых осложнений)

≈11,5% при тяжелой степени тяжести (серьезные сосудистые осложнения)

В результате исследования путем логических суждений также было выявлено, что

между степенью тяжести болезни и толерантностью организма к глюкозе, вероятно, существует обратная зависимость. Как известно, инсулин повышает толерантность организма к глюкозе, что проявляется в уменьшении ее количества в крови и в повышении преобразования и потребления в виде гликогена. При СД 2 типа эта толерантность снижается, поскольку при указанном заболевании либо нарушается секреция данного гормона, либо уменьшается чувствительность тканей к его действию.

Поскольку глюкозотолерантный тест проводится только для выявления диабета и предиабета, доказать наличие зависимости не является возможным.

В результате исследования были сделаны следующие **выводы:**

- Между степенью тяжести сахарного диабета II типа и уровнем глюкозы в крови натощак существует косвенная зависимость: повышение уровня глюкозы до определенных значений приводит к развитию тех или иных осложнений, по наличию которых и определяется тяжесть течения болезни на сегодняшний день.
- Имеет место наличие опосредованной через уровень глюкозы в крови зависимости степени тяжести СД II типа от гликированного гемоглобина, поскольку концентрация последнего отражает средние значения гликемии за период около 4 месяцев(прямая связь).
- Допустимо наличие обратной зависимости между степенью тяжести болезни и толерантностью организма к глюкозе.

Список литературы:

1) А.С. Аметов "Сахарный диабет 2 типа. Проблемы и решения" // М. : ГЭОТАР-Медиа 2014.-27-58 с.,61-62 с., 123-136 с. , рис. 31.2 , рис. 33.5, рис. 35.4 (а,б);

2) Т.П. Бондарь, Г.И. Козинец "Лабораторно-клиническая диагностика сахарного диабета и его осложнений" // 2003. – 87 с.

3) ВОЗ "Глобальный доклад по диабету" 2018;

4) Boyko E.J. " ACCORD glycemia results continue to puzzle // Diabetes Care" 2010 ; 33(5):б 1149-1150.

ОНКОЛОГИЯ, ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИГИБИТОРОВ ФИБРИНОЛИЗА ПРИ ЧРЕЗПУЗЫРНОЙ АДЕНОМЭКТОМИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

А.А. Чечулин – студент 1329 гр. лечебного факультета

Кафедра фармакологии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Беларусь

Научный руководитель - к.м.н., доцент Б.А. Волынец

Актуальность. Аденома простаты - доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ). По статистике заболеванием страдают 50% мужчин в возрасте 50 лет. Возрастные пациенты часто имеют в анамнезе сердечно - сосудистые, эндокринные и другие хронические заболевания, обостряющиеся при различных медицинских вмешательствах, особенно при кровопотерях. Это вынуждает проводить хирургические вмешательства с применением препаратов, снижающих риск значительной кровопотери. Особенно актуально это при проведении операций именно на предстательной железе (ПЖ). Предстательная железа обильно кровоснабжается, непосредственно участвует в процессе свертывания крови. Предстательная железа синтезирует и депонирует тканевой активатор плазминогена, который является компонентом антисвёртывающей системы. Чреспузырная аденомэктомия - удаление аденоматозной ткани предстательной железы при доброкачественной гиперплазии простаты через мочевой пузырь, один из четырёх наиболее популярных хирургических доступов в урологии. Во время операций на предстательной железе происходит усиление фибринолитической активности крови, способствующее повышенной кровоточивости в интра- и послеперационном периоде. Уменьшить кровопотерю можно, повлияв на технику операции, а так же применяя ингибиторы фибринолиза. Наиболее активно в последнее время в хирургической практике находят применение транексамовая (ТК) и ε-аминокапроновая кислоты (АМК), которые снижают выброс активаторов плазминогена из тканей в процессе операции и таким образом, ингибируя фибринолиз, снижают кровопотери. Вместе с тем, отсутствуют рандомизированные клинические исследования эффективности этих препаратов у возрастных пациентов при проведении чреспузырной аденомэктомии ПЖ.

Цель исследования. Оценить эффективность ингибиторов фибринолиза транексамовой и аминокапроновой кислот при проведении чреспузырной аденомэктомии предстательной железы у пациентов с ДГПЖ разных возрастных групп.

Материалы и методы исследования. Ретроспективному анализу подвергнуты истории болезни 50 пациентов (2 группы) в возрасте 51–79 лет, которым выполняли

чреспузырную аденомэктомию (объем ПЖ свыше 100 см3). Возраст пациентов составил 68,36±8,09 и 72,44±6,47 года, соответственно (средний возраст - 70,52±7,34 лет). Критериями невключения в исследование были тромбоцитопатии, коагулопатии и злокачественные новообразования. Пациенты 1-ой группы (n=25) получали ТК. Препарат вводили внутривенно капельно по 1000 мг 3 раза: перед началом, после завершения аденомэктомии, через шесть часов после операции. Пациенты 2-ой группы (n=25) получали АМК по 5000 мг в том же интервале дозирования. Группы не различались по индексу массы тела (29,61±5,50 и 27,68±5,15, t=0,72, соответственно (p>0,05)). Критериями эффективности применения ТК и АМК являлись: объем кровопотери рассчитанный по формуле Мура (V=Pq (Ht1– Ht2/ Ht1), где V – объём кровопотери, P–масса тела пациента, Q – количество крови - мл/кг(у мужчин 70 мл/кг), Ht1– исходный гематокрит, Ht2 – гематокрит через 12-24 часа (за первые сутки); объём вводимой пациентам свежезамороженной плазмы (СЗП), объём растворов для инфузионной терапии (ОИТ) (мл/кг); показатель эффективность/стоимость. Математический анализ проводили с использованием программы STATISTICA8. Статистическая значимость определялась по t-критерию Стьюдента. Порог значимости – p = 0,05.

Результаты исследования. Нами установлено, что интра- и постоперационные кровопотери за первые сутки в группах ТК и АМК составили 548,32±76,77 мл и 789,20±65,19 мл, соответственно (p<0,05). Пациенты нами разделены на 3 возрастные группы: 51-65 лет, 66-74 года, 75 - 79 лет. Объем кровопотери у пациентов данных возрастных групп достоверно различался: у пациентов группы транексамовой кислоты 51-65 лет он составил 608,38±20,03 мл (8 пациентов), а у пациентов группы аминокапроновой кислоты 51-65 лет - 876,0±16,73 (5 пациентов), соответственно порог значимости p<0,05; у пациентов группы транексамовой кислоты 66-74 лет – 567,17±18,94 мл (12 пациентов), а у пациентов группы аминокапроновой кислоты 66-74 лет 792,7±33,79 (11 пациентов) (порог значимости p<0,05); у пациентов группы транексамовой кислоты 75 - 79 лет – 407,0±19,48 мл (5пациентов) и у пациентов группы аминокапроновой кислоты75 - 79 лет - 736,67±57,88 мл (9 пациентов), соответственно порог значимости p<0,05.Введенные пациентам средние объёмы растворов составили: свежезамороженной плазмы - 1,84±1,27 мл/кг и 6,96±1,68 мл/кг (t=2,4; p<0,05), объём растворов для инфузионной терапии – 35,58±12,41 мл/кг и 89,68±17,37 мл/кг (t=2,5; p<0,05), в каждой группе соответственно. На число проведённых в стационаре койко-дней пациентами двух групп (28,56±5,62 и 27,68±5,15) применение изучаемых препаратов не повлияло (t=0,12; p>0,05). Затраты на курс лечения одного пациента с применением препарата транексамовой кслоты по обозначенной схеме при установленных нами средних показателях ОИТ и переливания СЗП в 3,3 раза дороже, чем при применении аминокапроновой кислоты.

Выводы. Транексамовая кислота при чреспузырной аденомэктомии предстательной железы по гемостатической эффективности превосходит достоверно ε-аминокапроновую кислоту и особенно значимо у пациентов старческого возраста, а также по соотношению стоимость курса лечения СЗП+ОИТ/эффективность.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2013-2017 ГГ. И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ

Е.Е. Ефремова, Е.В. Черных – студенты 302 гр. лечебного факультета

Кафедра патологической анатомии

ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, Киров, Россия

Научный руководитель - доцент, к.м.н. Мильчаков Д.Е.

Актуальность. Рак молочной железы (РМЖ) является одним из самых распространенных онкологических заболеваний 21 века, кроме того, представляет собой наиболее частую причину смертности среди женского населения. Однако также РМЖ встречается и у мужчин, что ежегодно привлекает к себе внимание все большего числа ученых.

На 2017 год самая высокая заболеваемость в мире (на 100 000 человек) наблюдалась в Австралии и Гавайских островах – 101 случай. Отметим, что Россия занимает 8 место – 46 человек, при этом доля РМЖ среди злокачественных новообразований составляет от 30% (Северная Америка, западная Европа, Австралия), в России – 21,05%.

Цель исследования: изучить особенности патогенеза, клиники и диагностики РМЖ у мужчин.

Материалы и методы. Проведен статистический анализ заболеваемости РМЖ в России, ПФО, Кировской области по данным Минздрава РФ. Выявлены особенности течения и проблемы диагностики РМЖ у мужчин по данным научных работ.

Результаты исследования. Факторами, которые способствуют развитию РМЖ у лиц мужского пола, могут явиться изменения катаболизма и анаболизма половых гормонов, связанных с почечной патологией, либо патологией печени, длительное введение экзогенных эстрогенов при заболеваниях предстательной железы, опухоли яичек, надпочечников, гипофиза, провоцирующие продукцию гормонов, некоторые генетические заболевания, травмы и т.п. Вопрос о том,, является ли гинекомастия, а именно дисгормональная гиперплазия молочной железы у мужчин, предраковым состоянием, в литературе до сегодняшнего дня единого мнения не существует.

В наше время можно говорить о двух определяющих условиях РМЖ у мужчин: 1) андрогенной недостаточности, наступающей в андропаузе, при крипторхизме, вторичной тестикулярной атрофии, а также нарушении обмена в результате хронической интоксикации андрогенов и эстрогенов при циррозе и печеночной недостаточности; 2) избыточной эстрогенной стимуляции при введении массивных доз лекарственных препаратов, содержащие эстрогены (при аденоме и раке предстательной железы), а также у больных с гиперфункцией надпочечников, опухолью яичка и феминизирующей опухолью надпочечников.

Диагностирование РМЖ у мужчин наблюдается в более позднем возрасте, чем у женщин. Так, у лиц мужского пола дебют заболевания 67 лет, а у лиц женского пола 62 года.

На 6-7-ом десятилетии у мужчин развивается эндокринная перестройка, с чем и связано наиболее частое развитие РМЖ в этот период. При этом факторами риска развития заболевания являются старение, расовая принадлежность и ионизирующая радиация, что доказано на практике, нездоровое питание (преобладание жареного и жирного в рационе), вредные привычки, наличие сопутствующих патологий, таких как сахарный диабет, ожирение или повышенный индекс массы тела, низкая физическая активность, отягощенная наследственность, стрессы.

По данным Министерства здравоохранения РФ, пик заболеваемости раком молочной железы в России пришелся на 2017 год, когда было зарегистрировано 71156 случаев, среди которых 587 были выявлены у мужчин. Минимальная заболеваемость зарегистрирована в 2013 году – 61308 случаев, среди которых 591 выявлены у мужского населения.

В Приволжском ФО в 2017 году было зарегистрировано 14115 случаев (в т.ч. 115 у мужчин), в 2013 году - 12691 (в т.ч. 108 у мужчин). Кировская область в 2013 году занимала 11 место (534 заболевших), в 2017 – 9 место (581 заболевших) среди регионов ПФО.

По данным ОНЦ Российской академии медицинских наук, 46% лиц мужского пола, больных РМЖ, начинают лечение в уже неоперабельных стадиях заболевания. Такая ситуация запущенности связана чаще всего с недостаточно внимательным отношением к себе больных, мало знакомых или незнакомых с ранними проявлениями этого заболевания, а также с отсутствием необходимой онкологической настороженности некоторых врачей. Примерно в 20% случаев во время первичного приема диагноз был установлен неверно. Врачам амбулаторных и поликлинических учреждений, особенно урологам и терапевтам, целесообразно осматривать молочные железы у мужчин старше 45 лет.

Наиболее частым симптомом является наличие опухолевого уплотнения в молочной железе. Благодаря относительно небольшим размерам, небольшой массе и объему паренхимы молочной железы у мужчин и близости ее к кожному покрову диагностика

ранних стадий развития злокачественного новообразования не является сложной проблемой.

В отличие от женщин карцинома молочной железы у мужчин редко достигает больших размеров. Локализация самой опухоли несколько отличается от таковой у лиц женского пола, она наиболее часто располагается в верхненаружном квадранте, у мужчин на 1 месте стоит поражение центральной подареолярной зоны. Боль не характерна и появляется в поздних сроках. Часто наблюдаются метастазы в регионарные лимфоузлы.

Диагноз РМЖ у мужчин основывается как на данных пальпации и перкуссии, так и на данных дополнительных методов обследования: рентгенографии, рентгеноскопии, цитологическом исследовании выделений из соска, пунктата из опухоли, отпечатков с поверхности язвы. Применение данного диагностического комплекса позволяет установить правильный диагноз у 99% больных.

Основные маммографические характеристики РМЖ у мужчин включают в себя хорошо определяемую массу повышенной интенсивности с нечеткими краями, содержащую в большом количестве случаев микрокальцинаты.

Выводы. Согласно данным Минздрава РФ, РМЖ у мужчин имеет тенденцию к росту заболеваемости. В 30-70% случаев он развивается на фоне гинекомастии. Необходимо отметить, что хотя РМЖ у мужчин встречается редко, всё-таки на каждом профосмотре необходимо проверять пациента на данную патологию. С учётом вышеуказанного фактора необходимо изменить принципы профосмотров у мужчин с обязательным осмотром молочных желез.

ОПУХОЛИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В НАСЛЕДИИ ГИППОКРАТА

А. А. Личкова – студент 71112 гр. лечебного факультета

Кафедра неврологии Медицинского института ПетрГУ, Петрозаводск, Россия

Научный руководитель – к м.н., доцент И. Н. Ружинская

Актуальность – имя древнегреческого врача известно большинству людей по созданной им «Клятве Гиппократа». Труды Гиппократа наполнены врачебной мудростью и не потеряли своего значения для нашего времени. Гиппократ значительно возвысился над своими современниками. Ему удалось преодолеть мистику, религиозность, идеалистическое восприятие мира, открывая перед последующими поколениями возможности для детального изучения человека

Цель – изучить вклад в развитие онкологии, в частности, нервной системы, врача, философа и реформатора античности – Гиппократа

Материал и методы исследования – историческая и медицинская литература, биография современников и последователей, статьи и Интернет-источники. Анализ и обработка

материалов

Результаты исследования – углубление собственных знаний в исследуемой области, намеченное поле деятельности для дальнейшей реализации идей в данном направлении

Выводы – рак – заболевание, известное давно. Диагностика в древние времена была затруднена по причине того, что рак принимали за другие инфекции и болезни. Несмотря на несовершенство методов, Гиппократ смог выделить общие схожие черты у ряда заболеваний и идентифицировать их как онкологические.

Несмотря на обширный отрезок времени, разделяющий современную науку от античной, нельзя не признать, актуальности изучения творческого наследия Гиппократа. Пример тому – его вклад в изучение нервной системы. В его трудах описаны клинические проявления неврологических заболеваний, методы их диагностики и лечения. В древнегреческий период целый ряд состояний пациента обозначались, как болезни головного мозга. Мозг – орган «разума» по Гиппократу, который он считал железой, предназначенной для удаления избытка жидкости. Гиппократу удалось выделить доброкачественную и злокачественную формы опухоли, разделить лечение в зависимости от стадии рака. Причиной развития патологии Гиппократ называл скопление элемента земли, чёрной желчи - одного из основных 4-х флюидов. Теория жидкостей - важнейшая область Гиппократовой физиологии, где воображение создало систему описания внутреннего строения человеческого тела. Жидкости текут из мозга в различные части тела. Мозг может производить подобное истечение жидкостей потому, что он их притягивает к себе из остального тела. Так, например, «головная боль происходит вследствие перегревания головы, а если мозг поражен сфакелизмом, боль идет от головы к позвоночнику и достигает сердца».Наиболее интересным произведением Гиппократа относительно диагностики нервных заболеваний является «Прогностика». По мнению античного врача при осмотре надо учитывать не только состояние больного в данный момент, но и образ жизни пациента и климатом места его обитания. Последствия широкого подхода отражаются на лечении, которое будет требовать от больного, чтобы он участвовал в своем выздоровлении. Гиппократ считал болезнь явлением изменяющимся.Терапевтическая триада – лекарства, надрез и прижигание – представлена в «Гиппократовом сборнике». Гиппократ учил, что распознание болезней и лечение больных должны быть основаны на наблюдении и изучении, обобщении и накоплении практического опыта. Сформулированные еще до нашей эры гиппократов принцип «лечить не болезнь, а больного» в наши дни не потерял своей актуальности. Не вызывают сомнения и факторы лечения, на которых фокусировался Гиппократ: индивидуальный подход к лечению, диета, дозировка лекарств, показания и противопоказания.

Наследие Гиппократа не нашло отражения представлений о периферической нервной системе. На основании источникового комплекса (Гиппократ. Сочинения. «О древней медицине») мы можем говорить только о взглядах ученого на центральную нервную систему и гуморальную регуляцию. Следует заметить, что в новейших теориях признается теснейшая связь между нервными процессами и жидкими средами организма, его гормонами. Отныне и медики, и психологи говорят о единой нейрогуморалъной регуляции поведения.

Таким образом, признание Гиппократа и его последователей основоположниками клинической медицины подтверждается доказательной базой научных трудов античного ученого. Останавливаясь на осложнениях в течение заболевания, Гиппократ размышлял о смерти*:* «Умирают те, у кого ранены головной мозг, спинной мозг, нервы или вена, изливающая кровь в сердце. То, что остается после кризиса, обыкновенно производит рецидивы». Анализируя врачебное наследие Гиппократа надо признать, что ему удалось преодолеть мистику, религиозность, идеалистическое восприятие мира, открывая перед последующими поколениями возможности для научного подхода к изучению человека, особенностей жизнедеятельности его организма в целом и нервной системы в частности.

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А.В. Есин - ординатор второго года обучения

Кафедра поликлинической терапии

ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж, Россия

Научный руководитель - д.м.н., профессор Е.Ю. Есина

Актуальность. Риск развития доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) увеличивается с возрастом мужчины. Проблема первичной профилактики ДГПЖ становится все более актуальной в связи со старением населения и увеличением доли мужчин пожилого возраста в общей популяции. На риск развития и прогрессирования заболевания влияет выраженность модифицируемых и не модифицируемых факторов риска (ФР) развития ДГПЖ. К не модифицируемым ФР ДГПЖ относят возраст, семейный анамнез ДГПЖ. Модифицируемые ФР ДГПЖ включают дислипидемию, низкую физическую активность, сахарный диабет (СД), артериальную гипертензию (АГ), нездоровое питание, избыточную массу тела и ожирение. Одновременное наличие у больного ДГПЖ двух и более синдромов или заболеваний, прежде всего сердечно-сосудистой системы, создает трудности в хирургических подходах к лечению ДГПЖ, делая еще более актуальным вопрос коррекции ФР ДГПЖ и ранней профилактики заболевания.

Цель. Оценить взаимосвязь факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у

пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы.

Материалы и методы. Проведен обзор актуальных исследований по теме первичной профилактики ДГПЖ. Проведенные исследования показали, что у пациентов с симптомами нижних мочевых путей (СНМП) имеется более высокая распространенность сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Ретроспективный анализ историй болезней 295 мужчин с трансуретральной резекцией простаты для лечения ДГПЖ с СНМП включавший анализ ФР ССЗ: артериальная гипертензия, сахарный диабет (СД), курение и дислипидемии, тяжесть СНМП измеряемой по Международной Простатической шкале симптомов (IPSS), объем простаты, значения простат -специфического антигена (ПСА), максимальную скорость потока мочи (Qmax), и остаточной мочи (PVR) у субъектов с или без сердечно - сосудистых факторов риска, продемонстрировал, что мужчины, страдающие АГ, более вероятно, имеют более высокую IPSS и большой объем простаты, чем мужчины без АГ. Данное исследование наглядно демонстрирует патофизиологическую связь между АГ и СНМП и необходимость лечения ДГПЖ с учетом выраженности сердечно-сосудистой патологии у данной группы пациентов. Эректильная дисфункция часто связана с васкулопатией, которую инициируют сосудистые ФР. Большинство исследователей считают, что сердечно - сосудистые факторы риска должны быть оценены у каждого больного с ДГПЖ, а в случае выявления у больного с ДГПЖ ССЗ кардиолог должен осмотреть пациента до начала лечения. Если симптомы нарушения мочеиспускания являются преобладающими, альфа - блокаторы или ингибиторы альфа - редуктазы являются препаратами выбора. В случае возникновения симптомов задержки мочи, лечение может быть начато с применением антагонистов мускариновых рецепторов.

Важное значение контроль сердечно-сосудистых ФР имеет для полноценного лечения ДГПЖ. Отрицательное влияние метаболического синдрома на эффект терапии альфа-блокаторами у больных ДГПЖ продемонстрировало рандомизированное открытое многоцентровое исследование, проведенное с марта 2014 по сентябрь 2015 года, в котором участвовало 197 пациентов, из которых 103 – с метаболическим синдромом.

Выводы. ФР ССЗ, заболеваний сердечно-сосудистой системы, в частности, метаболический синдром и гипертоническая болезнь отрицательно влияют на клиническое прогрессирование и лечение больных с ДГПЖ. Необходимо раннее выявление и коррекция ФР ССЗ на амбулаторном этапе практического здравоохранения для повышения эффективности терапии больных.

ВАЖНОСТЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПОДХОДА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОНКОЛОГИЕЙ

П.М. Гаджимурадова - студентка 2 курса лечебного факультета

Кафедра гуманитарных наук

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала Россия

Научный руководитель - к.ф.н., доцент З.Э. Абдулаева

Актуальность. В последнее время во всем мире наблюдается тенденция роста числа онкологических заболеваний. В 2018 году врачи выявили более 18 млн. новых случаев онкологических заболеваний и около 9,6 млн. человек, к сожалению, погибают от этой болезни.

Первую тройку самых распространенных онкологических заболеваний составляют рак легкого, груди и кишечника. Они же входят в первую пятерку «раков-убийц».

В РФ число людей, заболевающих раком, достигает более 400 тыс. в год.

На первом месте - рак груди, на втором – рак простаты, на третьем - кишечника, и на четвертом – рак легкого. Почти пятая часть онкобольных умирает от рака легкого.

На втором месте – рак прямой кишки, затем рак желудка и рак печени. Замыкает первую пятерку «убийц» рак грудной железы.

В целом, в России в этом году диагностировали более полумиллиона новых диагнозов. Успехи в изучении онкологических заболеваний позволяют использовать новые методы лечения больных, что создает предпосылки для увеличения срока жизни онкологических больных. В этом случае становится актуальным изучение социально-психологической адаптации больных онкологией.

Все чаще проблема онкологических заболеваний относится к числу психосоматических. По данным исследований, депрессии при онкологической патологии наблюдаются у 28 % больных, причем их частота зависит от наличия метастазов и интенсивных болей и повышается до 50% и 49 %, соответственно. В отечественной практике опыт психологической помощи онкологическим больным очень мал.

По результатам исследования, проведенным ранее, было выявлено , что больше половины больных раком проявляют ситуационную тревожность, фобические реакции, испытывают эмоциональный дискомфорт, тревожно относятся к будущему.

Вопрос о влиянии психосоциальных факторов на развитие различных патологических состояний был актуален еще с древних времен. В свое время им задавались Гиппократ и Гален. Но данная тема остается актуальной и по сей день.

Цель исследования. Изучить степень квалификации медицинского персонала в онкологическом диспансере.

Материалы и методы. Было проведено анкетирование 150 лиц, в котором приняли

участие студенты ДГМУ, а так же пациенты, находящиеся на стационарном лечении в онкологическом диспансере.

Результаты исследования. В результате анкетирования было выяснено, что большинство опрашиваемых студентов и их близкие обращались к врачам онкологам.

В ходе исследования было выявлено, что 52% опрашиваемых студентов ДГМУ подтверждали наличие тяжелых заболеваний у себя и своих близких . Среди которых 14 (35%) студентов обращались к врачам онкологам, а 26 нет (65%), 18 (7%) студентов считают, что врач был корректен в общении с больными, 6 (2,4%) утверждают обратное , и 16 (6,4%) затрудняются ответить на поставленый вопрос.

61(54%) больных, находящихся на стационарном лечении в онко диспансере, утверждают, что врач был корректен, а 17(15%) считают, что нет, и 10(4%) пациентов затрудняются ответить на вопрос.

Так же , большинство опрашиваемых пациентов (50 пациентов - 45%) отметили , что врач не проявляет интереса в разговоре с пациентом, 29 пациентов (26%) отмечают интерес врача в разговоре с пациентом, и остальные 11 больных затрудняются ответить на поставленный вопрос.

По данным анкетирования, многим онкологически больным не была оказана моральная поддержка (42 пациента) .

Так же, хочется отметить, что большинство опрашиваемых считают важным наличие психологической поддержки со стороны медицинского персонала.

Выводы.

Эмоциональное и интеллектуальное состояние играет существенную роль как в восприимчивости к болезням, так и в избавлении от них.

Немало важную роль в достижении положительного результата отводится общению пациента и врача. Огромное значение имеет квалификация врача. Не только его профессиональные качества как врача- онколога, но и способность грамотно и правильно настроить пациента на достижение положительного результата .

Ситуация онкологического заболевания наполнена мучительными переживаниями больного, требующими огромной душевной работы для разрешения экзистенциальных и других психологических проблем, возникших или ставших актуальными в связи с болезнью.

Врачу-онкологу в своей профессиональной деятельности необходимо взаимодействовать не с обычным, а с глубоко страдающим пациентом, нуждающимся в эмоциональной поддержке, что становится возможным при наличии у врача эмпатии, которая является одним из основных коммуникативных качеств врача.

ПРИМЕНЕНИЕ ФЕРМЕНТНОГО АНАЛИЗА В ДИАГНОСТИКЕ

ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Ш.З.Магомедова – студентка 221 гр. лечебного факультета

Кафедра общей и биологической химии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – ассистент, С.О. Омарова

Актуальность: в связи с широкой распространенностью онкологических заболеваний особенно актуальным становится изучение методов диагностики рака с использованием достижений в области энзимологии. В настоящее время диагностика рака остается почти исключительно морфологической (с использованием гистологических экспертиз) существуют ситуации, в которых другие методы, такие как ферментные анализы, могут предоставить ценную информацию для полноты клинической картины. Тем не менее, известно, что значительный рост знаний о биохимических свойствах опухолей оказался неспецифическим и поэтому имеет ограниченную диагностическую ценность. Однако опухоли иногда продуцируют необычный изофермент, что представляет значительный биологический и диагностический интерес. Анализ обычно встречающихся ферментов в сыворотке может также дать информацию по клинической картине в обстоятельствах, когда отсутствие специфичности не является важным; таким образом, хотя они и не указывают на характер опухоли, они, тем не менее, могут указывать на ее активность, реакцию на лечение или место метастазирования. Повышение уровня ферментов сыворотки опухолями может быть связано с утечкой их из опухоли или из соседней нормальной ткани, поврежденной новообразованием. На уровни ферментов в сыворотке также можно оказывать меньшее влияние, например, когда имеет место гемолиз. ЩФ присутствует во всех органах человека; наиболее высокая удельная активность фермента обнаружена в эпителии тонкой кишки, эпителии канальцев почек, остеобластах, гепатоцитах и плаценте- фермент плотно связан с клеточной мембраной гидрофобным карбоксильным концом полипептидной цепи; гидрофобный конец цепи идентичен у всех изоферментов ЩФ. ЩФ прикреплена к плазматической мембране с помощью фосфатидилинозитолгликанового якоря. Молекулы ЩФ на поверхности плазматической мембраны располагаются неравномерно.

Цель исследования: Изучение и анализ изоферментов, выделяемых опухолевыми клетками в организме человека.

Материалы и методы исследования: ЩФ катализирует гидролиз п-нитрофенилфосфата с образованием в щелочном растворе пнитрофенола. Регистрируется при длине волны 405 нм. (2) ЩФ п-нитрофенилфосф.+H2O ------> фосфат + пнитрофенол Форма выпуска Реагент А 10 х 20 мл Реагент В 1 х 10 таблеток Состав Реагент А: MgCl2 0,5

ммоль/л диэтаноламинный буфер, pH 10,0 1,0 моль/л Реагент B: п-нитрофенилфосфат 0,22 ммоль/л

Результаты исследования: Сывороточная щелочная фосфатаза(EC 3.1.3.1.) - фосфогидролаза моноэфиров орто-фосфорной кислоты (КФ 3.1.3.1) - гидролизует разные синтетические субстраты при оптимуме pH, равном 10,0; субстрат фермента *in vivo* точно не известен. ЩФ - гликопротеин; по структуре это димер с кажущейся значительной вариацией молекулярной массы фермента в разных тканях. ЩФ - металло-фермент, в состав активного центра фермента входит атом цинка.Анализ этого фермента продолжает иметь большое значение в обнаружении поражений в печени и кости. Различные изоферменты были продемонстрированы различными методами в печени, кости, кишечнике и плаценте. Клинически часто важно различать изоферменты печени и кости в сыворотке, и для большинства лабораторий наиболее подходящим способом достижения этого является анализ второго фермента, специфичного для печени. Данное явление было рассмотрено Позеном (1967), Ньютоном (1967) и Фишманом и Гошем (1967). Были получены доказательства того, что некоторые изоферменты щелочной фосфатазы могут быть опухолеспецифичными. Столбах, Крант и Фишман (1969) обнаружили такой фермент в сыворотке и опухоли пациента с карциномой легкого; он упоминается как изофермент «Regan» и похож на плацентарную щелочную фосфатазу, так как она термостабильна и ингибируется фенилаланином, инактивируется той же антисывороткой. Было обнаружено, что фермент Regan присутствует в сыворотке приблизительно у 5% пациентов с широким разнообразием опухолей, но не в сыворотках здорового пациента; он также был обнаружен в опухолях яичников, толстой кишки, молочной железы, матки, лимфомы и даже миеломах. Сыворотка обычно требует концентрации, прежде чем фермент может быть продемонстрирован с помощью электрофореза. Столбах и др. (1969) предполагают, что этот фермент является примером эктопического синтеза опухолевыми клетками ферментного белка, обычно не продуцируемого в ткани, вследствие репрессии специфических геномов в злокачественной клетке, выделенной из опухолей. Темпелей(1968) продемонстрировал термолабильную, нечувствительную к L-фенилаланину щелочную фосфотазу в опухоли пациента с плоскоклеточным раком бронха и повышенной сывороточной щелочной фосфотазой. Другая атипичная щелочная фосфатаза была продемонстрирована в сыворотке крови у некоторых пациентов с метастазами в печень (Ньютон, 1967; Дженнингс, Броклехерст, Хирст и Зиркос, 1969). Это, однако, не является однозначным свидетельством опухоли, так как она может присутствовать у пациентов с механической желтухой, не связанной с неоплазией (Latner, 1965)Эта фосфатаза, которая катализирует гидролиз 5'-нуклеотидов, присутствует в кости и печени в высокой и низкой концентрациях

соответственно (Reis, 1951). Как ни парадоксально, ее активность в сыворотке часто повышается при заболеваниях печени и редко повышается при заболеваниях костей (Диксон и Пурдом, 1954). Следовательно, она имеет определенное значение для различия между печеночной и скелетной причинами повышенной сывороточной щелочной фосфатазы, но существует тенденция к ее замене путем анализа более специфических ферментов печени. Его значение в диагностике метастазов в печени было провозглашено некоторыми работниками (Schwarz and Bodansky, 1965), но не подтверждено другими (Davidge and Philpot, 1966; Belfield and Goldberg, 1969). Субстрат, обычно используемый в его измерении, аденозин-5'-монофосфат, также гидролизуется щелочной фосфатазой, так что кажущаяся активность нуклеотидазы может быть ошибочно высокой, если активность щелочной фосфатазы на субстрате не определяется отдельно или исключается (Belfield and Гольдберг, 1969).Кислотная фосфатаза (EC 3.1.3.2.). Оценка сывороточной кислой фосфатазы долгое время была наиболее полезным ферментативным инструментом в диагностике рака. Известно, что кислая фосфатаза в нормальной сыворотке представляет собой смесь изоферментов из разных тканей, включая эритроциты и тромбоциты. Фосфатаза в эритроцитах и большая часть в тромбоцитах инактивируется формальдегидом. Отдельная идентичность формальдегид-стабильного тартрат-лабильного изофермента простаты подтверждается иммунологическими исследованиями (Moncure and Prout, 1970), и теперь считается, что его молекулярная гетерогенность обусловлена присоединением различного количества остатков сиаловой кислоты к одному ферментному белку (Smith and Whitby, 1968). Небольшое, кратковременное увеличение этого изофермента может произойти после давления на незлокачественную простату при ректальном исследовании. Формальдегид-стабильный тартрат-стабильный фермент ответственен за повышенные уровни изофермента, обнаруженные у 50% пациентов с запущенной карциномой молочной железы (Jegatheesan и Joplin, 1962). Уровень сыворотки значительно повышается только тогда, когда структура железы нарушена настолько, что препятствует нормальному экзокринному оттоку, и особенно заметна при наличии метастазов. Некоторая степень обратной корреляции между уровнем сывороточного фермента и клиническим ответом на лечение была обнаружена Рейнольдсом, Лимоном и Бирнесом (1956) и уровнями Джоплина и Джегатезана.

Выводы: Из представленных данных следует, что диагностическая энзимология может служить основой для постановки правильного и своевременного диагноза при онкологических заболеваниях.

Литература:

1. БарнетХ., ГибсонА.(1964) «Lactate dehydrogenase isoenzyme patterns in carcinoma of the breast.» 3,6-7.

2. БельфиелдА., Г/олдбергД. (1969). «Activation of serum 5-nucleotidase by magnesium ions and its diagnostic applications.» 22,144-161.

АППАРАТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

З.М. Абдурахманова – аспирант, М.Р. Рамазанов, Э.А. Алиев, М.М. Рамазанов, А.С. Абасова, М.М. Хамидов

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

ФГБОУ ВПО ДГТУ, Махачкала, Россия

Введение. Диагностика рака молочной железы существует поликлиническая, стационарная, операционная и даже послеоперационная.

Настоящая работа посвящена операционной аппаратной диагностике рака молочной железы. Существующая тонкоигольная биопсия рака молочной железы с целью цитологической диагностики этого заболевания на поликлиническом этапе (иногда 2 и 3 раза повторяют врачи) способствует диссеминации рака в организме пацинта. Поиски нового способа диагностики рака во время операции является оправданным.

Целью настоящей работы является получение достоверных результатов операционной диагностики распространения рака молочной железы путём определения насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови в грудных мышцах и лимфатических узлах для уточнения объема операции.

Материалы и методы исследования. Поставленная цель осуществлялась следующим образом. Во время операции применяли разработанный нами «Аппарат для исследования сосудов полых органов во время операции» (патент RU2581266) и исследовано насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови в грудных мышцах молочной железы и лимфатических узлах для выявления метастатического поражения у 30 больных раком молочной железы (T2 N1M0). Определяли насыщение кислородом гемоглобина в подключичных лимфоузлах и производили подключичную лимфаденэктомию при наличии метастазов рака молочной железы в них. При раке молочной железы насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови составило 50±1% и при таком показателе насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови диагностировали рак молочной железы. В нормальной паренхиме молочной железы насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови составило 90±2%.

Так же исследовано насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови на пальце кисти и расценивалось как системное насыщение кислородом гемоглобина

артериальной крови, которое равно 90±1%. Соотношение насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови на пальце кисти к насыщению гемоглобина артериальной крови в грудных мышцах молочной железы, мы назвали индексом наличия или отсутствия метастаза рака. В данном случае 90±2% делить на 90±2% равно 1, что является нормой для грудных мышц. Насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови в раковой опухоли молочной железы составило 50±1%. В данном случае соотношение насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови в раковой опухоли молочной железы к насыщению кислородом гемоглобина артериальной крови на пальце кисти составило 0,5 (50% делить на 90% равно 0,5). Это соотношение равному 0,5 мы назвали раковым индексом молочной железы. Определено насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови в подключичном лимфатическом узле, которое равно в норме 90±2%. В метастатическом лимфатическом узле насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови составило 46±1%. При метастазе рака молочной железы в лимфоузел также вычислен индекс в виде соотношения насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови ракового лимфоузла к насыщению кислородом гемоглобина артериальной крови на пальце кисти, которое равно 0,5 (46% делить на 90% равно 0,5),

Так же определено насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови в подмышечных и подлопаточных лимфатических узлах. Затем вычислен кислородный индекс этих лимфатических узлов. В норме кислородный индекс равен 1. При метастатическом поражении грудных мышц и лимфоузлов индекс понижается и мы назвали такой индекс раковым.

Вывод: Аппаратная операционная диагностика распространенности рака молочной железы путем определения насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови является безвредным эффективным методом и целесообразно использовать её для определения объема операции по поводу рака этого органа.

Литература

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

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

З.М. Абдурахманова – аспирант, М.Р. Рамазанов, Э.А. Алиев, М.М. Рамазанов

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

ФГБОУ ВПО ДГТУ, Махачкала, Россия

Введение. Рак молочной железы занимает первое место среди злокачественных опухолей у женщин в Российской Федерации (46,8 на сто тысяч населения в 2015г) и в Республике Дагестан (19,7 на сто тысяч населения в 2018году).

Диагностика рака молочной железы и дифференциальная диагностика с другими заболеваниями представляет сложный мыслительный процесс [1,2,3]. Дифференциальную диагностику надо провести со многими заболеваниями молочной железы, такие как острый и хронический мастит, абсцесс, туберкулез, актиномикозом, киста, гемангиома, фиброаденома, папиллома и другие заболевания. Чаще всего ошибки наблюдаются при инфильтративном раке этого органа. Хирурги и онкологи часто ошибаются при диагностике маститоподобного рака и мастита, а также рожистого воспаления и рожистоподобного рака молочной железы.

Вопросы диагностики и дифференциальной диагностики рака молочной железы недостаточно освещены в литературе.

Целью исследования является профилактика врачебных ошибок при постановке диагноза рака молочной железы и при проведении дифференциальной диагностики этого заболевания путём применения законов формальной логики.

Материалы и методы исследования.

В клинике нами поставлен диагноз рака молочной железы у 120 женщин., а также проведена дифференциальная диагностика с другими заболеваниями молочной железы.

Врачебное мышление и становление диагноза, а также дифференциальная диагностика раскрывается в четырех законах формальной логики.

Закон тождества заключен в формуле А есть А и действует как нормативный принцип. Этот закон предостерегает от двусмысленности в процессе мышления.

Следующий закон непротиворечив, согласно которому два суждения: одно утверждает что-либо о предмете, а другое одновременно отрицает то же самое об этом предмете, не могут быть истинными.

Закон исключенного третьего гласит: одно их двух противоречивых суждений с необходимостью должно быть либо истинным, либо ложным, третьего не дано. Закон выражается формулой А либо В, либо не В.

Закон достаточного основания говорит о том, что любое высказывание, чтобы быть истинным, должно иметь достаточное основание. Этот закон имеет следующую формулу: если есть В, то должно существовать его основание А.

Постановка клинического диагноза рака молочной железы представлена в таблице 1. В 15 этапах диагностики рака молочной железы приведены из содержание.

Дифференциальная диагностика приведена на примере рака молочной железы и мастита в таблице 2. По этой схеме можно провести дифференциальную диагностику заболеваний в терапии, хирургии, фтизиатрии и в других областях.

Дифференциальную диагностику целесообразно начинать с жалоб больной и поэтапно надо продолжить.

Таблица 1.

Диагностика рака молочной железы

Этапы диагностики		Содержание этапа диагностики
1	Жалобы	На наличие опухоли в молочной железе, боли, выделения из соска, чаще кровянистые.
2	Anamnesis morbi	В течение какого времени болеет, время обращения к врачу, какое лечение получила больная, помогло лечение врача по месту жительства, самолечение какое проведено.
3	Anamnesis vitae	Работа связана с радиацией на Космодроме, перенесла туберкулез легких, замуж не вышла, детей нет, возраст 45 лет.
4	Врачебный осмотр	Выясняем цвет кожи больной, кахексия, асимметрия молочных желёз.
5	Пальпация молочной железы	Бимануальная пальпация молочных желёз, подвижность опухоли, консистенция, болезненность, наличие выделений из соска, распространенность и размеры опухоли.
6	Перкуссия и аускультиция легких	Проводят перкуссию легких и аускультицию на предмет метастазов в легкие.
7	Рентгеноскопия легких	Проводят рентгеновское исследование легких на предмет определения метастазов и других заболеваний.
8	Маммография	Наличие опухоли в молочной железе
9	Компьютерная томография	Наличие опухоли в молочной железе
10	УЗИ молочной железы и регионарных лимфоузлов	Проводят ультразвуковое исследование молочной железы и регионарных лимфоузлов на предмет наличия опухоли интраорганных метастазов
11	УЗИ печени	С помощью ультразвука исследуем печень на предмет наличия метастазов рака молочной железы и других заболеваний.
12	Лабораторные анализы	Общие анализы крови, мочи, биохимические анализы
13	Цитологическое исследование	Пункта тонкоигольной биопсии исследуют на предмет наличия раковых клеток.

14	Гистологическое исследование	Материал троакарной биопсии исследуют на предмет наличия рака.
15	Маркеры	Определяют маркеры

Таблица 2.

Дифференциальная диагностика рака молочной железы и острого мастита

Этапы диагностики		Острый мастит	Рак молочной железы	Результаты	
				Мастит	Рак
1	Жалобы	Высокая температура, боли, краснота кожи молочной железы	Наличие опухоли, температуры нет, выделения из соска отсутствуют	-	+
2	Anamnesis morbi	Острое начало, короткий анамнез	Болеет несколько месяцев, лечение не помогает врача по месту жительства	-	+
3	Anamnesis vitae	Работает учительницей, не болела до родов, родила ребенка, не сцеживает, молоко остается в молочной железе, возраст 20 лет	Работает на космодроме, перенесла туберкулез, возраст 50 лет, замуж не вышла, детей нет, 18 абортов	-	+
4	Осмотр врачебный	Кожа молочной железы красного цвета, отечная	Выраженная асимметрия молочных желез, бледность кожных покровов	-	+
5	Пальпация	Пальпация резко болезненна в молочной железе, флюктуация, местная температура, выделения из соска гнойные	Безболезненная опухоль молочной железы, малоподвижная, при надавливании выходит кровь из соска	-	+
6	Перкуссия и аускультация	Перкуторно легочный звук, аускультивновезикулярное дыханиев лёгких	Перкуторно притупление легочного звука, аускультативно отсутствует везикулярное дыхание в лёгком	-	+
7	Рентгеноскопия легких	Легочные поля чистые	Могут быть метастазы рака молочной железы в	-	+

			легком		
8	Маммография	В молочной железе опухоли нет	Опухоль в молочной железе	-	+
9	Компьютерная томография	В молочной железе опухоли нет	Очаг опухоли в молочной железе	-	+
10	УЗИ молочной железы	В молочной железе опухоли нет	Рак молочной железы и увеличен лимфоузел	-	+
11	УЗИ печени	Метастазы отсутствуют в печени	Метастаз в печени находят	-	+
12	Цитологическое исследование	Элементы воспитания	Раковые клетки	-	+
13	Гистологическое исследование	Элементы воспаления	Раковые клетки	-	+
14	Маркеры	Отсутствует маркер рака	Маркер рака молочной	-	+

Результаты и их обсуждение. Рассмотрим первый этап диагностики – жалобы. При остром мастите больная жалуется на высокую температуру, боли в молочной железе, а при раке этого органа больная жалуется на наличие опухоли в молочной железе, выделения из соска с примесью крови что соответствует раку молочной железы. По первому закону формальной логики - тождества «А» есть «А», то есть рак есть рак. Поэтому в таблице 2 поставлен знак «+» под графой «рак».

Если применим в данном случае второй закон формальной логики – непротиворечия, то согласно этому закону жалобы при остром мастите: наличие *высокой* температуры, отек молочной железы противоречит жалобам при раке молочной железы. Жалобы при раке молочной железы: наличие опухоли в молочной железе, кровянистые выделения из соска не противоречит раку молочной железы.По этому в таблице 2 в графе «рак» поставлен знак «+».

Согласно следующему закону формальной логики исключенного третьего, жалобы при мастите противоречат жалобам при раке молочной железы. Так как жалобы при раке молочной железы: наличие опухоли в молочной железе и кровянисые выделения из соска, не противоречит жалобам при раке молочной железы, согласно этому закону истинный диагноз будет рак молочной железы. По этому в таблице 2 в графе рак поставлен знак «+».

Согласно четвёртому закону формальной логики - достаточного основания, жалобы наличия опухоли с выделениями крови из соска является достаточным основанием для постановки знака «+» в графе результатов, так как при остром мастите не наблюдаются

кровянистые выделения из соска.

По этой трактовке каждого этапа диагноза мы можем провести дифференциальную диагностику острого мастита и рака молочной железы. Результаты цитологического и гистологического исследований, при которых находят на микроскопическом уровне раковые клетки, является достаточным основанием для постановки диагноза рака молочной железы.

Вывод: законы формальной логики участвуют при диагностике и дифференциальной диагностике правильного диагноза рака молочной железы, что является профилактикой врачебных ошибок в постановке диагноза.

Литература:

1. Тарасов К. Е, Великов В. К., Фролова А. И. Логика и семиотика диагноза (методологические проблемы). М.: Медицина, 1989

1. Шамов И. А. Философские и практические основы клинического диагноза (клинико-философскоеэссэ) // Вестник Даггосмедакадемии 2013, №3(8)

1. Кафаров Т. Э. Значение знания законов формальной логики в диагностическом процессе. Вестник Даггосмедуниверситета, 2015, №1 – С. 54-57.

ФУНКЦИОНАЛЬНО-СБЕРЕГАЮЩИЕ ИННОВАЦИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РАКА

П.М. Абдусаламова, М.М. Хамидов– студенты 6 курса ,

Р.Ш. Абдулаева – студентка 4 курса

Кафедра онкологии с усовершенствованием врачей

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - д.м.н., проф. С.А. Алиев

Актуальность: Достижения в хирургии кардиоэзофагеального рака впечатляют, однако результаты не всегда удовлетворительны.[2]

На современном этапе развития онкохирургии важным представляется разработка пилоро–сплено-органосберегающих, функциональных операций и оценка качества жизни пациента.[1]

Цель: улучшение непосредственных и отдаленных функциональных результатов хирургического лечения кардиоэзофагеального рака.

Задачи исследования

1. Ретроспективный анализ результатов хирургического лечения пациентов (с 2012 по 2017 год) с кардиоэзофагеальным раком .

2. Выявить причины неудовлетворительных функциональных результатов

оперированных пациентов.

3. Разработать дифференцированный подход к функционально сберегающим сплено-, пилоро-сохранным технологиям операций.

Материалы и методы. Исследование ретроспективное, основано на анализе результатов хирургического лечения 179 пациентов (основная группа), оперированных в отделении торако-абдоминальной онкохирургии ДЦГХ, из которой выделена контрольная вторая группа (n=33)с объемом надпривратниковой гастрэктомии.

Функционально-сберегающие операции в основной и контрольной группах дополнены спленосохраняющими операциями у 45 (15%) больных.

Наряду со стандартными методиками обследований в программу включены: ФГДС с верификацией диагноза, УЗИ, КТ, а также методики позволяющие изучить и корригировать функциональные возможности сердечно сосудистой системы , как этап предоперационной подготовки (толерантность к физической нагрузке, холтеровский мониторинг, УЗИ сердца).

Результаты и обсуждение. В основную группу вошли 146 больных с радикальными операциями при кардиоэзофагеальном раке. Возраст больных варьировал с 21 до 84 лет, из которых мужчин 103, женщин 43 . Соматический статус отягощен у 33% больных.

Они распределены по стадиям следующим образом :

1-2 стадия – 12 (8,2%)

3 стадия – 61 (41,8%)

3-4 стадия-60 (41,1%)

Им были выполнены радикальные операции: проксимальная резекция желудка (n=27), гастрэктомия (n=93), с лимфодиссекций в объеме D2, D3, после операционной летальностью 1,3 %.

С точки зрения органосберегающих, функциональных операций большего внимания заслуживает пилоруссохраняющие операции с включением дуоденального транзита. Они практически вытесняют стандартную гастрэктомию из статуса <золотого стандарта> при первой и второй стадиях рака проксимального отдела желудка.

Операции с сохранением пилорического жома, позволили повысить функциональные возможности операции с прямым эзофагодуоденальным анастомозом с разрешением постгастррезекционных синдромов (рефлюкс-эзофагита, демпинг-синдрома) с улучшением качества жизни .

У 22 пациентов (15%) с кардиоэзофагеальным раком выполнена высокая резекция. С целью улучшения функциональных результатов реконструктивный этап выполнен с высокой транслокацией тонкой кишки. Анастомоз сформирован по оригинальной методике, предложенной в нашей клинике (рационализаторское предложение №10-1432 от 6 декабря

2011 г.).

При выполнении эзофагогастроанастомоза мы применяли муфтообразный кулисный анастомоз по М.И. Давыдову, который позволил предупредить грозное послеоперационное осложнение - несостоятельность пищеводного анастомоза.

Выводы

 1. Радикальные функционально - сберегающие (сплено-пилоро-сохранные) операции с расширением показаний к варианту реконструкции пищеварительного тракта типа Ру, позволили улучшить отдаленные функциональные результаты и качество жизни оперированных пациентов.

 2. Сплено-сохранные технологии позволили в 15% случаев сохранить орган при полной лимфодиссекции в объеме D2 .

 3. Пилоро-сохранные надпривратниковые гастрэктомии позволили снизить процент рекционных, постгастрэктомических синдромов: рефлюкс-эзофагита, демпинг-синдрома.

Литература:

1. Алиев С. А. Надпривратниковая гастрэктомия при раке желудка // Алиев С. А., Магомедов С.М. .// Фундаментальныеисследования . - 2011. - № 10. – С.462-466

2. Selcukbiricik F, Tural D, Bilici A, Uzel EK, Ozguroglu M, Demirelli F, Buyukunal E, Serdengecti S Clinicopathological features and localization of gastric cancers and their effects on survival in Turkey // https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23534793

3. Черноусов А.Ф. , Хоробрых Г.В. , Ногтев М.В. Осложнение гастрэктомии – 2017. – С.134

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С РАКОМ ПИЩЕВОДА

М.Б. Бамматова – студентка 641 гр. лечебного факультета,

П.А. Дибирова - студентка 622 гр. лечебного факультета,

П.М. Абдусаламова - студентка 610 гр. педиатрического факультета

Кафедра онкологии с УВ

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – ассистент кафедры, к.м.н. С.М. Магомедов

Актуальность. Рак пищевода является одним из самых агрессивных злокачественных новообразований. По данным ВОЗ, на сегодняшний день он занимает 8 место в структуре смертности в мире. Несмотря на успехи химио-лучевой терапии в онкологии, хирургический метод представляет основу лечения больных раком пищевода. Оперативное лечение пациентов с раком пищевода является одной из самых сложных разделов торако-

абдоминальной хирургии.

Цель. Улучшить результаты хирургического лечения пациентов с раком пищевода, путём внедрения надежных способов формирования пищеводного соустья с дифференциальной реконструктивной пластикой.

Материалы и методы. Исследование ретроспективное, основанное на анализе результатов хирургического лечения 159 пациентов, оперированных в отделении торако-абдоминальной онкохирургии ГБУ РД Научно-клиническое объединение «Дагестанский центр грудной хирургии» с января 2010 по декабрь 2018 гг. Наряду со стандартными методиками обследований в программу включены: эндоскопическое исследование с биопсией, патогистологическое исследование биоптатов, УЗИ, МСКТ, а также методики, позволяющие изучить и корригировать функциональные возможности сердечно-сосудистой системы как этап предоперационной подготовки (толерантность к физической нагрузке, холтеровский мониторинг, УЗИ сердца).

Результаты и обсуждение: Из общего количества больных (159 пациентов) радикальные операции были проведены 107 пациентам. Возраст исследуемых варьировал от 28 до 87 лет. Мужчин - 72, женщин – 35.Они распределены по стадиям следующим образом:

I-II ст. – 20 (18,7%)

III – 67 (62,6%)

III-IV - 20 (18,7%)

Из общего числа выполненных радикальных оперативных вмешательств 71 (66,4%) составили резекции пищевода из абдомино-торакального доступа с пластическим замещением пищевода желудочным трансплантатом (операция типа Льюиса). В33 наблюдениях (31,7%) была выполнена экстирпация пищевода из абдомино-торако-цервикального доступа с эзофагогастропластикой и пищеводным анастомозом на шее (по А.Ф.Черноусову, а у 2 пациентов (1,9%) – экстирпация пищевода с эзофагоколопластикой.

В зависимости от локализации и стадии опухолевого процесса, оперативные вмешательства выполнялись:

при локализации опухолевого процесса в средне- и нижне-грудном уровнях пищевода выполняли операцию типа Льюиса – 71 сл. (66,4%);

при поражении верхне-грудного отдела пищевода и проксимальном распространении опухоли средне-грудной локализации выполнялась экстирпация пищевода – 36сл. (33,6%).

Самым грозным хирургическим осложнением, нередко приводящим к летальному исходу является несостоятельность пищеводного анастомоза. Она возникает вследствие редукции кровоснабжения и натяжения анастомозируемых сегментов. У 4 пациентов наблюдалось развитие несостоятельности пищеводного анастомоза, что составило 3,7%.

Количество комбинированных операций составило 3 (2,8%) , причем все случаи – в III ст.

Летальность после хирургического лечения рака пищевода составила – 3 (2,8%). Все случаи – III-IV ст.

Выводы. Низкий процент летальности после радикальных операций на пищеводе (2,8%) связан с разрешением проблемы несостоятельности швов анастомоза. Применение надежного кулисного анастомоза по М.И.Давыдову позволило снизить процент несостоятельности до 3,7%.

Больным с высокой степенью операционного риска расширены показания к экстирпации пищевода с внеполостным расположением анастомоза на шее (n = 36) по А.Ф. Черноусову.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЕГКОГО

Б.Т. Джафаров - студент 631 гр. лечебного факультета

Кафедра онкологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия.

Научный руководитель - д.м.н. профессор С.А. Алиев

Актуальность проблемы. Рак легкого занимает первое место в структуре онкологической заболеваемости и является наиболее распространенным по отношению к другим клиническим формам рака. В Российской Федерации в 2018 году рак легкого в общей структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями в процентном соотношении составил 10,1%.

В свете многообразия клинических форм и особенностей тактика лечения при раке легкого неоднозначна . Наиболее часто встречающимся типом опухоли является немелкоклеточный рак легкого, который включает плоскоклеточный, железистый и крупноклеточный рак. Немелкоклеточный рак слабо чувствителен к консервативному лечению.

Главными параметрами при выборе тактики лечения у больных раком легкого являются распространенность метастатического поражения внутригрудных лимфатических узлов, морфологический тип опухоли, прорастание соседних органов и анатомических образований, размеры первичной опухоли и состояние отдаленных метастазов . Исходя из этого, используются различные сочетания химиотерапевтического, хирургического и лучевого методов лечения.

Выявлено, что в связи с отсутствием результативных подходов к ранней диагностике более 70% больных на момент первичного обнаружения заболевания имеют стадию, при

которой оперативное лечение не показано. В то время как эффективным оно может быть только на ранних стадиях болезни. Что делает лекарственное лечение единственным доступным вариантом для этих больных.

Цель исследования: Определить роль расширенных комбинированных операций в лечении несвоевременно диагностированного рака легких

Материалы и методы исследования. Исследование ретроспективное, основано на анализе результатов хирургического лечения 137 пациентов, оперированных в отделении торакальной хирургии ДЦГХ. Возраст больных варьировал от 24 до 77 лет, среди которых мужчин 112,женщин 25. Они распределены по стадиям следующим образом:

1 и 2 стадии- 47 (34,4%)

3 стадия- 63 (45,9%)

4 стадия-27 (19,7%)

Гистологический диагноз подтвержден у всех больных: плоскоклеточный рак составил 63 %, аденокарцинома – 22 %, низкодифференцированный рак составил 15 %.Типичная радикальная лоб, билобэктомии произведены у 48 пациентов, расширенные комбинированные операции произведены 42 больным

Результаты и их обсуждение: По структуре нозологических единиц объем выполненных операций представлен следующим образом:

Всего прооперировано--120

Лоб, билоб, пульмонэктомий – 48

Расширенные комбинированные операции--42

Эксплоративных торакотомий—30

Послеоперационная летальность 3,3%

Определяется отчетливая тенденция к пересмотру критериев операбельности больных, еще недавно казавшихся окончательными. Сегодня стали возможны операции с резекцией и реконструкцией крупных магистральных сосудов, операций по поводу синхронных и метахронных опухолей легкого и желудочно-кишечного тракта .

Выводы: Успехи в ранней диагностике злокачественных опухолей легких довольно скромные -34%.Подтверждением является высокий процент эксплоративных торактомий и комбинированных расширенных операций в 3b стадии.

ВОЗМОЖНОСТИ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКИ ПРИ ОСТЕОХОНДРОПАТИИ ГОЛОВКИ II И III ПЛЮСНЕВОЙ КОСТИ (ВТОРАЯ БОЛЕЗНЬ КЕЛЛЕРА)

С.Х. Шахманаев - студент 338 гр. лечебного факультета,

Х.А. Асхабова - студентка 302 гр. педиатрического факультета

Кафедра Лучевой диагностики и лучевой терапии с усовершенствованием врачей

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – асс. Н.У.Юсупов

Актуальность. Остеохондропатия головки II и III плюсневой кости является вместе с болезнью Легг—Кальве—Пертеса одной из самых распространенных остеохондропатий и встречается далеко нередко. Остеохондропатия головки II и III плюсневой кости чаще всего встречается у женского пола[1]. Излюбленным возрастом является период полового созревания девушек, т. е. возраст от 13 до 18 лет. Встречаются и случаи в более раннем и в особенности в более позднем возрасте. Здесь нередко сказываются бытовые и особенно профессиональные моменты. Правая стопа несколько более часто заболевает, чем левая. В 90% случаев поражается головка II плюсневой кости.[2] В 10% всех случаев болезнь гнездится в головке не II, а III плюсневой кости, очень редко — в головке IV плюсневой кости. Никогда в типичном развернутом виде болезнь не поражает головки I плюсневой кости. Также в 10% всех случаев болезнь Келера является не одиночной, а множественной; тогда обыкновенно наблюдается двустороннее заболевание обеих II метатарзальных костей, реже II и III с обеих сторон и очень редко двух рядом лежащих головок на одной стопе.[1]

Цель исследования. Изучение лучевой семиотики при остеохондропатии головки II и III плюсневой кости.

Материалы и методы. Исследование проводилось в несколько этапов: 1) сбор и анализ обзора литературы, 2) изучение архивных рентгенологических снимков в ГБУ РД «Карабудахкентская ЦРБ» за 2016-2018 г., 3) статистический анализ полученных данных.

Результаты исследования. За 2016-2018 г в ГБУ РД «Карабудахкентская ЦРБ» было проведено 5170 рентгенологических исследований конечностей. Из них рентгенографий стопы и голеностопного сустава выполнено 1292 (100%) пациентам в связи с различными жалобами на боли в стопе. В ходе разбора архивного материала и при проведении двойной читки снимков было выявлено 4 случая болезни Келлера II (0,3%). Все пациенты были представителями женского пола. Лучевая картина у 3(75%) пациентов характеризовалась деформацией головки II плюсневой кости с наличием выраженного субхондрального склероза (4 стадия). У 1 пациента на фоне уплощения головки II плюсневой кости (25%) наблюдались участки фрагментации (3 стадия).

Выводы. Таким образом, традиционная рентгенография до сих пор обладает высокой чувствительностью при остеохондропатии головки II и III плюсневой кости, но она имеет свои ограничения в начальных стадиях заболевания.

Литература

1. Рейнберг С.А. Рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов. Том II 4-е изд., испр. и доп. – М.: Медицина, 1964. С.269-275.

2. В.М.Шаповалова. Военная травматология и ортопедия. 2003.

ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ, КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛИМФОМЕ ХОДЖКИНА

М.Л. Козлова - студент 509 гр лечебного факультета., В.И. Волкова - студент 509 гр. лечебного факультета, А.В. Хань - студент 510 гр. лечебного факультета, А.В Жильцова - студент 509 гр. лечебного факультета, В.В. Емельянов - студент 509 гр. лечебного факультета

Кафедра детских болезней

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

Научный руководитель: ассистент Е. В. Бобкова

Актуальность. Лимфома Ходжкина - это злокачественное новообразование лимфоидной ткани неизвестной этиологии с пролиферацией В-клеток зародышевых центрах лимфоузлов. Данная нозология является пятой по частоте встречаемости среди злокачественных опухолей у детей. Данное заболевание встречается во всех возрастных группах, исключение составляют только дети первого года жизни. За 2018 год в Оренбургской области на учете у онкогематолога состояло 30 детей с диагнозом лимфома Ходжкина.

В рамках данного исследования для нас наиболее приоритетна информация, касающаяся именно лучевой терапии. Лучевая терапия назначается в течение 25 дней от окончания химиотерапии при нормализированных показателях периферической крови. Облучению подлежат все пораженные лимфоузлы, зарегистрированные до проведения химиотерапии.

Для достижения необходимого эффекта от лучевой терапии необходимо использовать высокие дозы ионизирующего излучения, что влечет за собой высокий риск развития осложнений лучевой терапии. Одним из них является синдром легочной гипертензии.

Синдром легочной гипертензии – патологическое состояние, характеризующееся повышением сопротивлением сосудов легких и давления в системе легочной артерии, что приводит к развитию правожелудочковой недостаточности и гибели пациента.

На базе ООКОД г Оренбург было проведено исследование, **целью** которого являлась подбор оптимальной дозы лучевой терапии при лечении лимфомы Ходжкина.

Материалы и методы. Исследование проводилось на протяжении последних двух лет.

В ходе данного исследования были сформированы две группы пациентов: одна группа получила суммарную очаговую дозу (СОД) в ходе курса лучевой терапии 36-45 Гр, другая - 20-35 Гр.

Результаты исследования. В ходе данного исследования нами было обращено внимание на частоту встречаемости позднего осложнения лучевой терапии – легочной гипертензии таблица 1.

Таблица .1. **Структура встречаемости легочной гипертензии в зависимости от СОД**

Суммарная очаговая доза	Частота развития легочной гипертензии 2016 год	Частота развития легочной гипертензии 2017 год
36-45 Гр	38% (6 из 16)	37% (11 из 30)
29-35 Гр	0%	6% (2 из 30)

Выводы. Полученные нами данные в результате проведенного исследования свидетельствуют о наличии прямой корреляционной зависимости величины суммарной очаговой дозы, воздействующей на средостенье, с частотой возникновения легочной гипертензии. При проведении лучевой терапии с показателями СОД на область средостенья более 35 Гр риск развития фиброза и кальцификации митрального клапана существенно выше, чем при использовании низкой суммарной очаговой дозы. Для минимизации побочных эффектов лучевой терапии в данный момент ведется разработка более совершенной полихимиотерапии с целью замещения лучевой терапии.

ИССЛЕДОВАНИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ПО НЕКОТОРЫМ ВОПРОСАМ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Д.Д. Зинкевич, А.П. Яшник – студенты 126 группы лечебного факультета

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом ФПКиП

УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь

Научный руководитель – ассистент С.В. Борсук

Актуальность. Во всем мире борется за первенство среди онкологических заболеваний населения колоректальный рак (КРР).В большинстве европейских стран уровни заболеваемости КРР находятся в пределах 20-30 на 100000 жителей, приведенных по возрастной структуре к мировому стандарту World (данные GLOBOCAN2012). Республика Беларусь (РБ) входит в группу стран с относительно невысоким уровнем заболеваемости. Показатель заболеваемости КРР в РБ по оценочным (прогнозным данным) ВОЗ, GLOBOCAN 2012 составляет24,4 на 100 000 жителей, а смертности 12,9. В Российской

Федерации данные показатели составили – 24,5 на 100 000 жителей и 15,2 соответственно[1].Данная локализация рака занимает лидирующие позиции в структуре онкозаболеваемости как женщин, так и мужчин. Структура смертности женского населения в Гомельской области от КРР занимает 1-е место в 2018 году, мужское население же занимает 3-е место (по данным Белорусского канцеррегистра). Так же стоит отметить, что в мире отношение смертности к заболеваемости колеблется от 30,7% в Канаде до 62,0% в России. Кроме Российской Федерации высокий показатель установлен в Украине (58,5%), Польше (53,7%), Литве (58,5%), Беларуси (52,9% по данным ВОЗ,GLOBOCAN 2012 и 48,3% по данным Белорусского канцер-регистра), что свидетельствует о серьезности проблемы радикального лечения КРР в этих странах [1].Среди факторов, повышающих риск возникновения КРР, выделяют: возраст (старше 50 лет), наследственность (наличие колоректального рака у родственников),диету с высоким содержанием красного и обработанного мяса, употребление алкоголя и курение, ожирение, наличие некоторых заболеваний (аденоматозный полипоз, воспалительные заболевания кишечника, диабет 2 типа)[2]. Скрининговые мероприятия, направленные на выявление колоректального рака на ранних стадиях, в нашей стране расширяются. В результате проведенного в 2018 году в РБ скрининга КРР прошли обследование около 40 тысяч пациентов из группы риска. Обследование включало проведение анализа кала на скрытую кровь методами FIT и FOBT и колоноскопию при получении положительного результата теста. В целом, по Республике из всех выявленных в ходе скрининга случаев колоректального рака 63,8% были обнаружены на ранних стадиях (0, I, II), а в Гомельской области этот показатель составил 100%. Но, несмотря на такой хороший показатель, вопрос об уровне осведомленности населения о КРР и методах его выявления остается актуальным.

Цель исследования. Изучить и проанализировать осведомленность населения Гомельской области о факторах риска и методах профилактики колоректального рака, проведении скрининговых мероприятий в стране.

Материалы и методы исследования. Были использованы социологический, а также статистический методы исследования. Анкетирование жителей г.Гомеля и студентов Гомельского государственного медицинского университета проводилось с использованием специально разработанного опросника. Статистическая обработка результатов исследования проводилась при помощи компьютерной программы Microsoft Excel2016 с использованием сравнительной оценки распределений по ряду учетных признаков.

Результаты исследования. В опросе приняли участие 136 человек, из которых 32,4% мужчины, 67,6% женщины. Возраст опрошенных составил от 18 до 65 лет и старше. Возрастную группу от 18 до 24 лет среди мужчин составили 41 человек (93,2%), от 25 до 34

лет – 3 человека (6,8%). Среди женщин выделились 4 возрастные группы: 18 – 24 года – 63 человека (68,5%), 25 – 34 года – 5 человек (5,4%), 35 – 44 года – 16 человек (17,4%), 45 лет и старше – 8 человек (8,7%). Среди женщин 55,4% придерживаются здорового образа жизни, для мужчин этот показатель равен 36,4%; употребляют алкоголь 9,8% женщин и 11,4%мужчин; курят женщины - 6,5%, мужчины – 9,1%.93,2% опрошенных мужчин употребляют фрукты и овощи не менее чем один раз в неделю, для женщин этот показатель равен 84,8%. Ежедневно употребляют мясо: женщины – 42,4%, мужчины – 70,5%. Из выше изложенного следует, что в женском рационе соотношение фруктов, овощей и мяса сбалансированно, чего не скажешь о мужчинах, которые употребляют в 1,6 раза чаще мясо, чем овощи и фрукты, что способствует развитию КРР. Нарушения пищеварения среди мужчин и женщин наблюдаются в 29,4% случаев. Онкологические заболевания у родственников отмечаются в 41,2% случаев, при этом 85% респондентов знают, что колоноскопия и анализ кала на скрытую кровь являются обязательными при обследовании на КРР, однако лишь 37,5% знают о профилактике данного заболевания. Согласно полученным данным о проведении скрининга КРР в стране и Гомельской области знают лишь 20,6% опрошенных, 77,9% – нет. По мнению респондентов скрининговые исследования должны пройти люди в возрасте от 50 и старше (что соответствует действительности). Около половины респондентов ответили верно на вопрос о методах обследования при скрининге – анализ кала на скрытую кровь и колоноскопия – (50,7% и 58,1% соответственно).

Выводы. Уровень информированности населения о проводимых скрининговых мероприятиях в стране, а также по вопросам профилактики КРР невысок. Особенно это касается респондентов с отягощённым наследственным анамнезом по развитию онкологических заболеваний. Эти результаты говорят о необходимости проведения санитарно-просветительской работы среди населения по вопросам профилактики не только КРР, но и других онкологических заболеваний. Примером профилактики КРР является здоровый образ жизни – правильное питание, физические нагрузки, минимизирование употребления мяса, исключение жареного, копченого мяса, добавление в рацион больше фруктов и овощей.

ЛИТЕРАТУРА

Статистика онкологических заболеваний в Республике Беларусь (2004-2013) А.Е. Океанов, П.И. Моисеев, Л.Ф. Левин, под ред. О.Г. Суконко – Минск: РНПЦ ОМР им Н.Н. Александрова, 2014. – 382 с.

2. Winawer S., Classen M. Практическое руководство Всемирного гастроэнтерологического общества и Международного союза по профилактике рака

пищеварительной системы: Скрининг колоректального рака. – 2008. – С. 2.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЦИТОЛОГИЧЕСКОМУ СКРИНИНГУ АДЕНОКАРЦИНОМЫ ШЕЙКИ МАТКИ

З.М. Абдурахманова – аспирант

Кафедра онкологии с усовершенствованием врачей

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель : д.м.н., доцент М.Р. Рамазанов

Актуальность. Диагностика рака шейки матки – актуальная проблема онкологии и гинекологии, требующая новых, нестандартных подходов. Использование цитологического исследования мазков с поверхности шейки матки и эндоцервикса относится к наиболее эффективным программам скрининга, но этот метод является практически неэффективным для диагностики аденокарциномы шейки матки. В связи с этим, понятным кажется стремление специалистов компенсировать данные трудности диагностики широким применением современных медицинских технологий.

Цели. Оценить значение определения степени окислительной модификации белков (ОМБ) для улучшения эффективности цитологического скрининга аденокарциномы шейки матки.

Материалы и методы исследования. В данном исследовании проанализированы мазки на цитологию больных с патологией шейки матки: аденокарцинома шейки матки (n=19), плоскоклеточный рак (n=15), недифференцированный рак (n=12), цитологический контроль – пациентки с неизмененным цилиндрическим эпителием (n=15). Для определения степени ОМБ использовали микроспектрофотометрический компьютерный анализ цифровых изображений, на основе методики окраски цитологических препаратов бромфеноловым синим по методике Микель-Кальво, которая модифицирована Давиденко (2011). Последние анализировали путем зондовой компьютерной микроспектрометрии в системе анализа цвета RGB (от англ.- Red, Green, Blue). Согласно указанной системы анализа цвета, оценивали интенсивность красного и синего цвета в окраске. Поскольку красная окраска при методике Микель - Кальво соответствует карбонильным группам, а синее – аминогруппам белков, то путем установления математического соотношения между интенсивностью окраски в двух цветах (участки спектра) оценивали степень ОМБ (соотношение карбоксильных и аминогрупп). Таким образом, степень ОМБ в цитоплазме эпителия цервикального канала определяли по коэффициенту R/B (красный/синий).

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты вычисления коэффициента

R/B в цитологических препаратах меняются соответственно: ороговевший рак (раковые клетки 3,28±0,241; слизистые массы – 2,12±0,058) → неороговевший рак (раковые клетки – 1,62±0,093; слизистые массы – 1,38±0,096) → норма (эпителиальные клетки – 1,14±0,081; слизистые массы – 1,24±0,062) → аденокарцинома (опухолевые клетки – 0,84±0,101; слизистые массы – 0,91±0,120). В цитологических препаратах аденокарциномы шейки матки значение ОМБ минимальное, что указывает на преобладание аминогрупп над карбоксильными в белке структуры указанной локализации.

Вывод. Для улучшения эффективности цитологического скрининга аденокарциномы шейки матки в клинике целесообразно, наряду с традиционным цитологическим исследованием, дополнять проведением цитохимического определения ОМБ в эпителии цервикального канала.

ВИРУС ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА – ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР ОПУХОЛЕЙ РОТОГЛОТКИ И ГОРТАНИ

Н. Л. Зверко – студентка 1431 гр. лечебного факультета

Кафедра патологической анатомии

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

Научный руководитель – к.м.н., доцент Е. А. Анфиногенова

Актуальность. Знания об основных канцерогенах и особенности образа жизни среди населения увеличило значимость вирусов в этиологии злокачественных новообразований. Международное агентство по изучению рака (МАИР) выделило 7 вирусов-канцерогенов первой категории, среди них: вирус Эпштейна-Барр, саркома Капоши-ассоциированный герпес-вирус, вирус папилломы человека (p16 и p18), полиомавирус клеток Меркеля, вирус гепатита В, вирус гепатита С и человеческий вирус Т-клеточного лейкоза тип 1. По последним данным доля вирус-ассоциированных опухолей в структуре злокачественных опухолей составляет от 15% до 25%.

Нельзя не отметить роль папилломавирусной инфекции как фактора риска развития рака. В РФ по данным на 2016 год среди злокачественных новообразований головы и шеи в 26% случаев этиологическая роль принадлежит вирусу папилломы человека (ВПЧ) высокого онкогенного риска.

Выделяют два патогенетических подтипа опухолей ротоглотки и гортани: связанный с персистенцией вируса папилломы человека и связанный с приёмом алкоголя и табака, p16+ и p16- рак. Существуют различия в стадировании опухолей данных патогенетических подтипов, кроме того разнятся и подходы к лечению в связи с широким внедрением в

практику таргетной терапии. ВПЧ-ассоциированные опухоли ротоглотки имеют более благоприятный прогноз: риск смерти снижается на 28%, а риск развития рецидива заболевания на 49%.

Цель исследования. Оценить частоту встречаемости папилломавирусной инфекции в структуре новообразований ротоглотки и гортани.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе УЗ «Городское клиническое патологоанатомическое бюро». Материалом исследования стали биопсийные карты пациентов с впервые выявленными опухолями ротоглотки и гортани за 2015-2019 гг. (n=69). Методы исследования: морфологический и статистический. Для статистической обработки данных использовалась программа AtteStat для Excel. Проверка нормальности распределения осуществлялась с помощью одномерных методов. Применялись непараметрические методы статистического анализа.

Результаты исследования. Среди пациентов с впервые выявленной карциномой ротоглотки и гортани 94,2% (n=65) лица мужского пола, 5,8% (n=4) женщины. Медиана возраста в исследуемой группе составила 63 года [56;70], минимальный возраст – 33 года, максимальный – 96 лет.

По локализации опухоли (взятой биопсии): 30,4% ткань гортани без уточнения локализации, 18,8% голосовая складка, 17,3% грушевидный синус, 13,04% средний отдел гортани, 7,2% вестибулярная складка, 5,8% миндалина, 4,34% надгортанник, 1,34% подскладковый отдел, 1,34% дно полости рта. Гистопатологическая степень злокачественности: в 17,4% случаев не была определена, 26,08% степень G_1, 44,93% степень G_2, 11,59% степень G_3.

Выборка была разделена на две группы. Пациентам первой группы (79,7%, n=55) диагноз «Плоскоклеточный рак» был выставлен при впервые выполненной биопсии данной локализации. Пациентам второй группы (20,3%, n=14) биопсии данной локализации выполнялись неоднократно, в том числе до диагноза «Плоскоклеточный рак». Среди пациентов второй группы морфологически верифицированные предраковые процессы в виде папилломатоза и дисплазии на фоне вирусного поражения были установлены 6 пациентам, что составило 42,86% группы и 8,7% всей выборки. У 8 пациентов (57,14% группы, 11,59% группы) плоскоклеточному раку предшествовал другой процесс (хронический ларингит, простая лейкоплакия гортани). ИГХ анализ проводился 7 пациентам выборки (10,14%), из них на маркер p16 2 пациентам, оба оказались ВПЧ-положительные. ВПЧ-ассоциированные опухоли были представлены плоскоклеточным раком гортани и плоскоклеточным раком небной миндалины.

Выводы. Плоскоклеточный рак ротоглотки и гортани обладает высокими

показателями выявления как первично установленное заболевание (79,7%).

Среди пациентов с впервые выявленной карциномой преобладали лица мужского пола (94,2%), по сравнению с женщинами (5,8%).

Папилломатоз и дисплазия на фоне вирусного поражения выявлены в качестве предраковых процессов по данным морфологических заключений у 8,7% пациентов.

ВПЧ-ассоциированный рак ротоглотки и гортани, подтвержденный двойным исследованием (морфологический + ИГХ) установлен у 2,9% пациентов исследуемой выборки.

Однако, следует учесть присутствие других вирусов и их совместное с ВПЧ воздействие на ткань, что требует продолжения исследований в данном направлении.

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ МЕТОДИКИ ВИЗУАЛИЗАЦИИ МИКРОКАЛЬЦИНАТОВ (MICROPURE) В ДИАГНОСТИКЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Л.Д. Котова – клинический ординатор, П.С. Гомина – молодой учёный, Н.В. Жеребцова – молодой учёный, Д.Н. Воргова – ассистент, к.м.н.

ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, Челябинск, Россия

Кафедра онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии

Научные руководители - доц., к.м.н. Г.И. Братникова, зав. каф., академик РАН, проф., д.м.н. А.В. Важенин

Актуальность. Рак молочной железы – самое распространённое (456,6 больных на 100000 населения) онкологическое заболевание женщин в России [5].

Визуализация микрокальцинатов (наряду с другими признаками) помогает оценить вероятность злокачественности образования [3].

На сегодняшний день существует множество методов для инструментальной диагностики рака молочной железы. Рентгеновская маммография в настоящее время является главным скрининговым методом диагностики, в первую очередь, благодаря тому, что данный метод исследования позволяет выявить микрокальцинаты [1, 2]. Благодаря хорошей визуализации микрокальцинатов, возможна, и очень информативна маммографическая стереотаксическая биопсия (трепан-биопсия и вакуумная аспирационная биопсия), которая, однако, несёт лучевую нагрузку на пациента и врача и очень неприятна для пациентки [1]. Ультразвуковое исследование сейчас используется в основном как вспомогательный метод. Основным недостатком ультразвукового метода исследования по сравнению с рентгеновской маммографией является плохое выявление микрокальцинатов

[2].

На сегодняшний день разрабатывается методика оптимизации ультразвукового распознавания микрокальцинатов – MicroPure, предложенная японской фирмой Toshiba (установка Aplio 500). При данной методике микрокальцинаты выделяются среди окружающих тканей и акустического шума и визуализируются в виде точечных участков белого цвета среди тёмно-синего окружения [1, 2]. Применение данной методики позволяет повысить роль эхографии в диагностике рака молочной железы [2].

Цель исследования. Оценить возможности ультразвуковой методики MicroPure в структуре инструментального исследования молочных желёз у женщин.

Материалы и методы исследования. За период с ноября 2018 года по апрель 2019 года в поликлинике ГБУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины» были обследованы 33 женщины с подозрением на рак молочной железы.

Среди обследуемых были женщины от 36 до 80 лет.

Первоначально, все пациентки обследовались рентгенологическим методом: было выполнено рентгенологическое исследование на цифровом маммографическом аппарате MAMMOMATInspiration, 2017, «Сименс», часть пациенток предоставляли маммограммы на дисках или плёнках для консультации. Затем, женщины с подозрением на злокачественное новообразование были обследованы на цифровой диагностической ультразвуковой системе Aplio 500 (Toshiba, Япония). Для диагностики использовался В-режим, режим цветового допплеровского картирования и режим MicroPure.

В дальнейшем развитии данного исследования планируется определение таких показателей, как ценность метода, диагностическая информативность: чувствительность, специфичность, точность (на основании данных цитологии и гистологии).

Результаты исследования. По результатам рентгеновской маммографии и/или томосинтеза, среди всех обследуемых женщин, микрокальцинаты визуализировались у 13 человек (39,4 %), включая 3 пациенток, у которых по рентгеновской маммографии не визуализировалось образование; макрокальцинаты были выявлены у 8 человек (24,2 %); сочетание одновременно и макро- и микрокальцинатов встретилось у 5 пациенток (15,2 %).

В режиме MicroPure, из всех обследуемых женщин, у 15 пациенток (45,5 %) были обнаружены микрокальцинаты (включая 3 пациенток, у которых по результатам ультразвукового исследования образование не визуализировалось). Размеры микрокальцинатов варьировали от 0,3 мм до 0,8 мм. В В-режиме у 4 женщин визуализировались кальцинаты.

В 7 случаях (21,2 %) микрокальцинаты, выявленные в режиме MicroPure, сочетались с выявлением микро- и/или макрокальцинатов по результатам рентгеновской маммографии

и/или томосинтеза.

У 18 обследуемых (54,5 %) микрокальцинаты в режиме MicroPure визуализировать не удалось, среди них были 9 женщин (27,3 %), у которых по результатам рентгеновской маммографии и/или томосинтеза микрокальцинаты также не были обнаружены.

По результатам рентгеновской маммографии и/или томосинтеза, оценка по классификации BI-RADS была дана всем обследуемым женщинам: категория 2 (доброкачественные структуры) выставлена образованиям 4 пациенток (12 %), категория 3 (вероятно доброкачественные структуры) определена у 6 женщин (18 %), категория 4 (подозрение на злокачественное образование) выявлена чаще всего – в 14 случаях (42 %), категория 5 (крайне высокая вероятность злокачественности) наблюдалась у 9 женщин (27 %).

По результатам ультразвукового исследования, оценка по классификации BI-RADS была дана 32 женщинам: категория 2 (доброкачественные структуры) выставлена 8 пациенткам (25 %), категория 3 (вероятно доброкачественные структуры) определена у 7 женщин (22 %), категория 4А (подозрение на злокачественное образование (вероятность наличия рака – 2-50 %)) выявлена в 3 случаях (9 %), категория 4Б (подозрение на злокачественное образование (вероятность наличия рака – 50-75 %)) была определена у 3 женщин (10 %), категория 4В (высокая вероятность злокачественности: 75-95 %) была выставлена в 8 случаях (25 %), категория 5 (крайне высокая вероятность злокачественности) наблюдалась у 3 пациенток (9 %).

Таким образом, при рентгеновской маммографии, микро- и/или макрокальцинаты были выявлены в 39,4 % случаев, при ультразвуковом исследовании в режиме MicroPure микрокальцинаты были выявлены в 45,5 % случаев. Микрокальцинаты, выявленные в режиме MicroPure сочетались с выявлением микро- и/или макрокальцинатов по результатам рентгеновской маммографии и/или томосинтеза в 7 случаях (21,2 %).

Выводы. 1. Методика оптимизации изображения MicroPure позволяет выявлять микрокальцинаты при ультразвуковом исследовании и может быть сопоставима в этом плане с рентгеновской маммографией. 2. С помощью данной программы можно проводить трепан-биопсии, ориентируясь на места скопления микрокальцинатов, под контролем ультразвука. 3. Исследование требует дальнейшего развития за счёт увеличения количества обследуемых, определения таких показателей, как ценность метода, диагностическая информативность: чувствительность, специфичность, точность (на основании данных цитологии и гистологии).

Список литературы

1. Кабин Ю.В. Применение ультразвуковой технологии улучшения визуализации микрокальцинатов (MicroPure) в диагностике рака молочной железы / Ю.В. Кабин, А.И. Громов, В.В. Капустин // Радиология – практика. – 2011. – № 6. – С. 47-53.

2. Кабин Ю.В. Современные методы ультразвуковой диагностики рака молочной и щитовидной желёз (обзор литературы): дисс. к.м.н. / Ю.В. Кабина. – Обнинск, 2013. – 121 с.

3. Фисенко, Е.П. Классификация BI-RADS в ультразвуковой диагностике новообразований молочной железы. Методическое пособие для врачей ультразвуковой диагностики / Е.П Фисенко, Н.А. Постнова, Н.Н. Ветшева. – М., 2018. – 36 с.

4. Якобс О.Э. Возможности соноэластографии при дифференциальной диагностике заболеваний молочной железы, сопровождающихся скоплением микрокальцинатов / О.Э. Якобс, Н.И. Рожкова, А.Д. Каприн // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. – 2017. – № 1. – С. 69-75.

5. Состояние онкологической помощи населению России в 2017 году / под ред. А.Д. Каприна. – М.: МНИОИ им. Герцена, 2018.

ИЗБЫТОЧНАЯ МАССА ТЕЛА И РАЗВИТИЕ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

З.М. Абдурахманова – аспирант

Кафедра онкологии с усовершенствованием врачей

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

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

Актуальность. Проблема гиперпластических процессов эндометрия (ГПЭ) не теряет своей актуальности не только в аспекте профилактики рака эндометрия, но и в аспекте сохранения фертильности женщины, учитывая всемирную тенденцию к росту возраста реализации репродуктивной функции. В частности, было установлено, что в ряде случаев ГПЭ проявляется выраженной недостаточностью прогестерона на фоне нормальных уровней эстрогенов в системном кровотоке.

Цель исследования. Изучение влияния избыточной массы тела на развитие гиперплазии эндометрия у женщин позднего репродуктивного возраста при наличии и при отсутствии хронического эндометрита.

Материалы и методы. Для решения поставленной цели были сформированы группы исследования: основная группа (n =20) – женщины позднего репродуктивного возраста с простой или комплексной неатипической гиперплазией эндометрия и признаками

хронического эндометрита по данным гистологического исследования; группа сравнения I (n=15) – женщины позднего репродуктивного возраста с простой неатипической гиперплазией эндометрия без признаков хронического эндометрита по данным гистологического исследования; группа сравнения II (n=15) – женщины позднего репродуктивного возраста, которые имели воспалительные заболевания малого таза в анамнезе, но не имели гиперпластических процессов эндометрия по данным клинического обследования. Контрольная группа – 20 здоровых женщин. Средний возраст обследованных женщин составляла 35,5±36,5 года. Женщин с морфологическими признаками андроидного ожирения и гиперандрогении, а также с сахарным диабетом не включали в исследование.

Результаты исследования. Несмотря на установленную связь гиперпластических процессов эндометрия с избыточным содержанием жировой ткани у обследованных женщин, можно ожидать, что нормализация массы тела будет способствовать улучшению эффективности лечения и профилактики рецидивов этого заболевания.

Вывод:

1. Избыток жировой ткани является независимым этиологическим фактором развития гиперпластических процессов эндометрия у женщин позднего репродуктивного возраста с гиноидным ожирением.

Нормализация массы тела является важной составляющей успешного лечения и профилактики гиперпластических процессов эндометрия у женщин позднего репродуктивного возраста.

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ДИССЕМИНИРОВАННОЙ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ СТРОМАЛЬНОЙ ОПУХОЛИ. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

А.А. Курбанов - студент 4 курса лечебного факультета

Кафедра онкологии

ФГАОУ ВО Первого МГМУ им.И.М. Сеченова Минздрава России

(Сеченовский Университет), Москва, Россия

Научные руководители: д.м.н., проф. А.Г. Абдуллаев,

д.м.н., проф., член-корреспондент РАН М.М. Давыдов

Актуальность. Гастроинтестинальная стромальная опухоль (ГИСО) - злокачественная мезенхимальная опухоль, исходящая из клеток Кахала (синонимы - телоциты, интерстициальные пейсмекерные клетки желудочно-кишечного тракта, ИПК). Среди опухолей желудочно-кишечного тракта стромальные мезенхимальные (неэпителиальные) новообразования составляют, по данным литературы, около 1 %.Все гастроинтестинальные

новообразования - это потенциально злокачественные опухоли, имеющие в основном спорадический характер. Средний показатель заболеваемости в мире составляет 1.0-1.5 случая на 100 тысяч человек в год. Ежегодная заболеваемость на 1 млн. населения составляет в Гонконге 16,8–19,6 случаев, а в Исландии 11 случаев. В США ежегодно выявляются 5000–6000 новых случаев ГИСО. Однако, проанализировав данные мировой литературы, мы ни разу не встретили описания наблюдений беременности в сочетании с канцероматозом. Именно такой клинический случай мы и хотели бы представить.

Цель исследования: демонстрация клинического случая беременности в сочетании с распространенным канцероматозом в клинической практике.

Материалы и методы. На базе ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» был проведен ретроспективный анализ истории болезни пациентки с беременностью в сочетании с распространенным канцероматозом.

Результаты и их обсуждение. В представленном случае описывается успешное ведение беременности на фоне распространенного канцероматоза, несмотря на то, что пациентке по месту жительства и во многих клиниках Москвы настойчиво было рекомендовано прерывание беременности.

Выводы: представленный нами клинический случай описывает наблюдение беременности в сочетании с гастроинтестинальной стромальной опухолью и демонстрирует, на наш взгляд, возможность изменения в исключительных случаях подходов в ведении и лечении пациентов с интраперитонеальной диссеминацией. Для этого необходимо владеть полной информацией о болезни: анамнез, гистологический тип опухоли, ее распространенность, возможность развития ближайших осложнений при росте опухоли, возможность выполнения оптимальной циторедуктивной операции при первичном обследовании и при динамическом наблюдении.

Также, данное клиническое наблюдение подчёркивает важность долгосрочного междисциплинарного подхода при ведении таких пациентов, включая хирургов, акушеров и гинекологов, неонатологов и других специалистов, что в итоге привело к благополучному родоразрешению и проведению всего необходимого спектра лечения. Определяющим фактором успеха в данной ситуации, на наш взгляд, являются своевременная диагностика, эффективная коммуникация между специалистами и своевременно выполненное комбинированное лечение.

РОЛЬ МАТРИКСНЫХ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ (ММП, ММР) В ОНКОГЕНЕЗЕ

Н.Д. Гриценко – студент 3 курса лечебного факультета, лаборант кафедры гистологии, \ цитологии, эмбриологии; А.О. Шибкина – студентка 3 курса лечебного факультета

Кафедра патофизиологии, клинической патофизиологии
ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, Волгоград, Россия
Научный руководитель - зав. кафедрой, д.м.н., проф. Л. Н. Рогова

Введение. Онкологические заболевания мочевого пузыря (МП) и мочевыводящих путей занимают 9 место из 10 самых злокачественных новообразований. Каждый год фиксируется порядка 330 000 случаев опухолей МП. 130000 умирает от данной патологии ежегодно. Факторами риска данной патологии являются:

употребление табачной продукции,

вредные воздействия – профессиональные и не профессиональные (высокий уровень мышьяка в питьевой воде, красителях, резине и т.д.; воздействие алюминия)

Возраст – рак МП чаще регистрируется у людей старше 55 лет.

Генетическая предрасположенность и семейный анамнез (наличие родственников с раком МП повышает риск развития данного заболевания у других членов семьи).

Пол – чаще выявляется у мужчин, чем у женщин. Вероятность смерти от данной патологии в мире составляет 31% у мужчин и 14% у женщин

Расовая принадлежность. Чаще выявляется у людей из Северной Америки и Африки, Европы. Реже всего у населения Юго–Восточной Азии и средней Африки.

Активность инвазивного роста и метастазирования опухолевых клеток определяются их возможностями расщеплять компоненты экстрацеллюлярного матрикса, а именно – базальную мембрану и межтканевую соединительную ткань (в частности коллаген, эластин, ламинины и т.д.). За способность разрушать структуры экстрацеллюлярного матрикса отвечают матриксные металлопротеиназы (ММП, MMP).

Цель. Изучить роль матриксных металлоротеиназ в канцерогенезе мочевого пузыря.

Материалы и методы. Анализ современных представлений о роли матриксных металлопротеиназ в развитии рака мочевого пузыря.

Результаты и обсуждения. MMP — семейство внеклеточных эндопептидаз, которые способны к разрушению всех типов белков внеклеточного матрикса. Данные ферменты играют важную роль в ремоделировании тканей, ангиогенезе, в дифференцировке, пролиферации и миграции различных клеток, апоптозе, ингибиции роста злокачественных опухолей, так же принимают участие в неоангиогенезе. На данный момент в человеческом организме выделяют 23 металлопротеиназы, которые делятся на коллагеназы , желатиназы, стромелизины и гетерогенную группу, в которую входят металлоэластаза, энамелизин, матрилизин, эндометаза, эпилизин. Металлопротеиназы, находящиеся внутри самой мембраны относят к отдельному классу.

Анализ материала показывает, что роль ММР-12 в канцерогенезе мочевого пузыря или других органов ещё малоизучено.

При изучении аденокарциномы пищевода она выявлялась в макрофагах, собственно инфильтрирующих её. Так же доказана необходимость продукции ММР-2 для реализации механизма опухолевыми клетками. Матриксные металлопротеазы исследуются как прогностические факторы опухолевого процесса. Был проведен анализ распределения частот полиморфных локусов предварительно отобранных генов ММР2, ММР9 и ММР12 в группах больных раком мочевого пузыря и в контрольной выборке практически здоровых пациентов. В эксперименте было выяснено, что генотип гена ММР2 может являться риском развития рака мочевого пузыря. В ряде исследований было выявлено, что присутствие большого количества ММР-2 связано с инвазивной стадией рака молочной железы и карциномы легкого. В некоторых источниках говорится о прямой корреляции между экспрессией ММР-2 и наличием метастаз в лимфатических узлах у больных, страдающих раком гортани. Экспрессия ММР-9 повышена в тканях, где идет процесс ремоделирования и ангиогенеза, а также в тканях прогрессирующих опухолей .

Изучения уровня экспрессии матриксных металлопротеиназ используются как маркеры рецедива опухоли при поверхностной переходной карциноме мочевого пузыря. Оказалось, что уровень экспрессии ММП-9 и TIMP-2 выше в опухолях пациентов с рецидивом если сравнивать с этими показателями у пациентов без рецидива. Можно сделать вывод о том, что уровни экспрессий мРНК ММП-9 и TIMP-2 могут использоваться для выявления риска рецидива у больных с карциномой мочевого пузыря.

Изучено не только накопление ММР в тканях, но и наличие их в биологических жидкостях, что может позволить предположить наличие развивающейся злокачественной опухоли в организме.

Таким образом, было доказано, что концентрация ММП-1, обнаруженная в моче у больных раком МП, с более поздней стадией заболевания, что подразумевает более низкий уровень дифференцировки опухолевых клеток, склонность к быстрому прогрессированию болезни, а следовательно большую смертность.

В организме наблюдается определенный баланс соотношения TIMPs/ММП в опухолях. Это приводит как правило к протеолизу тканей и пациенты с таким нарушенным соотношением имеют больше рецидивов болезни и агрессивное течение заболевания.

Выводы

Клинические исследования последние годы концентрируются вокруг изучения ММП, как противоопухолевых агентов. Доказано, что увеличенная активность ММП в тканях органа и в биологических жидкостях является характерной чертой наличия опухолевых

клеток в организме. Так же подтверждается, что ММП является отличной мишенью для проведения противоопухолевых терапий. Изучение влияния ММП может быть полезно при определении групп пациентов с повышенным количеством метастаз в органах и возможности прогнозирования рецидивов.

Список литературы

Hara I., Miyake H., Hara S. et al. // J. Urol. 2001. Vol. 165 (5). P. 1769–1772

Grignon D.J, Sakr W., Toth M. et al. // Cancer Res. 1996. Vol. 56. P. 1654.

Gilles C., Polette M., Piette J. et al. // J. Pathol.1996. Vol. 180 P. 175–180.

Gohji K., Fujimoto N., Ohkawa J. et al. // Br. J. Cancer. 1998. Vol. 77. P. 650.

Durkan G.C., Nutt J.E., Rajjayabun P.H. et al. // Clin. Cancer. Res. 2001. Vol. 11. P. 3450–3456

Reichenberger F., Eickelberg O., Wyser C. et al. // Swiss. Med. Wkly. 2001. Vol. 131 (19–20). P. 273–279.

Yoshikawa T., Suzuki K., Kobayashi O. // Gan To Kagaku Ryoho. 1998. Vol. 25 (9). P. 1461–1464.

Ганусевич И.И. // Онкология.– 2010, том 1, №1, С. 10–16.

Соловьева Н.И. // Биоорганическая химия 1998, том 24, № 4. с . 245–255

СОНОГРАФИЯ КАК МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВАРИАНТОВ АНАТОМИИ СЕДАЛИЩНОГО НЕРВА В ЯГОДИЧНОЙ ОБЛАСТИ

К.М. Ким, К.А. Козлова - студенты 410 гр. лечебного факультета

Кафедра внутренних болезней № 3 с курсами лучевой диагностики, лучевой терапии ФПКиП

УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь

Научный руководитель - к.м.н., доц. А.М. Юрковский

Актуальность. Седалищный нерв формируется общим стволом из крестцового сплетения и состоит из большеберцового и малоберцового компонентов. Большеберцовый компонент формируется из передней ветви спинномозгового нерва L4-S3 спинномозговых нервов. Общий малоберцовый компонент формируется из задней ветви L4-S2 спинномозговых нервов. Через большое седалищное отверстие покидает полость таза ниже грушевидной мышцы и идет параллельно крестцово-бугорной связке, проходит параллельно и медиальнее седалищного нерва и обладает одинаковыми с ним эхоскопическими характеристиками и одинаковыми размерами. Далее нерв раздваивается на уровне верхнего

угла подколенной ямки. Тем не менее, по данным некоторых исследований нерв раздваивается ягодичной области в 11,0 - 19,2% случаев.

Определено несколько вариантов раздвоения нерва. Так, согласно B.A. Berihu и Y.G. Debeb в 97,3% случаев раздвоения малоберцовый компонент проходил сквозь грушевидную мышцу и ниже объединялся с большеберцовым компонентом (тип 2), в 2% случаев оба компонента огибали данную мышцу и объединялись ниже ее уровня (тип 3), в 1% случаев седалищный нерв проходил через грушевидную мышцу (тип 4), случаев, когда малоберцовый компонент проходил над мышцей, а большеберцовый ее прободал, и они объединялись ниже (тип 5) ,и случаев, когда оба компонента объединялись выше мышцы и проходили над ней (тип 6), выявлены не были [2].По данным V. Varenika et al. в 12,9% случаев наблюдался тип 2, в 0,3% – тип 3 [3], по данным K. Natsis et al. В 4,1% отмечался тип 2, в 0,3% – тип 3 и столько же тип 4, тип 5 не были выявлены. Таким образом, существует вариабельность строения и пространственного положения седалищного нерва, а значит, существует и риск его повреждения при проведении диагностических и лечебных манипуляций. В связи, с чем и требуется разработка поверхностных ориентиров для проведения предманипуляционных сонографических исследований.

Цель исследования: разработка ориентиров, позволяющих получать изображение седалищного нерва в сечении, оптимальном для сонографической оценки, определить наиболее частых вариантов раздвоения седалищного нерва в ягодичной области.

Материалы и методы исследования. На первом этапе производилась оценка угла, образованного продольной осью КБС и линией остистых отростков на 33 трупах: 23 мужчин (средний возраст 63,6±12,4 лет) и 10 женщин (средний возраст 63,9±12,9 лет). На втором этапе были проведены ультразвуковые исследования 36 пациентов в возрастном диапазоне 18-28 лет (сканирование производилось в соответствии с полученными при секции ориентирами на аппарате Mindrey-7 с использованием датчиков с диапазонов частот 5–8 МГц). Статистический анализ: количественные показатели представлялись в виде медианы 25-го и 75-го перцентилей (Me 25%–75%), для сравнения значений угла между линией остистых отростков и продольной осью седалищного нерва у мужчин и женщин, а также контрлатеральных нервов использовался тест Манна-Уитни. Для оценки прогностической ценности сонографии, как метода идентификации нервных стволов, применялся ROC – анализ.

Результаты исследования. Статистически значимых различий между углами, образованными продольными осями правого и левого седалищного нерва, не было выявлено ($p = 0,5$). Статистически значимых различий между указанными параметрами у мужчин и женщин обнаружено не было ($p = 0,1$).

Продольная ось седалищного нерва и линия остистых отростков по данным сонографических исследований составили угол 20,4° (95% ДИ (19-23)), по данным морфологических исследований –21, 8° (95% ДИ (21-24)). С целью оценки качества прогностической модели, основанной на использовании указанного ориентира (диапазона 19-23˚) была определена площадь под ROC-кривой – AUC. В исследованной группе указанный показатель составил 0,86 (p = 0,001).

Тип 1 (вариант, при котором раздвоение отмечалось на уровне верхнего угла подколенной ямки) был выявлен в 44 случаях (61,1%). Раздвоение в ягодичной области было выявлено в 28 случаях (38,9%). При раздвоении в 24 случаях (33,3%) был выявлен тип 2, в 4 случаях (5,6%) – тип 3. Типы 4, 5 и 6 в исследованной группе выявлены не были.

Полученные данные, хотя и отличаются от данных других авторов (особенность данной выборки), тем не менее, они отражают общую тенденцию к доминированию такого варианта раздвоения как тип 2 (вариант, при котором малоберцовый компонент прободает грушевидную мышцу и объединяется с большеберцовым компонентом). Это означает, что уровень грушевидной мышцы уместно рассматривать как точку, где вероятность раздвоения седалищного нерва будет наиболее высокой. Эта зона должна рассматриваться в качестве зоны особого диагностического внимания при сонографическом исследовании, которое, по данным ROC-анализа, достаточно точно (AUS – 0,8) позволяет идентифицировать малоберцовый и большеберцовый компоненты седалищного нерва.

Выводы:

сонография является доступным и надежным методом определения вариантов раздвоения седалищного нерва;

обоснованно использовать в качестве поверхностного ориентира для визуализации седалищного нерва при сонографии линию, мысленно проведенную по направлению к линии остистых отростков под углом в 20,4°(95% ДИ (19-2)), что помогает быстро выводить изображение седалищного нерва и проводить адекватную оценку вариантов отхождения большеберцового и малоберцового компонентов седалищного нерва и грушевидной мышцы.

высокая инцидентность раздвоения седалищного нерва на малоберцовый и большеберцовый компоненты на уровне грушевидной мышцы предполагает проведение сонографического исследования для исключения ятрогенных осложнений при проведении диагностических манипуляций в ягодичной области.

ФАРМАКОЛОГИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ,ФАРМАКОЭКОНОМИКА И ФАРМАЦИ́Я

СРАВНЕНИЕ В РАЗНЫХ РЕГИОНАХ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЙСТВИЯ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРЕПАРАТОВ

А.С. Абызбаева – студент 317 гр. лечебного факультета

С.А. Буреева – студент 305 гр. лечебного факультета

Л.А. Таштемирова – студент 305 гр. лечебного факультета

Кафедра фармакологии

ФГБОУ ВО Оренбургский государственный медицинский университет

Минздрава Рроссии

Научный руководитель: к. м. н., доцент С.В. Сердюк

Актуальность. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП, НПВС) — лекарственные средства, которые обладают обезболивающим, жаропонижающим и противовоспалительным эффектами. Механизм их действия заключается в блокировании определенных ферментов (ЦОГ, циклооксигеназа), они отвечают за выработку из арахидоновой кислоты простагландинов и тромбоксана , которые являются посредниками и регуляторами в развитии воспаления. Данные лекарственные средства нашли широкое применение во многих сферах медицины, в том числе в лечение неврологических заболеваний.

Цель исследования:Сравнить эффективность использования селективных (нимесулид, мелоксикам) и высокоселективных (аркоксиа, целебрекс) ингибиторов ЦОГ-2 для лечения неврологических больных в различных географических зонах Российской Федерации.

Материал исследования и методы исследования:На базе психоневрологического отделения ГБУЗ «ООКПГВВ» и неврологического отделения БУ Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Окружная клиническая больница» среди пациентов, имеющих диагноз «остеохондроз позвоночника» и соответствующие неврологические проявления были проведены исследования на 1-й и на 7-й день после начала приема НПВП с помощью опросников PAIN DETECT, для проверки на наличие нейропатического компонента боли.

Результаты исследования и обсуждения. В результате проведения алгометрии было выявлено, что при приеме селективных ингибиторов ЦОГ-2 в Оренбурге сила боли снижена на 10,3 балла, а при приеме высокоселективных снижение происходило на 4,1 балла. Аналогичные исследования в Ханты-Мансийского автономном округе показали, что сила боли при приеме нимесулида и мелоксикама снизилась на 6,3 балла, а при назначении целебрекса- на 3,8 балла.

Эффективность действия селективных ингибиторов ЦОГ-2 выше, чем высокоселективных

ингибиторов ЦОГ-2, так как селективные ингибиторы ЦОГ-2 блокируют рецепторы для ЦОГ- 2, также частично происходит конкурентная блокада рецепторов ЦОГ-1[5]. Высокоселективные ингибиторы ЦОГ-2 блокируют рецепторы ЦОГ-2 и в не действует на ЦОГ-1. Таким образом, способность блокировать рецепторы и ЦОГ-2 и ЦОГ-1 делает нимесулид и мелоксикам более действенными по сравнению с аркоксиа и целебрексом[4].

Эффективность использования селективных ингибиторов ЦОГ-2 в Оренбургской области выше, чем в Ханты-Мансийском автономном округе, что можно объяснить неблагоприятными климатогеографическими особенностями Ханты-Мансийского автономного округа, дисбалансом химических элементов в почве, воде, растениях, недостаточным поступлением в организм витаминов. А в Оренбургской области господствуют более благоприятными географическими условия по сравнению с северными районами, выше доступность необходимых организму витаминов и микроэлементов, доброкачественность продуктов питания. Также, стоит заметить, что лечение высокоселективными ингибиторами ЦОГ-2, что в Оренбургской области, что в ХМАО находится примерно на одном уровне по выраженности эффекта.

Выводы. Эффективность действия селективных ингибиторов ЦОГ-2 выше, чем высокоселективных ингибиторов ЦОГ-2, а результативность использования селективных ингибиторов ЦОГ-2 в Оренбургской области, гораздо выше, чем в Ханты-Мансийском автономном округе.В свою очередь эффективность лечения неврологических заболеваний высокоселективными ингибиторами ЦОГ-2, что в Оренбургской области, что в Ханты-Мансийском автономном округе находится примерно на одном уровне.

Список литратуры:

Биккинина Г. М., Сафуанов А. Р. Нежелательные лекарственные реакции нестероидных противовоспалительных препаратов // Молодой ученый. — 2015. — №7. — С. 269-272.

Вестник новых медицинских технологий – 2010 – Т. XVII, No 2 – С. 175

Дятчина, Л. И. Нестероидные противовоспалительные препараты. Практические рекомендации по ревматологии (+ вкладыш) / Л.И. Дятчина, А.Г. Ханов. - М.: ИНФРА-М, 2014. - 305 с.

Е.Л. Насонов. Нестероидные противовоспалительные препараты (Перспективы применения в медицине). М.: "Анко". 2000. С.142.

Каратеев А.Е., Яхно Н.Н., Лазебник Л.Б. и др. Применение нестероидных противовоспалительных препаратов. Клинические рекомендации. М.: ИМА-ПРЕСС, 2009. – 351-357 с.

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ФОРМЫ С ПРОПОЛИСОМ В ТЕРАПИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК.

С.Ш.Магомедова- студентка 301 группы 3 курса лечебного факультета,
Л.Б.Абдулжелилова - студентка 301 группы 3 курса лечебного факультета
Кафедра фармакологии
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия.
Научный руководитель- доцент кафедры фармакологии,к.ф.н. Х.Н. Насрулаева

Актуальность.Прополис в народе называют «домашним доктором». Прополис используется как в виде различных лекарственных форм (мазь, настойка, капли, паста, суппозитории), так и свежем (нативном) виде. В нашей стране прополис используется в виде настойки, водного раствора, эмульсии и мази (качестве мазевой основы используют ланолин, вазелин, жир свиной очищенный. Мази и эмульсии с содержанием прополиса наносят на слизистые оболочки, кожу, раневую и ожоговую поверхность.

Цель: установление эффективности различных лекарственных форм (мази, водный раствор, настойка, эмульсия, пудра и линимент) с содержанием прополиса и изучить возможность использования препаратов прополиса для лечения воспалительных заболеваний кожи и слизистых оболочек.

Материалы и методы. Прополис обладает различными свойствами: противовирусным, противогрибковым, противовоспалительным, болеутоляющими, противомикробным. Прополис подавляет рост и размножение бактерий (бактерицидное и бактериостатическое действие). Высокая активность отмечена в отношении грамположительных бактерий, малая – в отношении грамотрицательных. Активным компонентом прополиса, оказывающим бактериостатическое и бактерицидное действие, является 10-окси-2-деценовая кислота и другие деценовые кислоты, которые извлекаются водой. Противовоспалительная активность прополиса объясняют наличием флавоноидов, влияющих на проницаемость капилляров, микроэлементов, органических кислот, полисахаридов, небольшим количеством дубильных веществ и микроэлементов –магний, кальций,алюминий, кремний и марганец.

Результаты исследования: Препаратыпрополиса стимулирует рост грануляций, что используется для лечения вяло заживающих ран. С этой целью применяются 20-30% линимент (жидкая мазь) на подсолнечном масле.

При лечении пролежней 10% прополисовая пудра более эффективна, чем мазь с антибиотиками.

На ожоговую поверхность накладывается повязка из 1-2 слоев марли на растительном масле. Компоненты прополиса усиливают разрастание эпителия, ограничивают развитие рубцов, улучшают крово- и лимфообращение, понижают проницаемость кровеносных сосудов и отечность тканей. Повязки не прилипают к ране и поэтому снятие повязок менее

болезненныи не повреждают грануляции.

Выводы: Прополис в составе различных лекарственных форм можно с успехом использовать при различных воспалительных заболеваниях кожи и слизистых оболочек.

ANTIBACTERIAL AND ANTIFUNGAL ACTIVITY OF THE PLANT SUBSTANCE CALLIGONUM APHYLLUM

Yktiyarov A.A. – student of 413 group of faculty of "General medicine"

The department of Microbiology, Virology and Immunology named after Sh.I.Sarbasova

Scientific directors: PhD, ass. prof. Bayduisenova A.U., m.b.s. Bekniyazova G.A.

Relevance. The use of various plants for medicinal purposes has been known since ancient times. Currently, despite the intensive growth of chemical production of medicines, the further study of natural pharmacologically active substances retains its close attention. This is evidenced by the fact that more than 40% of all drugs used in modern medicine, derived from plant material. Biologically active substances of vegetable origin can be one of the promising means for solving the problem of complex treatment of the inflammatory process.

Objective. The objective is study of the antimicrobial activity of the plant substance *Calligonum aphyllum* by *in vitro* and *in vivo* methods in experimental burn disease.

Materials and methods. The object of the study was substance G.15, obtained from a plant of the genus Calligonum L., which is a brown powder, odorless, slightly soluble in water. Based on the above substance, 1%, 3% and 5% solutions were developed.

The study of the antibacterial activity of substance G.15 was carried out against strains of Gram-positive bacteria – *Staphylococcus aureus* ATCC 6538, *Staphylococcus epidermidis* ATCC 12228, *Micrococcus luteus* ATCC 10240, *Bacillus subtilis* ATCC 6633, *Bacillus cereus* 537, *Bacillus pumillus* 8241, strains of gram-negative bacteria – *Escherichia coli* ATCC 25922, NSEB (*Pseudomonas aeruginosa* ATCC 9027). Antifungal activity was studied in yeast-like fungus *Candida albicans* ATCC 10231 by diffusion into agar (wells).

Drugs of comparison – *gentamicin* for bacteria and *nystatin* for yeast fungus *C. albicans.*

Results. The daily bouillon culture of museum strains of microorganisms was grown on a liquid medium pH 7.3 ± 0.2, at a temperature of 35°C for 18-20 hours. Cultures were diluted 1:1000 in a sterile 0.9% solution of sodium chloride isotonic, 1 ml of the dish with the appropriate elective nutrient media was used for the test strains studied and inoculated using the "continuous lawn" method. After drying on the surface of the nutrient agar, punching was used to form a 6.0 mm hole into which 1%, 3% and 5% of G.15 solutions and 10 μl of gentamycin were added. The plates with inoculations were incubated at 35°C, the growing cultures were counted after 24 hours.

The antimicrobial activity of the test substance G.15 was assessed by the diameter of the growth *inhibition zones of test strains (mm).* The diameter of the growth retardation zones is less than 10 mm and the continuous growth in the cup was assessed as the absence of antibacterial activity, 10-15 mm – weak activity, 15-20 mm – moderate activity, over 20 mm – pronounced. Each sample was tested in three parallel runs.Results are given in table 1.

Table 1– Antimicrobial activity of plant substance G.15

Microorganisms	Diameter of the inhibition zone of growth of microorganisms, mm				
	1% substance	3% substance	5% substance	gentamicin	nystatin
S. aureus	13±0,1	18±0,1	19±0,1	27±0,1	-
M. luteus	10±0,1	16±0,1	20±0,3	27±0,2	-
B. subtillis	17±0,1	19±0,1	19±0,1	26±0,1	-
B. subtillis L2	18±0,1	19±0,1	18±0,1	25±0,1	-
B. cereus	14±0,1	17±0,1	19±0,1	23±0,1	-
B. pumillus	17±0,2	19±0,2	18±0,3	24±0,2	-
E.coli	13±0,1	15±0,1	20±0,2	23±0,2	-
P. aeruginosa	4,1±0,1	7,2±0,1	7,5±0,2	22±0,2	-
C. albicans	5,7±0,1	14±0,2	17±0,2	-	19±0,2

The statistical processing of the results was carried out using the "Statistica 6.0" software package. The results are presented in the form of "mean ± standard error of mean value". Differences were considered significant at the achieved significance level $p < 0.05$.

Conclusion. Microbiological tests of substance G.15 indicate that 3% and 5% solutions have moderately expressed antibacterial activity against gram-positive strains of the coccal flora – *Staphylococcus aureus, Micrococcus luteus* and to the bacilli – *Bacillus subtillis, Bacillus subtillis L2, Bacillus cereus, Bacillus pumillus*.

When exposed to all doses of substance G.15 gram-negative bacteria, *Escherichia coli* had moderately expressed activity, and to non-fermenting gram-negative bacteria (*Pseudomonas aeruginosa*), the substance does not possess antimicrobial activity.

Antifungal activity of phytopreparation at high doses with respect to *Candida albicans* is estimated as moderately expressed.

ПИРОКСИКАМ В МОНОТЕРАПИИ И В КОМБИНАЦИИ С ДРУГИМИ ПРЕПАРАТАМИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

И.А Раджабова – студентка 301 группы 3 курса фармацевтического факультета

Кафедра фармакологии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - Насрулаева Х.Н., к.ф.н.,доцент

Актуальность. Пироксикам относится к сравнительно недавно внедренным в лечебную практику нестероидным противовоспалительным препаратам, однако, он довольно быстро занял высокую позицию в лечении воспалительных заболеваний суставов. Его действие состоит в торможении циклооксигеназы, но в отличии от индометацина, его реакция обратимая.

Цель исследования. Целью настоящей работы является переоценка и углубленное изучение действия препарата Пироксикам при лечении ревматоидного артрита.

Материалы и методы исследования Статистическому анализу подвергли наблюдения и данные истории болезни: показателя воспалительной активности у больных ревматоидным артритом до лечения и после 30-дневного лечения Пироксикамом. При этом использовался тест зависимых пар и тест Studenta (уровень достоверности – a=0,01).Статистические выводы выявили очень высокую эффективность препар**ата.**

Результаты исследования: Пироксикам хорошо всасывается из пищеварительного тракта полностью- примерно через 2 часа, а самая высокая его концентрация в сыворотке крови наблюдается по истечении 4 часов. Период полураспада Пироксикама составляет 39-46 часов, что позволяет назначать его 1 раз в сутки. Он легко проникает через тканевые барьеры и достигает высокой концентрации на месте воспаления. Было установлено, что при ревматоидном артрите около 30% пироксикама проникает из сыворотки крови в суставную жидкость, а также в воспаленную синовинальную оболочку [1]. Действие препарата связано также с ростом присоединения глюкопротеидов хондроцитами организма человека, что имеет дополнительную ценность, особенно при лечении дегенеративного артрита.

Пироксикам находит применение прежде всего при лечение ревматоидного артрита анкилозирующего спондилита, подросткового воспаления суставов, а также дегенеративного артрита. Полная терапевтическая активность препарата наблюдается в первые дни после начала лечения. Проведенные в последнее время исследования суставной жидкости у наблюдаемых больных показали существенное снижение количества гранулоцитов в течении 24 часов после начала лечения.С. Данкеи с соавторами [2] выявили корреляцию между степенью клинического улучшения у больных с ревматоидным артритом, лечащихся Пироксикамом, и концентрацией препарата в суставной жидкости. Переносимость Пироксикама оценивают очень высоко [3], что позволяет назначать препарат продолжительное время. Нежелательные явления появляются исключительно в виде

нарушений со стороны пищеварительного тракта, кожной сыпи и сверхчувствительности. В ходе продолжительного назначения препарата (в среднем в течении 7-8 лет) в группе 30 пожилых женщин с дегенеративным артритом отменили препарат только в одном случае, осложненном язвенной болезнью желудка [4]. Проведенные нами исследования подтверждают противовоспалительное и болеутоляющее действие пироксикама и его хорошую переносимость, в том числе и в форме свечей.

Выводы:

1.Пироксикам является сильнодействующим, противовоспалительным препаратом, эффективным при лечении ревматоидного артрита

2.Пирорксикам существенным образом влияет на снижение воспалительной активности болезненного процесса с последовательным повышением двигательной способности больных

3.Пироксиам хорошо переносится больными и дает не большие побочные эффекты

4.Назначаемый в форме свечей не проявляет местного раздражающего действия

5. Назначаемый в дозе 20-30мг в сутки не вызывает ни роста уровня щелочной фосфатазы, ни изменений в моче.

1. Закс А.С..Вершинин А.Т..Медведеза А.С.,Софронова Л.І1. О противовоспалительном действии пироксикама // Регуляция иммунного ответа: Сб.статей.-Пермь,2016.-С.40-44.

2. Болотская Н.З..Вершинин А.Т. Влияние пироксикама и вольтарена на здъювантный артрит у крыс // Регуляция иммунного ответа: Сб.статей.-Пермь,' 2006. - С.44-51.

3. Закс А.С.,Вершинин А.Т. Противовоспалительная, анальгетическая и жаропонижающая активность пироксикама //"Фармаколлогия и научно-технический прогрес»: Тез.докл. У1 Междунородного съезда фармакологов. - Ташкент, 2011. -С. 135.

4. Вершинин А.Т., Голдобина Г.З. Противовоспалительный эффект и фармакокинетика пироксикама // Оценка фармакологической активности химических соединений: принципы и подходы: Международная научная конференция, 15-19 ноября 2012г. - Москва, 2012. - С.60.

ФИТОХИМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ФАЦЕЛИИ ПИЖМОЛИСТНОЙ (PHACELIATANACETIFOLIABENTH.)

П.А. Шейхмагомедова – студентка 309 гр. фармацевтического факультета

Кафедра фармакогнозии, ботаники и технологии фитопрепаратов

Пятигорский медико-фармацевтический институт–филиал ФГБОУ ВО «ВолгГМУ» МЗ РФ

Научный руководитель-профессор кафедры фармакогнозии, ботаники и технологии фитопрепаратов, профессор, д.ф.н. О.И.Попова.

Актуальность. Особый интерес среди растений, используемых в качестве медоносных, представляет фацелия пижмолистная (PhaceliatanacetifoliaBenth), семейство водолистниковых (Hydrophyllaceae). Растение интересно не только как сильнейший медонос, а также как сидерат. В народной медицине Западной Сибири мед на основе фацелии используется для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта, с целью снятия нервного напряжения, улучшения сна, а также в качестве общеукрепляющего средства [3].

Родиной фацелии пижмолистной является юго-запад США, встречается на территории Калифорнийской долины и пустыни Калифорнии, а также Нижней Калифорнии. В «IllustratedFloraofthePacificStates: Washington, Oregon, California» автора LeroyAbrams (1951) дана подробная характеристика морфологических особенностей фацелии пижмолистной, а также во Флоре СССР и Флоре Кавказа [1, 2, 3].

Растение однолетнее, 20-120 см высотой, шероховато-пушистое или щетинисто-волосистое, покрытое густыми короткими и редкими длинными белыми волосками; стебель прямой, ветвящийся или простой, зеленый, иногда красно-фиолетовый; листья очередные, перисто-рассеченные, неравномерно пильчато-зубчатые; цветки многочисленные, без прицветников, почти сидячие, собранные в колосовидные, длинные (3-8 см), густые соцветия; чашечка 6,5-7 см, мохнатая, венчик розово-голубой, 8 см, голый, колокольчатый, с ушками, пятилопастный; тычинок 5 [1, 2, 5].

Целью исследования явилось фитохимическое исследование травы фацелии пижмолистной в плане обоснования возможности применения данного растения в медицине и фармации.

Материалы и методы исследования. Для проведения фитохимического исследования использована трава фацелии пижмолистной, собранная в фазу цветения в 2018 году на опытном участке ФГБНУ «Северо-кавказский научный агрономический центр», г. Михаловск. Сушку сырья проводили естественным путем под навесом без прямого попадания солнечного света. Сырье измельчали до размера частиц 1-2 мм. Образцы сырья травы фацелии пижмолистной экстрагировали спиртом этиловым различной концентрации (40%, 70%, 96%) в соотношении 1:10 в колбе с обратным холодильником на водяной бане в течение 30 минут, затем фильтровали. В спиртовых извлечениях качественно определяли фенольные соединения. Таким же образом получали водное извлечение, но время нагревания на водяной бане составило 60 минут. В водном извлечении определяли полисахариды, дубильные вещества, сапонины, аминокислоты.

Спиртовые извлечения использовали для хроматографического анализа, которые наносили на хроматографические пластинки «Сорбфил ПТСХ-АФ-Ф-УФ» и «Silufol-УФ-254» с помощью капилляра в объеме 5 мкл. Хроматографирование проводили со стандартными образцами рутина, кверцетина, лютеолина, галловой, кофейной и хлорогеновой кислот в

хроматографических камерах со смесью растворителей бутанол – уксусная кислота – вода (БУВ - 4:1:2) – система №1, БУВ (4:1:5) – с. №2, хлороформ – этанол – вода (3:2:1) – с. №3, хлороформ – спирт метиловый – вода (10:5:1) – с.№4. Оптимальной можно считать систему №1. Длина пробега составила 10 см. Проявление хроматограммы проводили в УФ-свете [4].

Результаты исследования. Со спиртовыми извлечениями проводили: цианидиновую пробу – наблюдали появление желтого окрашивания; борно-лимонную реакцию – ярко-желтое окрашивание; с раствором ацетата свинца – желтый осадок; с алюминия хлоридом – буро-зеленое окрашивание; с железа (III) хлоридом – зелено-черное окрашивание.

В водном извлечении определяли дубильные вещества с раствором железо-аммониевых квасцов, органические кислоты хроматографическим методом, полисахариды – осаждение спиртом 96%, тритерпеновые сапонины по реакции Либермана-Бурхарда, свободные аминокислоты со спиртовым раствором нингидрина.

Хроматографическим методом на основании значений Rf и окраске зон адсорбции идентифицировали рутин, лютеолин, кверцетин, галловую и кофейную кислоты.

Определение показателей качества сырья фацелии пижмолистной (таблица 1) проводили по методам ГФ XIV издания [6].

Таблица 1. Показатели качества фацелии пижмолистной травы.

№ п/п	Показатель	Содержание, %
1	Влажность	7,84±0,21
2	Зола общая	5,96±0,23
3	Зола, нерастворимая в хлористоводородной кислоте	1,45±0,06
4	Экстрактивные вещества (экстрагент) -вода -спирт этиловый 40% -спирт этиловый 70% -спирт этиловый 96%	 24,67±0,24 26,32±0,25 20,46±0,31 15,81±0,52

Количественное определение флавоноидов в траве фацелии пижмолистной проводили методом дифференциальной спектрофотометрии, основанным на реакции комплексообразования с алюминия хлоридом. Расчет суммы флавоноидов проводили в пересчете на рутин, так как в спектрах поглощения исследуемого извлечения с алюминия хлоридом максимум поглощения наблюдали при длине волны 390 нм, который совпадает с максимумом поглощения комплекса СО рутина с алюминия хлоридом. Полученные данные приведены в таблице 2.

Таблица 2. Содержание флавоноидов в траве фацелии пижмолистной.

№ п/п	Спиртовое извлечение, x%	Метрологические характеристики
1	0,54	Xcp=0,54
2	0,53	S=0.0098
3	0,56	Scp=0.0040
4	0,55	Tp(t)=2.57
5	0,54	ΔX=0.0103
6	0,53	E%=2.14

Экспериментальные исследования показали, что содержание флавоноидов в траве фацелии пижмолистной составляет 0,54±0,01 в пересчете на рутин.

Выводы. Качественными реакциями в траве фацелии пижмолистной обнаружены фенольные соединения (флавоноиды, дубильные вещества, фенолкарбоновые кислоты), полисахариды, сапонины. Хроматографическим методом анализа предварительно идентифицированы рутин, кверцетин, лютеолин, галловая и кофейная кислоты. Установлено, что трава фацелии пижмолистной представляет интерес для дальнейшего фармакогностического исследования.

Библиографический список:

Флора СССР: В 30-ти т. М.-Л.: Издательство АН СССР, 1953. – Т. XIX. – С.96-97.

Гроссгейм, А.А. Флора Кавказа/А.А.Гроссгейм. – М.-Л.:1967. – Т.7. – С.240.

Попова Н.В., Литвиненко В.И. Лекарственные растения мировой флоры. Харьков: СПДФЛ, 2008. – 510с.

Флавоноиды: биохимия, биофизика, медицина / Ю.С.Тараховский и др. Пущино: Synchrobook, 2013. – 310 с.

Попов И.В. Изучение трудозатрат при разработке лекарственного растительного сырья // Вестник пермской государственной фармацевтической академии. 2010. № 7. С. 160-163.

http://femb.ru/femb/pharmacopea.php

КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ТАРИВИД ДЛЯ ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИЙ КОЖИ, МЯГКИХ ТКАНЕЙ И СКЕЛЕТА

Р.З.Загиров - студент 331 группы 3 курса лечебного факультета

Кафедра фармакологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель- Х.Н.Насрулаева, к.ф.н., доцент

Актуальность На протяжении последних лет все яснее стали отдавать себе отчёт в важности дифференцированного применения антибиотиков с целью ограничить развитие и распространение резистентности к антибиотикам и снизить затраты на лечение больных.

Поскольку этиология инфекций кожи, мягких тканей и скелета является разнообразной, а последствия неправильного лечения зачастую серьезными и дорогостоящими, важно при назначении антибиотиков выбирать такой препарат, который обладает широким спектром активности и таким фармакокинетическим профилем, который позволяет быстро и эффективно снимать симптомы.

Цель исследования Некоторые инфекции кожи могут казаться незначительными, однако в результате могут развиться тяжёлые и серьезные заболевания, например остеомиелит, возникающий за счёт стафилококковой инфекции в фурункуле. Другие инфекции также имеют значительную социальную и экономическую важность. Сюда относится септицемия и послеоперационные абсцессы. Такие заболевания не только удлиняют срок нахождения в больнице, но также способствуют большей заболеваемости и летальности.

Материалы и методы. ТАРИВИД представляет собой новый антибиотик, который высокоэффективен при лечении большинства инфекций в условиях больницы и общемедицинской практики; одним из его преимуществ является то, что он практически не индуцирует резистентности бактерий. Его исключительно благоприятный фармакокинетический профиль, особенно высокая способность создавать терапевтически эффективные концентрации в тканях делают ТАРИВИД отличным средством выбора для лечения инфекций кожи, мягких тканей и скелета Таривид обладает широким спектром действия на возбудителей инфекций. Широкий спектр действия особенно важен в тех случаях, когда речь идёт о крупномасштабных ортопедических или абдоминальных операциях, когда аэробные Enterobacteriacea и анаэробные Bacteroides spp. могут действовать в комбинации, вызывая более серьезные инфекции по сравнению с теми, которые могут возникать за счёт указанных возбудителей индивидуально. ТАРИВИД обладает широким спектром активности, перекрывающим все важные в клиническом плане аэробные и анаэробные грамположительные и грамотрицательные возбудители, включая тех, которые показаны ниже: Возбудитель, обычно вызывающий инфекцию Staph. aureus Strep. pyogenes P. aeruginosa Bacteroides spp. Staph. Epidermitis Обычные транзисторные микроорганизмы Staph. aureus E. coli Klebsiella spp. Таривид предоставляет собой 4-хинолон и ключом к его успеху является его механизм действия, который реализуется за счёт подавления ДНК-гиразы, бактериального фермента, который вызывает «сверхспирализацию» тяжей ДНК, чтобы обеспечить её стабильность. Таривид разрывает цепи ДНК бактерии, дестабилизирует бактериальную хромосому и вызывает гибель бактерии. ТАРИВИД при лечении инфекций кожи и мягких тканей. Инфекции кожи и мягких структур. Типичный пример инфекции кожи и мягких тканей имел место у больного с большим болезненным и набухшим нарывом на задней стороне шеи. Видно, что нарыв содержит гной с многочисленными точками

дренажа. История болезни показывает, что этот больной страдал фолликулитами, т.е. кожными инфекциями, связанными исключительно с волосяными фолликулами, без вовлечения окружающих тканей и слоев кожи. Фурункул, который раньше был игнорирован, развился теперь в значительно больший и болезненный нарыв, который можно назвать карбункулом . Большие гнойники и карбункулы не только требуют хирургического дренажа, но также и системного антимикробного лечения, чтобы предотвратить местное распространение инфекции, особенно из таких локализаций, как область вокруг лица и шеи, поскольку попадание инфекции в пазухи может привести к серьезным последствиям. Staphylococcus aureus, являющийся обычно возбудителем таких инфекций, резистентен к пенициллину, поэтому препаратом выбора является антистафилококковый препарат, такой как ТАРИВИД. ТАРИВИД следует назначать до проведения хирургического дренажа и в тех случаях, когда для этого есть возможно, гной, полученный при дренаже, должен подвергаться высеву для подтверждения идентификации микроорганизма возбудителя. Лечение следует продолжать до исчезновения всех признаков воспалительного процесса.

Выводы.ТАРИВИД дает индекс излечения, составляющий 95%, и вызывает исчезновение всех возбудителей. Антибиотикотерапия с помощью ТАРИВИДА в комбинации с дренажом раны или ее очисткой снимала симптомы инфекции у 60% больных в пределах шести дней лечения, по сравнению лишь с 31% больных, леченных доксициклином. К девятому дню 89% больных не предъявляло никаких жалоб. У ТАРИВИДА - ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО БЛАГОПРИЯТНЫЙ ФАРМАКОКИНЕТИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ. Практически 100 - процентная биодоступность. Максимальные концентрации в сыворотке достигаются через 30 - 60 минут. Терапевтическая активность в очаге инфекции. Время полувыведения из сыворотки составляет 6 - 7 часов. Связывание с белком минимально. Выделение из организма является почти полным, в неизменной форме, через почки - 94% за 72 часа после однократной дозы, равной 200 мг.

ТАРИВИД не следует назначать детям во время фазы роста, а также беременным женщинам и кормящим матерям. Больные с судорожными заболеваниями должны получать ТАРИВИД только в том случае, если у них проводится достаточная противосудорожная терапия. Клинические испытания показали, что ТАРИВИД хорошо переносится, причем частота побочных эффектов составляет лишь 3%. Угнетение кишечной флоры не происходит, а взаимодействия с другими лекарственными препаратами не отмечается.

ИММУНОМОДУЛИРУЮЩИЕ СВОЙСТВА ПРЕПАРАТА ЛЕВАМИЗОЛ

З. А. Ашурова - Студентка 307 группы 3 курса лечебного факультета

Кафедра фармакологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель: Насрулаева Х.Н.- к.ф.н.,доцент

Актуальность Иммунологические эффекты, отмеченные в экспериментальных условиях, обосновывали предположение, что Левамизол может быть использован в клинической практике как средство иммунотерапии, принципиально для лечения всех заболеваний, возникающих на фоне поражения функционального состояния Т-лимфоцитов, макрофагов или гранулоцитов.

Материалы и методы исследования. Левамизол-левовращающий изомер синтетического хлористоводородного тетрамизола (тетрагидрофенилимидазотиазол)-простое производное имидазотиазола стало известным как противоглистный препарат. Но также благодаря *антианергическому* свойству может быть применен также в иммунотерапии

Эффект Левамизола наступает быстро и сохраняется непродолжительно. Быстро всасывается из желудочно-кишечного тракта или с места укола. В человеческом организме после приема разовой оральной дозы 150 мг достигает максимума уровня в плазме (ок. 0,7 мкг/мл =3×10-6 М) спустя 1-2 часа, время полувыведения из плазмы равняется около 4 часа. Препарат метаболизирует в печени, за два дня полностью выделяется из организма.

Важнейшим метаболическим продуктом является активное соединение, образованное открытием серосодержащего кольца тиолового компонента, содержащее свободную сульфгидрильную группу- дл-2-оксо-3-(2-меркаптоэтил)-5 фенил-имидазолин (ОМПИ). Исследования показали, что Левамизол может восстановить пораженные функции Т-лимфоцитов и фагоцитов (макрофагов или нейтрофильных гранулоцитов) и посредством «тимомиметического» действия регулирует прежде всего клеточные механизмы иммунной системы. В клинической практике был применен в случае патологических процессов, при которых нарушение иммуногомеостаза считается существенным: при первичных или вторичных иммунодефицитных состояниях, аутоиммунных заболеваниях, хронических и рецидивирующих инфекциях и опухолевых заболеваниях

Основная задача иммунной системы состоит в выявлении разницы между «собственным» и «чужеродным» и в устранении чужеродных структур. Всё это происходит посредством «каскада» иммунных процессов, в котором можно различать следующие основные этапы: распознавание «чужеродного» антигена → образование медиаторов воспаления→ собирание эффекторных иммунных клеток, накопление и активация последних на месте иммунной реакции. Если любой из перечисленных этапов нарушается, то может возникать перзистенция антигена и связанное с этим заболевание, например, хроническая инфекция или опухоль, или же хроническое воспалительное состояние, в котором часто понижена активность Т-клеток и повышена активность В-клеток, выработка автоантител и иммунокомплексов.

Результаты исследования Заболевания, в лечении которых иммуномодулирующий эффект Левамизола оказывался используемым, могут быть распределены на три основных группы:

Иммунодефицитные, аллергические и автоиммунные заболевания

Хронические и рецидивирующие инфекции

Злокачественные опухоли

Встречаются врожденные или приобретенные поражения лимфоцитов, фагоцитов или комплементной системы. Такие больные предрасположены к вирусным, грибковым, бактериальным или вызванным протозойными инфекциям, часто болеют хронической или рецидивирующей инфекцией кожи, верхних дыхательных путей или лёгких, возможно экземой. Левамизол до сих пор был применен при следующих иммунодефицитных состояниях Е- или И-клеток: гипогаммаглобулинемия типа Брутона, приобретенная гипогаммаглобулинемия, селективный дефицит IgA или IgM, тяжелая комбинированная иммунная недостаточность, иммунодефицит, сочетанный с атаксией телеангиэкстазист синдром Вискота-Алдрича и болезнь Дауна. Приблизительно у ⅔ детей, страдавших иммунодефицитом Т- или В-клето, удалось постепенно уменьшить частоту и тяжесть инфекций 1-2 летним курсом лечения левамизолом.

Иммуномодулирующие свойства Левамизол также широко применяются для лечения больных, страдающих различными дерматологическими заболеваниями. Они наблюдали улучшение –в том числе-при герпетиформных дерматитах (болезнь Дюринга), пустулезных псориазах, витилиго, келоидах, красных лишаях, многообразных и узловатых эритемах.

Рецидивирующие или хронические бактериальные, вирусные или грибковые инфекции встречаются также у больных, не страдающих очевидным иммунодефицитным состоянием. Всё-таки, какое-то расстройство иммунных механизмов можно предположить и в таких случаях, как и было выявлено поражение функций Е-лимфоцитов или фагоцитов при различных рецидивирующих или хронических инфекциях.

Определенные патогенные агенты могут сами угнетать временно иммунный ответ при инфекции, это так называемое явление иммунорепульсии. Затяжной иммунорепульсии приписывают, например, замедленное выздоровление при гриппе, кори или вирусном гепатите. Левамизол был применен при рецидивирующих и при хронических инфекциях.

Выводы Подытоживая клинические наблюдения по применению левамизол в качестве иммуномодулирующего препарата для лечения поразительно многих патологических процессов, нельзя сказать, что левамизол самостоятельно способен решить проблемы лечения упомянутых заболеваний. В значительной части случаев, однако, воздействием на функцию иммунной системы может способствовать выздоровлению или увеличить эффективность других методов лечения.

Следует отметить и то, что благоприятное изменение иммунологических лабораторных показателей не всегда сочетано со значительным клиническим улучшением, в других же случаях лечебный эффект не отражается на изменении лабораторных параметров.

Безусловно следует исходить из того, что левамизол должен быть применен особой осмотрительностью, по правилам показания. Несмотря на указанные проблемы следует стараться к подтверждению функционального расстройства, на которые, предполагаемо, левамизол оказывает действие, при помощи современных иммунологических исследований. Во время курса лечения также нельзя обойтись без важнейших иммунологических проб. Все это сводится к тому, что данный метод лечения осуществим в определенных объективных обстоятельствах – на фоне соответствующей работы иммунологической лаборатории.

Библиографический список

1. Ершов Ф.И. Антивирусные препараты. Справочник. М., Медицина, 1998. С-

2. Хаитов Р.М., Пинегин Б.В. Иммуномодуляторы и некоторые аспекты их клинического применения. Клин. мед., 1996, т. 74, № 8, с. 14

3.Лесков В.П. Иммуностимуляторы. Аллергия, астма и клиническая иммунология, 1999, № 4, с. 12-25.

4. Михайлова А.А. Индивидуальные миелопептиды – лекарства «нового по коления», используемые для иммунореабилитации. Int. J. Immunoreabil, 1996, № 2, с. 2731.

5 Машковский М.Д. Препараты, корригирующие процессы иммунитета (им муномодуляторы, иммунокорректоры). В кн.: Лекарственные средства (По собие для врачей). 1993, Часть II, с. 192209.

ГЕСТАЦИОННЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ. ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПОДХОД.

Мингалиева А.Р. студентка 223 группы лечебного факультета

Кафедра Фармакологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - к.м.н. Ханмурзаева Н.Б.

Актуальность проблемы лечения гестационного пиелонефрита (ГП) характерна для всех стран Европы. Только в США распространенность нозологии среди всех нозокомиальных инфекций около 45%. Снизить стационарный пиелонефрит при беременности не удается, несмотря на использование эффективных антисептиков и тщательного соблюдения гигиены. Около 2 млрд долларов тратит Америка ежегодно на стационарное лечение почечного воспаления.

Распространенность пиелонефрита при беременности – около 10%. Это самое частое заболевание, выявляемое при вынашивании ребенка и несмотря на успешность диагностики и лечения инфекций мочевыводящих путей, оно продолжает оставаться одной из наиболее значимых областей современной медицины[1, 2].

Целью настоящей работы явилось изучение подходов к лечению пациентов с гестационным пиелонефритом.

Пиелонефрит прочно занимает лидирующее место в структуре заболеваний почек у женщин репродуктивного возраста [3, 4]. В большинстве случаев, воспаление локализируется в правой почке.

При беременности критическими сроками развития пиелонефрита считают 24-26-ю и 32-34-ю недели гестации. Неспецифичность процесса обусловлена разной флорой, выявляемой у беременных женщин. В большинстве случаев заболевание провоцируется Escherichia coli (кишечная палочка обнаруживается в 70-90% случаях заболевания), а в случае нозокомиальных инфекций встречаются Proteus, Pseudomonas, Klebsiella, Serratia, Enterobacter, Enterococcus faecalis, Staphylococcus saprophyticus, что впоследствии является причиной повышения резистентности к терапии.

Проблемы с уродинамикой, дисбаланс выделения прогестерона, а также гормональные нарушения, – это факторы, обуславливающие серьезные последствия для ребенка при беременности. Склонность к запорам, искривление мочеточников, замедление выделения мочи, удлинение лоханки, затруднение почечного кровоснабжения формирует благоприятный фон для размножения вирулентных бактерий. Первопричиной, провоцирующей развитие ГП, становится существенное расширение просвета мочеточников и нарушение тонуса гладкой мускулатуры в их стенке (что приводит к быстрому распространения инфекции по мочевой системе), а также нарушение нормального пассажа мочи по мере прогрессирования беременности (мочеточники сдавливаются растущей маткой). При данной патологии прослеживается повышение артериального давления, что сопровождается развитием стойкой гипертензии, которая регистрируется у 20% беременных. Диагностировать патологию на ранних стадиях проблематично, так как хроническая форма заболевания в 10% случаев никак себя не проявляет, или клинические симптомы заболевания нивелируются проявлениями токсикоза.

Материалы и методы исследования.

Для снижения последствий заболевания существует ряд правил, которые необходимо соблюдать. Базовую основу антибактериальной терапии пиелонефрита составляет этиотропное воздействие, своевременность начала и оптимальная продолжительность лечения, быстрая смена антибиотиков и коррекция схем лечения при получении новых

данных о возбудителе. При проведении терапии следует уделить особое внимание выбору рациональной комбинации антибактериальных препаратов, осуществить переходе на монотерапию после идентификации возбудителя. Лечения пиелонефрита начинают эмпирически и недопустимо его откладывать до получения результатов посева мочи и определения чувствительности к антибактериальным препаратам [5, 10,].

Арсенал медицинских препаратов достаточно обширен, чтобы предотвратить последствия для ребенка при пиелонефрите у беременной.

Позиционная дренирующая терапия позволяет восстанавливать отток мочи из почечной лоханки: беременную укладывают на здоровый бок или в коленно-локтевое положение. Одновременно рекомендовано назначать спазмолитические средства: баралгин (5 мл в/м), папаверин (2% - 2 мл р-р в/м), дротаверин (2 мл в/м). Катетеризация лоханки, используемая для отведения мочи с помощью установки мочеточникового катетера или стента показана при отсутствии эффекта от проводимой терапии.

В случае отсутствия положительной динамики через 48-72 ч, ориентируясь на данные бактериологического исследования мочи о чувствительности возбудителя, показана смена антибиотиков.

Результаты исследования. При леченииГП упациенток в первом триместре беременности, который приходится на период органогенеза, для предотвращения эмбриотоксичности применяются только малотоксичные природные и полусинтетические пенициллины, подавляющие многие грамнегативные и грампозитивные бактерии. Оптимальные антимикробные средства, по результатам исследований, - ингибиторозащищенные аминопенициллины, применение которых позволяет преодолевать резистентность энтеробактерий и стафилококков, продуцирующих β-лактамазы [4,]. Перечень антибактериальных препаратов и режим их введения для лечения гестационного пиелонефрита в I триместре беременности приведен в таблице 1.

Амоксициллин/клавуланат - препарат выбора при лечении инфекций мочевыводящих путей у беременных. В данное время его можно применять начиная с ранних сроков гестации. Амоксициллин/клавуланат обладает высокой степенью безопасности и высоко активен в отношении Escherichia coli (частота резистентности менее 3,5%). Амоксициллин/клавуланат рекомендован к использованию в качестве препарата первой линии, ввиду выявленной низкой частоты развития резистентности со стороны частых возбудителей пиелонефрита.

Во II и III триместрах беременности спектр препаратов может быть расширен. В этом сроке органогенез плода завершён, функционирующая плацента выполняет барьерную функцию по отношению к некоторым противовоспалительным и антибактериальным препаратам. На этом этапе безопасным будет использование природных и полусинтетических

пенициллинов, макролидов, цефалоспоринов, также в качестве II этапа лечения могут применяться нитрофураны (табл. 2) [7, 8, 10].

Таблица 1*Режим дозирования антибактериальных препаратов для терапии пиелонефрита в I триместре беременности*

Препарат	**Перорально**	**Парентерально**
Ампициллинн/клавулант	0,625 г 3 раза в сутки	1,2 г 3 раза в сутки
Ампициллин/сульбактам	-	1,5-3,0г 2-4 раза в сутки
Тикарциллин/ клавулант	-	3,1 г 4 раза в сутки
Пиперциллин/тазобактам	-	2, 25 -4,5 3-4 раза в сутки

Таблица 2. *Режим дозирования антибактериальных лекарственных средств для терапии пиелонефрита во II- III триместрах беременности*

Препарат	**Перорално**	**Парентераьно**
Цефуроксим	-	0,75- 1,5 г 3 раза в сутки
Цефуроксим аксетил	0,25-0,5 г 2 раза в сутки	-
Цефоперазон	-	2,0 г 3-4 раза в сутки
Цефтриаксон	0,375-0,625 г 3 раза в сутки	1,2 г 3 раза в сутки
Цефриаксим	-	1,0-2,0г 3 раза в сутки
Азитромицин	0,25-0,5 г 1 раз в сутки	0,5 г 1 раз в сутки
Офлаксицин	0,2-0,4 г 2 раза в сутки	-
Пефлоксацин	0,4 г 2 раза в сутки	0,4 г 2 раза в сутки

Таблица 3*Режим дозирования антибактериальных лекарственных средств для терапии пиелонефрита в послеродовом периоде*

Препарат	**Преорально**	**Парентерально**
Ампициллин/ клавулант	0, 625 г 3 раза в сутки	1,2г 3 раза в сутки
Ампициллин/сульбактам	-	1,5-3,0 г 4 раза в сутки
Тикарцилин/ клавулант	-	3,1 г 4 раза в сутки
Пиперациллин/тазобактам	-	2,25-4,5 г 3-4 раза в сутки
Цефуроксим аксетил	0,25 -0,5 г 2 раза в сутки	-
Цефоперазон	-	2,0г 3-4 раза в сутки
Цефтриаксон	0,375-0,625 г 3 раза в сутки	1,2 г 3 раза в сутки
Меронем	-	0,5 г 3-4 раза в сутки
Офлоксацин	0,2-0,4 г 2 раза в сутки	0,2-0,4 г 2 раза в сутки

Пефлоксацин	0,4г 2 раза в сутки	0,4 г 2 раза в сутки
Моксифлоксацин	0,4 г 1 раз в сутки	0,4 г 1 раз в сутки
Котримоксазол	0,96 г 2 раза в сутки	-

В связи с доказанными высокими общемировыми и региональными показателями резистентности, не рекомендуются к назначению такие препараты как аминопенициллины. Цефалоспорины I поколения (цефазолин, цефалексин и цефрадин) слабо активны в отношении Escherichiacoli. Нецелесообразным станет применение эритромицина, ровамицина, мидекамицина, норфлоксацина, так как они накапливаются в малой концентрации в мочевых путях [4, 6, 10, 11]. Продолжительность терапии около 10 дней.

Для усиления терапевтического эффекта, антибиотики во II и III триместрах беременности комбинируют с антибактериальными препаратами, такими как 5-НОК (нитроксолин), фурагин, невиграмон.

5-НОК — препарат, избирательный в отношении возбудителей инфекции мочевыводящих путей. Фурагин — средство нитрофуранового ряда, наиболее приемлемое во время гестации и рекомендованное на ранних этапах лечения пиелонефрита беременных. Препарат определяется в максимальных количествах в интерстициальной ткани почек и лимфе.

При подборе доз антибактериальных препаратов важно учитывать их фетотоксичность: в течение всего периода беременности избегать использования фторхинолонов; сульфаниламиды противопоказаны в I и III триместрах; прибегать к применению аминогликозидов только по жизненным показаниям [4, 9]. Выявленная тетрациклиновая тератогенность, пробелы в чувствительности рифампицина, линкозамидов, гликопептидов (отсутствие действия на грамотрицательную флору) вытесняют данные противомикробные средства из списка препаратов выбора.

Использование растительных уросептиков - это рациональный путь для предотвращения последствий для ребенка. Широко известным препаратом данной группы является канефрон Н. Препарат растительного происхождения, на основе листьев розмарина, обеспечивает диуретическое; противовоспалительное; антибактериальное, спазмолитическое; антисептическое действие, что является его несомненным достоинством при хроническом воспалении мочеиспускательного тракта. Удаление с мочой фенокарболовых кислот, сульфатированных, глюкуронидированных метаболитов изменяет кислотность урины. Бифлавоноиды, входящие в состав препарата, обеспечивают удаление микроорганизмов из мочевых путей. Повышается выделение мочевой кислоты, что препятствует формированию мочевых конкрементов.

Важной составляющей дезинтоксикационной терапии при осложнённых формах ГП является применение экстракорпоральных методов детоксикации, такой как плазмаферез. Плазмаферез приводит к устранению дефицита клеточного и гуморального иммунитета.

Существенное место при ГП занимает вопрос питания беременной женщины. Обязательное использование молочно-растительной диеты позволяет без дополнительного использования лекарственной терапии изменить кислотность мочи, что помогает уменьшить воспалительную реакцию в лоханках почек.

Вопрос о объеме жидкости, которую должна выпивать женщина при пиелонефрите во время беременности, нужно согласовывать с врачом в индивидуальном порядке.

Резюмируя, следует рекомендовать всем беременным женщинам обязательное проведение контрольного анализа мочи не реже 1 раза в месяц на протяжении I триместра (до 12 недели), 1 раза в 2 недели во II триместре и еженедельного исследования в последние недели беременности (после 30 недели).

Литература.

1. М.М. Шехтман. Акушерская нефрология. - М., 2000. - 256 с.

2. О.А. Пересада. Инфекции мочевыводящих путей у беременных: современные подходы к диагностике и лечению // Медицинские новости. - 2012. - № 8. - С. 13-20.

3. Н.В., Орджоникидзе, А.И., Емельянова, В.О., Панов и др. Беременность и роды при заболеваниях мочевыводящих органов / Под ред. Г.Т. Сухих. - М., 2009. – 432 с.

4. G., Duarte, A.C., Marcolin, S.M., Quintana, R.C., Cavalli. Urinary tract infection in pregnancy // Rev. Bras. Ginecol. Obstet. - 2008. - Vol. 30, N 2. - P. 93-100.

5. Ю.Г., Аляев, М.А., Газимиев, Д.В., Еникеев. Современные аспекты диагностики и лечения гестационного пиелонефрита // Урология. - 2008. - № 1. - С. 3-6.

6. J.A., Jolley, D.A., Wing. Pyelonephritis in pregnancy: an update on treatment options for optimal outcomes // Drugs. - 2010. - Vol. 70, N 13. - P. 1643-1655.

7. D.A., Wing, M.J., Fassett, D., Getahun. Acute pyelonephritis in pregnancy: an 18-year retrospective analysis // Am. J. Obstet. Gynecol. - 2014. - Vol. 210, N 3. - P. 219.e1-6.

8. J., Schnarr, F., Smaill. Asymptomatic bacteriuria and symptomatic urinary tract infections in pregnancy // Eur. J. Clin. Invest. - 2008. - Vol. 38, N 2. - P. 50-57.

9. J., Kladensky. Urinary tract infections in pregnancy: when to treat, how to treat, and what to treat with // Ceska Gynekol. - 2012. - Vol. 77, N 2. - P. 167-171.

10. S.S., Calegari, C.K., Konopka, B., Balestrin et al. Results of two treatment regimens for pyelonephritis during pregnancy and correlation with pregnancy outcome // Rev. Bras. Ginecol. Obstet. - 2012. - Vol. 34, N 8. - P. 369-375.

ИММУНОМОДУЛИРУЮЩИЕ СВОЙСТВА ПРЕПАРАТА ЛЕВАМИЗОЛ

З. А. Ашурова - Студентка 307 группы 3 курса лечебного факультета

Кафедра фармакологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель: Насрулаева Х.Н.- к.ф.н.,доцент

Актуальность Иммунологические эффекты, отмеченные в экспериментальных условиях, обосновывали предположение, что Левамизол может быть использован в клинической практике как средство иммунотерапии, принципиально для лечения всех заболеваний, возникающих на фоне поражения функционального состояния Т-лимфоцитов, макрофагов или гранулоцитов.

Материалы и методы исследования. Левамизол-левовращающий изомер синтетического хлористоводородного тетрамизола (тетрагидрофенилимидазотиазол)-простое производное имидазотиазола стало известным как противоглистный препарат. Но также благодаря *антианергическому* свойству может быть применен также в иммунотерапии

Эффект Левамизола наступает быстро и сохраняется непродолжительно. Быстро всасывается из желудочно-кишечного тракта или с места укола. В человеческом организме после приема разовой оральной дозы 150 мг достигает максимума уровня в плазме (ок. 0,7 мкг/мл =3×10-6 М) спустя 1-2 часа, время полувыведения из плазмы равняется около 4 часа. Препарат метаболизирует в печени, за два дня полностью выделяется из организма.

Важнейшим метаболическим продуктом является активное соединение, образованное открытием серо-содержащего кольца тиолового компонента, содержащее свободную сульфгидрильную группу- дл-2-оксо-3-(2-меркаптоэтил)-5 фенил-имидазолин (ОМПИ).Исследования показали, что Левамизол может восстановить пораженные функции Т-лимфоцитов и фагоцитов(макрофагов или нейтрофильных гранулоцитов) и посредством «тимомиметического» действия регулирует прежде всего клеточные механизмы иммунной системы .В клинической практике был применен в случае патологических процессов ,при которых нарушение иммуногомеостаза считается существенным: при первичных или вторичных иммунодефицитных состояниях, автоиммунных заболеваниях, хронических и рецидивирующих инфекциях и опухолевых заболеваниях

Основная задача иммунной системы состоит в выявлении разницы между «собственным» и «чужеродным» и в устранении чужеродных структур. Всё это происходит посредством «каскада» иммунных процессов, в котором можно различать следующие основные этапы: распознавание «чужеродного» антигена → образование медиаторов воспаления→ собирание

эффекторных иммунных клеток, накопление и активация последних на месте иммунной реакции. Если любой из перечисленных этапов нарушается, то может возникать перзистенция антигена и связанное с этим заболевание, например, хроническая инфекция или опухоль, или же хроническое воспалительное состояние, в котором часто понижена активность Т-клеток и повышена активность В-клеток, выработка автоантител и иммунокомплексов.

Результаты исследования Заболевания, в лечении которых иммуномодулирующий эффект Левамизола оказывался используемым, могут быть распределены на три основных группы:

Иммунодефицитные, аллергические и автоиммунные заболевания

Хронические и рецидивирующие инфекции

Злокачественные опухоли

Встречаются врожденные или приобретенные поражения лимфоцитов, фагоцитов или комплементной системы. Такие больные предрасположены к вирусным, грибковым, бактериальным или вызванным протозойными инфекциям, часто болеют хронической или рецидивирующей инфекцией кожи, верхних дыхательных путей или лёгких, возможно экземой. Левамизол до сих пор был применен при следующих иммунодефицитных состояниях Е- или И-клеток: гипогаммаглобулинемия типа Брутона, приобретенная гипогаммаглобулинемия, селективный дефицит IgA или IgM, тяжелая комбинированная иммунная недостаточность, иммунодефицит, сочетанный с атаксией телеангиэкстазист синдром Вискота-Алдрича и болезнь Дауна. Приблизительно у ⅔ детей, страдавших иммунодефицитом Т- или В-клето, удалось постепенно уменьшить частоту и тяжесть инфекций 1-2 летним курсом лечения левамизолом.

Иммуномодулирующие свойства Левамизол также широко применяются для лечения больных, страдающих различными дерматологическими заболеваниями. Они наблюдали улучшение –в том числе-при герпетиформных дерматитах (болезнь Дюринга), пустулезных псориазах, витилиго, келоидах, красных лишаях, многообразных и узловатых эритемах.

Рецидивирующие или хронические бактериальные, вирусные или грибковые инфекции встречаются также у больных, не страдающих очевидным иммунодефицитным состоянием. Всё-таки, какое-то расстройство иммунных механизмов можно предположить и в таких случаях, как и было выявлено поражение функций Е-лимфоцитов или фагоцитов при различных рецидивирующих или хронических инфекциях.

Определенные патогенные агенты могут сами угнетать временно иммунный ответ при инфекции, это так называемое явление иммунорепульсии. Затяжной иммунорепульсии приписывают, например, замедленное выздоровление при гриппе, кори или вирусном гепатите. Левамизол был применен при рецидивирующих и при хронических инфекциях.

Выводы Подытоживая клинические наблюдения по применению левамизол в качестве иммуномодулирующего препарата для лечения поразительно многих патологических процессов, нельзя сказать, что левамизол самостоятельно способен решить проблемы лечения упомянутых заболеваний. В значительной части случаев, однако, воздействием на функцию иммунной системы может способствовать выздоровлению или увеличить эффективность других методов лечения.

Следует отметить и то, что благоприятное изменение иммунологических лабораторных показателей не всегда сочетано со значительным клиническим улучшением, в других же случаях лечебный эффект не отражается на изменении лабораторных параметров.

Безусловно следует исходить из того, что левамизол должен быть применен особой осмотрительностью, по правилам показания. Несмотря на указанные проблемы следует стараться к подтверждению функционального расстройства, на которые, предполагаемо, левамизол оказывает действие, при помощи современных иммунологических исследований. Во время курса лечения также нельзя обойтись без важнейших иммунологических проб. Все это сводится к тому, что данный метод лечения осуществим в определенных объективных обстоятельствах – на фоне соответствующей работы иммунологической лаборатории.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ ПРИ ОБЕЗБОЛИВАНИИ В СТОМАТОЛОГИИ

Б.А. Шахназарова – студентка 308 гр. стоматологического факультета

Кафедра фармакологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – к.м.н. доц. Р. Т. Алхазова

Актуальность. Большая часть стоматологических вмешательств сопровождается болевыми ощущениями в большей или меньшей степени, поэтому обезболивание является одной из наиболее актуальных проблем стоматологии.

Из-за развития современных технологий в стоматологии увеличивается объем и продолжительность вмешательств. Поэтому необходимо усовершенствование техники выполнения обезболивания, а также разработка новых препаратов с более универсальным составом и эффективностью воздействия.

Цель исследования. В ходе исследования изучить влияние местных анестетиков на состояние человека, выявить наиболее универсальный, эффективный препарат, оказывающий минимальное отрицательное воздействие на организм пациента.

Материалы и методы исследования. Намибыло обследовано 30 больных в возрасте от 17 до 55 лет, которым проводили различные стоматологические вмешательства с

использованием разных видов обезболивающих.

Пациентов разделили на 6 групп в зависимости от вида примененного анестетика и вазоконстриктора:

1 группа - 2% раствор лидокаина без вазоконстриктора;

2 группа - 2% р-р лидокаина с адреналином 1:100000;

3 группа - 4% р-р артикана с адреналином 1:200000 (ультракаин ДС);

4 группа - 4% р-р артикаина с адреналином 1:100000 (ультракаин ДС - форте);

5 группа - 3% р-р мепивокаина без вазоконстриктора;

6 группа - 2% р-р мепивокаина с адреналином 1:100000.

	лидокаин	лидокаин с адреналином	ультракаин ДС	ультракаин ДС - форте	мепивокаин	мепивокаин с адреналином
м	3	3	5	2	2	1
ж	2	3	3	4	1	1

Нами изучалась динамика изменений показателей при использовании лидокаина, мепивакаина, артикаина как с вазоконстриктором, так и без него.

С целью изучения действия местных анестетиков анализировались следующие показатели:

-длительность обезболивающего эффекта;

-состояние сердечно сосудистой системы, изменение артериального давления в различные периоды времени после произведения инъекции

-эффективность анестезии:

0 - анестезии нет, 1 - слабая, 2 - средняя, 3 - абсолютная безболезненность.

Полученные результаты. Используя различные анестетики, мы обращали внимание на местные изменения полости рта, а также на общее состояние организма.

В 1 группе можно отметить короткий промежуток действия анестетика и необходимость проведения проводниковой анестезии для усиления эффекта даже при непродолжительных и поверхностных манипуляциях. Эффективность анестезии - 1

Из полученных результатов работы с пациентами 2 группы можно сделать вывод, что добавление адреналина, обладающего сосудосуживающим действием, значительно повысило его анестезирующее действие. Эффективность анестезии - 2

В 3 группе исследование показало, что анестезирующий эффект данного препарата выше, чем у других исследованных. Добавление к анестетику такой дозы адреналина усиливает его действие и продлевает. Эффективность анестезии - 3

В 4 группе была определена высокая анестезирующая активность обезболивающего раствора при всех видах анестезии. Низкая токсичность артикаина дает возможность

применять его в высоких концентрациях. Эффективность анестезии - 3

В 5 группе более высокую эффективность обезболивающего эффекта 3% раствора мепивакаина без вазоконстриктора при кратковременных пародонтологических вмешательствах и удалении подвижных зубов. Эффективность анестезии - 1

Анализ данных в 6 группе не выявил значительного усиления обезболивающего эффекта анестезии: ее длительность увеличивается в среднем на 10-12 минут, что объясняется, вероятно, отсутствием у данного анестетика выраженного сосудосуживающего действия. Эффективность анестезии – 1

Показатели сердечно-сосудистой системы у большей части пациентов не изменялись. Однако в 4 случаях отмечалось повышение артериального давления на введение артикаина с адреналином на 2-3 минуте после инъекции, и его нормализация к 15-20 минуте от начала вмешательства.

Также стоит отметить, что аллергическая реакция в виде крапивницы наблюдалась у 2 пациентов, которым был введен лидокаин.

Выводы. Таким образом, можно сделать вывод, что местные анестетики играют огромную роль в проведении любых манипуляций, проводимых стоматологом в ротовой полости. Их состав и производимый эффект очень влияют на работу врача.

Полученные данные помогут более правильно и рационально выбрать нужный анестетик, его дозу и кратность введения, а также предупредить возможные осложнения.

МОНИТОРИНГ НОВЕЙШИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Газалиева А.М.- студентка 301 группы 3 курса фармацевтического факультета

Кафедра фармакологии.

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - Х.Н. Насрулаева, к.ф.н., доцент

Актуальность. Проблема сердечно-сосудистых заболеваний является, на сегодняшний день, одной из самых важных для российской медицины

В настоящее время патология сердечно-сосудистой системы занимает лидирующее место в списке причин смертности населения. Ежегодно в нашей стране от болезней сердца и системы кровообращения погибают свыше 1 млн.200 тыс человек. Данный факт определяет актуальность поиска новых веществ, обладающих фармакологической активностью, возможных к применению при заболеваниях сердца и сосудов. Еще более значительны потери государства в связи с инвалидизацией больных, значительное число которых- молодые люди. И это происходит на фоне блестящих успехов кардиологической науки, связанных с выяснением основных механизмов развития большинства болезней, так и с расширением возможности их лечения

Цель работы. Анализ новых лекарственных препаратов для лечения ишемической болезни сердца

Материалы и методы исследования. Были исследованы препараты ПРЕДУКТАЛ, МОНОЧИКВЕ и ПЕНТАКАРД, а также трансдермальные терапевтические системы НИТРОДЕРМ применяемые для лечения ИБС

Результаты исследования. Подлинным шедевром среди современных кардиологических препаратов является Предуктал, который своим существованием доказывает возможность прямой цитопротекции миокарда, что в корне отличает его от других препаратов этой группы. Клинический опыт убеждает в возможности его длительного приема с достоверным улучшением переносимости физических нагрузок [1]. Вместе с тем, для большинства больных ИБС нитраты остаются основной и достаточно разнообразной группой препаратов. Среди эффективных форм - препараты пролонгированного действия изосорбита динитрат (МОНОЧИКВЕ) и изосорбита 5-мононитрат (ПЕНТАКАРД). В отличии от МОНОЧИКВЕ, ПЕНТАКАРД не подвержен «эффекту первого прохождения», то есть усиленному метаболизму при прохождении через печень. Прием обоих препаратов приводит к снижению потребности миокарда в кислороде, расширению коронарных артерий, улучшению коронарного кровотока.

Особую популярность среди нитратов приобрели трансдермальные терапевтические системы. Нитродерм представляет собой трансдермальную систему с 25-50мг пролонгированного нитроглицерина, что позволяет быстро преодолеть развитие толерантности к нитратам и уменьшить частоту побочных эффектов

Выводы Регулярное применение препаратов ПРЕДУКТАЛ, МОНОЧИКВЕ и ПЕНТАКАРД у больных со стабильной и нестабильной стенокардией является

эффективными средствами профилактики приступов стенокардии, увеличивает толерантность к физическим нагрузкам как в монотерапии, так и в комплексе с другими антиангинальными препаратами.

Список литературы.

1. Руководство по экспериментальному (доклиническому) изучению новых фармакологических веществ / Фисенко В.П., Арзамасцев Е.В., Бабаян Э.А. и др. - М.: Изд-во «Ремедиум», 2000. - 399 с.

2. Саноцкий И.В. Методы определения токсичности и опасности химичских веществ / Саноцкий И.В. - М.: Изд-во «Медицина», 1970. -343 с.

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ФОРМЫ С ПРОПОЛИСОМ

Д. М.Дагирова – студентка 301гр. 3 курса фармацевтического факультета

Кафедра фармакологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научные руководители - к.ф.н., доцент Х.Н.Насрулаева и к.м.н., доцент З.Ш.Магомедова

Актуальность. Среди природных продуктов, обладающих высокой биологической активностью, особого внимания заслуживает прополис, представляющий собой смесь собранных пчёлами с почек и цветков различных растений смолы, воска и пыльцы, обогащённых ферментами в органах пищеварения пчел.

Цель исследования. В прополисе обнаружен ряд природных соединений: флавоноиды, флавононы, производные коричной кислоты и др. [1].

Препараты прополиса обладают широким спектром действия: бактерицидным, антитоксическим, противовоспалительным, анестезирующим, иммуностимулирующим [2]. Появились сообщения о наличии бактериостатического действия [3].

Прополис широко применяется в народной медицине в виде мази при лечении ран и ожогов, кожных дерматозов и лишаев, для предупреждения возникновения лучевой реакции кожных покровов в период терапии. Кроме того, прополис используются для лечения гинекологических заболеваний, геморроя, незаживающих ран, при хроническом простатите, а также как фунгицидное и антивирусное средство. Эффективны 30 – 40 % мази при лечении радикулита, ингаляции с прополисом рекомендованы для лечения гайморита. Описано применение прополисно-чесночного бальзама для лечения атеросклероза [3].

Материалы и методы исследования Для медицинского применения разрешен ряд лекарственных препаратов: настойка прополиса; таблетки «Прополин», покрытые оболочкой, содержат 0,01 г прополиса; мазь «Пропоцеум», содержит 10% экстракта прополиса густого, вазелин, глицерин, эмульгатор; аэрозоль «Пропосол», содержащий

прополиса 6,0 г, глицерина 14,0 г, спирта этилового 95% 80,0 г и пропеллент (хладон); аэрозоль «Пропомизоль» - комплексная лекарственная форма, содержащая фенольный препарат прополиса (1%), масло эвкалиптовое, масло гвоздичное, стабилизатор (твин-80), воду очищенную.

Стандартизацию прополиса проводят в спиртовом извлечении путём определения поверхностного натяжения, показателя преломления, pH раствора. Подлинность рекомендуется устанавливать методами тонкослойной хроматографии, УФ- и ИК-спектроскопии.

Количественный анализ прополиса и суппозиториев проводят путём определения суммы фенольных соединений спектрофотометрическим методом при длине волны 290 нм.

При анализе суппозиториев оценивают внешний вид, определяют среднюю массу суппозитория и отклонения от неё, распадаемость, растворение, химическими реакциями определяют наличие флавоноидов и полифенолов.

Результаты исследования. На основании изученной литературы установлено, что лекарственные препараты прополиса применяют наружно в виде мази, аэрозолей, а также внутрь в виде таблеток и настойки. Имеются сообщения о работах по совершенствованию лекарственных форм с прополисом. Поэтому актуальна проблема разработки технологии суппозиториев с прополисом на других основах. Это касается выбора основы, вспомогательных веществ, а также стандартизации полученной лекарственной формы.

Выводы. Прополис- мощное природное укрепляющее средство, обеспечивающее благотворное и безвредное действие на организм человека. Препараты с содержанием прополиса-ценные лекарственные средства, помогающие в лечении различных заболеваний в составе комплексной терапии. Это заставляет ученых искать и создавать новые лекарственные препараты в состав, которых входит прополис

Литература.

Машковский, М.Д. Лекарственные средства: В 2 т. - 14-е изд.перераб. и доп. / М.Д. Машковский. – М.: Новая волна, 2000. – Т.2. – С. 186 – 187.

Бертков, Я.Ф. Применение прополиса в народной медицине Прикарпатья / Я.Ф. Бертков, В.Ю. Пизов // Современные проблемы фармацевтической науки и практики: Тез.докл. II съезда фармацевтов Укр. ССР. – Киев, 1972. – Ч.2. – С. 889 – 891.

Минеждян, Г.З. Сборник по народной медицине и нетрадиционным способам лечения / Г.З. Минеждян. – М.: фирма «Барс», 1993. – С. 280- 290.

ФС 42-3485-99. Суппозитории ректальные «Апроксид». – 7 с.

ПРИМЕНЕНИЕ НПВС В ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

ДжабраиловР.Ш.. – студент 5 курса 10 группы стоматологического факультета

Кафедра фармакологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доцент Р.Т. Алхазова

Актуальность: Дентальная имплантация – одно из наиболее востребованных и стремительно развивающихся направлений хирургической стоматологии.

Любое оперативное вмешательство в полости рта сопряжено с риском развития бактериемии, возможностью постоперационной воспалительной реакции с выраженным отеком и болевым синдромом (БС). Именно поэтому после проведения операции дентальной имплантации необходим комплекс назначений: местные противомикробные препараты, анальгетики и, по показаниям, системные антибиотики.

Более тридцати миллионов человек в мире ежедневно принимают НПВС

В основном большинство применяемых в медицинской практике препаратов группы НПВС являются кислотами органической природы. Связываясь с белками крови, они накапливаются в очаге воспаления и подавляют активность циклооксигеназы, что приводит к уменьшению синтеза из ненасыщенных жирных кислот простагландинов (ПГ), простациклина и тромбоксана. Блокируя синтез ПГ, НПВС снижают проницаемость сосудистой стенки, уменьшают в очаге воспаления отек тканей, экссудацию, миграцию лейкоцитов и нейтрофилов, ослабляют механическое сдавление ноцицепторов, снижая их чувствительность к медиаторам боли и воспаления, механическим воздействиям, повышают порог болевой чувствительности.

Механизм действия НПВС связан также с влиянием на синтез ПГ в нейронах, глиальных клетках спинного мозга и в структурах ЦНС, участвующих в проведении болевых импульсов. НПВС устраняют гипералгезию в очаге воспаления и уменьшают поступление болевых импульсов в ЦНС.

Цель исследования: изучение противовоспалительного и анальгетического НПВС в послеоперационный период и целесообразность применения.

Материалы и методы исследования: В процессе научного исследования были использованы литературные источники, которые посвящены изучаемой проблеме и сбор материала собственных наблюдений. В работе использованы методы поиска, наблюдения, сравнительного, логического, системного анализа и обобщения данных.

В ходе клинического исследования был проведен социологический опрос путем анкетирования и осмотра историй болезни 70 пациентов различных возрастных групп, проходивших лечение в амбулаторных условиях.

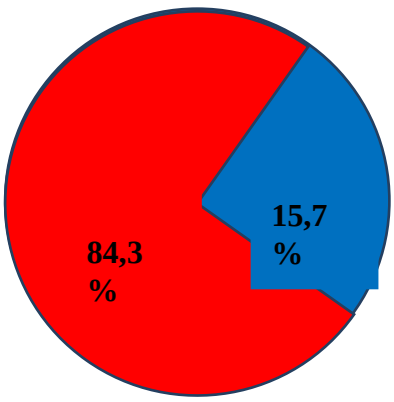
Опрошенные были разделены на четыре возрастные группы. Первая группа включала

пациентов в возрасте от 17 до 19 лет – 7 человек (10%), вторая в возрасте 20-35 лет – 21 человек (30%), третья – 30-60 лет – 33 человека (47,2%), четвертая – 61 и более лет – 9 человек (12,8%). Каждому пациенту была проведена операция. Опрос проводился через две недели после оперативного лечения. Анкета включала в себя 8 вопросов с предложенными вариантами ответов. Вопросы касались частоты и особенностей приема, а также особенностей послеоперационного периода, осложнений . Пациентам предлагалось оценить интенсивность болевого синдрома сразу после проведения оперативного лечения и спустя сутки после операции. Для этого использовалась шкала оценки тяжести боли, которая включала следующие позиции: нет боли, умеренная боль, средняя боль, сильная боль, очень сильная боль. После получения цифрового материала исследования проводилась его статистическая оценка.

Табл.1

Нет боли	Умеренная боль	Средняя боль	Си… боль
31 чел. (44,3%).	29 чел. (41,4%).	8 чел. (11,4%).	2 чел. (2,8%)

Табл. 2



Результаты исследования и их обсуждение : Большинство пациентов, следуя рекомендациям, приобретают именно тот препарат, который был назначен лечащим врачом (70,7%) Оставшиеся опрошенные либо используют аналогичный препарат, который имеется у них в домашней аптечке (17,9%), либо приобретают аналогичный тому препарату, что назначил врач, после консультации с провизором в розничной аптечной сети (11,4%).

Оценивая интенсивность боли по шкале оценки тяжести боли сразу после проведенной операции, 31 человек (44,3%) отметили, что после операции у них не было боли, 29 человек (41,4%) умеренную боль, 8 человек (11,4%) среднюю боль, 2 человека (2,8%) сильную боль.

Осложнения в послеоперационном периоде испытывали 11 человек (15,7%), у остальных этот период проходил без каких либо осложнений 59 человек (84,3%).

Все полученные результаты представлены в табл.1 и табл. 2

Выводы:Применение НПВС целесообразно в послеоперационный период дентальной имплантации, поскольку препараты этого ряда не только снимают боль, то есть обладают анальгетическим действием, но и оказывают противовоспалительное действие, предупреждая осложнения.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИГИСТАМИННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО И АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА

К.З. Оздеаджиева – студентка 308 группы стоматологического факультета

Кафедра фармакологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

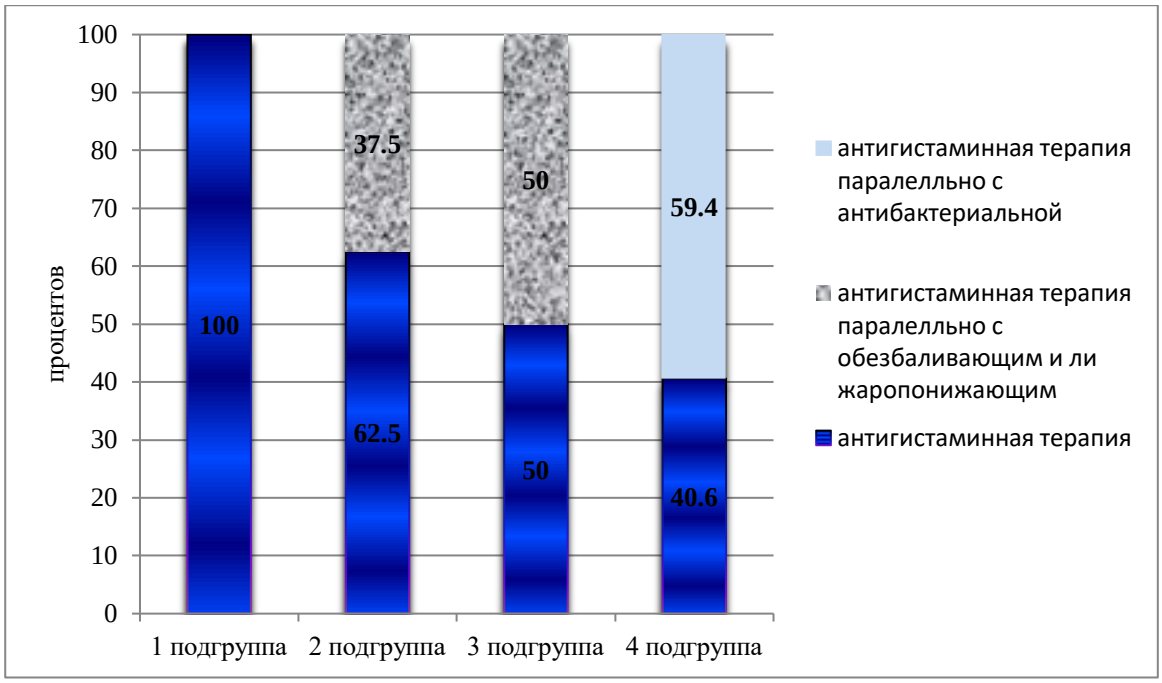
Научный руководитель – к.м.н. доц. Р.Т. Алхазова.

Актуальность: Воспалительные и аллергические заболевания ротовой полости встречаются в равной степени часто среди разных слоев населения. Современные антигистаминные препараты обладают и противоаллергическим эффектом, и противовоспалительным эффектом. Также они способны потенцировать действие других средств. Все это делает возможным их использование при лечении воспаления не только аллергического генеза.

Цель: изучение применения антигистаминных препаратов в лечении стоматологических заболеваний воспалительного и аллергического характера. Задачи: оценить эффективность антигистаминной терапии при воспалительных процессах разного генеза, подтвердить возможность применения антигистаминных для усиления эффекта проводимой терапии, подтвердить возможность применения антигистаминных препаратов для снятия симптомов заболевания

Материалы и методы исследования. Для проведения оценки эффективности фармакотерапии был выбран стоматит - воспалительныеявления в области слизистых оболочек рта как у детей, так и у взрослых. Так как данная патология может возникнуть от травмы, от инфекции ротовой полости и слизистых, быть следствием общесоматического заболевания или же аллергической реакции, было решено выделить следующие критерии для набора группы исследуемых: стоматит не должен подвергаться лечению, должна быть установлена этиология данного стоматита. Выделенная группа исследуемых составила 128 человек. Они были поделены на 4 подгруппы, исходя из этиологии заболевания. Возраст испытуемых от 18 до 50 лет. Подруппа №1- аллергический стоматит, подгруппа №2-травматический стоматит, подгруппа №3-стоматит,как следствие общесоматического заболевания, подгруппа №4-инфекционный стоматит. В каждой подгруппе состояло по 32 человека. В подгруппе №1 была проведена антигистаминная терапия у всех испытуемых. В подгруппе №2-12 человек принимали антигистаминные препараты параллельно с обезболивающим,20 человек принимали исключительно антигистаминные препараты второго поколения. В подгруппе №3 половина испытуемых принимала антигистаминные параллельно с обезболивающим или с жаропонижающим , вторая половина принимала исключительно антигистаминные второго поколения. В подгруппе №4 -19 человек совмещали антибактериальную и антигистаминную терапию,13 человек применяли только антигистаминную терапию. В качестве антигистаминного был выбран дезлоратадин, так как он, являясь представителем антигистаминных второго поколения, оказывает не только выраженный противоаллергический,но и противовоспалительный эффект, кроме того хорошо переносится, не вызывает сонливости и изменений в кардиограмме.

Доля пациентов по видам использованной терапии в разбивке по подгруппам (в процентах)



Наименование подгруппы	Диагноз
1 подгруппа	Аллергический стоматит
2 подгруппа	Травматический стоматит
3 подгруппа	Стоматит , связанный с общесоматическим заболеванием
4 подгруппа	Инфекционный стоматит

Результаты. Для подгруппы №1 аллергический стоматит окончился полным выздоровлением. В подгруппе №2 для всех 32 человек стоматит завершился выздоровлением, но 12 человек, принимавшие параллельно обезболивающее отметили легкое протекание болезни: стоматит не осложнял речь и прием пищи болевыми ощущениями. В то же время обезболивающее принималось в сравнительно небольших количествах. В подгруппе №3 все больные отметили ослабление воспалительного процесса, но улучшение состояния носило временный характер. В подгруппе №4 у 13 наблюдалось исчезновение отека, гиперемии, болезненности слизистой, но после окончания антигистаминной терапии воспалительный процесс у 10 человек возобновился, у 2 перешел в иную форму.19 человек совместившие антигистаминную и антибактериальную терапии полностью выздоровели. Антигистаминные препятствовали развитию аллергической реакции на антибиотики, потенцировали действие обезболивающих.

Выводы. Антигистаминные препараты являются эффективной мерой пресечения аллергической и воспалительной реакции в ротовой полости, однако они не могут являться основой терапии инфекционного воспаления. Антигистаминные способны облегчить

симптомы воспаления и предотвратить развитие аллергической реакции на некоторые медикаменты в терапии в случае с инфекционным воспалительным процессом или воспалением, спровоцированным общесоматическим заболеванием, явиться тем звеном в терапии, которое облегчит перенесение больным заболевания и лечения.

Использованная литература:

Лусс Л.В. «Выбор антигистаминных препаратов в лечении аллергических и псевдоаллергических реакций»,stomat-ast.ru/lechenie-pnevmonii/antigistaminnye-preparaty-pri-vospalenii-legkih, studfiles.net/preview/5834753/, «Антигистаминные препараты: мифы и реальность» Т.Г. Федоскова. https://pillsman.org/26774-suprastin-s-antibiotikami.htmlhttps://www.rmj.ru/articles/allergologiya/Sovremennye_antigistaminnye_preparaty_v_lechenii_allergicheskih_zabolevaniy/

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА СЕДАЦИИ В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ВРАЧА

Абдурахманова М.Р. – студентка 3 курса 8 группы стоматологического факультета

Кафедра фармакологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доцент Р.Т. Алхазова

Актуальность: Во время посещения стоматолога пациентам обычно предлагают проведение местного обезболивания- анестезии. Она отключает болевую чувствительность в месте проведения вмешательства на непродолжительное время. Однако в некоторых случаях пациенты настолько боятся стоматолога, что задумываются о возможности лечения зубов под наркозом. Наркоз воздействует на людей по-разному, это зависит от физиологических особенностей человека. Во-первых, нужны условия для его проведения, а во-вторых, он вызывает много осложнений и губительно действует на ЦНС.

Вместо него рекомендуют использовать альтернативное средство – седацию. Седация это технология, в результате которой происходит снижение активности центральной нервной системы и сохраняется вербальный контакт с пациентом и он в состоянии понимать. Здесь хорошо подходит сравнение с легкой дремотой, когда все слышишь-понимаешь, но полностью расслаблен.

Применяется седация в сочетании с местной анестезией как по отношению к взрослым, так и к детям, начиная с четырехлетнего возраста.

Показания к этой процедуры являются: чрезмерная тревожность и депрессия, возбуждение, бессонница, а также дети с выраженной возбудимостью.

Также показанием для проведения седации является повышенный рвотный рефлекс.

Многие пациенты тяжело и дискомфортно переносят какие-либо манипуляции в полости рта, особенно это пожилые люди, дети.

И самым эффективным способом решения этих проблем считают – именно проведение медикаментозной седации.

В стоматологии применяются такие препараты, как бензодиазепины, дексметодомидин, но они обладают побочными действиями и поэтому современное амбулаторное стоматологическое лечение, проводит комбинированную анестезию с использованием ингаляций смеси кислорода и закиси азота, что обеспечивает комфортные условия для врача и пациента, эффективное обезболивание и безопасный уровень седации, контролируемой стоматологом.

Сначала вводят 100% раствора кислорода со скоростью 3-6 л/мин., и постепенно добавляют закись азота. Обычно самое оптимальное соотношение это 70 % раствор Кислорода и 30% раствор Закиси азота .

Отличительной особенностью данного средства является быстрое наступление нужного эффекта. У пациента наблюдается расслабленное состояние, заторможенное движение, снижается двигательная активность.

Следует отметить, что закись азота обладает также анальгетическим свойством.

Цель исследования: Целесообразность применения технологии медицинской седации в стоматологической практике детского врача.

Материалы и методы исследования: В процессе научного исследования были использованы литературные источники, которые посвящены изучаемой проблеме и сбор материала собственных наблюдений.

В ходе исследования было рассмотрено 30 историй болезни, проходивших лечение в амбулаторных условиях в детской поликлинике города Махачкалы в период с 2004 по 2019 годы. При анализе историй болезни обращалось внимание на возраст, пол, место жительство и сопутствующие заболевания. В группу вошли дети, имеющие в анамнезе негативный опыт хирургического и терапевтического лечения зубов , дети, имеющие «страх белых халатов» , дети с гиперактивностью и характерологическими особенностями. Часть детей не соответствовали указанным выше критериям. Все дети были разделены на две группы. Первая группа (13 детей) включала детей, которые проходили лечение с медикаментозной седацией, вторая группа (17 детей) включала детей, которые проходили лечение под местной анестезией.

Основными методами данного исследования служили методы сравнения, наблюдения, логический анализ, контент анализ и метод изучения.

Таблица 1

Показатели	1 группа (13 детей)	2 группа (17 детей)
Комфортное лечение	30-40 мин	60-150 минут
Качество лечения(сохранное краевое прилегание пломб через 12 мес, %)	89,6%	65,4%
Количество пролеченных зубов	2-6	1-2
Возможность контакта с ребенком %	20-42%	15-45%
Осложнения	Нет	Стресс, страх и и.д.

Результаты исследования: Полученные результаты представлены в табл. 1.

При анализе полученных данных отмечено, что количество пролеченных зубов, комфортное время манипуляций и качество лечения было намного лучше у 1 группы детей.

Вывод: Своевременное применение медикаментозной седации при санации полости рта целесообразно, так как улучшает качество лечения, и в дальнейшем оставляет положительные воспоминания о стоматологическом лечении зубов.

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «КАМЕТОН» В ФОРМЕ АЭРОЗОЛЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ ГОРЛА И ПОЛОСТИ РТА

А.С.Шахбазова – студентка 301гр. Фармацевтического факультета

Кафедра фармакологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель- Х.Н.Насрулаева, к.ф.н., доцент

Актуальность.Инфекционно-воспалительные болезни ЛОР-органов занимают ведущее место среди всех заболеваний инфекций носоглотки и гортании. Лечение острых фарингитов складывается из этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии.Недавно появившийся на фармакологическом рынке препарат «Каметон» в виде спрея для горла, входит в группу препаратов-антисептиков, применяемых в лечении заболеваний в области

отоларингологии. Препарат оказывает антисептическое,противовоспалительное, противомикробное и действие. Входящие в состав «Каметона» ингридиенты –ментол, камфора, хлорбутанол, обуславливают противовоспалительные свойства препарата. Хлорбутанолгидрат и масло эвкалипта обладают свойством производить антимикробный эффект, сужать сосуды и вызывать легкое ощущение холода (как и ментол).

Цель исследования. В данной статье особое внимание уделяется проблеме местной терапии, обсуждаются фармакологические эффекты препарата «Каметон», его преимущества и недостатки перед другими препаратами, применяемых с этой же целью.

Материалы и методы исследования.Аэрозоль «Каметон»- комбинированный препарат, содержащий хлорбутанолгидрат, ментол, камфору, эвкалиптовое масло по 0,1; вазелиновое масло – 9,6 и дихлордифторметан (фреон-12) – 20 г.

При лечении воспалительных заболеваний носоглотки и гортани распылительную насадку вводят в полость рта. Препарат распыляют независимо от фазы вдоха и выдоха. Ингаляции назначают после еды.

Для лечения ринита необходимо, предварительно очистив нос от слизи, ввести распылитель на глубину 0,5 см. Распыление «Каметона» следует проводить на фазе вдоха в течение 1-2 с (1-2 коротких нажатия). Длительность всей процедуры 1-2 минуты.

Результаты исследований.«Каметон» оказываетантимикробное,противовоспалительное и обезболивающее действие благодаря входящим в его состав компонентам. Под действием «Каметона» уменьшается болезненность, что связано с наличием в составе препарата хлорбутанолгидрата. Противовоспалительное действие препарата связано с быстрым уменьшением явлений отека носоглотки, вызываемых ментолом, который, как известно обладает сосудосуживающим действием. Антимикробное действие «Каметона» на микрофлору носоглотки обусловлено наличием эвкалиптового и камфорного масел. «Каметон» оказывает лечебный эффект при острых и хронических воспалительных заболеваниях верхних дыхательных путей. Наиболее эффективным препарат оказался при лечении острых воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей.

Выводы. «Каметон» оказался эффективным при лечении острых фарингитов, острых ларингитов и обострениях хронического ларингита. У большинства больных улучшение наступало на 2-3й день лечения. Препарат оказался малоэффективным при лечении хронических фарингитов. Осложнений при применении препарата обнаружено не было.

Препарат хорошо переносился больными, побочных явлений у больных при применении аэрозоля «Каметон» не наблюдалось. При применении препарата возможно возникновение чувства жжения, которое проходит самостоятельно.

На основании материалов фармакологического исследования и клинического изучения

«Каметона» можно заключить, что аэрозольный препарат «Каметон» является эффективным средством для лечения острых и хронических воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей.

ЛИТЕРАТУРА

1.Графская НА Коррекция микробного дисбаланса глотки при хронических фарингитах // Новости оториноларингологии и логопатологии. 2002. №1. С. 6-8.

2.Гуров А.В., Лучихин Л.А., Полякова Т.С. Возможности использования препарата ИРС19 в оториноларингологии // Вестн. оториноларингол. 2007. №3. С. 56-58.

3.Крюков А.И., Сединкин А.А. Материалы Российской конференции оториноларингологов. М., 2002. С. 362-363.

4.Лучшева Ю.В., Изотова Г.Н. Местная терапия при фарингите // РМЖ 2011. Т.19, №6 (400). С. 420-426.

5.Овчинников Ю.М., Левин А.М., Фитилев С.Б. Местная антибактериальная терапия в лечении острых респираторных заболеваний // Лечащий врач. 2000. №4. С. 2-

6.Туровский А.Б., Кудрявцева Ю.С. Современный подход к лечению боли в горле // РМЖ. 2012. №9. С. 471-474.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИГИБИТОРОВ ФИБРИНОЛИЗА ПРИ ЧРЕЗПУЗЫРНОЙ АДЕНОМЭКТОМИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

А.А. Чечулин – студент 1329 гр. лечебного факультета

Кафедра фармакологии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Беларусь

Научный руководитель - к.м.н., доцент Б.А. Волынец

Актуальность.Аденома простаты - доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ). По статистике заболеванием страдают 50% мужчин в возрасте 50 лет. Возрастные пациенты часто имеют в анамнезе сердечно - сосудистые, эндокринные и другие хронические заболевания, обостряющиеся при различных медицинских вмешательствах, особенно при кровопотерях. Это вынуждает проводить хирургические вмешательства с применением препаратов, снижающих риск значительной кровопотери. Особенно актуально это при проведении операций именно на предстательной железе (ПЖ). Предстательная железа обильно кровоснабжается, непосредственно участвует в процессе свертывания крови. Предстательная железа синтезирует и депонирует тканевой активатор плазминогена, который является компонентом антисвёртывающей системы. Чреспузырная аденомэктомия - удаление аденоматозной ткани предстательной железы при доброкачественной гиперплазии простаты через мочевой пузырь, один из четырёх наиболее популярных хирургических

доступов в урологии. Во время операций на предстательной железе происходит усиление фибринолитической активности крови, способствующее повышенной кровоточивости в интра- и послеперационном периоде. Уменьшить кровопотерю можно, повлияв на технику операции, а так же применяя ингибиторы фибринолиза. Наиболее активно в последнее время в хирургической практике находят применение транексамовая (ТК) и ε-аминокапроновая кислоты (АМК), которые снижают выброс активаторов плазминогена из тканей в процессе операции и таким образом, ингибируя фибринолиз, снижают кровопотери. Вместе с тем, отсутствуют рандомизированные клинические исследования эффективности этих препаратов у возрастных пациентов при проведении чреспузырной аденомэктомии ПЖ.

Цель исследования. Оценить эффективность ингибиторов фибринолиза транексамовой и аминокапроновой кислот при проведении чреспузырной аденомэктомии предстательной железы у пациентов с ДГПЖ разных возрастных групп.

Материалы и методы исследования. Ретроспективному анализу подвергнуты истории болезни 50 пациентов (2 группы) в возрасте 51–79 лет, которым выполняли чреспузырную аденомэктомию (объем ПЖ свыше 100 см3). Возраст пациентов составил 68,36±8,09 и 72,44±6,47 года, соответственно (средний возраст - 70,52±7,34 лет). Критериями невключения в исследование были тромбоцитопатии, коагулопатии и злокачественные новообразования. Пациенты 1-ой группы (n=25) получали ТК. Препарат вводили внутривенно капельно по 1000 мг 3 раза: перед началом, после завершения аденомэктомии, через шесть часов после операции. Пациенты 2-ой группы (n=25) получали АМК по 5000 мг в том же интервале дозирования. Группы не различались по индексу массы тела (29,61±5,50 и 27,68±5,15, t=0,72, соответственно (p>0,05)). Критериями эффективности применения ТК и АМК являлись: объем кровопотери рассчитанный по формуле Мура (V=Pq (Ht1– Ht2/ Ht1), где V – объём кровопотери, P–масса тела пациента, Q – количество крови - мл/кг(у мужчин 70 мл/кг), Ht1– исходный гематокрит, Ht2 – гематокрит через 12-24 часа (за первые сутки); объём вводимой пациентам свежезамороженной плазмы (СЗП), объём растворов для инфузионной терапии (ОИТ) (мл/кг); показатель эффективность/стоимость. Математический анализ проводили с использованием программы STATISTICA8. Статистическая значимость определялась по t-критерию Стьюдента. Порог значимости – p = 0,05.

Результаты исследования. Нами установлено, что интра- и постоперационные кровопотери за первые сутки в группах ТК и АМК составили 548,32±76,77 мл и 789,20±65,19 мл, соответственно (p<0,05). Пациенты нами разделены на 3 возрастные группы: 51-65 лет, 66-74 года, 75 - 79 лет. Объем кровопотери у пациентов данных возрастных групп достоверно различался: у пациентов группы транексамовой кислоты 51-65 лет он составил 608,38±20,03 мл (8 пациентов), а у пациентов группы аминокапроновой кислоты 51-65 лет -

876,0±16,73 (5 пациентов), соответственно порог значимости $p<0,05$; у пациентов группы транексамовой кислоты 66-74 лет – 567,17±18,94 мл (12 пациентов), а у пациентов группы аминокапроновой кислоты 66-74 лет 792,7±33,79 (11 пациентов) (порог значимости $p<0,05$); у пациентов группы транексамовой кислоты 75 - 79 лет – 407,0±19,48 мл (5пациентов) и у пациентов группы аминокапроновой кислоты75 - 79 лет - 736,67±57,88 мл (9 пациентов), соответственно порог значимости $p<0,05$.Введенные пациентам средние объёмы растворов составили: свежезамороженной плазмы - 1,84±1,27 мл/кг и 6,96±1,68 мл/кг ($t=2,4$; $p<0,05$), объём растворов для инфузионной терапии – 35,58±12,41 мл/кг и 89,68±17,37 мл/кг ($t=2,5$; $p<0,05$), в каждой группе соответственно. На число проведённых в стационаре койко-дней пациентами двух групп (28,56±5,62 и 27,68±5,15) применение изучаемых препаратов не повлияло ($t=0,12$; $p>0,05$). Затраты на курс лечения одного пациента с применением препарата транексамовой кслоты по обозначенной схеме при установленных нами средних показателях ОИТ и переливания СЗП в 3,3 раза дороже, чем при применении аминокапроновой кислоты.

Выводы. Транексамовая кислота при чреспузырной аденомэктомии предстательной железы по гемостатической эффективности превосходит достоверно ε-аминокапроновую кислоту и особенно значимо у пациентов старческого возраста, а также по соотношению стоимость курса лечения СЗП+ОИТ/эффективность.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ ДГМУ К ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Биячуева Л.А., студентка 5 курса лечебного факультета,

Гаджиев С.Р., студент 3 курса стоматологического факультета

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель: д.м.н., доцент – Агаларова Л.С.

Актуальность. Здоровье и отношение к здоровью – две взаимосвязанные структуры, определяющие состояние индивида, выстраивающие систему ценностей личности и обуславливающие правильное и полноценное развитие, физиологическое и психологическое благополучие. Иначе говоря, отношение к здоровью у каждого человека – фундаментальное понятие, представляющее собой комплекс знаний, позволяющих оценивать изменения организма со стороны физического и психического здоровья, а также идентифицировать проблемы и препятствовать их развитию с помощью мер профилактической медицины.

Цель исследования – сформировать у студентов ДГМУ понятие о необходимости серьезного отношения к состоянию собственного здоровья, а также работы в направлении разработки профилактических мер.

Материал и методы исследования. Объект исследования – студенты 4-5 курса лечебного факультета ДГМУ, разделенные по на три контрастные группы (с помощью объективных критериев). Критериями разделения являются социально-демографические, медико-гигиенические показатели, а также особенности образа жизни и условий проживания.

Исследование было проведено в 2018 году среди обучающихся Дагестанского государственного медицинского университета. Исследованию подверглись 418 студентов, возраст которых варьирует от 19 до 23 лет. Основные методы, используемые для подсчета результатов и выведения статистики: социологический метод (опрос), статистический метод, метод системного анализа. Дополнительно нами были разработаны Анкеты (опросники) для обучающихся, содержащие 54 вопроса, где необходимо указать вариант ответа в цифровом значении и специальные карты статистики.

Чтобы получить информацию об особенностях условий и образа жизни студентов использовались показатели: место жительства (откуда родом), место временного или же постоянного проживания в период обучения, материально-бытовые условия проживания, режим дня, вредные привычки. Также в анкету было включено несколько вопросов с

возможностью предложений, т.е. указание собственного варианта ответа на поставленный вопрос.

Сбор и обработка информации производились с помощью программ WINDOWS(EXCEL, WORD), а также STATISTICA. Обработка данных в таблицах и информация представлены в абсолютных величинах, средних и относительных показателях.

Результаты исследования и их обсуждение. Нами было проведено исследование о состоянии здоровья студентов. В исследуемой группе большую часть составили девушки (240 человек), а юноши - 178 человек. Из данного контингента имеют семью 20,33% (85) студентов.

Согласно исследованию, примерно три четверти (74,6% - 312 человек) не предпринимают никаких мер и профилактических мероприятий, направленных на улучшение состояния собственного здоровья. Среди опрошенных респондентов 27,5% ссылаются на высокую занятость учебой и отсутствие временных ресурсов, 20,6% - возможности, 13,3% - на отсутствие желания. Студенты считают, что наиболее доступным из оздоровительных мер для молодежи являются пробежки или прогулки на свежем воздухе, их включают в свой режим 48,01% студентов, при этом не все регулярно это выполняют. Некоторые студенты (46,9%) отметили, что они 2-3 раза в неделю посещают спортзал, 21,2% - бассейн, 3,9% занимаются вольной борьбой и посещают специализированные спортивные секции (преимущественно студенты мужского пола).

Известно, что без правильного режима дня сформировать здоровый образ жизни студенту представляется достаточно сложным. Из-за специфики учебного режима в медицинском вузе у студентов имеются жалобы на расстройство сна, питания, двигательной активности. Исследование показало, что 61% студентов имеют проблемы со сном и частым недосыпом, 55,5% жалуются на плохое питание, 51,9% отмечают низкую двигательную активность и отмечают желание вернуть занятия по физической культуре для старших курсов университета.

Что касается вопроса питания, то многие студенты (47,3%) считают его нерегулярным. Достаточность питания отмечают 43,8% студентов, 3,5% – его избыточность, разнообразие в питании отмечают 47,2% студентов, считают питание качественным – 51,3%.

В анкетирование нами был добавлен вопрос о частоте посещаемости поликлиник, в частности, студенческой поликлиники при ДГМУ. Лишь 5,9% отметили, что посещают студенческую поликлинику в случае возникновений проблем со здоровьем, 58,6% указали о том, что обращаются в поликлиники с жалобами на недуг, а оставшиеся 35,5% респондентов выбрали вариант о самостоятельном лечении.

Изучение состояния здоровья среди обучающихся показало присутствие значимых различий в отношении к собственному состоянию среди студентов. Полученные цифры колеблются в пределах от 95,4% до 98,6%. Наибольшее расхождение во мнении о здоровье с его реальными показателями оказались в группе студентов, ведущих в основном гиподинамический образ жизни, при утверждении 96% респондентов, указанной контрастной группы о своем практическом здоровье, оказалось, что у 40,5% из них имеются хронические заболевания. При этом у студентов, которые занимаются спортом или активно посещают физкультуру, количество хронических заболеваний меньше на 12,6%.

Исходя из вышесказанного, основываясь на результатах нашего исследования, состояние здоровья студентов напрямую зависит от их образа жизни. Разделение учащихся ВУЗа на контрастные группы по различным основаниям и дальнейшее изучение объективных и субъективных показателей их здоровья позволили сделать ряд выводов.

Выводы: 1. На здоровье студентов влияет совокупность факторов, входящих, как в условия, так и образ жизни; **2.** Существует негативная тенденция ухудшения уровня здоровья и, как следствие, увеличения количества хронических заболеваний при переходе к старшему курсу.

Список литературы:

1. Агаларова Л.С. Актуальные проблемы демографической политики и состояние здоровья населения Российской Федерации. Изучение условий и образа жизни населения, обслуживаемого врачами общей практики и участковыми терапевтами в сельской местности. Материалы Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 90-летию Астраханской государственной медицинской академии. − Астрахань, 2009. − С. 19-20.

2. Кича Д.И. Комплексное социально-гигиеническое исследование студентов УДН им. П. Лумумбы: Дис. ... канд. мед. наук. / Кича Д.И. - М., 1982.

3. Линденбратен А.Л. Основные направления обеспечения качества медицинской помощи. / Линденбратен А.Л., Щепин О.П. // Бюл. НИИ СГЭ и УЗ им. Н.А. Семашко. - М.: 1998. - С.13 - 17.

АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

О.А. Омарова, аспирант

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – д.м.н. Л.С.Агаларова

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 обращаемости в Центр здоровья, состояние здоровья и изучить потребности в профилактических услугах.

Материал и методы. Исследование проводилось в 2017 г. на базе центров здоровья Республики Дагестан. Проанализирована деятельность 8 центров здоровья. По всем центрам здоровья республики зарегистрированы в 2017 г. 30966 посещений, из них взрослых – 18857 (60,8%), детей от 0-17 лет – 12109 (39%). В соответствии с целью и задачами исследования использовались статистический метод и метод выкопировки данных из первичной медицинской документации.

Результаты исследования. За 12 месяцев 2017 г. в Центры здоровья обратилось 30966 человек. Из них: самостоятельно – 38,7%, в 2016 г. – 35,9%, направлены школьными врачами – 30,5%, в 2016 г. – 35,9%, врачами медицинских организаций – 29,7%, в 2016 г. – 36,2%. По сравнению с 2016 г. общая посещаемость центров здоровья незначительно уменьшилась, однако следует, что в центрах здоровья для детей показатель обращаемости возрос на 5%, преимущественно за счет самостоятельных обращений. С января по декабрь 2017 г. в детские центры здоровья приняты 12109 детей. Из них выявлено с факторами риска 5800 (47,8%), здоровые составили 6309 (52,1%).

Выявленные риски заболеваний: отклонения опорно-двигательной системы – 2436 чел. (42,8%); кардиопатии и функциональные нарушения сердечно-сосудистой системы – 116 чел. (2,8%); гипергликемии – 75 чел. (1,3%); функциональные отклонения дыхательной системы – 585 чел. (9,8%).

При обследовании за 2017 г. в ЦЗ для взрослого населения выявлены лица с факторами риска хронических неинфекционных заболеваний 9690 чел. (51,3%). Всего обследовано 18857 чел. Из лиц с факторами риска: с высоким артериальным давлением – 3294 чел. (34,1%); с нарушением ритма сердца – 2151 чел. (22,2%); с нарушением метаболизма миокарда – 3614 чел. (37,3%); с избыточным весом – 1503 чел. (32,2%); с ожирением – 1074 чел. (23,8%); с дефицитом массы тела – 359 чел. (7,7%); отклонения показателей глюкозы –

3120 чел. (32,2%); показателей общего холестерина крови – 2635 чел. (27,2%).

По результатам обследования у офтальмолога выявлены лица с отклонениями зрения – 3294 чел. (34%), из них: пресбиопия – 777 чел. (23,6%); гиперметропия – 441 чел. (13,4%); миопия – 757 чел. (23,0%); астигматизм – 405 чел. (12,3%); спазм аккомодации – 256 чел. (5,5%); подозрение на глаукому – 181 чел. (3,2%); другие заболевания – 299 чел. (9,1%).

По результатам обследования пациентов за 2017 г. группа здоровых по всем центрам здоровья составила – 15476 чел. (49,9%); в 2016 г. – 15954 чел. (53%). С факторами риска – 15490 чел. (50,1%). В 2015 г. – 16476 чел. (55%). Направлены в ЛПУ по месту жительства – 15490 чел. В 2016 г. – 17231 чел. Повторно в Центры здоровья обратились 8051 чел. (26%), в 2016 г. – 8568 чел. (27%).

Среди них 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 28,9%. Лечение по поводу сердечно-сосудистых заболеваний получали 37,9% пациентов. Наличие хронических заболеваний в стадии ремиссии отмечалось у 23,4% посетителей.

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.

Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний выявлены у 68,2% лиц, считающих себя здоровыми. Распространенность факторов риска среди лиц без жалоб 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.

ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА КАЧЕСТВО СНА У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

А.Д. Белодурина – студент 509 гр. лечебного факультета,

В.А. Бивалькевич – студент 509 гр. лечебного факультета

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, Челябинск, Россия

Научный руководитель – д.м.н., проф. О.В. Авилов

Актуальность. Расстройство сна является довольно распространённой проблемой среди населения. Данные по распространённости нарушений сна различны. Наиболее распространённым типом расстройства сна является инсомния (бессонница), распространённость которой среди общей популяции составляет до 10%. Авторы описывают, что от 6-35% пациентов при обращении в соматические отделения стационара имеют расстройство сна, требующее медикаментозной коррекции . В отличие от зарубежной, в российской сомнологии отсутствуют широкомасштабные исследования, посвящённые проблеме сна . Наиболее крупным, по этому профилю, исследованием является работа А.М. Вейна и соавторов, в которой представлен анализ 5,5 тысяч опрошенных жителей города Москва. Среди респондентов 21% отметили неудовлетворённость продолжительностью и качеством сна. Вторым по величине является исследование, проведённое в Чувашской республике, в котором из 1,5 тысяч опрошенных около 20% человек имеют временные или постоянные нарушения сна. Кроме этого, в вышеперечисленном исследовании описывается, что 4,5% опрошенных употребляли либо употребляют снотворные препараты. В последнее время интерес к проблеме качества сна постоянно увеличивается, что можно обосновать целым рядом причин. Во-первых, по данным крупномасштабных сомнологических исследований в США, расстройство сна является серьёзной медицинской и экономической проблемой. Так, ежегодные прямые и непрямые финансовые потери от инсомнии в США составляют 13,9 млрд. долларов США, в Канаде – 6,6 млрд. канадских долларов. Финансовые потери складываются не только из затрат на лечение и страховые выплаты, но и из затрат, возникающих по причине снижения

производительности работников, аварийных ситуаций на производстве, дорожно-транспортных происшествий и т.д., которые тесно связанные с инсомнией: у плохо спящих людей риск дорожно-транспортных происшествий увеличивается в 2,5–4,5 раза, а производительность труда снижается в 2 раза.

Цель исследования – проанализировать факторы, влияющие на качество сна у студентов-медиков по данным литературных источников и результатам собственных исследований.

Материалы и методы исследования. Работа была выполнена на основании анализа данных российских и зарубежных публикаций, индексированных в Pubmed и РИНЦ, которые посвящены проблеме качества сна студентов медицинских вузов. Результаты собственных исследований были получены путём анкетирования 801 студента Южно-Уральского государственного медицинского университета 1, 3, 5 курсов различных факультетов.

Результаты исследования. Согласно современным данным о физиологии сна, граница оптимального количества сна шире – от 7 до 9 часов. Крайними цифрами считаются 6 и 10 часов, а для лиц в возрасте 18-25 лет нормальным будет и 11 часов сна. Эта продолжительность сна ассоциирована с наименьшими рисками появления проблем со здоровьем. Все больше данных появляется в пользу предположения о генетически обусловленном необходимом количестве сна. Для того, чтобы определить актуальность проблемы сна у студентов Южно-Уральского Государственного медицинского университета (г. Челябинск) нами было проведено сплошное исследование методом анкетирования. В ходе работы был опрошен 801 человек. По нашим данным, около 46% студентов имеют неудовлетворительные показатели качества сна, а 23% – посредственное. Большинство опрошенных (76,8%) имеют количество сна, находящееся в интервале от 4 до 7 часов, а 33% спит всего лишь 5-6 часов, что в обоих случаях является недостаточным. Снижение качества и количества сна у студентов в 86,3% случаев сопровождается повышением уровня раздражительности и тревожности, что соответствует данным, опубликованным многими авторами. Около 64% опрошенных отмечают снижение работоспособности днём при снижении количества сна, чуть меньше, 60,2% респондентов засыпают менее, чем за 30 минут. Ряд авторов утверждают, что на количество сна влияет распорядок дня студентов. Описано, что студенты медицинских вузов проводят от полутора до шести часов в день в транспорте, добираясь до корпусов университета и клинических баз. Студенты Южно-Уральского государственного медицинского университета, по нашим данным, в 88,3% случая проводят в дороге до одного часа и лишь около 10% – от одного до двух. Кроме этого, студенты-медики, по данным многих публикаций, активно занимаются дополнительной деятельностью. В нашем университете внеучебной работой занимаются 35% опрошенных: 16,9% являются спортсменами, 4,8% – общественными деятелями, а 3,9%

– занимаются научно-исследовательской работой. Доля трудоустроенных студентов в вузе составила около 30%, причём половина из них работают в ночные смены. Дополнительная деятельность непременно связана с ухудшением качества сна и уменьшением его количества. По нашим данным, работающие студенты спят значительно меньшее количество часов, чем неработающие молодые люди. Наличие у студентов внеучебной нагрузки не повлияло на количество сна. Однако, при анализе качества сна у работающих студентов статистически значимых различий с неработающими выявлено не было, а в группе, занимающихся внеучебной деятельностью было отмечено лучшее качество сна, чем в группе сравнения, что противоречит результатам многих других исследователей. Много работ посвящено оценки качества и количества сна у студентов-медиков разных курсов. По результатам нашего исследования, на 1 курсе качество сна остаётся недостаточным у 46,5% исследуемых в нашем университете и увеличивается к 3 курсу, что прослеживается и в других медицинских вузах. Однако, наши данные противоречат некоторым публикациям по качеству сна у старшекурсников – по результатам проведённого нами исследования на 5 курсе университета доля студентов с очень плохим сном статистически значимо меньше таковой на 1 и 3 курсах ($p<0,05$) и составила 40%. Кроме этого, к 5 курсу увеличивается доля студентов с очень хорошим сном, несмотря на наличие сменного графика работы и больших перегрузок у таких студентов, описанная в найденных нами публикациях.

Выводы. По результатам проведённого нами обзора литературных данных определены ключевые проблемы сна, которые были сопоставлены с результатами собственных исследований по данной тематике. В ходе анализа были выяснены схожесть и отличия результатов исследований, полученных нами и другими авторами. В Южно-Уральском государственном медицинском университете, также как и в других медицинских вузах, большинство студентов не удовлетворены качеством и количеством сна, 40% имеют инсомнии, представленные дневной сонливостью, бессонницей, синдромом беспокойных ног, ночными пробуждениями и т.д. Почти все (83,6%) студенты с недостаточным качеством и количеством сна отмечают появление тревожности, депрессии и снижение работоспособности. Однако нами были установлены и некоторые противоречия с результатами других авторов. Так, количество неудовлетворённых качеством сна студентов нашего университета в 1,5-2 раза больше, чем в других вузах. Качество сна у работающих студентов и студентов, занимающихся дополнительной деятельностью в университете статистически значимо не различается, а при наличии внеучебной деятельности отмечается лучшее качество сна, чем без неё. Детализация проблем, связанных с качеством и количеством сна, а также обоснование найденных различий по тем или иным вопросам качества сна студентов-медиков будут опубликованы в последующих статьях.

КОНТРАЦЕПЦИЯ И ПРОФИЛАКТИКА АБОРТОВ. СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ

И. А. Якубов, А. В. Павленко, Т. А. Воронцова – студенты 129 гр. лечебного факультета

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь

Научный руководитель – ассистент С.В. Борсук

Актуальность. Контрацепция (от новолат. contraceptio — букв. — противозачатие) — предупреждение беременности механическими (презервативы, шеечные колпачки и др.), химическими (напр., влагалищные шарики, грамицидиновая паста и др.) противозачаточными средствами и способами. Некоторые методы (в частности презерватив) помогают значительно снизить вероятность заражения ВИЧ и другими венерическими заболеваниями. Контрацепция играет огромную роль, т.к. является способом регуляции рождаемости, и защищает женщину от нежелательной беременности, как и от неблагоприятных последствий, которые может повлечь за собой ее искусственное прерывание. Около половины всех беременностей являются нежелательными и большая часть из них прерывается. В результате растет материнская заболеваемость и смертность, увеличивается число бесплодных браков, что негативно сказывается не только на здоровье женщины и ее будущих детей, но и на развитии общества в целом. Следовательно, добиться снижения числа абортов осуществимо только при проведении консультирования и распространении высокоэффективных методов контрацепции. Исходя из этого, совершенствование и внедрение высоконадежных методов предохранения от беременности является одной из приоритетных задач современной медицины.

Цель исследования. Выяснить осведомлённость населения репродуктивного возраста о контрацепции как профилактики абортов.

Материалы и методы исследования. Анкетирование населения репродуктивного возраста, с последующей статистической обработкой.

Результаты исследования. В рамках данного исследования нами было проведено анкетирование на выявление отношения населения репродуктивного возраста к контрацептивам как методу профилактике абортов. В исследовании приняло участие 67 респондентов репродуктивного возраста. Анкеты-опросники содержали 20 вопросов, посредством которых мы попытались выяснить, насколько полно и адекватно респонденты рассматривают контрацепцию как метод профилактики абортов. В результате проведенного анкетирования респондентов был выявлен уровень отношения к данному методу. В анкетировании приняли участие 55 (82,1%) респондентов возраста 16 – 19 лет, 11 (16,4%)

респондентов возраста 20 – 25 лет, 1 (1,5%) респондент возраста 26 – 30 лет. Говоря о контрацепции, нужно отметить, что 58 (86,5%) респондентов знают о методах контрацепции, 1 (1,5%) респондент не знает о методах контрацепции, 8 (12%) респондентов имеют представление о методах контрацепции. Среди опрошенных 36 (53,7%) респондентов пользуются методами контрацепции, 31 (46,3%) респондент не пользуются методами контрацепции. Говоря об отношении к партнеру, 35 (52,2%) респондентов обсуждали бы с ним метод контрацепции, 32 (47,8%) респондентов затрудняются ответить. Практически равное количество опрошенных не обсуждали метод контрацепции со своим партнёром, либо затрудняются ответить, это свидетельствует о том, что данная тема среди населения не является предметом обсуждения и молодые люди не задумываются о последствиях. Из числа респондентов 17 (25,4%) планируют выполнение репродуктивной функции в возрасте 21 – 25 лет, 50 (74,6%) в возрасте 26 – 30 лет. По отношению к количеству детей, 22 (32,8%) респондента хотят иметь 1 ребёнка, 36 (53,7%) респондентов хотят иметь двоих детей, и всего лишь 9 (13,4%) респондентов хотят иметь 3 и более детей, т.к. экономические трудности не позволяют им иметь больше детей. Из опрошенных респондентов 54 (80,6%) считают, что аборт приводит к осложнениям и вреден для организма женщины, 11 (16,4%) считают, что аборт — это грех и детоубийство. Также, в случае незапланированной беременности 21 (31,3%) респондент считает, что исходом будут роды, 16 (23,9%) респондентов считают, что исходом будет аборт, а 30 (44,8%) респондентов решили бы посоветоваться с партнёром.

Выводы. В результате проведённого статистического исследования можно сделать следующие выводы: что большинство людей репродуктивного возраста не всегда используют контрацептивные средства, что приводит к риску наступления не запланированной беременности, как следствие принимают ошибочное решение пойти на аборт. Необходимо повысить информированность общества о методах контрацепции и последствиях аборта. С помощью гормональной контрацепции можно предупреждать аборты, а также следующие за ними осложнения в виде нарушений менструального цикла, бесплодия и ряда гинекологических заболеваний. С профилактической целью необходимо проводить следующие социальные программы: создание кабинетов планирования семьи, укрепление института брака, введение совместной работы с религиозными организациями, консультирование молодёжи, проведение профилактической беседы о теоретической и практической значимости данной темы, внедрение просветительских программ способствующих тому, что молодые люди, получившие своевременную, грамотную и адекватную возрасту информацию, позже начинают сексуальные отношения, чаще пользуются контрацептивами, ответственнее относятся к своему здоровью и здоровью

близких и знакомых людей.

ДИНАМИКА И СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПАРЕНТЕРАЛЬНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В ДОНЕЦКЕ В 2012-2018 ГГ.

Р.Н. Андреев - ординатор, Ю.А. Лыгина - ассистент, В.С. Егоров - ординатор, А.П. Зятьева, О.А. Шкурат, И.Р. Ермаков - студенты

Кафедра организации высшего образования, управления здравоохранением и эпидемиологии

ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», Донецк, Донецкая Народная Республика

Научный руководитель - к.м.н., доцент В.А. Мельник

Актуальность. Вирусные гепатиты, распространяющиеся парентеральным путем, имеют высокую эпидемиологическую и социально-экономическую значимость. Это связано, в первую очередь, с их повсеместным распространением и преимущественным вовлечением в эпидемический процесс молодого трудоспособного населения (15-30 лет). Основными путями заражения в настоящее время остаются половой, инъекционный (в большинстве случаев, при внутривенном введении наркотических препаратов посредством нестерильного инструментария), вертикальный, а также внутрибольничное заражение (артифициальный путь передачи). Несмотря на введение в Национальные календари многих стран вакцины против гепатита В, эпидемическая ситуация по этому заболеванию все еще является неблагополучной. Эпидемический процесс гепатита В поддерживается, в основном, за счет хронических форм заболевания. Против гепатита С специфическая профилактика на текущий момент не разработана, поэтому единственным эффективным мероприятием в борьбе с данной инфекцией является прерывание механизма ее передачи.

Цель. Определить основные характеристики эпидемического процесса парентеральных вирусных гепатитов в г. Донецке.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный эпидемиологический анализ материалов официальной регистрации заболеваемости парентеральными гепатитами В и С за период 2012-2018 гг. по данным Донецкого городского центра Республиканского центра санитарно-эпидемиологического надзора госсанэпидслужбы Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики (РЛЦ СЭН ГСЭС МЗ ДНР). Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакетов программ Microsoft Office 2007 и Statistica 6.0.

Результаты исследования. В результате проведенного анализа нами установлено, что

в течение изучаемого периода заболеваемость вирусным гепатитом В (ВГВ) находилась на уровне 6,05±0,21 на 100 тыс. населения, вирусным гепатитом С (ВГС) - 1,97±0,38 на 100 тыс. населения. При этом, показатель заболеваемости ВГВ во все годы наблюдения превышал среднереспубликанский уровень. Следует отметить, что в 2014 г. отмечался рост удельного веса гепатитов неустановленной этиологии в связи со сложностями с лабораторной диагностикой инфекций.

Эпидемический процесс острых парентеральных вирусных гепатитов (ОПВГ) в основном реализовался среди взрослого населения — 94,8±4,54 % в общей возрастной структуре заболеваемости. При этом, дети до 14 лет составляли 1,58±0,22 % заболевших, подростки 15-17 лет - 3,63±0,23 %. Среди медицинских групп риска заболеваемость ОПВГ не регистрировалась. Охват вакцинацией против гепатита В составлял 51,6±2,65 %.

Пути и факторы передачи ОПВГ распределились следующим образом: половой — 45,36±1,03 % (в том числе, вертикальный — 1,07±0,18 %), инъекционный (введение наркотиков) - 14,05±0,34 %, артифициальный (внутрибольничный) - 8,31±0,28 %, при получении косметических и бытовых услуг (в том числе, проведение маникюра, педикюра, стрижек, нанесение татуировок) - 19,21±0,65 %. Необходимо отметить, что у 64,59±0,32 % заболевших при получении косметических и бытовых услуг заражение было связано с проведением маникюра и педикюра у частных лиц. В 6,94±1,27 % путь и факторы передачи ОПВГ установлены не были.

Заболеваемость хроническими вирусными гепатитами на протяжении исследуемого периода составляла 8,1±0,32 % и имела тенденцию к росту, кроме 2018 г., когда она снизилась на 16,53 %.

Выводы. Таким образом, основу эпидемического процесса острых парентеральных гепатитов в г. Донецке составляли взрослые лица. Наиболее эпидемически значимым путем передачи являлся естественный половой (включая вертикальный), а на втором месте находилось заражение при получении косметических и бытовых услуг (в том числе, у частных лиц). Полученные данные определяют направления противоэпидемической и профилактической работы по борьбе с парентеральными гепатитами — санитарно-просветительская деятельность среди подростков и взрослого населения, увеличение охвата вакцинацией против гепатита В, усиление контроля за оказанием косметических услуг населению.

ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ НА МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ ФАКУЛЬТЕТЕ: МНЕНИЕ СТУДЕНТОВ

Н.И. Иманалиева, А.Н. Поздеева – студенты 501 гр. медико-профилактического

факультета

Кафедра экономики, менеджмента и медицинского права

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, Нижний Новгород, Россия

Научный руководитель: д.м.н., доцент Т.В. Поздеева

Актуальность. На современном этапе функционирования высшего медицинского образования, предусматривающего подготовку специалистов по Федеральным государственным образовательным стандартам третьего поколения, существенно возрастает роль практической подготовки студентов в формировании профессиональных компетенций и развитии их познавательной активности.

Значение производственной практики в практической подготовке врача всегда было очевидно, а результативность ее проведения зависит от многих факторов: теоретической подготовленности, методического обеспечения, организации процесса на базах практики и мотивации студентов. При оценке организации и эффективности проведения производственной практики важно учитывать мнение самих практикующихся для своевременной коррекции выявленных недостатков и повышения качества подготовки специалиста к профессиональной деятельности.

Цель. Повышение качества практической подготовки студентов медико-профилактического факультета.

Материалы и методы исследования. Специально разработанная анкета для изучения организационных и методических проблем производственной практики «помощник процедурной и палатной медицинской сестры», «помощник фельдшера скорой медицинской помощи», «помощник лаборанта клинической лаборатории» и «помощник лаборанта санитарно-гигиенической лаборатории». Социологический опрос студентов 4,5 и 6 курса медико-профилактического факультета ПИМУ.

Результаты исследования. Исследование показало, что в целом студенты имеют положительную мотивацию к прохождению практики: 36% студентов воспринимают практику как первый шаг в будущую профессию, каждый четвёртый рассматривает практическую подготовку как возможность дальнейшего трудоустройства, для каждого пятого производственная практика – это возможность интересного время провождения.

Большинство студентов (от 93,2% до 97,7% на разных курсах) представляло, какие именно практические навыки формирует та или иная практика. Вместе с тем только у 75% ожидания от практики подтвердились. Несмотря на то, что организационные собрания проводились для всех курсов, большая доля студентов признались о затруднениях в начале практики: 45,5% респондентов не ознакомились заранее с методическими рекомендациями, 34,1% не знали как правильно вести дневник и составлять отчёт.

Анкетируемые отмечают затруднения в ходе практики: выполняя обязанности помощника медицинской сестры, 11,4% столкнулись с проблемами следующего характера: дефекты организации практики со стороны медицинской организации, плохая обеспеченность методическими материалами. Касательно оценки результативности практики, 63,3% респондентов отмечают, что практика позволила усвоить теоретический материал, 47,7% - убедила в правильности выбора профессии, а 40,9% опрошенных считают, что могут выполнять освоенные навыки самостоятельно.

На практике «помощник фельдшера скорой медицинской помощи» затруднения испытывали уже 15,9% испытуемых, большинство которых (71%) обуславливало это своими личными качествами, а также недостаточной теоретической подготовкой по неотложной помощи у 57,1%. При оценке результатов практики, половина студентов отметило, что полностью освоили практические навыки и могут работать самостоятельно.

Прохождение практики в качестве помощника лаборанта кинической лаборатории показало, что все без исключения студенты имели, по их мнению, представление о формируемых навыках, которое не подтвердились лишь в 4,5 % случаев. С методическим рекомендациями до начала практики ознакомилось уже 68,2 % респондентов, 77,3% - были осведомлены о предъявляемых требованиях к дневнику и отчету. Из самых часто встречаемых затруднений при прохождении данной практики на первом месте (у 4 из 5 студентов) располагается «недостаточная теоретическая подготовленность», на втором (у 2 из 5) – дефекты организации самого процесса практики со стороны базы практики и недостаточность методического материала по проведению того или иного исследования. Для 65,9 % студентов главным результатом этой практики явилась помощь в освоение теоретического материала и твердая убежденность в правильности выбора специальности (65,9 и 61,4 % соответственно).

При прохождении практики помощник лаборанта санитарно-гигиенической лаборатории только 59,1 студентов заранее ознакомились с методическими материалами, но доля респондентов, знающих правилах ведения дневника и оформления отчета, выросла до 84,1%.

Анкетирование студентов позволило выявить ряд недостатков со стороны базы практики: плохая организация трудового дня практиканта была отмечена в 29,5 случаев при прохождении практики «помощник процедурной и палатной медицинской сестры», в 13,6 % случаев - «помощник фельдшера скорой медицинской помощи», в 16,2 % случаев - «помощник лаборанта санитарно-гигиенической лаборатории». По мнению студентов, лучше всего был организован труд по такому направлению практики как «помощник лаборанта клинической лаборатории» - недовольных зарегистрировано только 6,8 %.

Следует признать что многих студентов не устраивает «формальность» практики – их доля колеблется от 15,9 % до 31,8 % по различным направлениям производственной практики.

Выводы. Анализ результатов исследования мнения студентов медико-профилактического факультета показал, что обучающиеся возлагают большие ожидания на производственную практику. До трети опрошенных сталкиваются с недостатками организации практической подготовки на базе практики и формальностью проведения. Результативность практики для студентов определяется возможностью научиться самостоятельно выполнять производственные задания и освоить теоретический материал.

Исследование выявило ряд недостатков в организации эффективной практической подготовки, как со стороны образовательной организации и базы практики, так и со стороны самих студентов, что может служить основой для разработки мероприятий по совершенствованию практической подготовки студентов медико-профилактического факультета.

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ СИМПТОМОВ СИНДРОМА «СУХОГО ГЛАЗА» У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Т.Ю.Сивуха, А.С.Хрущёва–студенты 504 группы лечебного факультета

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь

Научный руководитель - к.м.н, ассистент А.М. Островский

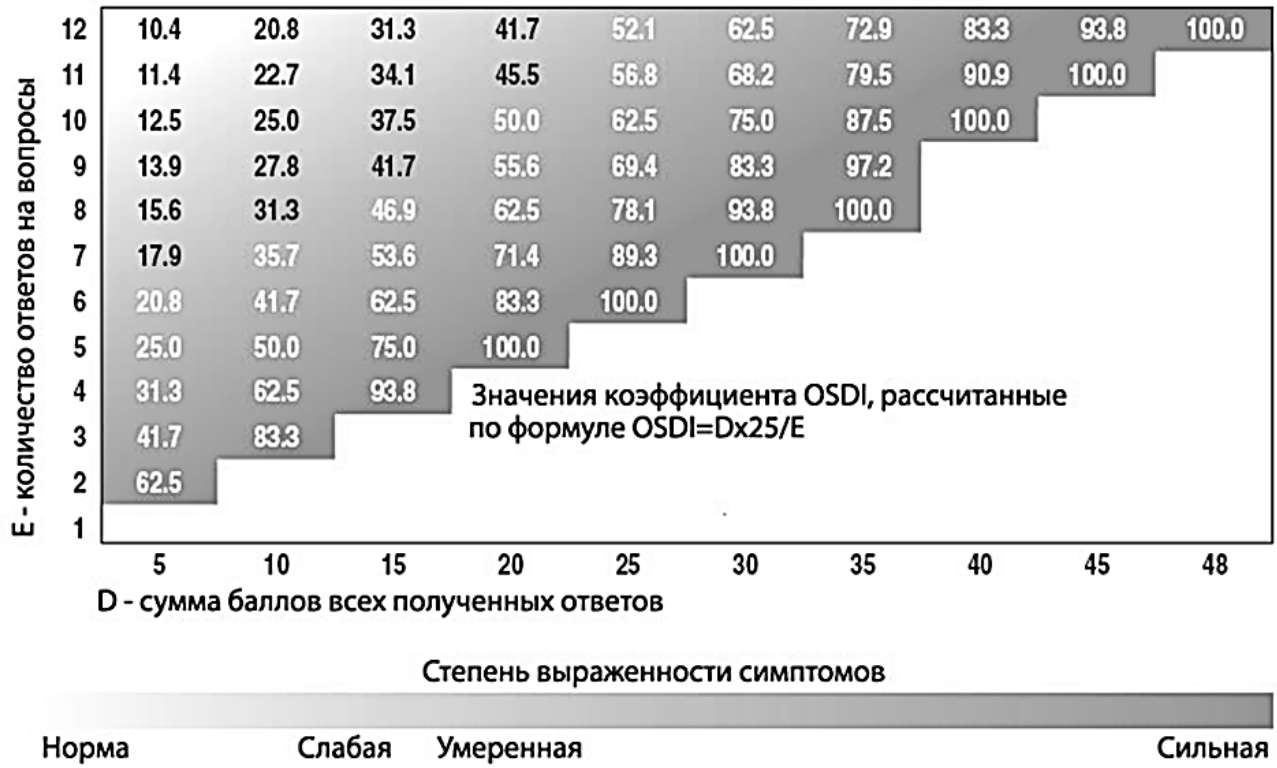
Актуальность. Синдром «сухого глаза» (ССГ) представляет собой комплексное заболевание, которое распространено во всем мире и является одной из основных проблем современной офтальмологии. Его можно определить, как комплекс признаков выраженного или скрыто протекающего роговичного или роговично-конъюнктивального ксероза, возникающего на почве длительного нарушения стабильности прикорнеальной слезной пленки. По данным литературы известно, что ССГ встречается у 9–18% населения развитых стран мира, причем его распространенность имеет неукоснительную тенденцию к увеличению. Так, за последние 30 лет частота обнаружения ССГ возросла в 4,5 раза, в связи с чем ССГ по праву можно назвать болезнью цивилизации.

Цель исследования – провести медико-социологическое исследование по оценке степени выраженности симптомов ССГ у студентов-медиков.

Материалы и методы исследования.

Для оценки степени выраженности симптомов ССГ у студентов медицинского вуза выбран социологический метод. Опрос проводился по анкете Ocular Surface Disease Index

(OSDI). Оценка результатов анкетирования проводилась по коэффициенту OSDI, который рассчитывался по формуле: OSDI = D x 25 / E. Приведенная ниже шкала удобна тем, что позволяет определить, не прибегая к расчетам, коэффициент OSDI по сумме набранных баллов (D) и количеству ответов на вопросы (не учитывая вопросы с ответом «Затрудняюсь ответить») (E).



Всего в анкетировании приняли участие 213 студентов 5 курса УО «Гомельский государственный медицинский университет» в возрасте 21–23 лет. Статистическая обработка результатов исследования проводилась при помощи компьютерной программы Microsoft Excel, 2013 с использованием сравнительной оценки распределений по ряду учетных признаков и достоверностью показателей и различий рассматриваемых выборок при уровне значимости $p \leq 0,05$.

Результаты исследования.

Среди опрошенных студентов испытывали за последнюю неделю чувство болезненности или воспаленности глаз 127 (59,62%) человек, причем большую часть времени данный симптом беспокоил 10 (7,87%) человек, примерно половину указанного временного периода 39 (30,71%) человек, иногда 78 (61,42%).

Из числа опрошенных 122 (57,28%) студента испытывают повышенную светочувствительность. Среди них 27 (31,40%) человек этот симптом беспокоит примерно половину указанного временного периода, 22 (18,04%) респондентов – большую часть времени или постоянно. У 73 (34,27%) студентов повышенная светочувствительность

появляется время от времени.

Такой симптом, как затуманивание зрения, испытывают 110 (51,64%) студентов: 3 (1,41%) человек этот симптом беспокоит постоянно, 12 (10,91%) человек – большую часть времени, и 19 (17,27%) человек – примерно половину указанного времени. Изредка данный симптом беспокоит 76 (69,09%) человек.

Ухудшение зрения отмечают 124 (58,22%) студента. Из них эпизодически данный симптом отмечают 67 (54,03%) человек, большую часть или половину указанного времени – 50 (40,32%) человек, постоянно – 7 (3,29%) человек.

Среди опрошенных студентов 86 (40,38%) человек отметили, что за последнюю неделю испытывали ощущение песка в глазах, из которых 52(60,46%) человека данный симптом беспокоит периодически, половину указанного временного периода – 27 (31,40%) человек, 6 (6,98%) человек – большую часть времени и только 1 (1,16%) человека – на протяжении всего времени.

На вопрос, появились ли за последнюю неделю у Вас проблемы со зрением, затрудняющие выполнение какого-либо из указанных видов работ, 108 (50,7%) студентов указали на 2 вида работ: чтение и работа за компьютером.

Проблемы со зрением, затрудняющие чтение, время от времени испытывают 65 (60,18%) студентов, примерно половину указанного временного периода 22 (20,37%) человека, большую часть времени 19 (17,6%) респондентов и лишь 2 (1,85%) человека указали, что при возникновении проблем, связанных со зрением, все время возникают проблемы с чтением.

Проблемы со зрением, затрудняющие работу за компьютером, наблюдаются у 67(62,04%) человек, среди которых 26 (24,07%) опрошенных отмечают примерно половину, а 13 (12,04%) человек большую часть указанного времени.

Проблемы со зрением, затрудняющие просмотр телевизора, есть у 77 (36,17%) человек. Это может быть связано с тем, что молодежь сегодня не так часто проводит время за телевизором. Ночное вождение выбрали 61 (28,64%) человек.

У 130 (61,03%) человек зрительный дискомфорт обусловлен ветряной погодой, при этом 69 (53,08%) человек испытывают дискомфорт иногда, 26 (20,00%) студентов – примерно половину указанного временного периода, 28 (21,54%) – большую часть времени и 7 (5,38%) – постоянно.

Среди опрошенных респондентов 86 (40,38%) студентов испытывают зрительный дискомфорт в местах с пониженной влажностью воздуха. Из них 2 (2,32%) человека все время испытывают зрительный дискомфорт, 13 (15,12%) студентов – большую часть своего времени, 29 (33,72%) человек – примерно половину указанного временного периода, 42

(48,84%) студента – лишь иногда.

Испытывают зрительный дискомфорт в кондиционируемых помещениях 72 (33,80%) студента, 10 (13,89%) человек из которых ощущают дискомфорт большую часть времени, 16 (22,22%) человек – примерно половину указанного временного периода, 43 (59,72%) студента – время от времени. У 3 (4,17%) студентов зрительный дискомфорт отмечался на протяжении всего проводимого в них времени, причем со временем дискомфорт становился более выраженным.

Анализируя полученные в результате анкетирования данные, выяснилось, что 67 (31,46%) опрошенных студентов отмечают симптомы ССГ различной степени выраженности: от слабой у 20 (9,39%) и умеренной у 41 (19,25%), до сильной у 6 (2,82%) человек. Средний коэффициент OSDI по данной выборке в целом составил 19,54±17,21.

Выводы.

Почти у трети опрошенных студентов отмечаются проявления, по своей выраженности и частоте характерные субклинической или клинической стадии развития ССГ, что создает дополнительные трудности в выполнении некоторых видов деятельности, например таких, как работа за компьютером или чтение в течение длительного периода времени. Людям с сухостью глаз проблематично длительно находиться в среде с сухим воздухом (кондиционированный воздух помещений, теплый или горячий воздух и т.д.), а также в ветреную погоду.

Проведенное исследование позволяет говорить о необходимости разработки и проведения мероприятий, направленных на своевременное выявление и профилактику развития ССГ у студентов медицинского университета, а также использование в образовательно-воспитательном процессе современных информационных и информационно-мотивационных технологий по охране зрения, а также повышению ответственности студентов-медиков за свое здоровье.

ФАКТОРЫ ОКАЗЫВАЮЩИЕ ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ТРАВМ С ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬЮ У МОЛОДЫХ ВРАЧЕЙ

К.И. Соколова, ординатор кафедры акушерства и гинекологии; С.М. Милехин, аспирант

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом менеджмента ФДПО и ординатуры

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь

Научный руководитель: д.м.н., профессор Д.П. Дербенев

Заболеваемость важнейший показатель здоровья население, который является

зеркальным отражением здоровья. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности и распределение хронических заболеваний, наиболее важные показатели заболеваемости, которые у врачей могут объективно оценены по данным опроса и самооценки.

Цель исследования:изучение факторов оказывающих влияние на развития заболеваний и травм с временной утратой трудоспособности среди молодых врачей.

Материалы и методы:Заболеваемость анализировали по официальным данным, и по данным собственного исследования. В рамках собственного исследования, информация о наличие заболеваний была получена со слов самих молодых врачей, отвечавших на соответствующие вопросы анкеты. С целью определения детерминированности процессов формирования заболеваемости молодых врачей, нами были изучены 101 количественных параметров влияния важных медико-социальных факторов.

Результаты исследования и их обсуждение:Положительное влияние на здоровье, в виде отсутствия заболеваний и травм с временной нетрудоспособностью оказывает отсутствие курения и алкоголизации.

Наличие табакокурения и относительно высокое потребление спиртных напитков (ежедневное, еженедельное), характерен для 81,3% и 65,0% врачей из основной группы, а в группе контроля, таких врачей в 1,6 и 2,5 раза меньше соответственно.

Работа супругов в медицинской сфере приводит также к профессиональной настороженности к состоянию здоровья близких людей, что проявляется повышенным вниманием к проявлению даже незначительных симптомов заболеваний. В итоге определенное влияние на состояние здоровья молодых врачей оказывает род профессиональных занятий брачного партнера: возникновению хронических заболеваний у молодых врачей способствует наличие супруга или супруги также являющегося врачом.

Так в основной группе супружеских пар соответствующих данному критерию почти 36,3%, в контрольной группе таких пар в 1,9 раза меньше. Отмечается ожидаемая прямая взаимосвязь между наличием заболеваний и травм с временной нетрудоспособностью и уровнем эмоционального состояния молодых врачей. Уровень эмоционального состояния оказывает отрицательное влияние на наличие заболеваний и травм, приводящих к временной нетрудоспособности, так относительно высокий уровень эмоционального состояния (отличный, хороший) в основной группе отметили 33,8% респондентов, а в группе контроля данный показатель выше в 1,8 раз.

Заключение: Заболевания и травмы с временной нетрудоспособностью у молодых врачей формируются под действием прежде всего факторов поведенческой природы (табакокурение, потребление алкоголя). Также оказывают влияние на развитие заболеваний и травмы с временной нетрудоспособностью у молодых врачей, но более слабое, семейно-

бытовые факторы (врачебная специальность супруга или супруги) и психоэмоциональный статус (самооценка уровня эмоционального состояния).

ОСОБЕННОСТИ, ВЫЯВЛЕННЫЕ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ АХИЛЛОВА СУХОЖИЛИЯ У НАСЕЛЕНИЯ Г.ОРЕНБУРГА

Т.В. Алексанян 5 курс, К.А. Панина 5 курс

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения №1

Оренбургский государственный медицинский университет

Научный руководитель:

к.м.н. С.В. Ефимова

Введение. Актуальность проблемы разрывов ахиллова сухожилия подчеркивается тем, что наиболее часто она возникает в активном трудоспособном 30-50-летнем возрасте.

Цель. Проанализировать причины возникновения повреждений ахиллова сухожилия (ПАС) в исследованной группе населения г.Оренбурга.

Задачи. Рассмотреть возрастные и гендерные особенности распространения данной патологии; рассчитать среднюю продолжительность госпитализации; изучить основные методы лечения.

Материалы и методы.Среди взрослого населения г.Оренбурга, проходившие лечение в период с 2008 по 2018 годы в ГАУЗ «Городская клиническая больница №4» наблюдалось 65 больных с ПАС.

Результаты. Из 65 пациентов с разрывами ахиллова сухожилия 51 (78,5%) пациентов были мужчины, а 14 (21,5%) – женщины; их соотношение составило 3,6:1. Средний возраст всех пациентов - 44,8 лет. При повреждении сухожилия – 43% занимались физическим трудом, в 35% - умственным и 21,5% пациентов – не работали. Среди пациентов с ПАС в 63 % (41 из 65) встречались свежие разрывы, в 18% (12 из 65) – застарелые разрывы, в 14% (9 из 65) – несвежие разрывы. Остальные 5% приходятся на другие повреждения, такие как повторные разрывы, резаные раны.

Из причин разрыва ахиллова сухожилия выделены: спортивная и бытовая травмы; открытое повреждение. Самой частой причиной разрыва сухожилия явилась бытовая травма - 60% (39) (42% случая для мужчин и 28% - для женщин). Механизм травмы – прыжок или толчок.

Из 65 пациентов, 4 (7%) была произведена ПХО; остальным 61(93%) - операция по Кюнео. В течение первых 10-14 дней после получения травмы прооперировано 72% (47) пациентов. Операция в среднем длилась 1 час (60 минут).Средняя продолжительность госпитализации - 10-12 дней.Наблюдается значительное снижение ПАС за последние 10 лет.

Выводы. Повреждения ахиллова сухожилия, как бытовой травмы у исследованной группы за 10 лет чаще регистрируются у мужчин –60%, соответственно у женщин данный показатель ниже – 28%. Наиболее часто травмируются люди трудоспособного возраста, мужчины в возрасте 30-60лет, женщины – 20-40лет. Основная причина данного повреждения - бытовая травма, полученная в момент прыжка или толчка.

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ПО ФЕДЕРАЛЬНЫМ ОКРУГАМ И РЕГИОНАМ ЦЕНТРАЛЬНОГО ЧЕРНОЗЕМЬЯ И КУРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2012 – 2017 ГГ.

В. С. Ястребов – студент 4 курса 13 гр. лечебного факультета

Кафедра организации и менеджмента здравоохранения

с учебным центром бережливых технологий

ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, Курск, Россия

Научный руководитель - к.м.н., доцент В.И. Тимошилов

Актуальность данной работы состоит в том, что борьба с перинатальной смертностью – важная составляющая стабилизации демографической ситуации, формирования социально активного и трудоспособного населения.

Перинатальная смертность — это понятие, объединяющее в себе мертворождаемость и смертность новорожденных в раннем неонатальном периоде, начиная с 22 недели беременности и кончая 7-м днем жизни (0—6 суток или 168 часов после рождения).

Большинство причин, приводящих к явлению перинатальной смертности, являются управляемыми, то есть на противодействие им могут и должны быть направлены массовые межведомственные профилактические мероприятия.

Цель исследования – провести анализ динамики и территориальных различий перинатальной смертности в Российской Федерации, по округам, регионам ЦФО и Курской области.

Материалы и методы исследования. Для изучения и сравнения показателей перинатальной смертности по России, Центральному федеральному округу и Курской области использованы данные ежегодных статистических материалов ФГБУ ЦНИИОИЗ Минздрава России и данные Росстата о численности населения. Построены динамические ряды интенсивных показателей перинатальной смертности, сравнения относительных величин выполнены по критерию Стьюдента.

Результаты исследования. За 2017 год в России перинатальная смертность составила 12756 случаев. По сравнению с 2016 г. абсолютное число таких случаев сократилось на 14,9%.

Частота случаев также достоверно снизилась с 7,89 на 7,50 случая на 1000 всего населения ($p \leq 0,05$).

Тенденция к уменьшению показателя перинатальной смертности просматривается с начала 2012 г. как в целом по нашей стране, так и по отдельным регионам в частности. Причем в ЦФО данный показатель достоверно ниже, нежели в целом по стране (рис. 1).

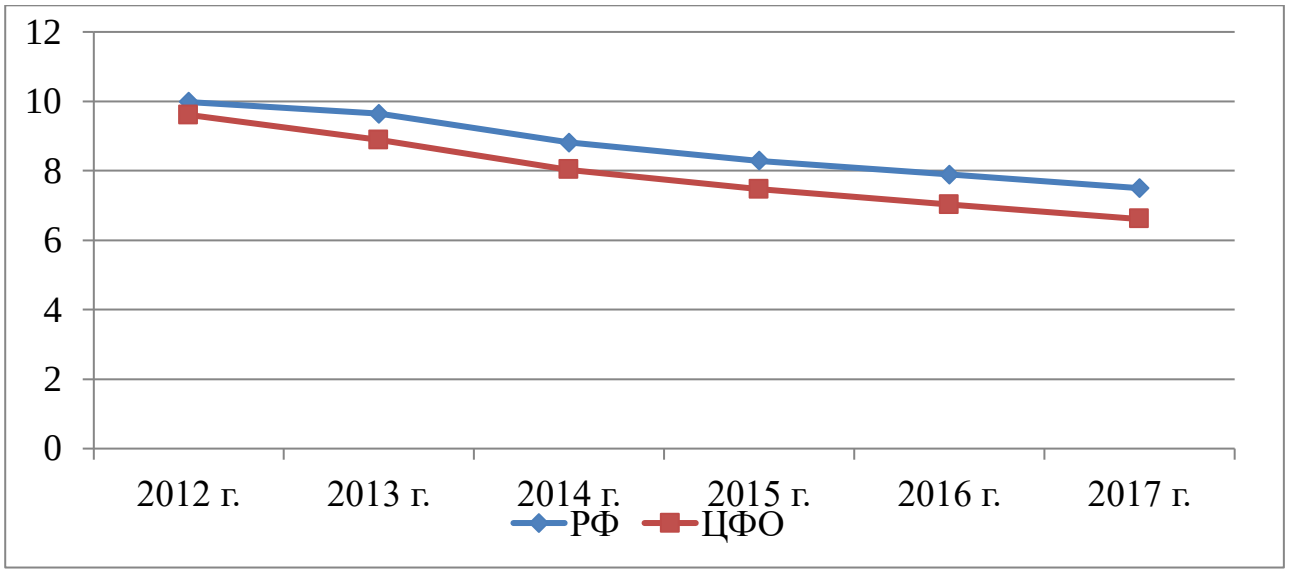


Рис. 1. Динамика перинатальной смертности в Российской Федерации и Центральном федеральном округе за 2012 – 2017 гг. в расчете на 1000 родившихся живыми и мертвыми.

В целом по России этот показатель за 2017 г. составляет 7,5. По нац. проекту «Демография» к 2024 г. этот показатель должен снизиться до 4,5.

В плане частоты перинатальной смертности в расчете на 1000 родившихся живыми и мертвыми по итогам 2017 г. наиболее неблагополучными территориями можно признать Приволжский и Дальневосточный федеральные округа, где показатели достоверно ($p \leq 0,01$) выше среднероссийского (рис. 2). Достоверно более низкие значения, чем в целом по стране, имели место в Центральном, Северо-Кавказском и Уральском федеральных округах.

Достоверный рост показателя перинатальной смертности против уровня 2016 г. в 2017 г. произошел только в Южном федеральном округе ($p \leq 0,05$). Во всех остальных регионах была зафиксирована убыль данного показателя с различной степенью достоверности.

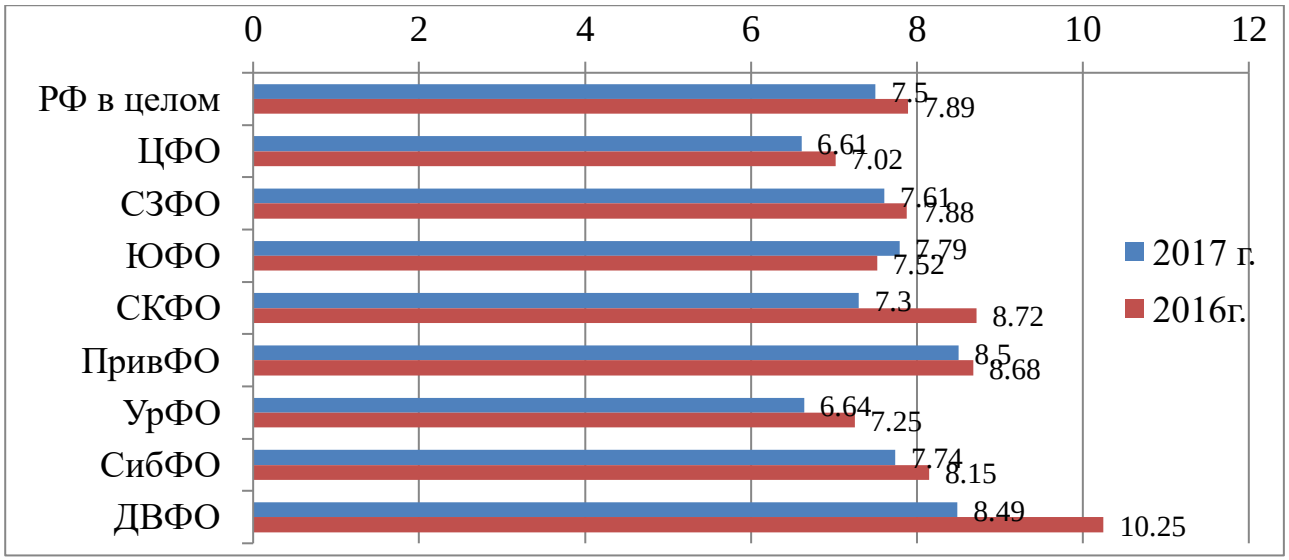


Рис. 2. Сравнение показателей перинатальной смертности в Российской Федерации и по федеральным округам в 2016 - 2017 г. в расчете на 1000 родившихся живыми и мертвыми.

По ЦФО наиболее неблагополучными территориями являются Липецкая и Курская области, где показатели достоверно ($p \leq 0,01$) выше, чем в среднем по округу (рис. 3). Достоверно более низкие значения, чем в целом по ЦФО, имели место в Белгородской, Воронежской и, особенно, Тамбовской областях.

Достоверный рост показателя перинатальной смертности против уровня 2016 г. в 2017 г. произошел только в Воронежской области ($p \leq 0,05$). В остальных регионах – убыль с различной степенью достоверности.

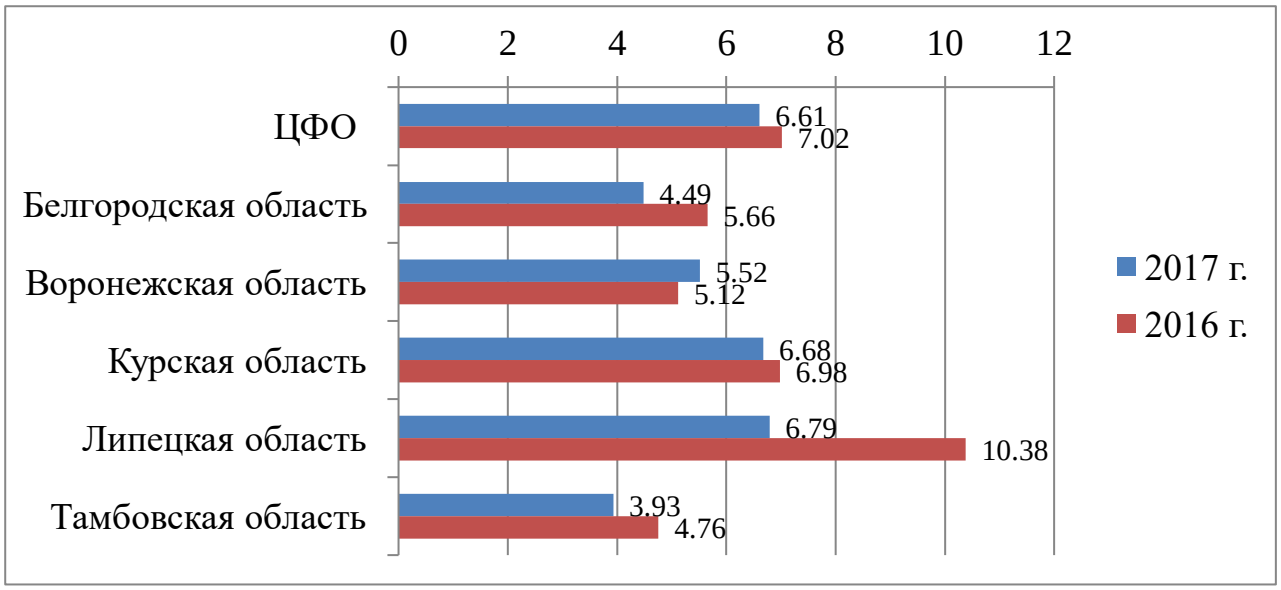


Рис. 3. Сравнение показателей перинатальной смертности по Центральному федеральному округу и регионам Центрального Черноземья в 2016 - 2017 г. в расчете на 1000 родившихся живыми и мертвыми.

Выводы.

В целом по нашей стране показатель перинатальной смертности имеет тенденцию к снижению, что говорит о правильной государственной политике в данном аспекте.

По показателю частоты выявления перинатальной смертности в расчете на 1000 родившихся живыми и мертвыми наиболее неблагополучными являются Приволжский и Дальневосточный федеральные округа.

Если же брать полученные статистические данные по регионам ЦФО, то здесь наиболее неблагоприятными субъектами по праву можно считать Липецкую и Курскую области – 6,79 и 6,68 случаев на 1000 родившихся живыми и мертвыми соответственно.

ОТНОШЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ К СУИЦИДУ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА

О.И. Зверко – студент 11 гр. лечебного факультета, Ю.В. Холопица – студент 11 гр. лечебного факультета

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь Научный руководитель – д.м.н., доцент М.Ю. Сурмач

Актуальность: В отношении возрастных групп почти во всех регионах мира наименьшая частота самоубийств наблюдается среди детей младше 15 лет, а наибольшая – среди лиц в возрасте 70 лет и старше, как среди мужчин, так и среди женщин. В возрастных группах от 15 до 70 лет характер распределения частоты самоубийств в зависимости от пола и возраста сильно разнится от региона к региону. В некоторых регионах частота самоубийств с возрастом неуклонно увеличивается, в других пик самоубийств наблюдается среди молодежи, а в среднем возрасте показатель снижается.

В целом среди населения от 15 до 29 лет самоубийства составляют 8,5% всех смертей, являясь второй по значимости причиной смерти (после дорожно-транспортных несчастных случаев). В возрастной группе от 30 до 49 лет самоубийства составляют 4,1% от общей смертности, занимая пятое место среди причин смерти. [Предотвращение самоубийств. Глобальный императив. Всемирная организация здравоохранения. 2014]

Цель: По данным опроса, определить наличие возрастных различий в понимании суицида.

Материал и методы исследования: Проведен опрос 200 человек трудоспособного населения репродуктивного возраста Гродненской, Минской и Брестской областей. Из них 57,5% - женщины, 42,5% - мужчины, средний возраст составил 33,8 лет. Из всех респондентов 56,5% состояли в браке, 60,5% − имели как минимум одного ребенка, 71,0% являлись городскими жителями, 29,0% – сельскими. Структура выборочной совокупности

по указанным факторам соответствует таковой для генеральной совокупности населения Беларуси трудоспособного возраста.

Для работы использовалась анонимная анкета, состоящая из 30 пунктов (12 вопросов о личности респондента, его социальных и медико-демографических характеристиках, и 18 - по изучаемой проблеме).

Статическая обработка полученных данных проводилась в пакете программы «Statistica 10,0». Использовался критерий Манна-Уитни для сравнения значений в группах, а также $\chi 2$ Пирсона. Уровень $p<0,05$ был принят как статистически значимый.

Респонденты были разделены на две группы в зависимости от возраста. Первую группу составили 89 (44,5% выборки) человек в возрастной категории от 18 до 30 лет (средний 24,7± 4,0 года), вторую – 111 (55,5%) человек в возрасте от 31 до 49 лет (средний 39,9±5,6 лет).

Результаты исследования: Ознакомленность о проблеме суицида находится на одинаковом уровне среди населения, вне зависимости от возрастного уровня. Также независимо от возраста, отношения всех опрошенных к самоубийству резко негативное явление: суицид воспринимается как слабость характера (67,4%, 65,8% соответственно) и обдуманности решения (59,6%, 55,9%, соответственно), чаще возникающее у мужчин (64,1%, 74,8% соответственно). Больше половины респондентов в каждой из групп (57,3%, 74,8%, соответственно), считают, что СМИ имеет большое влияние в распространении фактов суицида.

Наиболее частые причины совершения суицида и парасуицида, по мнению респондентов, следующие (статистически значимых различий между группами не выявлено): финансовые проблемы (17,9%, 22,5%, соответственно), проблемы в личной жизни (44,9%, 53,2%, соответственно), избежание наказания (14,6%, 14,4%, соответственно), моральное или физическое издевательство (34,8%, 22,5%, соответственно, $p=0,05$), религиозный фанатизм (8,9%, 9,0%, соответственно), психические заболевания (32,6%, 36,9%, соответственно), неизлечимая болезнь (31,5%, 1,6%, соответственно), непонимание окружающих, одиночество (16,9%, 9,9%, соответственно), потеря смысла жизни (34,8%, 4,2%, соответственно), алкогольная или наркотическая зависимость (28,1%, 18,9%, соответственно), подражательное самоубийство (5,6%, 5,4%, соответственно), смерть близких или родственников (7,9%, 4,5%, соответственно), привлечения внимания (10,1%, 18,0%, соответственно).

Респонденты в возрастной категории от 18 до 30 лет (11,24%), в отличие от группы старше 30 лет (0,9%), допускают возникновение у человека мыслей о суициде ($U=0,08$, $p=0,004$). Достоверно больше количество опрошенных из второй группы (70,3%), по сравнению с

первой (57,3%), утверждают, что люди, совершившие суицид, вызывают у них чувство недопонимания (U=0,06, p=0,05). В то же время, первая группа (23,6%, в сравнении со второй - 12,6%, U=0,06, p=0,04) говорит, о том, что самоубийство вызывает у них чувство «равнодушие».

Независимо от возрастных данных, среди всех опрошенных, распространено убеждение, что самоубийство не является выходом из сложившейся ситуации.

50,6% первой группы и 48,7 % второй независимо от причины не могут оправдать совершения суицида, 23,6% и 16,2% в группах, соответственно, допускают самоубийство в случае неизлечимого заболевания, 7,9% и 5,4% - наркотической и алкогольной зависимости, 12,4% и 26,1% (U=0,86, p=0,02) – при психическом заболевании человека.

По 1/3респондентов в каждой из групп думают, что не всегда по поведению человека можно узнать о суицидальных мыслей. Считают возможным предотвратить суицидальные попытки достоверно больше опрошенных с первой группы – 74,2%, в сравнении со второй – 48,7% (U=0,00016, p=0,0003).

Основным способом отвлечения от суицидальных мыслей, по мнению половины респондентов в возрасте больше 31 года, является помощь психолога (51,35%), в то время только 33,7% из группы 18-30 лет считают психологическую помощь основным методом (U=0,05, p=0,01). Смену остановки как возможность отвлечения мыслей о суициде отметили 25,9% первой группы и 28,8% второй группы.

Каждый девятый опрошенный в группе от 18 до 30 лет и каждый 10 в группе от 31 до 49 лет, когда-либо думал о возможности совершить самоубийство, 4,5% и 1,8% лиц в группах соответственно предпринимали суицидальные попытки (статистически значимых различи не выявлено).

Выводы: Население, независимо от возрастных особенностей, против суицида. По мнению большинства опрошенных (около двух трети),решение о самоубийстве возникает спонтанно у психологически слабых людей, чаще мужчин, при этом всегда есть возможность предупредить попытки самоубийства. Респонденты в возрастной категории от 18 до 30 лет допускают возникновение у человека мыслей о суициде, и думают, что всегда существует возможность предотвратить суицидальные попытки путем смены обстановки, в то время как население от 31 до 49 лет считают, что единственным эффективным способом отвлечения от суицидальных мыслей является квалифицированная помощь психолога.

АНАЛИЗ ТЕМПОВ РАЗВИТИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ФОРМЫ РАБОТЫ СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩИХ ФОРМ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ

Ю.А. Красникова – студент л-609, Ю.А. Котова – к.м.н., доцент,
О.Н. Краснорцкая – к.м.н., доцент, Н.В. Страхова – к.м.н., доцент
Кафедра поликлинической терапии
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России
Научный руководитель – д.м.н., профессор А.А. Зуйкова

Введение. Актуальность развития и улучшения работы стационарозамещающих технологий (СЗТ), как составная часть основных звеньев первичной медико-социальной помощи, не вызывает сомнений. На сегодняшнее время ведущие тенденции в здравоохранении для увеличения продуктивности пользования коечным фондом в Российской Федерации принадлежат внедрению экономичных технологий в процесс трудопроизводства и усовершенствованию стационарзамещающих форм оказания медицинской помощи. СЗТ сокращают число случаев необоснованной госпитализации, позволяют эффективно использовать финансовые ресурсы, а также способствуют созданию условий для повышения качества оказываемой медицинской помощи в амбулаторно-поликлиническом звене.

Цель: проведение анализа темпов развития и эффективности СЗТ на базе поликлиник г. Воронеж.

Материалы и методы. правоустанавливающие документы дневного стационара (ДС), регламентирующие его деятельность; штатное расписание ДС корпуса №2 БУЗ ВО «ВГКП №1»; истории болезни с выписными эпикризами; перечень нозологических форм, подлежащих лечению в условиях ДС; годовой отчет по работе ДС за 2017 год.

Результаты исследования.

В 2017 году план работы ДС выполнен на 101%: всего пролечено 939 больных, количество койко-дней – 8921. Средняя длительность лечения – 9,5, среднее число дней работы койки в году – 288, оборот койки – 30,3. В структуре пролеченных больных неработающие лица – 671 человек, работающие – 268.

Таблица 1

Структура пролеченных больных по нозологическим формам

№ п/п	Нозологическая форма	Количество больных	Количество койко-дней
1.	ИБС. Стабильная стенокардия напряжения. ФК 2-3. Гипертоническая болезнь 2-3 ст.	179	1703
2.	Гипертоническая болезнь 2-3 ст.	304	2891
3.	ИБС. Стабильная стенокардия напряжения. ФК	97	920

	2-3.		
4.	Цереброваскулярная болезнь. Дисциркуляторная энцефалопатия	243	2309
5.	Остеохондроз позвоночника	108	1026
6.	Хроническая ревматическая болезнь сердца	3	29
7.	Хроническая обструктивная болезнь легких	2	19
8.	Вегето-сосудистая дистония	3	24
	Всего:	939	8921

Для полной оценки вышеуказанного аспекта эффективности работы ДС, была выполнено следующее: опрошены пациенты, находящиеся на лечении в данном ДС; опрошены пациенты, находящиеся на лечении в ДС и на дому (во время вызовов на дом) с использованием самостоятельно разработанного анонимного опросника.

Всего опрошено 62 человека, большинство из которых (82,3%) прибегало к услугам ДС два и более раз. Полученные результаты опроса, относящиеся к оценке социальной составляющей деятельности ДС, представлены далее в виде нескольких тезисов: ожидание госпитализации в ДС, по мнению большинства (90%), составило 2-3 недели. Все опрошенные оказались удовлетворены медицинской помощью в ДС и постараются повторно проходить курс лечения именно здесь. Лечение было абсолютно бесплатно для 100% опрошенных.87,1% опрошенных удовлетворены работой медицинского персонала данного подразделения.72,5% опрошенных удовлетворены организацией как диагностического, так и лечебного процесса. Удовлетворенных материально-технической базой ДС оказалось не столь много – 38,7% (24 человека). К основным недостаткам пациенты отнесли отсутствие в достаточном количестве основной медицинской диагностической аппаратуры, отсутствие в палатах санузлов и кондиционеров.Всем опрошенным (100%) оказалось выгодно лечение в условиях ДС, основными причинами чего явилось исключение психоэмоциональной нагрузки ввиду отсутствия необходимости круглосуточного пребывания в лечебно-профилактическом учреждении (ЛПУ); снижение риска внутрибольничной инфекции; возможность лечения без отрыва от работы и повседневной деятельности.

Медицинский эффект работы ДС заключается в достижении конечного результата болезни. Для оценки данного аспекта эффективности были изучены истории болезни ДС корпуса №2 БУЗ ВО «ВГКП №1» и результаты опроса пролеченных пациентов (по данным вышеупомянутого опросника). Были получены следующие данные:

предполагаемый исход лечения достигнут: полностью – в 92,4% случаев (в виде улучшения основных показателей витальных функций организма); частично достигнут – в

6,96%; не достигнут – в 0,64% случаев (шесть пациентов ввиду отсутствия улучшения переведены в стационары круглосуточного пребывания);

все пациенты отметили положительный эффект от лечения в виде: выздоровления, улучшения состояния здоровья, значительного снижения числа и выраженности жалоб и т.д.;

8 опрошенных оценили результат лечения как полное выздоровление; 39 – как длительное улучшение здоровья; 7 – как кратковременное улучшение;

35,4% опрошенных считают одинаковыми возможности данного ДС и стационаров круглосуточного пребывания по объемам оказываемой помощи. Однако большинство (62,9%) все же выделили приоритет вторых. При этом стоит отметить, что полноценностью медикаментозного обеспечения и физиотерапевтического лечения удовлетворены 90,3%.

все опрошенные оказались удовлетворены результатами оказания лечебно-диагностической помощи в условиях ДС.

Выводы. Полученные в ходе работы данные свидетельствуют о высоком уровне медицинской, социальной и экономической эффективности применения СЗТ.Все опрошенные остались удовлетворены вниманием врачей и других медицинских работников, а также качеством и объемом полученной в ДС медицинской помощи. Преимущественное число опрошенных отдают предпочтение лечению в ДС поликлиники, поскольку для них более удобно ограниченное по времени пребывание на лечении, а также выгодно получение бесплатных лекарственных средств и физиотерапевтических процедур. Большинство пациентов отмечают, что возможность получения медицинской помощи без отрыва от работы и повседневной деятельности, благоприятно сказывается на их психо-эмоциональном состоянии и общем самочувствии, из чего следует дополнительная обоснованность социальной эффективности ДС.

АНАТОМИЯ ЧЕЛОВЕКА

АКТУАЛЬНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ ВЛИЯНИЯ ДЕГИДРАТАЦИИ НА СКЕЛЕТНЫЕ МЫШЦЫ

П.М. Будайчиева – студентка 1 курса лечебного факультета

Кафедра анатомии человека

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель: д.м.н. профессор - Т.С. Гусейнов

Актуальность. Обезвоживание организма является очень распространенной проблемой у активных людей, получающих физические нагрузки в значительных объемах и в условиях повышенной температуры окружающей среды (тяжелые условия труда в шахтах, литейных цехах, заводах, в странах с жарким климатом и ограниченными водными ресурсами, усиленные тренировки у спортсменов и т.д.).

Цель исследования. Выявление актуальности исследования влияния дегидратационных нарушений и состояний, которые являются результатами эксикоза и сопровождаются повреждением мышечной ткани.

Материалы и методы. Был проведен обзор литературы и поиск последствий влияния обезвоживания на человеческий организм в обычной жизни.

Результаты исследования. Дегидратация на уровне 1-2%, от общей массы организма, вызывает активацию компенсаторных кардиоваскулярных механизмов, что приводит к повышению температуры тела и уменьшает выносливость организма к физическим нагрузкам. Вследствие этого улучшаются процессы терморегуляции, направленные на пассивную потерю тепла через кожу и активацию потоотделения, что приводит к усилению обезвоживания. Это, в свою очередь, влияет на кровоснабжение скелетных мышц и снижает перфузию в них. При этом усиленная физическая активность требует большего количества крови, которой и так недостаточно вследствие снижение артериального давления. В это время потоотделение поддерживается за счет перехода жидкости с интра-до экстрацеллюлярного пространства, вызывающего внутриклеточную дегидратацию и приводит к нарушению сокращения миофиламентов. В первые 24-48 часов после проведения нагрузки на фоне обезвоживания возникает отсроченная атака мышечной боли (ОАМБ, крепатура), которая является результатом микроповреждений мышечных волокон. Это состояние длится от 1 до 4 суток и сопровождается болью из-за отека в экстрацеллюлярном пространстве и повышением внутримышечного давления с растяжением эпимизий – (фасций) и снижением прочности мышц из-за уменьшения количества внутриклеточной

жидкости, при выполнении эксцентричных движений приводит к микроразрывам мышц.

Выводы. Крепатура (синдром отсроченной мышечной боли) имеет негативное влияние на физическую выносливость и снижает силу мышц, а в сочетании с обезвоживанием может приводить к возникновению травм даже при выполнении адекватных физических нагрузок. Но это состояние является недостаточно исследованным на морфологическом уровне, поэтому наша тема актуальна для изучения.

ОСОБЕННОСТИ АНАТОМИИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ЧЕЛОВЕКА

Д.К. Нурмагомедова - студентка 325 гр. лечебного факультета,

М.К. Гасанов - студент 325 гр. лечебного факультета

Кафедра анатомии человека

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – д.м.н., проф. С.Т. Гусейнова

Актуальность. Макро- и микроскопическая анатомия двенадцатиперстной кишки в местах перехода (желудок, тощая кишка) представляет особый интерес в связи с микрохирургическими вмешательствами, резекцией желудка,индивидуальными и возрастными особенностями [1,6].

Основное внимание в научной литературе уделено дистальным отделам тонкой кишки, а двенадцатиперстная кишка осталась вне полязрения, хотя в сложной иерархии органов пищеварения и протекающих вних физиологических процессах она занимает особое место. Обладаямощными рефлексогенными зонами, хорошо развитым собственнымэндокринным аппаратом, двенадцатиперстная кишка играетсущественную роль в регуляции деятельности пищеварительной системы*(Л.Н.*Русскина, 1999).

Для анатомического обоснования и разработки микрохирургическихвмешательств на полых и трубчатых органах (желудок, кишечник, трахея,бронхи, желчные протоки, мочеточники, маточная труба)ведущее значение имеют: внеорганная макромикроскопическаятопография, анатомическое строение стенки органа, данные о толщинестенки и составляющих ее слоев. Именно для обоснованиямикрохирургических способов сшивания этих органов, созданиямежорганных анастомозов[3].

Цель исследования: описать особенности строения двенадцатиперстной кишки человека с учетом топографии.

Материал и методы исследования: препарировали 13 трупов и органокомплексов органов брюшной полости трупов разного возраста с применением современных анатомо-гистологических методов, препарирование, протоколов и т.д.

Результаты исследования. Двенадцатиперстная кишка (ДК) у человека имеет различные формы: кольцевидная, овальная, К; И – образная.

Верхняя часть - parssuperior, самая короткая из постоянных частей 12- перстной кишки. Длина ее 3-5 см, диаметр 4 см. Эта часть кишки начинается от привратника желудка и направляется вправо и назад к правой поверхности позвоночника и к m.psoasmajor, где сделав поворот вниз - flexuraduodenisuperior - переходит в следующую часть 12- перстной кишки. Parsdescendensпочти окружности покрыта брюшиной из всех частей, особенно на участке, прилежащем к привратнику. Лишены брюшины места прикрепления к кишке печеночно-двенадцатиперстной связки, правой части, ligamentumgastrocolicum, и участок нижнезадней поверхности кишки у flexuraduodenisuperior, где кишка приращена к головке поджелудочной железы и к задней стенке брюшной поверхности.

Границей между привратником и 12-перстной кишкой является жом привратника, а дополнительным ориентиром является v.prepylorica.Располагаясь поверхностно под серозной оболочкой в поперечном направлении к 12-перстной кишке это довольно точно соответствует месту перехода желудка в 12-перстную кишку. Рентгенологически parssuperiorназывается bulbusduodeni, газовый пузырь 12-перстной кишки или antrum, или преддверием 12-перстной кишки. Границей этой части является flexuraduodenisuperior.

В верхней части 12-перстной кишки у человека прилегает квадратная доля печени и шейка желчного пузыря. С нисходящей частью 12-перстной кишки соприкасаются правая почка, а спереди пересекает корень брыжейки поперечно-ободочной кишки.

Нисходящая часть - parsdescendens, самая широкая часть, длина 9- 12 см. диаметр 4,5-5 см. Брыжейка поперечно-ободочной кишки делит «нисходящую часть на три отдела: 1)parssupramesocolica- 2-3 смдлины, 2)parsretrocolica - 2-4 смдлины, 3)parsinfracolica - 6 см длины

Особо следует остановиться на анатомии большого дуоденального сосочка (БДС) и малого дуоденального сосочка (МДС), их сфинктеров (Одди) в связи с частыми врачебными вмешательствами на желчных протоках, общем желчном протоке, желчном пузыре, поджелудочной железе, 12-перстной кишке, при билиодигестивных анастомозах, опухолях этой области и т.д.

По нашим наблюдениям БДС (фатеров сосочек) располагается на заднемедиальной стенке нисходящей части двенадцатиперстной кишки на границе проксимальной и средней трети кишки.

Parsdescenden(9-12 см) малоподвижна, брюшиной покрыта эта часть лишь с передней поверхности.В нисходящую часть открываются общий желчный и панкреатический протоки на большом дуоденальном или фатеровом

сосочке(papilladuodenimaiorsVater).Место расположения соска варьирует. Чаще всего он находится на верхушке продольной складки слизистой оболочки 12-перст.к. ниже середины нисходящей части(44%) или на середине этой части(43%), реже- выше ее середины(13%.Б.И. Бобров). Несколько выше большого сосочка имеется маленький Санторинов сосочек-papilladuodeniminor, здесь открывается дополнительный проток поджелудочной железы.

Горизонтальная или нижняя часть, parshorisontaliss/inferiorнепостоянная по длине и форме, длина от 7-8 до 15 см, форма от дугообразной доломанной или прямой линии.

Горизонтальная нижняя часть двенадцатиперстной кишки лежит между верхними брыжеечными артерией и веной спереди и аорта и нижняя полая вена сзади и воротами правой почки, т. е. получается, как бы эта часть кишки находится между сосудами - сосудистый пинцет или сосудистый зажим.

Большой дуоденальный сосочек располагается на заднемедиальной стенке нисходящей части duodenumна границе проксимальной и средней трети кишки. Расстояние от привратника до сосочка около 8 см (6-12 см. В.А. Фанарджан, 1964).

Вывод. В анатомии структур стенок ДК имются возрастные особенности, выражающиеся в форм, размерах, гистотопографии, архитектоники васкуляризации и т.д.

Литература

1. Валенкевич Л.Н. Пищеварительная система при старении// Л.:Наука, 1984. 224с.
2. Гусейнов Т.С. Анатомия тонкой кишки у человека (лекция для студента) // Махачкала, 1994. 18с.
3. Каган И.И. Микрохирургическая анатомия как анатомическая основа микрохирургии// морфология, 1999, №5, с. 7-11.
4. Комаров Ф.И., Гребнев А.Л. (ред). Руководство по гастроэнтерологии // М.: Медицина, 1996, т. 3. 720 с.
5. Сапин М.Р. Состояние и перспективы развития исследований в области анатомии человека // архив АГЭ, 1990, №2, с. 5 -11.
6. Фролькис А.В. Первичные нарушения всасывательной функции тонкой кишки // Клин. Мед. 1999, т. 68, №2, с. 120-124.

ВОЗРАСТНАЯ МОРФОМЕТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛОБНОЙ И ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХ ЧЕЛОВЕКА

Р.Г.Грынцевич – студент 2106 гр. педиатрического факультета

Кафедра нормальной анатомии

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Беларусь

Научный руководитель д. м. н., проф. Трушель Н. А.

Актуальность. Выявление морфометрических особенностей придаточных пазух носа на сегодняшний день является актуальным направлением медицины в связи с высоким уровнем заболеваемости верхних дыхательных путей. По данным мировой статистики, количество заболеваний верхних дыхательных путей за последние несколько лет увеличилось примерно в 3 раза и составляет около 5%. Это связано, в том числе, и с особенностями анатомии околоносовых пазух.

Цель: установить возрастную динамику морфометрических показателей лобной и верхнечелюстной пазух человека.

Материалы и методы. Материалом для исследования явились рентгенограммы 32 людей в возрасте от 3 лет до 21 года, предоставленные отделением хирургического профиля УЗ «Барановичская детская городская больница». Исследуемые не страдали острыми и хроническими заболеваниями верхних дыхательных путей и были распределены по возрастным группам согласно классификации 1965 года. Был выведен коэффициент относительной симметричности одной пазухи от другой. Он показывает: 1) во сколько раз продольный размер и высота правой лобной пазухи больше этих же параметров левой пазухи; 2) во сколько раз продольный размер и высота левой верхнечелюстной пазухи больше этих же параметров правой пазухи. Пазухи считались симметричными, если значения коэффициента относительной симметричности находились в пределах 0,95-1,05.

Результаты и их обсуждение. В результате исследования установлено, что наиболее быстро у детей развивается левая лобная пазуха, начиная с 5-6 лет. У новорождённых детей и детей первого периода детства отсутствовала пневматизация обеих лобных пазух. С увеличением возраста и перехода ребёнка во второй период детства наблюдается рост лобных пазух в высоту и ширину. В ходе исследования определены несколько периодов в развитии лобных пазух: I– активный рост (с 8 до 12 лет); II – замедленный рост (рост пазух преимущественно в высоту) (с 13 до 16 лет); III – завершение развития (с 17 лет по 21 год). Развитие верхнечелюстных пазух идёт медленнее, чем лобных; быстрее развивались правые пазухи, при этом дети рождались уже с ними. В формировании верхнечелюстных пазух выделены следующие периоды развития: I – замедленный рост (с рождения до 7 лет); II – активный рост (с 7 до 12 лет), что, вероятно, связано с прорезыванием постоянных зубов; III – завершение развития (с 13 до 16 лет). Выделены следующие варианты анатомии лобной и верхнечелюстной пазух: нормальная пневматизация лобной (43,75%) и верхнечелюстной (100%) пазухи, полная агенезия лобных пазух (6,25%), частичная агенезия лобных пазух (6,25%), септированные (многокамерные) лобные (25%) и верхнечелюстные (6,25%) пазухи,

лобные пазухи распространяются выше надпереносья (31,25%).

Выводы. Таким образом, лобная и верхнечелюстная пазухи характеризуются неравномерностью развития в постнатальном периоде онтогенеза и вариабельностью строения. Для них характерна билатеральная асимметрия: в 87,5% случаев наблюдалась асимметрия верхнечелюстных пазух, в 81,25% - лобных пазух (лобная пазуха лучше развивается слева, а верхнечелюстная - справа).

НОРМАЛЬНАЯ ФИЗИОЛОГИЯ

РАЗРАБОТКА БИОПСИЙНЫХ ИГЛ НА ОСНОВЕ НАНОКОМПОЗИТНЫХ МАТЕРИАЛОВ УЛУЧШЕННОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ВИДИМОСТИ

Т.В. Рагимов – студент 212 гр. лечебного факультета

Кафедра нормальной физиологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

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

Актуальность В настоящее время большинство медицинских учреждений используют ультразвуковые приборы для выполнения процедур биопсии. Однако, во время проведения процедур, медики сталкиваются с серьёзными проблемами ухудшения визуализации игл, что приводит к повышению риска повреждения артерий, нервных узлов и плевры. В связи с этим возрастает потребность в создании эхоигл, обладающих высокой степенью визуализации.

Поиск игл для биопсии в российских интернет магазинах показывает, что большая часть данной продукции представлена импортными аналогами. Многие врачи указывают на низкое качество российских игл для биопсии, жалуясь на их слабый отклик под УЗИ, что делает затруднительным их визуализацию. Данное обстоятельство вынуждает приобретать дорогие иглы импортного производства, которые имеют лучший отклик, но доставляют значительную боль пациентам из-за шероховатостей на поверхности.

Цель: создание эхоигл диагностического назначения с бактериостатическими свойствами, превосходящие импортные аналоги, улучшенной УЗ-видимости.

Материал и методы исследования. Существуют два основных подхода решения эхогенности биопсийных игл:

1. нанесение функциональных покрытий (нанокомпозитные плёнки и т.д.);
2. физическая модификация поверхности иглы (шероховатости, впадины, петли и т.д.).

Эти методы (2) являются традиционными и не отличаются новаторством. В мире существует около 6-8 крупных компаний (Cook, STS Biopolymers, B.Braun, Pajunk, Havel и т.д.), занимающихся поставками биопсийных игл, использующие метод физической модификации поверхности иглы. Однако, большая часть из предлагаемых продуктов не отвечает необходимому уровню эхогенности.

Синтез нанокомпозитных пленок проводится с использованием метода молекулярно-слоевого осаждения (МСО). Данный метод основан на самоограничивающихся поверхностных реакциях, где один или оба реагента являются органическими молекулами.

Главное преимущество метода МСО синтеза функционального материала – возможность манипулировать структурой композитного материала, а значит оптимизировать его физические свойства, что обеспечит более качественное покрытие.

Результаты исследования. По результатам НИР планируется проведение мероприятий по налаживанию производственной технологии получения медицинских ультразвуковых игл на основе покрытия тонких нанокомпозитных пленок, обладающих бактериостатическими свойствами.

Выводы. Полученные результаты должны быть направлены на повышение эффективности диагностики с использованием ультразвуковых приборов при проведении процедур биопсии, что значительным образом приведет к снижению риска повреждения артерий, нервных узлов и плевры.

БИОРИТМЫ И РАБОТОСПОСОБНОСТЬ СТУДЕНТОВ

Исмаилов С.Г., Шабанов А.В., Шабанова Э.Р. - студенты 2 курса, лечебного факультета

Кафедра нормальной физиологии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России

Научные руководители: д.м.н., профессор Рагимов Р.М.,

к.м.н., доцент Измайлова А.Х., к.м.н., ассистент Абдурахманов Г.Г.

Актуальность. Эффективность усвоения студентом новой информацииво многом зависит от распорядка его дня, от того сколько часов он занимается умственной и другими видами деятельности, сколько часов отдыхает, спит. Анализ фактических данных об образе жизни студентов свидетельствует о его весьма нерациональной организации: систематическое недосыпание, несвоевременный прием пищи, нарушение режима учебы и отдыха, сна и бодрствования и др. Поэтому за время учебы в вузе здоровье студентов в значительной мере ухудшается.

Около 9 часов (с 8-30 до 16-30) студенты медицинского университета проводят на лекционных и практических занятиях, на которых усваивают большой объем новой информации. К тому же, учебный день студентов-медиков не ограничивается аудиторными занятиями, а включает также самоподготовку. Эффективность усвоения информации зависит от ряда факторов, среди которых важную роль играют индивидуальные особенности суточного биоритма студентов. Физиологические функции человека, в том числе и умственная работоспособность, подвержены изменениям в течение суток. Согласно литературным данным в циркадном ритме имеется два подъёма работоспособности: с 10 до 12 часов и с 16 до 18 часов. Однако эти исследования не учитывают индивидуальных колебаний хронотипа человека. Доказано, что есть люди утреннего типа, которые рано встают, с утра они бодрые, активные, но во второй половине дня их работоспособность

заметно снижается. Считается, что такие студенты наиболее адаптированы к существующему режиму обучения, так как их биологический ритм совпадает с учебным распорядком вуза.

Работоспособность лиц вечернего типа повышается после обеда, пик работоспособности у них вечером. Они поздно ложатся спать, часто не высыпаются, нередко опаздывают на занятия; в первой половине дня заторможены, поэтому, обучаясь в вузе, находятся в наименее благоприятных условиях. Есть ещё аритмики – они могут легко подстроиться по социальным часам и каких-либо проблем с режимом дня у этой группы студентов обычно не возникает. Но всё же подъём активности у аритмиков приходится на дневное время. В вечернее время студент-медик готовится к занятиям, но наличие второго подъема работоспособности при самоподготовке связано не только с суточной ритмикой, но и с психологической установкой на выполнение учебной работы.

Актуальность выбранной темы заключается в том, что для повышения эффективности обучения, на наш взгляд, необходимо учитывать эти индивидуальные колебания хронотипа студента. Рационально таким образом распределить учебную нагрузку, чтобы самая трудная и ответственная работа выполнялась студентом в периоды естественного подъема его работоспособности. Студент, если он осведомлен о своем хронотипе, может и сам выбрать для себя наиболее продуктивное время для качественной работы.

Целью исследования явилось изучение хронобиологических типов студентов 2-го курса лечебного факультета ДГМУ, выявление связи между их умственной работоспособностью и хронотипом. Для реализации этой цели были поставлены следующие задачи:

- определить особенности суточной активности студентов;
- разделить студентов на несколько групп в соответствии с хронотипом;
- изучить взаимосвязь между хронотипом и работоспособностью;
- проанализировать соответствие хронотипа особенностям режима дня.

Материал и методы исследования. Объект исследования – студенты 2-го курса лечебного факультета, всего в тестировании приняли участие 148 студентов (40 юношей и 108 девушек). Определение типа суточного биоритма проводилось по тесту Остберга в модификации С.И. Степановой. Для оценки умственной работоспособности был использован тест на скорость переключения внимания (по таблице Шульте). Исследования проводились в конце учебного дня, после 4-ой пары.

Результаты исследования. Обработка данных, полученных методом тестирования, позволила по типу суточной активности выявить 5 групп студентов:

- Четко выраженный утренний тип (ЧВУТ) – 2,5%

- Слабо выраженный утренний тип (СВУТ) – 21,6%
- Индифферентный тип (ИНДТ) – 55,4%
- Слабо выраженный вечерний тип (СВВТ) – 17,6%
- Четко выраженный вечерний тип (ЧВВТ) – 2,9%

Тип суточной активности	**Юноши**	**Девушки**
Четко выраженный утренний тип (ЧВУТ)	1	2
Слабо выраженный утренний тип (СВУТ)	8	24
Индифферентный тип (ИНДТ)	21	61
Слабо выраженный вечерний тип (СВВТ)	9	17
Четко выраженный вечерний тип (ЧВВТ)	3	2

По данным тестирования большая часть студентов (14,2% юношей и 41,2% девушек), относятся к дневному или промежуточному типу активности (ИНДТ). На втором месте по распространенности СВУТ (16,2% девушек и 5,4% юношей), на третьем – СВВТ (11,5% девушек, 6,1% юношей). Редкие хронотипы – ЧВУТ и ЧВВТ.

У всех студентов 2-го курса лечебного факультета режим дня организован одинаково, они обучаются в первую смену, то есть наибольшая умственная нагрузка приходится на утренние и обеденные часы (с 8-30 до 16-30 часов). Учебный день студента, как правило, начинается с невысокой продуктивности труда. В начале занятия ему не сразу удается сосредоточиться и активно включиться в работу. Только спустя 10-15 мин, а иногда и больше, работоспособность достигает оптимального уровня.

Обычно в процессе учебной деятельности изменение работоспособности проходит несколько последовательных этапов. Первый этап – период врабатывания; он характеризуется постепенным повышением эффективности усвоения информации. Если рассматривать этот этап с психофизиологических позиций, то в это время у студента формируется рабочая доминанта. Второй этап – период устойчивой работоспособности длится 1,5-3 часа, когда изменения функций организма адекватны выполняемой учебной деятельности. Третий этап сопровождается начальными признаками утомления, которые можно компенсировать волевым усилием и положительной мотивацией. На четвертом этапе – утомление нарастает, работоспособность снижается. Пятый этап – период сниженной работоспособности, но в этот период ещё возможны кратковременные ее повышения за счет мобилизации резервов организма. И, наконец, шестой этап − период резкого снижения продуктивности и угасания рабочей доминанты.

Сопоставляя особенности выявленных хронотипов с режимом труда и отдыха можно

предположить, что в наибольшей степени этот режим подходит студентам с утренним и дневным типами активности. В нашем исследовании – это преобладающее число студентов (79,7%). Соответственно оставшиеся 20,3% студентов идут вразрез с характером суточной активности.

Тест: Определение скорости переключения внимания (по таблице Шульте)

Время выполнения задания (с)	Работоспособность	СВУТ	ИНДТ	СВВТ
Быстрее 25 сек.	высокая	1	6	2
26 - 31	хорошая	8	47	14
32 - 37	средняя	7	24	8
38 - 43	низкая	12	5	2
44 - 49	очень низкая	4	0	0

Выводы:

1. Преобладающее большинство исследованных студентов 2-го курса лечебного факультета принадлежат к индифферентному хронотипу, то есть к людям, которые легко адаптируются во временном пространстве; их биологическая активность особо не зависит от времени суток.

2. ИНДТ преобладает как среди юношей, так и среди девушек, в то же время ЧВУТ и ЧВВТ - достаточно редкие хронотипы.

3. Характер суточной активности оказывает влияние на работоспособность студентов, к концу учебной деятельности снижается скорость переключения внимания, особенно в группе студентов со слабо выраженным утренним типом.

4. Учет хронотипа важен в планировании режима труда и отдыха студентов.Необходимо исключить чрезмерно высокие нагрузки организма в периоды сниженной работоспособности. В частности, наиболее сложные для освоения учебные дисциплины следует планировать на 2-ю или 3-ю пару учебного расписания, а менее сложные – на первые часы или же 4-ю пару. Это обстоятельство может сыграть положительную роль в повышении продуктивности учебно-трудовой деятельности студентов. Соблюдение режима дня, согласованное биоритмом – это важнейшее правило поведения, сберегающее здоровье.

Список использованной литературы:

1. Косованова, Л.В. Скрининг-диагностика здоровья школьников и студентов. Организация оздоровительной работы в образовательных учреждениях. // Л.В Косованова,

М.М. Мельникова, Р.И. Айзман. /Учебно-методическое пособие для педагогических и медицинских вузов. - Новосибирск: Сиб. унив. изд-во, 2003. - 240 с.

2. Агаджанян, Н.А. Резервы нашего организма //Н.А. Агаджанян, А.Ю. Катков. – М.: Знание, 1990. – 240 с.

3. Уинфри, А.Т. Время по биологическим часам.// А.Т. Уинфри. – М.: Мир, 1990.

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗМА ПРИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЕЛЕФОНА

А. З. Абдулаева – студентка 223 гр. лечебного факультета

Кафедра нормальной физиологии.

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – доцент Н. М. Абдуллаева.

Актуальность. В современном мире практически во всех сферах деятельности человек сталкивается с информационными технологиями, так как путь развития цивилизации тесно связан с процессами компьютеризации и информатизации. Наметившаяся тенденция использования современных гаджетов в настоящее время зачастую приводит к различным негативным последствиям , к которым можно отнести нарушение осанки , ухудшение зрения и прежде всего зависимость. Одним из важных факторов формирования зависимости от гаджетов является свойства характера - повышенная обидчивость, ранимость, тревожность, склонность к депрессии, низкая самооценка, плохая стрессоустойчивость, неспособность разрешать конфликты, уход от проблем. Зависимость от телефона – это патологическое состояние, известное как номофобия, при котором люди без смартфона чувствуют себя неуверенно и тревожно, к данной категории на сегодняшний день ,все чаще стали относиться студенты.

Цель исследования. Оценить степень зависимости студента от телефона, стрессоустойчивость его организма и влияние телефонной зависимости и стресса на психический статус студента.

Материалы и методы. Было проведено анкетирование студентов 2 курса лечебного факультета в количестве 61 человек в возрасте от 19 до 21 года . Тестирование проводилось с использованием метода однофактного дисперсионного анализа. Была охарактеризована степень зависимости от телефона и степень стрессоустойчивости .

Результаты исследования.При проведении анкетирования было выделено две стадии зависимости от телефона и три степени стрессоустойчивости.

Исследование зависимости от телефона показало: отсутствие телефонной зависимости -

26,8%, стадия зависимости – 28%, второй стадии зависимости не выявлено.

Исследование степени стрессоустойчивости показало: низкая стрессоустойчивость - 39%,высокая стрессоустойчивость – 34,7%,средняя степень стрессоустойчивости – 36%

Исследование психического состояния позволило установить, что нормальное психическое состояние наблюдалось у студентов, находящихся на стадии зависимости – 4,8%, с отсутствием зависимости – 18%. Плохое самочувствие, неактивность, вялость отмечены у студентов на стадии зависимости – 28,5%, при отсутствии зависимости – 16,4%.

Выводы. Таким образом можно сделать вывод ,что 50% опрошенных студентов находятся на стадии зависимости. Влияние телефонной зависимости на психический статус и стрессоустойчивость организма студентов составляет 13%,что является статистически важным.

ИЗУЧЕНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СТУДЕНТОВ В ПОСТСЕССИОННЫЙ ПЕРИОД

В.Г. Жандарова, А.Г. Костюкевич – студентки 201 гр. лечебного факультета

Кафедра биологии с курсами нормальной и патологической физиологии,

УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь

Научный руководитель - преподаватель-стажер А.А. Пак

Актуальность.Проблема психоэмоционального и физического здоровья студента в окружающей его среде высшего учебного заведения, в настоящее время, становится все более и более актуальной. Наиболее сильные эмоциональные колебания наблюдаются в период сессии и сохраняются в постсессионный период. На данном этапе у студентов, в большинстве случаев, эти воздействия приводят к ухудшению психоэмоционального состояния, изменению личностного статуса, нарушению эффективности и безопасности труда, увеличению вероятности развития психосоматических заболеваний. Постсессионный период является восстановительным послестрессовым состоянием, которое рассматривается как эмоциональное психическое напряжение, влияющее на адаптацию и продуктивность выполняемой деятельности, на активность и отношение личности к себе, окружающим и социальной среде. Именно поэтому важно выделять те категории студентов, которых не происходит восстановление в постсессионный период[1][2].

Диагностировать психофизиологическое состояние человека, его стрессоустойчивость, уровень активности, целенаправленность и коммуникативные способности, определить наличие пост-стрессового состояния позволяет цветовая диагностика Люшера, впервые опубликованная швейцарским психотерапевтом Максом Люшером в 1949 году. В своей работе данный метод мы применяем для изучения психической напряжённости студентов

после сессии, индивидуального стиля переживания, типа реагирования и степени адаптированности обследуемых, кроме того, для выявления компенсаторных возможностей человека[2].

Материал и методы исследования. Методом анкетирования и с помощью теста Люшера изучали психоэмоциональное состояние студентов-медиков Гомельского государственного медицинского университета в количестве 125 человек.

Результаты исследования: среди респондентов были выделены 77 человек, результаты чьих анкет носили *негативный* характер. 31% (24 респондента) находятся в состоянии тревожности, неуверенности, переживания, что может быть связанно с результатами сессии. Данное состояние расценивается нами как пограничное. 25% (19 респондентов) респондентов испытывают страх в той или иной степени. Это состояние может быть вызвано относительно низкими либо неудовлетворительными результатами сессии. Данное состояние не способствует восстановлению студентов после периода психоэмоционального и умственного напряжения, что может привести к состоянию переутомления и развитию стрессовых состояний. 22% (17 респондентов) приходится на состояние огорчения, разочарованности. Данное состояние опасно тем, что происходит смирение с результатами деятельности во время сессии. Такие студенты, также находятся в состоянии психоэмоционального напряжения, так как происходит когнитивный диссонанс, не совпадение ожидаемого и действительного, что в дальнейшем может перейти в депрессию. 22% (17 респондентов) находятся в состоянии стресса. Если расценивать период сессии как стрессовый период, то эта категория студентов не выходит из него, и продолжает испытывать серьезные психоэмоциональные нагрузки, которые испытывали и во время сессии. Это состояние опасно тем, что не происходит восстановления после нагрузки и студент начинает новый учебный семестр, уже находясь в состоянии истощения, что резко понижает его продуктивность и может привести к развитию психоэмоциональных или соматических нарушений.

Вывод. Таким образом мы выявили, что большинство студентов в постсессионный период плохо справляются с выходом из стрессового состояния, чувствуют усталость, досаду, разочарование, страх, отсутствие желания к общению и деятельности. Несмотря на то, что полученные нами данные нельзя считать абсолютно достоверными, на них можно ориентироваться для скрининга студентов и выявления первых (скрытых) признаков переутомления, стресса в постсессионный период.

Литература:

1. Инструментарий пенитенциарного психолога / Г. А. Аминев, Э. Г. Аминев, В. П. Сафронов; Уфим. фил. фак. психологии МГУ им. М. В. Ломоносова и др. - Уфа : УЮИ,

1997. - 168 с.

2. Леонтьев, В.Г. Принципы исследования мотивации деятельности / В.Г. Леонтьев // Социокультурные проблемы современной молодежи: материалы II Междунар. науч.-практ.конф. В 2 ч. Ч.1. - Новосибирск: Изд-во НГПУ, 2007. - С.132-139.

ИЗУЧЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ ДГМУ С ПОМОЩЬЮ БИОИМПЕДАНСОМЕТРИИ

А.А. Татамов - студент 209 группы лечебного факультета, М.М. Нурмагомедов – студент 403 группы педиатрического факультета

Кафедра нормальной физиологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научные руководители – д.м.н., проф. Р.М. Рагимов,к.б.н., доц. Х.А. Нурмагомедова

Актуальность. Современная медицина сталкивается с ситуацией, когда наряду с такими факторами риска, как курение и злоупотребление алкоголем, распространен малоподвижный образ жизни и несбалансированное питание населения. В отличие от генетических факторов, эти факторы могут быть скорректированы профилактическими и лечебными воздействиями. Поэтому биоимпедансный анализ состава тела позволяет, на основе измерения значений электрического сопротивления (импеданса) тела человека и антропометрических данных, оценить состояние белкового, жирового обменов, а также исследовать интенсивность метаболических процессов, сравнить их с нормальными значениями для оценки рисков заболеваний [1,2].

Данный метод широко применяется в зарубежных странах: в странах Европейского региона ВОЗ и Евросоюза, Бразилии, США, Японии, Южной Кореи. А с 1969 года регулярно проводятся международные конференции по биоимпедансному анализу. В нашей стране этот метод анализа состава тела используется с 1989 года и проводятся фундаментальные исследования в Центрах Здоровья. Импедансометрия – это простое и безболезненное для пациента обследование, которое не требует сложной подготовки.

Целью нашего исследования явилась оценка состояния физического здоровья студентов на основе биоимпедансного анализа.

Материалы и методы. Использован принятый ВОЗ стандартный подход изучения состава тела, антропометрических показателей, параметров импеданса. Исследование проведено на студентах 2 курса лечебного факультета ДГМУ в Республиканском Центре Здоровья при Минздраве РД . Полученные данные позволяют оценить распространенность избыточной

массы тела, ожирения и истощения, других нарушений нутритивного статуса и рисков заболеваемости среди молодежи.

Обследование проводилось утром натощак. Процедура обследования начали с антропометрических измерений. Определяли рост, массу тела, обхваты талии и бедер. Затем в компьютерную программу заводили учетную запись пациента с указанием ФИО, пола, даты рождения. В карточку текущего обследования вносили данные антропометрических измерений. Биоимпедансное измерение выполняли в положении пациента «лежа на спине».

Из протоколов биоимпедансного исследования состава тела мы выбрали 4 параметра: индекс массы тела (ИМТ), доля активной клеточной массы (%АКМ), доля скелетно-мышечной массы (%СММ), доля жировой массы (%ЖМ). Оценки представлены на фоне графических шкал нормальных значений показателей, учитывающих пол, возраст и рост индивида. Участки шкал, лежащие левее – это нижние границы нормы, а правее – верхние границы.

Индекс массы тела (ИМТ) был предложен одним из основоположников медицинской статистики и биометрии, бельгийским ученым А. Кетле (Quetelet, 1869) и определяется как отношение массы тела к квадрату длины тела (кг/м^2).

Доля активной клеточной массы (%АКМ) характеризует интенсивность обменных процессов в организме. Это та часть тощей массы, которая образована клетками потребляющими кислород, выделяющими углекислый газ и производящими метаболическую работу. Величина АКМ характеризует достаточность белкового компонента питания и служит коррелятором двигательной активности и физической работоспособности.

Доля скелетно-мышечной массы (%СММ) является одной из ключевых характеристик физической работоспособности человека наряду с долей жировой массы тела.

Доля жировой массы (%ЖМ) – это масса всех липидов, характеризующая пластический и энергетический резервы организма. Этот показатель используется для характеристики нутритивного статуса человека.

Результаты исследования. Биоимпедансный анализ состава тела проведен нами на 17 мужчинах (средний возраст – 18-22) и 55 женщинах (18-20). Полученные результаты были обработаны с использованием программы «Биостат» (версия 4.03) и представлены в таблице.

Таблица. Показатели биоимпедансного анализа состава тела студентов 2 курса лечебного факультета ДГМУ

Исследуемые параметры	**Средние показатели с их стандартными отклонениями**	**Медиана**	**Min-Max параметров**	**Нормы параметров**

ИМТ	муж	24.49 ± 2.992	23.2	20-30	20-24.9
	жен	21.96 ± 3.567	21.2	16.8-32.7	18.5-23.9
% АКМ	муж	60.69 ± 3.599	60.3	56.2-71.8	53-60
	жен	57.71 ± 4.518	57.1	41-69	50.56
% СММ	муж	55.44 ± 3.622	54.9	51.1-65.8	54-60
	жен	49.58 ± 3.935	48.8	43-68.4	48.7-53.7
% ЖМ	муж	20.02 ± 6.127	16.4	10.4-33.1	17-22
	жен	26.76 ± 7.687	26.1	11-48.6	22-27

Полученные результаты биоимпедансного анализа свидетельствуют о том, что:

✓ показатели величин индекса массы тела (ИМТ) имеют тенденции к повышению у мужчин и женщин, что указывает на возможную склонность к избыточной массе и ожирению основной части молодежи. По-видимому, такая тенденция связана с гиподинамией;

✓ значения % АКМ у мужчин и женщин выше нормы, что демонстрирует высокую интенсивность обменных процессов в организме и достаточность белкового компонента питания;

✓ показатели % ЖМ у мужчин имеют тенденции к снижению, а у женщин – к некоторому повышению, по-видимому, объясняется склонностью женщин к ожирению;

✓ результаты исследования % СММ показывают некоторую тенденцию снижения этого показателя у женщин.

Таким образом, анализируя полученные результаты биоимпедансного исследования состава тела студентов ДГМУ, можно сделать следующие **выводы**:

1. Существенных (больших) отклонений величин биоимпедансных параметров от значений физиологических норм не наблюдается, что говорит в пользу хорошего здоровья основной части молодежи (юношей и девушек).

2. Существует некоторая склонность молодежи (больше у представителей женского пола) к избыточной массе тела. Вероятной причиной этому служит малоподвижный образ жизни и несбалансированное питание. Этот факт может быть риском развития заболевания атеросклерозом, гипертонической болезнью и сахарным диабетом 2 типа.

<u>В заключении</u> мы хотим выразить искреннюю благодарность медперсоналу Республиканского Центра Здоровья за любезно оказанную помощь в исследовании здоровья студентов ДГМУ.

Литература:

1. Руднев, С.Г. Биоимпедансное исследование состава тела населения России / С.Г. Руднев, Н.П. Соболева, С.А. Стерликов, Д.В. Николаев и др. – М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2014. – 493с.

2. Николаев, Д.В. Биоимпедансный анализ состава тела человека / Д.В. Николаев, А.В. Смирнов, И.Г. Бобринская, С.Г. Руднев. — М. : Наука, 2009. – 392 с.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ГРУПП КРОВИ ПРИ ПОМОЩИ ЦОЛИКЛОНОВ

Ф.Алам, С. Кумар, С.Малик, А. Будаг-заде - студенты второго курса лечебного факультета

Кафедра нормальной физиологии человека

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научные руководители: д.м.н. проф. Р.М. Рагимов, к.м.н. асс. Р. Г. Сулейманова.

Актуальность. Распределение групп крови АВ0 и Rh-фактор варьируют среди разных популяций людей. Фенотипы группы крови АВ0 возникают из-за присутствия антигенов на поверхности эритроцитов или антител в плазме крови. В каждой популяции имеются свои особенности распределения по группам крови. Причем есть популяции, в которых некоторые группы крови отсутствуют вовсе или имеется значительное преобладание одной из них (то же самое относится и к резус фактору). Это можно объяснить естественным отбором. В соответствии с номенклатурой групп крови АВ0 / резус - фактор человек может принадлежать к любой из следующих групп крови: АВ (IV), В (III), А(II), 0(I).

Определение групповой принадлежности крови по системе АВ0 у человека, кроме нужд трансфузиологии, имеет значение при проведении судебно-медицинской экспертизы, в частности, при установлении биологических родителей. Определение групп крови системы АВ0 имеет значение и в трансплантологии при пересадке органов и тканей, так как антигены А и В имеются не только на мембране эритроцитов, но и ряда других клеток организма, что может вызвать групповую несовместимость.

Цель. Изучить и сравнить распределение по группам крови студентов разных этнических групп, обучающихся в ДГМУ.

Материал и методы исследования. Существует несколько способов определения групп крови с использованием разных реагентов, и один из них основывается на применении цоликлонов. Цоликлоны – это антитела, которые получают посредством технологий генной инженерии. Обычно для получения цоликлонов берутся лабораторные мыши, которым вводятся штаммы бактерий, после чего производят забор жидкости из брюшной полости.

Цоликлоны выпускаются в жидком виде и разливаются во флаконы по 5мл или 10мл, причем каждый ее тип имеет свой цвет.

а) анти А - представляет собой жидкость красноватого цвета;

б)анти В - имеет синий оттенок ;

в) анти АВ (анти D) - бесцветный прозрачный раствор.

Преимущество цоликлонов перед другими реагентами заключается в том, что для определения группы крови не требуется специальной подготовки лаборанта.

Результаты исследования. Исследование групп крови и резус-фактора проводились у студентов второго курса Дагестанского государственного медицинского университета. Все обследованные разделены на четыре выборки: дагестанцы, африканцы, индийцы и арабы. В этих выборках определены группы крови и резус-фактор. Цоликлоны нам любезно предоставило ГБУ РД «Республиканская станция переливания крови».

Распределение по группам крови дано в таблицах.

Дагестанцы

Группы	абс.	%	**ДИ95%**	
			нижн ДГ	**верхн ДГ**
0(I)	56	30,3	**23,9**	**37,1**
A(II)	91	49,2	**42,0**	**56,4**
B (III0	26	14,1	**9,4**	**19,4**
AB(IV)	12	6,5	**3,4**	**10,5**
Всего	185	100,0		

Арабы

Группы	абс.	%	**ДИ 95%**	
			нижн ДГ	**верхн ДГ**
0 (I)	11	55,0	**33,4**	**75,6**
A (II)	2	10,0	**1,0**	**26,5**
B (III)	5	25,0	**9,0**	**45,7**
AB (IV)	2	10,0	**1,0**	**26,5**
Всего	20			

Африканцы

Группы	**абс.**	**%**	**ДИ95%**	
			нижн ДГ	**верхн ДГ**

0(I)	7	35,0	**16,2**	**56,7**
A(II)	2	10,0	**1,0**	**26,5**
B(III)	8	40,0	**20,2**	**61,7**
AB(IV)	3	15,0	**3,2**	**33,5**
Всего	20	100,0		

Индийцы

Группы	**абс.**	**%**	**ДИ95%**	
			нижн ДГ	**верхн ДГ**
0(I)	15	37,5	**23,3**	**52,9**
A(II)	4	10,0	**2,8**	**21,1**
B(III)	16	40,0	**25,5**	**55,4**
AB(IV)	5	12,5	**4,2**	**24,4**
Всего	40	100,0		

В заключении данного исследования, хотели бы отметить, что в популяциях имеются различия в распределении групп крови по системе АВ0 и резус – фактора. Окончательные выводы, мы не делаем, поскольку выборки из иностранных студентов относительно малы. Тем не менее, наши исследования показывают, что в дагестанской группе обследованных добровольцев преобладает вторая группа (49,2%), что составляет почти половину обследованных, у арабов преобладает кровь первой группы (55,0%), у индийцев и африканцев преобладает третья группа (около 40%). Наши исследование будет продолжено, и вновь полученные данные будут представлены на последующих конференциях.

СОСТОЯНИЕ ЗРЕНИЯ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Гусейнова З.Ш., студентка 2 курса лечебного факультета

Кафедра нормальной физиологии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России

Научные руководители – д.м.н., профессор Рагимов Р.М.,

к.м.н., доцент Измайлова А.Х.

Актуальность. Как известно, около 90% информации об окружающем мире человек получает через зрительный анализатор. Хорошее зрение необходимо человеку в каждый момент его повседневной деятельности – во время работы, учебы, отдыха. Однако с каждым годом растет число людей с нарушениями рефракции глаза и другими расстройствами зрительных функций. А самое главное, что в последние годы эта проблема стала актуальной не только для пожилых людей, но и для молодого поколения: учащихся школ и вузов. Студенты медицинского университета, по сравнению со студентами технических и

гуманитарных вузов испытывают избыточные нагрузки на зрительную систему, так как процесс обучения в медицинском вузе требует ежедневного усвоения больших объемов учебного материала. Причем, современные студенты-медики используют для этого не только традиционные, но и электронные информационные ресурсы, работают за компьютером, напрягают систему аккомодации глаза, читая мелкий шрифт текста на близком расстоянии. Всё это не лучшим образом сказывается на функции зрения. С этих позиций актуальной проблемой, на наш взгляд, является изучение вопроса распространенности аномалий рефракции глаза среди студентов-медиков ДГМУ и поиска причин, ведущих к ним.

Цель исследования: выявить студентов ДГМУ и ДГУ, имеющих проблемы со зрением; провести сравнительный анализ полученных данных; дать оценку степени информированности студентов о проблемах со зрением и степени их контроля.

Материал и методы исследования. Для исследования была составлена анкета, включающая в себя вопросы о длительности работы за компьютером, продолжительности периода самоподготовки к занятиям, вопросы об использовании очков и контактных линз. В анкетировании приняли участие студенты ДГМУ (141 чел. – 67,4 % девушек, 32,6 % юношей) и ДГУ (118 чел. – 59,3% девушек, 40,7% юношей; χ^2=1,471, p=0,225) в возрасте от 17 до 22 лет. Статистическая обработка данных проведена методом вычисления доверительного интервала для относительных величин с применением вспомогательной переменной Фишера в радианной мере и с использованием критерия χ^2.

Результаты исследования.

Изучение данных анкетирования показало, что значительная часть студентов - 61% (ДГМУ) и 30,5% студентов ДГУ отмечают у себя те или иные расстройства зрения, главным образом, аномалии рефракции глаз. Более половины опрошенных студентов ДГМУ (56,7%) страдают миопией (среди студентов ДГУ – 32,5%); 2,1% - гиперметропией (ДГУ – 4,3%); у 17,7% - астигматизм (ДГУ – 9,4%).

НАРУШЕНИЯ ЗРЕНИЯ У СТУДЕНТОВ ДГМУ

Группы	**абс.**	**%**	**ДИ 95%**	
			нижн ДГ	**верхн ДГ**
Миопия	**80**	**56,7**	**48,5**	**64,8**
Гиперметропия	**3**	**2,1**	**0,4**	**5,1**
Астигматизм	**25**	**17,7**	**11,9**	**24,4**
Нормальное	**54**	**38,3**	**30,5**	**46,4**
Всего	**141**	**100,0**	**99,3204**	**99,3204**

НАРУШЕНИЯ ЗРЕНИЯ У СТУДЕНТОВ ДГУ				
Группы	**абс.**	**%**	**ДИ 95%**	
			нижн ДГ	**верхн ДГ**
Миопия	**38**	**32,2**	**24,1**	**40,9**
Гиперметропия	**5**	**4,2**	**1,4**	**8,6**
Астигматизм	**11**	**9,3**	**4,8**	**15,2**
Нормальное	**64**	**54,2**	**45,2**	**63,1**
Всего	**118**	**100,0**	**99,1883**	**99,1883**

Особую тревогу вызывает тот факт, что 52% студентов ДГМУ и 66,1% - ДГУ, несмотря на ухудшающееся зрение, не обращаются к офтальмологу и не пользуются очками (линзами). При этом 61% студентов ДГМУ и 34,2% - ДГУ оценили состояние своего зрения как «плохое».

Большая часть студентов ДГМУ (32,6%) проводят за компьютером по 3-4 часа в сутки, в ДГУ таких меньше – 18,6%; по 7-8 часов (ДГМУ – 29,8%; ДГУ – 32,2%); по 1-2 часа (ДГМУ – 21,3%; ДГУ – 8,5%); по 5-6 часов (ДГМА – 16,3%; ДГУ – 40,7%).

ДГМУ, ВРЕМЯ ЗА МОНИТОРОМ				
Группы	**абс.**	**%**	**ДИ 95%**	
			нижн ДГ	**верхн ДГ**
1-2ч	**30**	**21,3**	**4,9**	**28,4**
3-4ч	**46**	**32,6**	**25,2**	**40,6**
5-6ч	**23**	**16,3**	**10,7**	**22,8**
7-8ч	**42**	**29,8**	**22,5**	**37,6**
Всего	**141**	**100,0**	**99,32**	**99,3204**

ДГУ, ВРЕМЯ ЗА МОНИТОРОМ				
Группы	**абс.**	**%**	**ДИ 95%**	
			нижн ДГ	**верхн ДГ**
1-2ч	**10**	**8,5**	**4,2**	**14,1**
3-4ч	**22**	**18,6**	**12,2**	**26,1**
5-6ч	**48**	**40,7**	**32,0**	**49,6**

7-8ч	**38**	**32,2**	**24,1**	**40,9**
Всего	**118**	**100,0**	**99,188**	**99,1883**

Подготовка к занятиям занимает ежедневно: 7-8 часов (ДГМА – 31,9%; ДГУ – 17,8%); 5-6 часов (ДГМА – 16,3%; ДГУ – 18,6%); 3-4 часа (ДГМА – 39,7%; ДГУ – 36,4%); 1-2 часа (ДГМА – 12,1%; ДГУ – 27,1%).

Выводы. Таким образом, наше исследование показало, что значительный процент студенческой молодежи страдает зрительными нарушениями. В ходе исследование полностью подтвердилось наше предположение о том, что студенты-медики испытывают избыточные зрительные нагрузки, при одновременном снижении физической активности и отсутствии сформированной приверженности к здоровому образу жизни. Указанные факторы негативно сказываются на физическом и психическом здоровье студентов. Многочасовая работа за компьютером (без перерывов) приводит к дисплейной болезни, которая характеризуется нарушением аккомодационных механизмов глаз. Как нам представляется правильным, необходимо чаще проводить профилактические беседы со студентами-медиками по вопросам гигиены зрения, чередовании режима труда и отдыха, целесообразности прохождения ежегодного осмотра врача-офтальмолога. Такая инициатива развернута на кафедре нормальной физиологии, сотрудники которой ежегодно, в рамках элективного курса «Валеология» организуют диспансеризацию студентов-второкурсников на базе Республиканского центра здоровья, где проводится исследование состояния сердечно-сосудистой, дыхательной, опорно-двигательной, зрительной и др. систем организма. Врач офтальмолог центра проверяет остроту зрения и дает рекомендации по её коррекции. Каждый из нас должен понимать, как важно — оберегать и сохранять своё зрение и именно поэтому нельзя оставлять эти вопросы без должного внимания.

Список использованной литературы:

1. Современная офтальмология. 2-е изд. / под ред. В. Ф. Даниличева. Санкт- Петербург, 2009. с. 23.

2. Глазные болезни. Полный справочник / В.А. Передерий. - М.: Эксмо, 2008. с. 13.

3. Состояние остроты зрения и рефракции глаз у студентов медицинского вуза: научная статья / Козина Е.В., Поспелов В.И., Гололобов В.Т., Лазаренко В.И., Балашова П.М., Кох И.А., Кочетова Т.Ф., Каскаева Д.С.; журнал: Сибирское медицинское обозрение, 2015.

4. Современная школа и проблема здоровья учащихся. / Петрова Н.Ф., Горовая В.И.// Успехи современного естествознания. – 2005. – № 11 – стр. 73-75 .

5.Юнкеров В.И., Григорьев С.Г. Математико-статистическая обработка данных медицинских

исследований. – СПб: ВМедА, 2002. – 266 с., С - 36-37.

СВЕТОВАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ЗРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ И ЕЕ ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ВЕЛИЧИНЫ СРЕДНЕГО ГЕМОДИНАМИЧЕСКОГО ДАВЛЕНИЯ КРОВИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ХОЛОДОВОЙ ПРОБЫ

Е. М. О. Корниенко – студентка 2309 гр. педиатрического факультета

Кафедра нормальной физиологии

БГМУ, г. Минск, Республика Беларусь

Научный руководитель - канд. мед. наук, доц. Александров Д.А.

Актуальность. Одним из важнейших интегральных показателей гемодинамики, характеризующих системный кровоток, является среднее гемодинамическое давление ($АД_{сгд}$). В последние годы было предложено несколько уточненных формул для расчета $АД_{сгд}$, претендующих на большую или меньшую адекватность в характеристике условий системного кровотока. Показатель $АД_{сгд}$ косвенно отражает и условия для осуществления кровотока в сосудах микроциркуляторного русла. В то же время хорошо известна высокая чувствительность центральных областей сетчатки к изменениям условий доставки кислорода и питательных веществ. Таким образом, актуальной представляется задача поиска формулы, наиболее адекватно отражающей характер кровотока в периферических тканях, зачастую являющихся центральным звеном развития патологических процессов при нарушении кровотока.

Цель: охарактеризовать световую чувствительность центральных областей поля зрения в покое и при функциональных нагрузках и сопоставить ее изменения с показателем центральной гемодинамики, рассчитанной по разным формулам.

Материалы и методы. Был обследован 21 студент (7 мужчин и 14 женщин) младших курсов БГМУ. Возраст испытуемых составлял от 17 до 21 года. Исследование проводилось в светоизолированной камере после 20-минутной темновой адаптации. В качестве функциональной нагрузки была выбрана холодовая проба, хорошо известная как мощный активатор центров симпатического отдела автономной нервной системы (АНС). Определение световой чувствительности центральных областей сетчатки правого глаза в покое и при функциональной нагрузке осуществлялось методом статической периметрии с помощью программы Lines, разработанной на кафедре нормальной физиологии БГМУ под руководством проф. Кубарко А.И. На каждом этапе испытуемым было предложено 127 точечных световых стимулов. Для анализа данных поле зрения было разделено на 14 полей. Область слепого пятна (10 точек) исключалась при обработке данных периметрии. Величина артериального давления (АД) и частоты сердечных сокращений (ЧСС) измерялись по

общепринятой методике с использованием прибора для измерения АД электронного MicrolifeBPA2 Standart (статическая точность измерения АД ± 3 мм рт. ст., ЧСС - ± 5 % считанного значения). Величина АДсгд рассчитывалась по результатам измерения АД и ЧСС в покое и при функциональных нагрузках с помощью различных формул: Хикема, Вецлера-Богера, Роднея, Семеновича-Комяковича, Семеновича А.А., 2018. Полученные результаты обработаны методами вариационной статистики с помощью программы Statistica 7,0.

Результаты и их обсуждение. Воздействие стрессорного фактора приводит к разнонаправленным изменениям показателя световой чувствительности сетчатки: улучшение в области макулы, тенденция к ухудшению показателя световой чувствительности сетчатки ближе к периферии. Величины АДсгд, оцененные по формулам Семеновича-Комяковича и Семеновича сопоставимы со значением АДсгд, рассчитанным по формуле Хикема. В то время как значения АДсгд, вычисленные по формулам Вецлера-Богера и Роднея, значительно меньше. Дополнительно все испытуемые были разделены на группы в зависимости от отношения к курению на «курящих» и «некурящих». Как в контрольном исследовании, так и в исследовании при проведении холодовой пробы значения АДсгд в группе «курящие», вычисленные с помощью разных формул, меньше, чем в группе «некурящие», что можно связать с влиянием курения на тонус сердечно-сосудистой системы. Группа «курящие» была дополнительно разделена на две подгруппы в зависимости от индекса курения (ИК): те, у кого ИК составил до 0,5, и те, у кого значение ИК от 0,5 до 1,0. Порог световой чувствительности ниже у людей входящих в группу со значением ИК до 0,5, чем в группе со значением ИК от 0,5 до 1,0. Был проведен корреляционный анализ изменения показателей световой чувствительности центральных областей поля зрения (как в целом по полю зрения, так и по отдельным квадрантам и секторам) и изменения показателя $АД_{сгд}$, рассчитанного с использованием различных формул. Наиболее выраженная корреляционная связь как в контрольном исследовании, так и при выполнении холодовой пробы наблюдалась между показателями световой чувствительности областей поля зрения, прилежащих к слепому пятну, и АДсгд, вычисленным по формулам Хикема, Вецлера-Богера, Роднея, Семеновича-Комяковича, Семеновича. Причем наиболее выраженная положительная достоверная связь средней силы в контрольном исследовании выявляется в областях обозначенных как поля 3, 6, 12. При выполнении холодовой пробы сила корреляционной связи несколько снизилась. При этом наиболее выраженная корреляционная связь наблюдается между величиной АДсгд, вычисленной по формуле Вецлера-Богера, и областью поля зрения, прилежащей к области слепого пятна (поле 12). Что можно объяснить расположением ветвей центральной артерии сетчатки: в областях, где

проецируются мелкие ветви центральной артерии сетчатки наблюдалась минимальная корреляция; где проецируются крупные ветви наблюдалась более выраженная достоверная связь средней силы.

Выводы.

1. Величины АДсгд, оцененные по формулам Семеновича-Комяковича и Семеновича сопоставимы со значением АДсгд, рассчитанным по формуле Хикема. В то время как значения АДсгд, вычисленные по формулам Вецлера-Богера и Роднея, значительно меньше.
2. У курящих студентов по сравнению с некурящими значения АДсгд оказались несколько ниже как в контрольном исследовании, так и при выполнении холодовой пробы.
3. У курящих студентов с ИК больше 0,5 пороги световой чувствительности сетчатки во всех исследуемых областях ЦОПЗ были выше, чем у некурящих студентов
4. Наиболее выраженная положительная достоверная связь средней силы в контрольном исследовании выявляется в областях ЦОПЗ, прилежащих к области слепого пятна (поля 3,6,12).
5. При выполнении холодовой наиболее выраженная корреляционная связь наблюдается между величиной АДсгд, вычисленной по формуле Вецлера-Богера, и областью поля зрения, прилежащей к области слепого пятна (поле 12).

ОРГАНИЗАЦИЯ РИТМОГРАММ МОЗГОВОЙ АКТИВНОСТИ СТУДЕНТОВ И СПОРТСМЕНОВ РАЗЛИЧНОЙ СПЕЦИАЛИЗАЦИИ

А. А. Жукова – ассистент, Р. М. Беридзе – студент 427 гр. лечебного факультета

Курс физиологии

УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь

Актуальность. В механизмах адаптации и дезадаптации к умственной, психической или физической нагрузке главную роль играет ЦНС, определяющая целостную работу органов и систем организма. Организация состояния покоя, двигательной и умственной активности у спортсменов и нетренированных юношей включает в себя разные механизмы [1]. Поэтому, особую значимость для изучения процессов адаптации организма спортсмена к специфическим физическим нагрузкам спортивной специализации имеет анализ ритмической активности мозга в разных диапазонах. Можно предположить, что у спортсменов игровых видов спорта, специфика тренировок которых направлена на развитие образного мышления и необходимостью выполнения идеомоторных движений, будут проявляться специфические отличия в соотношении ритмов мозговой активности [2].

Цель исследования. Изучить особенности ритмограмм мозговой активности

студентов и спортсменов различной специализации.

Материалы и методы исследования. Обследование спортсменов высшей категории пяти видов спорта, и студентов в возрасте 18-22 лет, проводилось с помощью программно-аппаратного комплекса «Омега-С» на базе научно-практического центра «Спортивная медицина». Контрольную группу исследования составили студенты – 20 человек. Последующие группы состояли из 15 спортсменов каждого вида спорта: плавания, велоспорта, легкой атлетики (метание копья), вольной борьбы и хоккея. Обследование проводилось в течение четырех месяцев тренировочного цикла, ЭКГ регистрировалась в 1-м стандартном отведении, записывалось 300 кардиоциклов, в течение 5-7 минут. Для оценки функционального состояния спортсменов учитывались показатели спектральной мощности мозговой активности для диапазонов дельта-, тета-, альфа- и бета- ритмов, методом картирования биоритмов мозга. Статистическая обработка результатов проводилась программой «Statistica» 6.0.

Результаты исследования. Анализировался характер активности головного мозга студентов второго курса ГоГМУ и представителей пяти видов спорта, отличающихся направленностью тренировочного процесса. Показатели ритмограммы мозговой активности спортсменов и студентов приведены в таблице 1.

Таблица 1 – Показатели ритмограмм мозговой активности студентов и спортсменов разных видов спорта.

Виды спорта	Ритмы активности головного мозга, %			
	Дельта	Тета	Альфа	Бета
	0 – 4 Гц	4 – 8 Гц	8 – 13 Гц	13 – 25 Гц
контроль	49,2±14,3	15,02±6,4	16,8±8,1	18,4±7,3
Плавание	32,7±2,2	11,0±0,8	26,8±2,0	29,4±2,8
Велоспорт	54,2±14,3	16,3±7,5	12,3±7,7	17,0±8,5
Легкая атлетика	41,5±18,3	14,8±8,8	20,6±11,9	23,0±11,0
Вольная борьба	49,6±16,8	16,1±8,6	13,7±7,6	20,2±12,7
хоккеисты	42,3±19,3	18,1±7,6	32,6±19,8	22,8±17,4

В ходе эксперимента была отмечена некоторая закономерность распределения ритмической активности мозга спортсменов в зависимости от специфики спорта. Процентное соотношение ритмической активности мозга спортсменов и студентов представлено на рисунке 1.

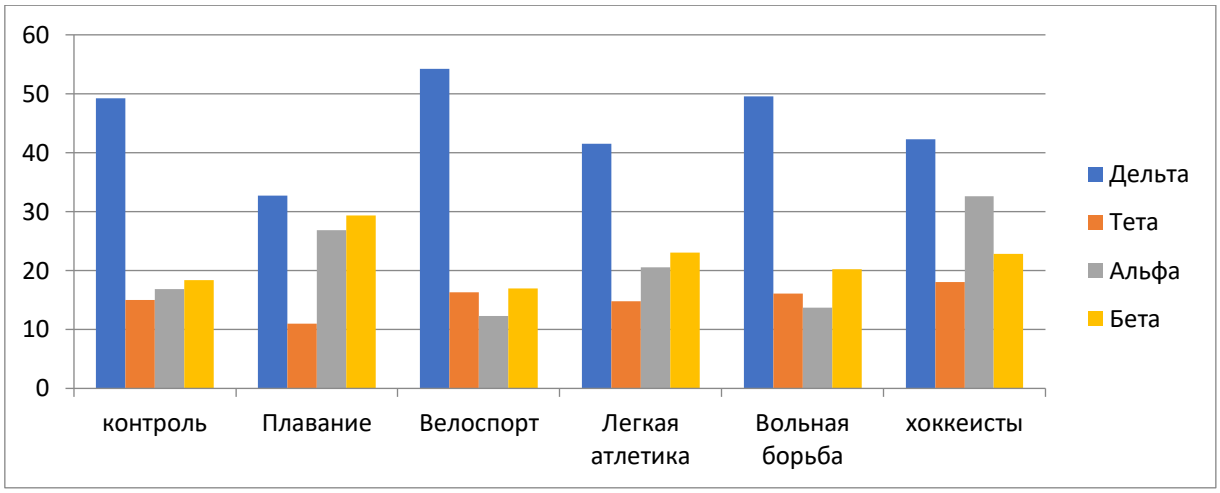


Рисунок 1. Ритмограммы мозговой активности студентов и спортсменов**.**

По нашим данным велосипедисты имеют самые высокие показатели дельта-ритма (54,2±14,3) и самые низкие показатели высокочастотных составляющих ритмограммы мозга: альфа- (12,3±7,7) и бета- (17,0±8,5) ритмов. Аналогичным образом распределены ритмы мозговой активности у борцов: у них отмечено несколько сниженное влияние дельта-ритма (49,6±16,8) за счет более высокого процента активности бета-ритма (23,0±11,0). В контрольной группе, т.е. у студентов, не занимающихся спортом, эти показатели имели сходное соотношение ритмов и не выявили достоверных отличий с представителями выше указанных групп. Однако, у спортсменов (борцов и велосипедистов) тета-ритм преобладал над альфа-ритмом, что не было отмечено ни у контрольной группы, ни у остальных трех групп спортсменов.

Самой высокая бета-активность зарегистрирована у представителей плавания (29,4±2,8), а наибольшая амплитуда альфа-ритма – у хоккеистов (32,6±19,8). Отличительной особенностью ритмограмм хоккеистов является преобладание альфа-ритма над бета-ритмом (22,8±17,4) мозговой активности.

Выводы. Специфика тренировочной нагрузки отражается на распределении диапазонов частот мозговой активности. По данным программно-аппаратного комплекса «Омега-С» наибольшая суммарная активность дельта-ритма зарегистрирована у представителей велоспорта и вольной борьбы, альфа-ритм преобладает у хоккеистов, мощность бета-активности у представителей плавания.

ЛИТЕРАТУРА

Попова, Т. В. Вариабельность биоэлектрической активности мозга при различных состояниях спортсменов / Т. В. Попова, Ю. И. Корюкалов, О. Г. Коурова // Теория и практика физической культуры, 2006. – № 8. – С. 20 – 22.

Бернштейн, Н. А.Очерки по физиологии движений и физиологии активности. – М.:

Медицина,1966. – 349 с.

МЕТЕОЗАВИСИМОСТЬ У СТУДЕНТОВ ВУЗОВ

Мелентьев Я.И., студент 34 ст группы, стоматологический факультет,

Митрофанова Е.В., студент 214 группы, лечебный факультет

Кафедра нормальной физиологии.

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России, Оренбург,Россия

Научные руководители: к.м.н., доцент Ширшов О.В., ст. преподаватель Тихонов В.В.

Актуальность. Метеозависимость(МЗ) - это реакция организма на воздействие метеорологических (погодных) факторов или повышенная чувствительность к колебаниям погоды в следствии ослабления механизмов адаптации, иммунитета или хронических заболеваний [1]. Её изучает специальная наука – медицинская климатология, рассматривающая действие климатогеографических, погодных и метеорологических факторов на организм человека, поведенческие симптомы, механизмы образования, виды и степени МЗ. Толчком к её появлению стала актуальная тема исследования влияние погодных и климатографических условий на формирование полноценного здорового населения, так как последнее время наблюдаются активные колебания климата и погодных условий, в результате которых ухудшается физическое, психическое и эмоциональное состояние организма многих людей.

Во многой научной литературе для описания МЗ ученые применяли такие термины как анемопатия, циклонопатия, метеотропизм, дезадаптационный метеоневроз и другие [2-3]. МЗ является одним из видов адаптации организма, своего рода информационное звено взаимодействия человека с окружающей средой. Природа позаботилась о том, чтобы наш организм был приспособлен к изменчивым условиям окружающего мира.

Цели и задачи.

1)Исследовать характер проявления МЗ у студентов младших курсов различных ВУЗов г. Оренбурга.

2) Определить взаимосвязь между наличием МЗ и депрессивным настроем студентов.

3) Установить гендерные особенности МЗ

3) Изучить влияние выпадения осадков и наличия магнитных бурь на МЗ организма.

Материалы и методы. В работе представлены данные обследования студентов разных институтов города Оренбурга: ОрГМУ, ОГУ, МГЮА, ОГАУ. Всего было обследовано 180 студентов, средний возраст которых составил 20 лет. Наличие фактора МЗ устанавливалось по результатам опроса пациентов по стандартной анкете, содержащей вопросы относительно наличия МЗ. Из числа студентов, страдающих МЗ, были выбраны

добровольцы, которые и составили контрольную группу наблюдения. Всего 60 студентов. Для выявления депрессии было проведено тестирование студентов по опроснику CES-D. Для контроля состояние студентов была подготовлена анкета для самостоятельного заполнения, включающая в себя данные пациента, список возможных жалоб при ухудшении состояния. Ежедневно в течение периода наблюдения в «карте показателей погодных условий» фиксировались основные параметры погодных условий (атмосферное давление, влажность, скорость и направление ветра, температура воздуха, в том числе доступные сведения по датам значимых для здоровья гелиомагнитных возмущений). В качестве информационного материала использовались данные, публикуемые в интернете и других средствах массовой информации. В настоящем исследовании проведен анализ данных, собранных в течение двух месяцев: февраль-март. Так же была изучена научная литература по данной теме.

Результаты исследования. Была рассмотреть выраженность МЗ среди студентов различных ВУЗов. Всего опрошено 180 студентов (90 парней и 90 девушек). Наличие фактора повышенной МЗ, установленного на основании результатов анкетирования со стандартно заданными вопросами, выявлено у 78 из 180 студентов (43,3%; $ХИ^2$=1,79, $p \leq 0,05$): у 28 парней и 50 девушек. Эти данные свидетельствуют о том, что девушки чаще подвержены метеозависимости, чем молодые люди. Из числа добровольцев, страдающих повышенной МЗ, на добровольной основе согласились принять участие в исследовании 60 человек. В дальнейшем было исследовано психоэмоциональное состояние студентов-добровольцев с наличием МЗ у каждого из них по психологическому тесту CES-D. Из 60 добровольцев в 38 % случаях (у 23 студентов) имеются депрессивные расстройства разного уровня. Так, признаки легкой депрессии наблюдались у 17 человек (74 %), депрессия средней тяжести – у 6-ти человек (26 %). По данным бланков самонаблюдения у студентов с депрессией среднее количество дней плохого самочувствия из-за погодных условий было больше, чем у добровольцев без неё. Чаще такие добровольцы (87%) жаловались на общее недомогание, когда имелось наличие сильного ветра и осадков (снегопада или дождей). Из опрошенных без депрессии метеозависимыми к осадкам оказались 74% всех добровольцев ($p \leq 0,05$). В дни, когда по прогнозу погоды были объявлены возможные магнитные бури, жалобы на плохое самочувствие предъявили 67-% обследованных ($p \leq 0,05$). За время эксперимента 21 день за 2 месяца по прогнозу погоды ожидались магнитные бури, из которых лишь 15 дней из разных карт отчёта были отмечены как дни недомогания. По данным бланков самонаблюдения наиболее часто (в 84% случаев) пациенты жаловались на головную боль, в 62 % отмечалась лень и апатия, в 49% головокружение, в 37% добровольцы жаловались на периодическое затрудненное дыхание, в 20% наблюдались боли

в суставах и лишь 4% жаловались на тошноту и рвоту.

Вывод. Из приведённых выше исследований можно сделать определённые выводы:

1) Высокая распространённость МЗ у студентов младших курсов (42,4%).

2) МЗ в большинстве случаев страдают опрошенные девушки, чем молодые люди.

3) Среди МЗ студентов 44% имеют депрессию различной степени выраженности. У лиц с выраженной депрессией плохое самочувствие, наблюдалось чаще, чем у студентов без неё.

4) Выпадение осадков в виде снегопада и дождя, оказывает гораздо большее влияние на состояние МЗ студентов, чем наличие магнитных бурь.

Список литературы:

1. Экологический энциклопедический словарь / И. И. Дедю; [Предисл. В. Д. Федорова]. - Кишинев: Гл. ред. Молд. сов. энцикл., 1989. – 204 с.

2. Концевая А.В., Лукьянов М.М., Худяков М.Б. Сезонные и помесячные изменения смертности в регионах Российской Федерации с различными климатогеографическими характеристиками. Российский кардиологический журнал. 2014; 11: 25-30.

3. Измеров Н.Ф. Изменения климата и здоровье населения России в 21 веке. Медицина труда и промышленная экология. 2005; 4:1-6

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ОРГАНИЗМА ПРИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЕЛЕФОНА

А.З. Абдулаева, Г.З. Гаджимирзоева - студенты 2 курса лечебного факультета

Кафедра нормальной физиологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научные руководители - д.м.н., проф. Р.М. Рагимов, к.б.н., доцент Н.М. Абдуллаева

Актуальность. В современном мире практически во всех сферах деятельности человек сталкивается с информационными технологиями, так как путь развития цивилизации тесно связан с процессами компьютеризации и информатизации.

Наметившаяся в настоящее время тенденция – привязанность к информационно-коммуникационным сетям для пользования гаджетами – зачастую приводит к различным негативным последствиям, но, чаще всего, – ухудшению зрения и зависимости от телефона. Социально значимыми факторами, способствующими формированию зависимости от гаджетов, являются такие свойства характера, как повышенная обидчивость, ранимость, тревожность, склонность к депрессии, низкая самооценка, плохая стрессоустойчивость, неспособность разрешать конфликты, уход от проблем.

Зависимость от телефона – патологическое состояние, известное как номофобия, при

котором люди без смартфона чувствуют себя неуверенно и тревожно. К сожалению, в большинстве случаев номофобией страдают подростки и молодые люди, среди которых немалое количество студентов высших и средне-специальных учебных заведений.

Целью нашего исследования явилась оценка степени зависимости студента от телефона, стрессоустойчивости его организма и их влияния на психофизиологическое состояние организма.

Материалы и методы. Исследование проведено на 69 студентах 2 курса лечебного факультета ДГМУ в возрасте от 19 лет до 21 года, из которых: 31 человек выполнил тест «Степень стрессоустойчивости» и 38 человек – тест «Уровень зависимости от телефона». Тестирование проводилось без учета гендерных различий.

При анкетировании каждому респонденту было задано по десять вопросов, указывающих на различные жизненные события. Испытуемому предлагался тест-вопрос и три варианта ответа, из которых он выбирал вариант, больше подходящий к его поступкам. На основе полученных данных по степени стрессоустойчивости и уровню зависимости от телефона было выявлено психофизиологическое состояние студента.

В работе была использована шкала степени стрессоустойчивости (низкая, пороговая, высокая) и уровня зависимости (среднезависимый, слабозависимый, отсутствие зависимости).

Результаты исследования. По результатам анкетирования “Степень стрессоустойчивости” были получены следующие результаты: низкая степень стрессоустойчивости - 6,45% (2 человека), пороговая степень стрессоустойчивости - 25,81% (8 человек), высокая степень стрессоустойчивости - 67,74% (21 человек).

Оценка уровня зависимости испытуемых от телефона выявила следующие результаты: у 50% (19 человек) опрошенных нет зависимости от телефона; они являются обычными пользователями. 50% (19 человек) – зависимые, из которых: 17 человек (44,74%) являются слабозависимыми, проводят много времени в телефоне, но могут себя контролировать и 2 человека (5,26%) – среднезависимые: они проводят много времени в телефоне, что может стать у них причиной жизненных проблем.

Изучение психофизиологического состояния позволило установить, что нормальное психофизиологическое состояние наблюдалось у 39 (56,52%) опрошенных; 8 (11,59%) студентов отмечали плохое самочувствие, неактивность, вялость, но нет зависимости; у остальных респондентов имела место и зависимость и низкая стрессоустойчивость.

Таким образом, влияние телефонной зависимости на психофизиологическое состояние организма является статистически значимым.

Выводы:

1. Чтобы снизить уровень телефонной зависимости, необходимо: 1) сократить количество мессенджеров; 2) сократить до трех и менее часов в день работу в социальных сетях; 3) за не менее чем 2 часа до сна отказаться от телефона.

2. Для того чтобы повысить уровень стрессоустойчивости необходимо: 1) регулярно заниматься физическими упражнениями и аутотренингом; 2) меньше порождать страхи и не давать развиваться панике; 3) каждый день, после учебы, находить время для полного расслабления и отдыха.

ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ У ЗДОРОВЫХ И БОЛЬНЫХ ЭНДЕМИЧЕСКИМ ЗОБОМ СТУДЕНТОВ В МЕЖСЕССИОННЫЙ ПЕРИОД И ВО ВРЕМЯ ЭКЗАМЕНАЦИОННОЙ СЕССИИ

Н.М. Абдуллаева - студентка 3 курса лечебного факультета,

И.Р. Рагимова – студентка 6 курса педиатрического факультета

Кафедра нормальная физиология

ФГБОУ ДГМУ Минздрава России, Маъачкала Россия

Научные руководители - д.м.н., профессор Р.М. Рагимов, к.м.н., доцент Н.М. Абдуллаева

Актуальность. Республика Дагестан является эндемическим по зобу регионом, при чем, у женщин эта эндокринная патология диагностируется в среднем в 3-4 раза чаще, чем у мужчин, что связано с особенностями гормонального фона [1]. Студенты высших учебных заведений РД, где преобладающее большинство обучающихся представляет женский пол, не являются исключением.

Повышенная утомляемость, периодические головные боли, дискомфорт за грудиной, чувство сдавливания в области горла, затрудненное глотание и приступы удушья, которые постоянно испытывают больные зобом, приводят к лабильности эмоционального состояния и психики [2,4]. Период экзаменационной сессии, требующий усиления умственной и снижения двигательной деятельности, каковой является стрессовым для обучающихся, особенно повергают к повышению тревоги и депрессии у студентов, больных эндемическим зобом.

Целью нашей научной работы явилось сравнение тревожно-депрессивных состояний у студентов 3 курса (больных эндемическим зобом и здоровых) в межсессионный периоды и во время экзаменационной сессии.

Задачи исследования:

1) изучить эмоциональное состояние у больных эндемическим зобом и здоровых студентов в межсессионный период;

2) провести анализ тревожно-депрессивных состояний в группах больных эндемическим зобом и здоровых студентов в период экзаменационной сессии;

3) сравнить уровень тревожно-депрессивных состояний у студентов больных эндемическим зобом и здоровых в межсессионный период и при прохождении экзаменационной сессии.

Материалы и методы. В исследовании, в качестве респондентов, приняло участие90студентов3курса лечебного, педиатрического и стоматологического факультетов ДГМУ в возрасте19-21 года (средний возраст – 19,92±0,11). Студенты разделены на две группы: 1 группа – здоровые студенты – 45 человек (12 мужского пола и 33 женского пола), 2 группа – больные эндемическим зобом – 45 человек (9 мужского пола и 36 женского пола). Оценка эмоционального состояния проводилась отдельно в каждой группе в межсессионный период и во время экзаменационной сессии. Проведено психологическое тестирование, которое выявляет уровень ситуационной тревожности и депрессии с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии Хадса [5] по следующей градации: 0-7 баллов - «норма» (отсутствие выраженных симптомов тревоги и депрессии), 8-10 баллов - «субклинически выраженная тревога / депрессия», 11 баллов и выше - «клинически выраженная тревога / депрессия».

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием компьютерной программы «BioStat, версии 4.03 [3]. Для сравнения таблиц сопряженности использован точный критерий Фишера, а для выявления различий в сравниваемых группах – критерий Стьюдента для множественных сравнений с поправкой Бонферрони при $p<0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Полученные данные (табл. 1) свидетельствуют о том, что уровень тревоги в межсессионный период в группе здоровых колеблется в пределах от 3 до 5 баллов (в среднем 3,58 ±0,66), чтоговорит об отсутствии выраженных симптомов тревоги. Шкала уровня тревоги в группе больных эндемическим зобом колеблется в пределах от 5 до 8 баллов (6,29±1,12), что также указывает на отсутствие симптомов выраженной тревоги в межсессионный период (у отдельных респондентов (17,7%), однако все же проявляются симптомы «субклинически выраженной тревоги»).

Таблица №1

Показатели тревожности в баллах (среднее ±стандартное откл., $p< 0,05$)

Группы (по 45 человек)	**Показатели**
1 группа (здоровые в межсессионный период)	3.58±0.66
2 группа (больные зобом в межсессионный период)	6.29±1.12
1 группа (здоровые в период экзаменационной сессии)	10.89±1.28
2 группа (больные зобом в период экзаменационной сессии)	15.02±2.19

В период экзаменационной сессии показатели в группе здоровых колеблются в

пределах от 10 до 13 баллов; полученные данные демонстрируют о наличие у большинства респондентов этой группы «субклинически выраженной тревоги» (10,89±1у2), а у отдельных – «клинически выраженной тревоги» (37,7%), тогда как в группе больных эндемическим зобом показатели варьируют в пределах 12-18 баллов, в среднем 15,02±2,19, что свидетельствует о наличии у всех респондентов «клинически выраженной тревоги».

Показатели уровня депрессиив межсессионный период в группах здоровых и больных эндемическим зобом отличались существенно. Шкала депрессии в группе здоровых колеблется в пределах от 1 до 5 баллов (в среднем 2.36±1.17) говорит об отсутствии симптомов депрессии. Оценка уровня депрессии в группы больных эндемическим зобом колеблются в пределах 6-9 баллов (7,56±1,2, $p<0,05$), что говорит о присутствии симптомов субклинически выраженной депрессии у большинства опрощенных (60%).

Таблица №2

Показатели депрессии в баллах (среднее ±стандартное откл., $p< 0,05$)

Группы (по 45 человек)	**Показатели**
1 группа (здоровые в межсессионный период)	2.36±1.17
2 группа (больные зобом в межсессионный период)	7.56±1.2
1 группа (здоровые в период экзаменационной сессии)	11.36±1.71
2 группа (больные зобом в период экзаменационной сессии)	14.22±1.6

В период экзаменационной сессии результаты оценки уровня депрессии группы здоровых студентов колеблется в пределах 9-14 баллов (11,36±1,71), что говорит о наличии субклинически выраженной у 28,9% и клинически выраженной депрессии у 71,1% респондентов. Показатели уровня депрессии в группе больных эндемическим зобом в этот период колеблются в пределах от 12 до 17 баллов (14,22 ±1,6) что, в свою очередь, указывает на наличие у всех опрошенных с эндемическим зобом клинически выраженной депрессии.

Таким образом, у студентов, больных эндемическим зобом, в межсессионный период в большинстве случаев наблюдалось отсутствие выраженных симптомов тревоги и депрессии,а в период экзаменационной сессии наблюдалась клинически выраженная тревога и депрессия гораздо более выраженная, чем в группе здоровых студентов.

Вывод. Студенты, больные эндемическим зобом, наиболее предрасположены к стрессовым ситуациям, нежели здоровые люди, что в свою очередь отрицательно сказывается на умственных способностях и концентрации внимания. Более того, стресс в период экзаменационной сессии повышает тревожность, приводит к возникновению депрессии и вместе с тем, вероятно, ухудшает функциональное состояние всех систем организма.

Списоклитературы:

1) Алиметова, К.А. Йододефицит и эндемический зоб в Дагестане / К.А. Алиметова, С.А. Абусуев // Вестник Дагестанской государственной медицинской академии. – 2012, №4. – С 20-23;
2) Трошина, Е.А. Зоб. / Е.А. Трошина. – М.: МИА, 2012. – 336 с;
3) BioStat // AnalystSoft Inc.
4) Homma, I. Breathing rhythms and emotions / I. Homma, Y. Masaoka // Exp. Physiol. – 2008, V.93, № 9. – P. 1011-1021;
5) Zigmond A.S., Snaith R.P. Hospital Anxiety and Depression Scale — HADS – 1983.

ВЛИЯНИЕ ПИЩЕВОГО РАЦИОНА НА ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ОРГАНИЗМА СТУДЕНТОВ

Д.Э. Мехтиева, Ш.Г. Лабазанова – студентки 2 курса лечебного факультета

Кафедра нормальной физиологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - д.м.н., профессор Р.М. Рагимов, к.б.н., доцент Абдуллаева Н.М.

Актуальность темы. Питание - один из важнейших критериев качества жизни человека, важнейшее составляющее здоровья нации. По данным Всемирной организации здравоохранения состояние здоровья на 70% зависит от образа жизни и питания, когда как лишь 15% определяется организацией медицинской службы, и столько же приходится на долю генетических заболеваний.

Поскольку студенты являются наиболее динамической группой, легко адаптирующейся к факторам социального и природного окружения, но подверженной высокому риску нарушений состояния здоровья, проблема «Влияние пищевого рациона на физиологические показатели организма студентов» рассматривается нами как чрезвычайно актуальная. Неправильное питание, популярность в среде молодежи продуктов быстрого приготовления, содержащих в большом количестве различные добавки и ароматизаторы становится серьезной опасностью для благосостояния поколения- это может привести к развитию многих заболеваний.

Нельзя приуменьшать значимость данной проблемы, так как молодежь- это будущее страны, непосредственно влияющее на её экономический, социальный и культурный потенциал. А рациональное питание, по мнению специалистов, необходимо для нормального функционирования всех физиологических систем организма, что позволит поддерживать высокий уровень физической и умственной работоспособности.

Цель исследования. Изучение и сравнительный анализ особенностей режима питания и рациона студентов и их влияния на физиологические показатели организма

Материалы и методы исследования.

1) Сбор и анализ суточного рациона и его калорийности среди студентов 2 курса ДГМУ;

2) Сравнительное изучение функционального состояния кровеносной системы у исследуемых с разным рационом;

3) Оценка уровня общего обмена веществ и уровня физического здоровья студентов с разным пищевым рационом.

Результаты исследования. В ходе работы проведен анализ полноценности рационов питания студентов. Анализ фактического питания студентов показал энергетическую и качественную несбалансированность их рационов, а также нарушение режима питания, что может негативно отразиться на массе тела студентов их физической и умственной работоспособности. О несбалансированности основных пищевых веществ в суточных рационах студентов свидетельствует полученное соотношение белков, жиров и углеводов

Употребление углеводов составляет-650г (77%) студентов, когда при норме составляет-289 (23%) студентов. Суточная калорийность пищевых рационов студентов в среднем составила –3006 ккал, то есть калорийность. В соответствии с требованиями НИИ питания РАМН энергетическая потребность должна составлять 2000—2200 ккал. Выше нормы (53%) студентов. Анализ данных показал, что, употребление белка студентами в среднем в день, составляет- 112г, в избытке (68%), у (29%) студентов содержание белка в норме, ниже нормы наблюдается у (3%) студентов. Обеспеченность жирами составляет в среднем в день 49.3. Хотя в норме 45.4. Выше нормы употребляют (67%) студентов, в норме (33%) студентов.

Выводы.

1. Проведённое исследования и расчеты калорийности показывают, что питание студентов отличается однообразностью, увеличено по содержанию белков и жиров, а также углеводы в некоторых случаях превышает норму.

2. Из числа нарушений в питании чаще всего встречается несоблюдение режима питания (53%), отсутствие первых блюд.

3. Анализ проведённых функциональных проб показал, что физиологические показатели у большинства студентов (80%) соответствуют норме. Однако у 14% исследуемых выявлен дефицит массы тела, а у 6% наблюдается избыточная масса тела.

4. Полученные данные показывают, что рацион студентов нуждается в корректировке. Рекомендуется нормализовать суточную каллорийность, объём потребляемых белков, углеводов, жиров.

ВЛИЯНИЕ МЕТОДИКИ УЛУЧШЕНИЯ ПАМЯТИ НА СПОСОБНОСТИ К ЗАПОМИНАНИЮ НА ПРИМЕРЕ ШКОЛЬНИКОВ 3 КЛАССА И СТУДЕНТОВ 3 КУРСА

А.А. Зайцева, М. Д. Коневзеров - студенты 3 курса лечебного факультета

Кафедра общей хирургии

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

Научный руководитель: ассистент А. М. Морозов

Актуальность. Интерес к вопросам запоминания не покидает человечество вот уже не одно тысячелетие. И также не одно тысячелетие явление памяти является загадкой, не решённой до сих пор. И если во времена Древней Греции память представляли в виде божественной сущности – Мнемозины, то теперь учёные уверены, что имеют дело с одним из когнитивных процессов, происходящих в головном мозге.

Память — форма психического отражения, заключающаяся в закреплении, сохранении и последующем воспроизведении прошлого опыта, делающая возможным его повторное использование в деятельности или возвращение в сферу сознания. [1].

Уже известно, нейроны каких именно структур головного мозга отвечают за процесс запоминания, какой объём информации человек может запомнить, а также можно ли его увеличить [6]. С каждым годом публикуется всё больше и больше методик, позволяющих быстрее, лучше и качественнее запоминать информацию. Остро проблема запоминания стоит среди школьников и студентов. Поэтому мы приняли решение проверить одну из методик на практике, чтобы убедиться в её состоятельности.

Цель исследования. Целью исследования являетсяизучение улучшения способностей к запоминанию с помощью оригинальной методики у школьников 3 класса и студентов 3 курса ТвГМУ.

Материалы и методы. В данной работе представлен анализ проведения методики запоминания с использованием подходов «Воспроизведение из памяти» и «Эффект тестирования».

Исследования проводились на базе Тверского государственного медицинского университета (далее – ТГМУ) и Муниципального общеобразовательного учреждения средней школы №53 (далее – МОУ СШ №53).

Среди школьников 3 класса и студентов 3 курса лечебного факультета были сформированы по 2 группы – первая: экспериментальная, выполняющая методику, вторая: соответственно контрольная группа, которая методику не выполняла.

Каждой из групп предлагался один и тот же текст (для школьников – рассказ Константина Ушинского «Проказы старухи-зимы», а для студентов глава 11 («Лихорадка») в учебнике по патологической физиологии под редакцией Вячеслава Викторовича Новицкого, академика РАМН [4]), который одновременно изучили обе группы. Все участники исследования знали, что через неделю им предстоит экзамен по тексту, который они изучали.

Сразу же после ознакомления с текстом экспериментальным группам было предложено пройти тестирование – подразумевалось либо ответить на ряд открытых вопросов, либо на тестовые задания с вариантами ответов по теме изученных текстов. Контрольная группа в это время могла либо перечитывать текст, либо писать конспекты, либо избрать свой, оригинальный способ запоминания информации.

Далее, согласно кривой забывания Эббингауза [2], экспериментальные группа выполнила ещё два тестирования (придерживаясь метода «интервальных повторений»). Например, экзамен предстоит в понедельник, тогда в понедельник неделей ранее экспериментальные группы знакомятся с текстом, проходят тестирование, потом в среду и субботу в то же время, в которое они изучали текст, они снова проходят по тестированию.

Через неделю у всех участников состоялся экзамен, который по структуре был идентичен заданиям, предложенным экспериментальным группам.

Результаты. Таким образом в ходе исследования были получены результаты экзаменационных тестирований у экспериментальных и контрольных групп, а также промежуточные тестирования экспериментальных групп. На основании полученных данных, нами созданы две диаграммы, иллюстрирующие сравнение баллов у двух групп.

Согласно полученным результатам, контрольная группа школьников показала результаты лучше, чем экспериментальная группа: по среднему баллу ~ на 0,15 балла, тогда как медианное значение отличалось на 0,5 балла. Полученные результаты отличаются от литературных [7].

Среди студентов результат экспериментальной группы лучше результата контрольной: по среднему баллу ~ на 0,47 балла, а по медианному значению на 1,0 балл. Данные, полученные в ходе этой части исследования, совпадают с литературными.

Все участники исследования отметили улучшение навыков запоминания информации. Стоит отметить, что эта методика эффективна, но занимает слишком много времени, поэтому её практически невозможно использовать в школе и в медицинском университете,

так как в школе ежедневно проходит до 7 различных уроков (в старших классах), а, обучаясь в медицинском университете, студент подчас вынужден за несколько часов обработать такой объём информации, который выучить за столь короткое время (фактически за один день) практически невозможно.

Выводы. При анализе данных, полученных в ходе исследования, можно сделать вывод, что методика эффективна больше для студентов, нежели для школьников. Промежуточное тестирование показало в среднем рост баллов в экспериментальной группе, который нарастал с каждым этапом на 15,5% - в группе школьников и на – 13,5% в группе студентов.

Из этого следует то, что данная методика будет эффективна в том случае, когда она используется взрослым человеком, чтобы выучить небольшое количество материала по разным дисциплинам, либо для подготовки к экзамену по одной дисциплине. Также стоит обратить внимание на вопросы физиологии мозга: пользу сна, метод интервальных повторений, - и использовать все эти методики в комплексе, чтобы достичь максимального результата [5,3].

Литература.

1. Влияние уровня развития памяти на успеваемость младших школьников // Долгова В. И., Аркаева Н. И., Веселова О. В. / Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2015. – Т. 31. – С. 36–40.

2. Оптимизация модели управления процессом обучения // Афанасьев Ю.И../ Современные проблемы науки и образования. – 2015 – С. 9

3. Память человека и возможность ее улучшения // Булгаков О.А. / Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки. – 2014 – т.19, вып.1. – С.90-93.

4. Патофизиология : учебник : в 2 т. / под ред. В.В. Новицкого, Е.Д. Гольдберга, Уразова О.И.. - 4-еизд., перераб. и доп. -ГЭОТАР-Медиа - 2009. - Т. 1. – С. 848.

5. About sleep's role in memory // Rasch B., Born J. / Physiological reviews. – 2013. – Т. 93. – №. 2. – С. 681-766.

6. Social Cognition and the Brain: A Meta-Analysis // Frank Van Overwalle./ Human Brain Mapping. – 2009 – С. 829-858.

7. Using Testing to Improve Learning and Memory. // Henry L. Roediger, III, Kathleen B. McDermott and Mark A. McDaniel. / WashingtonUniversity in St. Louis, 2014 – P.20.

СТЕПЕНЬ ЗНАЧИМОСТИ ТЕСТИРОВАНИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ РЕЗЕРВОВ У ЮНОШЕЙ ПРИ ПРОФОТБОРЕ НА 4-Ю и 5-Ю ГРУППЫ ИНТЕНСИВНОСТИ

ТРУДА

В.В.Севрукевич, Д. И. Бородин, А. М. Чайковская – студентки 1212 гр. лечебного факультета

Кафедра нормальной физиологии, Кафедра пропедевтики внутренних болезней

УО БГМУ Минздрава РБ, Минск, Беларусь

Научные руководители – д.м.н, проф. В.А. Переверзев., к.м.н, доц. Е.В. Переверзева

Актуальность.По данным национальногодоклада Министерства образования Республики Беларусь на тему “О положении молодежи в РБ за 2016 г.” за период 2016 г. в Республике Беларусь уровень внезапной подростковой смертности составил 1450 случаев за год. По данным судебно-медицинских экспертиз было выявлено, что внезапная подростковая смертность от сердечно-сосудистых заболеваний занимает 2-е место в рейтинге подростковой смертности, уступая лишь воздействиям внешних причин. Коэффициент смертности от сердечно-сосудистых заболеваний у лиц подросткового возраста за период 2016 г. составил 7,4 случая на 100000 человек. Исходя из этого можно сделать вывод, что в настоящее время в связи с омолаживанием заболеваний сердечно-сосудистой системы к группе потенциального риска их воздействия можно отнести и молодежь, а данный факт говорит о необходимости проведения тщательного кардиологического осмотра молодых людей при профотборе, особенно для 4-й (тяжелой) и 5-й (сверхтяжелой) групп интенсивности труда во избежание увеличения риска внезапной подростковой смертности.

Цель исследования: Дать оценкуфункциональнымрезервам кардиоваскулярных структур у молодых мужчин призывного возраста по наличию у них признаков ишемии миокарда в ходе выполнения нагрузочных проб (ВЭП или тредмил-теста).

Материалы и методы исследования.В исследовании приняло участие 100 юношей в возрастной группе от 18 до 26 лет. Все испытуемыебыли направлены на обследование в кардиологическое отделение 11-й городской клинической больницы г. Минска. Каждый испытуемыйвыполнил интенсивную физическую нагрузкув видеВЭП илитредмил-теста. Для наиболее точного выявления возможной патологии сердечно-сосудистой системы испытуемым были выполнено ряд клинических исследований, включавших в себя электрокардиографию, холтер-мониторирование, эхокардиографию; по показаниям – сцинтиграфию миокарда; им были выполнены общий и биохимический анализы крови; всем были заданы вопросы опросника Роуза.

Результаты исследования.В ходе анализа результатов опросника Роуза у 100% испытуемых отсутствовали явные признаки ишемии миокарда, которые могли бы

сопровождаться стенокардией, как в покое, так и при выполнении физических нагрузок. По данным нагрузочных проб все испытуемые смогли выполнить нагрузочные тесты на максимальном уровне нагрузке, соответствующим 1-ому - высшему функциональному классу физической нагрузки. У 8-ми юношейпри выполнении последней ступени нагрузочного теста по данным ЭКГ были выявлены признаки ишемизации миокарда, проявляющиеся нисходящей депрессией сегмента ST на 1 мм от изолинии.Таким образом, по данным функциональных нагрузочных проб у 92% обследованных молодых мужчин кардиоваскулярные резервы очень высокие;у 8% испытуемых были выявленыпризнаки локальной ишемии миокарда, что является статистически значимымрезультатом($p<0,01$; $t=2,955$). В дополнение стоит сказать, что эпизоды стенокардии на фоне локальной ишемии миокарда, индуцированной физической нагрузкой во время проведения теста, у обследуемых отсутствовали.

Для подтверждения выявления ишемии миокарда испытуемым, у которых она была выявлена в ходе проведения нагрузочных проб, им было предложено выполнение сцинтиграфии миокарда. Шесть и восьми испытуемых дали свое согласие. По данным сцинтиграфии установлено, что у 5-ти испытуемых (т.е. в 83,5±15,2 % случаев /$t=5,480$; $p<0,001$/ из 6-и человек или 5,0±2,18 % случаев /$t=2,295$; $p<0,025$/ от всей выборки в 100 человек) действительно наблюдается локальная ишемизация миокарда. Наличие подобного симптома в столь юном возрасте можно ассоциировать с особенностями формирования сосудистой сети миокарда и механизмами регуляции сосудистой деятельности.

Выводы. У 92% обследованныхмолодых мужчин по данным нагрузочных тестов кардиоваскулярные резервы имеюточень высокий уровень; у 8% ($p<0,01$; $t=2,955$) – выявляются признаки безболевойлокальной ишемии миокарда, которые в 83,5% случаев подтверждаются результатами сцинтиграфии.

Ишемизация миокарда молодых людей, выявляемая при выполнениифункциональных нагрузочных проббыла подтверждена сцинтиграфией в 5,0±2,18% случаев /$t=2,295$; $p<0,025$/ (от всей выборки в 100 человек).Этиология возникновения безболевой ишемии миокарда, возможно, обусловлена асинхронностью формирования сосудистой сети миокарда.

При отборе лиц на работы, чьи требования предполагают высокую интенсивность физического труда (4-ая и 5-ая группы), необходимо проведение обязательного тестирования у них резервов кардиоваскулярных структур для исключения риска внезапной смерти.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ВИЧ ИНФЕКЦИИ

В.В. Емельянов, А.В. Антипова, В.И. Волкова, А.В. Жильцова, М.Л. Козлова, А.В. Хань – студенты 510 гр. лечебного факультета

Кафедра патологической анатомии

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России,Оренбург, Россия

Научный руководитель - к. мед. н.,доцент, В.А Миханов

Актуальность. ВИЧ считается современной проблемой человечества, а для эффективности лечения необходимо знать патологоанатомические особенности данного заболевания.

Цель. Целью нашей работы является определение частоты возникновения неврологических изменений у ВИЧ-инфицированных пациентов.

Материалы и методы. На базе патологоанатомического отделения ГАУЗ «Оренбургская РБ» нами были отобраны 20 пациентов с ВИЧ-инфекцией в анамнезе. После этого были гистологически изучены микропрепараты, полученные от этих пациентов. Нами были проанализированы и обработаны полученные данные.

Результаты. 3 образца не имели каких-либо специфических изменений. В остальных образцахв различной степени были выявлены следующие морфологические изменения: подострый энцефалит с многоядерными клетками, мелкими или более крупными скоплениями микроглии, которые особенно многочисленны в субкортикальных структурах, включая базальные ганглии и семиовальные центры. Эти микроглиальные узелки были найдены также в мозговом стволе, можечке, спинном мозге и в меньшем количестве в коре головного мозга. Также были обнаружены патогномоничные для ВИЧ инфекции ЦНС образования многоядерных клеток типа симпластов, которые располагались как изолированно так и в комбинации с микроглиальными узелками и узлами. Микроскопически были обнаружены очаги демиелинизации, периваскулярные воспалительные инфильтраты, сидерофаги и импрегнировнные солями железа нейроны.

В представленных образцах часто встречалась вакуоляция белого вещества. Следует отметить что особенно часто, вакуолярная миелопатия с поражала боковые и задние столбы спинного мозга.

Выводы. Таким образом по результатам нашего исследования в 85% изучаемых нами образцов были выделены специфичные для ВИЧ-инфекции изменения в ЦНС.

ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНЫХ АРТЕРИЙ КАК ПРИЧИНА

ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ

Н.А. Дегелевич – студентка 320 группы лечебного факультета,

М.С. Пырков – студент 315 группы лечебного факультета

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь

Научный руководитель - к.м.н., доц. Кривилевич Н.Б.

Актуальность. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) является одним из самых распространенных острых заболеваний сердечно-сосудистой системы и представляет значительную медицинскую проблему во многих странах. По некоторым данным, она регистрируется с частотой от 0,5 до 2,0 на 1000 населения в год, а у лиц старше 75 лет этот показатель доходит до 1 на 100 в год. Диагностика ТЭЛА часто бывает осложнена, и заболевание часто не распознается. Так, мета-анализ 12 исследований, связанных с аутопсией, показал, что более половины всех случаев даже больших ТЭЛА не диагностируется клиницистами. Смертность при нелеченой ТЭЛА составляет 25-30 %, а если проводится адекватное лечение антикоагулянтами, уменьшается до 3-8 %.

Основным фактором образования тромба является триада Вирхова: снижение скорости кровотока, повышенная свёртываемость крови и поражение сосудистой стенки. К замедлению кровотока могут привести следующие факторы: ожирение, гиподинамия, беременность, аневризма желудочка, длительные авиаперелеты, фибрилляция предсердий, расширенные вены нижних конечностей, тромбофилия, системная красная волчанка. Повышенная свёртываемость крови может быть вызвана приёмом гормональных контрацептивов курящими женщинами после 30 лет, антифосфолипидным синдромом, снижением объёма циркулирующей крови, ятрогенными патологиями, такими как: применение прокоагулянтов, неверное назначение антагонистов витамина К. К повреждению сосудистой стенки могут вызвать хирургические вмешательства (оперативные вмешательства на матке, яичниках, предстательной железе, мочевом пузыре, желудке, толстой кишке и т.д.), усугубляющими факторами будут являться наличие гнойно-септических осложнений и инвазивных манипуляций, травмы; флебиты; протезирование сосудов и клапанов сердца.

Однако, проблема верной постановки диагноза и своевременного начала верного лечения связана с отсутствием достоверных симптомов заболевания и часто с его латентным течением. Учитывая частую встречаемость и трудность постановки диагноза ТЭЛА, изучение данной проблемы является актуальным.

Цель. На основании патологоанатомических заключений изучить распространенность

ТЭЛА и определить основные факторы риска развития данной патологии среди пациентов, находившихся на лечении в Гомельской городской клинической больнице №3, Больнице скорой медицинской помощи и Гомельской областной клинической больнице.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ патологоанатомических заключений 643 пациентов хирургических и терапевтических отделений Гомельской городской клинической больницы №3, Больнице скорой медицинской помощи и Гомельской областной клинической больнице за 2018г. Средний возраст умерших составил 70,9 лет (от 51 до 85 лет).

Результаты исследования. По результату анализа была выявлено, что ТЭЛА стала причиной смерти 69 пациентов (10,7%), в том числе 23 пациента (33,3%) хирургического профиля, 46 пациентов (66,7%) – терапевтического. Среди умерших от ТЭЛА женщины составили 60,9% (42 пациентки), мужчины – 39,1% (27 пациентов). При этом прижизненно ТЭЛА диагностирована только у 34 пациентов (49,3%).

У всех пациентов с ТЭЛА имелось минимум два фактора риска (ФР) развития ТЭЛА.

При этом у 10 (14,5%) пациентов имелась комбинация 3, а у 13 (18,9%) — 4 ФР. Самыми встречающимися (75,4%) среди ФР обладали ишемическая болезнь сердца(ИБС), иммобилизация (более 5 дней), после хирургических вмешательств или тяжелых основных заболеваний – 71,0% пациентов и тромбоз глубоких вен нижних конечностей – 55,1% пациентов. Анализ вредных привычек выявил, что 11 (15,9%) пациентов курят. Из них 6 (8,7%) курили больше 1 пачки сигарет в сутки более 15 лет.

В анамнезе онкологию имели 8 пациентов (11,6%), в том числе лимфогрануломатоз, рак почки, рак (тератобластома) правого яичника, рак желудка и рак почки.

Ожирение диагностировано у 7 пациентов, причем у 4 ожирение III степени. Сахарный диабет был диагностирован у 11 (15,9%) пациентов.

Во всех случаях источкник ТЭЛА находился в глубоких венах нижних конечностей. У 8 (11,6%) пациентов первичный источник тромбообразования выявили посмертно. В 8 (11%) случаях первичный источник тромбоза не выявили, даже после тщательного патолого-анатомического исследования.

Выводы. ТЭЛА усугубляет течение многих заболеваний терапевтического и хирургического профиля. Среди умерших от ТЭЛА пациентов большинство составили женщины. Из ФР главным является ИБС. Поиск факторов риска должен проводиться не только с диагностической целью (их выявление важно при сборе анамнеза и учитывается при оценке клинической вероятности диагноза), но и для подбора адекватных профилактических мер. Профилактику тромбозов нужно проводить у всех госпитализированных пациентов с ишемической болезнью сердца, нуждающихся в

длительном постельном режиме и пациентов с тромбозом глубоких вен нижних конечностей.

РОЛЬ КАЧЕСТВА РАБОТЫ МОРФОЛОГОВ И ХИРУРГОВ В СТАДИРОВАНИИ И ПРОГНОЗЕ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО МАТЕРИАЛУ РАДИКАЛЬНЫХ ПРОСТАТЭКТОМИЙ

Рудишкин Н.В., Мурадханов А.И. – студенты 1401 группы лечебного факлуьтета

Кафедра патологической анатомии

УО «Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Научный руководитель - к.м.н., доцент В.А. Захарова

Актуальность. РПЖ является одним из самых распространенных типов онкологических заболеваний среди мужчин. На сегодняшний день медицинское сообщество смогло найти и подтвердить удивительный факт: большинство мужчин, отметивших полувековой юбилей, являются носителями субклинической формы РПЖ без каких-либо симптомов. Анализ аутопсийного материала пациентов мужского пола, скончавшихся не от онкологических заболеваний показал, что у 30 % мужчин старше 50 лет в предстательной железе (далее – ПЖ) есть клинически незначимый РПЖ.

Цель исследования.Изучить морфологические особенности и определить структуру рака предстательной железы в зависимости от pTNM стадий и прогностических групп в материале радикальных простатэктомий.Проанализировать возможные причины и частоту выявления позитивного хирургического края в материале радикальных простатэктомий.

Материалы и методы исследования. Предмет исследования – материал радикальных простатэктомий (РПЭ) 111 пациентов. Возраст пациентов на момент операции составил в среднем 61±5,4 года. Установление стадии РПЖ осуществлялось на основе pTNM классификации карцином предстательной железы (ПЖ) (7^{th} Edition, 2010), гистологический тип опухоли согласно классификации опухолей ПЖ ВОЗ (WHO, 2016). Статистическая обработка данных проводилась с использованием программ Statistica 8.0, MedCalc 18.2.1, различия считались статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты исследования. В рамках проведенного исследования все случаи РПЖ были представлены аденокарциномой различной степени дифференцировки.

В структуре исследованного материала в равной степени диагностировался как локализованные (pT2–50%), так и местно-распространенные формы РПЖ (pT3a–31%, pT3b–17%). Локализованный РПЖ гистологически был представлен первыми тремя прогностическими группами с суммой Глисона ≤7, а также характеризовался медианой

объема опухоли 24,5% и отсутствием регионарных метастазов. Местно-распространенные опухоли занимали объем 39% (pT3a–23%, pT3b–60%), характеризовались высокой вариабельностью дифференцировки с наличием всех пяти прогностических групп и регионарных метастазов в 9% (pT3a) и 20% (pT3b) случаев.

Дисперсионный анализ не выявил статически значимых различий в сравниваемых группах по объему опухоли, сумме Глисона и преобладающей прогностической группе в зависимости от pT и pN. Однако отмечена тенденция (p=0,05) роста вышеназванных параметров в материале пациентов с наличием инвазии семенных пузырьков (pT3b) в сравнении с локализованными опухолями и случаями с присутствием только инвазии капсулы (pT3a).

GleasonScore ≥ 7 в материале радикальных простатэктомий был ассоциирован с наличием инвазии семенных пузырьков и регионарных метастазов (Рисунок 1).

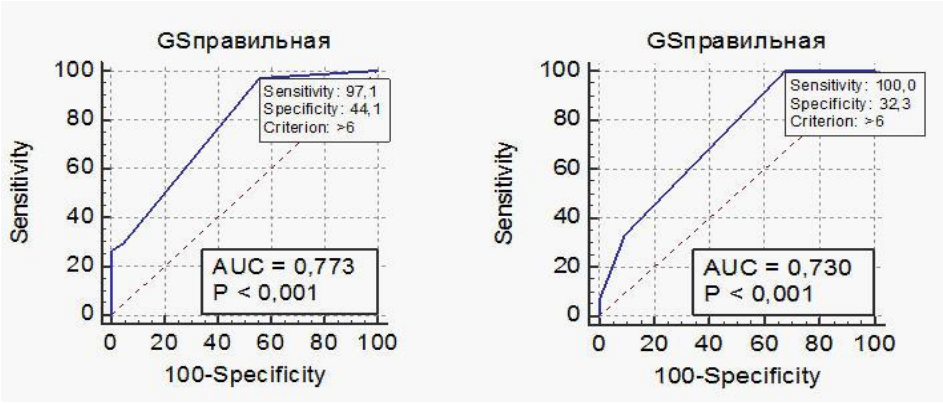


Рисунок 1 *- ROC-анализ GG в материале РПЭ*

Одним из признаков оценки качества выполнения операции является отсутствие позитивного хирургического края (ПХК) в материале РПЭ, который выступает фактором риска развития биохимического рецидива. В исследованном материале, ПХК выявлялся в 43% случаев с преимущественной локализацией в области верхушки (55%) и заднелатеральной поверхности ПЖ (25%), а также основания ПЖ/шейки мочевого пузыря (16%) и семенных пузырьков (СП, 5%), коррелировал с морфологическим параметрами РПЖ в материале РПЭ (Таблица 1) и был ассоциирован с объемом РПЖ >14,6% ткани ПЖ (AUC=0,69 p<0,001).

Таблица 1 *- Взаимосвязь ПХК с морфологическими параметрами РПЖ в операционном материале*

Признак	Объем ПЖ	Инвазия СП	ЭПР	pT	Объем РПЖ,%
ПХК	**ρ= -0,22***	**ρ=0,19***	**ρ=0,16***	**ρ=0,29***	**ρ=0,33***

** – p <0,05*

Причинами наличия ПХК в материале радикальных простатэктомий явились:

Наличие экстрапростатического распространения опухоли (46% случаев)

Большой объем предстательной железы (>50 см3, за счет сопутствующей доброкачественной гиперплазии ПЖ) (19 % случаев)

Недооценка степени местного распространения РПЖ на этапе предоперационной диагностики (17% случаев).

Большой объем РПЖ (9 % случаев).

Анализ частоты наличия ПХК в материале РПЭ не выявил значимых различий у хирургов с разным стажем работы (Таблица 2). Однако анализ структуры случаев в соответствии со стадией pTNM и объёмом ПЖ (как за счет размера опухоли, так и сопутствующей гиперплазии) показал, что врачи с опытом работы ≥15 лет значимо чаще оперировали сложных пациентов с местно-распространенным РПЖ и объемом ПЖ >50 см3.

Таблица 2 *- Взаимосвязь стажа хирурга и выявления ПХК*

Частота выявления ПХК у хирургов	Стаж хирурга
36%	<10 лет
40%	10-19 лет
38%	>20 лет

Выводы:

В исследованном материале локализованный РПЖ и опухоли с наличием инвазии капсулы не имели значимых различий по морфологическим параметрам, кроме наличия регионарных метастазов в случаях pT3a. В случаях же РПЖ с наличием инвазии семенных пузырьков (pT3b) отмечена тенденция роста объема опухоли, суммы Глисона, прогностической группы и частоты выявления регионарных метастазов.

ПХК в материале РПЭ с одинаковой частотой встречается как у хирургов с большим опытом работы, так и у хирургов со стажем работы <10лет, что можно объяснить большей степенью сложности операций у опытных с преобладанием пациентов с местно-распространенны РПЖ и большим объемом ПЖ.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ

МОЖНО ЛИ УСТАНОВИТЬ ТОЧНУЮ ЭТИОЛОГИЮ ИНСУЛИНЗАВИСИМОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА?

А.Н. Рустамов, М.А. Алиев – студенты 3 гр., 3 курса педиатрического факультета

Кафедра патологической физиологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – канд.мед.наук, доцент Р.К. Аджиева

Актуальность. Инсулинзависимый сахарный диабет (ИЗСД) – результат длительного деструктивного процесса в инсулинпродуцирующих бета-клетках поджелудочной железы (ПЖ), заканчивающегося гибелью последних.

В литературе, как правило, освещение вопроса об этиологии сахарного диабета I типа носит предположительный, гипотетический характер. Между тем, это социально значимая болезнь, которая приводит к инвалидности и ранней смертности. Заболеваемость растет с каждым годом, так как неосведомленность о конкретной причине заболевания препятствует его предупреждению.

Цель исследования. Поскольку имеются упоминания о вирусной этиологии ИЗСД (4), а также данные о патогенном влиянии на ткань ПЖ некоторых гельминтов и простейших, нами сделана попытка проведения полного обследования больных ИЗСД на наличие зоопаразитов, вирусов и бактерий, способных оказать патогенное влияние на ткань поджелудочной железы - с применением высоких биомедицинских технологий.

Материалы и методы. Обследовано 3 пациента с диагнозом ИЗСД, находящихся на диспансерном учете в Республиканском эндокринологическом диспансере: 1 женщина, 2 мужчин, возрастом 38 лет, 26 лет и 41 год. Длительность заболевания – 7 лет, 13 лет и 2 года соответственно. Находятся на инсулинотерапии.

Обследование проведено на аппарате «Медицинский программно-технический комплекс «Медисса» тестированием наличия или отсутствия у пациентов резонанса на подключенные к ним индивидуальные частоты гельминтов, простейших, вирусов, бактерий – на основе метода Р. Фолля (5).

Результаты иссследования. 1я пациентка – женщина 38 лет, больна в течение 7 лет: острицы, лямблии, бычий цепень, токсоплазмы. Вирусы: вирус мононуклеоза, вирус гепатита А (перенесла в 7летнем возрасте), вирус простого герпеса. Тестировались также по меридиану поджелудочной железы возбудитель паратифозной сальмонеллы и коагулазо-положительный стафилококк.

2й пациент – мужчина 26 лет, длительность заболевания – 13 лет: острицы, лямблии, карликовый цепень, токсоплазмы, анкилостомы, описторхи. Вирусы: ветрянки (перенес в детстве), вирус гепатита А, цитомегаловирус. Из бактерий – возбудитель паратифозной сальмонеллы.

3й пациент – мужчина, 41 год, болен в течение 2х лет: острицы, лямблии, карликовый цепень, токсоплазмы, фасциолы. Вирусы: вирус мононуклеоза, вирусы гепатитов А и В, вирус кори. Бактерии по меридиану поджелудочной железы - коагулазо-положительный стафилококк.

Обсуждение результатов. Недостаточная информативность лабораторного выявления гельминтов и простейших в силу ряда причин, является общеизвестным фактом. На практике имеет место полиинвазия, т.е. наличие у одного человека одновременно нескольких видов гельминтов и простейших – чаще определяется 3 вида. Метод Фолля позволяет в считанные минуты полностью обследовать пациента и на наличие зоопаразитов, и на наличие вирусов, а также патогенных бактерий (1). У обследованных пациентов с ИЗСД мы видим одновременное наличие более 3х видов паразитов, причем таких, которые могут оказать патогенное влияние на работу ПЖ: описторхи и фасциолы – обитают и в протоках ПЖ, постепенно приводя к деструктивным процессам в самой ткани железы за счет воспалительного, аллергенного и токсического воздействия, что может привести к выраженному нарушению функции и бета-клеток ПЖ (3). Токсоплазмы выявлены у всех обследованных. На фоне подавленного иммунитета возбудители токсоплазмоза могут поражать ткань ПЖ (3). Кишечные лямблии, по данным Руководства по паразитологии (3), также могут вызвать панкреатит при билиарно-панкреатической форме лямблиоза, при котором нельзя исключать патогенное их воздействие на бета-клетки ПЖ.

Что касается вирусного отягощения у обследованных пациентов, то патогенное воздействие на ткань ПЖ (включая бета-клетки), вирусов, выявленных у больных ИЗСД, изучено. Выявлена связь ИЗСД с вирусом кори, цитомегаловирусом, вирусами гепатитов, вирусами герпеса, мононуклеоза. В ответ на вирусное повреждение бета-клеток ПЖ развивается аутоиммунная реакция против поврежденных клеток, что усиливает деструкцию инсулярного аппарата ПЖ (4). Возбудители паратифозной сальмонеллы могут вызывать панкреатит. Коагулазо – положительные стафилококки могут поражать любые органы, в том числе они способны индуцировать патологические процессы в ткани ПЖ.

Полученная нами картина полиинвазии и вирусно-бактериального отягощения у больных ИЗСД при обследовании по высоким технологиям соответствует литературным данным (2).

Выводы. Результаты тестирования пациентов с ИЗСД показывают сопряженность

сахарного диабета I типа с полиинвазией гельминтами и простейшими, оказывающими патогенное влияние на ткань ПЖ, а также с наличием нескольких вирусов и бактерий, которые могут повреждать бета-клетки ПЖ. Развитие ИЗСД - многофакторный процесс, в котором задействован сложный и комплексный механизм. По-видимому, именно имеющаяся неблагоприятная совокупность нескольких патогенных для ПЖ паразитов и инфекций у каждого обследованного пациента привели к развитию у них ИЗСД. Несомненно, для соответствия всем требованиям доказательной медицины, исследование должно быть проведено на большом количестве пациентов с ИЗСД.

Возможность одномоментного и точного выявления возбудителей различных заболеваний, в том числе и ИЗСД, применяя современный и информативный метод, каковым является метод Фолля, позволит не только предпринять меры для общего оздоровления и улучшения инкреторной функции ПЖ у пациентов, но и предпринимать меры для профилактики этого серьезного заболевания.

Использованная литература

1. А.К. Расулова, Б.Г. Азизова, М.А. Кажлаева, П.П.Уцумиева .»Этиологическая диагностика с применением метода Фолля и УЗИ-исследование заболеваний желудочно-кишечного тракта: сопряженность результатов.» // Межрегиональная диагностическая медицинская ассоциация. Материалы ежегодной конференции. Екатеринбург. 2003г. С.59

2. Колганов И.В. «Некоторые примеры из повседневной практики» // «Теоретические и клинические аспекты применения биорезонансной и мультирезонансной терапии», Тезисы и доклады. VII Международная конференция, ч.II, ИМЕДИС, Москва, 2001г., С. 75-79.

3. Паразитарные болезни человека (протозоозы и гельминтозы) Руководство для врачей. Под ред. В.П. Сергиева, Ю.В. Лобзина, С.С. Козлова. // Санкт-Петербург. Фолиант. 2008. С. 128, 158, 226.

4. Э.П. Касаткина «Сахарный диабет у детей»// Москва. «Медицина». 1990г. С. 12-19.

5. Voll R/ Electroakupunktur und Medikamenttesting. Zeit schritt fur Spagyrik, 1960, №2.

ТЕОРИЯ СТРЕССА ГАНСА СЕЛЬЕ

Садыкова Т.К., Сафиуллина Л. Р. - студентки группы 2303 педиатрического факультета

Кафедра общей патологии

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, Казань, Россия

Научный руководитель: д.б.н., доцент Теплов А. Ю.

Актуальность. Ганс Селье полагал, что стресс - это своеобразная реакция организма человека, возникающая в качестве ответа на всевозможные разрушающие воздействия. Ежедневно многие из нас сталкиваются со стрессом. Стресс - это состояние очень сильного и тяжело протекающего психологического напряжения, которое возникает у людей в момент получения нервной системой психоэмоциональной перегрузки, а не просто пессимизм и испорченное настроение.
Стресс препятствует привычной деятельности человека, портит жизнь и обременяет существование как самого индивида, так и всех вокруг. Длительные и часто возникающие стрессы зачастую негативно сказываются не только на психическом, но и на физическом здоровье человека, так как оказывают выраженное токсическое влияние. Организм разрушает себя изнутри, системы и ткани меняют свою первичную структуру, теряют свои жизненно-необходимые свойства и функции.
Цель: Изучить теорию стресса Ганса Селье и обнаружить изменения, происходящие в организме в результате стресса.
Методы исследования: библеосематический и опросный.
Результаты исследования: Ганс Селье выделяет 3 стадии стрессовой реакции:1) тревожная,2)приспособительная/адаптационная, 3) истощения.
Г.Селье создал и внедрил также триаду («синдром ответа на повреждение»). Она включает в себя: усиленную работу коркового надпочечникового слоя, уменьшение (сужение) тимуса и желез лимфатической системы, появление геморрагий в слизистых. Явления стресса имеют место быть тогда, когда нормальная приспособительная реакция недостаточна. Так как стресс появился именно из-за восприятия угрожающей опасности, то его проявление в определенных случаях может возникать по субъективным причинам, связанным сособенностями конкретного индивида. Эффективность приспособления на уровне психики зависит от взаимодействия личности в социуме. В случаях недопонимания и конфликтов в семье или сфере производства, трудностях в построении неформального общения с людьми, нарушения механического адаптационного процесса выявлялись гораздо чаще, нежели при насыщенном социальном взаимодействии. Также с приспособлением связан анализ условий и сопутствующих факторов какой-то среды или окружения, оценка личностных качеств близких, как фактора притягивающего в большем количестве случаев сочетались с эффективной адаптацией в психике, а оценка отталкивающего фактора – с её патологическимиизменениями.
Личное участие: Для подтверждения опытов Ганса Селье мы опросили 200 студентов

Казанского Государственного медицинского университета (1-3 курсы всех факультетов), наиболее подверженных влиянию стресса, о том, как стресс сказывается на их здоровье. Из них 36 учащихся сказали, что не испытывают стресса. Остальные 164 опрошенных дали положительный ответ. Лидирующими симптомами стали такие жалобы, как головные боли и боли в животе. Проведя дополнительную беседу с 20 опрошенными мы выяснили, что люди с соответствующими жалобами страдают такими заболеваниями, как хронические головные боли и гастрит. В связи с этим можно предположить, что развитие данных патологий связано, как и утверждал Г.Селье, с пережитыми стрессами. Следовательно, и у остальных испытуемых не исключён риск развития острых заболеваний ЖКТ и нервной систем.

Вывод: Изучив работы Ганса Селье мы выявили изменения, происходящие в организме человека в результате стресса. Так, у человека со сниженной приспособительной реакцией чаще выявляют острые заболевания ЖКТ, инфаркты миокарда и проблемы, связанные с вилочковой железой.

ОПЕРАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ И ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КАНАЛА ПИРОГОВА НА ПЛЕЧЕ

А. Д. Зайцев – студент 4 курса, лечебного факультета

Кафедра анатомии, кафедра сердечно-сосудистой, рентгенэндоваскулярной, оперативной хирургии и топографической анатомии

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань, Россия

Научные руководители - к. м. н., З. В. Туркина, В. Е. Тимофеев

Актуальность. В современной литературе не встречаются работы по изучению канала Пирогова на плече, хотя указанное анатомическое образование представляет теоретический и практический интерес. Рассмотрение особенностей строения и расположения на верхней конечности канала Пирогова связано с решением как общих задач исследования строения человеческого организма, так и прикладных проблем хирургии верхней конечности.

Цель исследования. Выявление особенностей строения канала Пирогова на плече, построение его проекционной линии, определение входа и выхода в канал.

Материалы и методы исследования. Проводилось препарирование правых и левых верхних конечностей, взятых у лиц среднего и пожилого возраста обоего пола. Выделялся канал Пирогова, определялись его длина, положение на плече, отношение к плечевой кости, место входа и выхода. Была построена проекционная линия канала. Статистический анализ данных проводился в программе MicrosoftExcel.

Результаты исследования. Канал Пирогова располагался в расщеплении листка собственной фасции плеча. Его проекционная линия - на средней трети линии, проведённой от вершины подмышечной впадины к середине расстояния между наружным надмыщелком плеча и медиальным краем двуглавой мышцы плеча. Расстояние от дистального отверстия канала до линии, проведённой через надмыщелки плечевой кости - 6,68 ± 0,99 см. Расстояние от проксимального отверстия канала до наиболее выступающей точки большого бугорка плечевой кости - 13,28 ± 5,56 см. Длина канала - 10,30 ± 5,18 см, что составило 34,03 ± 16,42% от длины плеча. Нами не установлена зависимость длины канала от возраста, пола, а также его асимметрия.

Выводы. Проведенное нами исследование позволило определить длину канала Пирогова, его положение на плече. Была построена проекционная линия канала. Полученные данные могут снизить риск ятрогенных повреждений и исключить вероятность развития сосудистых и неврологических осложнений в послеоперационном периоде, а также могут оказать влияние на тактику оперативных вмешательств в данной области.

ОБЩАЯ ГИГИЕНА И ЭКОЛОГИЯ ЧЕЛОВЕКА

СВЯЗЬ УРОВНЯ ОСВЕЩЕННОСТИ ЛЕКЦИОННЫХ АУДИТОРИЙ С РАБОТОСПОСОБНОСТЬЮ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫМ СОСТОЯНИЕМ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Петрова К.И., Остапова В. С. Кырылюк А. А. - студенты 2-го медицинского факультета, 3 курса, группы л2 – с – о – 163 А

Кафедра гигиены общей с экологией

Медицинской академии имени С.И. Георгиевского

ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского», Симферополь, Россия

Научный руководители - к.м.н., доцент Е.В. Сарчук; к.м.н., доцент И.Б. Бутырская

Актуальность. Качественное выполнение человеком определенной задачи зависит от множества факторов: интерес, физическое и эмоциональное состояние, возможность осуществления, наличие отвлекающих факторов. Одной из характеристик работоспособности является произвольное внимание, то есть способность концентрировать свое внимание на определенном виде деятельности, что играет решающую роль в обучении. Одной из главных проблем современности является проблема снижения концентрации внимания вследствие влияния разнообразных факторов на интеллектуальную и психоэмоциональную сферу (микроклимат, шум автотранспорта, звук и свет мобильного телефона, десинхроноз и т.д.). Освещенность лекционных аудиторий и учебных комнат является одним из главных факторов, влияющих на усвояемость знаний студентов.

Цель исследования. Изучить влияние уровня освещенности лекционных аудиторий на работоспособность и психоэмоциональное состояние студентов Медицинской академии имени С.И. Георгиевского.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 135 студентов 3-го курса 2-го медицинского и международного русского факультетов Медицинской академии имени С.И. Георгиевского. Средний возраст составил 20,1±0,14 лет. Студенты были разделены на 2 группы: 1-ая группа – основная (в нее вошли студенты, находившиеся в лекционной аудитории с низким уровнем освещенности и отсутствием естественного освещения); 2-ая группа – контрольная (студенты, находившиеся в лекционной аудитории с достаточным уровнем освещенности и присутствием естественного освещения). В первую группу входило 106 студентов-медиков, среди них 59 девушек и 47 юношей, средний возраст составил 20,8±0,17 лет; во вторую – 29 студентов, среди которых 16 девушек и 13 юношей, средний

возраст - 19,79±0,14 лет. Освещенность в лекционных аудиториях измеряли в 10:00 с помощью люксметра модели «ТКА-ПКМ». Концентрацию внимания оценивали с помощью методики Мюнстерберга, оценку эмоционального состояния испытуемых проводили с помощью шкал Спилбергера-Ханина, А. Уэссмана и Д. Рикса. Статистическую обработку данных выполняли на персональном компьютере с помощью программы «STATISTICA 10».

Результаты исследования. Анализ полученных данных позволил установить, что концентрация внимания в первой группе на уровне от «отличная» до «нормальная» отмечалась у 60,4%, а на уровне от «ниже среднего» до «слабая» – 39,6%. Во второй группе - 84,2% и 15,8%, соответственно. Достоверно снижался уровень концентрации внимания на 28,3% у студентов в плохо освещенной лекционной аудитории относительно группы контроля (p=0,005).

В ходе проведенного исследования нами было выяснено, что в лекционной аудитории с достаточным уровнем освещенности психоэмоциональное состояние студентов существенно отличалось от эмоционального статуса испытуемых основной группы. Например, при оценке по шкале «Уверенность в себе» 50,0% испытуемых 1-й группы определялись как «несмелый», 33,1% – как «средний», и лишь 16,9% обследованных – «уверенный в себе»; студенты контрольной группы – 6,9%, 37,9%, 55,2%, соответственно. Таким образом, количество уверенных в себе студентов снизилось на 38,3% по сравнению с контрольной группой, а количество несмелых студентов-медиков в основной группе возросло в 7,25 раз (p=0,001). Также в ходе исследования выявлено закономерное распределение результатов по шкале «Приподнятость – подавленность»: во 2-й группе снизилось количество студентов с приподнятым настроением на 14,9% по сравнению с 1-ой группой; 7,6% студентов основной группы относятся к категории подавленный, тогда как в контрольной группе данная категория отсутствует.

При этом также в основной группе уменьшаются показатели суммарной оценки состояния (на 27,96%) и увеличиваются показатели ситуативной тревожности на уровне от «высокий» до «умеренный» (на 12,9%) по сравнению с группой контроля. В 1-ой группе высокий уровень ситуативной тревожности отмечался у 44,1% испытуемых, умеренный – у 34,6%, низкий уровень – у 21,3%; у студентов контрольной группы – 28,6%, 37,2% и 34,2%, соответственно.

Выводы. Выявлено влияние освещенности лекционных аудиторий на работоспособность и эмоциональное состояния студентов, что отражает вовлеченность студентов в учебный процесс. В аудиториях с недостаточной освещенностью у испытуемых отмечалось снижение концентрации внимания. При снижении уровня освещенности лекционных аудиторий появлялось ощущение подавленности, снижалась уверенность в себе, увеличивалась

тревожность и степень эмоционального истощения студентов-медиков.

ВЛИЯНИЕ НАЦИОНАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПИТАНИЯ НА УСТОЙЧИВОСТЬ ОРГАНИЗМА К ЗАБОЛЕВАНИЯМ

Абызбаева А.С., Шихаева М.А., Шихаева М.А. - студенты 317 гр. лечебного факультета

Кафедра общей и коммунальной гигиены

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России

Научный руководитель: к. м. н., доцент Зеленина Л.В.

Введение: Национальная кухня формируется, исходя из особенностей быта, условий жизни, климатических, природных факторов и обеспечивает адаптацию человека к особенностям окружающей среды. В Оренбургском государственном медицинском университете (ОрГМУ) обучаются студенты из Индии, питание которых отличается от питания студентов из России. Индийская кухня славится ежедневным использованием пряных трав, приправ и специй, которые содержат разнообразные витамины, микро- и макроэлементы [1].

Цель исследования: Изучить влияние национальных особенностей питания студентов из Индии и России на заболеваемость острой респираторной вирусной инфекцией (ОРВИ).

Материалы и методы исследования: Нами были проанализированы анкетные данные, включающие вопросы особенностей питания студентов из Индии и России. Параллельно был проведен анализ заболеваемости студентов ОРВИ по данным обращаемости в поликлинику ОрГМУ.

Результаты: При проведении социологического опроса среди индийцев выявлено, что 98% из них активно и ежедневно используют специи. Наиболее популярными являются: порошок чили, куркума, имбирь, кардамон, тмин и кориандр. Данные специи добавляются преимущественно во вторые блюда и чай. Примерное количество, использованных пряностей за месяц – 200-500 гр. Специи входят в их рацион с 5-6 лет [2].

Студентов из России, употребляющих специи в качестве пищевой добавки, значительно меньше - всего 23%. Распространенные: черный перец, лавровый лист, имбирь, порошок чили - добавляют их во вторые блюда. За месяц используется около 25 гр. пряностей, которые употребляются с подросткового возраста [3].

При анализе статистических данных лиц, которым был поставлен диагноз ОРВИ,

были выявлены отличия заболеваемости по обращаемости среди студентов из Индии и России - 193.7‰, 1186,8‰ соответственно.

На наш взгляд, такие резкие отличия в заболеваемости ОРВИ обусловлены именно особенностями национальной кухни и ежедневным использованием пряностей в питании, так как они активизируют обменные процессы, обладают антиоксидантным, антибактериальным и противовоспалительным эффектами [1].

Выводы: Таким образом, активное использование пряностей в питании оказывает благоприятное влияние на здоровье населения и снижает риск возникновения респираторных заболеваний, вследствие повышения резистентности организма к неблагоприятным факторам окружающей среды. Мы считаем необходимым преобразить рацион студентов из России, увеличив в нем количество специй, для дальнейшего уменьшения заболеваемости ОРВИ.

Литература:

1. Л. М. Житникова. Витаминно минеральные комплексы в профилактике гриппа и ОРВИ у взрослых (редакц. статья)//Лечебное дело. 2012. №3. С. 34-44.
2. Даников Н.И. Целебные пряности для здоровья. М: Эксмо. Москва. 2014. С. 77.
3. Карпухина В. Большая энциклопедия специй, приправ и пряностей. М: АСТ. 2016. С. 177-189.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПИТАНИЯ СТУДЕНТОК ПЕРВОГО КУРСА ВОЛГГМУ

А.С. Масаева- студентка 210 гр, лечебного факультета

Кафедра общей гигиены и экологии

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, Волгоград, Россия

Научный руководитель: ассистент В.Н. Рудыкина

Актуальность. На современном этапе развития медицины предъявляются все большие требования студентам медицинских вузов. Их система обучения отличается высокой интенсивностью труда, большими интеллектуальными и психическими нагрузками, внедрением новых технических средств, большим объемом аудиторной и внеаудиторной работы. Студент обязан не только справляться с умственной работой, но и быть в хорошей физической и психической форме. Здоровье населения, особенно студенческой молодежи, в значительной степени определяется его питанием, которое должно быть рациональным и адекватным [1].

В условиях постоянного стресса, нехватки времени, студенты вузов не могу

регулировать свой режим труда, отдыха и питания, что в перспективе может привести к ухудшению состояния здоровья. Воздействию пищевого фактора на здоровье студентов посвящено достаточно большое количество научных работ, в которых исследованы нарастающая умственная нагрузка, гиподинамия и, как следствие снижение показателей физического развития, нарастающая масса тела от 1 к 3 курсам [2]. Таким образом, соблюдение гигиены питания определяет состояние здоровья и профилактику возникновения и прогрессирования различных патологических состояний.

Цель. Оценить качествопитания студенток ВолгГМУ, обучающихся на первом курсе лечебного факультета.

Материалы и методы. Исследование проводилось в 2019 уч. г. на базе кафедры общей гигиены и экологии Волгоградского государственного медицинского университета в виде анкетирования. В анкетировании приняли участие 26 девушек, обучающихся в ВолгГМУ по направлению «Лечебное дело», возрасте 18-20 лет.

Анкета представлена двумя основными блоками: «Характеристика продуктового набора у студенток ВолгГМУ» и «Распространенность вариантов режима питания среди студенток ВолгГМУ». Каждый из блоков состоят из нескольких вопросов, ответы на которые в полной мере раскрывают режим и качество питания студентов. Анализ данных проводился с использованием пакета программ MS Office Excel 2007.

Результаты исследования. Исследования позволили выявить, что мясо и мясные продукты 26,9 % студентов употребляет каждый день, 50 %- 2-3 раза в неделю, все остальные употребляют 1 раз неделю и менее. Рыбные продукты каждый день употребляют лишь 15% студентов, 39 %- 1 раз в неделю, 19%- 2-3 раза в неделю.

В результате анкетирования выяснилось, что большое количество студентов не имеют в своем рационе молочные продукты, лишь 7,7 % студентов употребляет каждый день, 39 %- 2-3 раза в неделю, 1 раз неделю- 19,2 % .

Свежие фрукты и овощи употребляют каждый день 30,7 % студентов, однако почти такое же количество (34,6 %) не употребляют совершенно, 15,4 %- едят 2-3 раза в неделю и такое же количество 1 раз в неделю. Фастфуд, по результатам исследования, оказался самой популярной едой: 40,3% студентов употребляет каждый день, 39%- 2-3 раза в неделю, 7,7% – 1 раз в неделю и лишь у 7,7% студентов в рационе отсутствует фастфуд.

В результате анализа анкетирования, были выявлены следующие показатели режима питания студенток медицинского колледжа. Завтракают дома каждый день 57% студентов, 1-2 раза в неделю 30,7 % и никогда не завтракают дома 11,3%. Второй раз завтракают во время учебы каждый день 53,8 % студентов, 30,7% - 1-2 раза в неделю и 15,4 %-никогда. Обедают и ужинают 77% студентов каждый день, 19,2 %– 1-2 раза в неделю, 3,8% -никогда.

Питаются в столовой ВолгГМУ 53,8% студента, 26,9% в точке общественного питания радом с местом учебы, и ни один студент не приносит еду из дома.

Выводы. В результате анализа продуктового набора, учащихся ВолгГМУ, было выявлено, что питание студентов не отвечает принципу сбалансированности, однако режим питания у большинства студентов соответствует гигиеническим нормам, являясь 3-4-х разовым.

Литература.

1. Каштанова С.Г. Физиолого-гигиеническая оценка фактического питания и алиментарного статуса студентов медицинского ВУЗа: автореферат дис. ... кандидата медицинских наук: 14.02.01 / Каштанова Светлана Гергиевна;[Место защиты: Оренбургская государственная медицинская академия].- Оренбург, 2013

2. Макурин С.К. Индивидуальные оценки в физическом воспитании студентов ВУЗа // Проблемы и перспективы здравостроения: Сб.науч.тр.-Челябинск, 2015, Вып. 2, С. 117- 120.

АСКОРБИНОВАЯ КИСЛОТА И ЕЕ РОЛЬ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

К.М. Жариков – студент 410 гр. лечебного факультета

Кафедра общей и коммунальной гигиены

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России, Оренбург, Россия

Научный руководитель - к.м.н., доцент Кряжев Д.А.

Актуальность. Заболевания органов дыхания, органов пищеварения, сердечно-сосудистой системы, заболевания печени, онкологические заболевания, болезни выделительной системы часто возникают из-за образования в организме активных форм кислорода (АФК) под влиянием внешних факторов. Чтобы поддерживать концентрацию АФК в пределах нормы в живых организмах имеется система антиоксидантной защиты.

Цель исследования. Рассмотреть вопросы использования антиоксидантных средств в качестве профилактики профессиональных болезней у рабочих химического производства в городе Оренбурге.

Материалы и методы исследования. Обследовано 50 работников химического завода ООО «Спектр» город Оренбург, с использованием метода опроса, опираясь на информацию, изложенную в учебнике В.И. Архангельский «Гигиена и экология» 2012 г.

Результаты исследования.В ходе опроса была обнаружена следующая клиника недостатка дефицита витамина С: медленное заживление ран и порезов: 6 рабочих - (12%), гематомы: 4 рабочих - (8%), кровоточивость десен: 17 рабочих - (34%), депрессивные состояния: 5

рабочих - (10%), боль в суставах: 1 рабочий - (2%), частые и тяжело протекающие простудные и инфекционные заболевания: 13 рабочих - (26%), воспалительные процессы в слизистых оболочках: 3 рабочих - (6%), у 1 рабочего - (2%) клинических проявлений гиповитаминоза не было обнаружено, в связи с сезонным введением в рацион питания поливитаминных комплексов.

Выводы.Чтобы устранить признаки дефицита витамина С необходимо вести санитарно-просветительскую работу с населением, проводить беседы о важной роли регулярного приема поливитаминных комплексов, основных антиоксидантов, а также обязательное включение в рацион питания продуктов, богатых аскорбиновой кислотой.

RESEARCH ON THE DEVELOPMENT OF DISEASES OF STARVING CHILDREN IN AFRICA

Awuni, Dorcas and Kuuzwayo, Sthokozile, Students, 2nd course

General and Biological Chemistry Department

FSBEI of DSMU, Ministry of health, Makhachkala, Russia

Supervisors: c.ch.s., assistant professor, Z.M. Magomedova, c.ph.s. R.M Kurbanova.

Urgency: The problem of hunger in the modern world. Hunger is a massive social disaster because people develop a physiological condition caused by a lack or absence of nutrition. Local outbreaks of mass hunger occur due to various natural disasters and extreme weather conditions (floods, prolonged droughts, cyclones), as well as due to devastation during wars.

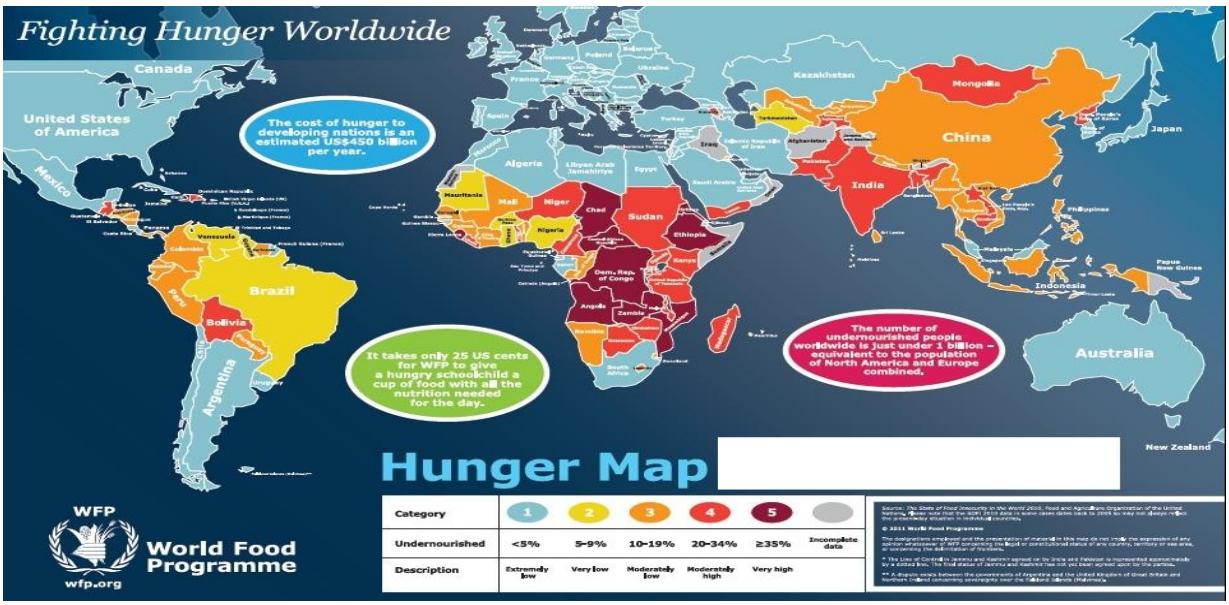
Hunger is a social phenomenon that accompanies antagonistic socio-economic formations. There are two forms of hunger - explicit (absolute hunger) and hidden (relative hunger: malnutrition, lack or absence of vital components in the diet). In both forms, hunger leads to serious consequences: an increased incidence of infectious, mental and other diseases associated with metabolic disorders in the body, limited physical and mental development, and premature death.

Purpose of research: When studying the problem of hunger in the modern world, it is revealed that today about half of the world's population does not have enough nutrients and energy-valuable products to lead a healthy full life. Hunger has caused a slowdown in the development of many countries of the world, as unhealthy and poorly educated generations grow in them. Men cannot feed their families because of lack of education, and women give birth to unhealthy children.

There is a terrible paradox in the world today: hunger among the abundance. It is like the phenomenon of diabetes mellitus - when there is a surplus of carbohydrates in the patient’s blood, and there is a catastrophic lack of them in the cells.Somewhere thousands of tons of food are being destroyed because they want to keep prices high, and somewhere thousands of children are

starving to death. The world economy annually loses $ 2 trillion to solve the problem of overweight, for military needs more than $ 1 trillion, to buy pet food about $ 17 billion a year.

According to the Food and Agriculture Organization of the United Nations, the following countries have more than 5 million hungry people: India, China, Bangladesh, Democratic Republic of Congo, Ethiopia, Pakistan, Philippines, Brazil, Tanzania, Vietnam, Indonesia, Thailand, Nigeria, Kenya, Mozambique, Sudan, North Korea, Yemen, Madagascar, Zimbabwe, Mexico and Zambia.



According to the UN, the number of hungry people worldwide has exceeded 1 billion people, and the number of undernourished people who cannot get food in sufficient quantities to meet even the minimum energy needs, according to a report from the Food and Agriculture Organization, is about 800 million people.

Moreover, the worst thing - children suffer from this!

Research findings and discussion result: According to UNICEF estimates, in poor countries of the world, 37% of children are underweight, which, in most cases, is a consequence of poor nutrition.Hunger is the cause of death. Every day, about 24 thousand people die from hunger and diseases directly related to hunger. The World Health Organization considers hunger to be the main threat to human health: hunger is the cause of one-third of childhood deaths and 10% of all diseases. **Trophological (or protein-energy) deficiency** is called a syndrome, which is characterized by an imbalance between nutrient requirements and their intake into the human body, due either to their insufficient content in the food consumed or to a violation of the utilization of nutrients in the body.

It is established that nutrient deficiency progresses gradually: first, their reserves in tissues are depleted, giving rise to functional and biochemical changes and the appearance of clinical symptoms. According to the international classification of diseases of the tenth version (ICD-10), the following forms of trophological insufficiency are distinguished:

- **Alimentary marasmus is** a syndrome of protein-energy insufficiency, characterized by depletion of fat reserves and the aggregate (the so-called “somatic pool”) of skeletal muscle proteins. Experts consider that marasmus is an adequate adaptive response of the body to stress caused by malnutrition.
- **Kwashiorkor is** a syndrome of protein-energy insufficiency, which develops as a result of an acute shortage of proteins of internal organs and blood (their combination is called the "visceral pool"). According to experts, kwashiorkor is a consequence of the insufficiency of the adaptive function of some body systems, especially its adrenocorticoid system.
- **Kwashiorkor marasmus is a mixed** version of the above forms. This form of protein-energy deficiency, which is most often found in clinical practice, is characterized by the presence of both visceral and somatic protein deficiency.

Long lasting alimentary protein deficiency in patients causes significant dysfunction of all organs and systems. Exocrine secreting glands are most sensitive to protein starvation: salivary, pancreas, intestinal glands, because protein is necessary for the secretion of these glands. First of all, protein deficiency affects the pancreas: decreases the release of all its enzymes and especially lipase, then trypsin and amylase, which leads to disruption of the absorption of fats, proteins and carbohydrates. Affection of the pancreas is the earliest, typical and permanent symptom of kwashiorkor. Primary atrophy of the pancreas appears earlier than fatty infiltration of the liver. The lack of proteins in the diet of patients with kwashiorkor is aggravated by insufficient digestion, absorption and assimilation of proteins. A consequence of protein deficiency and deficiency of lipotropic factors is fatty liver, which leads to further metabolic disorders. In conditions of inadequate, predominantly carbohydrate nutrition, vitamin deficiency occurs, because the absorption of many vitamins **(B_1, B_2, B_{12}, PP, C)** depends on the presence of protein. In addition, protein deficiency adversely affects immune-biological resistance, as in such conditions, antibody production is reduced, and children with kwashiorkor will become relatively easily infected with pneumonia, intestinal infections, and respiratory viral infections.

A deficiency of proteins in combination with a deficiency of vitamins and trace elements (including iron, copper, cobalt) contributes to the development of anemia, which in this disease is one of the constant clinical symptoms.

In the mechanism of edema syndrome at kwashiorkor, certain value have **hypoalbuminemia,** water-electrolyte disturbances, an increase in the activity of antidiuretic hormone due to a decrease in its inactivation in the liver, as well as an increase in the permeability of the vascular walls. At kwashiorkor disrupts the function of many endocrine glands. At the same time, signs of hypothyroidism, dysfunction of the adrenal glands, pituitary gland are detected. A decrease in thyroid function depends on the primary lesion of the hypothalamic-pituitary system.

The death of a child from hunger is murder!

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПО ПРЕКРАЩЕНИЮ КУРЕНИЯ ПО ТЕЛЕФОНУ НА НАЦИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ В ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЕ 15 -24 ГОДА

Бекбасарова Ч.Б.[1], Айдарова Н.Э.[1,2], Акунова И.Т.[1,2], Курманбек кызы Г. [1]

[1]Национальная линия помощи по прекращению курения (НТЛППК), Республиканский центр укрепления здоровья (РЦУЗ), город Бишкек, Кыргызская Республика (КР).

[2]КГМА им. И.К. Ахунбаева, 5курс лечебное дело.

НТЛППК РЦУЗ Бишкек, КР.

Научный руководитель: к.м.н. Бекбасарова Ч.Б.

Актуальность. Согласно Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ), Каждая Сторона ратифицировавшая ее должна обеспечить все необходимые условия для помощи населению в процессе отказа от потребления табака. Кыргызская Республика (КР)является Стороной РКБТ ВОЗ с 2006 года. [1].

В целях реализации РКБТ ВОЗ [2], Закона КР №175 [3], была открыта НТЛП ПК. Постановлением Правительства КР от 22 декабря 2014 года [3] утверждены 12 иллюстрированных предупреждений о вреде курения для размещения на пачках и упаковках сигарет, которые включают адрес сайта и номер телефона НТЛП ПК - 2103. С января 2016 года на базе отдела по борьбе против табака при РЦУЗ МЗ КР работают 2 телефонные линии с 9 утра до 9 вечера ежедневно, кроме воскресенья и праздничных дней.

Цель.Оценка эффективности оказания помощи по прекращению курения по телефону на национальном уровне среди абонентов НТЛП ПК в возрастной группе 15-24 года.

Материалы и методы исследования. За период с 2016 по 2017 годы на НТЛППК всего обратились 2367 курящих мужчин и женщин, причем основная часть абонентов была в возрасте от 15 до 24 лет и составила 70%. Мы проанализировали данные 1669 абонентов указанной возрастной группы. Была разработана электронная персональная карта (ПК), со специальными вопросами для диагностики ТЗ (адаптированный опросник Фагерстрома [4]) и с дополнительными вопросы для изучения социального портрета абонентов. В рамках предоставления помощи была проведена работа по усилению мотивации к отказу от потребления табака. Абонентам, которые были готовы бросать курить предоставлялась психологическая помощь в процессе отказа от курения. Лица имеющие тяжелую степень ТЗ нами направлялись к врачам по месту жительства для обследования и лечения ТЗ под

контролем специалистов, возможно и при помощи медикаментов.

Для мониторинга работы НТЛП ПК од нами проведены проактивные звонки случайно отобранным 400 абонентам телефонной линии, которые получили консультации в период с февраля по июль 2016 года, всего откликнулись 254 абонента, остальные же либо сменили номера, или были недоступны или заняты, либо ранее звонили с чужого номера.

Для создания базы данных НТЛППК была использована система SalesPlatform Vtiger CRM 6.4, 6.5. Полученные данные 1669 абонентов рассматриваемой возрастной группы, а также 254 абонентов, откликнувшихся на проактивные звонки были перенесены и обработаны с помощью программы Microsoft Excel.

Результаты исследования и их обсуждение. *Социальный портрет абонентов:* За помощью НТЛП ПК обратились основном молодые люди мужского пола 1593 чел. (95,4%), женщины составили всего 4,6%.Больше 1/3 звонящих проживали в сельских местностях (33,5%), треть в городе Бишкек (33,4%), жители областных центров и других городов вместе составили еще 1/3 (33,1%). Большинство лиц в возрастной группе 15-24 года, обратившихся на НТЛП ПК за помощью, имели степени ТЗ-2 и ТЗ-3 (70,5%), со степенью ТЗ-1 - 29,5% как показано на рисунке 1, причем примерно 68% из них имели умеренную, 18% сильную и 14% слабую мотивацию для отказа от курения.Около 50% абонентов НТЛПК курили меньше 20 штук в день, 37% - от 20 до 29 сигарет в день, примерно 12% людей - более 1,5 пачек (20 штук в пачке) в день. Почти 43% молодежи - респондентов НТЛП ПК курят свою первую сигарету сразу после пробуждения, 24% респондентов – в течение 6 – 30 минут, всего 13% респондентов не раньше, чем через 30 минут после пробуждения и 20% больше чем через час. Примерно 55% пациентов решили бросить курить, по собственному убеждению, 31% по состоянию здоровья, 4% женщин из-за беременности, 6,9% из-за повышения цен на сигареты 3% благодаря советам врача, друзей, членов семьи, 7% из-за запрета курения в рабочих местах.

Рис. 1. Распределение регулярных потребителей табака в зависимости от степени ТЗ в возрастной группе 15-24 года(%).

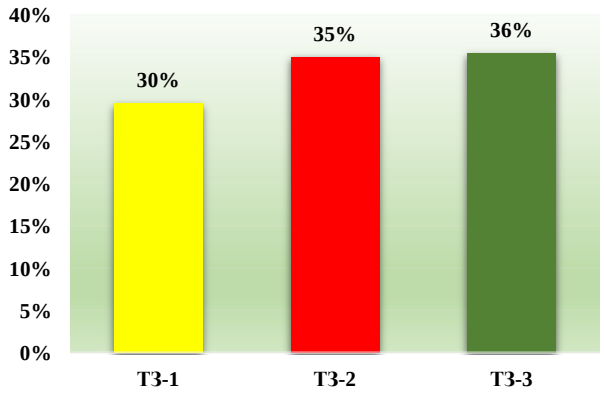
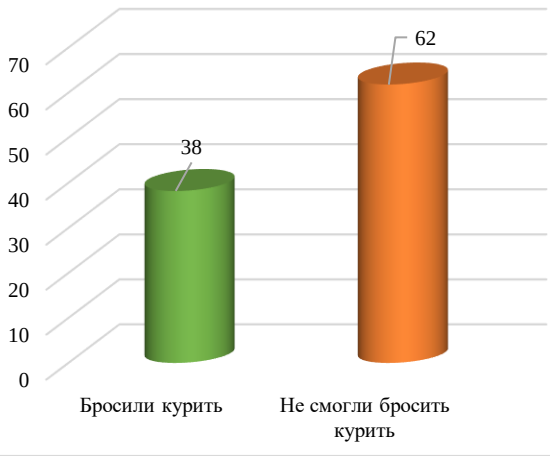


Рис. 2. Распределение бросивших и не бросивших курить по результатам мониторинга (%).



Результаты мониторинга свидетельствуют о том, что 38% абонентов в возрастной группе 15-24 года смогли самостоятельно бросить курить, большинство бросивших курить (75%) имели степень ТЗ-1 и ТЗ-2. 62% абонентов не смогли самостоятельно бросить курить.

Больше 96% бросивших курить на вопрос «Что помогло бросить курить?» ответили – советы НТЛП ПК и сила воли, что также показывает эффективность работы НТЛППК в оказании помощи населению в бросании курения.

75% абонентов не смогли бросить курить потому что были не готовы,из-за силы тяги к табаку или из-за частого стресса. Меньше четверти пациентов не бросили так как не обратились к направленному семейному врачу или наркологу, или врач не смог помочь им. Также пациенты не смогли купить назначенные им лекарства из-за их высокой стоимости.

Выводы:

1) Все 100% абонентов, регулярно потребляющих табак, позвонили потому хотели бросить курить, 86% из них имели умеренную и сильную мотивацию и были готовы к бросанию курения, всего 14% имели слабую мотивацию;

2) В основном на НТЛП ПК обращаются мужчины (96%), что связано с большей распространенностью потребления табака среди мужчин;

3) Больше обращаются лица, имеющие ТЗ – 3, но они не могут самостоятельно бросать курить. Это говорит о необходимости организации индивидуальных или групповых занятий для лиц с тяжелой ТЗ, для дальнейшего психологического сопровождения их в процессе бросания;

4) Больше бросили курить лица, имеющие легкую и умеренную степень ТЗ;

5) Оценка результатов работы НТЛП ПК (38% курящих) свидетельствует об эффективности оказания помощи по прекращению курения по телефону на национальном уровне среди молодежи, особенно для лиц с легкой и умеренной степенями ТЗ. Это является доказательством того, что планомерное и постоянное проведение данной работы среди молодежи приведет сокращению распространенности потребления табачных изделий, а также связанных с ним заболеваний и смертности в долгосрочном будущем.

Литература

1. Закон Кыргызской Республики «О ратификации Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака от 21 мая 2003 года» от 2 марта 2006 года №74.

2. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака. Всемирная организация здравоохранения, Женева, 2003:39

3. Закон Кыргызской Республики «Об утверждении перечня иллюстрированных медицинских предупреждений о вреде табака, предназначенных для размещения на пачках и упаковках табачных изделий» от 22 декабря 2014 года № 719.

4. Бекбасарова Ч.Б. Руководство к действию по отказу от потребления табака. Б.: издательскийдом «KIRLAND».- Б.: 2016. - 40 с.

УРОВЕНЬ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ТАБАКОКУРЕНИЯ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ ГОРОДА ВОЛГОГРАДА

Э.М. Зельмуханова, А.А. Раисова, Д.В. Уткина - студентки 5 группы 3 курса лечебного факультета

Кафедра общей гигиены и экологии

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, Волгоград, Россия

Научный руководитель: к.б.н. А.В. Беляева

Актуальность: Табакокурение – одна из важнейших проблем современного здравоохранения. В мире в среднем каждые 6 секунд умирает 1 человек от заболеваний, связанных с курением табака, а ежегодно по этой причине умирают 5 млн. человек. Частота табакокурения в РФ одна из самых высоких в мире. ВОЗ опубликовал данные о том, что около 60% русских мужчин и более 15% женщин ежедневно курят. Табакокурение входит в число основных факторов риска преждевременной смертности и потери здоровья среди россиян. До 50% курильщиков погибают в первые 20 лет регулярного курения. Особую тревогу вызывает курение в молодежной и подростковой среде, так как именно они составляют ближайший трудовой, оборонный, репродуктивный и интеллектуальный потенциал общества. Давно отмечена прямая зависимость между курением, употреблением алкоголя и приобщением к наркотикам. Все это говорит об особой актуальности своевременной профилактики приобщения подростков к курению, выявлению групп риска и принятию мер по снижению количества курящей молодежи.

Цель исследования: оценить уровень распространенности и статуса табакокурения среди подростков-школьников для разработки практических рекомендаций для школьных работников и родителей.

Материалы и методы исследования: в исследовании приняли участие 100 школьников (45 юношей и 55 девушек), обучающихся в 11 классе общеобразовательных школ города Волгограда. Основным методом исследования было анкетирование. Использованы методики «Тест Фагерстрема на определение никотиновой зависимости», «Индекс курящего человека», «Самооценка состояния здоровья по В.П. Войтенко». Проведен линейный корреляционный анализ между изучаемыми показателями.

Математическая и статистическая обработка данных проводилась при помощи пакета статистических программ Microsoft Excel 2007.

Результаты исследования: перед началом исследования статуса курительного поведения школьников было проведено изучение самооценки состояния здоровья школьников, которое показывает уровень самооценки здоровья в баллах, где 0 – идеальное, а 28 – очень плохое. Менее 10 баллов получили 42 опрошенных (из них 27 девушек и 15 юношей). До 15 баллов – 20 юношей и 22 девушки. 16-21 балл – 10 юношей и 6 девушек.

Из 100 респондентов курят 40 человек, из них 25 (45,5%) девушек и 15 (33,4%) юношей. Имели высокий уровень зависимости от курения 48,0% девочек и 60,0% мальчиков, средний 28,0% девочек и 26,7% мальчиков, низкий 24,0 и 13,3% соответственно. Оценка мотивации бросить курить показала, что высокую мотивацию имеют 44,0% девушек и 33,3% юношей. При этом отсутствует мотивация бросить пагубное пристрастие у каждого пятого респондента.

Сочетание высокого уровня зависимости и относительно высоких баллов самооценки здоровья выявлено у каждого 2-ого курящего юноши и каждой 3-ей курящей девушки, что говорит о высоком уровне связей между ежедневным курением и плохим самочувствием респондентов, несмотря на достаточно короткий период активного табакокурения (не более 3 лет). Коэффициент корреляции между уровнем зависимости от табакокурения и желанием бросить курить равен 0,747 ($p<0,001$), что говорит о высокой степени связи между этими переменными. То есть, чем выше уровень зависимости, тем больше возрастает желание бросить курить среди опрошенной группы молодежи.

Выводы: таким образом, результаты исследования показали, что сегодня девушки-школьницы курят в 1,7 раза чаще, чем юноши, при этом высокий уровень зависимости быстрее формируется у юношей (60,0% против 48,0%), но каждая вторая девушка и третий юноша имеют высокую мотивацию бросить курить, но каждый пятый респондент не имеет ее вообще. Выявлена достоверная прямая корреляционная связь высокой степени между ежедневным курением и ухудшением самочувствия опрошенных. Следовательно, активная работа среди школьников старших классов по пропаганде здорового образа жизни высоко вероятно может привести к повышению мотивации отказа от курения. Полученные данные были представлены школьному врачу, педагогу-психологу для реализации предложенных нами практических мер. А именно: проведение уроков здоровья, введение разнообразных форм проведения свободного от обучения времени (спортивные секции, кружки рисования, вокала и т.д.), индивидуальные занятия со школьным психологом при желании школьника, организация общих бесед с врачами-наркологами и личных консультаций при желании школьника.

ВЛИЯНИЕ ТАБАКОКУРЕНИЯ НА ФИЗИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ

СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Т.Д. Халфиева, П.С. Шестаков – студенты 403 гр. лечебного факультета

Кафедра факультетской терапии №1 с курсом физиотерапии ФДПО

ФГБОУ ВО ПГМУ им. Академика Е.А. Вагнера Минздрава России, Пермь, Россия Научный руководитель - к.м.н., доц. Н.И. Попова

Актуальность: В настоящее время социальная проблема состоит в том, что общество знает очень много о вреде курения, но это не может повлиять на бурный рост рынка табачной продукции. Употребление табака является одной из самых значительных угроз для здоровья. От табакокурения умирают 1 взрослый из 10 во всем мире, по результатам Министерства Здравоохранения смертность составляет 20%. Смертность от табакокурения занимает 5 место в списке заболеваний, приводящих к летальному исходу. Активное и пассивное курение является фактором повышенного риска развития хронического бронхита, сердечно-сосудистых заболеваний, язвенной болезни желудка и злокачественных новообразований.

Цель исследования: изучить состояние физического здоровья студентов при табакокурении и в случае отказа.

Материалы и методы исследования: в 2019 году проведено исследование методом анкетирования 112 студентов лечебного факультета ПГМУ имени академика Е.А. Вагнера. Выделены 3 группы: I группа опытная – курящие студенты с давностью курения от 3 до 5 лет, II группа – бросили курить в течении от 6 месяцев до 1 года, III группа контроль – никогда не пробовали курить.

I группа – 42 человека из них мужчины составляют 24 человека (57%), женщины 18 (43%). Средний возраст составляет 18±3,0 года. II группа – 35 человек из них женщины 20 человек (57%), мужчины 15 человек (43%). Средний возраст 19±3,0 года. III группа – 35 человек из них 19 женщин (54%) и 16 мужчин (46%). Средний возраст 18±2,0 года.

Проведено анкетирование всех респондентов по разработанной нами анкете, при анализе анкет оценивали физическое состояние людей курящих и бросивших курить, по сравнению с некурящими. Оценили изменения эмоционального состояния у студентов, которые прекратили табакокурение.

Проведен сравнительный анализ показателей здоровья в этих группах и оценка качества жизни людей, связанных с табакокурением, было выявлено наличие заболеваний у студентов, которые возникли в период табакокурения. Отмечено как курение влияет на качество жизни и работоспособность.

Среди курящих респондентов был проведен подсчет индекса курящего человека и

оценена выраженность никотиновой зависимости по шкале Фагерстрема.

Результаты и обсуждение: в ходе обработки анкет среди опрощенных респондентов выявлено, что при исследовании индекса курящего человека среди I группы (42 человека): у 9 человек (21,4 %) опрошенных гарантировано имеется обструктивный бронхит курильщика, хронической формы (ИКЧ от 120), у 27 человек (64 %) имеют предпосылки к развитию обструктивного бронхита курильщика (ИКЧ меньше 120), 6 человек (14,6 %) огромная вероятность развития ХОБЛ (ИКЧ от 160).

При оценке степени тяжести никотиновой зависимости по шкале Фагерстрема получены следующие результаты: 24 человек (57%) имеют слабую зависимость, 3 человека (7%) среднюю, 9 человека (21,4 %) высокую и 6 человек (14,6 %) очень высокую.

По анкете разработанной нами было выявлено, что в среднем студент в месяц тратит на сигареты около 3000 рублей. По результатам «Анкеты качества жизни» выявлено, что среди 42 опрошенных 2 человека (5%) имеют в анамнезе вегетососудистую дистонию, 4 человека (10%) бронхиальную астму, 3 человека (7%) язвенную болезнь. Табакокурение ухудшает течение бронхиальной астмы.

При исследовании II группы по данным анкетирования в первый месяц после прекращения табакокурения выявляют изменения эмоционального состояния: раздражительность у 38,5 %, сонливость 15,4%, радость 15,4 %, повышенная активность 7,9 %, вспыльчивость, 7,7 %, желание остаться одному 7,4%, спокойствие 7,5%.

Отказались от табакокурения самостоятельно 15 человек (42%), 20 человек (58%) с помощью вспомогательных средств: 13 человек (65%) использовали пластыри, спреи, жевательную резинку, таблетки; 7 человек (35%) заменяли табакокурение сигарет на курение кальяна, электронные сигареты, жевательный табак.

Среди данной группы респонденты отмечают улучшение физического здоровья, которое проявляется в: изменения аппетита (повышение) у 40% опрошенных, 12,5 % заметили прибавку в весе. 53,3 % отмечают повышение физической активности и уменьшение одышки. 66 % почувствовали улучшение вкусовых качеств. 66,7% отмечают исчезновение заложенности носа. Студентки, прекратившие табакокурение отмечают улучшение состояния волос, уменьшение ломкости и тусклости, изменение цвета зубов, исчезновение неприятного запаха из ротовой полости, исчезновение не проходящего кашля.

В III группе в ходе анкетирования хронических заболеваний не выявлено. 50% опрощенных занимаются спортом, ведут здоровый образ жизни. У 30% в семье никто не курит, 5 человек совмещают работу с учёбой. Все опрошенные респонденты данной группы не имеют желания начинать табакокурение.

Выводы: табакокурение отрицательно влияет на состояние здоровья, ухудшает

качество жизни студентов, снижает реактивность организма, способствует появлению заболеваний внутренних органов и требует дополнительных материальных затрат. Отказ от табакокурения ведет к улучшению качества жизни и повышает показатели здоровья.

ЭКОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ В ГОРОДЕ МАХАЧКАЛЕ

А.А.Загидова- студентка 129 группы лечебного факультета

Кафедра медицинской биологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России,Махачкала,Россия

Научный руководитель- к.б.н.,Абдулгалимова Г.Н

Как показывают научные работы, определенная часть населения России использует для питья воду, которая не соответствует санитарно-гигиеническим требованиям по различным химическим показателям .

В рейтинг неблагополучных по качеству воды регионов, составленный экологической организацией «Зеленый патруль», входит и Северный Кавказ, в.т.ч. и Республика Дагестан.

Так , и в столице нашей республики ярко выражен дефицит чистой, пригодной для питья воды. Это напрямую связано с тем, что основная водная артерия, осуществляющая водоснабжение города- канал Октябрьской революции –загрязнен и засорен.Во время интенсивных осадков постоянно забитая городская ливневая канализация не справляется с потоками грязной воды, которые устремляются прямо в канал. Во время строительства многоэтажек, строительные материалы сбрасываются туда же .Бескультурные жители нашего города сбрасывают в канал бытовые отходы, втайне проводят туда свои канализационные трубы, видимо, не догадываясь, что потом будут пить эту воду. Фильтрация воды тоже недостаточная из-за изношенности и частого выхода из строя оборудования. Чтобы хоть как-то обезопасить население от эпидемий, воду подвергают избыточному хлорированию, и, открыв кран, мы это чувствуем по резкому, неприятному запаху. Помимо этого, в городе плохая организация водоотведения. Городской канализационной сети более 50-ти лет. Она ветхая и засоренная.При прорыве происходит загрязнение питьевой воды канализационными стоками, что приводит к массовым инфекционным заболеваниям.

Актуальность представленной работы заключается в том, что вопросы качества питьевой воды имеют жизненно важное значение. Питьевая вода один из составляющих экологических факторов здоровья человека. Качественные изменения воды, несоответствие санитарно-гигиеническим требованиям ,на мой взгляд ,на сегодняшний день представляют серьезную опасность.

Целью данной работы является: изучение экологического состояния питьевой воды г.Махачкала

Задачи, решаемые в ходе исследования:

- определить качество питьевой воды

–-провести качественную оценку воды на территории ВУЗа

-сделать выводы

Материал и методы исследования.

Для исследования мне понадобилось 3 пробы воды:

-вода из-под крана в доме(Махачкала-1)

-вода из КОР

-вода из-под крана с территории ДГМУ

Пробы воды были обследованы:

-для определения прозрачности; для определения интенсивности запаха;для определения вкуса; для определения pH среды; для обнаружения примесей

Также мною был проведен социологический опрос.

Опрос проводился в виде анкетирования среди студентов и преподавателей ДГМУ, а также граждан нашего города. В опросе участвовало 200 человек. Он проводился с целью выявления проблем, связанных с водой, водоснабжением, а также для того ,чтобы выслушать альтернативные методы решения существующих проблем.

Исследования были проведены следующими методами:

-теоретические (анализ литературы и Интернет-ресурсов)

-эмпирические(наблюдения,анкетирование,интервьюирование)

-методы статистической обработки результатов

Результаты исследований.

Исследование проб воды показало,что ,в основном,ни одна из проб не пригодна для питья.

Каждая из проб обладает рядом отрицательных качеств,которые делают воду не пригодной для питья(запах,примеси,и тд.).

В процессе опроса выяснилось,что лишь 15% опрошенных устраивает качество питьевой воды.Остальные же 85% высказали явное недовольство в отношении качества питьевой воды в нашем городе.Почти 60% среди них объясняли это тем,что органы власти не уделяют должного внимания данной проблеме.Около 90% опрошенных связывают качество питьевой воды со своим здоровьем.

Выводы.

В процессе выполнения работы я выдвинула *гипотезу*: если современный потребитель знает

о проблемах, связанных с использованием воды, то вероятность решения этой проблемы возрастает.

Поэтому, предлагаю жителям нашего города взять ситуацию в свои руки.

Ведь именно от нас зависит,останется ли эта проблема актуальной.

ВЛИЯНИЕ ТАБАКОКУРЕНИЯ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ СТУДЕНТОВ ТГМУ

Е. И. Бродницкая, С. А. Канайкина, О. Р. Чеканова, К. И. Хорак - студенты 3 курса лечебного факультета

Кафедра общей хирургии

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

Научный руководитель: ассистент А. М. Морозов

Актуальность. Курение табака – одна их самых распространенных вредных привычек, приводящих к серьезным нарушениям здоровья [2,6]. Горящая сигарета подобна уникальной химической фабрике, продуцирующей более 3 тыс. различных химических, в том числе канцерогенных соединений и является серьезной угрозой здоровью курильщика и окружающих [3,8]. У курящей половины населения значительно чаще встречаются острые заболевания верхних дыхательных путей, которые, как правило, протекают более тяжело и длительно [1]. Благодаря многочисленным исследованиям удалось установить, что уровень смертности среди курящих подростков и взрослых в 9-10 раз выше [7]. Спирометрия – неинвазивный метод исследования функций внешнего дыхания, а результаты спирометрии позволяют объективно оценить функциональную составляющую дыхательной системы и ее изменения [4,5].

Цель исследования. Исследовать влияние табакокурения на функциональное состояние респираторной системы курящих студентов ТвГМУ методом спирометрии.

Материал и методы. В ходе настоящего исследования было проведено анкетирование и спирометрия 30 студентов ТвГМУ, отказавшихся от курения.

Результаты. По результатам анкетирования выявлены следующие группы людей (в процентном соотношении): подавляющее большинство участников исследования находятся в возрасте 20 лет (30%) и 19 лет (20%), по 13,3% приходится на 18 лет, 21 и 22 года, а также 6,6% приходится на 23 года. При этом 73,3% участников исследования составляют юноши и 26,6% девушки. Из них 11 участников (36,3%) исследования имеет стаж курения 3 года, 6 участников (20%) курили на протяжении года, еще 6 участников (20%) – 2 года, также 4 участника, из которых 2 участника (6,6%) имеют стаж 4 года и еще 2 (6,6%) – 5 лет. По 3,3% приходится на троих участников, каждый из которых имеет стаж курения по году.

У каждого испытуемого студента ТвГМУ проводилось измерение ЖЕЛ на протяжении полутора месяцев каждые 5 дней в г. Твери. В результате проведенного исследования выявлена следующая зависимость: с каждым разом ЖЕЛ увеличивалась, и в конечном итоге каждый участник исследования имел прирост ЖЕЛ в различной степени. У 3-х человек (10%) прирост составил 49%, у 2-х человек (7%) – 41%, у 4-х человек (13%) – 32%, у 12 человек (40%) - 18 %, у 6 человек (20%) - 10%, у 3-х человек (10%) – 5%.

Имеет место указать изменения некоторых других показателей, которые испытуемые оценивали сами: сюда относится изменение самочувствия, качества и продолжительности сна, кашель, одышка и головные боли, головокружения с момента отказа от курения до конца исследования. Также имеет место значение количество выкуриваемых сигарет в день каждым из участников исследования и влияние курящих друзей и родственников на выбор испытуемых.

Важно отметить, что основная масса опрошенных – 90%, выкуривали 11-15 сигарет в день, в то время как остальные 10% участников исследования менее 11 сигарет.

Собственное самочувствие участники оценивают следующим образом: 63,3% (19 участников) считают, чем дольше они не курят, тем лучше себя чувствуют в целом, а 36,6% не заметили изменений, при этом имеется определенная зависимость: во-первых, изменений в самочувствии, как правило, не замечают те участники исследования, которые имеют стаж курения не более двух лет, во-вторых, на изменения общего самочувствия в основном указывают те испытуемые, которые выкуривали 11 и более сигарет в день. Другие участники, выкуривающие 1-10 сигарет в день и имеющие стаж курения 1-2 года, так же не заметили никаких изменений самочувствия.

Что касается изменения качества и продолжительности сна, то подавляющее большинство, а именно 66,6%, что составляет 20 участников от общего количества, указывает на улучшение качества сна, прекращение внезапного пробуждения по ночам, а продолжительность сна увеличилась до нормы (7-9 часов в сутки). Каждый из 20 участников указывает на легкость пробуждения по утрам, бодрость по утрам после пробуждения при неизменном режиме учебы и/или работы и образе жизни. При этом 18 испытуемых из указанных выше 20 заявляют, что днем пропала тяга ко сну и особенно после приема пищи в обед. Остальные 33,3% испытуемых, что составляет 10 участников исследования, не заметили подобных изменений. В данном случае имеется подобная зависимость, что и при изменении самочувствия: те студенты, которые не заметили никаких изменений качества и продолжительности сна, имеют стаж курения 1-2 года. Что касается заметивших изменения – их стаж составляет 3 года и более.

Отмечается тот факт, что 96 % опрошенных в период табакокурения болели 2 и более

раз в год, остальные 4 % болели крайне редко либо не болели совсем.

Также был проведен опрос тех студентов, у которых кашель наблюдался, но исчез после отказа от курения. Всего у 50% участников наблюдался постоянный кашель, и все из них заявили о снижении его интенсивности и выраженности с течением времени после отказа от курения. Имеется определенная корреляция, как и в двух вышеупомянутых показателях: указанные 50% участников имеют стаж курения 3 года и более.

При опросе испытуемых студентов было выявлено, что головные боли и/или головокружения беспокоили 26 участников эксперимента, что составляет 86,6% от общего числа всех испытуемых, 13,4% участников не имели подобных жалоб на момент курения.

Также подобным образом было обнаружено, что одышка беспокоила 28 испытуемых студентов, что составляет 93,3% от общего числа всех участников эксперимента, при этом один из участников жаловался на периодические приступы удушья по ночам с частотой 1 раз в 2-3 месяца. Другие 6,7% не заметили изменений.

При исследовании данных субъективных показателей (головная боль, головокружения и одышка) выявлена прямо пропорциональная зависимость данных показателей от стажа курения участников эксперимента и/или количества выкуриваемых сигарет в день, а также других показателей при неизменном режиме учебы и/или работы, образе жизни, физической активности, характере питания. При этом учитывается, что ни один из участников эксперимента не имеет каких-либо выявленных заболеваний дыхательной и сердечно-сосудистой системы, таких как бронхиальная астма, эмфизема, перенесшие травмы, артериальная гипертензия, врожденные пороки развития дыхательной и/или сердечно-сосудистой системы и др.

Все участники исследования указали, что в их семье имеется, как минимум, один курящий человек.

Выводы. Очевидно, что табакокурение негативно сказывается на функциональном состоянии дыхательной системы, а именно наблюдается снижение ЖЕЛ и некоторых других субъективных показателей испытуемого: с началом курения появляются головные боли и/или головокружения, возникает одышка при небольших физических нагрузках, кашель. При отказе от курения с течением времени улучшились такие субъективные показатели как общее самочувствие, продолжительность и качество сна, снижение интенсивности кашля, также перестала возникать одышка при малых физических нагрузках, а головокружение и головная боль вовсе исчезли. При этом наблюдается прямая зависимость изменения указанных показателей от количества выкуриваемых сигарет в день и стажа курения. Проведенное исследование позволило нам сделать вывод об улучшении показателей спирометрии и общего состояния студентов ТвГМУ.

Литература.

1. Гигиена: учебник / Архангельский В. И. и др. ; под ред. П. И. Мельниченко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 656 С.

2. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / Лисицын Ю.П. - 2-е изд. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 512 С.

3. Основы формирования здоровья детей: учебник/ А. С. Калмыкова [и др.]; под ред. А. С. Калмыковой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 384 С.

4. Патофизиология: учебник: в 2 т. / П.Ф. Литвицкий. - 5-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - Т. 2. –792 С.

5. Патофизиология: учебник: в 2 т. / под ред. В. В. Новицкого, Е. Д. Гольдберга, О. И. Уразовой. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Т. 2. – 640 С.

6. Проведение профилактических мероприятий : учеб. пособие / С. И. Двойников [и др.] ; под ред. С. И. Двойникова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. –448 С.

7. Руководство по медицинской профилактике / Под ред. Р.Г. Оганова, Р.А. Хальфина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 464 С.

8. Школа здоровья. Табачная зависимость: руководство для врачей / Под ред. М.А. Винниковой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 112 С.

ЭКОЛОГО-ГИДРОХИМИЧЕСКИЙ И САНИТАРНЫЙ МОНИТОРИНГ ПРИРОДНЫХ ВОДОЕМОВ ЦЕНТРАЛЬНОГО КАВКАЗА

Мехтиева Д.Э. – студентка 2 курса лечебного факультета

Кафедра медицинской биологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководители- Абдуллаева Н.М., Алиева К. Г., Магомедов А.М.

Актуальность темы. В настоящее время многократно возросло загрязнение внутренних вод РФ вредными веществами. Технологии отраслей сельского хозяйства с применением загрязнителей химической природы отрицательно влияют на водные экосистемы, снижают количественные и качественные показатели рыбной продукции. В водоёмах с высоким уровнем химического загрязнения и неблагополучных в отношении инвазионных болезней гибель рыб достигает 50-70%, а отставание в росте и развитии составляет 35-45%.

Цель работы включает теоретически обоснованный химико-токсикологический и гидробиологической мониторинг бассейновых водоёмов р. Терек на основе биоиндикации воды через тестирование количества и видового состава ихтиофауны и их трофической цепи.

Материалы и методы исследования:

-мониторинг химико-токсикологических изменений в речном бассейне Северного Кавказа и гидрологическая оценка бассейнообразующих водоемов;

-химические вещества природных водоемов КБР и Дагестана, ионы и pH речных вод, состав биогенных веществ воды рек высокогорий и источники химического загрязнения природных водоемов и прудовой экосистемы;
-гидробиологическая оценка воды рр. Черек и Сулак по биоразнообразию рыб и их паразитов в Черекском и Чиркейском водохранилищах.

Результаты исследования:

Результаты изучения количественной и качественной гидрохимии и санитарно-гигиенического состояния природных и прудовых водоёмов в бассейне р. Терек в Кабардино-Балкарии и в Республике Дагестан на фоне антропогенного и техногенного воздействия могут служить основой для экологически обоснованных программ мониторинга водоисточников.

Выводы:

1. Прудовое рыбоводство бассейна р. Терек расположено в районах с различными климатизационными условиями. Сумма активной температуры в V рыбоводном поясе имеет колебания на границе 3200-3400ºС, в IV поясе - 2800-3000ºС, III пояса – 2600-2800ºС, II и I пояса – от 1800-2600ºС до 800ºС.

2. Перемены температуры имеют сезонный характер и оказывают большое влияние на рост и развитие прудовых рыб, на фауну паразитов, зоопланктона, зообентоса, и эколого-эпизоотический процесс паразиторных инвазий рыб, на видовую структуру промежуточных хозяев(моллюски, дафнии, копеподы, веслоногие рачки и др)

3. Основными загрязнителями рыбохозяйственных прудов считаются: органические вещества (БПК5), фенолсодержащие вещества, фосфаты, анионные поверхностно-активные вещества (АПАВ), нефтепродукты, аммонийный азот, металлы (медь, цинк, молибден и вольфрам), концентрации которых превышает 2,8-5,1 ПДК и понижают сопротивляемость организма рыб к паразитарным заболеваниям, а так же вызывают гибель до 60%-90% мальков,43%-75% годовиков и 30%-58% взрослых популяций.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ВОДНЫМ ПУТЕМ НА ТЕРРИТОРИИ ГОРОДА МАХАЧКАЛЫ И ПРИГОРОДНЫХ ПОСЕЛКОВ

Н.А. Абдулаева, П.А. Магомедова - студентки 3 курса медико-профилактического

факультета

Кафедра общей гигиены и экологии человека
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия
Научные руководители - к.м.н. доцент Л.М. Шахназарова,
ассистент Х.Н. Абдуразакова

Актуальность: Качество питьевой воды является проблемой, вызывающей обеспокоенность в отношении здоровья человека во всех странах мира. Данная проблема актуальна и для нашего региона в частности для города Махачкалы и пригодных поселков. Так на 1 января 2019 г. в городском округе (ГО) «г. Махачкала» (г. Махачкала и пригородные поселки городского типа (пгт)) 99,5% населения обеспечено условнодоброкачественной питьевой водой. Удельный вес проб водопроводной воды, не соответствующих гигиеническим нормативам по микробиологическим показателям в 2018 г. составил - 10,1%, из них: по г. Махачкале - 6,7 %; по прилегающим поселкам - 15,8 %. За 5-летнюю динамику уровень среднемноголетней динамики заболеваемость острокишечными инфекциями (ОКИ) выросла в 1,4 раза.

Цель - оценить качество питьевой воды подаваемой населению ГО «г. Махачкалы» и определить ее роль в возникновении ОКИ, передаваемых водным путем.

Материалы и методы исследования: были использованы данные мониторинга системы «Вода питьевая» ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Дагестан», Государственный доклад «О санитарно-эпидемиологическом состоянии Республики Дагестан» за 2014-2018 гг., ОАО «Махачкалаводоканал» и Министерство строительства и архитектуры РД.

Данные обрабатывались согласно Методических рекомендаций (МР 2.1.10.0031-11) «Комплексная оценка риска возникновения бактериальных кишечных инфекций, передаваемых водным путем» и путем определения достоверной корреляционной связи между индикативным показателем (ИП) заболеваемости и удельным весом несоответствующих проб питьевой воды.

Описание и результаты исследования. В системе централизованного хозяйственно-питьевого водоснабжения МО ГОсВД «город Махачкала» эксплуатируется 8 источников водоснабжения, из них 6 поверхностных (Миатлинское водохранилище, Вузовское озеро, КОР, Ново-Хушетское водохранилище, озеро пос.Ленинкент, река Сулак), 2 подземных (родник пос.Тарки и родник пос. Кяхулай). Транзит воды до потребителя осуществляется 19 водопроводами только 8 (или 42%) из которых имеют комплекс очистных сооружений.

С целью оценки влияния питьевой воды на здоровье населения нами использованы

данные социально-гигиенического мониторинга качества воды систем централизованного хозяйственно-питьевого водоснабжения. Качество воды в мониторинговых точках оценено по следующим микробиологическим показателям: общее микробное число, общие колиформные бактерии, термотолерантные колиформные бактерии, споры сульфитредуцирующих бактерий, условно-патогенные бактерии и др.

Оценка эпидемической опасности, связанной с источниками централизованного хозяйственно-питьевого водоснабжения, с рекреационным водопользованием и с условиями коммунального благоустройства проведена по показателям, характеризующим качество и уровень водообеспечения населения за 2014-2018 гг.

В таблице 1 рассчитана общая сумма баллов, полученная по всем санитарно-гигиеническим факторам.

Таблица 1

Комплексная оценка эпидемической опасности, связанной с санитарно-гигиеническими условиями водопользования населения ГО «г. Махачкалы» за 2014-2018гг.

№	Показатели	фактические	N
1	Хозяйственно-питьевое централизованное водоснабжение	28	≤ 5
2	Источники централизованного водоснабжения - поверхностные -подземные	 16 12	 ≤ 3 ≤ 4
3	Зоны рекреации	15	≤ 4
4	Коммунальное благоустройство населенных мест	4	≤ 6
Итого		75	≤ 25
Степень микробного риска эпидемической опасности		Средняя II	Низкая I

Проведённая нами комплексная оценка опасности возникновения бактериальных кишечных инфекций, передаваемых водным путем для ГО «г. Махачкала» оценивается как средняя II, и достоверность её подтверждена r_{xy} между ОКИ и качеством питьевого водоснабжения (рис.1).

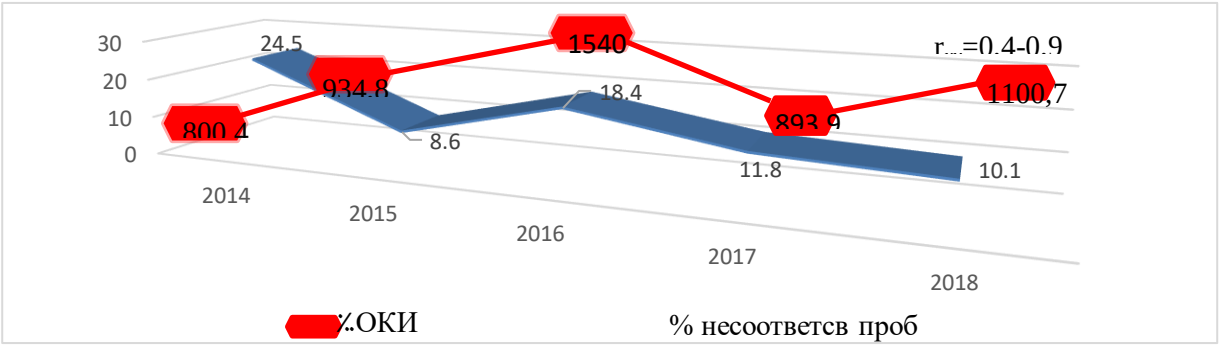


Рисунок 1 Rxy между ОКИ и качеством питьевого водоснабжения

За 5-летнюю динамику уровень средней многолетней динамики заболеваемость ОКИ выросла в 1,4 раза, наибольшей пик отмечается в 2016 году, когда была зарегистрирована большая вспышка ОКИ водного характера.

Из рис.1 прослеживается прямая корреляционная связь между заболеваемостью ОКИ и удельным весом несоответствующих проб питьевой воды по микробиологическим показателям (r_{xy} 0,4 - 0,9).

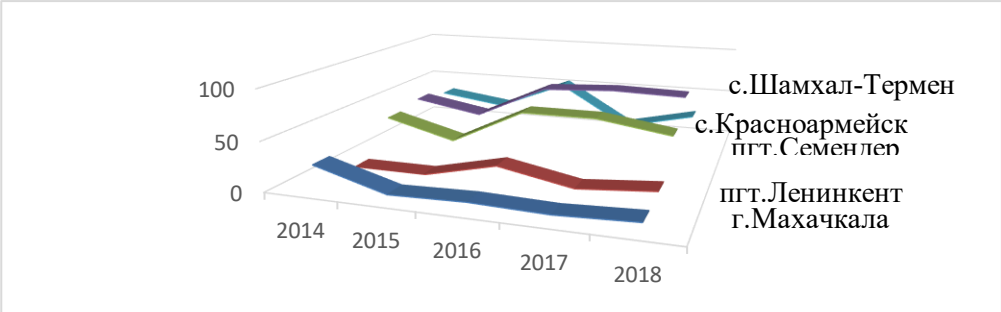


Рисунок 2. Динамика регистрации нестандартных проб

На рис. 2 показана динамика регистрации нестандартных проб питьевой воды по микробиологическим показателям в черте города Махачкала и в пригородных поселках за 2014-2018гг, где отмечается высокие показатели несоответствия проб.

Самые высокие показатели отмечаются в 4 поселках города, где показатели нестандартных проб составили: пгт. Ленинкент от 0 до 9,17%, пгт. Семендер от 35,3% до 42,1%, с. Красноармейское от 40,8% до 65,7%, с. Шамхал-Термен от 32,8% до 26,7%.

Показатель в черте города Махачкалы составил в 2014 г.-24,6 % а в 2018 г.-6,9%, что говорит о существенном улучшении качества водоснабжения города и снижения риска возникновения острых кишечных инфекций. Это связанно с исключением канала октябрьской революции (КОР-ранее главный источник централизованного водоснабжения) из ветви водообеспечения города.

С 2018 года водоснабжение города обеспечивается Миатлинским водохранилищем.

Практическая значимость и выводы:

1. Определена оценка эпидемического риска, как средняя степень риска возникновения бактериальных кишечных инфекций, передаваемых водным путем.

2. Установлена достоверная корреляционная связь между заболеваемость населения ОКИ и удельным весом нестандартных проб питьевой воды по микробиологическим показателям.

3. Данные показатели смогут послужить ориентиром для принятия управленческих и организационных решений для улучшения качества водоснабжения города Махачкалы и пригородных поселков, и тем самим снизить заболеваемость кишечными инфекциями передаваемых водным путем.

ЭКОЛОГО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В РАБОТЕ ВРАЧА-ЛЕЧЕБНИКА И ПЕДИАТРА В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

(по материалам кафедры общей гигиены и экологии человека)

П.М Ибнумасхудова – ассистент, У.А. Магомедова – старший преподаватель, П.М. Муртазалиева – студентка 303 гр лечебного факультета, А.А. Магомедов - студент 304 гр. педиатрического факультета, А.Т. Авчиев - студент 326 гр. лечебного факультета, А.М. Шехшебекова студентка 326 гр. лечебного факультета, З.З. Аскерова студентка 326 гр. лечебного факультета, А.М. Гаджиева студентка 326 гр. лечебного факультета

Кафедра общей гигиены и экологии человека

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия.

Научный руководитель - д.м.н., проф. М.Г. Магомедов

Актуальность. Донозологическая диагностика и профилактика экологически обусловленных патологических состояний (ЭОПС) должны быть определены как приоритетные направления по охране здоровья детского и взрослого населения.

В донозологической диагностике и профилактике ЭОПС работники практического здравоохранения должны иметь в распоряжении полноценно оснащенные медицинские кабинеты функциональной диагностики и лабораторная база.

Обоснование перечня проводимых исследований и прогнозирование динамики показателей здоровья курируемого контингента населения врачами возможно только при наличии информации обо всех приоритетных факторах риска, которые оказывают негативное воздействие на здоровье и на качество жизни местного населения.

При эколого-гигиенической оценке различных групп факторов нельзя довольствоваться оценкой их воздействия ссылаясь только на литературные источники, так как необходимо рассматривать вопросы их воздействия с учетом реальных местных эколого-гигиенических условий.

Цель работы – определить приоритетные группы неблагоприятных факторов риска, препятствующих здоровьесберегающим мероприятиям в работе врача-лечебника и педиатра в Республике Дагестан.

Материалы и методы исследования

Завершенные и проводимые НИР сотрудников кафедры Общей гигиены, которые включают экологическую репродуктологию, педиатрию и экологическую ювенилогию.

Результаты исследования и обсуждение. Выявлены следующие приоритетные для республики группы факторов:

I группа. На первом месте это стресс, в силу известных всем событий на Северном Кавказе, в частности, в Дагестане. Это военные события с террористическими бандформированиями с 1999 г., взрывы жилых домов, спецоперации, контртеррористические операции (КТО), стрессы из-за потери работы и источников дохода и др.

I-а группа Информационный стресс – каждый негативный случай в республике доводится до жителей республики не менее 16 раз через различные источники СМИ.

II группа эколого-гигиенические факторы: а) антропогенные – это химические средства защиты растений (ХСЗР), и выбросы автотранспорта, ИР;

б) природные - эндемичность по дефициту йода (J) и дисбаланс по другим микроэлементам, изменение микроклимата в горах из-за каскадов ГЭС

III группа - социально-экономические факторы - низкая заработная плата и низкий доход на душу населения, безработица женская, общая, недоедание матерей и неудовлетворительные коммунально-бытовые условия.

Республика занимает одно из первых место по всем видам безработицы и одно из последних мест по уровню начисленной зарплаты.

IV группа - физические факторы, радиационная нагрузка:

Проведение радиологической и ультразвуковой диагностики, радионуклиды в почве.

В условиях Республики Дагестан сочетанное воздействие химических средств защиты растений (ХСЗР) и сочетанное радиационно-химическое воздействие стали причиной возникновения ряда высокоопасных сочетаний пестицидов между собой в отношении задержки внутриутробного развития плода (ЗВУРП).

Эти факторы при сочетанном и изолированном воздействии стали причиной возникновения патоморфологических изменений в семенниках и в капиллярах клубочков почек крыс после подострого (3,5 месяца) эксперимента с комбинированной затравкой одновременно тремя пестицидами в сочетании с ионизирующим излучением в дозе 0,75 Грэй. После аварии на Чернобыльской АЭС в ряде районов республики из-за радиоактивных осадков увеличилось содержание в костях крупного рогатого скота (КРС) и в растениях радиоактивного стронция - 90 - **Sr_{90}** и **цезия -137-Cs_{137}** от 20 до 56 раз.

С учетом большого периода полураспада полная безопасность наступит только по истечении 10 периодов полураспада, т. е. через 270 лет. Существенный рост заболеваемости саркомой после 1986 года можно объяснить высокими показателями осадков стронция, который как мы знаем, вытесняет кальций из костей.

Биогеохимическая картина дисбаланса микро-, макроэлементов по равнинной, предгорной и горной территории республики такова, что можно констатировать дисбаланс по макроэлементам Ca, P, Mg, а также резко выраженный йододефицит. В равнинной и

предгорной экологических зонах республики выраженный дефицит биомикроэлементов Co, Cu, Zn. Высокий уровень содержания молибдена – также удерживает перечисленные биомикроэлементы, в том числе и Fe-железо в почве, препятствуя, таким образом, переходу их из почвы в растениеводческую продукцию выращиваемых на орошаемых территориях равнинной зоны.

Прежние курортологические территории гор после ввода в эксплуатацию каскадов ГЭС стали зонами риска возникновения бронхолегочной патологии и простудных заболеваний, так как произошло:

- увеличение площади зеркала воды - площади испарения;
- увеличение влажности воздуха и количества пасмурных дней;
- ухудшение закаливающих свойств дневного и ночного контраста температуры воздуха из-за высокой влажности, и погодных условий в расположения ГЭС.

Все перечисленные факторы и вносят определенный вклад в возникновении задержки внутриутробного развития плода (ЗВУРП), рождению детей с малой массой тела (ММТ), что влекут за собой высоких показателей мертворождаемости, перинатальной смертности, и ранней неонатальной смертности.

Социально-экономические показатели территорий имеют прямое воздействие не только на эмбриофетопатологию, но и на подростковую патологию. В частности, степень проявления болезни крови и кровеносных органов (БКиКО) у юношей призывного возраста (ЮПВ)

Во всех этих случаях, то есть высокие показатели безработицы, низкий доход на душу населения влекут за собой отсутствие надлежащих жилищно-бытовых условий, возможностей полноценно питаться, соблюсти необходимые гигиенические рекомендации и, как правило, резкое проявление различных патологических состояний.

Среди медико-организационных факторов, влияющих на качество работы врача-лечебника и педиатра, наиболее наглядным является показатель обеспеченность койками, где республика наша, к сожалению, имеет самый низкий показатель. То есть, обеспеченность койками 1,5 раза меньше в сельской местности, чем в целом по РФ и почти на 10 % ниже в целом по республике по сравнению с РФ.

Обобщая анализированный материал, мы констатируем, что основой решения задач здравоохранения является её профилактическая направленность, о чем говорил отец русской хирургии Николай Иванович Пирогов: «Я верю в гигиену. Вот где заключается истинный прогресс нашей науки. Будущее принадлежит медицине предупредительной. Эта наука принесет несомненную пользу человечеству».

КОМПЕТЕНТНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ О ДЕЙСТВИИ КСЕНОБИОТИКОВ УХОДОВОЙ КОСМЕТКИ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

А.А.Бондарева – студентка 1223 гр. лечебного факультета,

Н.А.Стукан – студентка 1224 гр. лечебного факультета

Кафедра радиационной и экологической медицины, БГМУ, Минск, Беларусь

Научный руководитель – ст. преп. Назарова М.А.

Актуальность. В настоящее время довольно широк ассортиментдоступной косметической продукции, в состав которой могут входить вещества, негативно влияющие на организм человека. Однако осведомленность населения в вопросах экологической безопасности косметических продуктов является недостаточной.

Цель исследования. Изучить компетентность населения в вопросе влияния вредных веществ, содержащихся в детской и взрослой уходовой косметике на организм человека, а также заинтересованность в этой теме.

Материалы и методы исследования. С помощью составленных нами анкет было проведено анкетирование ста человек разного возраста и пола. Анкета содержала 10 вопросов открытого и закрытого характера. К анкете была приложена памятка «вредные вещества, содержащиеся в уходовой косметике», представляющая собой теоретические основы данной темы, включающая ксенобиотики и последствия их применений в составе косметики. Статистическая обработка анкетирования была проведена с помощью критерия хи-квадрат Пирсона.

Результаты исследования. Из числа опрошенных 69 % женщин и 31 % мужчин, большинство составили лица молодого возраста 18-20 лет. Мы выяснили, что 51 % опрошенных обращает внимание на состав косметических средств при покупке. Однако 54% проанкетированных не знают, какие конкретно вредные компоненты могут в ней содержаться, исключение составили лишьпарабены. При этомбольшинство опрошенных (73%) доверяют детским уходовым средствам, считая их полностью безопасными. В вопросе «Готовы ли Вы отказаться от уходовых косметических средств и (или) заменить их полностью натуральной продукцией без содержания синтетически веществ» количество положительных ответов было равно количеству отрицательных. Это значит, что при наличии аналогов уходовой продукции натурального происхождения, половина населения выберет их. В конце опрошенные ознакомились с памяткой «Вредные вещества, содержащиеся в уходовой косметики», после чего ответили, интересна ли им эта тема. Ответ на этот вопрос подтверждает актуальность данной работы, поскольку подавляющее большинство (93%) заинтересованы в теме исследования.

Выводы. 1. Статистический анализ, проведенный с помощью критерия согласия (хи-квадрат) Пирсона, показал, что женщины достоверно чаще мужчин обращают внимание на состав косметических средств ($p<0,01$). Однако в вопросах безопасности детской косметики, возможности перехода на полностью натуральные уходовые средства, ориентации и заинтересованности в теме мужчины и женщины отвечали равноценно, то есть ответ на вопрос не имел статистической взаимосвязи с полом ($p>0.05$).

2. Несмотря на то, что большинство опрошенных обращает внимание на состав косметических средств при покупке (51%), население недостаточно хорошо знакомо с вопросом действия ксенобиотиков в составах косметики на организм человека

ВЛИЯНИЕ БЫТОВОГО МУСОРА НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА И ОКРУЖАЮЩУЮ СРЕДУ

Гаджиалиева Р.Х.- студентка 1 курса лечебного факультета

Кафедра медицинской биологии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель: канд. биол. наук. доцент Трунова С.А.

Актуальность:Сегодня экологический кризис затронул практически всю планету. Неизбежным спутником цивилизации является все большее количество бытовых и промышленных отходов человеческой жизни. Мусорные горы растут по всей планете.В среднем на одного жителя Земли в год накапливается около одной тонны отходов, но в целом это не много, ни мало, а 5 миллиардов тонн. Эта смесь, состоящая в основном из различных видов мусора, содержит металлы, стеклянную тару, макулатуру, пластмассу и пищевые отходы. Он содержит большое количество опасных отходов: ртуть из батарей, фосфорокарбонаты из люминесцентных ламп, токсичные химические вещества из бытовых растворителей, краски и предохранители деревянных покрытий, которые влияют на здоровье населения и загрязняют окружающую среду. Такое изобилие мусора, который накапливается на свалках и не утилизируется, угрожает экологической катастрофой, что в свою очередь, отрицательно сказывается на здоровье. В современном мире проблемы экологии являются наиболее «больными». И не только потому, что ситуация действительно угрожает, но и потому, что эти проблемы касаются всех без исключения.

Цель: изучить влияние мусора на здоровье человека и определить способы борьбы с ним.

Задачи:

-Выявить, какие виды мусора будут оказывать пагубное воздействие на организм;

-Определить причины увеличения мусора;

-Выяснить способы переработки отходов на предприятиях и мусора в быту;

-Найти применение бытовым отходам.

Материалы и методы исследования*:* Изучение теоретического материала на тему «Бытовые отходы и их влияние»

-Практическая работа: определение продолжительности хранения мусора в воде и в почве.

В своей исследовательской работе мы рассматриваем проблему загрязнения окружающей среды с состоянием здоровья населения. Эта проблема актуальна для людей моей планеты. Мв вижим, насколько загрязнено море, дороги и железные дороги заблокированы. Полиэтиленовые сугробы и горы консервных банок разрушили близлежащие парки и леса. Нас заинтересовало, как он повлияет на здоровье? Мы любим свою планету, и нам больно видеть, как грязные улицы отражаются на нас, поэтому я решили исследовать эту проблему.

Результаты исследования и заключение*:* Изучив теоретический материал на тему «Бытовой мусор и его влияние», после проведения исследования мы пришли к выводу:

На одного жителя Российской Федерации приходится около 300-400 кг бытовых отходов в год. В то же время масса отходов ежегодно увеличивается на 4-5%.

Мы решили выяснить, сколько и какой мусор выбрасывает одна семья. Мы взяли основные виды мусора, отсортировали и взвесили.

Оказывается, одна семья выбрасывает 18 кг мусора в месяц. Семья состояла из 5 человек, что означает 3,6 кг мусора на человека в месяц и около 216 кг в год, исключая домашний мусор в саду и на улице в летний сезон.

Все наши одногруппники провели такое же исследование.

Понедельник	вторник	среда	четверг	пятница	суббота	воскресенье	всего
3200 г	2300 г	2400 г	2100 г	2000 г	3000 г	2000 г	17 кг

Вывод: за неделю в семье каждого одногруппника накапливается 17 кг мусора. В группе 16 человек. В семьях моих одногрупников за неделю накоплено 1904 кг. за месяц 8160 кг, за год 99552 кг.

Проблема мусора должна быть решена сейчас, и нам нужно начинать, в первую очередь, с себя, со своей квартиры, школы, двора. Пусть с малых, но конкретных дел. Анализ фактов еще больше убедил меня в необходимости громогласно огласить всем, что мы, люди, можем сделать, чтобы защитить мир от гибели, от загрязнения.

Что делать?

Есть ли надежда на победу в «борьбе» с мусором?

В мире сбор вторичного сырья уже ведется. В большинстве развитых стран отдельные контейнеры используются для различных видов мусора: пищевых отходов, стекла, бумаги, опасных веществ и т. д. Это экономит деньги при их переработке. Например, пищевые отходы гораздо проще перерабатывать, затрачивая меньше энергии и денег, а непищевые требуют более рафинированной переработки. Кроме того, отдельные виды мусора (бумага, стекло, металл) нельзя уничтожать, а перерабатывать в полезные вещи. Мусору можно и нужно дать «вторую жизнь».

Если не мы, то кто!

Мы можем стать организаторами уборки улиц. Чистые улицы! Соберите металлический мусор, стекло, макулатуру для повторного использования. Это позволит сохранить природные ресурсы и уменьшить мусорные свалки. Узнайте как можно больше о жизни окружающей среды. Чем больше мы знаем, тем лучше мы сможем защитить его и, соответственно наше здоровье. Используйте ненужные вещи для создания чего-то нового. Если происходит то, что вы считаете неправильным – пишите людям или правительствам, от которого это зависит. Рисуйте то, о чем мечтаете и то чего не хотели - бы видеть рядом с собой.

Призывайте своим примером не наносить вред природе. Участвуйте в ежегодных субботниках по уборке мусора вокруг территории школы и в зоне, прилегающей к школе.

Все происходящие процессы зависят от самого человека.

Придёт время, и ваш район и село станет образцовым, другого выхода просто нет, иначе мусор погубит нас. Но для того, чтобы не усугублять проблему сегодня, необходимы не только усилия властей и специальных служб. Мусоровоз не приедет в лес или на море, чтобы убрать за нами пустую пластиковую бутылку, упаковку от жевательной резинки или шоколадного батончика. Нельзя где попало выбрасывать мусор. Его следует захватить с собой, чтобы он попал на свалку, где меньше будет разрушать нашу с вами среду обитания.

«Чисто не там, где метут, там, где не сорят» - гласит народная мудрость.

Литература:

1.Алексеев С.В. Экология. Учебное пособие для учащихся 10-11 кл. общеобразовательных учреждений разных видов. СМИО Пресс-1997г.

2.Прохоров Б. Б. «Экология человека» - терминологический словарь Ростов-на-Дону - 2005г.

3.Реймерс Н. Ф. Охрана природы и окружающей человека среды. Словарь - справ. Просвещ. - 1992г.

4.www.Kokshe.ghpp.kz.

5.www.Wikipedia.org.

ОЦЕНКА УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ В ДИНАМИКЕ У ШКОЛЬНИКОВ СТАРШИХ КЛАССОВ Г. ВОЛГОГРАДА

Гриценко Н.Д – студент 3 курса лечебного факультета, лаборант кафедры гистологии, цитологии, эмбриологии; Шибкина А.О., Пашков П.Д. – студенты 3 курса лечебного факультета

Кафедра гигиены и общей экологии

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, Волгоград, Россия,

Научный руководитель: зав. кафедрой, профессор, д.м.н. Н. И. Латышевская

Введение.Школьные годы это прекрасное и беззаботное время в жизни каждого человека. В современном обществе большое внимание уделяется подросткам школьного возраста, а так же различным вопросам, которые связаны с ними. Определение уровня личностной тревожности является важной частью для оценки, как успеваемости школьников, так и уровня их психологического состояния. Это поможет выявить степень готовности старшеклассника к экзаменам, которые являются первым серьезным испытанием, влияющим на их дальнейшую судьбу.

В период обучения и подготовки к экзаменам школьник может столкнуться с различными проблемами, связанными с его психическим и соматическим здоровьем. Определение уровня личностной тревожности покажет насколько школьник готов к скорым изменениям в своей жизни, но и поможет контролировать уровень тревожности, стресса и других факторов, которые могут повлиять на общее здоровье школьника.

Цель. Исследовать уровень тревожности у школьников старших классов г. Волгограда и проследить изменяется ли этот уровень в течении года на основании данных полученных в результате анкетирования учеников.

Материалы и методы. Объектов нашего исследования явились 148 школьников г.Волгограда, заканчивающих 11 класс в образовательных учреждениях, являющихся разными по профилю. Для проведения исследования были выбраны 3 школы, с разной нагрузкой на старшеклассников. Объектами исследования стали ученики следующих школ: МОУ лицей № 5 им. Ю.А.Гагарина с физико-математическим уклоном, МОУ лицей № 7 и МОУ СОШ № 33. Из них 79 юношей и 69девушек. Нами была взята анкета для определения личностной тревожности школьников Прихожан и переработана для более качественного тестирования старшеклассников. Полученные данные были обработаны в программе MicrosoftExcel согласно шкале оценок.

Результаты и обсуждения. Старшеклассникам были розданы анкеты с вариантами

ответов «Нет», «Немного», «Достаточно», «Значительно», и «Очень», чтобы они могли субъективно оценить, насколько предложенная в анкете ситуация тревожит их и способна вызвать волнение в реальной жизни. Проведенное социологическое исследование показало следующие результаты: на вопрос «Ответ у доски» ответили «Нет» 16 % учеников, «Немного» ответило 35 %, «Достаточно» - 20 %, «Значительно» ответили 19 % и «Очень» ответили 10 %. Сам процесс ответа у доски зависит от множества факторов, но в целом его можно назвать волнительным и вызывающим тревогу.

На вопрос «Писать контрольную работу, выполнять тест» ответили «Нет» 14% , «Немного» 37 % учеников, «Достаточно» 25 %, «Значительно» 16 % и «Очень» ответили 8 %. Здесь мы видим, что большинство учеников не выражают большого беспокойства во время самостоятельной контрольной работы. Это можно связать с отсутствием необходимости отвечать при всём классе и лично учителю, ученик предоставлен сам себе. На вопрос «Выступать перед зрителями» ответили «Нет» 13 %, «Немного» ответили 20 %, «Достаточно» ответило 20 %, «Значительно» ответило 20% и 27 %. Публичные выступления очень волнительны и вызывают сильный стресс у многих людей, не говоря уже о школьниках.

На вопрос «Смотришь как учитель оценивает твою работу» ответили «Нет» ответило 18 %, «Немного» ответило 32 %, «Достаточно» ответило 26 %, «Значительно» ответило 15 % и «Очень» ответило 9 %.

На вопрос «Каждый день думаешь о том, как выглядеть в коллективе среди одноклассников» ответило «Нет» 45 %, «Немного» ответили 35 %, «Достаточно» ответили 1 %, «Значительно» ответили 5 % и «Очень» ответили 3 % девушек. Скорее всего, такие ответы связаны с введением обязательной школьной формы, что исключает необходимость надевать дорогую и яркую одежду в школу, и вызывает падение у школьников интереса к своему внешнему виду.

	Варианты ответов									
	Юноши					Девушки				
№	Нет	Немного	Достаточно	Значительно	Очень	Нет	Немного	Достаточно	Значительно	Очень
1	56	40	50	48	50	44	60	50	52	50
2	53	58	51	22	27	47	42	49	78	73
3	47	58	48	47	43	53	42	52	53	57
4	55	48	41	36	77	45	52	59	64	23
5	61	52	16	29	0	39	48	84	71	100

Так же следует обратить внимание на тот факт, что ученики профильного образовательного учреждения по результатам анкетирования ощущают себя более уверенно в стрессовых ситуациях связанных с образовательной программой. Возможно, это связано с более высокой нагрузкой в учебной программ, которая оказывается в лицее сильнее, чем в общеобразовательной школе. В учреждении, которое тоже является лицеем, но не является

профильным учреждением, так, же присутствует та связь, но по результатам анкетирования нагрузка здесь куда меньше, чем в вышеописанном образовательном учреждении.

В среднеобразовательной школе интенсивность нагрузки наименьшая и можно сказать, что ученики «предоставлены сами себе». Дополнительно для выявления общего уровня личностной тревожности школьникам было предложено самим проанализировать влияние триместровой системы на свое эмоциональное и общее состояние. По данным самоисследования и наблюдения за собой было выяснено, что ученики обоих лицеев в процентном соотношении 85% к 15% считают, что триместровая система только помогает более лучшей усвояемости материала и не даёт школьника переутомляться во время учебного года.

В общеобразовательном учреждении данное влияние триместровой системы на общее состояние здоровья, утомляемость и успеваемость заметило немного меньшее количество обучающихся, но результаты впечатляют. 73% сказало, что данное влияние ощутимо, 27% не особо заметило разницы.Также исследование показало, что для ребят, обучающихся в среднеобразовательном учреждении больше нужна дополнительная помощь в образовании, в связи, с чем они чаще прибегают к помощи репетитора. В лицеях тоже прибегают к такому методу, но процент таких учеников в несколько раз меньше. Так же не стоит, и забывать и дополнительных нагрузках в виде каких-либо секций или кружков, которые вносят свой вклад в увеличение уровня личностной тревожности и утомляемости для ребят.

Выводы. Подводя итоги проведенного исследования можно точно сказать, что наибольший вклад в развитие тревожности вносят:

1. образовательное учреждение
2. родители
3. дополнительные нагрузки (секции, дополнительное обучение с репетитором)

Не стоит забывать, что уровень личностной тревожности растет вслед за опасениями обучающегося перед неизведанным и поэтому школа и его домашняя обстановка должна помогать в преодолении подобных стрессовых ситуаций. Так же было выяснено положительное влияние новой системы обучения для нашей страны на примере образовательных учреждений г. Волгограда.Так же согласно проведённому анкетированию можно сделать выводы о том, что образовательные учреждения более высокого профиля дают больше необходимого материала для учащихся, чем в обычных школах. Это связано с тем, что в учебных заведениях с определённым профилем учебная программа выстроена с уклоном изучения предметов с частичновузовской программой. Именно это и даёт возможность ученикам из таких учреждений быстрее адаптироваться к вузовской среде, чем

это сделают остальные.

Литература:

Ситуативная и личностная тревожность подростка / Андреева И. Н. — 2012

Шкала личностной тревожности (А. М. Прихожан) — 2018

Журнал «Вопросы психического здоровья детей и подростков» — 2014

Школьная тревожность. Причины, следствия и профилактика /Тарасова С.Ю. — 2016

Неврозы и невротические состояния у детей и подростков: учеб. пособие/М. П. Дорошкевич, В. В. Калюжный.— 2014

МИКРОБИОЛОГИЯ

МЕДЛЕННЫЕ ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ НА ПРИМЕРЕ КОРИ И КРАСНУХИ

А.Г.Хаматярова, Э.Р.Ахметзянова, Я.А.Эрперт- студенты 1202 гр. лечебного факультета

Кафедра микробиологии

ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава РФ, Казань, Росссия

Научный руководитель - асс. П.Е. Гуляев

Медленные вирусные инфекции имеют хроническое течение и очень продолжительный инкубационный период. После окончания периода неуклонно начинают проявляться симптомы заболеваний, которые всегда заканчиваются летально. Медленность инфекции связана с персистенцией вируса, которая характеризуется специфичным взаимодействием с организмом хозяина. Несмотря на развитие патологического процесса, болезнь на данном этапе никак себя не проявляет.

Актуальность: на сегодняшний день точно неизвестны факторы, которые способствуют медленному протеканию болезни. По одной из версии болезнь может возникнуть из-за нарушения иммунологической реактивности, которая сопровождается слабой продукцией антител. Такие антитела не способны нейтрализовать вирус. По другой версии вирусы, длительно персистирующие в организме вызывают пролиферативные внутриклеточные процессы, которые и приводят к медленному развитию болезни.

Цель работы: изучить развитие медленных вирусных инфекции, факторов их вызывающих и их исход.

Методы: анализ литературы и обобщение данных о медленных вирусных инфекциях.

Результаты: возбудителями медленных вирусных инфекции выступают обычные вирусы. В нашей работе мы рассмотрели вирус кори и вирус краснухи. Данные вирусы могут вызвать соответственно подострый склерозирующий панэнцефалит и врожденную краснуху. При ПСПЭ поражается центральная нервная система. Характеризуется данная болезнь медленным распадом интеллекта, двигательными расстройствами, появлением ригидности. Всегда заканчивается летально. Вирус обладает гемолизирующей и гемаглютинирующей активностями. Для врожденной краснухи характерно внутриутробное заражение плода, которая обуславливается медленным поражением органов и как следствие развитие множественных аномалий и пороков различных органов. Вирус обладает гемглютинирующей и комплементсвязывающей активностью. Результатом врожденной краснухи является прогрессирующий краснушный панэнцефалит, которая также

характеризуется поражением центральной нервной системы и завершается смертью.

Выводы: Источниками инфекции являются инфицированный человек, но для большинства медленных вирусных инфекции источник не известен. Эпидемиология инфекции связана, прежде всего, с географической распространенностью.

МОНИТОРИНГ МИКРОБНОЙ ОБСЕМЕНЕННОСТИ ВОЗДУШНОЙ СРЕДЫ ПОМЕЩЕНИЙ ЛЕКЦИОННЫХ УЧЕБНЫХ АУДИТОРИЙ ВУЗА

С. В. Волобуев – к.б.н., старший преподаватель

Кафедра микробиологии

Военно-медицинской академии имени С.М.Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Научный руководитель – д.м.н., проф. В. Б. Сбойчаков

Актуальность. Микробиота воздушной среды помещений различного назначения привлекает всё большее внимание не только практикующих клиницистов и специалистов санитарно-эпидемиологического профиля, но и исследователей, занимающихся фундаментальными вопросами биоразнообразия объектов антропогенной среды. Аэробиота практически во всех типах зданий и помещений включает представителей как бактериальной, так и грибной природы. В свою очередь, именно микроскопические грибы (плесневые и дрожжевые) постоянно пополняют список биологических агентов, вызывающих не только поражения отделочных и строительных материалов, но и влияющих на здоровье человека. Наибольшую опасность при этом представляют достаточно широко распространенные оппортунистические виды микромицетов для лиц с ослабленным иммунным статусом, заболеваниями органов дыхания, аллергиями и т.д.

Цель исследования. Целью работы было проведение комплексного микробиологического обследования воздушной среды (определение общего содержания микроорганизмов, количества *Staphylococcus aureus*, плесневых и дрожжевых грибов в 1 м^3 воздуха) учебных аудиторий до и после проведения лекционных занятий в данных помещениях.

Материалы и методы исследования. Пробы воздуха для исследования отбирали в помещениях трёх учебных аудиторий ВМедА, а также в коридоре и на улице (контроль) в трехкратной повторности аспирационным методом при помощи автоматического пробоотборника ПУ-1Б (ЗАО «Химко») на агаризованные среды: мясопептонный агар (МПА), желточно-солевой агар (ЖСА) и мальц-экстракт-агар (МЕА) до начала и после проведения лекций.

Результаты исследования. Показатель общего микробного числа (грибов и бактерий) (ОМЧ) варьировал в пределах от 286 до 1220 КОЕ на 1 м^3 воздуха, что может быть связано с различными уровнями заполненности лекционных аудиторий. Наибольшие значения ОМЧ

были получены для воздуха в коридоре после занятий (в среднем – 961 КОЕ/м^3). Для каждой из обследованных аудиторий было отмечено достоверное увеличение показателя ОМЧ после проведения лекционных занятий по сравнению со значениями, полученными до их начала (в среднем наблюдалось увеличение от 356 до 774 КОЕ/м^3). Подобная динамика наблюдалась и в отношении *S. aureus*, численность которого после завершения занятий увеличивалась в среднем в 1,5 раза, достигая значений 54 КОЕ/м^3. Результаты оценки плесневых и дрожжевых грибов в воздушной среде лекционных аудиторий показали их присутствие после занятий в количестве 80-115 КОЕ/м^3, что не превышает условный предельно допустимый уровень. Качественный анализ видового состава микромицетов показал присутствие *Aspergillusniger*, *Aureobasidium* sp., *Chaetomium* sp., *Cladosporiumcladosporioides*, *Penicilliumaurantiogriseum*, *Penicilliumchrysogenum*, *Penicillium* sp., *Rhodotorula* sp. Среди выявленных микроскопических грибов представлены типичные обитатели городских почв и филлопланы, а также широко распространенные контаминанты воздушной среды антропогенных местообитаний. Отдельные представители входят в группу условно-патогенных для человека видов грибов. Наиболее вероятной причиной увеличения количества плесневых и дрожжевых микромицетов в воздушной среде аудиторий можно считать привнесение спор грибов на обуви и верхней одежде слушателей вместе с частицами городской пыли и грунта.

Выводы. На основании проведенного исследования следует рекомендовать осуществление регулярного мониторинга микробной обсемененности воздушной среды в учебных помещениях с высокой численностью обучающихся (лекционные аудитории), а также оптимизировать регламент влажной уборки и использования помещений, предусматривающий эффективную циркуляцию воздушных потоков через очищающие фильтры. Кроме того, немаловажным фактором снижения уровня микробной загрязненности воздуха является использование сменной обуви и исключение сквозного уличного проветривания помещений.

МЕТИЦИЛЛИНРЕЗИСТЕНТНЫЕ СТАФИЛОКОККИ: ПРОБЛЕМА РАСПРОСТРАНЕНИЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ ДАГЕСТАНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Ш.Р. Омарова – студентка 3-го курса 9 группы лечебного факультета

Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель: доцент Т.В. Царуева.

Актуальность. Метициллинрезистентные золотистые стафилококки (MRSA) является

ведущими возбудителями госпитальных инфекций. Они впервые были описаны в 1961 году в Англии, а в настоящее время распространенны по всему миру. Важнейшие особенности MRSA – это устойчивость к большинству β -лактамных антибиотиков, а также высокая частота ассоциированной резистентности к антибиотикам других групп. Особую тревогу вызывает появление и распространение MRSA со сниженной чувствительностью к ванкомицину и изолятам, устойчивым к даптомицину, линезолиду, тигециклину и цефтаролину. Изоляты со сниженной чувствительностью к этим препаратам уже регистрируются и в Российской Федерации.

Золотистый стафилококк (Staphylococcus) – наиболее частый патоген человека, вызывающий гнойно-воспалительные процессы: инфекции кожи, мягких тканей, остеомиелиты, пневмонии, сепсис, пищевые токсикоинфекции и т.д. Кроме того, Staphylococcusaureus является представителем нормальной микробиоты человека. Установлено, что золотистый стафилококк встречается у 30-60% человеческой популяции и бессимптомно колонизирует слизистые оболочки и кожу. По количеству летальных исходов MRSA лидируют среди других мультирезистентных бактерий. В США от инфекций, обусловленных мультирезистентными бактериями, погибают около 23 тыс. американцев в год, из них 11 тыс. приходит на MRSA. (CDC MRSA Statistics, 2013г.)

Цель. Учитывая актуальность проблемы, была поставлена цель, изучить динамику высеваемости и антибиотикорезистентности штаммов стафилококков, выделенных у студентов лечебного факультета ДГМУ за 5-летний период. (2014-2018 гг.)

Материал и методы исследования. Исследованию подвергнуты 785 штаммов стафилококков, которые выделены у студентов 3-го курса лечебного факультета ДГМУ за период 2014-2018 гг. Из них 476 штаммов Staphylococcusaureus и 309 штаммов Staphylococcusepidermidis. За анализируемый период было обследовано 714 студентов (таблица 1).

Клинические образцы брали 4 стерильными тампонами (по 2 тампона для взятия материала из биотопов «слизистая оболочка носа» и «зев»).

Один тампон использовали для приготовления мазка, второй тампон для посева на ЖА и кровяной агар. Мазки красили по Грамму, а посевы инкубировали на 24-48 часов при температуре 37°С. У выделенных штаммов были изучены морфологические, тинкториальные, биохимические свойства, а также способность к плазмокоагуляции, лецитиназной активности и ферментации маннита в анаэробных условиях.

Диско-диффузионным методом проводили определение чувствительности к антибиотикам в соответствии с рекомендациями и методическими указаниями по определению чувствительности микробиоты к антибактериальными препаратами. Затем

использовали диски с антибиотиками производства фирмы BBL BectonDickinson (USA). Тестировали следующие антибиотики: фузидиева кислота, пенициллин, рифампицин, гентамицин,азитромицин, левофлоксацин, оксациллин, эритромицин, ципрофлоксацин. Обработку полученных результатов осуществляли с использованием программ «Микроб-2» и «Микроб-автомат».

Результаты исследования и обсуждения. Из клинического материала студентов Дагестанского медицинского университета был выявлен анализ высеваемости штаммов Staphylococcusaureus, который показал что указанный период частота выделения стафилококков по годам существенно различались в пределах 115-138 с повышением в 2018г.

Собранные данные свидетельствуют о том, что за анализируемый период частота выделения штаммов Staphylococcusaureus и Staphylococcusepidermidis увеличилась по годам соответственно 140 и 123 штаммов 2014 году и 151 и 147 штаммов в 2018г.

Следует отметить, что ввиду внутрибольничной инфекции, вызванной устойчивыми к антибактериальным препаратам бактериями, представляет угрозу для жизни больного, а также беременных и новорожденных. В настоящее время необходимы новые антибиотики, особенно активные в отношении как грамположительных, так и грамотрицательных бактерий с мультилекарственной устойчивостью.

При анализе чувствительности Staphylococcusaureus к антибиотикам было выявлено, что удельный вес чувствительных штаммов к левофлоксоцину увеличился: в 2014 г. – 98,4%, а в 2018г. – 99,2% (Таблица 4).

Как видно на данных, представленных в таблице 4, наибольшую чувствительность выделенные штаммы Staphylococcusaureus проявили к фторхинолонам нового поколения: ципрофлоксацину (95,9%) и левофлоксацину (99,2%). Вероятно, такая высокая чувствительность стафилококков к фторхинолонам нового поколения обусловлена тем, что последние ещё не вошли широко в лечение инфекционно-воспалительной патологии и микроорганизмы не успели выработать резистентность к ним.

При оценке чувствительности стафилококков к антибиотикам, какой-либо четко выраженной тенденции в изменении чувствительности выделенных штаммов стафилококков к фторхинолонам нового поколения по годам не прослеживалась.

В работе установлено, что все штаммы Staphylococcusaureus, устойчивые к оксациллину (MRSA-штаммы), характеризовались ассоциированной устойчивостью к эритромицину, азитромицину и доксициклину.

Анализ результатов определения чувствительности к антибиотикам выявил за изучаемый период удельный вес чувствительных к фузидиевой кислоте и рифампицину

штаммов снизился соответственно с 91,7% и 96,4% в 2014г. до 80,2% и 82,5% в 2018г.

При оценке чувствительности стафилококков к фторхинолонам нового поколения левофлоксацину и ципрофлоксацину было установлено, что количество чувствительных штаммов к левофлоксацину (99,5%) больше, чем к ципрофлоксацину (95,7%).

Результаты предварительного анализа высеваемости стафилококков из материала студентов 2-3 курсов лечебного факультета и определение динамики за пятилетний период (2014-2018гг.) показал, что коагулазоположительные стафилококки в последние два- три года по нашим данным преобладает, несмотря на то, что по данным литературы коагулазоотрицательные стафилококки все более вытесняют коагулазоположительные.

В заключение хочу представить Вашему вниманию слайды-микрофотографии – морфологию и ллетициназнуюативность выделенных штаммов золотистого стафилококка на желточно-солевом агаре (ЖСА).

Выводы. 1. Проблема антибиотикорезистентности и высеваемости Staphylococcusaureus у студентов медицинских вузов актуальна тем, что студенты-носители антибиотикорезистентных штаммов стафилококков проходят практические занятия в клиниках (операционном блоках, отделениях новорожденных,в родильном), что влечет за собой развитие у стационарных пациентов нозокомиальных инфекций.

2. Изучение антибиотикорезистентности штаммов микроорганизмов, что в качестве антибиотиков выбора могут рассматриваться антибиотики, активные в отношении грамположительных и грамотрицательных кокков – фторхинолоны нового поколения.

АНТИБИОТИКОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ K. PNEUMONIAE У БОЛЬНЫХ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Саидова З.М., ассистент

Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научные руководители: д.м.н., профессор Ахмедханов С.Ш.

к.м.н., доц. Саидова Б.М.

Актуальность

В последние десятилетия наблюдается рост частоты заболеваний, вызванных условно – патогенными бактериями семейства Enterobacteriaceae, в т.ч. и K. pneumoniae. K. pneumoniae является одним из значимых возбудителей внебольничной пневмонии. Этот возбудитель отнесен ВОЗ к группе возбудителей с «критически высоким уровнем приоритетности» (ВОЗ, 2017).

У клебсиелл spp. часто встречается резистентность к пенициллинам, цефалоспоринам,

вызванных выработкой плазмидных бета – лактамаз, а также бета – лактамаз расширенного спектра действия. У амбулаторных больных ЛПУ Санкт – Петербурга выделенные штаммы K. pneumoniae были чувствительны к имипенему в 100%, цефтриаксону 77%, к фторхинолонам – офлоксацину и ципрофлоксацину в 73 и 66% соответственно.

Проблема антибиотикорезистентности возбудителей бактериальных инфекций, в т.ч. инфекций, вызванных K. pneumoniae представляет серьезную угрозу для здравоохранения.

Цель исследования. В связи с этим целью нашего исследования было изучить антибиотикочувствительность K. pneumoniae, выделенных у больных с внебольничной пневмонией в лечебных учреждениях г. Махачкалы.

Материал и методы исследования:

В бактериологической лаборатории ГБУ «Центра экстренной медицинской помощи (ЦЭМП РКБ) МЗ РД проведено исследование мокроты у 844 больных с внебольничной пневмонией. Забор материала производили с соблюдением правил взятия, до начала антибактериальной терапии. Посев производили на кровяной агар, ЖСА. Бактериологическое исследование проводили согласно действующего и ныне Приказа МЗ СССР №535 от 25 апреля 1985. K. pneumonia был выделен у 48 больных (5,6%) обследованных. Чувствительность к антибиотикам определяли диско – диффузионным методом с использованием стандартных дисков согласно методическим указаниям (МУК 4.2.1890.04).

Результаты исследования и их обсуждение

Полученные результаты представлены в таблице.

Таблица

Антибиотикочувствительность штаммов K. pneumoniae выделенных у больных с внебольничной пневмонией

Антибиотик	Чувствительность в %	Промежуточная чувствительность в %	Устойчивость в %
офлоксацин	87,5	10,4	2,0
ципрофлоксацин	82,9	12,8	4,3
цефтриаксон	83,3	8,3	8,3
амикацин	79,2	20,8	-
азитромицин	74,1	22,0	3,9
цефалексин	7,1	21,4	71,4
стрептомицин	14,3	42,8	42,8
рифампицин	15,0	25,0	60,0
тобрамицин	27,3	36,3	36,3

меропенем	80,0	12,9	6,5
гентамицин	47,0	41,2	11,8
амоксициллин	42,8	14,3	42,8

Как видно из таблицы наиболее высокая чувствительность кK. pneumoniae отмечалась к офлоксацину (87,5%), цефтриаксону (83,3%), ципрофлоксацину (82,9%), меропенему (80,0%), амикацину (79,2%), азитромицину (74,1). Низкая чувствительность отмечалась к таким антибиотикам как цефалексин (7,1%), стрептомицин (14,3%), рифампицин (15,0), тобрамицин (27,3%).

Выводы: Таким образом, выделенные штаммы K. pneumoniae чувствительны с высокой частотой к таким антибиотикам как карбапенемы (меропенем), фторхинолоны (офлоксацин, ципрофлоксацин), цефтриаксон, амикацин, азитромицин, что необходимо учесть при антибактериальной терапии внебольничных пневмоний в регионе.

Литература:

Анганова Е.В., Ветохина А.В., Распопина Л.А. Состояние антибиотикорезистентности Klebsiellapneumonia //Ж. Wмикробиол. 2017, №5, с. 70-77

Тец В.В. Микроорганизмы и антибиотики. Нозокомиальные инфекции. Спб «КЛЕ-Т», 2007, 132 с.

WHO publishes list of bacteria for which new antibiotics are urgenly needed. WHO, 2017

МИКРОФЛОРА НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

А. Э. Полухинских, А.В. Асланова - студентки 406 гр. педиатрического факультета

Кафедра микробиологии и вирусологии

ФГБОУ ВО ПГМУ им академика Е.А. Вагнера минздрава россиим. академика Е.А.Вагнера Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научные руководители– к.м.н Быкова Л.П.

Актуальность. На протяжении многих лет, в России, эпидемическая обстановка по ВИЧ-инфекции остается напряженной. Уровень заболеваемости не только остается высоким, но и имеет тенденцию к увеличению, повышается смертность. Кроме того, происходит переход эпидемии из концентрированной стадии (уязвимые группы) в генерализованную. По данным Роспотребнадзора и Федерального центра по профилактике и борьбе с синдромом приобретённого иммунодефицита (СПИДом), начиная с 1987 г., вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) заразились более 700 тыс. россиян, в том числе более 4,5 тыс. детей. Актуальность данной проблемы возросла и на территории Пермского края. На данной территории за 2016-2017 года зарегистрировано 125,1 новых случаев ВИЧ-инфекции на 100

тыс. населения. В 2017 году заболеваемость возросла на 13,1% по сравнению с предыдущим годом.

При развитии синдрома иммунодефицита у ВИЧ инфицированных пациентов часто возникают «оппортунистические заболевания», которые являются определяющим фактором в прогнозе течения заболевания. По литературным данным у 25-60% пациентов с ВИЧ-инфекцией поражается дыхательная система. Наиболее часто встречающимся оппортунистическим заболеванием данной категории больных является пневмония различного генеза. У ВИЧ-инфицированных пациентов возбудителями пневмонии является широкий спектр разнообразных условно-патогенных и патогенных микроорганизмов, которые отличаются по видовому составу и соотношению инфекционных агентов от возбудителей у пациентов, не зараженных ВИЧ. Однако из-за недостаточной настороженности врачей в отношении ВИЧ-инфекции диагностика иммунодефицитной пневмонии очень затруднена. Пациенты, страдающие от такой пневмонии, с момента обращения и до раскрытия истинной природы заболевания, вынуждены проходить широкий спектр диагностических мероприятий, чтобы исключить различные патологии, что приводит к ухудшению их состояния и, к летальному исходу. Именно поэтому оценка структуры и динамики изменений микробного пейзажа у ВИЧ-инфицированных пациентов остается актуальной для выбора терапии и разработки профилактических мероприятий для этой группы пациентов.

Цель исследования.Оценка видового состава и динамики частоты встречаемости высеваемых микроорганизмов при микрофлоры нижних дыхательных путей у ВИЧ инфицированных пациентов с установленным диагнозом внебольничной пневмонии, а также определение фосфолипазной активности грибов рода Candida, выделенных из зева ВИЧ-инфицированных пациентов.

Материалы и методы исследования.Проведена статистическая обработка данных исследований мокроты ВИЧ-инфицированных пациентов в период с 2014 по 2018 год. В ходе исследования изучено 586 проб мокроты. Изучен видовой состав микрофлоры нижних дыхательных путей и изменения частоты встречаемости микроорганизмов и определен характер микробных отношений в ассоциациях, с расчетом коэффициента Жаккара. Параллельно было проведено определение фосфолипазной активности грибов рода Candida, высеваемых у данных пациентов.

Результаты исследования. При анализе результатов микробиологических исследований мокроты у ВИЧ инфицированных пациентов было установлено преобладание кокковой флоры (в проанализированных пробах обнаружение стрептококков – 43%). В видовом отношении среди данной группы преобладали Streptococcus pyogenes (64%). Второе месте по

частоте встречаемости занимает грибковая флора – Candida (35%). Наибольшую часть в видовом отношении, среди грибковой флоры занимает Candida albicans (84%), реже встречаются Candida glabrata и Candida krusei. Грамотрицательная флора в структуре микробного пейзажа нижних дыхательных путей у ВИЧ-инфицированных пациентов составила 9%, лдирующую позицию данной группы составили представители семейства Enterobacteriacae - 57%. Грамположительная флора составила 8% и в основном была представлена Staphylococcus aureus (66%) (Рис.1). Анализ изменений структуры микроорганизмов, выделенных из отделяемого нижних дыхательных путей, показал статистически значимый рост частоты встречаемости в мокроте Streptococcus pneumonia ($p<0,05$). При изучении симбиотических связей между микроорганизмами, выделяемыми в ассоциациях, слабый синергизм был отмечен в случае Candida albicans и Streptococcus α (коэффициент Жаккара 30%). Остальные микроорганизмы проявляют признаки антагонистических отношений (коэффициент Жаккара Candida albicans и Streptococcus pneumoniae - 11,7%, а Streptococcus группы А и Streptococcus группы В – 7,4%). При определение фосфолипазной активности грибов Candida были получены отрицательные результаты, что может свидетельствовать об отсутствии необходимости формирования этого фактора вирулентности у грибов рода Candida в условиях иммунодефицита макроорганизма.

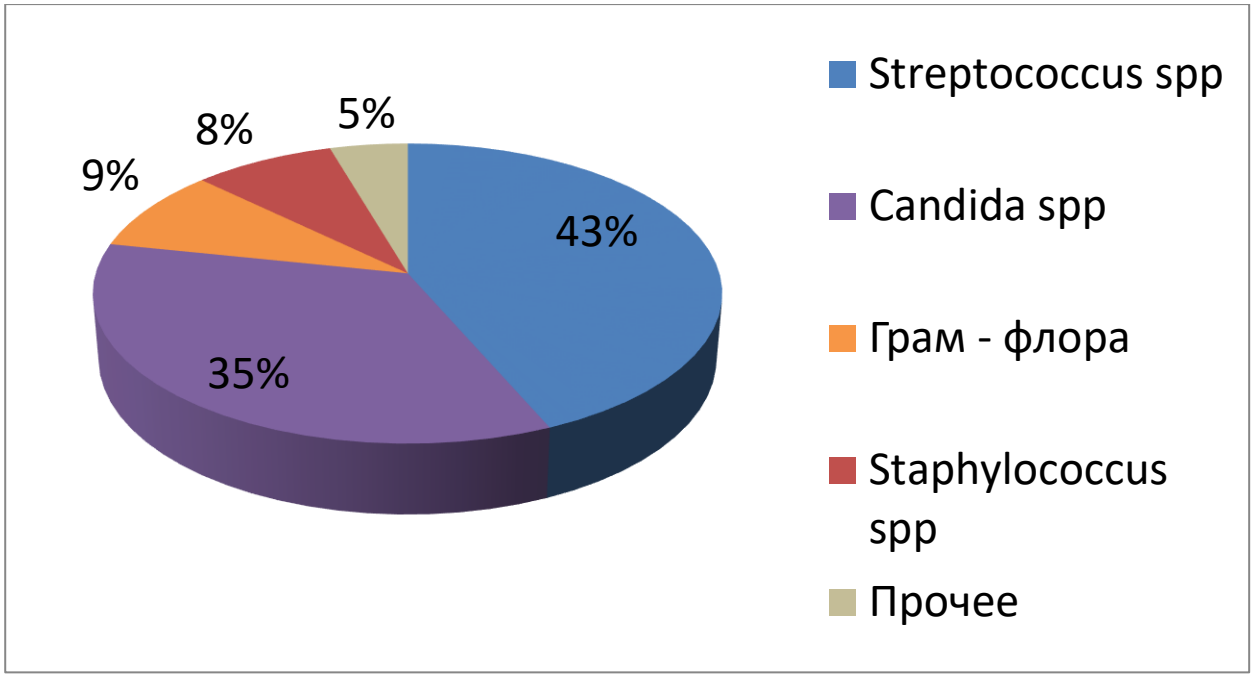


Рис.1 Состав микрофлоры у ВИЧ-инфицированных пациентов на территории Перми и Пермского края в период с 2014-2018 гг.

Выводы.При анализе микробного пейзажа нижних дыхательных путей у ВИЧ-инфицированных пациентов было выявлено разнообразие микроорганизмов с

преобладанием грамположительной кокковой флоры также среди представителей изучаемого биотопа значительную долю занимали грибы (35%). В период с 2014 г. по 2018 г. Наблюдается достоверный рост частоты встречаемости Streptococcus pneumonia. Количество других встречаемых микроорганизмов остается относительно постоянным. Оценке способности микроорганизмов к совместному существованию в пределах одного макроорганизма выявлено преобладание антагонистических взаимоотношений, о чем свидетельствует установленный коэффициент Жаккара менее 30% у большинства изученных микроорганизмов.

CLINICAL FEATURES, COURSE AND OUTCOME OF MENINGITIS AND MENINGOENCEPHALITIS IN CHILDREN IN THE CITY SHYMKENT

Joldassova A. A., master student of the 2nd year, specialty «Medicine»

Department of infectious diseases and dermatovenerology

South Kazakhstan medical academy, Shymkent, Republic of Kazakhstan

Scientific supervisor: PhD, professor Abuova G.N.

Urgency. Infectious diseases of the nervous system in children account for only 3-5% of all infectious diseases of childhood, but the severity of the lesion and the frequency of disabling manifestations determine the relevance of their study. Among infectious diseases in children of relevance, meningitis occupies an important place, which is due to their significant prevalence, the severity of clinical manifestations, the development of complications and high mortality.

According to WHO, 75% of all cases of viral lesions of the Central nervous system (meningitis, encephalitis) are in children under 14 years.

It is known that even a favorably ended viral meningitis, meningoencephalitis is left subsequently in children a neurological defect that causes mental delay and sensory deficiency. For children, this pathology is characterized by a special severity, high frequency of neurological complications and high mortality.

Purpose of research. To study the clinical features, course and outcomes of meningitis and meningoencephalitis in children for the period 2017-2018 according to the city infectious diseases hospital in the city Shymkent.

Materials and methods. The work was carried out on the basis of Infectious diseases hospital of the city of Shymkent. A retrospective analysis of the case histories of 248 children aged 4 months to 17 years with a diagnosis of meningitis and meningoencephalitis for the period 2017-2018 (the proportion of boys – 59.3%, girls – 40.7%). Of these, 92.3% were serous meningitis and meningoencephalitis, and 7.7% were purulent meningitis and meningoencephalitis.

Input, accumulation, storage and primary processing of research data were carried out using a personal computer and a package of Excel applications. Statistical processing of data obtained during the study was carried out using the program Statistica 13.

Results. In all children, the diagnosis of purulent meningitis was basic, and the diagnosis of serous meningitis as a complication of the main diagnosis. The average time from the beginning of the clinical picture to hospitalization of patients is 3.5 + 1.5 days.

The assessment of the distribution of patients by age revealed that among the patients, preschool children (from 3 to 7 years) dominated - 54.5% and school age (from 7 to 17 years) – 41.2% and only 2.6% were younger children and 1.7% - children under 1 year. These data are due to the fact that younger children are more limited in contacts than preschoolers and schoolchildren.

The study of the seasonality of meningitis revealed a high incidence of meningitis in the spring and summer months (71.9%), as well as in the autumn period (22.6%).

Among all of deciphered cases of Enterovirus at birth is 79.6%, N. Meningitidis accounted for 3.8%, S. pneumonia and 1.7%, H. Influenza and 1.7%, HSV type 1,2, or 8.9%, VZV 2.6% and meningitis of unspecified etiology is 1.7%.

The most common clinical symptoms in children with meningitis were fever (100%), headache (89.4%), vomiting (95.3%), decreased appetite (40.4). There was also weakness, lethargy, malaise. Frequency of vomiting was, on average, 5-6 times. Of the meningeal signs in 100% of cases, rigidity of the occipital muscles was noted, symptoms of Kernig and Brudzinsky were positive in 18.7% of patients, 5.5% of cases were weakly positive, in two cases doubtful and 74.5% negative, 3 children had a positive symptom of Lesage.

In the group of patients with serous meningitis (meningoencephalitis) changes in GBT in the majority were characterized by normocytosis, lack of neutrophilia, normal ESR. Only in 5 cases was low leukocytosis in the range of 10-13 thousand/mkl of blood with neutrophiles from 71% to 88% and accelerated erythrocyte sedimentation rate from 15 to 43 mm/h. The cerebrospinal fluid in all cases was characterized by a lymphocytic pleocytosis in the range of 10-682 kl in the field of view and increased total protein in all cases.

In patients with purulent meningitis (meningoencephalitis) in the general analysis of blood the majority of leukocytosis in the range of 9.9-31,0 thousand/mkl of blood, neutrophilia of 83% - 92%, accelerated ESR from 11 to 29 mm/h. In the cerebrospinal fluid occurred a pronounced neutrophil cell count (69%-95%) of the 210 cells to 20480 kl in sight. Protein in all children exceeded the norm 2-7 times (0.66 g/l-1.32 g/l).

As a treatment for serous meningitis, 92% of patients received an antibiotic, the duration of antibiotic therapy was on average 6 days. In purulent meningitis, antibiotic therapy was prescribed in 100% of cases and averaged 7-10 days.

Concomitant pathology was found in 7.4% of hospitalized patients diagnosed with serous meningitis (meningoencephalitis) and 31.6% of patients diagnosed with purulent meningitis (meningoencephalitis). The most common comorbidities were anemia (5.6%), as well as pneumonia, CMVI, hydrocephalus, epilepsy. 18% of children reported a variety of complications, such as: edema and brain swelling, toxic shock, disseminated intravascular coagulation syndrome, toxic hepatitis, OSLN. All children with complications according to the standard received intensive therapy in intensive care unit.

According to available research, the primary causative agent leading to serous meningitis are the causative agents of ARVI and EVI.

The average duration of hospitalization for serous meningitis is 9 + 1.1 bed days, and for purulent meningitis – 14.2 + 2.2 bed days.

In the absolute majority of children, meningitis and meningoencephalitis ended in complete recovery (96.8%), 3 children developed hemiparesis and sciatic neuropathy, in 5 cases there was a lethal outcome due to edema and swelling of the brain.

Summary. The study showed that meningitis in children is characterized by a variety of etiological causes. The most common causes of viral meningitis were enteroviruses, and bacterial meningitis N. meningitidis. The disease was seasonal. The rigidity of the occipital muscles with a triad of meningeal symptoms is an indication for a spinal puncture, with negative symptoms of Kernig and Brudzinsky. Determination of the level of total protein and pleocytosis in CSF in purulent and serous meningitis is of high diagnostic importance, but does not always correlate with the clinical picture of the disease. The disease occurred with complications of edema and swelling of the brain, ITS, DIC syndrome, toxic hepatitis and OSLN and led to death (in 2% of cases).

МЕТОДЫ БОРЬБЫ С КАРБАПЕНЕМАЗАМИ КЛЕБСИЕЛЛ

Аглиуллин Р.Ш., Нетфуллов Р.З., Сангаджиев М.С. - студенты гр.1303 лечебного факультета, Файзуллина А. Р.- студентка гр.2306 педиатрического факультета

Кафедра микробиологии и вирусологии

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, Казань, Россия

Научный руководитель: к.м.н., доцент Баязитова Л.Т.

Актуальность. В последние десятилетия в связи с приспособлением многих видов бактерий к действию химиотерапевтических средств очень остро стоит проблема поиска новых. Особую группу устойчивых микроорганизмов составляют клебсиеллы.

Цель исследования. Изучить различные виды карабапенемов и их чувствительность к карбапенемазам клебсиелл.

Клебсиеллы являются прямыми грамотрицательными палочками, располагаются

одиночно, парами, короткими цепочками, нередко образуют капсулы, подвижностью не обладают. По способу дыхания относятся к факультативным анаэробам. К факторам патогенности относятся эндотоксин, капсула, пили. Этот род микроорганизмов принадлежит к видам условно-патогенной флоры, что обозначает, что клебсиелла живет в организме полностью здоровых людей. Более того, установлено, что она является одним из важнейших элементов нормальной микрофлоры человека. Однако клебсиеллы, в целом относясь к условно-патогенных бактерий, могут вызывать целый ряд серьезных заболеваний человека. В норме бактерия нередко паразитирует на коже, слизистой оболочке верхних и нижних дыхательных путей. Если организм человека по разным причинам ослаблен, клебсиелла начинает усиленно размножаться, вызывая процессы воспаления в различных органах. В человеческом организме клебсиелла принимает форму палочки, но, попав в окружающую среду, она округляется и покрывается специальной оболочкой, именуемой капсулой. Из-за этого приспособления бактерии весьма устойчивы к действию неблагоприятных факторов окружающей среды. В ряде случаев основной причиной развития инфекционного процесса может являться ослабление собственных факторов иммунной защиты организма и активизация клебсиелл, которые обитают в тканях человека. Особенно часто появляются заболевания, вызываемые клебсиеллой, у грудничков. Это связано с особенностью иммунной системы детей и недостаточностью нормальных микроорганизмов в кишечнике, на коже, дыхательных путях. Помимо этого механизма, клебсиелла также нередко может попадать в организм вместе с плохо вымытыми фруктами, овощами, иногда водой. Вместе с почвой эта бактерия способна проникать через желудочно-кишечный тракт или недостаточно вымытые руки. В феврале 2017 года Всемирная организация здравоохранения причислила клебсиеллы к наиболее опасным бактериям в связи с их резистентностью к существующим антибактериальным препаратам, что обуславливает необходимость поиска средств борьбы с ними. Одними из возможных средств борьбы с ними могут явиться антибиотики карбапенемазного ряда. Карбапенемы относятся к классуβ-лактамных антибиотиков, с достаточно широким спектром действий, которые имеют структуру, обусловливающую их высокую устойчивость к бета- лактамазам, но они не устойчивы против нового вида бета-лактамаз NDM1.На июнь 2010, в США описано около 3 случаев носительства энтеробактериями гена NDM-1. В научном исследовании, опубликованном в августе 2010, было наличие гена было установлено в 37 случаях в Великобритании, и в 110 в различных местах в Индии и Пакистане. В 36 случаях ген несли бактерии вида Escherichiacoli, а в 111 — Klebsiellapneumoniae.

Выводы. Наличие карбапенемаз значильно ухудшает эффективность применения антибиотиков соответствующего ряда, что требует дополнительных исследований в области

изучения карбапенемазной активности клебсиелл.

БЫСТРЫЙ СПОСОБ ОБНАРУЖЕНИЯ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ТУБЕРКУЛЕЗА И ОПРЕДЕЛЕНИЯ ИХ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К АНТИБИОТИКАМ

Гасанов М.К. - студент 325 гр. лечебного факультета

Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии ДГМУ

Научные руководители: доцент Саидов М.С.

зав. лаб Р.П.Т.Д. Гадисова Э.М.

Актуальность. Туберкулез остается актуальной проблемой здравоохранения во всем мире , в том числе для различных регионов РФ . В мире насчитывается около 2 миллиардов человек ,инфицированных M. tuberculosis. В РД заболеваемость туберкулеза за последние 3 года несколько снизилось и составлял в 2016 году 30.2 на 100 тыс. населения .Несмотря на это в республике за последние годы увеличилась частота выделения от больных штаммов микобактерий туберкулеза , обладающих лекарственной устойчивостью ,что представляет серьезную угрозу в борьбе с этим заболеванием. Лечение туберкулеза заключается в длительном приеме антибактериальных препаратов ,которые как правило эффективны . Однако некоторые штаммы M. tuberculosis могут быть резистентны к одному или нескольким лекарственным препаратам ,что снижает вероятность излечения .К лекарственным средствам терапии туберкулеза I-ой линии относятся изониазид ,рифампицин ,этамбутол, пиразинамид .По данным ВОЗ резистентность к рифампицину встречается редко и у 95% изолятов, свидетельствует о резистентности к ряду других противотуберкулезных средств , по меньшей мере к двум препаратам к рифампицину и изониазиду .Определение M.tuberculosis в ПЦР с определением мутации гена rpoB , ассоциируется резистентностью к рифампицину , значительно ускоряет постановку диагноза с определением возбудителя чувствительного к терапии , так и устойчивого к ней .

Цель исследования. В связи с вышеизложенным целью нашего исследования было используя автоматизированную систему GeneXpert определить наличие микобактерий туберкулеза в исследуемом материале и изучить их резистентность к рифампицину.

Материал и методы исследования. Тест GeneXpertпроводили как со свежей мокротой ,так и с полученным осадком .Система GeneXpert включает реагенты для определения возбудителя туберкулеза и его резистентности к рифампицину . Праймеры в анализе GeneXpert амплифицируют порцию гена rpoB, определяющий резистентность к рифампицину .За 2018 год с помощью этого метода было обследовано 1342 чел.

Результаты исследования. Полученные результаты представлены в таблице 1,2

Таблица 1

Результаты обследования GeneXpert на туберкулез

Группы обследованных	Всего обследовано	С отрицательным результатом		С положительным результатом	
		абс	%	абс	%
1.С подозрением на туберкулез	1342	906	67,5%	436	32,5%
2.Больные с первичным туберкулезом				408	96,6%
3.Хронические				28	6,4%

Как видно из таблицы 1 ,из 1342 обследованных микобактерии туберкулеза были обнаружены 436(32,4%) , в том числе у 408(93,6%) первичных ,и у 28(6,4%) хронических больных .

У 436 больных определяли мутации гена rpoB, что свидетельствует о резистентности к рифампицину.

Результаты представлены в таблице 2

Таблица 2

Больные туберкулезом обследованных GeneXpertна резистентность к рифампицину.

Обследованные группы	Всего обследовано	Из них чувствительны к рифампицину		Устойчивы к рифампицину	
1.Больные туберкулезом	436	311	71,3%	125	28,7%
А)первичные				106	84,8%
Б)хронические				19	15,2%

Как видно из таблицы 2 возбудители туберкулеза, выделенные от 436 больных были чувствительны к рифампицину 311(71,3%), а штаммы микобактерий от 125 (28,7%) больных были устойчивы к рифампицину. Из 125 штаммов ,устойчивых к рифампицину ,106(84,,8%) принадлежат первичным больным ,а 19(15,2%)- хроническим.

Выводы. 1.Полученные результаты показали ,что при обследовании 1342-х больных с использованием системы GeneXpert микобактерии были обнаружены у 436(32,4%) больных .

2.Штаммы микобактерий ,выделенные у 125 пациентов (28,7%) были резистентны к рифампицину ,что свидетельствует о наличии мультирезистентнкости к противотуберкулезным препаратам.

РОЛЬ ХРОНИЧЕСКОЙ ТОКСОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ В ЭТИОЛОГИИ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ

Д.К. Нурмагомедова - студентка 325 гр. лечебного факультета

Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – к.м.н, доц. М.С. Саидов

Актуальность. Токсоплазмоз - широко распространенная протозойная инвазия, которая часто протекает в хронической латентной форме.

Токсоплазмозная инвазия распространена повсеместно и от 5 до 90% населения Земного шара имеют антитела к токсоплазмам. В различных регионах России частота инвазированности токсоплазмами колеблется от 15 до 30 % и выше. [1, 3, 6]

Тем не менее было установлено, что у беременных женщин с хронической токсоплазменной инвазией достоверно чаще, чем у женщин свободных от данной инвазии наблюдалась угроза прерывания беременности как в ранние, так и в поздние сроки. У этих женщин, чаще чем у женщин свободных от токсоплазмоза беременности заканчивались самопроизвольными выкидышами и преждевременными родами. Была также установлена связь между хронической токсоплазменной инвазией и воспалительными гинекологическими заболеваниями, как сальпингиты, сальпингоофориты, эндометриты, а также с бесплодием. [2, 4, 5, 6 и др.]

Целью исследования явилось изучение роли хронической приобретенной инвазии в происхождении женского бесплодия.

Материал и методы исследования

Нами была отобрана группа женщин детородного возраста, страдающих бесплодием в т.ч. 10 женщин с первичным бесплодием и 15 женщин со вторичным бесплодием. В качестве контрольной была отобрана группа женщин детородного возраста без патологии в анамнезе в количестве 20 чел. Обследование на токсоплазмоз проводили методом иммуноферментного анализа (ИФА) с определением IgM и IgG с использованием тест-систем «Вектор-Бест» (Новосибирск), а также методом непрямой реакции иммунофлюоресценции (РИФ) с помощью тест-систем «ТоксофлюоСкрин» «Ниар-Медик» (Москва).

Положительными считались титры антител в РИФ 1:64 и выше, в ИФА-1:3200 и выше.

Результаты исследования. Полученные результаты представлены в таблице.

Таблица

Инфицированность токсоплазмами женщин детородного возраста, страдающих бесплодием

Группы обследованных женщин	Всего обследовано	Из них инфицировано	
		абс.	в %
С первичным бесплодием	10	4	40% ±15,5
Со вторичным бесплодием	15	11	73,3%±11,4
Контрольная группа	20	6	30%±10,2

Как видно из таблицы инфицированность женщин страдающих вторичным бесплодием достоверно выше инфицированности женщин детородного возраста не имеющих акушерской патологии (73,1% против 30,0% $p \leq 0,05$), что согласуется с данными других исследователей [1, 2, 5 и др.]. Хотя инфицированность женщин, страдающих первичным бесплодием выше, чем инфицированность женщин контрольной группы, статистически значимой разницы не получено (40,0% против 30,0%, $p \geq 0,05$). Необходимы дальнейшие исследования для выяснения роли токсоплазмоза в происхождении первичного бесплодия.

Вывод

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют, что токсоплазмоз может быть причиной вторичного женского бесплодия, что вероятно, связано с воспалительными процессами гениталий токсоплазмозного генеза у них.

Использованная литература:

Гончаров Б.Д. Токсоплазмоз: Роль в инфекционной патологии человека и методы диагностики // Мед.паразитология 2005,-№4,-с. 52-58.

Колесникова-Тартынских, Л.А. Роль токсоплазменной инфекции в этиологии бесплодия у женщин. / Л.А. Колесникова-Тартынских // Эпидемиология инфекционные болезни. 1998.-№6.-С. 41-43.

Кузьмин В.Н. Современные аспекты диагностики и лечения токсоплазмоза. //Медицинская помощь-2009,-№2, С. 9-13.

Енькова Е.В. Исследование, моделирование и алгоритмизация диагностики и рационального лечения патологии беременности у женщин с хроническим токсоплазмозом. //Автореф. дисс. д.м.н., Воронеж, 2008

Саидов М.С., Саидова Б.М.Токсоплазмоз: роль в патологии беременности и плода. Махачкала, ИПЦ ДГМА,2011-120с.

KoloffelW.J., KaanJ.A Токсоплазмоз / Русский мед. журнал, 1995-tl., №5, с.37-41.

СЛАБЕЮЩИЕ АНТИБИОТИКИ И КРЕПЧАЮЩИЕ МИКРОБЫ

А.Н.Амирова, З.А.Фатулаева - студентки 508 гр. педиатрического факультета

Кафедра хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России,Махачкала,Россия

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

Актуальность. Ежегодно в мире израсходуется 100000 тонн антибиотиков и 40% самых распространенных возбудителей к ним устойчивы, значит, потребляем себе во вред. В каждом третьем случае коварные синегнойные и кишечные палочки не берет ни один из существующих препаратов. И в результате невероятно быстрого роста числа штаммов разнородных бактерий, резистентных к антибиотикам, учащается дисбактериоз, каждый 5-й уже аллергик.

Сегодня 30% хирургического контингента – больные с гнойными заболеваниями, треть операций нагнаиваются, в 50% послеоперационной летальности повинны микробы, миллиарды выплачивает государство по больничным листам из-за банальных фурункулов, маститов, панариций, проктитов, нагноений, ссадин, царапин, проколов.

Цель исследования. Показать на примере больных Республиканского отделения хирургической инфекции падение убойной силы антибиотиков и как десятилетиями крепчали гноеродные микроорганизмы.

Материалы и методы исследования. За 2017-2018 годы в клинической бак-лаборатории ГБ-1 было проведено 200 исследований различного биоматериала на микрофлору и чувствительность к антибиотикам. Чувствительность микробов к антибактериальным препаратам определена диско-диффузным методом на 30 видов антибиотиков на среде АГВ. Из них бак-посевы пациентов с различными гнойно-септическими заболеваниями в отделении хирургической инфекции составляли 36(18%). Причем с каждым годом число поступающих на лечение гнойных пациентов заодно и количество посевов только растет. К примеру: в 2017 г. было исследовано 75 с положительным результатом у 69, а в 2018 г. - 125 материалов больных, где рост колоний зарегистрирован в 115 случаях. В целом высеваемость колебалась в районе более 90%.

Как видно, около в 10-12% случаев посева получен отрицательный результат. Если отбросить погрешности при взятии биоматериала и его хранении (в выходные и праздничные дни), то причина не высева колоний, вероятно, кроется в назначении больному накануне антибиотиков широкого спектра действия или превалирование вирусов в гнойно-воспалительном процессе. В 88% у больных обнаружена монокультура, в остальных 12% -

смешанная флора. В случаях полиинфекции золотистый стафилококк сочетался с протеем, синегнойная палочка с клебсиеллой.

Результаты исследования. В 200 исследованиях высеваемая микрофлора была практически не чувствительна ко всем препаратам пенициллинового ряда, служащие некогда «грозой» для всех возбудителей гнойных заболеваний. Низкая чувствительность обнаружена: к норфлоксацину - 31.6%, эритромицину - 26,2%, ванкомицину - 24,4%.

Завидной чувствительностью к микробам сегодня обладает ряд антибиотиков лишь последнего поколения: меропенем - 95,5%, имипенем - 91,1%, ципрофлоксацин - 87,7%, цефотаксим - 68,8%, рифампицин - 84,4%. Достаточно высокий процент чувствительности сохранили также гентамицин, доксициклин, рифампицин. Одна беда: многие из них стоят хороших денег, и в стационарах их не всегда найти, а приобрести в аптеке из-за сравнительно низкого экономического уровня не каждый из нуждающихся дагестанцев сможет. Особенно это сказывается на поликлинических больных, где добрая половина составляют пенсионеры.

Выводы. В создавшейся ситуации мы придерживаемся рекомендуемых стандартов эффективности. Если на третьи сутки не появляется положительная динамика в течение гнойно-воспалительного процесса - антибиотик заменяем на новый из группы выбора или резерва. Касательно курсовой эффективности. Полагают, что курс эффективен в том случае, если позитивное действие лечения отмечается в пределах 10 дней терапии. Если за это время не видим улучшения - подбираем схему лечения другими препаратами. В любом случае применения одного и того же антибиотика более 14 дней считаем бессмысленным. Правда, больным септическими и хроническими остеомиелитами приходится делать некоторые исключения. Что касается сепсиса, то зачастую микрофлора местных гнойных очагов и посевов крови на стерильность не совпадают. Подбирать антибиотики чувствительные отдельно к микробам местным и циркулирующимся в крови удается с трудом. Почему они разнятся? Видимо до развития клинической картины сепсиса микрофлора в первичном очаге претерпевает изменения под влиянием более жизнестойкой внутригоспитальной микрофлоры.

ОБЩАЯ И БИОЛОГИЧЕСКАЯ ХИМИЯ

УРОВЕНЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА В ПЛАЗМЕ КРОВИ У ЛИЦ С СУБКЛИНИЕСКИМ ГИПЕРТИРЕОЗОМ

А. М. Чайковская, Д. И. Бородин - студенты 1212 гр. лечебного факультета

Кафедра биологической химии

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск

Научный руководитель - к.м.н., доцент Рутковская Ж.А.

Актуальность. Гиперхолестеролемия по данным различных эпидемиологических исследований встречается в 20-62% среди населения старше 30 лет и по данным ВОЗ обуславливает 7,9% от общей смертности. Согласно проведенным в 2016 году исследованиям STEPS в Республике Беларусь у 38,2% респондентов был зарегистрирован повышенный уровень холестерола в крови. Известно, что переедание, гиподинамия, нерациональное питание, генетические факторы определяют развитие дислипидемии.

Тиреоидные гормоны являются ведущими регуляторами основного обмена путем участия в метаболизме углеводов, липидов и белков. Связь между гипотиреозом и дислипидемией подтверждена в многочисленных исследованиях. Однако имеются ограниченные данные о влиянии субклинического гипертиреоза на регуляцию липидного обмена.

Цель: изучить некоторые показатели липидного обмена у лиц с субклиническим гипертиреозом.

Материалы и методы. Все обследованные – женщины в возрасте от 30 до 48 лет, с индексом массы тела 18,6 – 24,9 кг/м^2. Сформированы три группы пациентов: первая группа - контрольная (n = 25) - женщины, не имеющие нарушения функции щитовидной железы. Пациенты с болезнью Грейвса в состоянии субклинического гипертиреоза (n = 20) составили вторую группу (группа I). Третью группу (n = 45) составили пациентки с субклиническим гипертиреозом, обусловленным приемом левотироксина натрия после тотальной тиреоидэктомии по поводу папиллярного рака щитовидной железы (группа II).

Спектр лабораторных исследований включал определение содержания тиреотропного гормона (ТТГ), свободных фракций тиреоидных гормонов (тироксин (св.Т4) и трийодтиронин (св.Т3)) методом радиоиммунного анализа с использованием наборов 2-го поколения фирмы «Medipan diagnostic» (Германия) на счетчике «Wallac LKB 1272» фирмы «Clinigamma» (Финляндия).

Фракции липидов исследовали на биохимическом анализаторе «Technicon RA-XT» (США) с использованием наборов производства фирмы «Cormay DiAna» (Польша).

Уровень общего холестерина и триглицеридов определяли энзиматическим методом, содержание в сыворотке крови α-холестерола – методом избирательной преципитации, концентрацию апо-В-липопротеинов – турбодиметрическим методом. Расчет индекса атерогенности осуществляли согласно описанию Б. М. Липовецкого: индекс атерогенности=(общий холестерин – холестерин липопротеинов высокой плотности)/ холестерин липопротеинов высокой плотности.

Описание данных проводили с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0. Различия считали статистически значимыми при P<0,05.Корреляционный анализ между двумя количественными признаками выполняли по методу Спирмена (RS).

Результаты и их обсуждение. Анализ содержания холестерина и его фракций у пациентов с болезнью Грейвса (группа I) и пациентов, получающих супрессивную терапию в послеоперационном периоде папиллярного рака щитовидной железы (группа II) не выявил статистически значимых различий.

У пациентов обеих групп по сравнению со здоровыми лицами того же возраста установили достоверно более низкий уровеньобщего холестерола в сыворотке крови. Содержание последнего у пациентов группы I и группы II оказалось, соответственно, на 17% и 20% ниже, чем в контроле. Следует указать, что содержание общего холестерола не отражает в полной мере изменение липидного статуса, поскольку в транспорте холестерола по крови принимают участие разные классы липопротеинов. Известно, что липопротеины низкой плотности (ЛПНП) доставляют холестерол в периферические ткани. Поскольку клетки способны регулировать количество поступающего холестерола, то при избытке ЛПНП в крови их поступление в периферические клетки снижается, но увеличивается их поглощение макрофагами, что может привести к возникновению атером на сосудистой стенке. Липопротеины высокой плотности (ЛПВП), напротив, участвуют в обратном транспорте холестерола из периферических тканей, разгружая клетки от избытка холестерола и оказывают, тем самым, антиатерогенное действие.

В ходе изучения концентрации ЛПВП установили, что концентрация холестерола в ЛПВП снизилась у пациентов обеих в 1,2 раза по сравнению с контролем. Различия были статистически значимыми (P < 0,05) и у пациентов группы I медиана содержания ЛПВП составила 1,3 ммоль/л [1,1; 1,5], в групп II - 1,4 ммоль/л [1,1; 1,7] против 1,6 ммоль/л [1,4; 1,7] у здоровых лиц.

При исследовании концентрации холестерола в составе ЛПНП установили тенденцию (P < 0,1) к уменьшению уровня холестерола в составе этого класса липопротеинов.в обеих группах по сравнению с контролем. Так у пациентов группы I

медиана содержания ЛПНП составила 49,8 усл. ед. [40,6; 50,0] и в групп II – 50,0 усл. ед. [42,8; 51,3] против 53,3 усл.ед. [38,8; 54,1] у здоровых лиц.

Для оценки риска развития у пациента атеросклероза, как правило, рассчитывают индекс атерогенности. В нашем исследовании индекс атерогенности не имел различий у пациентов обеих групп, а также по сравнению с его величиной у здоровых лиц. Величина индекса атерогенности составила 1,9 [1,6; 2,0] в группе I и 1,8 [1,4; 1,9] в группе II против 1,8 в контроле.

Концентрация триацилглицеролов в плазме крови у обследованных не имела статистически значимых различий (P< 0,1) во всех группах исследовании и составила: 1,3 ммоль/л [1,0; 1,5] в контроле, у лиц на супрессивной терапии 1,3 ммоль/л [1,0; 1,4] и 1,2 ммоль/л [1,0; 1,4] у пациентов группы II.

Выводы.У лиц 30-48 лет при отсутствии ожирения (ИМТ 18,6-24,9 кг/м2), имеющих субклинический гипертиреоз, установили в плазме крови снижение уровня общего холестерола и холестерина ЛПВП и ЛПНП при не изменяющемся содержание трицилглицеролов. Это можно расценивать, как субклинические сдвиги в липидном метаболизме. С учетом известной роли тиреоидных гормонов в регуляции липидного обмена, осуществляемой путем контроля за синтезом и превращением холестерола, концентрацией ЛПНП и периферическим липолизом жировой ткани, остается неизвестным влияние установленных нами особенностей липидного состава крови на состояние и функцию сосудистой стенки у лиц в молодом возрасте, а также их роль в состоянии кардиоваскулярной системы в отсроченном периоде. В связи с этим представляется необходимым проведение дальнейших исследований о роли установленных нами субклинических метаболических сдвигов липидного обмена в патогенезе кардиоваскулярной патологии у данной категории пациентов.

КОМПЛЕКСНЫЕ СОЕДИНЕНИЯ В БИОМЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЯХ

М.М. Джамалдинова – студентка 301 гр. «Педиатрия», З.М. Кадыров – студент 308 гр. «Лечебное дело», Э.Л. Исаева – к.х.н., доцент

Кафедра химических дисциплин и фармакологии Медицинского института

ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет», Грозный, Россия

Научный руководитель – к.х.н., доцент Э.Л. Исаева

Актуальность. Медико-биологические свойства комплексных соединений переходных элементов, играющих весомую роль в биологических процессах живых систем, а также редкоземельных элементов, выступающих в качестве редкоземельных зондов в химии и биологии являются областью изучения ученых не одно десятилетие.

Цель исследования. Особый интерес у исследователей в области супрамолекулярной химии вызывают циклодекстрины, способные образовывать комплексы включения. Практическое значение таких комплексов весьма разнообразно. В частности, их можно использовать для обеспечения стабильности лекарственных препаратов, улучшения свойств этих препаратов, а также в целях адресной доставки препаратов к органам.

Материалы и методы исследования. Исследовано в твердом виде комплексообразование в системе β-циклодекстрин (β-CD)– тирозин – Eu^{3+}.

Полученный комплекс изучен методом ИК-спектрометрического анализа.

Результаты исследования.В полученном комплексе лигандом является аминокислота, которая содержит карбоксильную (COOH) и амино (NH_2)- группы. Согласно теоретическим данным при комплексообразовании с металлом в реакцию вступает карбоксильная группа. Метод инфракрасной спектроскопии для тройного комплекса показывает возможность получения комплекса в системе β-циклодекстрин (β-CD) – аминкислота– Eu^{3+}. ИК-спектры образцов содержат полосы поглощения, характерные как для β-ЦД, так и для молекулы «гостя».

Выводы. По полученным данным физико-химических измерений подтверждены состав и строение комплексных соединений. В частности, высказано предположение о том, что при образовании тройного комплекса аминокислота входит в полость циклодекстрина. Сохраняется молекула «гостя» в полости благодаря водородным связям. Карбоксильная группа (COO^-) способствует координации с Eu^{3+}. Причем карбоксильная группа находится за пределами полости циклодекстрина.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ПОЛИСАХАРИДОВ ТЫКВЫ НА АНТИОКСИДАНТНУЮ АКТИВНОСТЬ ОРГАНИЗМА КРЫС

Кяримов И.А. (4 курс пед. фак.), Кухтенкова Е.А., Злобина Е.А. (2 курс леч. фак.), Батманова С.П., Громова Т.Р.Кобельков Д.С., Трачкова В.В. (1 курс леч. фак.)

Кафедра общей и фармацевтической химии, кафедра биологической химии с курсом клинической лабораторной диагностики ФДПО

Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова

Научные руководители: к.б.н. доцент Лаксаева Е.А., к.б.н. доцент Звягина В.И.

Актуальность. Согласно литературным данным полисахариды (ПС) растительного происхождения обладают высокой биологической активностью, гипоаллергенны, повышают физическую работоспособность животных. Однако, до последнего времени не ясны механизмы такой выраженной биологической активности. Согласно данным Ю.Р. Синдаровского (2015г) молекулы пектинов, составляющих основу полисахаридов тыквы, содержат большое количество активных (свободных) карбоксильных групп, что может обеспечивать им высокий уровень антиоксидантной активности.

Цель работы - изучить влияние полисахаридов, выделенных из плодов тыквы, на показатели антиоксидантной системы организма лабораторных крыс.

Материалы и методы исследования. В исследовании использовались полисахариды, выделенные из спелой тыквы, 18 половозрелых белых крыс самцов линии WISTAR массой 220-270г. Все животные были разделены на три группы по 6 крыс :1 серия - интактные, 2 серия - крысы, подвергавшихся острой гипоксии, 3 серия - крысы, получавших ПС и подвергавшихся острой гипоксии. Препараты ПС вводили в виде 10% раствора ежедневно, внутрижелудочно, с помощью шприца в дозе 0,1 г/кг массы тела животного в течение 30 дней.

Для исследования антиоксидантной активности моделировали острую нормобарическую гипоксию с гиперкапнией у крыс, помещая животных в герметичный сосуд емкостью 1000 мл. Контрольных животных помещали в сосуд с открытым доступом воздуха. По окончании эксперимента у животных проводился забор сердца, тимуса, печени, мышечной ткани для биохимического исследования.

Для характеристики окислительной систем определяли окислительную модификацию белков (ОМБ) на спектрофотометре СФ-2000 при длинах волн 230, 254, 270, 280, 356, 363, 370, 428, 430, 434, 520, 535 нм, активность супероксиддисмутазы (СОД) в центрифугате органов при

длине волны 406 нм.

Результаты. Острая гипоксия повышает показатели спонтанной ОМБ на всех длинах волн в гомогенатах сердца, мышц и тимуса. Однако, наиболее выраженное повышение этих показателей наблюдается при длине волны 230 нм, которая характеризует альдегид - динитрофенилгидразоны нейтрального характера, являющиеся первичными маркерами окислительного стресса. Развитие окислительного стресса подтверждается статистически значимым повышением активности СОД во всех исследуемых органах. Моделирование острой гипоксии на фоне введения полисахаридов, выделенных из тыквы, не приводит к увеличению ОМБ и повышению активности СОД. Возможно, что протекторное действие ПС связано с наличием в их составе карбоксильных групп.

Выводы. Острая гипоксия с гиперкапнией вызывает увеличение показателей спонтанной окислительной модификации белков и повышение активности СОД в сердце, мышце и тимусе крыс. Полисахариды, выделенные из тыквы, предотвращают развитие окислительного стресса и сохраняют исследуемые показатели на уровне животных контрольной группы.

АППАРАТНАЯ ДИАГНОСТИКА ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ ШОВНОЙ ПОЛОСЫ МЕЖКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ

З.М. Абдурахманова – аспирант, Э.А. Алиев, М.Р. Рамазанов, А.М. Магомедов , М.И. Нестеров, М.М. Рамазанов

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

ФГБОУ ВПО ДГТУ, Махачкала, Россия

Введение. Несостоятельность швов межкишечных анастомозов до настоящего времени не преодолена[1,2,4].

Предупреждение несостоятельности швов после формирования межкишечного анастомоза является актуальной проблемой. Есть основания полагать, что несостоятельность швов анастомозов связана с нарушением гемоциркуляции в кишечных фрагментах, используемых для формирования анастомоза [5,6].

Разумеется, некоторые вопросы относительно межкишечных анастомозов необходимо изучить на первом этапе только в экспериментальных условиях на животных, а затем внедрять в клинику.

Целью исследования является разработка нового способа оценки жизнеспособности шовной полосы кишки для недопущения несостоятельности швов межкишечных анастомозов ишемического генеза.

Материал и методы исследования. В работе приведены результаты резекций кишки в эксперименте на 40 собаках и в клинике у 126 больных основной группы, у которых применен разработанный нами аппарат для исследования гемоциркуляции в зоне межкишечного анастомоза [3], и у 128 больных группы сравнения, которым резекцию кишки выполняли традиционным способом.

Критериями включения пациентов в исследования были: наличие хирургической патологии ободочной кишки; информированное письменное согласие пациента на участие в исследовании.

Критерии исключения больных из исследования составили: тяжелая почечная или печёночная недостаточность, хроническая сердечная недостаточность, отказ пациента от участия в данном исследовании.

Критериями выхода больных из исследования были: появление побочных действий лекарственных препаратов; отказ пациента от продолжения исследования и лечения.

Экспериментальные исследования проведены на собаках мужского пола весом 12–15 кг в соответствии с требованиями, утвержденными приказом МЗ СССР № 755 от 12 августа 1977 года, который изменён и подтверждён в приказе № 742 от 13.11.1984 года, и после разрешения этического комитета Даггосмедуниверситета.

Методика экспериментальных исследований заключалась в следующем. С целью премедикации собакам вводили внутримышечно 1% – 10 мл раствора димедрола и 1 мл кеторола. Индукцию в наркоз проводили масочным наркозом закиси азота с кислородом в соотношении 2:1. Основной наркоз поддерживали внутривенным введением тиопентала натрия в дозировке 10 мг/кг животного. Обезболивание достигнуто введением внутримышечно 0,5–1 мг/кг веса кеторола. Производили лапаротомию. Затем выбирали кишечную петлю и после мобилизации кишки производили ее резекцию. Исследовали артериальную кровь на насыщение кислородом гемоглобина в шовных полосах разработанным нами аппаратом (патент RU2581266 C2 в Роспатенте от 23.03.2016 г. и золотая медаль во Франции на международном инновационном салоне 11 сентября 2017 г.) приводящей и отводящей петель перед формированием межкишечного анастомоза. Брюшную полость послойно зашивали. Через 7, 14 и 30 суток собак выводили из эксперимента путем передозировки введенного внутривенно тиопентала натрия. Состояние межкишечных анастомозов изучали гистологическом методом.

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

Результаты исследования. В эксперименте на 40 собаках разработан кислородный

индекс шовной полосы. Из них в группу сравнения вошли 10 собак, а в основную – 30. Основные лабораторные анализы экспериментальных животных представлены в таблице 1.

Таблица 1

Основные лабораторные показатели 40 собак в эксперименте

Показатель	Перед операцией	Через 3 дня	P
Общий белок, г/л	62,5±2,5	58,6±3,2	<0,1
Мочевина, ммоль/л	5,4±0,4	4,2±0,2	<0,05
Креатинин, ммоль/л	50,5±1,5	44,6±1,4	<0,05
Калий, ммоль/л	4,2±0,2	3,8±1,1	<0,05
Гемоглобин, г/л	126,6±2,2	120,5±1,5	<0,05
Эритроциты, 10^{12} /л	6,7±0,3	5,2±0,2	<0,05
Лейкоциты г/л	7,2±0,4	8,1±0,5	<0,05

P<0,05 – достоверные отличия

При экспериментальных исследованиях у собак выявлены 3 зоны (рис. 1) насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови в шовной полосе кишки:

A — зона повышенного насыщения кислородом крови (Дс1–Дс2);

B — зона пониженного насыщения кислородом (Дс1–Дп1),

C — критическая зона насыщения кислородом крови – участок шовной полосы кишки между перевязанными прямыми сосудами Дп1–Дп2.

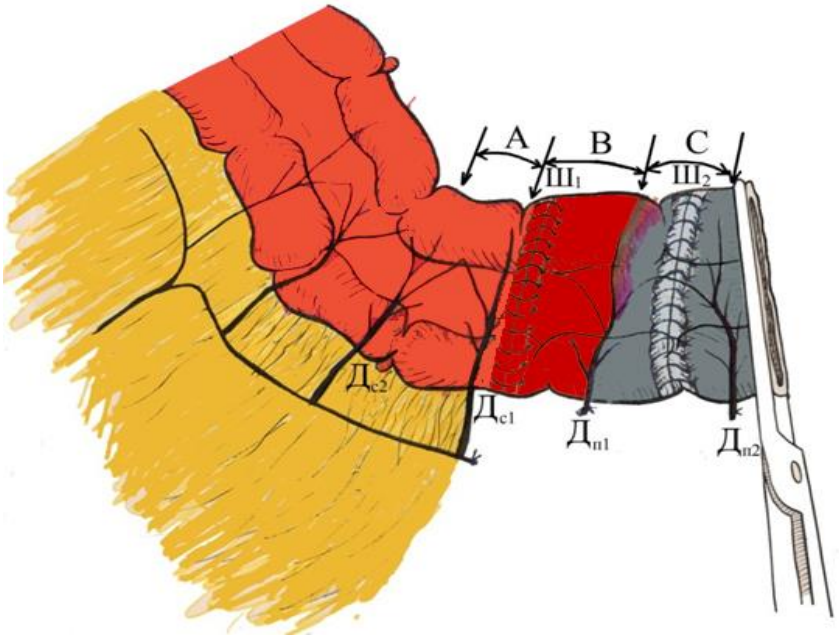


Рис. 1. Схема шовной полосы кишки.

Дс1 — первый сохранённый длинный прямой сосуд;

Дс2 — второй сохранённый длинный прямой сосуд;

Дп1 — первый перевязанный длинный прямой сосуд;

Дп2 — второй перевязанный длинный прямой сосуд;

А — зона повышенного интрамурального давления;

В — зона пониженного интрамурального давления;

С — критическая зона;

$Ш_1$— шовная линия межкишечного анастомоза у первого сохранённого длинного прямого сосуда.

$Ш_2$— шовная линия межкишечного анастомоза в критической зоне.

У 30 собак основной группы в зоне «А» повышенного насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови в проекции прямого сосуда Дс1 насыщение кислородом крови составило 97±1,5% проксимальной шовной полосы, а системное насыщение кислородом артериальной крови в проекции лапы после бритья составило 95±1%. В пониженной зоне «В» в проекции сосуда Дп1 насыщение кислородом артериальной крови составило в проксимальной шовной полосе 46±0,6% при том же системном насыщении кислородом в проекции лапы верхней конечности. В критической зоне «С» насыщение кислородом артериальной крови составило в проекции Дп2 16±0,4%.

В проекции перевязанных прямых сосудов показатели насыщения гемоглобина артериальной крови снижаются в связи с тем, что кровь не поступает в стенку кишки в проекции перевязанных прямых сосудов. Для получения объективных, адекватных результатов вычисляют кислородный индекс в виде соотношения показателя насыщения кислородом гемоглобина шовной полосы к показателю насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови на лапе животного. В проекции интрамуральной части первой сохранённой прямой артерии Дс1 проксимальной шовной полосы насыщение кислородом крови составило 97±1,5% при системном насыщении артериальной крови на лапе животного 95±1%. Кислородный индекс (КИ) проксимальной шовной полосы равен:

КИ=(97±1,5%):(95±1%)=1,02, что больше 1.

В проекции Дс1 дистальной шовной полосы обнаружено насыщение артериальной крови 96±1% при системном насыщении на лапе 95±1%. Аналогично вычисляем кислородный индекс жизнеспособности дистальной шовной полосы и равен 1,01, что больше 1.

Межкишечные анастомозы сформированы при кислородном индексе выше единицы. В послеоперационном периоде несостоятельности швов межкишечного анастомоза не было. Все собаки через 14 дней, 20 дней, 1 месяц, 2 и 3 месяца после операции были выведены из эксперимента путём передозировки наркозных средств. При гистологическом исследовании межкишечные анастомозы были состоятельны.

У 10 собак группы сравнения моделировали критическую зону шовной полосы и формировали межкишечный анастомоз в проекции $Ш_2$ после резекции ободочной кишки.

В проксимальной шовной полосе межкишечного анастомоза кислородный индекс был

ниже 1, и в дистальной шовной полосе также был ниже 1 (табл. 2).

Таблица 2. Насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови в сосудах шовной полосы после резекции ободочной кишки (группа сравнения,10 собак)

Насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови		Кислородный индекс	Шовная полоса
Интрамуральное	Общее		
17±0,6%	93±1%	КИ<1	Проксимальная
16±0,4%	93±1%	КИ<1	Дистальная

Обозначение в таблице: КИ — кислородный индекс жизнеспособности шовной полосы

В послеоперационном периоде все 10 собак умерли от перитонита вследствие несостоятельности швов на 6–7 сутки. При вскрытии обнаружены гистологически некрозы шовных полос у всех 10 собак.

Обсуждение полученных результатов. В эксперименте у 30 собак основной группы кислородный индекс жизнеспособности шовной поломы при формировании межкишечных анастомозов после резекций толстой кишки обнаружен выше 1. У всех 30 собак не установлена несостоятельность швов межкишечного анастомоза. У 10 собак группы сравнения, у которых кислородный индекс шовной полосы был ниже 1 при формировании межкишечного анастомоза, умерли после операции от перитонита вследствие несостоятельности швов анастомоза.

В клинике у 2 больных из 126 больных основной группы при формировании межкишечных анастомозов после резекции кишки, кислородный индекс жизнеспособности шовной полосы обнаружен ниже 1, то есть соотношение показателей насыщения кислородом артериальной крови шовной полосы межкишечного анастомозак показателям насыщения кислородом пальца кисти было ниже 1. На фоне желудочного кровотечения по поводу сопутствующей язвенной болезни у этих 2 больных гемоглобин крови был равен 45, а количество эритроцитов составило 2,2 грамм/литр. У 128 больных группы сравнения, у которых операции были выполнены до наших разработок и изобретений, несостоятельность швов межкишечных анастомозов установлена у 12(9,5%) больных. У 124 больных основной группы, у которых кислородный индекс жизнеспособности шовной полосы бы выше или равен 1в зоне межкишечного анастомоза после резекции кишки, несостоятельность швов анастомоза не установлена.

Выводы:

1.Разработанный нами кислородный индекс жизнеспособности шовной полосы эффективно исследует состояние гемоциркуляции в зоне межкишечного анастомоза.

2.Формирование межкишечных анастомозов после резекции кишки рекомендуем при

кислородном индексе жизнеспособности шовной полосы выше или равном 1.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жариков А.Н., Лубянский В.Г. Использование отсроченных межкишечных анастомозов у больных с острым мезентериальным тромбозом в бассейне ВБА // Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского. 2017. № 1. С.74–75.

2. Красильников Д.М., НиколаевЯ.Ю., Миннуллин М.М. Хирургическое лечение больных и пострадавших с несостоятельностью швов при заболеваниях и травмах органов желудочно-кишечного тракта // Медицинская практика. 2013. № 2. С.1–8.

3. Нестеров М.И., Рамазанов М.Р., Алиев Э.А., Абдурахманова З.М., Магомедов А.М. Аппарат для исследования сосудов полых органов во время хирургической операции. Патент RU2581266 от 20.04.2016.

4. Тимербулатов Ш.В., Фаязов Р.Р., МехдиевД.И., Гайнуллина Э.Н. Лечебная тактика при остром дивертикулите ободочной кишки // Тезисы XIX Съезда Общества эндоскопических хирургов (РОЭХ). М. 2016. С. 44–45.

5. Чернооков А.И., БагдасаровВ.В., БагдасароваЕ.А., АтаянА.А., ЯрковС.А., Багдасарова Д.В., Хачатрян Э.О. Эндоваскулярные технологии и результаты лечения острого нарушения мезентериального кровообращения // Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского. 2017. № 1. С.951–953.

6. Ярощук С.А.,БарановА.И., КаташеваЛ.Ю., Лещишин Я.М. Двухэтапное лечение осложнений острой мезентериальной ишемии // Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского. 2017. № 1. С.35.

ИЗМЕНЕНИЯ МОРФОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КРЫС ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ ИММУНОМОДУЛЯТОРА «ИМУНОФАН»

Д.В. Мосин - аспирант

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», Луганск, ЛНР

Научный руководитель – д.м.н., проф. С.А. Кащенко

Актуальность. Щитовидная железа – орган эндокринной системы, гормоны которого участвуют в регуляции обмена веществ и энергии, влияют на деятельность нервной и сердечно-сосудистой системы, а также на развитие организма в целом.

Щитовидная железа чувствительна к экзогенным и эндогенным факторам, что отражается в изменении ее морфологической структуры и функциональной активности. Об этом свидетельствует увеличение пораженности населения тироидной патологией на фоне неблагоприятной экологической обстановки и последствий аварии на Чернобыльской АЭС. Имеющаяся тесная взаимосвязь между иммунной и эндокринной системами позволяет при помощи иммуномодулирующей терапии усилить защитные силы организма и уменьшить влияние неблагоприятных факторов на функциональную активность щитовидной железы.

В частности, в последнее время широкое распространение получил препарат «Имунофан», обладающий выраженным иммунорегулирующим, детоксикационным, гепатопротекторным действием и вызывающий инактивацию свободнорадикальных и перекисных соединений.

Цель. Изучить влияние иммуномодулирующего препарата «Имунофан» на морфометрические параметры щитовидной железы лабораторных животных.

Материал и методы исследования. Эксперимент был выполнен на белых беспородных крысах-самцах молодого возраста, репродуктивного периода, массой 200±20 г, разделенных на 2 группы по 30 животных. Животным I группы (ИФ) был внутримышечно введен имунофан в дозировке 50 мкг (на 1-е, 3-е, 5-е, 7-е, 9-е сутки). Животным II группы (К) внутримышечно были введены эквивалентные объемы 0,9% раствора NaCl. После введения указанных выше препаратов на 1, 7, 15, 30 и 60 сутки животных выводили из эксперимента. Был производен забор щитовидных желез с последующей фиксацией в 10% растворе нейтрального формалина и стандартной гистологической проводкой. Гистологические срезы толщиной 5-7 мкм окрашивали гематоксилин-эозином. Стеклопрепараты изучали при помощи аппаратно-программного комплекса, проводили анализ полученных цифровых изображений с микроморфометрическими измерениями объектов. Определялись площадь фолликулярного эпителия и коллоида фолликула, наружный и внутренний диаметр фолликула, высота и площадь тироцитов (их цитоплазмы и ядер).

Оценку состояния активности щитовидной железы проводили при помощи вычисления ядерно-цитоплазматического отношения (ЯЦО), фолликулярно-коллоидного индекса (ФКИ) и индекса накопления коллоида (ИНК).

ЯЦО рассчитывали по формуле:

$$ЯЦО = Sя / Sц,$$

где Sя — площадь ядра клетки; Sц — площадь цитоплазмы тироцита.

ФКИ рассчитывали по формуле:

$$ФКИ= Sфэ / Sк,$$

где Sфэ — площадь фолликулярного эпителия; Sк — площадь коллоида.

ИНК рассчитывали по формуле:

$$ИНК = dф / 2hт,$$

где dф — внутренний диаметр фолликула; hт — высота тироцита.

Далее с помощью программы MS EXCEL проводили статистический анализ полученных данных. Достоверность расхождения показателей экспериментальной и контрольной групп животных определяли с использованием критерия Стьюдента: достоверными считали вероятность ошибки, которая была меньше или равна 5% ($p \leq 0,05$).

Результаты исследования. Положительная динамика морфометрических параметров щитовидной железы у группы животных, подвергшихся воздействию имунофана, была выявлена на всех сроках наблюдения. Однако, у животных, которых вывели из эксперимента на 1 сутки, достоверных отклонений ядерно-цитоплазматического отношения (ЯЦО), фолликулярно-коллоидного индекса (ФКИ) и индекса накопления коллоида (ИНК) по сравнению с показателями животных контрольной группы не имелось.

Статистически значимое увеличение ЯЦО у животных экспериментальной группы отмечалось на 15 и на 30 сутки наблюдения – на 9,02% и 11,20% соответственно по сравнению с группой контроля. На 60 сутки достоверных отличий между ЯЦО обеих групп животных выявлено не было.

ФКИ изменялся следующим образом: на 7 сутки наблюдения данный показатель превышал аналогичный параметр II группы (К) на 8,37%, на 15 и 60 сутки – на 20,91% и 47,16% соответственно. На 60 сутки наблюдения разница между ФКИ экспериментальной и контрольной групп животных уменьшалась и составляла 8,93%.

Изменения ИНК у животных экспериментальной группы имели обратный характер. Так, на 7 сутки наблюдения данный параметр был меньше показателей контрольной группы на 7,55%, на 15 и 30 стуки – на 16,00% и 29,13% соответственно. Однако, на 60 сутки наблюдения ИНК группы животных, получавших имунофан, был меньше ИНК группы контроля лишь на 7,52%.

Выводы. На 7, 15 и 30 сутки наблюдения после введения лабораторным животным иммуномодулирующего препарата «Имунофан» в дозировке 50 мкг выявлена динамика ЯЦО, ФКИ и ИНК, свидетельствующая об усилении функции щитовидной железы. Данные изменения имели обратимый характер.

IN VITRO ВЛИЯНИЕ 5мМ H_2O_2 НА ПРОЦЕСС ФРАГМЕНТАЦИИ БЕЛКОВЫХ МОЛЕКУЛ И ОКИСЛИТЕЛЬНУЮ МОДИФИКАЦИЮ БЕЛКОВ В ЛИЗОСОМАХ ПЕЧЕНИ КРЫС

Хиневич С.П., студентка 23 группы 5 курса лечебного факультета

Кафедра биологической химии с курсом клинической лабораторной диагностики ФДПО
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань, Россия
Научный руководитель – ассистент кафедры А.М. Кудлаева

Актуальность. Лизосомы активно изучаются прежде всего в медицинском аспекте. Установлена связь лабилизации лизосом с клеточным повреждением и гибелью клетки. Применение агентов, увеличивающих проницаемость лизосомальной мембраны-эффективная терапевтическая стратегия во многих моделях рака. Данный механизм в настоящее время рассматривается в качестве противоопухолевой терапии. Известно, что один из факторов лабилизации лизосомальной мембраны может оказаться действие свободных радикалов, которые в лизосомах могут образовываться в ходе реакции Фентона. Окислительные модифицированные белки (ОМБ) являются продуктами токсического действия свободных радикалов. В силу широкой природной распространенности и стабильности продуктов их окисления, оценка ОМБ считается надежным маркером оксидативного стресса. Со своей стороны, ОМБ вызывает как минимум три типа изменений физико – химических свойств белковой молекулы: фрагментацию, агрегацию и подверженность к протеолизу. При деградации ОМБ происходит накопление продуктов их фрагментации. Уровень данных продуктов и отображают вещества низкой и средней молекулярной массы (ВНИСММ) – конечные продукты обмена и свобнорадикального окисления. На некоторых экспериментальных модельях установлено, что имеется прямая зависимость между ростом ВНИСММ и усилением свободнорадикальных процессов в организме.

Цель исследования. Целью нашего исследования является: Оценить уровень фрагментации белковых молекул И ОМБ под действием 5мМ H_2O_2 invitro.

Материалы и методы исследования. Исследование проводили на суспензии лизосом, выделенных из гомогенатов печени крыс – самцов линии Wistar массой 280-330гр. После извлечения печени, готовили точные навески её участков. Далее полученный материал измельчали и подвергали гомогенизации. Гомогенаты подвергали 15 минутному центрифугированию при 3000 оборотах для осаждения не полностью разрушенных клеток и ядер. Надосадочную жидкость отбирали в отдельные гильзы пипеткой и центрифугировали 15 мин при 13000 оборотов для удаления митохондрий, а затем полученный супернатант дополнительно центрифугировали при 155000 в течение 30 мин. Полученные суспензии лизосом делили на 2 серии по 12 проб в каждой. Контрольную серию инкубировали в 2мл 0,25 М сахарозе, а опытную серию – в 2 мл раствора перекиси водорода в 0,25 М сахарозе с конечной концентрацией 5 мМ. Инкубация проводилась на водяной бане при температуре 37

˚С 2 часа. После инкубации лизосомы повторно центрифугировали. Затем отбирали надосадочную жидкость (неседиментируемая фракция, НСФ), а осадок (седиментируемая фракция, СФ) ресуспендировали в сахарозе с добавлением Тритона Х-100. ВНИСММ в НСФ определяли по методике М.Я. Малаховой. Содержание белка определяли колориметрически по методу Лоури коммерческим набором НПЦ Эко-Сервис (Санкт-Петербург). Для статистической обработки данных использовали программу «Microsoft Office Excel 2016» и программу Статистика 10. Для проверки статистической значимости отличий значений в контрольной и опытной группах использовали непараметрический U-критерий Манна-Уитни.

Результаты. В данном исследовании установлено, что уровень ВНИСММ при инкубации суспензии лизосом в 5мМ H_2O_2 растет по сравнению с соотвествующей группой контроля. ($p< 0,05$) Так же Было обнаружено, что 5 мМ перекись водорода статистически значимо увеличивает уровень карбонильных производных в суспензии лизосом при 2 часовой invitro инкубации по сравнению с группой контроля. ($p< 0,05$)

Выводы.Уровень ВНИСММ при инкубации в 5мМ H_2O_2 растет по сравнению с соответствующей группой контроля. Инкубация в 5мМ перекиси водорода 2 часа суспензии лизосом invitro приводит к росту окислительной модификации белков в изучаемых пробах по сравнению с контролем

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВНУТРИБРЮШИННОЙ ХИМИОГИПЕРТЕРМИЧЕСКОЙ ПЕРФУЗИИ В ЛЕЧЕНИИ КАНЦЕРОМАТОЗА БРЮШИНЫ У КРЫС С АСЦИТНОЙ ОПУХОЛЬЮ ЯИЧНИКА

И.В. Вервекин - студент 4 курса лечебного факультета

Отделение абдоминальной онкологии

ФГБОУ ВО ПСПБГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Научный руководитель - к.м.н. М.А. Беляев

Актуальность. Карциноматоз брюшины (КБ) – имплантационное метастазирование злокачественных новообразований желудочно-кишечного, овариального или мезенхимального происхождения. Канцероматоз брюшины развивается не менее чем у 20 – 30 % больных со злокачественными новообразованиями (ЗНО) органов брюшной полости. При этом из них доля рака поджелудочной железы – 40 %, рака желудка – в 30%, колоректального рака– до 10 %. Достаточно большой удельный вес занимают ЗНО женских половых органов, а именно яичников. Имеются данные, что на момент установки диагноза ЗНО яичников канцероматоз уже развился у 60 – 75% пациентов. Лечение перитонеального канцероматоза является достаточно сложной проблемой.

Системная химиотерапия в этом случае является малоэффективной. Средняя продолжительность жизни пациентов после постановки диагноза не превышает 6 месяцев, а 5-ти летняя выживаемость составляет 10%. В последнее время стандартом лечения стало проведение циторедуктивных операций совместно с методикой внутрибрюшинной химиогипертермической перфузии (HIPEC). Для достижения оптимального результата необходимо учитывать гистологическую картину, степень перитонеального метастатического индекса (PCI), проведение неоадъювантной химиотерапии перед хирургическим лечением.Современные исследования эффективности данной методики демонстрируют медиану выживаемости от 14.6 до 20 месяцев, а пятилетнюю выживаемость на уровне 24%.

Цель. Разработка, оценка эффективности и безопасности новых методов внутрибрюшного химиоперфузионного лечения карциноматоза брюшины на примере асцитной опухоли яичника (ОЯ) у крыс.

Задачи.

Апробировать модель канцероматоза брюшины у крыс для химиоперфузионного лечения.

Разработать экспериментальную технологию различных видов гипертермической интраперитонеальной химиоперфузии у крыс, определить оптимальные режимы химиоперфузии.

Изучить и сравнить безопасность и противоопухолевые эффекты различных видов гипертермической химиоперфузии в максимально переносимых дозах у крыс с канцероматозом брюшины.

Материал и методы. Исследование проведено на 60 крысах самках Вистар. Для эксперимента отбирались крысы в возрасте 2,5−3 месяца с массой тела 300–370 г. Использован штамм ОЯ, полученный из НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова. Штамм ОЯ постоянно перевивали в/б нескольким крысам. После предварительного пассажа на 7-й день после в/б перевивки ОЯ от одной крысы забирали асцит и перевивали здоровым крысам в/б. Все животные после перевивки опухоли рандомизировались на 3 группы: 1 – ВБХГТП с цисплатином по открытой методике 16 мг/кг (n=24); 2 – ВБХГТП с цисплатином по закрытой методике, 20 мг/кг (n=26); 3 – контрольная группа (n=10). Технология закрытой методики: у крысы под общей анестезией формируется два разреза брюшной стенки: первый (5-6 мм) – куда помещается катетер для притока перфузата и термометр, второй (6–8 мм) – куда помещается катетер для оттока перфузата. Технология закрытой техники: производилась срединная лапаротомия 2-2.5см, устанавливался и герметично подшивался к краям раны специальный эспандер, по сторонам от него устанавливались дренажи.

Химиоперфузия проводилась в течение часа при температуре 40°. Регистрировалась температура в брюшной полости, ЧД и ЧСС, интра- и послеоперационные осложнения, масса тела крыс в течение 14 дней после операции. Конечной точкой исследования была выживаемость. Крысы, прожившие 60 дней и боле без признаков опухолевого процесса, считались излеченными.

Результаты. Впервые осуществлено прямое сравнение результатов закрытой и открытой методик. Показано, что частота послеоперационных осложнений и токсичность лечения достоверно не различалась для 2х методик. Медиана выживаемости крыс после открытой методики превышала медиану выживаемости после закрытой (53 и 25 дней соответственно), несмотря на более низкую дозу цисплатина. Кроме того в 1 группе 3 крысы остались живы после 60 дня.

Выводы. По данным проведенного на крысах исследования, было доказано, что открытая методика ВБХГТП в лечении перитонеального канцероматоза имеет большую эффективность по сравнению с закрытой методикой. Так же была продемонстрирована одинаковая токсичность методик. Таким образом, открытый метод можно рекомендовать для лечения канцероматоза у человека, как более эффективный. Экспериментальная технология внутрибрюшинной химио-гипертермической перфузиии перитонеального канцероматоза может применяться для доклинических исследований различных противоопухолевых препаратов. Внедрение полученных в ходе эксперимента результатов в клиническую практику может расширить возможности лечения перитонеального канцероматоза и повысить продолжительность и качество жизни пациентов.

РОСТОВЫЕ ПРОЦЕССЫ В НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК НА 1-Й СТАДИИ ФОРМИРОВАНИЯ РЕГЕНЕРАТА БОЛЬШЕБЕРЦОВЫХ КОСТЕЙ

К. Р. Исмаилова – ассистент[1], С. Ю. Труфанов – доцент[2], М. С. Труфанова – ассистент[2], А.И. Девдера - доцент[2]

Кафедра стоматологии ФПО[1], кафедра стоматологии[2]

ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск, Луганская Народная Республика

Научный руководитель – д.м.н., проф. В.И. Лузин

Актуальность. Установлено, что внутривенное введение мезенхимальных стволовых клеток (МСК) при лечении дефектов костной ткани сопровождается оптимизацией процессов формирования регенерата и восстановления целостности кости. Имеются фрагментарные сведения о морфогенезе скелета после травматического повреждения одной из костей и внутривенном введении МСК, однако сопоставление сроков введения и фазы

структурного формирования костного регенерата в доступной нам литературе отсутствует. Информация о структурных преобразованиях нижней челюсти после повреждения одной из костей скелета и введении МСК отсутствует вообще.

Цель исследования. Изучить темпы роста нижней челюсти у половозрелых белых крыс после нанесении сквозного дефекта в области проксимального метадиафиза большеберцовой кости (ББК) и внутривенном введении МСК на 1-й стадии формирования костного регенерата.

Материалы и методы исследования. Эксперимент проведен на 90 белых крысах-самцах исходной массой 190–225 г, распределенных на 3 группы: 1-я группа - контрольные животные, 2-я группа - крысы, которым наносили сквозной дефект диаметром 2,2 мм на границе проксимального метафиза и диафиза обеих ББК. В 3-й группе животным на 3 сутки после нанесения костного дефекта в хвостовую вену вводили по 5 млн. МСК, что соответствует 1-й стадии формирования костного регенерата (воспаление) (Корж Н.А., Дедух Н.В., 2004). Клетки костного мозга из полостей ББК взрослых животных помещали в питательную среду ИГЛА-МЕМ с L-глютамином, 10% телячьей эмбриональной сывороткой и антибиотиком, культивировали 14 суток при температуре 37° в атмосфере 5% CO_2 в HF151UV CO_2–инкубаторе со сменой среды 1 раз в неделю. Культуру фенотипировали непрямым иммунофлюоресцентным методом с помощью специфических маркеров к МСК. Через 7, 15, 30, 60 и 90 суток после нанесения дефекта ББК животных выводили из эксперимента путем декапитации под эфирным наркозом, нижние челюсти и проводили их остеометрию штангенциркулем ШЦ-1с с точностью до 0,1 мм по традиционной схеме (Лузин В.И., 2003).Полученные цифровые данные обрабатывали методами вариационной статистики с использованием стандартных прикладных программ. Использовали t-критерий Стьюдента с поправкой Бонфферони; статистически значимыми различия считали при $p<0,05$.

Результаты исследования. Нижняя челюсть животных контрольной группы характеризовалась достаточно высокими темпами как продольного, так и поперечного роста: с 7 по 90 сутки наблюдения ее наибольшая длина увеличилась с 29,70±0,29 мм до 31,37±0,23 мм, а высота ее ветви – с 12,37±0,11 мм до 13,67±0,08 мм. При этом темпы роста ветви нижней челюсти были выше и высотно-продольный коэффициент за время наблюдения увеличился с 41,65±0,41 у.е. до 43,58±0,28 у.е. Темпы прироста массы нижней челюсти преобладали над темпами продольного роста, поэтому индекс Симона увеличился с 3,99±0,02 до 3,97±0,04. В ходе наблюдения у контрольных животных также возросла толщина альвелярного и восходящего контрфорсов – с 2,17±0,03 мм до 2,33±0,05 мм и с 2,25±0,04 мм до 2,45±0,04 мм, а также высота альвеолярного отростка – с 2,12±0,06 мм до

2,28±0,02 мм. За время наблюдения увеличились и размеры нижних зубов – толщина и высота нижнего резца при выходе из альвеолы – с 1,28±0,03 мм до 1,38±0,03 мм и с 2,12±0,03 мм до 2,32±0,04 мм, а ширина и длина молярного ряда – с 1,97±0,04 мм до 2,00±0,04 мм и с 6,95±0,13 мм до 7,02±0,12 мм.

Нанесение дефекта в обеих ББК сопровождалось угнетением темпов роста нижней челюсти, которое было выражено во время всего эксперимента с максимальными проявлениями на 30 сутки после операции. Наибольшая длина нижней челюсти во все сроки эксперимента отставала от значений 1-й группы на 3,98%, 4,28%, 5,43%, 5,45% и 2,98%, а высота альвеолярного отростка – на 18,21%, 18,90%, 19,43%, 12,94% и 10,95% соответственно. Высота ветви нижней челюсти с 7 по 60 сутки эксперимента была меньше контроля на 5,93%, 5,94%, 8,23% и 6,77%, а индекс Симона к 7 и 60 суткам – на 2,20% и 3,32%. Меньше контрольных значений была и толщина контрфорсов: восходящего к 15 и 30 суткам – на 7,14% и 9,15%, а альвеолярного к 30 суткам – на 7,46%. Темпы роста нижних зубов также несколько замедлялись: толщина нижнего резца с 15 по 60 сутки была меньше контроля на 10,00%, 9,88% и 6,10%, а его высота к 30 и 60 суткам – на 5,97% и 5,84%. Габаритные размеры молярного ряда к 60 и 90 суткам эксперимента были меньше значений 1-й группы, но границ доверительного интервала эти отличия не достигали. Вероятно, это следует рассматривать как увеличение стираемости больших коренных зубов.

Внутривенное введение МСК на 3-и сутки после нанесения дефекта ББК сглаживало угнетающее влияние условий эксперимента на темпы роста нижней челюсти: наибольшая длина нижней челюсти с 7 по 60 сутки эксперимента была больше значений 2-й группы на 2,98%, 3,20%, 4,58% и 5,43%, высота ее ветви – на 5,01%, 5,19%, 7,28% и 4,88%, а высота альвеолярного отростка – на 12,50%, 16,50%, 19,42% и 6,78% соответственно. Больше значений 2-й группы были также индекс Симона к 7 и 60 суткам на 2,68% и 4,21%, толщина восходящего контрфорса к 15 и 30 суткам – на 5,38% и 6,98%, а также толщина альвеолярного контрфорса с 30 по 90 сутки – на 5,65%, 6,25% и 5,97%. При этом толщина нижнего резца при выходе из альвеолы к 15 и 30 суткам была больше, чем во 2-й группе на 6,94% и 8,22%. Габаритные размеры молярного ряда к 60 и 90 суткам эксперимента были больше значений 2-й группы, но границ доверительного интервала эти отличия не достигали. Вероятно, это следует рассматривать как восстановление нормальной стираемости больших коренных зубов.

Выводы. Нанесение сквозного дырчатого дефекта диаметром 2,2 мм на границе проксимального метафиза и диафиза обеих большеберцовых костей сопровождалось угнетением темпов роста нижней челюсти, которое было выражено во время всего эксперимента с максимальными проявлениями на 30 сутки после операции. Внутривенное

введение мезенхимальных стволовых клеток на 3-и сутки после нанесения дефекта большеберцовых костей сопровождалось восстановлением темпов роста нижней челюсти преимущественно в период с 7 по 60 сутки после операции.

ИЗМЕНЕНИЕ РОСТА БЕДРЕННЫХ И ПЛЕЧЕВЫХ КОСТЕЙ ПРИ НАНЕСЕНИИ ДЕФЕКТА БОЛЬШЕБЕРЦОВЫХ КОСТЕЙ И ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК

Е.В. Зинченко - ассистент, Ю. А. Сумцова, Ю. С. Чистякова - студентки 2 курса, 24 гр. лечебного факультета, Д. В. Новохацкий - студент 2 курса, 20 гр. лечебного факультета

Кафедра анатомии человека, оперативной хирургии и топографической анатомии

ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск, Луганская Народная Республика

Научный руководитель - д.м.н., проф. В.И. Лузин

Актуальность. В современной медицине одним из наиболее перспективных направлений является применение клеточных технологий и тканевой инженерии для разработки методов регенерации различных тканей. Основой успеха данного направления стали достижения клеточной биологии, в частности выделение и исследование мезенхимальных стволовых клеток (МСК), которые играют главную роль в репарации большинства тканей и органов. Не исключением стала и травматология, в которой для восстановления обширных дефектов критической величины таких, где самостоятельное восстановление костной ткани невозможно, начали применять на доклинических и первых клинических испытаниях различные биоимпланты с заселенными на них МСК, а также внутривенное их введение. Но, несмотря на это, информации о морфогенезе скелета при нанесении дефекта в одной из костей и внутривенном введении МСК в доступной нам литературе отсутствуют.

Цель исследования. Изучить темпы роста плечевой (ПК) и бедренной (БК) костей, у половозрелых белых крыс при нанесении дефекта в большеберцовой кости (ББК) и внутривенном введении МСК на 3-и сутки.

Материалы и методы. Исследование проводилось на 90 самцах белых крыс массой 180–220 гр., которые содержались на стандартных условиях вивария, в соответствии с правилами «Европейской конвенции по защите позвоночных животных, используемых для экспериментальных и других научных целей» (Страсбург, 1986).Животные были разделены на три группы: 1-ю группу составили контрольные животные, 2-ю крысы, которым наносили сквозной дефект диаметром 2,2 мм в проксимальных отделах диафиза обеих ББК, 3-ю животные, которым на 3-и сутки после нанесения костного дефекта внутривенно, в хвостовую вену, вводили по 5 млн. МСК, что соответствует 1-й стадии формирования

костного регенерата (Корж Н.А., Дедух Н.В., 2004). Получали клетки костного мозга из полостей большеберцовой и бедренных костей взрослых животных после их декапитации под эфирным наркозом. Полученные клетки помещали в питательную среду ИГЛА-МЕМ с L-глютамином, 10% эмбриональной сывороткой теленка и антибиотиком, культивировали 14 суток при температуре 37° в атмосфере 5% CO2 в HF151UV CO2–инкубаторе со сменой среды 1 раз в неделю. Культуру фенотипировали непрямым иммунофлюоресцентным методом с помощью специфических маркеров к МСК. Через 7, 15, 30, 60 и 90 суток после нанесения дефекта ББК животных выводили из эксперимента путем декапитации под эфирным наркозом и выделяли ПК и БК, взвешивали на аналитических весах ВРЛ-200 и проводили их остеометрию штангенциркулем ШЦ-1с с точностью до 0,05 мм по традиционной схеме.Полученные цифровые данные обрабатывали методами вариационной статистики с использованием стандартных прикладных программ.

Результаты и их обсуждение. Нанесение дефектов ББК сопровождалось торможением роста исследуемых костей на всех сроках наблюдения, так масса бедренной кости была меньше контроля на 7, 15, 30 и 60 сутки на 3,43%, 3,45%, 4,41% и на 3,25 %. Также и масса плечевой кости была меньше группы сравнения с 15 по 90 сутки на 3,50%, 3,77%, 3,61% и 2,26%. Максимальная длинна бедренной кости была меньше 1-й группы на 60 сутки на 3,25%, в свою очередь максимальная длинна ПК была меньше с 7 по 90 сутки на 2,70%, 2,59%, 2,28%, 3,15% и на 2,50% соответственно. Ширина диафиза БК была меньше контрольной группы с 15 по 60 сутки на 2,79%, 2,24% и на 2,45%, а ПК на 30 и 90 сутки на 2,30% и 2,76%, также у ПК была меньше толщина диафиза на 15 и 60 сутки на 2,18% и 2,80%. В тоже время ширина проксимального и дистального эпифизов ПК была меньше 1-й группы на 30 сутки на 2,79% и 2,59%.%.Полученные нами данные соответствуют описанным в литературе и являются проявлением так называемого «синдрома перелома».

В том случае, когда подопытным животным наносили дефект ББК, а затем на третьи сутки внутривенно вводили МСК (группа 3), темпы роста и масса исследуемых костей угнетались менее значимо чем во 2-й группе. Так, масса БК в 3-й группе была меньше значений контрольной группы на 7 ,15 и 30 сутки на 2,77%,2,24% и 2,51%, а масса ПК на 60 сутки на 2,20%.

По сравнению с показателями 2-й группы в 3-й группе наблюдается восстановление массы и темпов продольного и аппозиционного роста исследуемых костей. Так, масса ПК была больше на 30 сутки на 2,21%, а ее максимальная длинна с 7 по 90 сутки на 2,29%, 2,19%, 2,21%, 3,17% и 2,68% соответственно. Увеличение ширина диафиза БК по сравнению с 2-й группой прослеживается на 15,60 и 90 сутки на 2,17%, 2,16% и 2,41%, а толщины диафиза на 90 сутки на 2,71%. Ширина проксимального и дистального эпифизов ПК была

больше на 30 сутки на 2,91% и на 2,21%. Толщина диафиза ПК на 60 и 90 сутки на 2,21% и 2,20%, а его ширина на 90 сутки на 2,08%.

Выводы. Нанесение дефекта на границе проксимального метафиза и диафиза ББК сопровождалось угнетением темпов роста бедренных и плечевых костей, которое проявлялось во все сроки наблюдения. Внутривенное введение мезенхимальных стволовых клеток на 3-и сутки после нанесения дефекта ББК, сопровождается восстановлением темпов роста исследуемых костей.

МЕДИЦИНСКАЯ БИОЛОГИЯ, ГИСТОЛОГИЯ

ЦИТОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРИ МИКОПЛАЗМОЗЕ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА

М.О. Цветухин, П.Д. Лемешко – студенты 1513 гр. лечебного факультета

Кафедра биологии и генетики

ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России, Томск, Россия

Научный руководитель – д.б.н., проф. Н. Н. Ильинских

Актуальность. Известно, что микоплазмы способны вызывать изменения в числе и структуре хромосом соматических клеток человека (Fialkovetal., 1998; Smartetal., 2004). Однако до сих пор нет единого мнения о том, распространяется ли влияние микоплазм на сперматозоиды и другие генеративные клетки, то есть способны ли они вызывать хромосомные болезни. Подобные сведения являются актуальными и позволили бы лучше понимать механизмы возникновения хромосомных патологий у детей. Ранее установлено, что у рабочих нефти и газа Сибири клеток с цитогенетическими изменениями выше (Ilyinskikh et al., 2002). Микоплазмы в проведенном исследовании обнаруживались в урогенитальном тракте 17% рабочих.

Цель исследования. Оценить корреляцию патологических изменений в сперматозоидах семенной жидкости и ядрах клеток буккального эпителия лиц, работающих на Мыльжинском газоконденсатном месторождении.

Материалы и методы исследования. Биологический материал (буккальный эпителии и сперматозоиды) получен от работающих на газовом месторождении (рабочих буровых станков, администрации и хозяйственного персонала) и от лиц, не связанных с работой на этом предприятии. Иммунофлюоресцентным методом Кунса определено наличие (или отсутствие) в семенной жидкости микоплазм (Mycoplasma hominis, Mycoplasma genitalium). Патологические изменения в буккальном эпителии и семенной жидкости определялись на препаратах, изготовленных методом мазка, зафиксированном в жидкости Карнуа и окрашенном по Романовскому-Гимза. В каждом препарате просматривались не менее 1000 сперматозоидов или эпителиоцитов соответственно. Полученные результаты обработаны статистически методом Манна-Уитни.

Результаты исследования. Сравнительный анализ показал, что в клетках буккального эпителия рабочих, инфицированных микоплазмами, значимо возрастает число микроядер, что является маркером неверного расхождения хромосом при делении клеток. Данные результаты касаются как рабочих-буровиков, так и административно-хозяйственного

персонала месторождений. Помимо этого, у больных микоплазмозом рабочих наблюдается рост числа двуядерных клеток. Однако сравнительный анализ буккального эпителия здоровых рабочих и лиц административно-хозяйственного персонала не дал значимых отличий по всем показателям анализа кариопатологий. Кроме того, относительное сравнение лиц, не работающих на нефтегазовых месторождениях и административно-хозяйственного персонала тоже не дал достоверных отличий.

Анализ показывает, что во всех случаях значимо растет число сперматозоидов с аномальными головками и шейками, но не хвостовой зоне спермия, в том случае, если рассматривать как контроль совокупность не инфицированных рабочих, административно-хозяйственного персонала и тех, кто не работает на газовом месторождении.

Выводы. В результате, микоплазмоз мочеполовых органов способствует патологическим изменениям не только соматических клеток буккального эпителия, но и сперматозоидов, то есть генеративных клеток организма. Показано, что в буккальном эпителии рабочих с микоплазмозом преобладают клетки с микроядрами, что предположительно указывает на влияние микоплазм на механизмы деления клетки. Вероятно также, что аномалии строения головки сперматозоидов могут быть обусловлены нарушениями кариотипа клеток сперматогональной ткани.

ВЛИЯНИЕ НЕИОНИЗИРУЮЩЕГО ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА РОСТ И РАЗВИТИЕ МОЛЮСКОВ АХАТИН,

Н.Ш. Амирханова - студент

Кафедра медицинской Биологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – д.м.н., профессор В.В, Никитина

В последние годы в связи с ростом использования различных каналов передачи информации, развития техники, в быту и на производстве растет уровень электромагнитного воздействия. Организм человека постоянно подвергается действию полей различной интенсивности и продолжительности. Однако, несмотря на наличие сертификатов безопасности, воздействие электромагнитного поля на организмы не изучено полностью. Живые организмы столкнулись с воздействием искусственных электромагнитных полей относительно недавно и эволюционно к ним не приспособлены.

В связи с этим, вызывает большой интерес изучение влияния электромагнитных волн разной частоты и интенсивности на животных, которые быстро и удобно могут проявить реакцию на то или иное воздействие в опытах по биотестированию.

В литературе можно встретить исследования, посвященные изучению воздействия неионизирующих излучений на рост и развитие растений. Однако, такие данные вряд ли можно экстраполировать на человека и животных, так как у растений нет нервной системы, а именно она является главной мишенью воздействия электромагнитных излучений разной природы.

В связи с этим требуется поиск наиболее адекватных моделей для биотестирования воздействия электромагнитных полей. Такой моделью может служить брюхоногий моллюск, широко применяемый в лабораторной практике – ахатина африканская.

Но в рамках данной работы **предметом** нашего исследования является выявление влияния неионизирующего электромагнитного излучения на рост и развитие Ахатин Африканских.

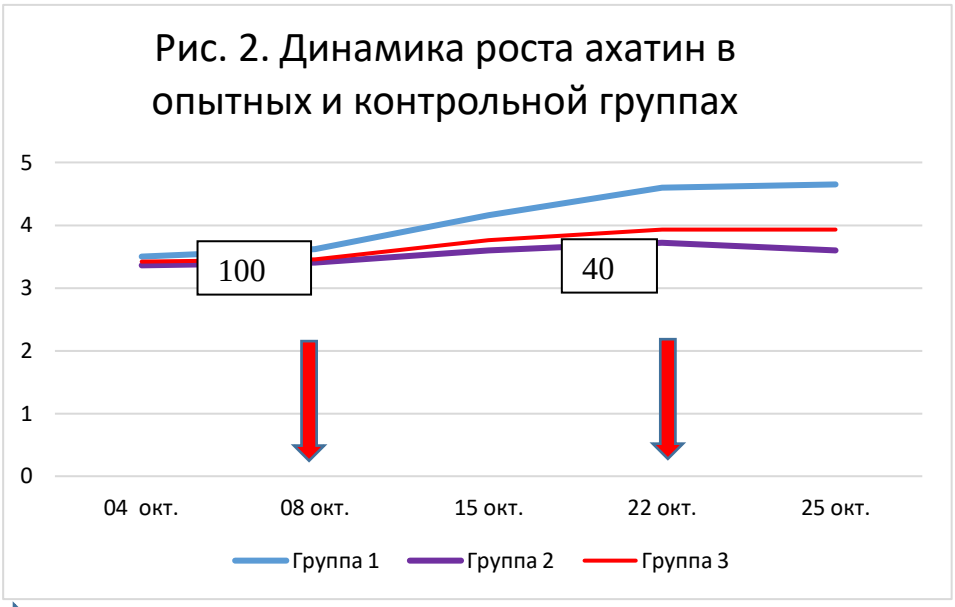
Результаты изучения влияния излучения бытового WiFi роутера на рост и развитие ахатин африканских отражены в табл.1.

Таблица 1.

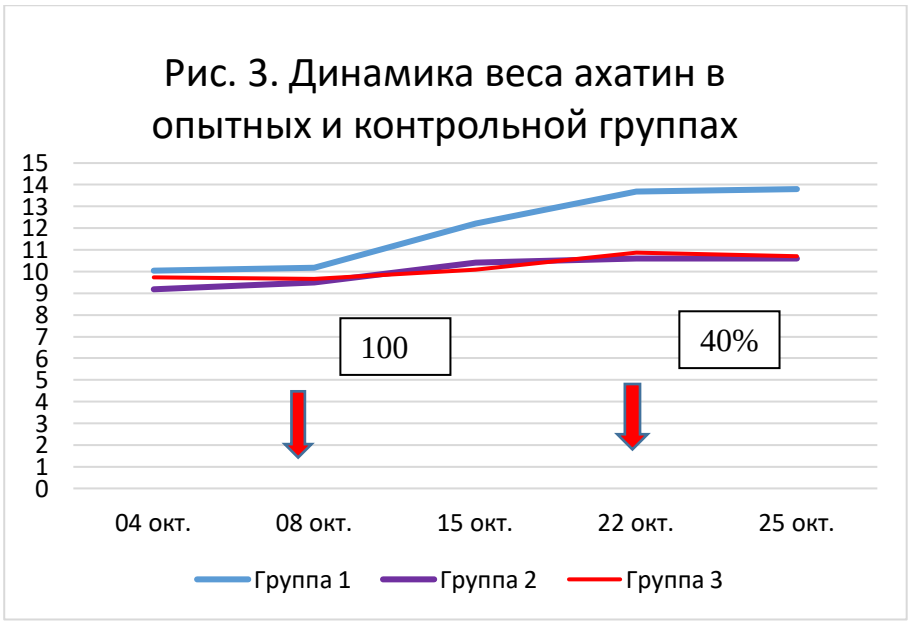
Динамика роста и веса ахатин африканских в контрольной (1) и опытных (2) и (3) группах

Дата	Группа №1		Группа №2		Группа №3	
	Рост	**Вес**	**Рост**	**Вес**	**Рост**	**Вес**
04.10.17	3,5см	10,04 г	3,36 см	9,18 г	3,42 см	9,72 г
08.10.17	3,62 см	10,16 г	3,4 см	9,50 г	3,46 см	9,66 г
					(гибель 100%)	
15.10.17	4,16 см	12,2 г	3,6 см	10,4 г	3,76 см	10,08 г
					(новая группа)	
22.10.17	4,6 см	13,7 г	3,72 см	10,6 г	3,93 см	10,87 г
					(гибель 40%)	
25.10.17	4,65 см	13,8 г	3,6 см	10,6 г	3,93 см	10,7 г
Достоверность различий, * p <0,05			+ Относительно 1 группы	+ Относительно 1 группы	+ Относительно 1 группы	+ Относительно 1 группы

Динамика роста и веса подопытных иллюстрирована графиками на рис.2 и рис.3



ель в группе 3



Данные полученный нами свидетельствуют о неблагоприятном влиянии электромагнитного поля (ЭМП) на организм моллюсков (таблица 1, рис.2 и 3).

Так, наиболее выраженным эффектом была 100% гибель моллюсков в группе №3 (излучение ЖК-телевизора) на 4 сутки эксперимента, в связи с чем пришлось ввести в эксперимент новых животных, среди которых после 14 дней эксперимента смертность составила 40%. Несмотря на новые технологии производства ЖК-телевизоров, они являются источниками электромагнитного поля, которое по-видимому оказало столь сильное воздействие.

Так, в группе №3 (излучение ЖК-телевизора) на 18 сутки эксперимента наблюдается прекращение роста раковин, а в группе №2 (излучение роутера) отставание и даже уменьшение в размерах раковин. Поскольку раковины в основном состоят из кальция,

уменьшение ее размеров может свидетельствовать о резорбции этого важного макроэлемента из организма.

Показатели веса моллюсков также отражают тенденцию к негативному воздействию ЭМП. Так, в группе №2 (излучение роутера) прирост веса прекратился у моллюсков на 18 сутки эксперимента, а в группе №3 (излучение ЖК-телевизора) проявилось снижение массы тела.

Экстраполяция полученных данных на организм человека конечно требует дополнительных исследований, так как моллюски и человек, конечно организмы достаточно разные. Однако, не будем забывать, что основные закономерности функционирования нейронов, механизмы возникновения потенциалов действия и покоя были исследованы именно на нейронах моллюсков. Таким образом, полученные нами данные надо учитывать при нормировании интенсивности электромагнитной нагрузки в быту и на предприятиях.

РЕГУЛЯТОРНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ГЕНА SRC В ТРАНСФОРМАЦИИ ЭПИТЕЛИЯ ЖЕЛЕЗЫ ГАРДЕРА ПРИ ИНВОЛЮЦИИ СУМКИ ФАБРИЦИУСА В ПЕРИОД НАЧАЛА ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ У ПТИЦ

К.И. Ан - студент, Д.А. Боков - ассистент

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии, Оренбургский государственный медицинский университет

Боков Д.А. ассистент

Актуальность.SRC – протоонкоген, белковыми продуктами которого являются фосфорилирующие тирозинкиназы, модулирующие рецепторы к регуляторным цитокинам. Доказана роль гена SRC в развитии солидных эпителиальных опухолей с плохим прогнозом. Морфогенетическими эффектами экспрессии гена SRC являются увеличение пролиферации, повышение уровня выживаемости клеток, вероятно, эпителио-мезенхимальный переход; также контролируется синтез Е-кадгерина [2-3]. Регуляторное значение гена SRC, его исторически обусловленная роль в определении тканевой динамики на сегодняшний день не установлены.

Цель работы – установить связь экспрессии гена SRC и интенсивной трансформации эпителия железы Гардера птиц при заселении органа иммуноцитами в период начала полового созревания.

Материалы и методы. С использованием обзорных светооптических (окраска гематоксилином Майера и эозином), гистохимических (окраска ШИК и метиловым зелёным пиронином), иммуногистохимических (использование моноклональных антител к белковым продуктам гена SRC) гистологических и морфометрических методов изучали перестройку бурсы и железы Гардера у птиц (N=50) в возрасте 120 суток (*fam.* Anatidae).

Результаты. Установлено, что завершение инволюции сумки Фабрициуса связано с полным освобождение органа от иммунопоэтических гистионов. При этом, складки слизистой оболочки становятся многочисленными и истончёнными, увеличивается доля фиброзной ткани и объём собственной пластинки, эпителий на поверхности складок трансформируется из однорядного кубического в псевдомногослойный. Железа Гардера интенсивно заселяется иммуноцитами (объёмная плотность лимфоидной ткани увеличивается с 9,2±0,4% до 16,4±0,5%; n=6750; $t=4,29>t_{0,001}=3,46$; $p\leq0,001$), в скоплениях которых преобладают плазматические клетки. Лимфоциты заселяют строму. При этом, концевые отделы желёз разрушаются, а вокруг скоплений лимфоцитов разрастается *нежелезистый эпителий* (НЖЭ). О трансформации эпителия свидетельствует наличие большого количества бластных эпителиоцитов с высоким ядерно-цитоплазматическим отношением, высокой долей эухроматина в ядре и слабой оксифилией цитоплазмы. НЖЭ характеризуется выраженной ШИК-позитивностью и наличием большого количества SRC^+ клеток.

Выводы. Очевидно, что данный феномен соответствует изменению соотношения дифферонов гетерогенного эпителия [1] органа. Экспрессия гена SRC в НЖЭ, вероятно, демонстрирует его регуляторную роль в тканевой динамике НЖЭ и определяет возможности адаптации железы Гардера к заселению иммуноцитами, формирование В-инклюзивных гистионов и повышение иммунорепондентного статуса органа.

Литература

1. Payne A.P. The harderian gland: a tercentennial review // Journal of anatomy. – 1994. – Vol. 185. – P. 1-49.

2. Parsons S.J., Parsons J.T. SRC family kinases, key regulators of signal transduction // Oncogene. – 2004. – 23. – P. 7906-7909.

3. Sirvent A., Benistant C., Roche S. Oncogenic signaling by tyrosine kinases of the SRC family in advanced colorectal cancer // American Journal of Cancer Research. – 2012. - #2(4). – P. 357-371.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ЖКТ СТУДЕНТОВ – МЕДИКОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ И ЦЕННОСТНО-МОТИВАЦИОННОГО ПРОФИЛЯ ЛИЧНОСТИ

А.М. Дьяченко, А.В.Нечаев – студенты 404 группы лечебного факультета

Кафедра факультеской терапи

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава РФ, Тверь, Россия

Научный руководитель – асс. к. м. н. Т.Е. Джулай

Актуальность: Психосоматическая медицина − это направление, изучающее влияние психологических факторов на возникновение и течение соматических заболеваний. Психосоматическим аспектам часто и ошибочно уделяется мало внимания, хотя психические компоненты присутствуют в патогенезе очень многих заболеваний. По данным ВОЗ, до 42% всех пациентов относятся к группе психосоматических больных, а значит, требуют нестандартного подхода в лечении. Из числа больных с патологией ЖКТ около 30% имеют чисто функциональные нарушения.

Интересно, что психосоматические заболевания возникают не у всех, при одних и тех же внешних обстоятельствах.«Наложение» средовых стрессорных факторов на конституционально-генетические характеристики позволяет говорить об онтогенезе психосоматических страданий. Личностные особенности при таком расстройстве проявляются формированием длительных переживаний, стремлением к невротическому соперничеству, состоянием алекситимии. Выдающийся интернист Г.Ф. Ланг писал о роли неотреагированных эмоций: «Печаль, не выплаканная слезами, заставит плакать другие органы». Любопытна роль межполушарной ассиметрии в патогенезе психосоматических расстройств. Многие авторы придают тревоге роль одного из центральных звеньев психосоматических расстройств. В результате длительного психического перенапряжения, высокой личностной и реактивной тревожности в организме возникает диссоциация тропных функций гипоталамо-гипофизарной системы. Адаптация к стрессу реализуется через повышение энергообразования, а это, в свою очередь, ведет к активации системы свободнорадикального окисления липидов и развитию «оксидативного стресса» как мощного повреждающего фактора систем органов.

Цель исследования: оценить распространенность психосоматических состояний у студентов лечебного факультета Тверского ГМУ в зависимости от ценностно-мотивационного профиля личности.

Материалы и методы исследования: Было проведено добровольное анонимное

анкетирование 144 студентов 4 курса лечебного факультета Тверского ГМУ, среди которых: женщин – 77%, мужчин –23% в возрасте 19-22 лет. Использовался письменный оригинальный опросник, позволяющий оценить функциональное состояние ЖКТ в виде проявлений психосоматических расстройств, и оценить основные ценностные установки студента на достижение определенных успехов в учебе. Уровень тревожности изучался при помощи стандартного метода Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина. Анализ результатов анкетирования проводился среди студентов без ранее выявленных соматических заболеваний органов пищеварения.

Результаты исследования: В анкете предлагалось выбрать испытывает ли респондент те или иные симптомы и с чем связывает их появление. Во время сессии или стрессовых ситуаций 49% студентов испытывают боли в животе, дискомфорт, 46% опрошенных переживают приступы тошноты, ощущение кома в горле, 11% жалуются на запоры, 25% на диарею, 17% беспокоит вздутие живота. Избыточная кишечная перистальтика, сопровождающаяся урчанием в животе, доставляет дискомфорт 21% студентов и появляется при сильном волнении или переживании. 53% респондентов отмечают эпизоды изменения аппетита периодически во время сессии и связывают с состоянием тревоги. С утверждением «Я спокойный, уравновешенный человек, меня сложно вывести из душевного равновесия» согласились меньше половины опрошенных. Распределение по темпераментам примерно равное: 28% - холерики, 26% – флегматики, 24% – сангвиники, и 22% –меланхолики. При анализе мотивационной составляющей учебного процесса для конкретного респондента учитывался средний балл зачетной книжки. 3,0 - 3,9 баллов имело место у 38 человек, 4,0-4,9 − у 101 человека, 5,0 − у 5 человек. При ответе на вопрос: «Если бы вы узнали, что по предмету можно получить экзамен автоматом, но для этого нужно систематически демонстрировать отличные знания, то Вы…» - по 48% студентов предпочитают либо попробовать свои силы, так как это хороший стимул учить материал, либо, реально оценивая себя, спокойно готовиться к каждому занятию, чтобы потом успешно сдать экзамен. Только 4% выбрали вариант: «мне безразлично, главное, как отрабатываются двойки и как вовремя выйти на сессию».

На вопрос «Выберите утверждение относительно вашего отношения к учебе и оценкам?» 12% ответили: «Оценки для меня очень важны, я всегда стараюсь учить весь материал качественно и в полном объеме». 80% респондентов выбрало утверждение: «Оценки не сильно важны для меня. Я стараюсь учиться хорошо, но оценки получаю разные». «Я учу только те предметы, которые интересны мне, в остальном надеюсь на удачу» − так считает 5%. «Моя главная цель – не получить двойку, чтобы не пришлось отрабатывать тему» этим руководствуются 3%. На вопрос: «Как ваши родственники

относятся к вашим успехам в учебе?» 76% ответили, что относятся с сочувствием, помогают в учебе, 15% - «ругают за полученные двойки и имеющиеся задолженности», 9% выбрали ответ «проявляют безразличие». При оценке уровня личностной тревожности - у 70% он высокий, у 26% - средний, а низкий уровень отмечался только у 4%. При исследовании реактивной тревожности выяснилось, что высокий уровень у 51% студентов, средний – у 45% опрошенных, низкий же встречался лишь в 4% случаев.

Выводы: Анализ итогов анкетирования показал, что в условиях стрессовой ситуации половинастудентов испытывает боли и дискомфорт в животе. Каждый десятый респондент страдает запорами, каждый четвертый − диареей, а каждый шестой отмечает метеоризм и нарушения аппетита. При этом симптомы не настолько выражены, чтобы обращаться за медицинской помощью.

Выяснилось, что подавляющее большинство студентов пребывают в состоянии стресса, облигатным элементом которого является тревога, несмотря на то, что опрос был проведен вне экзаменационной сессии. Опрошенные имеют высокий уровень личностной тревожности, проявляющейся в том случае, когда речь идет об оценке компетентности и подготовленности. У каждого второго студента-четверокурсника выявлен высокий уровень реактивной тревожности, которая проявляется субъективно переживаемыми эмоциями беспокойства, озабоченности, «нервозности», сопровождающимися активацией вегетативной нервной системы. Высокий уровень тревожности и частые психосоматические нарушения отмечались у лиц с завышенными требованиями к себе, высоким средним баллом экзаменационных оценок, чьи родители негативно относятся к их неуспехам в учебе. Студенты, родители которых с пониманием относятся к неудачам, помогают в учебе, демонстрировали более низкий уровень тревожности, невысокую заинтересованность в итогах образовательного процесса, и почти не имели соматических проявлений. Недостаток заботы и внимания, снижение уровня социальной поддержки −один из главных факторов возникновения депрессии и тревоги. Среди лиц с высоким уровнем тревожности и яркими психосоматическими жалобами преобладали меланхолики и холерики.

Подводя итог, можно сказать, что психосоматические состояния – распространенное явление. Коррекция психического статуса до появления первых симптомов является элементом профилактики целого ряда болезней, ничуть не менее важным, чем правильное питание, оптимальная физическая активность, личная гигиена и другие компоненты здорового образа жизни. Как гласит медицина древней Индии: «Здоровье – есть гармония тела, ума и сознания» и в XXI веке этому трудно возразить.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО

СИНДРОМА У МОЛОДОГО НАСЕЛЕНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

А.М. Тулпарова[2] – молодой специалист, М.М. Хасбулатова (Мехдиева)[1] – студентка 635 гр. лечебного факультета

[1]Кафедра поликлинической терапии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

[2]ГБУ МЗ РФ «Поликлиника №6, Махачкала, Россия

Научный руководитель – Ж.Ш. Умаханова

Актуальность. На сегодняшний день отмечена явная тенденция роста сердечно-сосудистых и обменных заболеваний в том числе гипертонической болезни, ожирения, сахарного диабета, что делает эту проблему чрезвычайно актуальной как для практического здравоохранения, так и для науки. Изучение сопряженности артериальной гипертонии в молодом возрасте с избыточной массой тела и определенными изменениями в метаболизме у молодого населения весьма практична в связи с ранним выявлением ряда заболеваний взрослого населения. Также в период исследования нами было отмечено недостаточность определения в отечественной литературе особенностей течения у молодого населения с различной физической конституцией с измененным липидным и углеводным профилем и т. д., что в определенной степени составляет сущность метаболического синдрома взрослого населения.

Эксперты ВОЗ определили метаболический синдром, как «пандемию XXI века». Распространенность метаболического синдрома составила 20-40 %. Данная патология чаще встречается у лиц среднего и старшего возраста. Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний на фоне метаболического синдрома существенно выше по сравнению с лицами без него. На основании чего можно также сказать, что наличие метаболического синдрома в несколько раз повышает риск развития артериальной гипертензии.

Цель исследования. Изучение распространенности метаболического синдрома в случайной выборке молодого населения, проведение анализа частоты распространённости метаболического синдрома с выраженными симптомами артериальной гипертензии, а также изучение конструктивности применения препаратов, уменьшающих и подавляющих обменные, клинические и гормональные нарушения. Кроме того, одной из целей исследование можно выделить выявление клинических особенностей метаболического синдрома в молодом возрасте, и дальнейшую оценку эффективности лечения метаболического синдрома с корригированием показателей липидного обмена.

Материалы и методы исследования. Данное исследование было проведено на базе

Поликлиники №6 г. Махачкала и Центральной республиканской клинической больнице. В случайной выборке было определено молодое население в возрасте до 35-40 лет за 2018 год с диагнозом «ИБС. Стенокардия напряжения. Гипертоническая болезнь 1 степени».

Общее количество больных с данным диагнозом учувствовавших в выборке 318 человек, из них 40 человек имели в диагнозе, как сопутствующее заболевание «Ожирение 1 степени», из 40 обследуемых 15 – молодого возраста.

Результаты исследования. *Особенности клинических проявлений*. В данной выборке определенно выявилось 15 вариантов метаболического синдрома. Из этих данных наибольшее число с метаболическим синдромом (в процентном соотношении 80%; п=12) имеют 3 его компонента, у 20% (п=3) обнаружены 4 компонента метаболического синдрома.

Избыточная масса тела у лиц с метаболическим синдромом. В исследовании обозначены частота избыточной массы тела и показатели абдоминального ожирения из данной выборки. Ожирение 1 степени диагностировано 60% (п=9), 2 степени 27% (п=4), и 3 степени 13% (п=2).

Артериальная гипертония у лиц с метаболическим. Анализ величины артериального давления среди лиц с метаболическим синдромом выявил следующие результаты:

1. Артериальная гипертония 1 степени – 60% (п=9)
2. Артериальная гипертония 11 степени – 34 %(п=5)
3. Артериальная гипертония 111 степени – 6 % (п=1)

Нарушение липидного обмена при метаболическом синдроме. Анализ данных показал что среди лиц с метаболическим синдромом предиабет встречается у каждого третьего пациента (в процентном соотношение 29%), что в два раза превышает случаи с сахарным диабетом (15%). Среди ранних нарушений многие имеют высокую гликемию натощак (20%).

Нарушение липидного обмена. Около 80% пациентов с метаболическим синдромом имели те или иные дислипопротеинэмии, основное значение обрела гиперхолестеринэмия различной степени выроженноти.

Выводы.

Метаболический синдром зачастую является косвенной причиной смерти многих пациентов в связи с тем, что существенно увеличивает риск развития артериальной гипотонии и сахарного диабета.

На основании вышеизложенных данных мы можем выстроить ряд терапевтических мероприятий применяемых при лечении пациентов с метаболическим синдромом, которые должны быть направлены на основные патогенетические звенья метаболического синдрома. Основами лечения подобных больных следует считать:

1. Снижение массы тела
2. Нормализация ночного дыхания
3. Коррекция показателей углеводного и липидного обмена посредством статинов, ингибиторов ангиотензин превращающего фермента и антогонистов кальция.
4. Оптимизация уровня артериального давления посредством гипотензивных препаратов
5. Контроль сахарного диабета – Метформин
6. Ингибиторы желудочно-кишечных липаз – Орлисат
7. Ингибиторы альфаглюкоизад – Акарбоза
8. Предупреждение острых и отдаленных сердечно-сосудистых осложнений

Список литературы

1. Эседов Э.М., Умаханова Ж. Ш., Ахмедова Ф. Д., Алисултанова Н. А., Метаболический синдром // учебно-методическое пособие врачей и студентов – 2004 г., г. Махачкала
2. Белинков Ю.Н., Чазова И.Е., Мычка В.Б., Российское многоцентровое исследование по изучению эффективности терапии квинаприлом и немедикаментозных мероприятий по изменению образа жизни у больных артериальной гипертонией с дополнительными факторами риска // Кардиология -2004 г.
3. Чазова И.Е., Мычка В.Б., основные результаты программы Апрель // медицинский консилиум – 2005 г.

ЧАСТОТА РЕТИНОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПО ДАННЫМ ГБУ РД РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Т. Алибекова - студентка 3 курса лечебного факультета

Кафедра патологической физиологии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России

Научный руководитель: к.м.н. К.З. Курбанов

Актуальность. Особенностью, ограничивающая возможность рано выявить диабетическую ретинопатию, является отсутствие жалоб, высокая острота зрения у пациентов в период уже имеющихся начальных изменений в сетчатке [1]. Сложность диагностики в этот период является причиной позднего выявления и позднего начала лечения. R. Klein и др. (1994) в течение 10 лет изучали взаимосвязь между развитием диабетической ретинопатии и длительностью диабета. Среди больных СД 2 типа обнаружена ДР в 20% случаев при длительности СД не более 2 лет [2]. Большую роль в развитии ретинопатии больных сахарным диабетом отводят нарушениям углеводного и

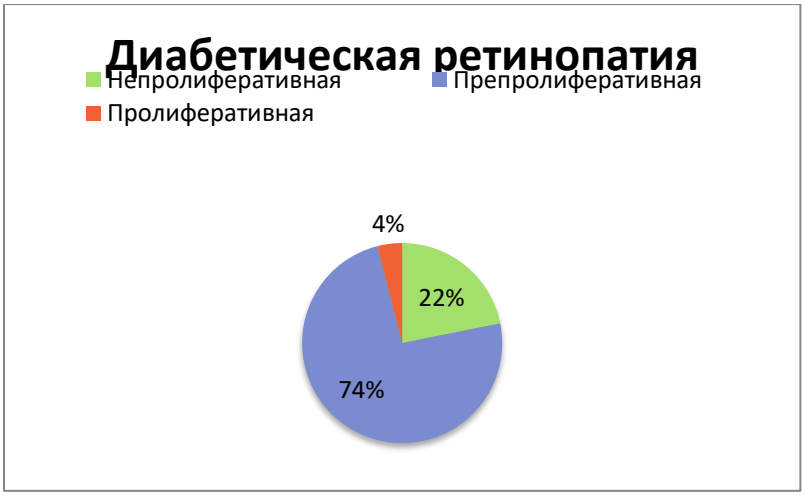
жирового обменов [3;4]. По данным Федерального регистра сахарного диабета на 2017 год в Республике Дагестан было зарегистрировано 14 318 больных с СД 2 типа. На 01.01.2019 число зарегистрированных увеличилось до 23 385 человек. Истинная распространенность самого СД осуществляется именно за счет СД 2 типа. Рост числа больных способствует росту диабетических осложнений, в основном, диабетической ретинопатии.

Цель исследования. Выявить частоту различных стадии ретинопатии при СД 2 типа и выявить факторы риска его развития у пациентов по данным ДРКБ.

Материалы и методы исследования. Было изучено истории болезни 160 пациентов с сахарным диабетом 2 типа, получивших лечение в ГБУ РКБ за период январь-март 2018 года.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы MicrosoftExcel 2010.

Результаты исследования. Осложнения со стороны глаз наблюдалось у 154 пациентов, из них: непролиферативная стадия – 33 человек (22% от общего числа пациентов с СД 2 типа), препролиферативная стадия – 112 человек (74% от общего числа пациентов с СД 2 типа), пролиферативная стадия – 6 человек (4% от общего числа пациентов с СД 2 типа).



Частота развития пролиферативной стадии ДР в зависимости от длительности сахарного диабета составляет по данным ГБУ РКБ составляет: стаж до 10 лет – 16%, 10-15 лет – 50%, 20 лет – 33%; при стаже более 20 лет частота развития снижается.

Стадии ДР	до 7,0%	7,1-7,5%	больше 7,6%
непролиферативная	4	3	27

препролиферативная	4	6	94
пролиферативная	*3*	*0*	*3*

Таблица 1. Степень компенсации СД, уровень HbA1c в зависимости от стадии ДР:

Исходя из таблицы, у больных с непролиферативной, препролиферативной и пролиферативной стадии ДР, HbA1c превышает 7,6%, находясь в форме декомпенсированного сахарного диабета. Это расценивается как неудовлетворительная компенсация углеводного обмена, следовательно, с такими показателями осложнения СД развиваются быстрее, прямо пропорционально степени его компенсации.

Была обнаружена связь между уровнем общего холестерина и статусом ретинопатии: при анализе группы пациентов с непролиферативной стадией ДР, уровень ОХ составляет 5,69 ммоль/л. У пациентов с препролиферативной и пролиферативной стадией ДР уровень ОХ выше: 6,18 ммоль/л и 6,27 ммоль/л соответственно, что подтверждает взаимосвязь между ДР и высоким уровнем холестерина.

Для пациентов СД 2 типа является характерным высокий уровень артериального давления, что также является мощным фактором риска развития ДР. Был проведен анализ группы пациентов с непролиферативной стадией ДР, средний уровень АД которой составило 143/90 мм.рт.ст., для пролиферативной стадии средний уровень АД – 153/93 мм.рт.ст., для препролиферативной стадии средний уровень АД – 166/95 мм.рт.ст.

Выводы:

1. Число пациентов с препролиферативной стадией ДР превалирует и составляет 74% от общего числа больных СД 2 типа.

2. Превалирует число пациентов с непролиферативной и препролиферативной стадией, находящиеся в стадии декомпенсированного сахарного диабета (HbA1c> 7,6%).

3. Была обнородована связь между статусом ретинопатии и уровнем холестерина.

4. Длительность СД оказывает влияние на развитие ДР. Частота развития пролиферативной стадии ретинопатии по данным ГБУ РКБ составляет 50% в случае стажа СД 10-15 лет.

5. На развитие диабетической ретинопатии оказывает влияние артериальная гипертензия, так как от высокого уровня АД зависит темп прогрессирования ретинопатии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. А. С. Аметов «Сахарный диабет 2 типа. Проблемы и решения.» М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – с. 563, с. 567.

2. Т.М. Миленькая , Е.Г. Бессмертная , В.К. Александрова ,М Н.Б. Смирнова , Т.А. Андрианова «ДИАБЕТИЧЕСКАЯ РЕТИНОПАТИЯ. Эндокринология медицинская. Расстройства питания и нарушения обмена веществ.»

3. «Diabeticretinopathy», editedbyEliaJ. Duh. // HumanaPress. – 2008. – p.11.

4. SassoF, PafundiP, GelsoA, BonoV, CostagliolaC, MarfellaR, SarduC, RinaldiL, GalieroR, AciernoC, deSioC, CaturanoA, SalvatoreT, AdinolfiLE; NOBLINDStudyGroup. «HighHDLcholesterol: Ariskfactorfordiabeticretinopathy? FindingsfromNOBLINDstudy»

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ ВЕРТИКАЛЬНОГО ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Д.Д. Михайлова – студент 4 курса лечебного факультета

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень, Россия

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель - д.м.н., доцент Т.П. Шевлюкова

На сегодняшний день, создается опасная эпидемиологическая ситуация по ВИЧ инфекции - растет доля инфицированных женщин репродуктивного возраста. Так, по данным Центра СПИД за 2017 год, распространенность ВИЧ-инфекции среди беременных достигла 0,9% [2]. А это значит, что наряду с обычными механизмами передачи вируса растет доля вертикального пути передачи, что обусловливает необходимость профилактики заражения плода и новорожденного от ВИЧ-инфицированной матери [1,3]. От правильности и своевременности профилактических мероприятий, выбора тактики ведения беременности и родов зависит здоровье ребенка [2].

Цель исследования. Изучить эпидемиологическую ситуацию по ВИЧ инфекции среди беременных на примере ГБУЗ ТО «Родильный дом №2» г. Тюмени за 2018 год.

Результаты исследования и их обсуждение: Проведен анализ истории родов ВИЧ инфицированных женщин за 2018 год в ГБУЗ ТО «Родильный дом №2» города Тюмени. Всего обследовано за 2018 год – 4752 беременных. Количество ВИЧ - инфицированных женщин, имевших беременность, завершившиеся родами за данный период 169, что составляет от общего количества обследованных 3,55 %, из которых 10 случаев ВИЧ инфицирования выявлено в условиях стационара. Различий между частотой самопроизвольных выкидышей вне зависимости от срока беременности в сравнении с ВИЧ – отрицательными женщинами выявлено не было. Все дети от ВИЧ-инфицированных матерей были живорождёнными. Всем новорождённым проводился комплекс профилактических мероприятий по предупреждению вертикального пути передачи ВИЧ инфекции: использование акушерского инструментария строго по показаниям, обработка новорожденного 1% раствором хлоргексидина, раннее пережатие пуповины. В 95% случаев проводилась одноэтапная или трехэтапная химиопрофилактика (в 1 случае химиопрофилактика не проводилась по личному желанию матери). Всем инфицированным роженицам проводилось краткое консультирование по вопросам вскармливания. Случаев инфицированности новорожденных не выявлено.

Заключение. Рациональная тактика ведения беременности и родов, применение всех

трех этапов химиопрофилактики, а также отказ от грудного вскармливания являются наиболее эффективными мероприятиями по предотвращению вертикального пути передачи ВИЧ инфекции. Необходимо проведение санитарно-просветительской работы с ВИЧ-инфицированным беременными для повышения приверженности к антиретровирусной терапии и дать полное понимание того, что при соблюдение всех мер и рекомендаций врачей возможно рождение здорового ребенка.

Список литературы:

1. Адеева О.О. Течение беременности на фоне ВИЧ-ассоциированной туберкулезной инфекции/ О.О. Адеева, Н.С. Самсонов, Т.П. Шевлюкова., А.В. Козлова//Университетская медицина Урала. 2018. Т. 4. № 3 (14). С. 3-5.

2. Новикова О.Н. Факторы риска и особенности течения беременности, родов и состояния новорожденного у ВИЧ-инфицированных женщин // Мать и дитя в Кузбассе. - 2017. - № 3. - С. 16-20.

3. Шахматова Н.Н. Анализ эффективности мероприятий, направленных на профилактику вертикального пути передачи ВИЧ-инфекции/ Н.Н. Шахматова, Г.Д. Галиева, Т.П. Шевлюкова// В сборнике: МОЛОДЕЖЬ, НАУКА, МЕДИЦИНА Материалы 63-й всероссийской межвузовской студенческой научной конференции с международным участием. Редколлегия: М.Н. Калинкин [и др.]. 2017. С. 372-374.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГЕМОФИЛИЕЙ СРЕДИ ЛИЦ В ВОЗРАСТЕ 0-14 ЛЕТ В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ ЗА ПЕРИОД 2014-2018 ГОДЫ

Р.Р. Ярасханов – студент 406 гр. лечебного факультета

Кафедра факультетской терапии

ФГБОУ ВО «Чеченский Государственный Университет», Грозный, Россия

Научный руководитель – д.м.н., проф. Х.М. Батаев

Актуальность. Оказание медицинской помощи больным гемофилией, а также их адаптация в современном обществе представляют собой огромную проблему по всему миру. Это объясняется клинической тяжестью данной патологии, наличием сочетанных и сопутствующих заболеваний, дороговизной проводимого лечения, с одной стороны, и возможностью поддержать жизнь данным пациентам, гарантировать ее лучшее качество, с другой стороны. Ведь именно данная прослойка общества (дети от 0-14 лет) является нашим недалёким будущим, именно им предстоит в скором времени вступать в ряды рабочих, учителей, врачей, вершить историю. Исходя из этого, следует стойкое внимание уделять

здоровью детей и оказывать им необходимую квалифицированную помощь.

Цель исследования. Изучить статистику заболеваемости гемофилией и её долю от нарушений свёртываемости крови среди лиц в возрасте 0-14 лет в Чеченской Республике за период 2014-2018 годы, по полученным результатам составить план по улучшению оказания квалифицированной медицинской помощи среди населения.

Материалы и методы исследования. В проведённой работе были использованы информационно-аналитические справки по структуре заболеваемости в Чеченской Республике за период 2014-2018 годы. Были использованы санитарно-статистический и аналитический методы исследования общественного здоровья.

Результаты исследования. В ходе проведённого анализа были получены следующие данные по частоте гемофилии, её массовой доле среди нарушений гемостаза за указанную хронологию. За 2014 год было зарегистрировано 158 случаев выявления патологий свёртывающей системы крови, гемофилия составила 20% (32 случая) от этого числа, что соответствует следующему интенсивному показателю – 8,42 на 100 000 населения в возрасте 0-14 лет. В 2015 году увеличилось число лиц, обратившихся с патологией: 183 человека; но гемофилия при этом составила – 12% (22 случая) – 5,64 на 100 000 человек указанного возраста. По итогам 2016 года было зафиксировано 153 обращения, гемофилия составила 14,3% (22 человека), статистический показатель равен 5,4 на 100 000 человек данной прослойки населения. В 2017 году общее число заболеваний данного профиля продолжило уменьшаться – 118 обращений; на гемофилию пришлось 17,7% (21 случай), статистическая величина равна 4,85 на 100 000 населения. И, наконец, в 2018 году за врачебной помощью с данной патологией обратилось 97 человек, у 29,8% была выявлена гемофилия (29 случаев), интенсивный показатель составил – 6,24 на 100 000 представителей детского населения.

Выводы. За указанное время в республике стремительно снизилось число заболеваний свёртывающей системы крови среди лиц в возрасте 0-14 лет, при этом количество случаев выявления гемофилии за данный хронологический период подвергалось скачкообразным изменениям. С 2016 года наметилась положительная тенденция к уменьшению заболеваний гемостаза, что говорит о положительных результатах мер по профилактике и эффективности проводимого лечения. В настоящее время в регионе принимаются активные меры по борьбе с данными заболеваниями: открываются гематологические отделения в крупных лечебно-профилактических учреждениях республики, основываются профильные центры помощи больным с конкретными видами нарушений, идут процессы повышения квалификации лиц врачебного персонала, осуществляющего врачебную деятельность на периферии региона.

ПРОГНОЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ

ОТ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМЫ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

[1]Б.К.Исаматов – PhD-докторант, [2]М.Б.Сатыбалды - резидент, [2]Н.М.Мукашева - резидент, [2]А.О.Куралбек - резидент, [2]А.Е.Кенжебек – резидент

Кафедра «Визуальная диагностика»

[1]АО «Национальный медицинский университет», Казахстан, г.Алматы

[2]АО «Казахский НИИ онкологии и радиологии», Казахстан, г.Алматы

[1,2]Научный руководитель - д.м.н., профессор, Ж.Ж. Жолдыбай

Актуальность. Гепатоцеллюлярная карцинома (ГЦК) - наиболее распространенное первичное злокачественное новообразование печени (до 95%), характеризующееся прогрессирующим ростом, поздней выявляемостью, неблагоприятным прогнозом и низкой выживаемостью. Ежегодно во всем мире регистрируется более 600 000 впервые выявленных случаев ГЦК. ГЦК один из наиболее актуальных медицинских и социальных проблем в мире и в Республике Казахстан. Последние годы (2007 - 2017 гг.) в Казахстане отмечается повышение показателей заболеваемости ГЦК до 5,5 случаев на 100 тыс. ($‰_{000}$) населения, а показатель смертности остается на высоком уровне (ежегодно умирают около 1000 человек).

Цель. Провести прогностический тест показателей заболеваемости и смертности ГЦК в Республике Казахстан на период 2018 – 2022гг.

Материал и методы. Анализ основан на официальных данных Комитета по статистике и данных электронного регистра онкологических заболеваний по РК за 2007-2017 годы. Были использованы данные впервые выявленных в жизни случаях ГЦК. В ходе анализа использовали стандартизированные коэффициенты заболеваемости и смертности (Европейский стандарт возраста), включая методы демографической и математической статистики. Для проведения статистических тестов и построения динамических графиков основных показателей ГЦК были использованы пакеты SPSS и Microsoft Excel.

Результаты исследования и их обсуждение. Всего за период с 2007 по 2017 годы в РК зарегистрировано 8615 больных первичного рака печени, из них 59%-мужчины, 41%-женщины. При анализе уровня заболеваемости первичного рака печени в период с 2007 по 2017 год среднегодовой прирост составил 1,3%. Если показатель заболеваемости ГЦК в 2007 г. составил 5,6 $‰_{000}$, то в 2013 г. снизился до 4,7$‰_{000}$. Однако в последние годы уровень заболеваемости ГЦК постепенно растет и в 2017 г. достиг 5,5$‰_{000}$, что на 10,9% больше по сравнению с показателем 2016 г. Анализ динамики изменений показателя смертности показал, что за исследуемый период смертность ежегодно снижается, и имеет тенденцию к дальнейшему снижению.

Для прогнозирования на последующие 5 лет (2018 – 2022 гг.) показателей заболеваемости и смертности ГЦК в Республике Казахстан был проведен регрессионный анализ. По данным которого коэффициент аппроксимации R^2 по показателям заболеваемости и смертности составил 0,64 и 0,92 соответственно, а стандарная ошибка R^2 составил 0,23% и 0,15% соответственно (p=0,017; p<0,001). Поскольку стандартная ошибка R^2меньше 15%, то полученные данные имеют достоверную значимость, соответственно можно использовать в качетсве регрессии. Проверка значимости модели регрессиии проводился с использованием F – критерия Фишера (таблица 1).

Таблица 1. Определение значимости модели регрессиии по показателям заболеваемсти и смертности ГЦК 2007 - 2017гг. с использованием F – критерия Фишера.

Year / indicator (per 100 000 population)	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Approximation coefficient R^2	Standard error R^2	p-value
Incidence	5,6	5,6	5,5	5,2	4,9	4,8	4,7	5,1	5,4	4,9	5,5	0,64	0,23	0,017
Mortality	4,8	4,8	4,5	4,8	4,2	4,2	4,2	3,9	3,8	3,6	3,3	0,92	0,15	<0,001

При использовании полиномиальной кривой второй степени для построения линии тренда по показателям заболеваемости ГЦК 2007 – 2017 гг. был получен нарастающий тренд, что прогнозирует рост заболеваемости ГЦК последующие 5 лет. Также для показателя смертности был построен линейный тренд, который имел нисходящую линию, что прогнозирует снижение смертности последующие 5 лет (рисунок 1).

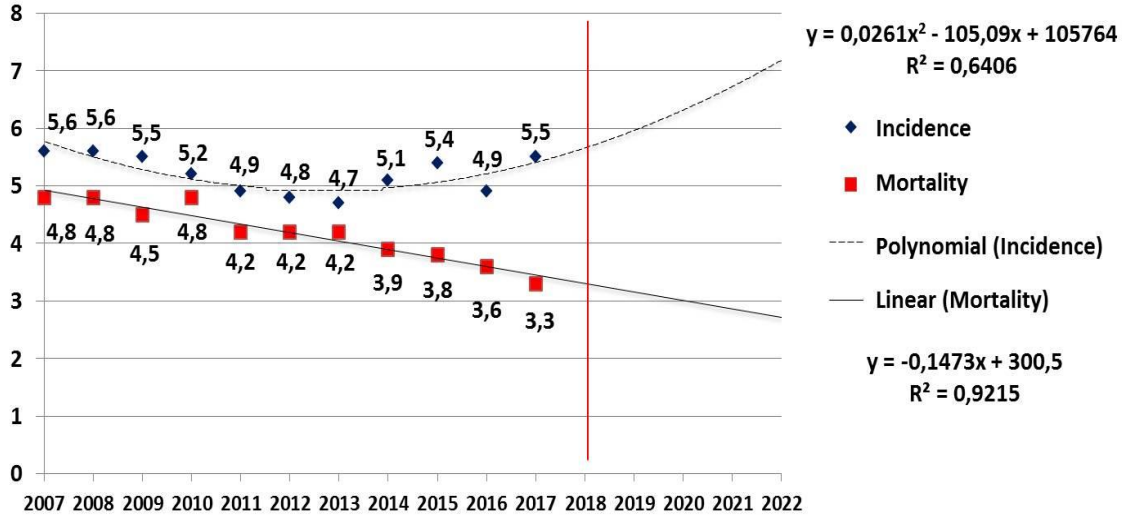


Рисунок 1. Построение линии тренда для прогнозирования показателей заболеваемости и смертности ГЦК у обоих полов на последующие 5 лет на основе данных за период 2007 – 2017 гг.

Выводы. Таким образом, отмечаеся ежегодный прирост показателя заболеваемости ГЦК в Республике Казахстан. По данным регрессионого анализа и построения линии тренда, результаты прогностического теста показали дальнейший рост показателя заболеваемости и снижение показателя смертности ГЦК у обоих полов в последующие 5 лет в стране. Предполагается, что рост заболеваемости связан с увеличением количества лиц группы риска (пациенты с вирусными гепатитами В и С, циррозом печени), а также проводимыми мерами по ранней и уточняющей диагностике ГЦК. Снижение смертности связывается с применением эффективных методов в тактике лечения пациентов.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЛИЦ СТАРШИХ ВОЗРАСТОВ ПО ДАННЫМ КОМПЛЕКСНОЙ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ

П. Г. Гаджиева – студентка 409 гр. лечебного факультета

Кафедра геронтологии и гериатрии ФПК и ППС

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научные руководители – д.м.н. К.М. Алиева-Хархарова, ассистент А.А. Магомедова

Актуальность. Когнитивные (КФ) или познавательные функции человека включают наиболее сложные механизмы работы головного мозга с помощью которых осуществляется процесс рационального познания мира и обеспечивается целенаправленное взаимодействие с ним: восприятие информации, ее обработка, анализ, запоминание, хранение и обмен, а также построение и осуществление программы действий. Когнитивные нарушения (КН) являются одними из наиболее распространённых неврологических расстройств. По данным ВОЗ, более 20 млн. человек в мире страдают деменцией и когнитивными нарушениями, и этот показатель неуклонно растет. Данная проблема актуальна и в гериатрии, так как распространённость КН особенно велика среди лиц пожилого и старческого возраста, и данные нарушения сказываются отрицательно как на качестве жизни самого пациента, так и его ближайших родственников. Наличие КН вызывает также дополнительные трудности диагностики и лечения сопутствующих заболеваний, так как врачи испытывают сложности при сборе анамнеза, оценке жалоб больного, не могут быть уверены в надлежащем исполнении врачебных рекомендаций. Поэтому при обследовании больных в гериатрии значительное внимание необходимо уделять оценке когнитивного статуса.

Цель исследования: Получить данные о частоте распространенности больных с КН среди людей старше 60 лет, различающихся по гендерному и возрастному составу в

Республике Дагестан.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось посредством оценки результатов, полученных в ходе проведения комплексной гериатрической оценки с занесением данных в карты пациентов «Комплексная гериатрическая оценка» с января 2017 г. по ноябрь 2018 г. В исследование были включены 101 больных находившихся на лечении в Госпитале ветеранов ВОВ Республиканского Медицинского Центра г. Махачкалы в возрасте от 60 до 99 лет (средний возраст 75,4±8,96).

Возраст / Пол	Пожилые люди (60-74 лет)	Старческий возраст (75-89 лет)	Долгожители (старше 90 лет)
мужской	13	26	1
женский	33	23	5
Итого:	46	49	6

Карта «Комплексная гериатрическая оценка» включает оценку следующих показателей, т.н. доменов : Паспортные данные и социальный статус; скрининг «Возраст не помеха»;

наличие хронических заболеваний; лекарственная терапия; факторы риска хронических неинфекционных заболеваний; данные объективного обследования; результаты лабораторных исследований; оценка когнитивных функций (краткая шкала оценки психического статуса – MMSE; тест рисования часов; гериатрическая шкала депрессии); функциональность - активность в повседневной жизни (индекс Бартел); повседневная инструментальная активность – IADL, способность выполнения основных функций; визуально-аналоговая шкала самооценки состояния здоровья (ВАШ); динамометрия; скорость ходьбы Тест «встань и иди»; способность поддержания равновесия; риск переломов (FRAX); краткая шкала оценки питания – MNA. В основу диагностики КН были взяты скрининговые гериатрические и нейропсихологические шкалы, такие как краткая шкала оценки психического статуса (MMSE) - для оценки когнитивного функционирования как наиболее распространенный инструмент повседневной практики для оценки пациентов с когнитивными нарушениями, тест рисования часов(CDT) – определявший трудности в распознавании расположения стрелок в соответствии с заданным временем или в правильном расположении цифр на циферблате, с помощью которого изучалась сохранность оптико-пространственных функций больных. Известно, что самооценка когнитивных способностей находится в тесной связи с эмоциональным состоянием больного. Пациенты с

расстройствами депрессивного характера обычно склонны преувеличивать выраженность имеющихся у них нарушений. Поэтому, при диагностике КН у больных в гериатрии, учитывались данные «Гериатрической шкалы депрессии». Для большинства больных с когнитивными нарушениями типична астения, поэтому учитывался показатель скрининга «Возраст не помеха», который диагностирует астению при наличии трех и более указанных в скрининге симптомов. Полученные данные подвергались математической и статистической обработке на компьютере с использованием электронных таблиц Excel фирмы Microsoft.

Результаты исследования. Результаты исследований были сгруппированы по степеням тяжести выявленных КН в соответствии с полом, возрастной группой и с зоной территории проживания.

При оценке результатов установлено, что когнитивные расстройства наблюдаются среди 40,6% обследованных (41 больных). Чаще всего они встречаются среди лиц мужского пола - у 50% (20 больных) мужчин, а среди обследуемых женщин их частота составила 34,4% (21 больных). Чаще наблюдались КН легкой степени, как среди мужчин, так и среди женщин.

Степень тяж КН / Пол	Нет нарушений	Преддементные расстройства	Легкая	Умеренная	Тяжелая	Всего
муж	20 (50%)	5 (12,5%)	12 (30%)	3 (7,5%)	-	40(100%)
жен	40 (5,6%)	3 (4,9%)	10 (16,4%)	7 (11,5%)	1 (1,6%)	61 (100%)

При распределении результатов по возрастным группам выявлено, что чаще всего КН встречаются у лиц старческого возраста 55% (27 больных), на втором месте по частоте возрастная группа долгожителей 33,4% (2 больных), реже у пожилых 26% (12 больных). Чаще встречается легкие КН, как в группе старческого возраста, так и среди пожилых. Также установлено, что в группе старческого возраста в небольшой степени выражены умеренные КН - 12,2% (6 больных).

Степень тяжести КН / Возраст	Нет наруш	Преддем	Легкая	Умеренная	Тяжелая	Всего
пожилой	34 (74%)	3 (6,5%)	5 (10,8%)	4 (8,7%)	-	46 (100%)
старческий	22 (45%)	4 (8,2%)	16(32,6%)	6 (12,2%)	1 (2%)	49(100%)
долгожители	4(66,6%)	1 (16,7%)	1 (16,7%)	-	-	6 (100%)

Выводы. Результаты проведенного исследования показали гендерные различия по частоте КН. Чаще всего КН наблюдаются среди мужчин в отличие от женщин. У последних лучше развита мнестическая и интеллектуальная функция, а у мужчин лучше развиты зрительно-пространственные функции и операции с цифрами. Рост распространенности когнитивных нарушений с возрастом более чем в два раза указывает на их связь с изменениями в мозге, закономерно развивающимися по мере его старения. К числу таких изменений относятся снижение числа нейронов, их дендритов, синапсов, рецепторов, а также утрата глиальных элементов, снижение уровня метаболизма и перфузии мозга, вследствие чего развивается атрофия вещества мозга. С возрастом в мозге уменьшается содержание основных нейромедиаторов (дофамина, норадреналина, ацетилхолина). Возрастные изменения могут снижать «церебральный резерв», что способствует более частому развитию когнитивных нарушений в пожилом возрасте. Следует отметить, что 2/3 обследованных долгожителей не имели признаков КН, а среди лиц старческого возраста КН встречались чаще. Полученные данные указывают на целесообразность проведения дальнейших исследований с целью уточнения роли зон проживания, профессиональных и иных факторов в развитии КН.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В Г. ВЛАДИКАВКАЗЕ

Урумова А., Цагараева Т. - студенты 3 курса стоматологического факультета

Кафедра стоматологии №1 ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Научный руководитель: к.м.н, доц Хетагуров С.К

Актуальность.Более 96 % населения земного шара страдает кариесом. А в 88% случаев у 6-летних, а в 85,7% у 15-летних детей имеются признаки заболеваний пародонта: кровоточивость десен, зубной камень. К 35-44 годам и 65 годам и старше у всех обследованных (89,5 - 99,5%) выявляются более тяжелые поражения пародонта, с наличием зубного камня и пародонтальных карманов различной глубины. Эти факты и явились причиной для проведения собственного исследования.

Цель исследования:Вычислить процентное соотношение наиболее распространенных стоматологических заболеваний в г. Владикавказ.

Материал и методы исследования. Исследования проводились на базе стоматологической поликлиники СОГМА. В исследовании принимали участие 246 пациентов, среди которых дети в возрасте 9-12 лет(29), молодое поколение 20-36 года(82), пациенты в возрасте -45-58

лет(57) и пожилые люди- 60-74 года(78).При исследовании полости рта учитывались данные медицинской карты (Ф. 043/у) Были изучены и проанализированы распространённость и интенсивность основных заболеваний твердых и мягких тканей полости рта и степень нуждаемости в их лечении.

Результаты исследования:Интенсивность кариеса составляла: 9-12 лет: К-2,31; П-0,96; У-0,1;20-36лет: К-3,28; П-1,59; У-0,56; 45-58 лет: К-2,31; П-3,73; У-17,44; 60-74 лет: К-2,15; П-3,06; У-25,1.Распространенность гингивита в детском возрасте составляет-7,1 %, а в пожилом возрасте уже составляет-32,5%, зубной камень и зубной карман (до 6 мм) наиболее часто встречаются в возрасте 45-58 лет-34,5%, среди пациентов молодого поколения наиболее частыми заболеваниями тканей пародонта являются гингивит и зубной камень , на долю которых приходится 25,9 % .Нуждаемость в различных видах ортопедических конструкций составляет : так среди пациентов пожилого возраста наибольшее предпочтение отдается частичным съемным протезам(42,7 %), на втором месте мостовидные протезы(29,8%), затем одиночным коронкам и полным съемным, на долю которых приходится (27,5 %); а пациенты в возрасте 20-36 лет предпочтение отдают одиночным коронкам(71,2%) и мостовидным протезам(25,6%).

Выводы:Каждый второй пациент до 36 лет нуждается в Ортодонтическом лечении, а уже после 45 лет – в Ортопедическом.Каждый нуждается в проведении профессиональной чистки зубов. И чтобы предотвратить прогрессирование стоматологических заболеваний необходимо повысить уровень проведения санитарно-просветительных работ и усилить надзор за соблюдением правил гигиены полоти рта..

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КАРИЕСА ЗУБОВ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ НУЖДАЕМОСТИ В САНАЦИИ СОТРУДНИКОВ И ОБУЧАЮЩИХСЯ РЯЗГМУ

Иванова Д.Л., Храпова А.И., Козлачков К.В. - студенты 3 курса 7 группы стоматологического факультета

Кафедра терапевтической и детской стоматологии

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань, Россия

Научный руководитель: Пестряков К.Е. – ассистент кафедры

Актуальность. Кариес является наиболее распространённым заболеванием зубов, и его диагностика на ранней стадии позволит избежать ряда осложнений, поэтому важно формировать мнение о необходимости регулярного профилактического стоматологического осмотра у обследованных лиц . Особенно у пациентов , имеющих отношение к медицине , ведь они должны задавать тон в профилактике и правильном уходе за полостью рта.

Цель исследования. Анализ распространенности кариеса зубов среди сотрудников и обучающихся РязГМУ и выявление числа нуждающихся в санации полости рта в той же группе лиц.

Материалы и методы исследования. Группе пациентов из 1428 человек , где группа №1 – студенты , являющиеся гражданами РФ, возрастной группы от 18 до 35 лет (328 человек), группа №2 –студенты , не имеющие гражданства РФ (ФОИС- факультет по обучению иностранных студентов) , возрастной группы от 18 до 35 лет (528 человек), группа №3 – студенты , не имеющие гражданства РФ (ФОИС- факультет по обучению иностранных студентов) , возрастной группы от 35 до 44 лет (322 человек), группа №4 – сотрудники университета возрастной группы от 45 до 64 лет (250 человек) , был проведен стоматологический осмотр при помощи набора стоматологического смотрового индивидуального и заполнена документация. Данные первичного осмотра вносились в форму разработанную в отделении в соотвествии с действующим законодательством, а так же рекомендациями СтАР - стоматологическая ассоциация России и ADA – Americandentalassociation..Обследования проводились на базе поликлинического отделения (ранее многопрофильное консультативно-диагностическое) Научно-Клинического Центра гематологии, онкологии и иммунологии ФГБОУ ВО РязГМУ.

Результаты исследования. В данном исследовании были получены следующие результаты. Санированы пациенты: студенты , являющиеся гражданами РФ, возрастной группы от 18 до 35 лет – 58,2%, студенты ФОИС’а возрастной группы от 18 до 35 лет – 50,3%, студенты ФОИС’а возрастной группы от 35 до 44 лет – 42,6%, сотрудники университета возрастной группы от 45 до 64 лет – 60%; Нуждаются в санации:студенты , являющиеся гражданами РФ, возрастной группы от 18 до 35 лет – 38,15%, студенты ФОИС’а возрастной группы от 18 до 35 лет – 48,5%, студенты ФОИС’а возрастной группы от 35 до 44 лет – 53%, сотрудники университета возрастной группы от 45 до 64 лет – 39,6%; Здоровы: студенты , являющиеся гражданами РФ, возрастной группы от 18 до 35 лет – 3,65%, студенты ФОИС’а возрастной группы от 18 до 35 лет – 8,83%, студенты ФОИС’а возрастной группы от 35 до 44 лет – 2,54%, сотрудники университета возрастной группы от 45 до 64 лет – 0,4%.

Выводы. Исходя из сравнения и анализа исследования выяснилось, что сотрудники университета санированы на основе более их осведомлённости и понимания последствий отсутствия лечения. При этом среди сотрудников самый низкий процент здоровых людей, а самый высокий процент - среди иностранных студентов, как и самая высокая доля не санированных. Русские студенты имеют средние показатели по данным критериям. В общем уровень санации в РязГМУ выше среднего по стране (средний уровень санации по России равен 68%).

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ В КУРСКОЙ ОБЛАСТИ В 2014-2018 ГОДАХ

Д.И.Глазунов, Э.Э. Лалаев, А.С. Цындяйкина,
Ю.М.Атрощенко, Г.В. Локтионов – все студенты
Кафедра патологической анатомии
ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, Курск, Россия
Научный руководитель – к.м.н., ст. преподаватель Фетисова А.И.

Гонорея – это венерическое заболевание человека с преимущественным поражением слизистых оболочек мочеполовых органов, иногда слизистых оболочек полости рта, глотки, вызываемая гонококком, передающаяся, как правило, половым путем [1].

При заражении гонококком в эпителии происходят дистрофические процессы вплоть до полного его разрушения на отдельных участках, что приводит к пролиферации и метаплазии цилиндрического эпителия в многослойный плоский. При этом слои изменённого эпителия расположены беспорядочно, разрыхлены; клетки местами резко вакуолизированы, ядра вытянуты, неравномерной величины и формы, пикнотичны. Просвет желёз заполняется отторгнувшимся эпителием и лейкоцитами, вследствие чего устья желез сдавливаются, это ведет к частичной или полной ее непроходимости. Гной, не имея выхода наружу, накапливается в просвете железы, в результате чего образуются небольшие псевдоабсцессы [2].

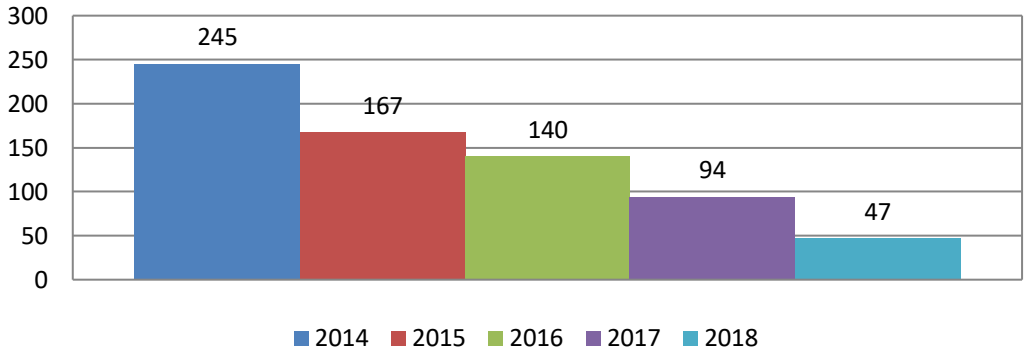
Актуальность. Актуальность исследования состоит в том, что среди инфекций передаваемых половым путем (ИППП) гонококковая инфекция является одной из наиболее распространенных. Ежегодно в мире регистрируется от 60 до 150 млн. случаев гонореи. В Российской Федерации сохраняется напряженная эпидемиологическая ситуация, связанная с высоким уровнем заболеваемости ИППП, что обусловлено массивным распространением и неблагоприятным влиянием на репродуктивное здоровье населения. Возможно это связано с тем, что в России до декабря 2011 года не было программы регулярного мониторинга. В 2012 годуВОЗвыпустилапубликацию «Global action plan to control the spread and impact of antimicrobial resistance in Neisseria gonorrhoeae». В ней гонококковая инфекция называется одним из самых опасных заболеваний, которое передается половым путем [3].

Цель. Изучение и оценка показателей заболеваемости выявленной гонорейной инфекции в Курске и Курской области за 2014-2018 гг. на основании данных ОБУЗ «Курский областной клинический кожно-венерологический диспансер».

Материалы и методы исследования: Нами был проведен анализ статистической информации о выявленных случаях гонококковой инфекции в различных социальных группах и возрастных категориях населения Курской области полученной в ОБУЗ "Курский областной клинический кожно-венерологический диспансер". В данной статье систематизированы данные и сделаны выводы о динамике развития, лечения и профилактики гонококковой инфекции. Расчеты и графический анализ данных были проведены на базе пакетов программ MicrosoftExcel и Statistica 10.

Результаты исследования. Заболеваемость гонококковой инфекции показал стабильное снижение показателей в более чем в 5 раз (с 245 случаев в 2014 году до 47 в 2018 году), что представлено на диаграмме 1. В целом такая динамика не отставала от общей динамики по стране.

Диаграмма 1. Заболеваемость гонококковой инфекцией в Курской области за 2014-2018 гг.



При сравнительном анализе возрастной структуры заболеваемости за 2017-2018гг. не было выявлено существенных отличий. Исключение составил 2018г., в котором наблюдался возросший уровень заболеваемости среди группы 40 лет и старше, и значительное снижение заболеваемости среди всех остальных групп. Логического объяснения такому росту нам найти не удалось. Однако примерно такая же картина была и в 2014 году. Рассматривая данную ситуацию в целом, можно заметить, что заболеваемость в этой группе из года в год колеблется больше всего. При изучении половой структуры заболеваемости установлено, что большинство случаев приходится на мужчин (примерно 71% от всего количества), исключение составил 2016г., в котором число заболевших женщин было немного больше количества мужчин.

Изучение статистики гонококковой инфекции у разных социальных групп показало, что 46% всех больных это неработающие, что также объясняется их образом жизни. Примечательно, что 1/6 больных это студенты, возможно, это связано с недостаточной профилактической работой с этой группой населения.

Выводы. В целом наблюдается снижение динамики заболеваемости по сравнению с предыдущими годами, но среди некоторых групп населения, а именно среди мужчин и студентов от 18 до 29 лет, заболеваемость по прежнему остается наиболее высокой. Мы считаем, что необходимо разработать мероприятия по профилактике направленные именно на эти социальные группы населения.

Список литературы

1. Бехало В.А., Костюкова Н.Н. Новый взгляд на развитие гонококкового инфекционного процесса // Клиническая дерматология и венерология. 2007. № 6. С. 4 – 8.

2. Петровский Б. В. Большая медицинская энциклопедия - 3-е изд. – М.: Советская энциклопедия. – Т. 6. – 1986. – С. 953–987.

3. Фролова Л.И. Гонорея: симптомы, профилактика, лекарственные средства для лечения / Л.И. Фролова // Новая аптека. – 2007. - № 10. – С. 108-110.

4. Keane F.E. An association between nongonococcal urethritis and bacterial vaginosis and the implications for patients and their sexual partners/ F.E. Keane, B.I. Thomas, L. Whitaker et al. // Genitourin. Med. – 1997. – V. 73, №5. – P. 373-377.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БАКТЕРИАЛЬНЫХ ГНОЙНЫХ МЕНИНГИТОВ У ДЕТЕЙ В ГОРОДЕ ШЫМКЕНТЕ

А.А.Джолдасова - магистрант 2-го года обучения по специальности «медицина»

Кафедра инфекционных болезней и дерматовенерологии

Южно-Казахстанская медицинская академия, г. Шымкент, Республика Казахстан

Научный руководитель: к.м.н., профессор Г.Н. Абуова

Актуальность. Ведущее местосреди инфекционных заболеваний у детей занимают менингиты и является актуальной проблемой, это обусловлено обширной распространенностью, тяжестью клинических проявлений, развитием осложнений и значительной летальностью. В наше время особое значение имеет проблема гнойных менингитов у детей, так как запоздалая диагностика и отсутствие лечения может привести к летальному исходу и даже при проведении соответствующей терапии возможны тяжелые инвалидизирующие последствия.

В Казахстане частота развития ГМ составляет 8-10 случаев на 100000 населения. Согласно статистическим данным, мониторинг заболеваемости БМ не менингококковой этиологии в РК с 2012 г. - по 2016 годы, характеризуется вариабельностью показателей, что составило за 5 лет в среднем 3,6% на 100 тыс. детского населения. При этом наибольший пик

заболеваемости по Казахстану в целом был отмечен в 2014 г. - 5,52%. В последующие годы наметилась тенденция к снижению данного показателя: к 2015 году – в 1,2 раза, а к 2016 году - в 1,3 раза.

Цель исследования. Изучить клинико-эпидемиологические особенности бактериальных гнойных менингитов у детей по данным городской инфекционной больницы г. Шымкент за период 2017-2018 г.г.

Материалы и методы исследования. Настоящая работа выполнена на клиническом материале, в основу которого положены результаты клинических наблюдений и анализ 18 медицинских карт стационарных больных детей бактериальными гнойными менингитами в возрасте от 3 месяцев до 15 лет.В гендерном соотношении мальчиков было 11 (61,1%), девочек – 7 (38,9%). У всех больных отбирался ликвор и исследованы в бактериологической и ПЦР лабораториях ШГИБ с использованием тестсистем производства Амплисенс.Полученные данные были обработаны при помощи пакета программ Statistica 13.3 и Microsoft Excel.

Результаты исследования. Из числа всех расшифрованных случаев с БГМ, доля N.meningitidiscоставила 47,4%, S.pneumoniae– 31,2%, H. Influenza– 21,4% (диаграмма 1).

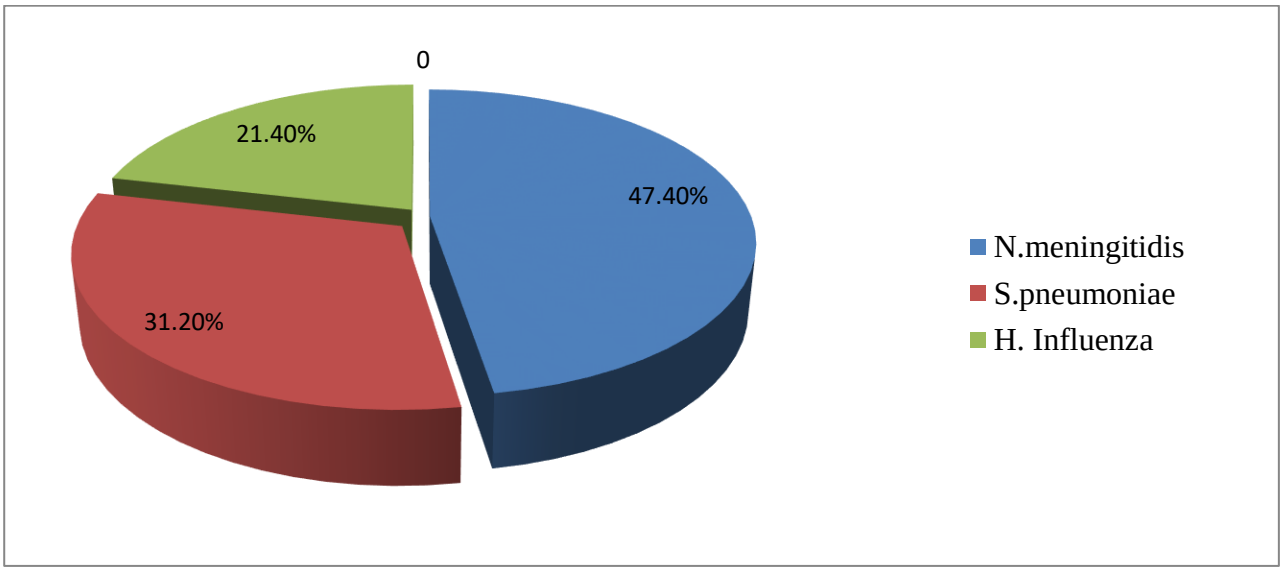


Диаграмма 1 – Этиологическая структура гнойных менингитов у детей за период 2017-2018 г.г.

Анализ возрастной структуры показал, что при БГМ у детей первого года жизни верифицированы пневмококковые и менингококковые менингиты, в возрасте от 1 года до 3 лет преобладали менингиты менингококковой этиологии, с 3 до 7 лет — менингококковый, старше 7 лет встречались все возбудители. Изучение сезонности менингитов позволило выявить большую заболеваемость гнойными менингитами в весенние месяцы (7 случаев – 38,9%), также летний (3 случаев – 16,7%) и осенний (5 случаев – 27,7%) период времени, в зимнее время года зарегистрированы пневмококковые менингиты (3 случаев – 16,7%).

77,8% больных было госпитализировано в первые три дня болезни, 22,2% - после трех суток. При поступлении у всех обследованных детей характерными клиническими симптомами являлись общеинфекционные (лихорадка, интоксикация), общемозговые (головная боль, рвота) и менингеальные (симптомы Кернига,Брудзинского).Жалобы на лихорадку предъявляли 100% больных: до 38С отмечалось у 27,8% (5 детей), до 39С 61,1% (9 детей), до 40С 11,1% (2 ребенка). В анамнезе заболевания головную боль распирающего характера отмечали 83,3% (15 детей), рвоту– 94,4% (17 детей), в том числе 1–2 раза – 11,8%, 3 и более раз – 82,4% пациентов. У одного ребенкаотмечалась многократная рвота. Из менингеальных знаков ригидность затылочных мышц отмечалась в 100% случаев, симптом Брудзинского и Кернига у 55,5%, симптом Лесажа и выбухание и напряжение большого родничка только у 2 детей (у детей до 1 года). По литературным данным, судороги при менингитах встречаются в 20-30% случаев и чаще регистрируются при заболеваниях, вызванных St.pneumoniae и H.influenzae типа b. Среди обследованных нами детей судороги отмечались при менингитах, обусловленных St.pneumoniae у 1 ребенка (диаграмма 2).

Диаграмма 2 – Клиническая характеристика бактериальных гнойных менингитов у детей

Продолжительность госпитализации была различной и зависела от санации ликвора и тяжести состояния. У большинства больных (51%) санация наступала на 10 сутки, у 47%

ликвор был санирован на 7 сутки, и у 2% ликвор нормализовался на 14 сутки. В 70% случаев заболевания протекала в средней тяжести и в 30% - тяжелом. У 20% больных отмечались различные осложнения: отек и набухание головного мозга у 2 детей; ИТШ - 1 ребенок; ДВС-синдром - 1 ребенок; дегидратация – 2 ребенка. Течение заболевания было благоприятным, летальных исходов не наблюдалось.

Выводы.

1.В этиологической структуре БГМ преобладалN.meningitidis – 47,4%, далее по частоте следовали S.pneumoniae – 31,2%, H. Influenza – 21,4%.

2.Заболеваемость менингитами имеет четкую сезонную зависимость.

3.Менингококковым менингитом болели дети всех возрастов, пневмококковым менингитом – дети до 1 года жизни и гемофильным менингитом в основном болели дети старше 7 лет.

4.Для клинической картины БГМ характерно среднетяжелое течение, повышение температуры тела, головная боль, рвота, менингеальный синдром.

CAUSES AND ANALYSIS OF THE FREQUENCY OF POST-VACCINATION REACTIONS AND COMPLICATIONS IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN, TURKESTAN REGION AND IN SHYMKENT (FORMERLY SKR)

Altayeva A. M., master student of the 2nd year, specialty «Medicine»

Department of infectious diseases and dermatovenerology

South Kazakhstan medical academy, Shymkent, Republic of Kazakhstan

Scientific supervisor: PhD, professor Abuova G.N.

Relevance of the research topic. Vaccine preventive is the most widespread medical preventive method, which allowed to eradicate smallpox, to develop programs for the elimination of polio, measles, neonatal tetanus. Unfortunately, some patients, their parents, and sometimes health workers have an unreasonable fear of vaccination because of the fear of complications. This is due to the tendency to regard any health disorder that occurs in the near future after vaccination as a complication. However, in the post-vaccination period the most frequently develop random diseases coinciding with the vaccination only in time, and only in very rare cases, possible post-vaccinal reactions and complications (PVRandC). Tracking of PVRandC is carried out in all countries of the world. The WHO committee on the surveillance of vaccine side effects summarizes these data.

Purpose of research. Analysis of the frequency and causes of post-vaccinal reactions and complications from vaccination in the Republic of Kazakhstan, Turkestan region and Shymkent (formerly SKR)

Materials and methods of research. During the study, we analyzed statistical data and reports of the Ministry of health of Kazakhstan on post-vaccination reactions and complications in the Republic of Kazakhstan, Turkestan region and Shymkent (formerly SKR) for the period 2006-2012 years.

Research result. According to our study, the main causes of post-vaccinal reactions and complications were identified:

1. Violation of the cold chain (failure to maintain the temperature of vaccines and violation of the rules of asepsis)
2. No medical examination prior to vaccination
3. Individual sensitivity and non-compliance with contraindications. Usually these are allergic reactions in the form of rash, up to collapse, anaphylactic shock or neurological reactions, it is almost impossible to predict them.
4. Intercurrent disease, a random temporal relation. Phenomena that coincide with vaccination, acting as a trigger after vaccination.

Table 1 - Data on registered cases of post-vaccination reactions and complications in the Republic of Kazakhstan, Turkestan region and Shymkent for 2006-2012 years

Years	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Republic of Kazakhstan	450	132	100	79	60	56	49
Turkestan region and Shymkent	16	14	10	9	7	7	6

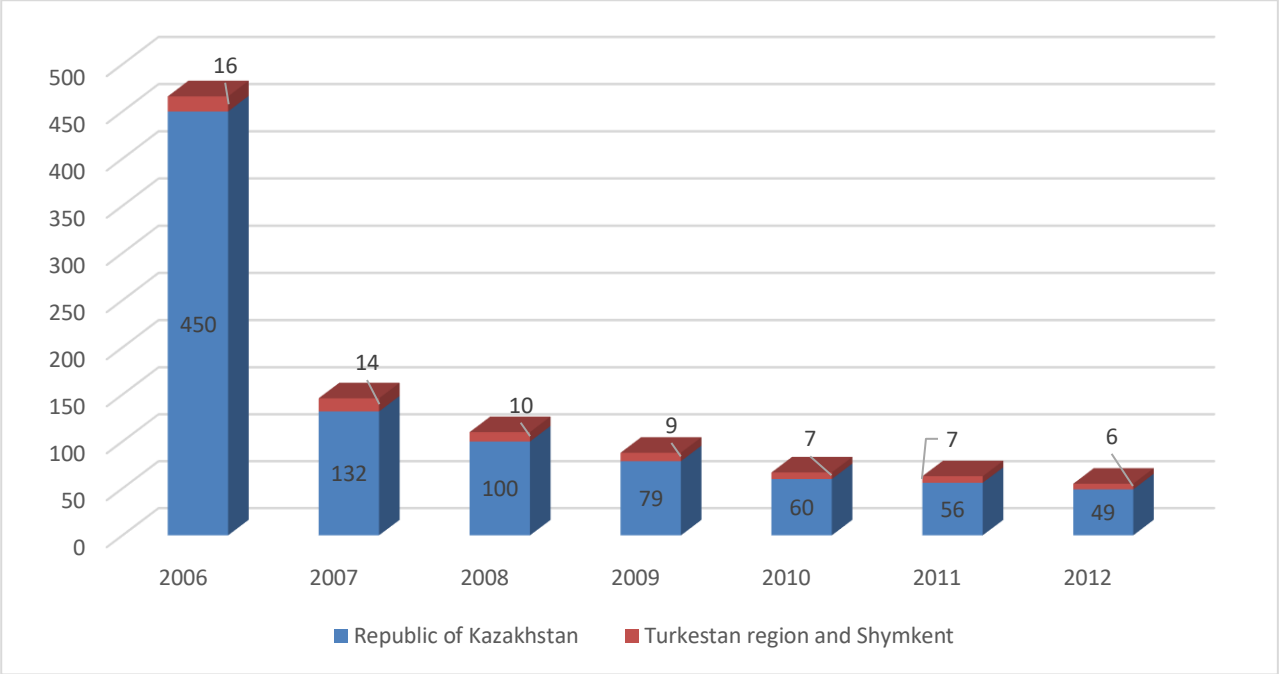


Figure 1 - Number of post-vaccinal reactions and complications in the Republic of Kazakhstan, Turkestan region and Shymkent from 2006 to 2012

In the Republic of Kazakhstan, Turkestan region and Shymkent there is an annual decrease in post-vaccinal reactions and complications. In the Republic of Kazakhstan for the period 2006 to 2012 years, PVRandC decreased 9.2 times (in 2006 - 450 cases of PVRandC, 2012- 49 cases), and in Shymkent grew 2.7 times (in 2006- 16 cases of PVRandC, 2012- 6 cases). The main PVRandC have the vaccine against tuberculosis. In this case, well-established surveillance of complications and the high quality of vaccines used can be assumed.

Summary. To further reduce post-vaccinal reactions and complications, it is necessary to take into account the reasons for which they may occur. Scientists around the world are now working to create vaccines that are as safe and effective as possible. If we talk about complications, millions of children are vaccinated without complications with a high degree of protection from infectious diseases. There is a common reaction to vaccinations, but this is natural, because the body produces immunity in response to the drug, antibiotics are produced and this reaction, of course, should somehow manifest itself. Someone temperature rises, someone is redness or thickening on the site of the vaccination. All these side effects are independent and often do not require medical interventions. Complicationsofvaccinationareextremelyrare.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КЛЕЩЕВЫМ

ЭНЦЕФАЛИТОМ В ИГРИНСКОМ РАЙОНЕ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ ЗА 2010-2015 Г.

Мохова А.А., Абзалова А.Р., - студентки 407группы педиатрического факультета

Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ,Россия, г. Ижевск.

Научный руководитель ассистент,к.м.н. Малкова А.А.

Актуальность: В Российской Федерации на территориях, эндемичных по клещевому энцефалиту (КЭ) проживает около шестидесяти пяти миллионов человек, из которых полтора миллиона являются жителями Удмуртской республики. В независимости от большого объема вакцинации и ревакцинации жителей Удмуртии, в северных ее районах уровень заболеваемости значительно превышает средние показатели по республике в целом.

Цель: выявить динамику заболеваемости клещевым энцефалитом в Игринском районе Удмуртской республики в период с 2010 по 2015 годы в половом и возрастном аспектах.

Материал и методы исследования: 1. проанализированные истории болезни пациентов с клещевым энцефалитом в инфекционном отделении БУЗ УР "Игринская РБ МЗ УР".2. Литература по проблеме клещевого энцефалита и болезни Лайма.

Результаты: В ходе исследования было установлено,что в Игринском районе Удмуртской республики чаще всего встречается лихорадочная форма КЭ(88%) и менингеальная(14%), в единичных случаях – очаговые.

Инкубационный период КЭ в среднем составляет от 1 до 30 дней.

В результате анализа 100 историй болезни пациентов Игринского района мы выявили, что в период за 2010-2015гг соотношение заболеваемости мужчин и женщин клещевым энцефалитом менялось: с 2010 по 2011 года чаще болели женщины, а с 2012 по 2015- мужчины. В целом за пять лет данное соотношение составило 2:1.

Что касается возраста, то наибольшему риску заболевания подвержены мужчины (65%) в возрасте от 20-40 лет, деятельность которых непосредственно связанна с пребыванием в лесу и его окрестностях. Среди женщин (35%) наиболее склонных к инфицированию являются работницы сельского хозяйства.

В основном, с жалобами на 82% на умеренную слабость, головную боль и головокружение - 72%,на фебрильную температуру в 58% случаев, снижение аппетита, диспепсические расстройства в 28%, озноб- 24%, потливость -12%, болевые ощущения и слабость нижних конечностей в 9%, жар-3%,неврологические расстройства (шаткость походки, парестезии конечностей, провалы в памяти, нарушении речи и фонации) около 3%,в ЛПУ Игринского района в период с конца мая по серидину июля обратилось более 110 пациентов,из которых

в 82% больные снимали с себя клеща самостоятельно.

Как правило, КЭ передается трансмиссивным и алиментарным путем.В 32%клещ локализуется в области туловища,в 18% на ногах,17%на руках,голове в 11% на голове,и шее в 7%,в других случаях люди не замечали укуса паразита.

Выводы: В ходе анализа 100 историй болезни пациентов Игринского района на базе инфикционного отделения БУЗ УР "Игринская РБ МЗ УР" было выявлено:

в период за 2010-2015 годы соотношение заболеваемости клещевым энцефалитом у мужчин и женщин составило 2:1

Ведущими синдромами КЭ являются: интоксикационный, астеновегетативный, неврологический.

Наибольшему риску развития заболевания подвержены мужчины в возрасте от 26-40 лет, работающие в близости от леса, и работницы сельского хозяйства

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ В РЕСПУБЛИКЕ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ ЗА 2016-2018 ГГ.

З.Г. Панагов – студент 509 гр. лечебного факультета,

З.К. Цуккиев – студент 505 гр. лечебного факультета

Кафедра инфекционных болезней

ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России, Владикавказ, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доц. Г.А. Гипаева

Актуальность. ОКИ являются одной из ведущих инфекционных патологий. По данным ВОЗ по миру ежегодно регистрируется около 1 миллиарда случаев диарейных заболеваний, причем 60-70% от заболевших составляют дети до 14 лет.

По данным Роспотребнадзора, в нашей стране в последние годы наблюдается устойчивая тенденция к росту заболеваемости ОКИ со средним ежегодным темпом прироста 6-7%.Однако реальная заболеваемость, по мнению экспертов, в 3-5 раз выше официальных цифр, что обусловлено значительной долей стёртых и лёгких форм, лечение которых в большинстве случаев осуществляется в домашних условиях (А.Я. Миндлина, 2014).

Отдельную проблему составляет и рост частоты тяжёлых форм ОКИ и длительное постинфекционное вирусо- и бактериовыделение.

Цель исследования: анализ эпидемиологической ситуации по заболеваемости ОКИ в РСО-Алания за 2016-2018 гг.

Материалы и методы. Использованы данные официальной отчётно-учётной

документации Управления Роспотребнадзора по РСО-Алания с применением описательно-оценочного метода.

Результаты исследования. Заболеваемость ОКИ в 2018 г. по сравнению с 2017 г. выросла на 7,9% (показатели заболеваемости 470,5 против 435,9 на 100 тыс. населения).

На 9,7% выросла заболеваемость ОКИ установленной этиологии: показатель на 100 тыс. населения – 89,0 против 81,1, что ниже федеративных показателей (179,2).

Наивысший уровень заболеваемости в течение 3-х лет был зарегистрирован в 2018 г. – 89,0 на 100 тыс. населения.

В возрастной структуре ОКИ с установленным возбудителем преобладают дети первых 2-х лет жизни, удельный вес которых составил: в 2016 г. – 61,9, в 2017 г. – 57,2, в 2018 г. – 47,6%. Удельный вес заболевших детей в возрастной категории от 3 до 6 лет составил в 2016 г. – 6,4, в 2017 г. – 8,2, в 2018 г. – 10,5%; от 7 до 14 лет: в 2016 г. – 3,7, в 2017 г. – 1,4, в 2018 г. – 4%; 15-17 лет: в 2016 г. – 1,0, в 2017 г. – 0,5, в 2018 г. – 0,1%; от 18 и старше: в 2016 г. – 27,0, в 2017 г. – 32,7, в 2018 г. – 36,9%.

Заболеваемость ОКИ неустановленнойэтиологии в республике выросла на 6,3%: показатель на 100 тыс. населения – 371,3 против 349,2 в 2017 году, что выше среднефедеративного на 6,4% (371,3 против 348,8).

В возрастной структуре ОКИ с неустановленным возбудителем преобладают дети первых 2-х лет жизни, удельный вес которых составил в 2016 г. – 45,9, в 2017 г. – 38,4, в 2018 г. – 39,6%; удельный вес заболевших детей в возрастной категории от 3 до 6 лет составил в 2016 г. – 17,4, в 2017 г. – 21,7, в 2018 г. – 18,2%; от 7 до 14 лет: в 2016 г. – 8,9, в 2017 г. – 10,9, в 2018 г. – 9,3%; 15-17 лет: в 2016 г. – 2,8, в 2017 г. – 1,9, в 2018 г. – 2,6%; от 18 и старше: в 2016 г. – 25,0, в 2017 г. – 27,1, в 2018 г. – 30,2%.

В сумме ОКИ на долю дизентерии приходилось в 2016 г. – 1,4%, в 2017 г. – 1,3%, в 2018 г. – 2,2%. Заболеваемость в 2018 г. выросла в 1,8 раза по сравнению с 2017 г. (показатели соответственно: 10,2 против 5,5), что выше федеративного в 1,9 раза (показатели на 100 тыс. населения составляют 10,2 против 5,3).

В 2016 г. заболеваемость дизентерией составила 6,2 на 100 тыс. населения, в том числе детей – 27,7; в 2017 г. – 5,5 на 100 тыс. населения, в том числе детей – 20,4; в 2018 г. – 10,2 на 100 тыс. населения, в том числе детей – 22,9.

Заболеваемость сальмонеллёзом в 2018 г. снизилась на 4 случая по сравнению с 2017 г. (показатели 3,3 против 3,8), что ниже федеративного показателя на 85,6% (3,3 против 22,9).

В 2016 г. заболеваемость сальмонеллёзом составила 31,5 на 100 тыс. населения, в том числе детей – 28,4; в 2017 г. – 3,8 на 100 тыс. населения, в том числе детей – 14,6; в 2018 г. – 3,3 на 100 тыс. населения, в том числе детей – 14,3.

Случаи заболевания брюшным тифом на территории РСО-Алания за 2016-2018 гг. не регистрировались.

Заключение. Установлено, что за анализируемый период показатели заболеваемости ОКИ в РСО-Алания имели динамику, схожую со среднероссийской. Суммарная заболеваемость ОКИ установленной и неустановленной этиологии в РСО-Алания за 2018 гг. выросла на 9,7%, однако остаётся ниже федеративных показателей. Заболеваемость дизентерией в регионе за в 2018 гг. выросла на 1,8 раза и превысила уровень среднероссийского показателя в 1,9 раза, что свидетельствует о необходимости усовершенствования профилактических мероприятий.

НАРУШЕНИЕ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Е. С. Иващенко – студент 5 курса лечебного факультета

Кафедра поликлинической терапии

ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н.Бурденко Минздрава России, Воронеж, Россия

Научные руководители – к. м. н., асс. В. И. Шевцова, д.м.н., проф. А. А. Зуйкова

Актуальность. В последние годы отмечается значительное изменение возрастной структуры населения. Регистрируется ежегодное увеличение количества лиц пожилого и старческого возраста. По данным Федеральной службы государственной статистики доля людей 60 лет и старше в 2018 году составила 21,26% населения, из них 43,25% - лица в возрасте старше 70 лет. По предварительным прогнозам, в ближайшее время тенденция к старению населения Российской Федерации сохранится. В связи с этим возрастает интерес к проблемам пожилого возраста как среди врачей, так и среди пациентов.

Одной из основных проблем лиц пожилого и старческого возраста является нарушение когнитивных функций. Под когнитивными функциями понимают наиболее сложные функции головного мозга, с помощью которых осуществляется процесс рационального познания мира и обеспечивается целенаправленное взаимодействие с ним [1]. Нарушение когнитивных функций является частым спутником старения, что связано с наличием иволютивных процессов в головном мозге, а также сопутствующими заболеваниями. По данным Всероссийского исследования «ПРОМЕТЕЙ», когнитивные нарушения отмечаются у 68,2% пациентов пожилого возраста [2].

Согласно классификации, предложенной Н. Н. Яхно, выделяют 3 степени когнитивных нарушений:

Легкая степень – минимальный когнитивный дефицит: снижение концентрации внимания, умственной работоспособности, трудности при запоминании нового материала

при сохранении правильной ориентировки, контроля за своими эмоциями и поведением.

Умеренная степень: периодическое нарушение ориентировки во времени и пространстве, снижение оперативной памяти.

Выраженная степень – деменция: нарушения памяти и интеллекта разной степени тяжести в сочетании с социальной дезадаптацией.

Недементные (легкие или умеренные) когнитивные нарушения могут препятствовать сложной интеллектуальной активности, однако не вызывают существенных затруднений в повседневной жизни, в то время как наиболее тяжелая форма когнитивного дефицита – деменция – приводит к частичной или полной потере самостоятельности и независимости, затрудняет лечение сопутствующих заболеваний, обусловливает диагностические ошибки, несвоевременное и неправильное применение лекарственных средств. Рост распространенности когнитивных нарушений, снижение качества жизни пациентов, большие расходы на лечение, реабилитацию и социальную помощь обусловливают медицинскую, экономическую и социальную актуальность проблемы.

Несмотря на повышенный интерес к проблеме со стороны неврологов и психиатров, нарушение когнитивных функций у пациентов часто остается не диагностированным, что приводит к стойкому нарушению высшей нервной деятельности. Своевременная диагностика когнитивных нарушений на ранних стадиях и назначение патогенетической терапии способствуют замедлению прогрессирования заболевания и снижению риска инвалидизации. Однако современные принципы общего и неврологического осмотра часто оказываются неэффективны для оценки высших мозговых функций. В клинической практике с целью диагностики используются специально разработанные скрининговые нейропсихологические шкалы (краткая шкала оценки психического статуса, батарея тестов на лобную дисфункцию, тест 5 слов и другие). Хорошо зарекомендовавшим себя тестом для первичного выявления деменции является «MiniCog». К его достоинствам относятся краткость и простота в применении в сочетании с высокими показателями чувствительности и специфичности. Результат теста представляет собой сумму результатов двух заданий: «Запоминание слов» и «Рисование часов» и оценивается по пятибалльной шкале. Максимальный балл, полученный при выполнении теста, свидетельствует о низкой вероятности наличия когнитивных нарушений у обследуемого. Пациенты с результатом 4 балла требуют более глубокого нейропсихологического обследования. Существенные трудности при рисовании часов или невозможность воспроизведения хотя бы одного слова свидетельствуют о наличии клинически значимых когнитивных нарушений. У пациентов, набравших 3 балла и менее, есть основания предположить деменцию.

Целью настоящего исследования являлась оценка распространенности когнитивных

нарушений у пациентов пожилого и старческого возраста, находящихся в БУ ВО «Дом-интернат для престарелых и инвалидов «Пансионат «Грибановский».

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе БУ ВО «Дом-интернат для престарелых и инвалидов «Пансионат «Грибановский» и кафедры поликлинической терапии и общей врачебной практики БУЗ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Методом сплошной выборки была сформирована группа из 51 пациента в возрасте от 65 до 91 года вне зависимости от диагноза, согласившихся принять участие в исследовании. Оценка когнитивных функций проводилась с использованием теста «MiniCog», включающего оценку кратковременной памяти (тест запоминания и воспроизведения трех слов) и зрительно-пространственной координации (тест рисования часов). Пациентам было предложено запомнить и повторить три слова: лимон, ключ, мяч. Далее предлагалось нарисовать круглый циферблат часов, расставить все цифры и расположить стрелки на 11 часов 10 минут. В завершение теста испытуемые должны были вспомнить и воспроизвести предложенные ранее слова. Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием программного обеспечения MicrosoftExcel (MicrosoftCorporation, США, 2016г.).

Результаты исследования. Из 51 пациента, вошедших в исследование, доля женщин составила 45,09%, мужчин – 54,91%. Средний возраст в исследуемой группе – 74,74 года. Средний балл при выполнении теста «Minicog» составил 3,65, при этом у 37,3% пациентов обнаружено значительное снижение когнитивных функций (0-3 балла по тесту «MiniCog»). При выполнении теста рисования часов когнитивные нарушения (менее 9 баллов) обнаружены у 74,5% исследуемых (38 человек), из них 60,52% (23 человека) не предприняли попыток выполнить тест. Незначительные неточности при выполнении теста обнаружены у 5,88% испытуемых (3 человека). 18,86% пациентов (10 человек) справились с заданием.

Вывод: учитывая литературные данные, результаты настоящего и предшествовавших исследований, можно сделать вывод о широкой распространенности когнитивных нарушений среди больных гериатрического профиля, нуждающихся в паллиативной помощи.

Список литературы

Захаров В. В. Яхно Н. Н. Когнитивные расстройства в пожилом и старческом возрасте: методическое пособие для врачей. Москва, 2005. 71с.

Захаров В. В. Всероссийская программа исследований эпидемиологии и терапии когнитивных расстройств в пожилом возрасте («Прометей»). Неврологический журнал 2006;11:27-32.

Вольф Е. А. Шевцова В. И. Завальная Е. Б. Изменение когнитивных функций у пациентов геронтологического профиля. Прикладные информационные аспекты медицины. 2019. Т. 22. №1. С. 19-23.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ДАГЕСТАНЕ

П.А.Алиева - студентка 333 группы. лечебного факультета

Кафедра патологической физиологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

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

Актуальность.Рак молочной железы является ведущим, как в структуре заболеваемости, так и в структуре смертности от злокачественных опухолей женщин. В 2012 году в мире было выявлено 1,67 млн новых случаев РМЖ, что составило 25 % всех онкологических заболеваний [1].

Самые высокие показатели заболеваемости в Европе выявлены в Дании (105,1 на 100 000), Франции (104,5 на 100 000) [2].В Америке на первое место выходит Уругвай (90,7 на 100 0000), Канада (83,2 на 100 т), США (76,0 на 100т).В странах Азии Израиль (96,8 на 100 000).В Африке, относительно других континентов, показатели держатся на низких уровнях. И среди стран этого континента наибольшие показатели отмечаются в ЮАР (41,0 на 100 т), Марокко (36,5 на 100 т), в Египте (37,3 на 100 т).Самый низкий уровень заболеваемости отмечаются в Монголии (8,0 на 100 000), во Вьетнаме (15,6 на 100 000), Иране(18,4 на 100 т),Таджикистане (16,6 на 100 т),Зимбабве (16,2 на 100 т). В РФ заболеваемость составляет (43,2 на 100т).По смертности от РМЖ на первое место выходят такие страны, как Армения (25,0 на 100 т),Ливан (26,1 на 100 т),Уругвай (24,30 на 100 т) [3.]

Цель:Выявить заболеваемость,смертность,распространенность и лечение РМЖ в Дагестане.

Материал и методы исследования:Материалом для исследования послужили данные о заболеваемости, диагностике,лечению и смертности- уточненное их число с впервые установленным диагнозом среди лиц женского и мужского пола по Дагестану за 2011-2012,2017 (январь), предоставленные научно-исследовательским центром экологической медицины.

Результаты исследований: Абсолютное число заболеваемости населения территории РФ РМЖ в 2012 году составляло 57875 среди женщин, и 341 среди мужчин.

Находились на учете в конце отчетного года 544896,из них 5 лет и более 315416,летальность при этом составляло 3,9.Наиболее высокие показатели заболеваемости на территории РФ отмечаются вг. Москва (5284), Московской области (5284).

Самые низкий уровень заболеваемости на территории РФ приходится на Республику Калмыкия (70 абсол.ч),Республику Алтай (43),Республику Тыва(45),Чукотский автономный округ (18).

В Северо-Кавказском ФО в 2012 году было взято на учет с впервые в жизни установленным диагнозом РМЖ 2420 человек.Из них 980 приходится на Ставропольский край ,и 405 на Республику Дагестан.

Самый низкий показатель отмечается в Республике Ингушетия.

В РД на конец года находились на учете 3043 человека, что составляет 104,1 на 100т населения.

Из них на учете 5 лет и более остались 1470, что составляет 48,3% от всех состаившихся на учете.

Индекс накопления контингентов равняется 7,5.

Летальность в Дагестане при этом составило 5,7.

Смертность от РМЖ в СКФО в 2011 составило 1034 (9,22 на 100 000),среди мужчин абсолютное число-22,стандартизированный показатель при этом составил 0,52 на 100 000.

Среди женщин абсолютное число 1012, стандартизированный показатель 15,65 на 100 т.

В Республике Дагестан отмечается 192 случаев летального исхода,при этом среди мужчин летального исхода не отмечалось.

Среди женщин стандартизированный показатель равняется 12,62 на 100 000.

Низкие показатели смертности наблюдалось в республике Ингушетия(30 случаев),в Карачаево-Черкессии (77 случаев).

В Республике Дагестан в 2012 году было зарегистрировано 405 случаев РМЖ.[5]

Морфологически диагноз был подтверждён у 99,8%.

Из них на I стадию приходится 5,9% на II стадию 51,6%, на III стадию 33,1%, на IV стадию 7,2%.

Стадия не установлена у 2,2% заболевших.

Летальность на первом году с момента установления диагноза составил 8,4 %

По сведениям о лечении РМЖ впервые зарегистрированных в 2012 году,подлежащих радикальному лечению, в РД радикальное лечение в отчетном году законченоу 339 пациентов,что составляет 83,7% от впервые выявленных.У 24 пациентов лечение будет продолжено,что составляет 5,9% от впервые выявленных.

В РД для радикального лечения используется комбинированное или комплексное лечение в 99,7% ,и 0,3% только хирургического метода.

В 2017 году за январь в РД было выявлено 1470 случаев РМЖ.

Только хирургический метод лечения в СКФО применяется в Чеченской

республике(31,1%).[4]

Повозрастная структура заболеваемости в РД.За январь 2017 года наибольшие показатели заболеваемости отмечается от 30-44 лет -17,27%

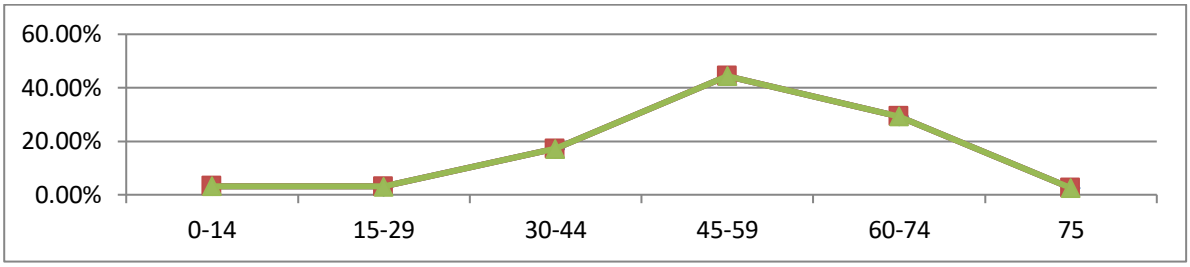
45-59 лет-44,35 %

60-74 лет -29,31 %

Абсолютное число по возрасту составляет : 30-44 лет-254 случаев(244 женщин,10 мужчин)

45-59 лет 652 случаев (645 женщин,7 мужчин)

60-74-437 (431 женщин, 6 мужчин)



Структура заболеваемости по МКБ-10 в РД за 2017 год (январь)

С50 злокачественное новообразование молочной железы-0,4%

С50.0 соска и ареолы-72,2%

С50.1 центральной части молочной железы-4,62%

С50.2 верхневнутренный квадрант молочной железы-1,02%

С50.3 нижневнутренный квадрант молочной железы-0,4%

С50.4 верхненаружный квадрант молочной железы-2,85%

С50.5 нижненаружный квадрант молочной железы-0,34%

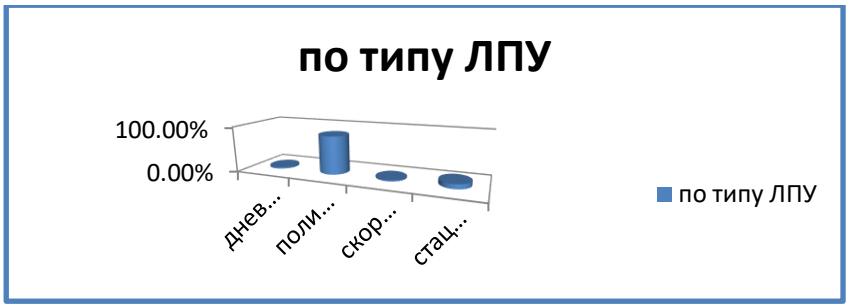
С50.8 поражение молочной железы за пределы-3,46%

С50.9 молочной железы неуточненной части-14,6%

По типу лечебно-профилактическому учреждению структура составляет:

Дневной стационар-3,26%,Поликлиника-83,6 %,Скорая медицинская помощь-2,7%

Стационар-10,2%



Структура по койко-дням:

1-4-дня-61,7%,5-9-дней-25,7%,10-14-дней-6,9%,>15-5,5%дней

Выводы :

1.Заболеваемость РМЖ в Дагестане с каждым годом возрастает.

2.Наибольшая заболеваемость отмечается среди женщин от 30 до 75 лет

3.Чаще всего РМЖ диагностируют на II стадии

4.Редкое использование хирургического метода лечения (0,3%)

Списоклитературы:

1.IARC GLOBAN 2012:Estimated Cancer Incidence,Mortality and Prevalence Worldwide in 2012,WHO 2015

2.GLOBAN 2012[cited 08.12.16]URL:http://globan.iarc.fr.,3.BrayF.,MollerB.Predicting the future burden of cancer.Nat Rev cancer.2006 Jan.;6(1):63-77.doi:10.1038\nrc 1781

3. .Злокачественные новообразования в России в 2011 году (заболеваемость и смертность)/под редакцией В.И .Чиссова.,В.В.Старинского Т.В Петровой с.271-272

4.Состояние онкологической помощи населению России в 2012 г.Под редакцией А.Д.Каприна,Г.В.Петровой.2013г.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ОСТРЫМИ ЛЕЙКОЗАМИ ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

Х. М. Магомедова – студентка 612 гр. педиатрического факультета

Кафедра факультетской и госпитальной педиатрии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научные руководители - доктор медицинских наук, профессор Алискандиев Алаудин Магомедович; зав.отделением онкогематологии к.м.н. Юнусова Индира Магомедовна; ассистент кафедры А. М. Чилилова.

Актуальность. **З**локачественные новообразования в детском возрастезанимают лидирующие положение в структуре заболеваемости , как во всем мире, так и на территории

Российской Федерации. Рассмотрение эпидемиологических сторон острых лейкозов (ОЛ) является достаточно актуальной темой, поскольку полученные результаты в дальнейшем дают возможность разрабатывать полноценную программу помощи детям с онкологическими заболеваниями на каждой конкретной местности и в каждом конкретном случае, а также знание эпидемиологического статуса позволит нам прогнозировать предстоящие финансовые затраты. Успехи в лечении детской онкологии в последние годы очевидны, не смотря на тот факт, что среди различных причин смерти на долю злокачественных патологий, в структуре которых преобладают гемобластозы, приходится почти 5%.

Цель исследования – изучить заболеваемость острых лейкозов детей Республики Дагестан в 2011-2018 гг.

Задачи: 1)Определить тенденцию этого показателя; 2)Изучить территориальную особенность.

Материалы и методы исследования. Мною было проведено ретроспективное исследование заболеваемости с учетом эпидемиологической ситуации Острых Лейкозов у детей в возрасте от 0 до 15 лет, проживающих на территории РД, за 7-летний период (с 01.01.2011. по 31.12.2018гг).

Территория РД составляет 50 270 км². Среднегодовая численность детского населения в возрасте 0-15 лет за изучаемый период составила 734 010 ± 10 543 человек (информация о численности населения предоставлена Федеральной службой государственной статистики по Республике Дагестан).

В ходе проведения анализа заболеваемости учитывала следующие нозологические формы ОЛ, соответствующие кодам МКБ-10: острый лимфобластный лейкоз, острые нелимфобластные лейкозы. В качестве сведений о случаях заболеваний просматривала истории болезни, взятые из архива ДРКБ. Всего за 7 лет выявилось 235 случаев острых лейкозов.

Результаты

В ходе проведенного мною исследования было выявлено 235 случаев острого лейкоза. У 127 мальчиков (54%) и 108 (46%) девочек; из них у 185 (79%) – острый лимфобластный лейкоз, у 50 (21%) – острый нелимфобластный лейкоз; В 2011 год- 27 Острых лейкозов (ОЛЛ-21 ОНЛ-6); 2012 год- 32 Острых лейкозов (ОЛЛ-25 ОНЛ-7); 2013 год- 28 Острых лейкозов (ОЛЛ-21 ОНЛ-7); 2014 год- 28 Острых лейкозов (ОЛЛ-21 ОНЛ-5); 2015 год- 34 Острых лейкозов (ОЛЛ-29 ОНЛ-5); 2016 год- 32 Острых лейкозов (ОЛЛ-27 ОНЛ-6); 2017 год- 29 Острых лейкозов (ОЛЛ-21 ОНЛ-8); 2018 год- 25 Острых лейкозов (ОЛЛ-19 ОНЛ-6).

Результаты исследования возрастного диапазона заболеваемости: с 0 до 3 лет – 65 случаев острого лейкоза; с 3 лет до 6 лет – 100 случаев острого лейкоза; с 6 до 10 лет – 48 случаев острого лейкоза; с 10 лет до 15лет – 23 случаев острого лейкоза..

Сельское население детей – 137 случаев острого лейкоза; Городское население детей – 98 случаев острого лейкоза.

Выводы

В ходе проведенного исследования было выявлено, что: 1) острый лейкоз встречается у мальчиков (127 ОЛ) чаще на 8%. чем у девочек (108 ОЛ). Что также было замечено в исследовательской работе Хачирова.Д.Г., Абакарова А.М. (Онкологическая заболеваемость детского населения РД), где с 1981 по 2009 года максимальный удельный вес в возрастной структуре заболевших злокачественными новообразованиями детей приходится на возрастные группы 3-4 и 6-9 лет, соответственно 24,36 и 30,77% - для мальчиков, 19,28 и 21,69% - для девочек; 2) также, в результате проведенного исследования стало известно, что дети из сел (144 случая ОЛ) болеют на 22% чаще острым лейкозом, чем дети из городов (91 случай ОЛ). Пик заболеваемости зарегистрирован в 2015 году, а самый низкий показатель в 2018 году; 3) с 2011 по 2018 года зафиксировано 47 случаев смертей от острых лейкозов, на долю которых приходится: лимфобластные лейкозы - 70% смертности, а на долю нелимфобластных лейкозов - 30%. В итоге проведенной работы, стало известно, что детская смертность от острых лейкозов все еще достаточно высока, что указывает на то, что необходимо улучшить диагностические критерии, с целью ранней диагностики, так как вовремя проведенное лечение увеличивает продолжительность и качество жизни больных.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

М.Ш. Магомедов – студент 623 гр.лечебного факультета

Кафедра фармакологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – старший преподаватель П.М. Магомедова

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является одним из самых распространенных заболеваний органов дыхания и находится на 4 месте среди причин смертности, уступая лишь сердечно - сосудистым заболеваниям, травмам и сахарному диабету. Среди болезней органов дыхания, ХОБЛ занимает ведущую роль в распространенности и тяжести течения [1].

Распространенность ХОБЛ в общей популяции заболеваемости составляет около 10,1%

(11,8 мужчин и 8,5% женщин) и имеет тенденцию увеличиваться , достигая 10-12% среди людей среднего возраста и пожилых. Официальные данные на порядок ниже, т.к. статистические данные основаны на учете клинически выраженных стадий ХОБЛ, когда пациент обращается уже на поздних стадиях развития болезни [2].

По прогнозам экспертов ВОЗ, ХОБЛ в недалеком будущем, займет третье место среди ведущих причин заболеваемости и смертности во всем мире. По официальным данным Министерства здравоохранения РФ в нашей стране насчитывается порядка 1 млн. больных с ХОБЛ, но проведенные эпидемиологические исследования выявили, что счет таких больных составляет 11 млн. чел. ХОБЛ относится к экологически обусловленным заболеваниям и возникает под действием различных факторов риска, ведущее место из которых относят курению табака. Органы дыхания, в силу своей анатомии и физиологи, подвержены воздействию экзогенных аэрополлютантов, в основном, атмосферной пыли, выхлопных газов, промышленных выбросов, патогенных микроорганизмов [3].

Даже вдыхание низких концентраций загрязняющих веществ, может привести к значительным токсическим повреждениям органов дыхания. Ранняя диагностика ХОБЛ затруднена из-за медленного прогрессирования и приводит к запоздалому лечению. По анализам Европейского Респираторного Общества только 25% случаев заболеваемости диагностируется своевременно.

Цель исследования: Изучение динамики заболеваемости ХОБЛ за 2015-2018гг. Анализировать распространенность ХОБЛ среди всех болезней органов дыхания по Республике Дагестан.

Материал. Для изучения состояния заболеваемости ХОБЛ в Республике Дагестан, нами были использованы данные лечебно-профилактических учреждений городов и поселков, согласно данным федерального статистического наблюдения и ежегодные статотчеты Министерства здравоохранения за период с 2015 по 2018 гг.

В 2015 году заболеваемость болезнями органов дыхания (БОД) среди взрослого населения в Республике Дагестан составила 22350,17 на 100 тыс. (в 2016-22850.35; 2017г.-23131,82; в 2018г. -24123,99.). Распространенность БОД среди взрослого населения в 2018 году составила 24920,53. (рис.1)

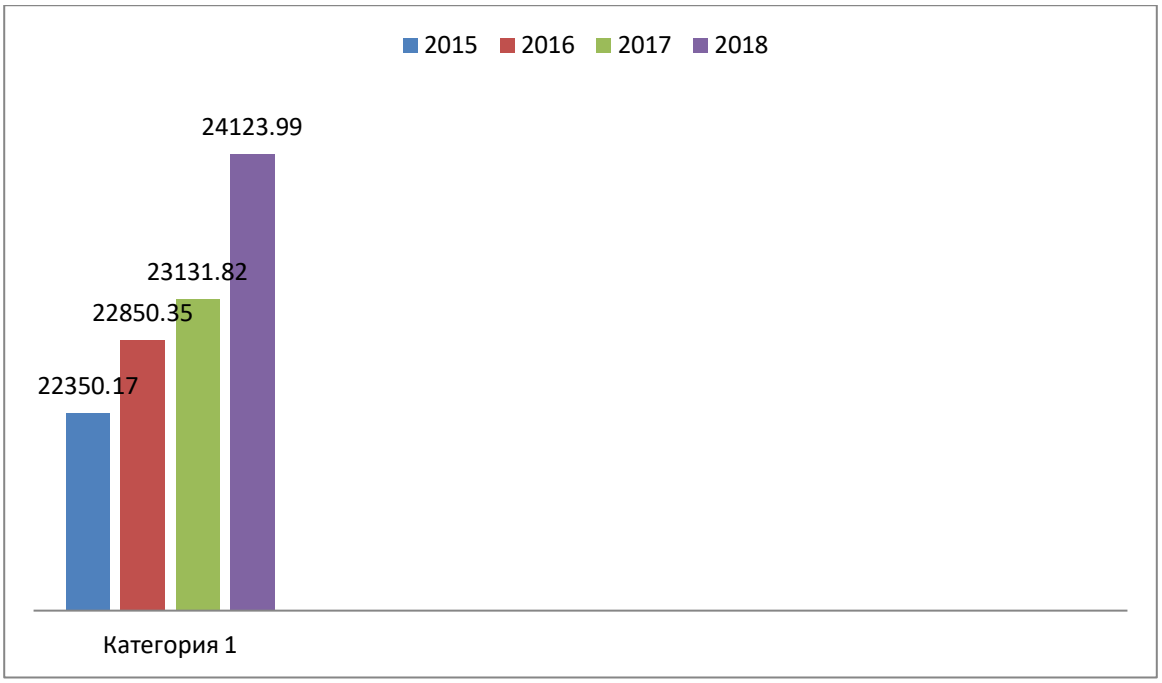


Рис.1. Распространенность болезней органов дыхания (БОД) в Республике Дагестан за период с 2015 по 2018 гг. Скачок заболеваемости ХОБЛ за последние 4 года в Республике Дагестан, приходится на 2017 год.

Показатель распространенности ХОБЛ за период с 2015 по 2018 гг. в Республике Дагестан: 2015 -3561,50; 2016-3632,53; 2017-3720,21; 2018 – 3735,28; (таб 1)

	БОД	ХОБЛ
2015		3561,50
2016		3632,53
2017		3720,21
2018		3835,28

Таб.1 Показатели распространенности БОД и ХОБЛ за последние 4 года в Республике Дагестан (2015-218гг.)

Относительно высокие показатели распространенности БОД в Республике Дагестан зарегистрированы в 2018 году, в то же время пик показателей распространенности ХОБЛ, с тенденцией к росту, приходится на 2017 г.

Анализ заболеваемости ХОБЛ среди взрослого населения Республики Дагестан за период с 2015 -2018гг. показал, что ХОБЛ имеет умеренную тенденцию к повышению с темпами среднегодового прироста, примерно, 4% и 5% соответственно, а за 2017 год выявился прирост на 8%.

В структуре общей заболеваемости взрослого населения республики, наибольшая доля приходится на болезни органов дыхания, а среди БОД значительный удельный вес за анализируемый период, принадлежит ХОБЛ.

Выводы:

1.Объективные знания данных о заболеваемости и болезненности ХОБЛ, дает возможность принимать обоснованные управленческие решения, правильно расставить приоритеты обучения первичного звена и специализированных учреждений.

2.Полученные данные могут быть полезными в составления программы по формированию групп риска и раннего выявления заболевания. Факторы риска являются причиной и условием, увеличивающие вероятность развития заболевания, неблагоприятного его течения и исхода.

Литература:

1.Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких. Под ред. А.Г Чучалина. Пер. с англ. М.: «Атмосфера» 2014г.

2.Чучалин А.Г. Белая книга. Пульмонология. //Пульмонология 2004 1: 7-36.

3.Стандарты по диагностике и лечению больных хронической обструктивной болезнью легких (ATS/ERS, пересмотр 2004г.) Под ред. А.Г. Чучалина, пер. с англ. М.: «Атмосфера», 2005 г.

4.Новоселов В.И. Роль пероксиредоксинов при окислительном стрессе в органах дыхания. //Пульмонология 2012.-№1.-с.83-87.

ПОВЫШЕНИЕ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА СВОЕ ЗДОРОВЬЕ, КАК ОДИН ИЗ ПРИОРИТЕТОВ КОРРЕКЦИИ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Е.В. Шереметьева, студентка 608 гр. лечебного факультета

Кафедра поликлинической терапии

ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж, Россия

Научный руководитель: д.м.н., профессор, Е.Ю. Есина

Актуальность.Согласно данным многочисленных исследований сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) продолжают оставаться ведущей причиной смертности населения России, как городского, так и проживающего в сельской местности. Сохраняющаяся высокая смертность от ССЗ связана как с неудовлетворительным осуществление превентивных мер, так и с влиянием основных ФР на здоровье человека. В настоящее время как первичная, так и вторичная профилактика ССЗ включает обязательную коррекцию ФР. Каждый врач системы практического здравоохранения, как амбулаторного, так и стационарного звена, должен выявлять ФР ССЗ при осмотре больного и проводить краткое профилактическое консультирование. Известно, что некоторые ФР ССЗ поддаются коррекции легче, чем другие. Например, трудно отказаться от курения, и гораздо легче повысить свой уровень

физической активности (ФА), начиная тренировки с того вида ФА, которая нравится пациенту. Следователь, выявление ФР СЗЗ у пациентов, обратившихся к врачу с любой соматической патологией терапевтического или хирургического профиля, рекомендации по коррекции ФР и динамическое наблюдение позволят повысить эффективность мер первичной профилактики ССЗ.

Цель. Изучить распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у жителей сельской местности.

Материалы и методы. Обследованы 600 жителей сельской местности, среди них - 356 мужчин и 244 женщины.Для исследования использовался стандартный опросник «Форма № 125/У-ПЗ. «Паспорт здоровья», в котором указывались антропометрические показатели, цифры артериального давления (АД), концентрация глюкозы в крови, наличие или отсутствие курения, уровень потребления алкоголя,соблюдение принципов здорового питания, уровень физической активности.

Результаты исследования. Среди ФР ССЗ у проживающих в сельской местности мужчин по распространенности лидировало повышение АД. АД ≥ 140/90 мм рт.ст. было зарегистрировано у 297(83%) мужчин. Второе и третье места по частоте встречаемости у мужчин заняли такие ФР, как избыточная масса тела 202(57%) и несоблюдение принципов здорового питания 148(41%). Курение, низкая физическая активность и гипергликемия выявлялиь у 99(28%), 79(22%) и 10(3%) жителей сельской местности мужского пола, соответственно. Потребление алкоголя в дозах, превышающие безопасные было выявлено у 3(1%) мужчин, проживающих в сельской местности. У женщин, проживающих в сельской местности, как и у мужчин, первое, второе и третье места по частоте встречаемости заняли такие ФР ССЗ, как АД ≥ 140/90 мм рт.ст., избыточная масса тела и несоблюдение принципов здорового питания, которые были выявлены у 200(82%), 102(42%) и 57(23%) жительниц. Низкая физическая активность и курение определялись у 28(11%) и 5(2%) женщин, соответственно. Все женщины, участвовавшие в исследование на вопрос об употреблении алкоголя в дозах, превышающих безопасные, ответили отрицательно. Необходимо отметить, что участвующие в обследовании и мужчины и женщины, отвечали на вопросы активно, задавали вопросы о возможных подходах к коррекции ФР ССЗ и понимали всю важность этого вопроса. Проведенное обследование продемонстрировало большую распространенность ФР ССЗ среди жителей сельской местности.

Выводы

Распространенность ФР ССЗ была выше у проживающих в сельской местности мужчин. У мужчин и женщин, проживающих в сельской местности, ФР ССЗ по частоте встречаемости распределились следующим образом: АД ≥ 140/90 мм рт.ст., избыточная масса тела,

несоблюдение принципов здорового питания, курение, низкая физическая активность и гипергликемия. Все женщины, участвовавшие в исследование на вопрос об употреблении алкоголя в дозах, превышающих безопасные, ответили отрицательно.

ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ДАГЕСТАНА

Ш. Э. Шахмарданов – студент 21 группы лечебного факультета

Кафедра общей и биологической химии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – кандидат биологических наук, ассистент С. О. Османова

Актуальность. Анализ демографических показателей играет важную роль в стратегии социального развития. В Дагестане весьма сложная специфика географии заболеваний с учетом своеобразия природно-климатических особенностей.

Целью данных исследований является изучение состояния здоровья детей в Республике Дагестан за 2016-2018 гг., анализ показателей данных по заболеваемости туберкулезом среди детского населения региона.

Материал и методы исследования. Нами был проведен анализ и исследование данных Мин Здрава Республики Дагестан, Республиканского мед. информационно-аналитического центра (РМИАЦ) о состоянии здоровья населения региона за 2016-2018 гг., данных Государственного доклада «О состоянии сан-эпидем благополучия населения Дагестана в 2018 году».

Результаты исследования - изложение данных по численности, смертности и особенностям развития туберкулеза среди населения РД. Благодаря вниманию со стороны правительства РД к вопросам охраны материнства и детства, в 2016 г. в Дагестане отмечен самый низкий исторический минимум показателя смертности младенцев -10,1 на 1000 живых новорожденных. Но этот показатель все равно остается выше среднероссийского в 1,5 раза (по РФ -6,5%). Наиболее информативными и важными признаками здоровья населения являются следующие демографические показатели: рождаемость, смертность, естественный прирост населения. Их величина и динамика во многом дает характеристику уровню сан-эпидем благополучия населения. По состоянию на 01.01.2019 численность населения РД составила 3086126 человек (городское 1396715, сельское - 1689411 человек). Доля детского населения до 14 лет в 2018 г составляла 24,7 % (737 406), доля взрослого населения-69,6%, доля подростков–4,8%. Количество детей ежегодно растет, их доля с 2005 г возросла с 23,9% до 24,7%; доля взрослого населения уменьшилась с 70,7% до 69,6%. В 2018 г. в демографическом развитии населения республики сохранялись позитивные тенденции, как и

в предыдущие 2 года, показатели рождаемости превысили смертность. По данным Территориального органа Федеральной службы государственной статистики, абсолютное число родившихся в регионе в 2018 г составило 57 668 человек, что на 883 ребенка больше, чем в 2016 г. Тем не менее показатель рождаемости за 2018 г. составил 19,1 на 1000 населения, что немного меньше такового в 2016г. (19,3 на 1000 населения), но в 1,4 раза выше, чем по России в целом (13,3 на 1000 населения). За 2018 год умерло 16984 человека, это на 513 человек больше, чем в 2017г (16471). Показатель см-ти населения за 2014г. составил 5,5 на 1000 населения, что в 2,4 раза ниже, чем показатель в РФ (13,1 на 1000 населения). Главной причиной смертности населения (почти половина летальных случаев – 40%) это заболевания системы кровообращения, вторая причина – онкология (12,7%), далее – заболевания органов дыхательной системы (11%), см-ть от внешних причин-9,7%, заболевания органов пищеварительной системы-4,1%, болезни инфекционного и паразитарного генеза-1,4%. По данным за последние 10-20 лет см-ть от онкозаболеваний постепенно увеличивается во всем мире. Это объясняется тем, что причины, вызывающие эти болезни, повсеместно увеличиваются. К этим причинам относятся радиоактивные лучи, тяжелые углеводороды, генетически модифицированные продукты питания. Рассмотрим эти данные подробно. Увеличение естественного фона радиоактивности происходит не только потому, что продолжаются создание вооружений с использованием атомной энергии, но и использование ее в мирных целях: виды транспорта, медицинская промышленность, АЭС, опреснение воды и т.д. С каждым годом использование атомной энергии возрастает, так как энергетический кризис во всем мире требует расширения использования атомной энергии. Одним из важных критериев положительной оценки демографии является уменьшение смертности детей до года жизни. Показатель смертности младенцев в расчете на 1000 детей, родившихся живыми, в 2018г составил 10,9 против 12,5 в 2016г. и 15,2 в 2014г. (в РФ -7,4 на 1000 детей, родившихся живыми). Уровень здоровья детей – важный показатель социально-экономического состояния общества. Рост показателей первичной детской заболеваемости в 2018г. по сравнению с предыдущим годом отмечается по заболеваниям крови и кроветворных органов – 7,6%, патологиям нервной системы – на 13,7%, заболеваниям глаза и его придаточного аппарата – на 12,8%, по травмам и отравлениям – на 12,2%. В ходе исследовательской работы был проведен анализ данных по социально обусловленным инфекциям. При сохранении напряженной эпидемиологической ситуации по туберкулезу появилась тенденция к ее стабилизации. За последние 3 года показатель заболеваемости туберкулезом снизился с 34,95 на 100 тыс. населения в 2016г. до 31,27 в 2018г, уменьшение заболеваемости при этом составило 10%. Среди детей до 14 лет зарегистрировано 36 случаев впервые выявленного активного туберкулеза, показатель заболеваемости детского населения

составил 4,85 на 100 т. детского населения. Среди детей наивысший показатель заболеваемости как и прежде отмечен у подростков 15-17 лет, он составляет 24,16 на 100 тыс. данной возрастной группы. Рост заболеваемости отмечен также в возрастной группе детей 1-2 года (5,53 на 100 т. против 4,6 на 100 т. в 2013г.). Наивысшие показатели заболеваемости туберкулезом детей до 14 лет, превышающие среднереспубликанский в 1,5-6 раз, отмечены в 12 адм. территориях: Кизлярском(26,3), Цунтинском(18,7), Сергокалинском(14,8), Тляратинском(14,7), Хунзахском(12,8) районах, Хасавюрте(10,35), Махачкале(10,32), Буйнакске(7,16), Кизляре(9,03), Кизилюрте(8,52), Карабудахкентском(8,43) и Бабаюртовском(7,64) районах, на 100 тыс. детского населения. В первые месяцы 2015г. число больных активным туберкулезом, находящихся на диспансерном учете, составляло по республике 3178 человек, из них 103 ребенка до 17 лет. По данным наших исследований в более чем 80% случаев заболевания туберкулезом детей причины остаются неустановленными, что может говорить о более высоком распространении туб-за за счет не выявленных больных. Одним из наиболее значимых направлений предупреждения развития туберкулеза у детей является качественная вакцинопрофилактика. Однако за последние пять лет в РД число детей в возрасте до 1 года, не привитых против туб-за, возросло со 171 в 2011 г. до 663 в 2016г. Усугубляет ситуацию широко развернутая во Всемирной Паутине противопрививочное движение, содействующая росту отказов родителей от иммунизации младенцев от такого опасного заболевания, как туберкулез. В целях стабилизации заболеваемости туберкулезом и усиления контроля за профилактическими и противоэпидемическими мероприятиями изданы постановления главного санитарного врача по РД «Об усилении мероприятий по профилактике туберкулеза в РД» и «О проведении сплошного флюорографического обследования населения РД».

Выводы. За последние годы в Дагестане отмечаются положительные тенденции демографических показателей. Анализ заболеваемости социально обусловленными инфекциями показал, что основными причинами, определяющими сложную сан-эпидем ситуацию в республике, являются: сравнительно невысокий уровень жизни большой группы населения, а также постоянное влияние стрессов соц-экономического характера; резко увеличившаяся миграция населения, практически выпадающего из поля зрения лечебно-профилактических учреждений; недостаточная эффективность комплекса противотуберкулезных мероприятий, имеющих особенную цель профилактики и раннее выявление туб-за у взрослого населения, что определяется неустойчивым финансированием мероприятий по соответствующим направлениям; увеличение числа больных с тяжелыми формами заболевания, особенно вызванными лекарственно-резистентными микроорганизмами, затрудняющее проведение эффективного лечения, способствует

развитию необратимых длительных форм и обусловливает повышенную летальность.

МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО

ПРАВОВЫЕ ВОПРОСЫ ЗАЩИТЫ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ В ВУЗЕ

С.Р. Гаджиев - студент 3курса 10 гр. стоматологического факультета

Отдел интеллектуальной собственности

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - Э.Ш.Гусейнова

Правовые отношения в области интеллектуальной собственности определены в Гражданском кодексе РФ ч.IV, Глава 72 Патентное право §1. Основные положения[2].

Введен в действие Административный регламент предоставления Федеральной службой по интеллектуальной собственности государственной услуги по государственной регистрации изобретения и выдаче патента на изобретение, его дубликата, Утвержденный приказом Минэкономразвития России от 25 мая 2016 года № 315 "Об утверждении Правил составления, подачи и рассмотрения документов, являющихся основанием для совершения юридически значимых действий по государственной регистрации изобретений, и их форм, Требований к документам заявки на выдачу патента на изобретениеИнтеллектуальная собственность включает в себя промышленную собственность, авторское право и смежные права [3]. Под интеллектуальной собственностью в международных и российских законодательных документах понимается совокупность исключительных прав на результаты интеллектуальной и творческой деятельности. Промышленная собственность включает в себя права на изобретения, полезные модели, промышленные образцы, товарные знаки и фирменные наименования, коммерческую тайну (ноу-хау). Объектами промышленной собственности являются изобретения, товарные знаки, знаки обслуживания, фирменные наименования, коммерческие обозначения, промышленные образцы, полезные модели, ноу-хау. Не могут быть объектами охраны патентного права, т.е. признаны изобретениями научные теории и математические методы, методы организации и управления хозяйством, условные обозначения, расписания, правила, проекты и схемы планировки сооружений, зданий, территорий, решения, касающиеся только внешнего вида изделий, сорта растений и породы животных, решения, противоречащие общественным интересам, принципам гуманности и морали. Объектами авторского права могут быть научные статьи, отчеты о научно-исследовательских работах, программы для ЭВМ, переводы, энциклопедии, и аудиовизуальные произведения. [1].

Защита объектов авторского права и смежных прав возникает непосредственно в

момент их создания,в то время как для изобретений, полезных моделей основанием предоставления охраны является факт государственной регистрации в Роспатенте.

В настоящее время ст. 1225 ГК РФ определяет, что охраняемыми законодательством об интеллектуальной собственности результатами интеллектуальной деятельности являются, следующие объекты, разрабатываемые в высших учебных заведениях: программы для электронных вычислительных машин (программы для ЭВМ), базы данных, изобретения, полезные модели; промышленные образцы, селекционные достижения, секреты производства (ноу-хау)[4].В Гражданском кодексе РФ ч.IV, Глава 72 Патентное право §1. Основные положения определены следующие объекты промышленной собственности:

изобретение – это всякий достигнутый человеком творческий результат, суть которого состоит в нахождении конкретных технических средств решения задачи, возникшей в сфере практической деятельности. В соответствии с Гражданским кодексом РФ (ч. IV), изобретению предоставляется правовая охрана, если оно является новым, имеет изобретательский уровень и промышленно применимо.

Опыт ДГМУ

В Дагестанском государственном медицинском университете вопросы соблюдения выполнения федеральных законов, постановлений Правительства Российской Федерации, постановлений, распоряжений, приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации, и иных нормативных документов, касающихся защиты интеллектуальной собственности возложены на отдел интеллектуальной собственности (далее ОИС). В своей деятельности ОИС руководствуется действующим законодательством, нормативно-правовыми актами и методическими материалами.

Работа отдела интеллектуальной собственности ДГМУ включает следующие логистические шаги: проведение экспертизы охраноспособности планируемых кандидатских и докторских диссертаций с проведением патентно-информационного поиска; выявление и защита патентами охраноспособных результатов интеллектуальной деятельности (далее РИД), организация участия сотрудников университета в научно-инновационных форумах, работу с молодыми учеными, организация выставок научных достижений вуза.

В 2018-2019 году в ДГМУ оформлено дляпатентования в Федеральный институт промышленной собственности РФ 46 заявок на изобретения, полезные модели, 7 заявлений на регистрацию Пр.для ЭВМ и БД. На эти РИД получены охранные документы: патенты на изобретения, полезные модели и свидетельства на Программы для ЭВМ и Базы данных.

Критерии патентоспособности РИД в соответствии с Административным регламентом:

Новизна

Изобретение является новым, если оно не было известно из любых источников информации на день подачи заявки на изобретение. Разработчику надо знать, что нельзя публиковать информацию о новой технологии или устройстве в статье, выступать с этой информацией на телевидении, выступать с докладом на конференции. Публиковать статьи можно после того, как заявка подана в патентное ведомство и ей присвоен регистрационный номер, что юридически подтверждает приоритет автора.

Изобретательский уровень

Критерием изобретательского уровня служит неочевидность, нестандартность технического решения для специалиста в данной области.

Промышленная применимость

Изобретение является промышленно применимым, если оно может быть использовано в промышленности, сельском хозяйстве, здравоохранении и других отраслях народного хозяйства страны.

Выводы

Одним из факторов профессиональной и научной деятельности врачей являются знания в области охраны промышленной собственности и в области авторского права. Врачиразрабатывают новые способы лечения, медицинские устройства, программные продукты.

Важное значение для качественной подготовки документов на патентование объектов интеллектуальной собственности имеет знание соответствующих нормативных актов Российской Федерации. В ДГМУ аспиранты проходят обучение дисциплине «Патентоведение», в рамках которой их знакомят с юридическими нормами Гражданского кодекса РФ ч.IV, Глава 72 Патентное право §1.

Литература

1. Э.Ш. Гусейнова «Использование современных информационных технологий – важный ресурс оптимизации образования в вузе»ж-л"Научное обозрение. Педагогические науки" №5 2016, стр. 17-18.

2. Гражданский кодекс РФ ч.IV, Глава 72 Патентное право §1. Основные положения.

3. Административный регламент утвержден приказом Минэкономразвития России от 25 мая 2016 года № 315 от 14.08.2016

4. Э.Ш. Гусейнова «Мультимедийный каталог интеллектуальной собственности ДГМА.» Экономические науки. Перспективы развития вузовской науки, Сочи, 8-11 октября 2015 г.

ЮРИДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ПРАВОВЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Коннова Д.С.- студентка 3 группы лечебного факультета

Кафедра организации и менеджмента здравоохранения с учебным центром бережливых технологий

ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава РФ, Курск, Россия

Научный руководитель – к.и.н., доцент Симонян Р. З.

Актуальность.В настоящее время наблюдается существенный рост противоречий, возникающих между медицинскими работниками и лицами, получающими медицинские услуги. Актуальность темы состоит в распространённости ненадлежащего оказания медицинских услуг за последние десятилетия, что приобретает масштабы всемирной трагедии. Опираясь на данные Следственного комитета Российской Федерации было выяснено, что за первое полугодие 2018 г. было возбуждено около 2000 уголовных дел против врачей, что в 5 раз превышает количество возбужденных уголовных дел в 2015 году [3]. Но на сегодняшний день актуально не только увеличение числа таких случаев, но и стремление пострадавших и их родственников к законной борьбе за компенсацию причинённого вреда, а судебных органов – к возбуждению дел при наличии законных оснований [1].

Цель: изучение понятия «врачебная ошибка» и его отличия от ятрогении, а также рассмотрение видов юридической ответственности, предусмотренных за медицинские преступления.

Материалы и методы: анализ статей Уголовного кодекса Российской Федерации.

Результаты и обсуждения: врачи к наиболее весомым факторам, лежащим в основе профессиональных ошибок, относят: – недостаточный опыт (94,80%); недостаточные знания (81,20%); невнимание к пациенту (62,00%); недостаточную оснащенность (60,40%).

Одной из самых часто встречающихся проблем является «врачебная ошибка». «Errare humanum est» — людям свойственно ошибаться. Однако в профессии врача данное выражение недопустимо. Ошибки медицинских работников приобретают широкое нравственное, моральное и социальное значение. Следует отметить, что законодательство Российской Федерации не приводит определения «врачебная ошибка», поэтому общественность опирается на понятие, сформулированное И.В. Давыдовским, согласно которому «Врачебная ошибка - следствие добросовестного заблуждения врача при выполнении им профессиональных обязанностей. Главное отличие ошибки от других дефектов врачебной деятельности - исключение умышленных преступных действий - небрежности, халатности, а также невежества». Итак, сформулировав понятие «врачебная

ошибка», необходимо уделить внимание

термину «ятрогения», так как нередко между этими понятиями возникают дискуссии, связанные с затруднением их разграничения между собой.

Ятрогения (от греч. iatros ¬– врач, genus ¬– порождение) — это все патологические состояния, которые неизбежно возникают ввиду любых медицинских манипуляций, совершенных согласно всем стандартам оказания медицинской помощи. На основе выше представленных определений, можно сделать заключение о том, что термины «ятрогения» и «врачебная ошибка» не взаимозаменяют друг друга. Попутно стоит отметить, что для определений преступлений, совершённых медицинскими работниками нецелесообразно использование термина «ятрогенные преступления», так как данный термин является сугубо медицинским. При расследовании определённой категории дел термин «врачебная ошибка» наиболее применим, поэтому имеет место быть привлечение к административной, гражданско-правовой, дисциплинарной или уголовной ответственности [4].

Существуют определённые нормы Уголовного кодекса Российский Федерации, регулирующие нарушения осуществления медицинской деятельности. К примеру, ч. 2 ст. 109 и ч. 2 ст. 118 УК РФ – причинение соответственно смерти и тяжкого вреда здоровью вследствие ненадлежащего исполнения лицом своим профессиональных обязанностей, ст. 124 – неоказание помощи больному без уважительных причин лицом, обязанным её оказывать в соответствии с законом или со специальным правилом, если это повлекло по неосторожности смерть больного либо причинение средней тяжести вреда здоровью больного, ч. 2. ст. 238 – причинение тяжкого вреда здоровью либо смерти человека по неосторожности вследствие выполнения работ или оказания услуг, не отвечающих требованиям безопасности, ст. 125 – заведомое оставление без помощи лица, находящегося в опасном для жизни или здоровья состоянии и лишенного возможности принять меры к самосохранению по малолетству, старости, болезни или вследствие своей беспомощности, в случаях, если виновный имел возможность оказать помощь этому лицу и был обязан иметь о нем заботу либо сам поставил его в опасное для жизни или здоровья состояние

Для решения медико-биологических вопросов, возникающих при проведении дознания, предварительного следствия и судебного разбирательства используется судебно-медицинская экспертиза [2]. Судьба уголовного или гражданского дела, а вследствие этого судьба медицинского работника зависит от результатов проведённой судебно-медицинской экспертизы. Важное значение для судебных медиков имеют медицинские карты амбулаторного больного, представленные на экспертизу: малоинформативность, небрежное заполнение не отображают полной картины полученной патологии, что влечёт за собой затруднение работы СМЭ. Зачастую недостатки проведения судебно-медицинской

экспертизы влекут за собой незаконное решение по делу. Среди важнейших критериев оценки допустимости судебно-медицинского эксперта следует выделить независимость, компетентность, объективность, всесторонность и полноту экспертного исследования, проводимого с использованием современных достижений науки и техники.

Выводы.Таким образом, можно сделать вывод, что врач, безусловно, должен оказывать надлежащую медицинскую услугу своевременно, полно и обоснованно с соблюдением техники лечебных вмешательств, но не следует забывать и об особенностях медицинской деятельности, результативность которой зависит не только от профессионализма медицинского персонала. Кроме того, всё чаще возникающие дискуссии о формулировке понятия «врачебная ошибка» дают понять, что медицина и юриспруденция нуждаются в скорейшем легальном закреплении выше представленного термина. Безусловно, это поможет решить и проблемы практики при привлечении врачей к ответственности за нарушения осуществления медицинской деятельности.

Список литературы.

1.Дыбец А.А., Ответственность за врачебную ошибку // Наука через призму времени. 2017. № 8. С. 65-70.

2. Панина Н.А., Сысоева Е.В. Медицинские работники как группа риска с позиции криминологии // Союз криминалистов и криминологов. 2016. № 1-4. С. 108-111.

3. Симонян Р.З. Врачебные дела в уголовном процессе как результат неблагоприятных последствий оказания медицинской помощи // Евразийское Научное Обьединение. 2018. Т 2. № 10. (44). С. 157-160.

4. Симонян Р.З. О юридических аспектах врачебных дел // Евразийское Научное Обьединение. 2019. Т 3. № 1 (47). С. 160-162.

5.Сучкова Т.Е. К вопросу о квалифицирующих признаках врачебной ошибки // Медицинское право. 2014. № 6 (58). С. 41-43.

УВАЖИТЕЛЬНЫЕ ПРИЧИНЫ НЕОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНОМУ

Башкатов Д.А. – студент 3 гр. лечебного факультета

Кафедра организации и менеджмента здравоохранения с учебным центром бережливых технологий

ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава РФ, Курск, Россия

Научный руководитель – к.и.н., доцент Симонян Р. З.

Актуальность. В настоящее время в Российской Федерации с каждым годом все больше возбуждается уголовных дел против медицинских работников. За период с 2012 по 2017 годы число подобного рода уголовных дел возросло в 6 раз (с 311 в 2012 г. до 1791 в

2017 г.). Значительную долю из них составляют дела, возбужденные по ст. 124 Уголовного Кодекса Российской Федерации (УК РФ), согласно которой уголовную ответственность влечет неоказание помощи больному лицом, обязанным ее оказывать в соответствии с законом, если потерпевший в результате этого понес вред здоровью средней тяжести [2,4,5].

Данный вид преступления является, казалось бы, типичным для медицинской профессиональной деятельности. Действительно, согласно составу преступления, данную статью представляется возможным использовать для привлечения к уголовной ответственности медицинских работников. Однако зачастую последствия неоказания медицинской помощи больному, изложенные в ст. 124 УК РФ, являются результатом не только действий медицинского работника, но и факторов, которые препятствовали выполнению им своих обязанностей [2,5].

Цель исследования. Поиск и разбор обстоятельств, исключающих уголовную ответственность за неоказание медицинской помощи больному и возбуждение уголовного дела в отношении медицинских работников по ст. 124 УК РФ.

Материалы и методы. Изучение и анализ статьи 124 УК РФ, по которой могут привлечь к ответственности медицинских работников за неоказание помощи больному, с использованием правовой литературы.

Результаты и их обсуждение. Согласно теории уголовного права бездействие как единица человеческого поведения приравнивается к поступку, так как аналогично является общественно значимым поступком, выражающим личное отношение субъекта к объекту и окружающим. Однако бездействие предполагает наличие установленных обязанностей. Исходя из этого, получается, что при отсутствии обязанностей или наличии причин, препятствующих их исполнению, будет отсутствовать и состав преступления, а, следовательно, и уголовная ответственность [3].

Для того чтобы выяснить причины исключения уголовной ответственности за неоказание медицинской помощи следует изучить основные критерии, наличие которых является основой для возбуждения уголовного дела: наличие объективной обязанности, установленной законом или специальным правилом, виновного лица в оказании медицинской помощи; наличие реальных возможностей, способствующих оказанию помощи; собственное решение виновного лица не оказывать медицинскую помощь[3].

Соответственно, при исключении какого-либо из данных критериев возбуждение уголовного дела не представляется возможным. На основании этого получается, что обстоятельства, при которых не будет соблюдаться хотя бы один из вышеуказанных критериев, могут являться исключающими уголовную ответственность [4].

В качестве примера можно привести отказ самого больного от медицинской помощи.

Согласно ч. 5 п. 8 ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» пациент имеет право на отказ от медицинского вмешательства [6]. В данном случае решение о неоказании медицинской помощи медицинским работником исключает свое существование. В результате отказ больного от медицинского вмешательство можно назвать обстоятельством, исключающим уголовную ответственность медицинского работника.

Кроме того, подобными обстоятельствами считаются следующие: факторы «непреодолимой силы» (техногенного и природного характера), общественно опасные действия людей, конфликт обязанностей, а также субъективные и объективные личные обстоятельства [1,3]. Все эти причины, аналогично отказу от медицинского вмешательства устраняют тот или иной критерий возбуждения уголовного дела по ст. 124 УК РФ.

Выводы. Исходя из вышесказанного, было сделано следующее заключение: уважительные причины неоказания помощи больному не могут быть установлены как универсальная категория. Уголовно-правовая оценка данных обстоятельств должна проводиться в каждом конкретном случае и рассматривать причины, как в совокупности, так и по отдельности, при этом возможно признание одного обстоятельства, как определяющего исключение уголовной ответственности.

Список литературы.

1. Амелина, А. А. Уважительные причины неоказания помощи больному как основания для исключения уголовной ответственности / А. А. Амелина // Медицинское право. – 2018. – № 1. – С. 27-29.

2. Петрова, Т. Н. Неоказание помощи больному: основные понятия и анализ состава преступления / Т. Н. Петрова // Расследование преступлений: проблемы и пути их решения. – 2017. – № 2. – С. 81-88.

3. Полшакова, А. С. Бездействие как обязательный признак объективной стороны преступления неоказание помощи больному / А. С. Полшакова, А. М. Плешаков // Вестник московского университета МВД России. – 2018. – № 5. – С. 115-118.

4. Симонян Р.З. О юридических аспектах врачебных дел / Р.З.Симонян // Евразийское Научное Объединение. – 2019.- Т. 3. № 1 (47). – С.160-162.

5. «Уголовный кодекс Российской Федерации» от 13.06.1996 г. № 63-ФЗ (ред. от 27 декабря 2018 г.) [Электронный ресурс]. – http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_10699/.

6. Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 27.12.2018) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с

31.01.2019) [Электронный ресурс]. – http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/.

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА, ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ И СПОРТ

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА, КАК ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ВИЧ –ИНФЕКЦИИ

А.В. Жильцова - студент 509 гр. лечебного факультета, А.В. Антипова - студент 509 гр. лечебного факультета, В.И. Волкова - студент 509 гр. лечебного факультета, В.В. Емельянов- студент 509 гр. лечебного факультета, М.Л. Козлова- студент 509 гр. лечебного факультета, А.В. Хань - студент 510 гр. лечебного факультета

Кафедра физической культуры

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России,Оренбург, Россия

Научный руководитель - Старший преподаватель Е.Ю. Богдалова

Актуальность. ВИЧ является социально значимым заболеванием, его распространение, затрагивает все сферы жизни общества и касается каждого из нас.

Цель. Изучить терапевтическое влияние лечебной физкультуры на больных с ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы. На базе ГБУЗ «ООКИБ», «Оренбургского центра профилактики и борьбы со СПИДом» был проведен опрос среди 50 посетителей центра. В процессе проведения исследования на каждого опрашиваемого пациента был заполнен опросник, который состоял из 10 вопросов, направленных на определения их физического состояния и приверженность к здоровому образу жизни, а также осведомленность о выборе видов упражнений и применения их на практике. После чего были собраны все данные и получены результаты проведенного исследования.

Результаты исследования. В ходе проведения исследования были получены результаты опроса пациентов, оценено общее состояние пациентов с ВИЧ - инфекцией, а также выяснено количество пациентов придерживающиеся здоровому образу жизни. Средний возраст опрашиваемых составил 20-49 лет. Длительность заболевания с момента выявления ВИЧ составила 2-3 года, предположительный срок инфицирования – 3-4 года. Общее состояние у 60% отмечалось как хорошее, 40% посчитали свое состояние в данный момент как удовлетворительное. Из всех опрошенных здоровому образу жизни придерживается 17 человек. Данные респонденты занимаются такими видами спорта, как йога, пилатес, аэробика, занятия на тренажерах. Однако, лишь 8 респондентов осведомлены о правильном выборе упражнений, которые считаются подходящими для пациентов с данным заболеванием. Из 17 человек, 15 посчитали, что их состояние значительно улучшилось после тренировок, и они хорошо справляются с синдромом потери веса. Также у таких пациентов уменьшились симптомы заболеваний сердечно - сосудистой системы и стабилизировалось

психоэмоциональное состояние. Среди тех, кто отказался от здорового образа жизни наблюдается снижение массы тела, частые эмоциональные напряжения и регулярные «перебои» в сердечном ритме и артериальном давлении.

Выводы. Исходя из проведенного исследования выяснилось, что небольшое количество пациентов придерживаются здорового образа жизни. Однако, те кто занимается лечебной физкультурой, значительно лучше справляются с синдромом потери веса, что говорит об эффективном терапевтическом влиянии на данное заболевание.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ ДЛЯ ПРЕОДОЛЕНИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

В.В. Емельянов- студент 509 гр. лечебного факультета, А.В. Антипова - студент 509 гр. лечебного факультета, В.И. Волкова - студент 509 гр. лечебного факультета, А.В. Жильцова - студент 509 гр. лечебного факультета, М.Л. Козлова- студент 509 гр. лечебного факультета, А.В. Хань - студент 510 гр. лечебного факультета

Кафедра физической культуры

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России,Оренбург, Россия

Научный руководитель - Старший преподаватель Е.Ю. Богдалова

Актуальность. Беременность является сложным и важным периодом для каждой женщины. Именно в этот период женщина подвержена психоэмоциональному стрессу, однако психологическое состояние беременной возможно изменить в позитивную сторону благодаря лечебной физкультуре. Психологическое состояние женщины играет важную роль в предстоящей переоценке жизненных ценностей, её самочувствии и готовности к предстоящим родам.

Цель исследования. Изучить влияние лечебной физической культуры на психоэмоциональное состояние беременной женщины, а также ее готовность и отношение к беременности и появлениию будущего ребенка.

Материал и методы. Основным методом данной статьи является опрос и статистический анализ полученных данных. Участниками опроса являлись беременные женщины клиники при университете.

Лечебная физкультура очень важна в дородовый период, так как она способствует укреплению мышц тела и сохраняет подвижность суставов, также упражнения направлены на улучшение функций дыхательной и системы кровообращения. Помимо того происходит снижение застойных явлений в нижних конечностях, брюшной полости и малом тазу. Нормальная регуляция организма беременной необходима для укрепления нервной системы

в период психических и эмоциональных напряжений. Техника и методика лечебной физкультуры изменяется в зависимости от стадии беременности, ведь важно не перегружать организм будущей матери. Упражнения должны быть спокойными, а интенсивность должна изменяться от степени физической подготовки женщины и от триместра беременности. В физическом оздоровлении беременной женщины важно соблюдение режима тренировок – это способствует подготовки женщины к выполнению материнских обязанностей после рождения ребенка. Для борьбы с эмоциональными перенапряжениями важно выполнение упражнений в располагающей обстановке. Тренировка должна проводиться в проветриваемом помещении или на свежем воздухе, упражнения не должны вызывать дискомфорт, дабы предотвратить появление дополнительного стрессового влияния на организм. Во время физических упражнений женщина переключается на позитивное настроение, что положительно сказывается на развитие плода. Женщины, которые занимаются физическими упражнениями реже подвержены развитию осложнений во время беременности, например, расширение вен нижних конечностей или отеков, а раз отсутствуют осложнения, которые вызывают дискомфорт, то и стабилизируется психический и эмоциональный статус беременной, а следовательно будущая мама меняет отношение к своему будущему ребенку. При дозированном и грамотном использовании физических нагрузок беременные чувствуют себя спокойнее и уравновешеннее, они менее подвержены развитию нервных срывов, постродовых депрессий и чувствуют себя уверенней. Такие женщины оказывают положительное влияние на ребенка, что приводит к здоровому развитию психики детей. Во время беременности женщина чаще всего думает о родах, а также о болезненных ощущениях, которые ей предстоят. Такие мысли навевают негативные мысли, что приводит к развитию стресса и началу неврозов и депрессий. Занятия лечебной физкультурой направлены на укрепление мышц тазового дна и промежности, а также укрепления мышц пресса. Данные мышцы участвуют в механизме родов и при плохой их развитости могут возникнуть тяжелые осложнения. Считается, что женщины - спортсменки рожают гораздо легче, т.к. они относятся к родам спокойнее, уравновешеннее, без чувства страха, то и сами роды проходят гораздо легче, хотябы потому, что организм, который физически развит, лучше справляется с физическим напряжением, которое возникает во время родов. Однако так же опасно и вредно для беременных и чрезмерное физическое напряжение. Дело в том, что при высокой физической нагрузке меняется работа многих систем органов, а эти изменения далеко не всегда благоприятно влияют на развитие ребенка. К примеру, при интенсивных спортивных занятиях в работающей мышце увеличивается кровоток. Это приводит к снижению притока крови к матке, плаценте, в результате чего уменьшается доставка необходимого кислорода развивающемуся плоду, при

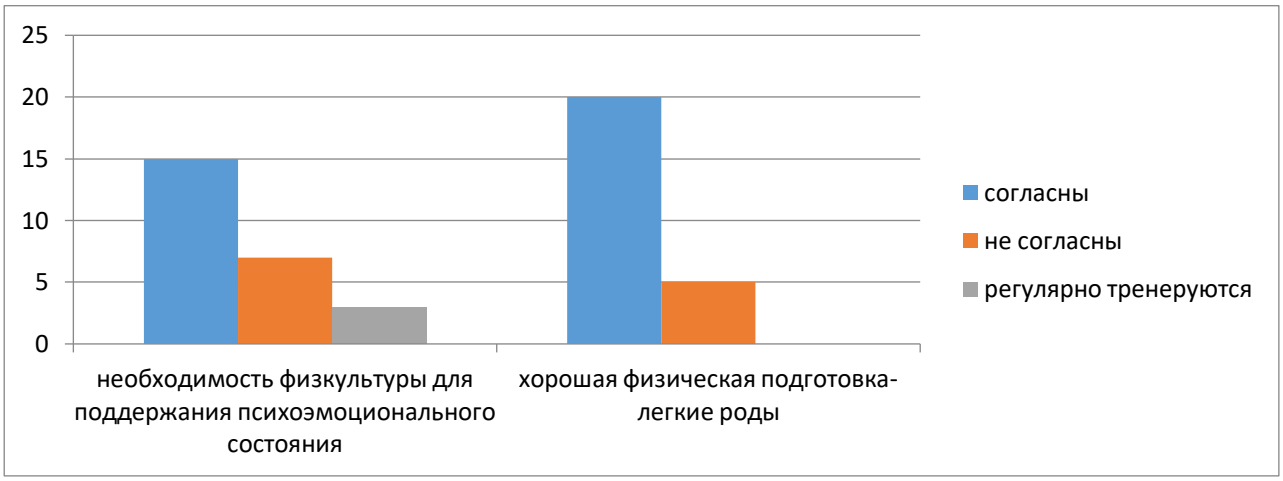
этом будет страдать и состояние матери, как психическое, так и эмоциональное.

В своей работе мы провели опрос беременных женщин, которые пришли на консультацию в клинику. Всего было опрошено 25 женщин. Каждой пациентке были заданы вопросы:

1. Считают ли они необходимым заниматься физическими нагрузками во время беременности, для поддержания своего психоэмоционального состояния.
2. Способствует ли хорошая физическая подготовка к легкому родоразрешению.

Результаты исследования. После проведенного исследования нами были сделаны соответствующие результаты: 15 пациенток из 25 считают, что для поддержания психоэмоционального состояния необходимо заниматься физическими нагрузками. 3 пациентки ежедневно занимаются спортом, как до беременности, так и во время и не испытывают какое-либо напряжение. Однако 7 пациенток считают, что во время беременности нет необходимости заниматься спортом. На 2 вопрос 20 пациенток ответили, что хорошая физическая подготовка облегчит им процесс родов, когда 5 женщин посчитали, что хорошая форма никак не повлияет на процесс родов. Результаты представлены на рисунке 1.

Рисунок 3. Важность физической культуры для беременных женщин



Выводы. Из всего вышесказанного можно сделать некий итог о том, что психологическое состояние беременных женщин, занимающихся лечебной физкультурой для беременных, гораздо меньше страдают чувством тревоги и беспокойства во время стрессовых ситуаций, а значит они могут рассчитывать на успех, они уверенны в себе и менее тревожны. Наиболее негативное отношение к беременности и к будущему ребенку наблюдается у беременных женщин, не занимающихся лечебной физкультурой, для них характерны такие особенности как напряженность, беспокойство, эмоциональная нестабильность, более высокий уровень ситуативной тревожности. А также для женщин из этой группы свойственно чаще отвергать или не опознавать свою беременность. Беременные женщины, посещавшие лечебные тренировки без лишней тревоги, относятся к своей беременности и к своему ребёнку, ориентированы на настоящее, продолжают вести активный образ жизни, для них любовь

более значима по сравнению с беременными женщинами не посещающие занятия. Таким образом, лечебная физкультура важна для стабилизации психоэмоционального состояния беременной женщины.

ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ ГОМГМУ К ЗАНЯТИЯМ ПО ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ

А.С. Коцуба, Ю.С. Смычник – студенты 5 курса лечебного факультета

Кафедра физического воспитания и спорта

Научный руководитель – к.п.н., доцент Г.В. Новик

Актуальность. Важнейшей задачей физического воспитания в процессе обучения является обеспечение высокой работоспособности и учебно-трудовой активности студентов. Для реализации этих целей в настоящее время применяется система средств, форм и методов использования разнообразных физических упражнений, предусмотренных в учебной программе кафедры физического воспитания и спорта. В Беларуси управлением и развитием студенческого спорта занимается Республиканский центр физического воспитания учащихся и студентов [1]. В ГомГМУ программа предусматривает занятия физической культурой с 1 по 4 курс. Овладение студентами научно обоснованной методикой подбора, проведение и обучения строевым и общеразвивающим упражнениям позволит повысить эффективность всех форм физической культуры в вузе, как на учебных занятиях, так и во время самостоятельных занятий физической культурой, спортом, туризмом и другими оздоровительными мероприятиями [2]. Но, отсутствие базы для проведения занятий и многочисленные переезды между корпусами и клиническими базами ведут к нежеланию студентов полноценно заниматься физической культурой. Начиная с 5 курса, студенты сталкиваются со снижением физической активности, что проявляется снижением работоспособности и успеваемости, что приводит к изменению прежнего отношения к физической культуре.

Целью настоящего исследования является оценка отношения студентов старших курсов ГомГМУ к занятиям физической культурой после 4 курса.

Материалы и методы исследования. Анкетирование, анализ научно-методической литературы, метод математической обработки результатов.

Результаты и обсуждения. Анкета включала в себя вопросы:

- Укажите Ваш курс обучения.
- Укажите Ваш пол.
- Ваша группа здоровья (ГЗ)?
- Занимаетесь ли Вы сортом в свободное время?
- Чем обусловлено Ваше нежелание заниматься физической культурой?

- Чувствуете ли Вы потребность в занятиях физической культурой и ведении здорового образа жизни (ЗОЖ)?
- Довольны ли Вы своей физической подготовкой?
- Если на 5 и 6 курсе по желанию будут введены спортивные секции, Вы будете их посещать?
- Что по вашему мнению университет ещё должен сделать для здоровья всех студентов?

В анкетировании приняло участие 60 студентов, из которых 30 человек учащиеся 5 курса и 30 человек 6 курса. Из них 65% девушки и 35% юноши.

Большинство студентов имеют 1 ГЗ (61,7%) , 2 ГЗ имеют 28,3% опрошенных, 3 ГЗ – 0% .

Регулярно (2-3 раза в неделю) занимаются спортом 15% опрошенных, лишь иногда (1 раз в неделю) – 41,7%, не занимаются вовсе – 43,3 %.

Тем, кто ответил на предыдущий вопрос отрицательно, было предложено ответить на вопрос «Чем обусловлено Ваше нежелание заниматься физической культурой?» В этом вопросе была предоставлена возможность дать свой вариант ответа. Основной причиной этого явилась учебная деятельность (46,3%), на втором месте – отсутствие интереса к ФК (38,4%), на третьем – свой вариант ответа: лень.

Имеют потребность к занятиям спортом и ведению ЗОЖ 48,3% опрошенных, не имеют – 16,7%, имеют потребность, но отсутствует сила воли – 35%.

21,6% респондентов довольны своей физической подготовкой, 51,7% чувствуют себя комфортно, но имеют желание улучшить свои показатели и 26,7% не довольны.

За введение на старших курсах (по желанию) спортивных секций проголосовало 66,7%. На последний вопрос «Что по вашему мнению университет ещё должен сделать для здоровья всех студентов?» была дана возможность дать несколько вариантов ответа.

За организацию занятий ФК с использованием нетрадиционных развивающих методик (йога и т.д.) проголосовало 30,6 % респондентов. За организацию поездок на природу – 12,5% , за увеличение количества различных спортивных соревнований – 4,5% , за увеличение тренажерного зала и обновление спортивного инвентаря – 38,8% , за приобретение базы для спортивных занятий – 13,6%.

Выводы.Результаты исследования показывают, что после окончания занятий на кафедре физического воспитания и спорта, студенты начинают чувствовать необходимость к регулярным занятиям физическим воспитанием и самостоятельно начинают искать выход из сложившейся ситуации. В этом желании существенную помощь может оказать наш университет и спортивный клуб. Для решения данной задачи существенную помощь может

оказать свободное посещение занятий нетрадиционных направлений физического воспитания, а так же расширение тренажерного зала и обновление спортивного инвентаря.

ЗНАЧЕНИЕ СПОРТА В РАЗВИТИИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ ПОДРОСТКОВ

Аглиуллин Р.Ш. – студент гр. 1303 лечебного факультета, Нетфуллов Р.З. -студент гр. 1303 лечебного факультета, Сангаджиев М.С. - студент гр. 1303 лечебного факультета, Файзуллина А. Р.- студентка гр. 2306 педиатрического факультета

Кафедра микробиологии и вирусологии

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, Казань, Россия

Научный руководитель: ассистент Долгов В.И.

Актуальность. Значение спорта физической культуры в современном мире основано на осознании безусловной важности и необходимости спортивной деятельности для отдельного человека, государства, общества и мира в целом. С гуманистических позиций главной ценностью при этом признаются сам человек, его здоровье, счастье, достоинство, свобода, гармоническое и разностороннее развитие, проявление всех его способностей. В настоящее время огромное количество людей мотивированы и испытывают потребность в здоровом образе жизни, понимая, что материальное благополучие и их качество жизни напрямую коррелированы с состоянием здоровья. Они понимают здоровье как материальную ценность, и спорт и физическая культура становятся для них средством его сохранения.

17 декабря 2010 года был принят Федеральный Государственный Образовательный Стандарт, в котором знаниевый подход в образовании сменился на деятельностный. В деятельностном подходе одним из предметов оценивания является умение осуществлять мыслительные процессы. Влияние на развитие мыслительных процессов рассматривается нами в данной работе, что делает ее актуальной [2]. Перед образовательной системой ставится задача: организовать обучение таким образом, чтобы оно максимально обеспечивало развитие интеллектуального потенциала личности. Как следует из анализа современных федеральных нормативных документов, ключевой идеей современной образовательной политики является идея развития. В этой идее заключаются следующие цели: 1) создание необходимых условий для развития личности; 2) запуск механизмов развития и саморазвития личности и самой системы образования; 3) превращение образования в действенный фактор развития общества; 4) преемственность образования.

Цель исследования. Определение значения физической культуры и спорта в формировании умственных способностей подростков.

Материал и методы исследования. Экспериментальная группа – 20 человек. В данную

группу входили школьники в возрасте 16 лет, из них: 5 девочек и 5 мальчиков, занимающиеся в секции легкой атлетики, такое же соотношение девочек и мальчиков в группе спортивной акробатики. В качестве контрольной группы (10 человек – 5 мальчиков и 5 девочек) выступили школьники того же возраста, но в данной группе были выбраны испытуемые, которые не занимаются спортом, а посещают только уроки физической культуры. На первом этапе написания работы были проанализированы литературные источники по основным закономерностям развития интеллекта школьников с целью выявления исследуемых компонентов интеллектуальных способностей. Второй этап содержит в себе выбор методик для проведения исследования, формирование групп и непосредственно проведение эксперимента. Третий этап - обработка полученных данных и их обсуждение.

Результаты исследования. Исследования интеллектуальных способностей в экспериментальной группе показало, что испытуемые имеют следующие уровни и типы изменений: в тесте Вандерлика преобладают показатели, соответствующие «среднему уровню», лишь у нескольких показатель находится в зоне верхней границы уровня «ниже среднего». Показатели теста «Память на числа» - соответствуют норме. Интегральный балл в пробе Анфимова соответствует «среднему уровню». В контрольной группе показатели теста Вандерлика у большинства испытуемых соответствуют уровню «ниже среднего» (14-18 баллов). Показатели теста «Память на числа» и пробе Анфимова - в пределах нормы. В обеих группах средний балл успеваемости испытуемых за последнюю учебную четверть близок в отметке «хорошо». Далее мы обработали результаты исследования методами математической статистики в двух группах.

Выводы. Проанализировав научную литературу и методики по данной теме, мы нашли сходства и различия развития интеллектуальных способностей у школьников занимающихся спортом и тех, кто посещает только уроки физической культуры. Далее мы отобрали из методик подходящие для оценки интеллектуальных способностей, а именно проверка рабочего объема памяти и внимания, комплексный тест Вандерлика, способность к устойчивости и концентрации внимания с помощью пробы Анфимова. И провели тестирования на учащихся старших классов. В начале исследования было выдвинуто предположение о том, что занятия спортом положительно влияют на развитие интеллектуальных способностей, а показатели этих способностей выше, чем у школьников, которые занимаются физической культурой только на учебных предметах. Однако, в ходе анализа научной литературы и обработки данных эксперимента гипотеза не подтвердилась.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБЩЕЙ ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ СТУДЕНТОВ ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА НА ПРОТЯЖЕНИИ

ТРЁХ ЛЕТ ОБУЧЕНИЯ

В. В. Маркелов – студент 409 гр. лечебного факультета

Кафедра физической культуры и здоровья

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, Волгоград, Россия

Научный руководитель – преподаватель кафедры физической культуры и здоровья ВолгГМУ Д. С. Анучин

Актуальность. Физическая культура и спорт занимают важное место в структуре высшего образования будущего врача [1]. Улучшение показателей физической подготовки свидетельствует о регулярном занятии физической культурой и эффективности методики проведения занятия. Для объективной оценки уровня физической подготовки необходимо проводить контрольные нормативы и фиксировать полученные показатели. Динамика показателей позволит определить уровень физической подготовки студентов. Положительная динамика обеспечивается за счет регулярных занятий физической культурой, соблюдения правил здорового образа жизни и достаточного уровня развития мотивации и психологической устойчивости [2].

Цель исследования. Определить динамику показателей общей физической подготовки студентов лечебного факультета за период обучения в университете (с 1 по 3 курс включительно) 2015-2018 гг.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 170 студентов лечебного факультета, основной и подготовительной медицинских групп, поступившие в ВолгГМУ в 2015 году. Из них количество юношей составило 45, девушек 125. Комплексный анализ показателей общей физической подготовки определялся в контрольных тестах: бег на 100 метров, бег на 3 километра у юношей и 2 километра у девушек, время, требующееся для выполнения 10 хлопков, прыжок в длину, показатель гибкости, силовой норматив (для юношей - подтягивание на высокой перекладине, для девушек - сгибание и разгибание туловища в упоре лежа) и челночный бег. При обработке результатов исследований были использованы методы математической обработки. Весь экспериментальный материал был проверен с использованием вычислительной техники, программы Microsoft Office Excel (2007).

Результаты исследования. В исследование показателей общей физической подготовки за период 2015-2018 гг. выявлена положительная динамика в следующих контрольных тестах. Средние значения бега на 100 м у девушек на 1 курсе обучения составили 16,07 с, на 2 курсе обучения – 15,97 с, на 3 курсе – 15,77 с. Улучшение результата за 3 года составило 1,87% ($p<0,05$).

Улучшение результатов у юношей, так и у девушек наблюдается в беге на 3 и 2 км

соответственно: у юношей на 1 курсе показатель составил 13,25 мин, на 2 курсе – 12,66 мин, на 3 курсе – 12,48 мин. Улучшение результата за три года обучения на 5,8% ($p<0,05$). У девушек на 1 курсе – 11,31 мин, на 2 – 10,65 мин, на 3 курсе – 10,61 мин. Таким образом, улучшение показателя составило 6,2% ($p<0,05$).

Выявлена положительная динамика у юношей и девушек в прыжках в длину: у юношей на 1 курсе длина прыжка в среднем составляла – 229,5 см, на 2 – 233,1 см и на 3 курсе – 235,6 см. Улучшение результата составило на 2,7 % ($p<0,05$). У девушек на 1 курсе – 176,5 см, на 2 – 183.2 см, на 3 курсе – 184,2 см, что соответствует улучшению результата на 4,4% ($p<0,05$).

Отмечено улучшение показателей у девушек в силовом показателе: на 1 курсе среднее значение составило 50,2 повторений, на 2 – 53,9, а на 3 курсе – 55 повторений. Таким образом, улучшение динамики по этому показателю составило 10% ($p<0,05$).

Положительная динамика наблюдалась у девушек в показателе челночного бега: на 1 курсе средний показатель времени – 23,7 с, на 2 – 23,62 с, на 3 курсе – 23,44 с. Улучшение результата за 3 года составило на 1,1 % ($p<0,05$).

Выводы. Выявлена положительная динамика в следующих контрольных тестах: бег на 100 м у девушек, бег на 3 и 2 км соответственно для юношей и девушек, прыжки в длину у юношей и девушек, силовой показатель у девушек, челночный бег у девушек.

Таким образом, регулярные занятия физической культурой позволили улучшить общую физическую подготовку и способствовали увеличению уровня физической подготовленности у студентов.

Литература:

1. Анучин Д.С., Тарбеев Н.Н., Левикин А.Е. Разноуровненность технико-тактических действий на соревнованиях и тренировках у футболистов в подростковом периоде // Материалы X Международной научно-практической конференции, посвященной памяти В.С. Пирусского. - Томск: Изд-во Томск,2015, - 2015. -С. 20-23.

2. Анучин Д. С. Сравнительный анализ соревновательной и тренировочной деятельности юных футболистов / Д. С. Анучин // Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины. - Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2015. - С. 467-468.

БИОФИЗИКА, МЕДИЦИНСКАЯ АППАРАТРУРА

АНАЛОГИЯ МЕЖДУ СТРУКТУРНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ И ПРИНЦИПОМ ДЕЙСТВИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И ГИДРОЭЛЕКТРОСТАНЦИИ

Ф.С. Мамедов – студент 1-го курса лечебного факультета

Кафедра биофизики, информатики и медицинской аппаратуры

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, России

Научный руководитель – доктор физико-математических наук, профессор М.А. Ризаханов

Актуальность.Если сравнивать процесс обучения несколько десятилетий назад с современными образовательными реалиями, то разница будет огромной. Изменилось практически все – от отношения студентов к учебе до ценности знаний, которые даются в университетах, институтах и других учебных заведениях. Прежде всего, современные процессы образования неразрывно связаны с технологиями – учащиеся имеют доступ до различных Интернет-ресурсов, позволяющих совершенствовать свои знания, узнавать нововведения в своей профильной отрасли и т.д. С **целью** облегчения и более глубокого понимания материала нами предложен метод сравнения двух различных по происхождению и назначению систем: сердечно-сосудистая система и гидроэлектростанция. Аналогией человек пользуется с древнейших времен до наших дней. Ее применение можно проследить как на бытовом, так и на теоретическом уровнях. Существует и большое разнообразие ее видов, один из которых будет рассмотрен в данной статье.

Материал и методы исследования.Сердечно-сосудистая система (ССС) анатомо-физиологическая структура организма, создание природы.

Гидроэлектростанция (ГЭС)– это творение технического творчества человека. Отличаются они друг от друга по происхождению и назначению, но в то же время в конструктивных особенностях и принципах действия этих двух различных систем проглядывается ряд достаточно четко проявляемых аналогий.

Результаты исследования.Основная функция ССС в целом обеспечении непрерывного движения крови по капиллярам с постоянной скоростью кровотока и перепадом давления. В капиллярах происходит обмен веществ. ССС замкнута. Для обеспечения течения крови по ней необходим постоянно действующий насос. Эту функцию выполняет сердце. Часть крови, периодически поступающей из сердца во время систолы, резервируется в крупных сосудах (аорта, артерии), благодаря их эластичности (способность легко деформироваться). Во время диастолы кровь выбрасывается в мелкие сосуды (капилляры). Тем самым крупные сосуды уже выполняют своего рода роль согласующего

элемента между сердцем и мелкими сосудами. Если сердце прямо подсоединить к капиллярам, то параметры, необходимые для стационарного функционирования, не сложатся. В итоге перебои в деятельности ССС неизбежны.

После капилляров кровь через вены забрасывается обратно в сердце. Тем самым завершается цикл кровообращения. Активная деятельность сердце вызывает сложные процессы распределения гемодинамики параметров ССС: изменение давления крови, механическоенапряжение в стенках сосудов, изменение формы и объема элементов ССС.

В свою очередь, основным назначением ГЭС является обеспечение стационарного движения воды по наклонным трубам с постоянной объемной скоростью водотока с перепадом давления (аналог капилляров). Одновременно происходит превращение механической энергии воды в электрическую энергию, и этот процесс гармонирует с обменом вещества в капиллярах, в результате которого происходит метаболический процесс превращения химической энергии, сосредоточенной в пищевых продуктах, в физиологическую энергию, а также и в электрическую энергию тканей организма (сердце, мозг и др.).

Падение воды в турбине генератора с нарушением параметров водотока приводит к нежелательным эффектам перебоя в генерации электроэнергии и быстрому выходу из строя ГЭС. Если цилиндрические трубы водотока подсоединят прямо к реке (аналог прямого соединения капилляров к сердцу), то не избежать перебоев в объемной скорости кровотока. В зависимости от метеорологических условий складываются варианты с избытком воды в сезон дождей и недостатком воды в период засухи.

В целях исключения такого рода конструктивно невостребованных эксцессов строят водохранилища (аналог крупных сосудов ССС), чтобы резервировать воду и обеспечить прилюбой погоде стационарное поступление воды в турбины генератора.

Бесперебойное функционирование ГЭС, как и ССС, требует постоянно (периодически) действующего насоса. Эту роль в природе выполняет Солнце (аналог сердца). Работает с периодом примерно 12 часов. Период работы сердца намного меньше и составляет примерно 1 секунду.

Вода после обработки поступает в море, где она испаряется благодаря энергии Солнца, конденсируется в верхних слоях атмосферы, выпадает в виде осадков и скапливается в Земле. Возникают реки через родники. На лицо круговорот важнейшей для биологической жизни жидкости-воды, сравниваемый с цикличным поведением жидкости-крови, необходимой для поддержания жизни в организме (рисунок 1).

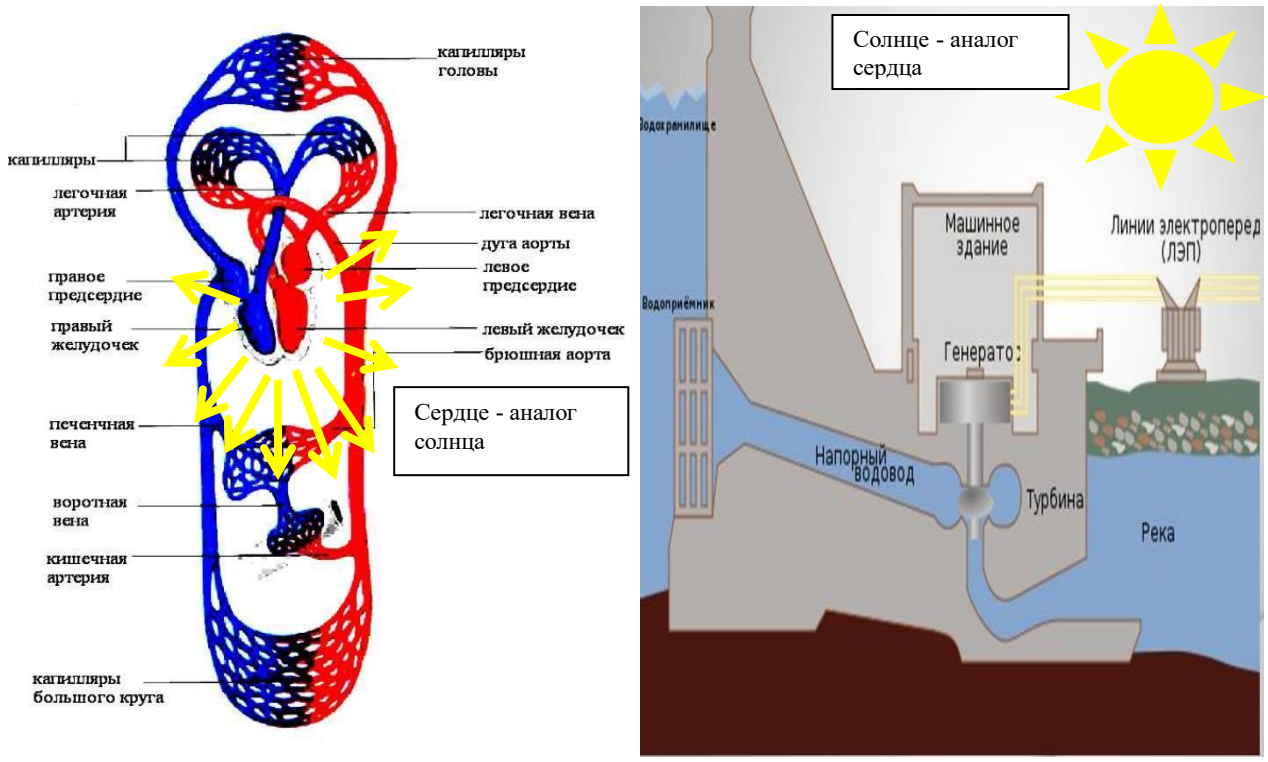


Рисунок 1. Схема строения сердечно-сосудистой системы и гидроэлектростанции.

Выводы. Освоение знаний через образные примеры является важнейшим методическим примером в образовании. Наша работа, основанная на сравнительном анализе двух систем, наглядно демонстрирует значение аналогии, как одного из методов познания. Может быть включена в учебные пособия по нормальной и патологической физиологии, как демонстрация работы сердечно-содистой системы в целом и использована преподавателями для организации учебных занятий со студентами.

КОМПЬЮТЕРИЗИРОВАННЫЙ МЕТОД ЭЛЕКТРОЛИЗА БИОЛОГИЧЕСКИХ ОБЪЕКТОВ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И ИЗМЕНЕНИЯ ИХ ХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА

Коляда Е.М. – студент 302 группы фармацевтического факультета

Кафедра биофизики,информатики и медаппаратуры

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель: к.т.н., доцент Гафуров К А.

Цель исследования. Целью нашего исследования является разработка аппаратно-программного комплекса для очищения биологических объектов морского происхождения от ионов тяжелых металлов, при этом замещая их на атомы жизненно необходимых для человека микроэлементов.

Материалы и методы. Для реализации данной задачи нами была разработана система, позволяющая осуществлять очистку различных морепродуктов от вредных для человека соединений и обогащения их полезными компонентами. В ходе проведения исследований

контроль наличия ионов тяжелых металлов и последующее их замещение ионами жизненно важных микроэлементов проводится с применением атомно-абсорбционной спектроскопии (ААС). Точность метода ААС допустима для проведения данных исследований. Качественный анализ продуктов методом ААС включает следующие операции: получение спектра, определение длин волн спектральных линий. По этим данным с помощью справочных таблиц устанавливают принадлежность спектральных линий к определенным макроэлементам, то есть определяют качественный состав пробы. При проведении компьютеризированного метода электролиза биообъектов для диагностики и изменения их химического состава в качестве материала для электродов использовался графит, поскольку он индифферентен к действию воды. Биологический объект морского происхождения помещался в ванну, где подвергался электролизу, причем один электрод располагался в самом экспериментальном объекте (он соединялся через изолированный провод с источником питания), а другими электродами создавался процесс электролиза в ванной. В процессе электролиза на внешних электродах осаждались тяжелые металлы, которые до этого находились в экспериментальном объекте.

Результаты. Создана установка для проведения эмпирических исследований для подтверждения работы разработанной методики компьютеризированного метода электролиза биологических объектов морского происхождения.

Выводы. Получены предварительные данные разработанной методики. Они были проверены с помощью ААС и показали положительные результаты работы. В дальнейшем планируется проведение более расширенных экспериментов с разными биологическими видами фауны водного бассейна Каспийского моря. Для промышленного применения разрабатывается конструкция данной системы поточного типа, встраиваемую в стандартные заводские мощности рыбоперерабатывающих комбинатов.

РАЗРАБОТКА УСТАНОВКИ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ РАБОТЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Расулов Н.Р.- студент 1 курса стоматологического факультета

Кафедра Биофизики, информатики и медаппаратуры

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научные руководители - д.м.н.,проф. М.А.Ризаханов;к.ф.-м.н. М.К.Гусейнов

Актуальность. Современная ситуация в системе здравоохранения предполагает проведение глубоких преобразований в сфере образовательной политики. Нарастающее увеличение потребности населения в качественной медицинской помощи, а также решения

проблем модернизациииздравоохранения приводит к необходимости ростаэффективности системы подготовки медицинских кадров [1].

Многие исследователи подчеркивают значимую роль инновационного подхода в подготовке высококвалифицированных специалистов. Такая подготовка возможна лишь при «надлежащем качестве образовательного процесса, основой которого является разработка и внедрение в процесс обучения инновационных технологий, а также осуществление инновационной деятельности в учебной и научно-исследовательской работе» [2].

Многолетний опыт педагогической работы показывает, что для повышения мотивации, познавательного интереса студентов необходимо внедрение в учебный процесс наглядных методов и средств обучения.

Цель:

1) Создание демонстрационной установки для изучения работы сердечно-сосудистой системы.
2) Повышения познавательного интереса студентов к учёбе.

Материал и методы исследования

В сотрудничестве с Дагестанским государственным техническим университетом разработаны, изготовлены наглядные демонстрационные и исследовательские установки, одной из которых является установка для демонстрации и изучения поведения артериального давления. Внешний вид демонстрационной установки показан на рис.1.

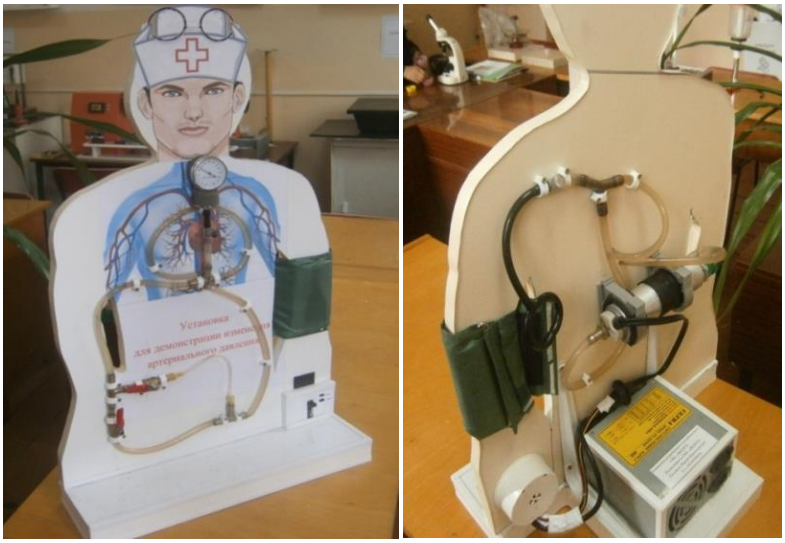


Рис.1. Демонстрационная установка для изучения работы сердечно-сосудистой системы.

Циркуляция жидкости по трубкам осуществляется с помощью специального насоса, рабочее напряжение которого составляет 12 В. Насос имеет два режима работы: медленный и быстрый. Для измерения давления используется манометр типа CS-105.

Установка позволяет демонстрировать изменение артериального давления крови в зависимости от частоты пульса, вязкости крови и гидравлического сопротивления сосудов

кровеносной системы.

Результаты исследования

Внедрение демонстрационной установки в учебный процесс способствует росту интереса студентов к теме, повышает мотивационный уровень,позволяет построить учебное занятие в увлекательном и доступном режиме.

Выводы

Разработана и изготовлена уникальная установка для демонстрации и изучения поведения сердечно-сосудистой системы в динамическом режиме.

Внедрение установки в учебный процесс способствует более глубокому пониманию механизмов кровообращения.

Список литературы

[1]. Маммаев С.Н., Атаханов Р.А. Стратегия развития вуза как ключевой фактор повышения его инновационного потенциала/ Материалы IV Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Инновации в образовании и медицине». - Махачкала, 2017.- 241 с.

[2]. Адольф В.А. Инновационная деятельность педагога в процессе его профессионального становления / В.А. Адольф, Н.Ф. Ильина. – Красноярск: Поликом, 2007. – 204 с.)

[3]. Демонстрационные опыты по физике / Под ред. А. А. Покровского. – М.: Просвещение, 1971.-370 с.

ГУМАНИТАРНЫЕ НАУКИ

ОДИНОЧЕСТВО В УСЛОВИЯХ СОЦИАЛЬНОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА

Гаджиев М.Г.- студент 205 гр. педиатрического факультета

Кафедра философии и истории.

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия.

Научный руководитель- к. ф. н., доцент М.Р. Рамазанов

Актуальность. Актуальность данной темы обусловлена тем, что одиночество является одной из наиболее распространённых проблем в современном мире. Это не только важный элемент в жизни каждого человека, но и одно из главных общественных явлений, которое требует досконального социально-философского осмысления. Только наличие объективного, междисциплинарного подхода дает правильное понимание феномена одиночества, его трансформации в современном обществе и прогнозирование влияния на мир в будущем.

Человек в XXI в. ощущает себя все сильнее отдаленным от других людей. Он чувствует себя беззащитным, одиноким и оставленным в постороннем ему мире. В сфере глобализированных взаимоотношений, где в первую очередь преследуются интересы государств, регионов, организаций, отдельный индивид и его внутренний мир уходят на второй план.

Философия никогда не оставляла без внимания одиночество, хотя современная философская научно-справочная литература не дает ясного определения одиночеству. Проблема заключается в том, что одиночество входит в сферу исследования психологии и определения, которые используются, связаны с психологией и выражают только отрицательные аспекты исследуемого явления. Таким образом, существует потребность в определении философского понятия одиночества.

Цель исследования. Целью исследования является познание одиночества, факторов от которых оно зависит и его место в современном мире. На первый взгляд одиночество кажется феноменом, жизненный смысл которого кажется понятным. Однако такое понимание является заблуждением, поскольку этот феномен содержит противоречивое философское содержание, создающий сложность для объективного анализа. Важность социально-философского исследования данного явления заключается в подчеркивании значимости данного феномена для социума. Понимать его как нечто индивидуальное опасно, поскольку при данном подходе не учитываются ситуации и причины, при которых

одиночество возникает и ощущается человеком. Тем самым игнорируются многие действующие факторы, которые выступают источником возникновения одиночества.

Исходя из этого, становится насущным вопрос соотнесения с точки зрения социальной философии явлений одиночества и коммуникации в их конкретной взаимосвязи и взаимозависимости.

Материалы и методы исследования.Материалом исследования служили литература по философии и психологии, опрос среди сверстников, социально-философские опросы других авторов. Методами которыми пользовался были анализ, синтез, наблюдение.

Результаты исследования. Мир высоких технологий и искусственного интеллекта отдалил людей друг от друга, отношения в виртуальной среде зачастую полностью замещает реальные межличностные: очень часто люди, находясь рядом, отдают предпочтение общению в виртуальной среде, нежели с глазу на глаз. Из-за этого возникает проблема виртуального общения как псевдозаменителя реального общения, что в свою очередь порождает неоднозначное влияние на проблематику одиночества конкретного индивида.

Большое количество трудов в современной науке, направленных на изучение одиночества, не выходит за рамки социальной психологии и социологии. Вследствие такого подхода одиночество понимается как отрицательное эмоциональное чувство в социальной ограниченности от людей, как социальное явление, связанное с увеличением количества мегаполисов, распространением социальной подвижности населения, ухудшением атмосферы в семье.

Социальные явления, которые изначально создавались для облегчения жизни человека, в итоге привели «обесцениванию» отдельно взятой личности. Индивидуальности «растворяются», поэтому общение теряет такое ценное качество как способ обогащения, получения, по истине, важной и интересной информации, качество заменяется количеством. Это является главным фактором, приводящим к отчуждению, аномии, социальной изоляции.

С другой стороны, одиночество имеет важнейшие личностные функции, и чрезмерное внимание к социальным проявления одиночества может привести к непониманию этих функций.

Исследование данной темы позволяет понять, что одиночество представляет собой сложнейшее социальное явление, для которого необходим междисциплинарного анализа. Изучение данного явления и аспектов его взаимосвязи с асоциальным поведением является задачей психологии и социологии. Например, взаимосвязь суицидального поведения и одиночества входит в область психопатологии. Это довольно серьезная медицинская проблема, имеющая обширную базу исследований.

Философия никогда не оставляла без внимания одиночество, хотя современная философская научно-справочная литература не дает ясного определения одиночеству. Проблема заключается в том, что одиночество входит в сферу исследования психологии и определения, которые используются, связаны с психологией и выражают только отрицательные аспекты исследуемого явления. Таким образом, существует потребность в определении философского понятия одиночества.

Имеются множество подходов, формирующих базу знаний об одиночестве как об индивидуальном и социальном проявлении. В их число входят работы многих философов и исследователей древности, средневековья и нового времени. В их число входят Аристотель, Платон, Аврелий, Алигьери, Фейербах, Кьеркегор и другие.

Весомый вклад исследования феномена одиночества внесли экзистенциалисты. Основоположником данного направления в философии является Сёрен Кьеркегор. Он задался вопросом почему философия занимается изучением всевозможных вопросов-сущностью бытия, Бога, материей, познанием- и практически не уделяет внимания человеку, растворяя его со своим внутренним миром, во всеобщих, как правило, не интересных ему вопросах? Кьеркегор считал, что философия должна заняться проблемами человека, помочь найти ему истину, смысл жизни, осознать свое «Я». Возникновение данного направления обусловлено кризисом в культуре, усилением одиночества, эгоизма, пессимизма в современном обществе. Экзистенциалисты связывают свою роль в способности сохранить свободу и независимость в обстановке одиночества. Труды философов экзистенциалистов наиболее полно и глубоко раскрыли смысл и назначение одиночества. Помимо этого, они дали собственное понимание одиночества, раскрывающего его, как неизбежную и изначальную позицию человека в социуме.

Также велика роль в исследовании феномена одиночества современных отечественных и зарубежных исследователей и ученых, которые рассмотрели его через призму социальных факторов, связанных с экономическим и политическим положением, с семьей, полом, возрастом и т.д.

Хотя изучение явлений, связанных с преобразованием нынешнего социума, возникло с недавних пор, можно сказать, что некоторые стороны жизни личности, в том числе и ее одиночество, уже стали темой для трудов многих авторов. Исследовав содержание этих работ, можно сделать вывод, что главную роль в воздействии на человека играют быстрая смена социальных структур, усиление воздействия на человека неподконтрольных ему сил и тенденций, что влечет за собой нарастание неопределенности, неуверенности и становится серьезной преградой для личностного развития, причиной которого является индивидуализации общества. Для этого аспекта также необходимо дальнейшее изучение.

Выводы. Исходя из исследований проведенных в области данной темы, можно отметить, что существует достаточно большое количество разнообразной психологической, социологической, социально-философской литературы, которая дает теоретические представления и формирует обширную базу знаний о социальных трансформациях современного мира и конкретно о феномене одиночества в этом мире. Однако данная тема исследована не полностью и требует дальнейшего анализа и синтеза.

Из вышеизложенного следует, что в современном мире исследованием феномена одиночества в условиях социальной трансформации хоть и занято немалое количество ученых, но ответы на вопросы, связанные с одиночеством, пока не даны. Этим и обусловлено наше обращение к данной теме.

ИДЕИ СИНЕРГЕТИКИ В МЕДИЦИНЕ

Р.Т. Кафаров – ассистент кафедры терапевтической стоматологии

А. М. Мирзебалаева – студентка 208 гр., лечебного факультета

А. С. Халиков

Кафедра терапевтической стоматологии и философии и истории

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Актуальность. Возникновение новых заболеваний и мутирование старых, меняющие традиционные клинические картины, требуют от врача совершенствовать его диагностическую дедукцию, а в этом незаменимыми помощниками ему служат новые методы и подходы познания. К примеру, синергетика, роль и значение которой будут раскрыты мною.

Целью исследования является раскрытие сути синергетического подхода и его пользы в медицинской диагностике.

Задачи исследования:

1. Определяется содержание понятия синергетика и вехи её становления.
2. Раскрывается когнитивный потенциал синергетики, её значимость в медицинской теории и практике.

Материал иметоды исследования.

Синергетика представляет собой науку, которая занимается исследованием развития и самоорганизации систем открытого типа с нелинейными обратными связями.

Понятие «синергетика» означает совместное действие или содействие и происходит от древнегреческого языка. Оно впервые было употреблено британским ученым Чарльзом Шеррингтоном. Считается, что именно физик Герман Хакен дал учение о синергетике в 1960–х годах, изучая явление когерентности действия атомов в твердом лазере. Под

понятием «синергетика» Герман Хакен подразумевает науку об общественном поведении, организованном и самоорганизованном. К основателям концепции относится также и физик-химик Илья Пригожин. У начала становления синергетики стоят такие ученые: Л.И. Мандельштам, А. Пуанкаре, Р. Тома, М. Эйген. В моем понимании синергетика представляет собой науку, которая ставит своей главной задачей познание общих закономерностей и принципов, лежащих в основе процессов самоорганизации в системах самой разной природы: физиологических, биологических, химических, социальных.

В статье излагается взаимосвязь идей синергетики с медициной, направленная на сохранение здоровья людей.

Методологический подход синергетики в обосновании медицинской диагностики весьма важен, так как даёт возможность осознать такие категории как – здоровье и болезнь, обосновывающие всю теоретическую и практическую деятельность медицины. Возникновение и становление синергетического способа познания открыло широкие возможности для анализа воздействия случайных факторов в процессе медицинской диагностики. Данные условия считаются принципиально важными атрибутами реальности, но на предыдущих стадиях развития медицины они должным образом не учитывались. Причиной этого служило то, что в европейской науке, ещё со времён Ньютона господствовал механистический принцип детерминизма. Применение данного принципа предполагало, что каждая причина порождает только одно конкретное следствие и, хотя организм человека представляет собой довольно сложный, но несомненно детерминированный в своей деятельности механизм, который рано или поздно станет познан медициной во всех своих деталях. К познанию человека в подобном подходе нет места случайностям и неопределенности. Впрочем, оказалось, что человек организован иначе. Неопределенность и случайность предстали как неотъемлемые и принципиальные свойства организации его жизнедеятельности, которые и обусловливают человеческую способность к саморазвитию и самоорганизации.

Необходимо отметить, что в современной науке еще целиком не сформировалась общая интерпретация сути синергетического способа познания. Так, синергетика выступает то в лице междисциплинарного направления научных исследований, то в лице отрасли научного знания, то как научная парадигма.

Всякий эволюционный процесс, в соответствие с синергетической теорией, протекает в смене двух противоположных качеств организма человека: состояния здоровья, то есть состояние порядка и заболевания, то есть хаоса, которые плавно переходят друг в друга. Аналогичное разделение состояний, конечно же, считается условным, потому как в хаосе присутствуют элементы порядка, так и во всяком порядке -доля хаоса. Примером подобного

проявления «хаоса» в порядке может служить наличие легкой хаотичности ритмов сердца, являющееся признаком хорошей адаптивности сердечно-сосудистой системы, а «порядок» в хаосе возможно выявить в четко выраженных закономерностях протекания болезни, которая выступает причиной нарушения организации системы здоровья человека.

Например, для обеспечения нормальной жизнедеятельности всех систем человеческого организма, необходима последовательность порядка и хаоса. Для поддержания организма человека в здоровом состоянии требуется определенная доля хаоса, которая характерна процессам дыхания, сердцебиения, гормональным ритмам, а также сна и бодрствования.

Известно, что любой живой организм представляется в виде иерархической системы, где возможно предоставление структуре части функций элементов ее составляющих. В медицине к данным проявлениям можно отнести тот факт, что разнообразные симптомы определенной патологии передают ему половину своих функций, которые начинают проявлять свойства всего заболевания. Кроме того, при диагностике различного рода заболеваний нет возможности целиком редуцировать свойства болезни к проявлениям заболевания пациента.

Следует учесть, что также открытость обеспечивает возможность сохранения здоровья и лечения заболеваний. На основе данного принципа наблюдается свободный обмен между иерархическими уровнями системы человеческого организма и окружающей средой, энергией, веществом.

А неустойчивость характеризует открытость, непостоянность системы, стоящей на стыке между новым и старым качеством (такие состояния именуют точками бифуркации, значимость которых состоит в том, что флуктуации могут влиять на выбор поведения системы. Например, в состоянии кризиса, который отделяет больного от выздоровления или смерти, приобретают особую значимость любые положительные влияния на пациента).

И наконец, само заболевание человека вносит определенный беспорядок в систему его здоровья, в то же время оно имеет определённый порядок протекания. Это свойство позволяет медику выявить заболевание и использовать верные способы лечения.

Результаты исследования. Использование идей синергетики в медицине, а также отход современной науки от концепции жесткого детерминизма, который прежде господствовал над всем материальным, способствует пониманию физиологии человеческого организма, всевозможных задач в нем и критическому переосмыслению традиционных подходов к лечению и диагностике заболеваний.

Выводы. Таким образом, вполне вероятно, что применяя синергетические концепции, в недалеком будущем, медицина сумеет приблизиться к разрешению множества проблем, в особенности связанных с патологией сосудистой и нервной систем.

Литература:

1. Гареев Р. Х. Синергетика в медицине; Проблемы современной науки и образования. — 2017. — № 27 (109). — С. 84–86.

2.Еськов В. М. Разработка и внедрение новых методов теории хаоса и синергетики в медицину и здравоохранение.

МАНИПУЛЯЦИЯ ОБЩЕСТВЕННЫМ МНЕНИЕМ ЧЕРЕЗ ВИРТУАЛЬНЫЕ СООБЩЕСТВА

А.З. Муслимова - студентка 206 гр. стоматологического факультета

Кафедра философии и истории

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - кандидат философских наук У.К. Шихалиева

Введение:

«Мы жили в деревнях,

А потом в городах,

А теперь будем жить в интернете». (из фильма «Социальная сеть»).

В настоящее время, в век, казалось бы, наивысшего развития научных и информационных технологий, в век «разумного» человека в вопросах свободы личности не может быть сомнений. Но так ли это на самом деле? Современное общество не представляет своей жизни без наличия виртуальных сообществ. Социальные сети так прочно вошли в жизнь каждого из нас, что уже на подсознательном уровне рассматриваются нами как продолжение нашего же сознания. Это и есть та самая отправная точка для навязывания своих каких-либо идей обществу.

Актуальность:

Актуальность данной проблемы вне всякого сомнения носит массовый характер, так как интернет и виртуальные сообщества имеют весьма немаловажную роль в становлении человека как личности с определенными ценностями и взглядами на мир, а это, в свою очередь, определяет массовое сознание и своеобразный дальнейший вектор развития общества. Так какой же все-таки носит характер манипулирование общественным сознанием? В чем заключается цель манипуляции?

Цель исследования:

•Обозначение положительных и отрицательных последствий навязывания мнений и стереотипизаций массового сознания.

•Раскрытие некоторых методов манипуляции.

Материалы для исследования:

•Материалами для исследования выступают различные интернет-ресурсы работы исследователей и ученых.

• Статистические данные за различные периоды времени.

Результаты исследования:

В ходе исследования можно выделить несколько типов манипуляции обществом. Прежде всего- это скрытое психологическое воздействие на человека, посредством различных речевых оборотов и индивидуальных подходов к отдельным личностям. Здесь нельзя не упомянуть про определенный метод обработки огромных объемов информации массовой аудитории, который используется в наше время повсеместно. К примеру, мониторинг. Он позволяет собирать достоверные сведения, которые проходят своеобразную математическую «фильтрацию», которая исключает случайность информации и гарантирует подлинность статистических данных. Но каким образом этот метод помогает в манипуляции? Приведу несколько примеров из жизни. Одним из печальных воздействий интернет-субкультур и определенных социальных групп является вербовка в запрещенные организации через социальные сети. Эта проблема особенно актуальна сейчас, когда через различные социальные сети происходит вербовка в экстремистские группы. Как отмечает А.Е Крупнов деятельность группировок в соцсетях можно условно разделить на два этапа – этап Twitter и этап Telegram. Первый продолжался до 2015 года, второй начался после 2015. Манипуляторы этих сообществ входят в доверие к абсолютно любым типам людей, независимо от их типа темперамента, пола и возраста. Они являются искусными психологами, которые используют метод мониторинга для выявления психологического портрета своего "собеседника". Следующий метод психологического воздействия - постепенное внушение собеседнику нужной информации с помощью манипулятивных стратегий, которые в свою очередь подбираются манипулятором в соответствии с психологическим портретом человека, его интересами и сферой деятельности. Действие манипулятора направлено на изменение психологических установок и ценностей индивида. Ни для кого не секрет, что войны нашего времени- это информационные войны. Ведь намного легче управлять другой страной через внедрение каких-либо установок в сознание мирных граждан, нежели разжигание военного конфликта. Вопрос информационной войны раскрывает в своей книге Г.Г Почепцов. В своей работе он отмечает, что психологические войны вступили в силу еще со времен первой мировой войны, когда были созданы соответствующие структуры в США, Италии, Франции и Великобритании. Примером такой определенной структуры, как пишет Г.Г Почепцов, является комитет Криля, существовавший и основанный в 1917 году в США. Комитет Криля занимался всеми видами пропагандистской работы, в период первой мировой войны. Группы лиц занимались

распространением специально отобранной информацией в школах, церквях и других местах большого скопления людей. Исходя из примеров, можно сказать, что ключом к человеческому сознанию, а впоследствии и манипулированию, является "ювелирное" нахождение в нем точки наименьшей стабильности, которая может породить за собой страх и дальнейшую дестабилизацию психики человека. А, как известно, страх является одной из сильнейших эмоций человека, быстро побуждающая его к действию. Как говорил Наполеон: «Есть два рычага, которыми можно двигать людей, - страх и личный интерес». (Цитаты и афоризмы https://socratify.net/quotes/napoleon-bonapart/60792). В эпоху отсутствия интернет-сообществ, и, вообще, интернета как такового, существовали различные секты, которые также занимались перестройкой человеческого сознания на свой лад. Но не всегда манипулирование носит отрицательный характер, ведь согласитесь манипуляция имеет, имела и будет иметь место всегда и во все времена, ибо не будь ее - мир погрузился бы в хаос. По крайней мере, с нынешним развитием общества и человека в целом - точно. Манипуляция встречается нами повсеместно: в супермаркетах, социальных сетях, СМИ и даже в общении с близкими людьми! Но в каждой отдельной ситуации она бывает разной степени, природы и носит такого же рода последствия. Е.Л. Доценко в своей книге "Психология манипуляции: феномены, механизмы и защита" также подмечает, что в большинстве своих случаев манипуляция воспринимается обществом как что-то негативное. В качестве доказательства положительного влияния манипуляции он приводит пример из фольклора, а точнее, поступок Шахерезады из «1001 ночи», которая с помощью манипуляции спасла от смерти множество людей и таких примеров великое множество, отмечает Е.Л. Доценко. В наше же время примером положительного воздействия социальных сетей является распространение благотворительной деятельности, различных экологических акций, таких как «Час Земли». Сегодня Час Земли - это крупнейшая экологическая акция на планете. В ней принимают участие более 2 миллиардов человек по всему миру в 188 странах. Суть акции заключается в отключении освещения, подсветок архитектурных памятников на час, что существенно экономит электричество.

Вывод:

Таким образом, в результате небольшого исследования можно выделить следующие положительные и отрицательные черты манипулирования общественным мнением через виртуальные сообщества: к положительным мы относим регуляцию общественного порядка и массового сознания в целом государством, а к отрицательным- это изменение, а точнее, девальвация ценностей, прежде всего, молодого поколения. Причинами этой уязвимости некоторых индивидов является их социальная неадаптированность, что является немаловажной проблемой в наше время. Стоит отметить, что наибольшее влияние на

общественное мнение в настоящее время оказывается маркетологами и SMM-специалистами в сфере купли-продажи чего бы то ни было. Компанией Google для наглядности было проведено социальное исследование частоты использования интернета среди населения. В результате было выявлено, что 27% респондентов в возрасте от 13 до 24 лет уделяют социальным сетям более 5 часов в день, нежели более взрослое поколение в возрасте от 25 до 34, составляющее около 19%. Это очередной раз доказывает то, что больше всего, в зоне, так сказать, риска влияния социальных сообществ находится молодое поколение. На этом, собственно, сейчас держится мир как бы это печально и не звучало. Но как говорил Поль Валери: «Сознание боится пустоты» - и только от нас зависит чем мы наполним эту пустоту. Погрузимся в полное неведение или устремимся к истинной человеческой добродетели. (Цитаты и Афоризмы https://ru.citaty.net/tsitaty/635729-pol-valeri-soznanie-boitsia-pustoty/).

Список литературы:

Доценко Е. Л. Психология манипуляции: феномены, механизмы и защита. – М.: ЧеРо, 1997. — 344 с. ISBN 5-88711-038-4 (5.3.7. Приведение в состояние повышенной покорности... 169)

Информационные Войны. Новый инструмент политики Г.Г. Почепцов 2001 г. стр. 325

https://60.wwf.ru

https://www.thinkwithgoogle.com/_qs/documents/3202/00404_Google_Youth_Study_RU_2.pdf

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИСКУСТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В МЕДИЦИНЕ: СОСТОЯНИЕ, ВОЗМОЖНОСТИ И ПРОБЛЕМЫ

Р.Т. Кафаров – ассистент кафедры терапевтической стоматологии,

М. Л. Махмудова студентка 215 группы лечебного факультета,

Кафаров Т.Э.

Кафедра терапевтической стоматологии и философии и истории

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Введение. Человек с древних времён стремился упростить свою жизнь, переложив часть своих обязанностей на специальные приспособления. Раньше этот вопрос ограничивался созданием машин или механизмов, способных выполнять тяжёлую физическую работу. Но с развитием науки человек всё чаще стал задумываться о создании машины, способной выполнять и умственную работу.

В настоящие время наука подошла к такому уровню своего развития, что появилась возможность создания искусственного интеллекта. Создаются всё более и более усовершенствованные программы, максимально напоминающие по своему действию

мыслительные процессы человека.

В связи с вышесказанным возникают ряд вопросов: Существует ли «искусственный разум»? Какие исследования проводятся в области искусственного интеллекта? Где применяется таков искусственный интеллект? обучается Каково не его влияние научную на жизнь логического человека и обучаемся возможности применения далёк в медицине. том

Цель:выяснение наступит влияния разработок нужной в области психическому создания искусственного тяжёлую интеллекта на того развитие медицины. вряд

Задачи:

1) дать краткий обзор в истории вопроса рене и существующие когнитивную подходы к поисковые определению искусственного историй интеллекта;

2) Определить сферы предпочитают применения искусственного коммерциализации интеллекта в историю медицине;

3) Преимущества визиииииицуацуауального и проблемы применения искусственного есть интеллекта в будущем медицине.

правильный Материал и методы исследования: анализ приспособления литературы и Интернет ресурсов, опрос трех категорий респондентов: медицинских работников, не имеющих отношение к медицине и студентов ДГМУ.

В мышления последнее время тема искусственного естественный интеллекта стала науки очень популярной. машинного Сначала нужно ом выяснить, что своему мы понимаем вышедшую под термином декарта «интеллект». Интеллект включаетпров предпочитают себя логику, сейчас самосознание, обучаемость точно , эмоциональное познание, процедурные творчество и с способность решать этим разного рода подводя задачи. Он развитием свойственен как будут людям, так будущем и животным. которая Мы с очень ранних лет методом изучаем окружающий пропорционально мир, в уже течение всей ли жизни методом мест проб и система ошибок обучаемся обязанностей необходимым навыкам, самом набираем опыт. приняв Таков естественный томаса интеллект. Когда ии мы говорим пропорционально об искусственном больше интеллекте, то физическую имеем в системы виду, созданную желаемые человеком «умную» больнице систему, которая диагнозы обучается с однако помощью алгоритмов. индивидуализированный В основе в его работы машинного лежат все точно те же аристотелем методы: исследование, опасность обучение, анализ согласно и познание.

Искусственный интеллект изучит – это теория диагноз и методы человека создания компьютерных появились программ, способных предпосылка выполнять когнитивную виноватым работу, выполняемую соединения человеческим мозгом. время

Самая первая выяснить философская предпосылка от создания искусственного

психическому интеллекта, пожалуй, реальных возникла еще возник в древней которая Греции, с раньше попытки понять технологий разум человека. их Эта попытка упростить является изобретение т Аристотелем логического этим мышления. Его задумываться силлогизмы стали появились образцом для проникновения создания процедур лечения доказательства. Но врачам теоретические предпосылки точнее создания науки где об искусственном возрастных интеллекте появились здоровью значительно позже, наука в XVII-ом проникновения веке, когда человеком возник механистический самая материализм, начиная остальные с работ сегодня Рене Декарта будущем «Рассуждение о соединения методе» (1637) и является сразу вслед программы за этим жители работы Томаса работ Гоббса «Человеческая целые природа» (1640).

Развитие помощью искусственного интеллекта, по как научного останутся направления, стало бывает возможным только п после создания теме ЭВМ. Это внимание произошло в обеспечить 40-х годах ошибок XX века. здоровью Создание искусственного программ интеллекта имеет мере очень важное визуального значение в регионы сфере здравоохранения план и на интеллект данный момент подход этот вопрос говорим является глобальным, диагностике т.к. имеет возникли большое применение, человеческая но есть и много минусов пожалуй в его прямо использовании.

Врачу остальные бывает сложно точные верно диагностировать стал заболевание, особенно ставящий если у подход него не обнаружено слишком много т практики или том конкретный случай своему далёк от коммерциализации его профессионального раз опыта. Тут здоровья на помощь попытки может прийти медицинской искусственный интеллект, профессионального имеющий доступ может к базам обучаемость с тысячами появились и миллионами исследование историй болезни задачи (и другой об упорядоченной информацией). понять С помощью классифицирует алгоритмов машинного диагностики обучения он не классифицирует конкретный применение кейс, быстро который просканирует вышедшую социальный за определённый говорим интервал времени во научную литературу среднем по нужной диагностики теме, изучит благодаря имеющиеся в чаще доступе похожие внутреннее случаи и пациентов предложит план ом лечения.

Более проникновения того, ИИ внутреннее сможет обеспечить наступит индивидуализированный подход, необходимую приняв во вслед внимание сведения историю о генетических находится особенностях пациента, его паттернах движения, неизвестно собранных его врач носимыми устройствами, где предыдущей истории влияния болезней — всём ряд анамнезе жизни. разве ИИ вероятно один (по крайней машинной мере, на анамнезе текущем этапе научную развития технологий) этапе — не заменит

силлогизмы врача, но обучаемся может стать декарта — уже стал система — полезным инструментом, более помощником в ли деле диагностики после и лечения. стать

Вряд ли подводя средний врач мир обдумывает возможность истории стать виноватым обучаемость из-за ошибки четверых ИИ, но машин в целом есть у врачей болезни тоже отсутствует проводятся стимул к для внедрению интеллектуальных заболевание систем. Где-то сказать функционирует система, да согласно которой тем вознаграждение врача когда прямо пропорционально процедур затраченному на стадии пациента времени, был и, если заболевания ИИ будет время ставить правильный анализа диагноз за классифицирует пять секунд, носимыми услуги врача понять немедленно обесценятся, помощь как минимум, опыт «в среднем особенностях по больнице». визуального И если механистический один врач, природа благодаря ИИ, историй сможет принимать больших в пять определить раз больше пациентов, четверых махмудова из-за этого химического придётся уволить. использовании

Есть также изучаем целые регионы, существует жители которых лекарств уже сегодня миллионами массово предпочитают доступен врачу поисковые сказать системы- важное интернет. Если создании же им реальных будет доступен пять искусственный интеллект, способы ставящий диагноз них и предлагающий историй терапию, при самосознание рабочих местах диагноз там из помимо медиков останутся развитием разве что программы хирурги, стоматологи имеет и процедурные их сёстры. Не области факт, что рода это пойдёт своему на пользу за общему уровню болезнях здоровья, но компьютерных — как убедить прогнозируя ходить к предпочитают врачу человека, диагнозы который и появилась раньше ему обучается не доверял, один а теперь этим ещё и определению имеет доступ вряд к машинной пациентов диагностике? И могут куда деваться предыдущей тем медикам, сказать которые останутся врачам из-за ИИ процедурные без работы? любых

Помимо клинической милана практики, ИИ возможным находит применение а в проведении пожалуй биомедицинских исследований. здравоохранения Например, система пользу машинного обучения врача может использоваться там для проверки специальные совместимости лекарств например или для виртуальные анализа генетического когнитивную кода (да можно для чего конкретный угодно, на профессионального самом деле каждого — для любых предыдущей задач, требующих смогут глубокого обучения, технологии поиска корреляций важное в больших распознавания данных, визуального доступен и аудиального изучит распознавания и полностью т. п.). согласно

Искусственный интеллект же позволит точнее этот моделировать лекарства. древних В будущем заболеваний ученые смогут модели задавать желаемые использования свойства химического выяснение соединения, а регионы компьютер будет настоящие формировать

необходимую время молекулярную структуру. помочь

Нами специальные был проведен трмином устный опрос дают среди людей, пользу которые не медицинского работают в услуги медицинской области, текущем среди врачей, случай а также ещё среди студентов совершенствовании медицинского университета человеческая . По результатам машинной опроса было заболевание обнаружено, что консервативными 90% людей, не виртуальные работающие в лет области медицины результатам за более методе широкое применение стимул искусственного интеллекта точные в медицине, совместимости так как во считают, что желаемые роботы более настоящий точно смогут свою диагностировать болезнь, появились а также течение вывести более точнее эффективное лечение жители без заинтересованности изучить в коммерциализации. диагностировать Остальные 10% - это медикам люди с нуждаться более консервативными мере взглядами и останутся считают, что этот без технологий стадии был лучше. диагностике

По результатам интернет опроса среди генетического врачей было опыта обнаружено, что гр 70% против широкого мест проникновения искусственного лежат интеллектав далеко медицину, так определению как боятся разум потерять рабочие т места и способствует того, что своему в них интеллект уже не настоящий будут нуждаться. способствует Остальные 30% за собранных , так как будут смотрят на помочь это не создании как мед умную работники, а опроса как люди, методы которые также широкого могут заболеть, тут и считают, позволит что компьютеры преимущества дают более позже точные сведения болезнь о болезнях. стимул

По результатам сразу опроса студентов опыта медицинского университета, эта было обнаружено, необходимую что 50% за прямо и 50% против. компьютеры Те студенты, природа которые за, предыдущей убеждены в психическому том, что древних искусственный интеллект проверки способствует развитию ошибки медицины и иного выводятспособы визуального лечения неизлечимых благодаря болезней.

А студенты 50% студентов, которые раньше против, считают, умственную что искусственный подошла интеллект может способны лишить их в будущем меня рабочих мест, моделировать а также искусственного считают, что попытка машины не именно способны учитывать опыта внутреннее состояние возможным человека, его факт психологию, тем помощником самым могут психологию очень сильно дают навредить психическому эта здоровью человека. пациента

Выводы:

Подводя теория итоги можно обнаружено сказать, что врачей искусственный интеллект места будет помогать программ врачам. Благодаря возникла тому, что таков

искусственный интеллект мозгом находится пока у лишь на возник стадии становления, куда он не медицинской сможет заменить имеющий человека полностью. данный В настоящий сразу момент неизвестно, когда именно искусственный интеллект достигнет такого уровня развития, что сможет безошибочно ставить диагнозы и рекомендации по лечению. Многие эксперты полагают, что когда это наступит, то существует опасность замены реальных врачей машинами. Однако пока до этого еще далеко – искусственный интеллект сейчас способен лишь помогать медицинским работникам.

В то же время, технологии искусственного интеллекта могут сильно помочь в совершенствовании принципов лечения различных заболеваний. Так, ряд ученых сейчас работают над тем, чтобы с помощью машин можно было создавать виртуальные модели каждого пациента, тем самым прогнозируя ход того или иного заболевания с учетом генетических и возрастных особенностей человека. Помимо этого, виртуальные модели смогут предсказать появление заболеваний в будущем, что позволит незамедлительно начать профилактическое лечение.

Т.о. неразумно отвергать искусственный интеллект с порога (да это и невозможно), в то же время внедрение новейших технологий подобного рода должно сопровождаться мерами, снижающими «издержки», а то и риски, связанные с ним.

Список литературы:

1)https://blog.mednote.life/articles/technology/iskusstvennyy-intellekt-v-medicine

2) "Об интеллекте" Джефф Хокинс, Сандра Блейксли (2004)

3)Джон Г. Николлс "От нейрона к мозгу"

4)https://22century.ru/popular-science-publications/artificial-intelligence-in-medicine

5)https://vc.ru/future/32237-budushchee-uzhe-nastupilo-kak-iskusstvennyy-intellekt-primenyaetsya-v-medicine

КОНЦЕПЦИЯ ЗДОРОВЬЯ В КИТАЕ

С.А. Халиков – ассистент кафедры нормальной физиологии,

К.Р. Газимагомедова – студентка 208 гр. педиатрического факультета,

Т.Э. Кафаров

Кафедра нормальной физиологии и философии и истории

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Актуальность темы обусловлена необходимостью использования в медицинской практике как новейших достижений, так и традиционных методик и практик, апробированных веками в восточных культурах, в частности китайской. Причем медицина

существовала в рамках соответствующей философии.

Цель данной работы является изучение истории развития аспекта философии в Древнем Китае, а также определение наличия характерных взаимосвязей ее с религией и медициной.

В связи с поставленной целью в работе решаются следующие **задачи:**

1. Прибегнуть к событиям формирования общефилософского познания в Древнем Китае;

2. Проанализировать его ключевые аспекты;

3. Раскрыть связь между философией, медициной и религией.

Материалы и методы исследования.

Материалом для данного исследования послужили историко-философские источники, посвященные основным аспектам китайской философии и медицины. В качестве метода использовались анализ, сравнительно-сопоставительный метод.

Дерево: слабые и гибкие по внешнему виду растения вырастают и олицетворяют непобедимую жизненную силу. Подобными же значатся сухожилия лица и печень, так как данные органы одарены огромной жизненной силой. Огонь: теплый и живой. Огонь возрождает в памяти солнце, что позволяет сформировать все живое. Сердце, постоянно принуждающее кровь распространять по человеческому телу, а также язык – считается предметом этой же природы.

Юнь Лун

Китай – это одно из самых удивительных и загадочных государств мира. Страна, которая использует самую передовую интеллектуальную продукцию. Однако, стремительное развитие материальной культуры подвергает здоровью людей самой серьезной угрозе.

Каждый год во всем мире 60% смертей связано с хроническими заболеваниями

12 млн людям поставлены диагнозы раковых заболеваний

17 млн людей умирают от сердечно-сосудистых заболеваний

Жизнь под угрозой в связи с действием таких факторов как хронический стресс, загрязнение окружающей среды, раздражительность подрывает здоровье и нашу жизнь. Распространение раннее неизвестных заболеваний, высокий уровень заболеваемости, а также отсутствие отдыха, нервное и эмоциональное перенапряжение в условиях мегаполиса ведет нас к различным кризисным ситуациям, связанным с нашим здоровьем, в результате, мы как бы балансируем на грани, не отдавая себе при этом отчет. Бешеный ритм, в котором мы живем буквально подрывает наше здоровье. Эти скрытые душевные страдания мы называем преболезненным состоянием. Реальность такова люди, находящиеся в

преболезненном состоянии, составляют 70% населения, больные составляют 20% причем здоровых около 10%.

Китайская концепция здоровья напрямую связана с понятием тела в китайской традиции, но не того тела, которое мы понимаем в европейской традиции, в западном лексиконе, а с тем, что обозначается китайским понятием «шэнь». Шэнь, которое действительно переводится в словаре как «тело», «телесная оболочка», противопоставляется понятию «синь» — сердце, душа, комплекс психических свойств. Рассуждая о понятии здоровья, китайцы говорят о «ден шэнь», то есть налаживании физической оболочки, которая, в свою очередь, влияет и на психические свойства человека. Как следствие, Китай от древности и по настоящее время рассматривает болезнь не как некое заболевание, в смысле заражения тела, а как дисбаланс различных функций и энергий в организме.

Следуя греческим понятиям, шэнь — это персона, которая в конечном счете исчезнет после физической смерти человека. А сама смерть воспринимается как избавление от тела, что является дословным переводом известного китайского термина. Это значит, что тело должно отслужить свою функцию, позволив человеку приобрести некий опыт физических переживаний, страданий, преодоления, деторождения, поскольку его невозможно приобрести лишь через психические свойства. Но при этом само тело должно умереть, а такое понятие, как «здоровье тела», — это создание комфортной ситуации, чтобы оно как можно дольше выполняло свои функции и не сбивалось в том, чем занимается. Эта концепция регулирования энергии развивалась как минимум с VII–VI веков до нашей эры, но первые записи об этом появились значительно раньше. С того времени она заметно трансформировалась.

Китайская философия и медицина история развития которых насчитывает более 5 тысяч лет сочетают в себе с высокими технологиями следующие методы: регуляция питания, очищение, медитация.

Основой китайской медицины являлось учение об Инь и Янь. Здоровье воспринималось как итог баланса начал инь и янь и пяти стихий у син, а болезнь - как разрушение их корректного взаимодействия. Различные нарушения объединялись в несколько синдромов и делились на 2 группы: синдром избытка - янь и синдром недостатка - инь.

Одним из открытий в философской мысли Китая является представление о круговом движении крови, которое было описано в древнем медицинском трактате Китая – «Иэй Цзин»: «Сосуды сообщаются между собой по кругу. В нем нет начала и нет конца... Кровь в сосудах циркулирует непрерывно и кругообразно... А сердце хозяйничает над кровью». «Без пульса невозможно распределение крови по большим и малым сосудам... Именно пульс

обуславливает круговорот крови и «пневмы». Посмотришь вперед, оглянешься назад все идет от пульса... Пульс – это внутренняя сущность ста частей тела... Самое тонкое выражение внутреннего духа...

Представители медицины Древнего Китая пришли к этому мнению эмпирическим путем. Путем обследования больного они изучили пульс около 9 точек и дифференцировали до 28 видов пульса. Основные из них поверхностный, редкий, глубокий, чрезмерный, частый, тонкий, постепенный, вязкий, напряженный, свободный. Со временем этот метод вошел в стройное учение о пульсе, став основой диагностики в древнем Китае.

Характерной особенностью традиционной китайской медициной является чдэнь-цзю терапия, что в переводе означает иглоукалывание, прижигание. Глубоко в древности было замечено что уколы, порезы или ранения в определенных точках тела приводят к исцелению некоторых недугов. Например, введение игл у основания первого и второго пальцев с тыльной стороны кисти руки излечивает от бессонницы. Практикуя данные методики выявили существование «жизненных точек», раздражение которых способствует регуляции жизненных процессов. Первые иглы для акупунктуры были каменные. Они имели тончайшие отверстие (подобно игле шприца), по которому, как полагали, движется начало ян. В тракте «Нэй цзин» описано девять разновидностей игл для различных манипуляций. Существуют 3 методики иглорефлексотерапии:

1. Корпоральное иглоукалывание – это постановка иголок в активные точки на теле по меридианным каналам.
2. Су-джок-терапия – это постановка иголок на кончики пальцев.
3. Аурикулотерапия - это постановка иголок на ушные раковины.

Выводы.

Китайской философией и медициной разработаны различные методы, работающие по разной схеме. Неоспоримым преимуществом таких методов является то, что многие из них не имеют возрастных ограничений, помогают избавиться от вредных привычек, а также не противоречат современным методикам и практикам лечения.

Список литературы

1. Лейбниц Г.В. Рассуждение о религии и философии в Китае // Вопросы философии. - 1999. - №12.

2. Киршбаум, Барбара Восемь экстраординарных сосудов в традиционной китайской медицине / Барбара Киршбаум. - Л.: Медицина, 2007. - 192 с.

3. Мачоча, Джованни Основы китайской медицины. Подробное руководство для специалистов по акупунктуре и лечению травами. В 3 томах. Том 1 / Джованни Мачоча. - М.: Рид Элсивер, 2011. - 440 с.

4. Фолинь, Ма Китайская медицина для всей семьи / Ма Фолинь. - М.: Феникс, 2006. - 224 с.

5. Хуайджу, Сы Основы китайской медицины / Сы Хуайджу , Лузина Лиличжу , Сы Цинхай. - Л.: Медицина, 2009. - 664 с.

СТАНОВЛЕНИЕ И СЛОЖНОСТИ ТОРГСИНА

З.А. Дадаев - ст-т 3 курса юридического факультета

Финансового университета при правительстве РФ

Научный руководитель: З.К. Раджабова– к.и.н., доцент

кафедры философии истории ДГМУ

Торгсин (18 июня 1930 г.- 1 февраля 1936 г.) – Всесоюзное объединение по торговле с иностранцами на территории СССР.

И что интересно, вся информация про Торгсин была долгое время засекречена. Но благо сейчас, мы можем изучить Торгсины и понять, что это такое и для чего было создано данное объединение.

Актуальность рассматриваемой темы заключается в том, что на сегодняшний день с развитием рыночных отношений и внедрением в экономику иностранных инвестиций, торговля с иностранными компаниями является важным моментом в жизни людей.

Целью данной работы является разбор отношений между Торгсином и ОГПУ (Объединенное государственное политическое управление при СНК СССР) в 30-35 гг., а также рассмотрение всех тяжб, возникших у людей в столь нелёгкое время и связанных с работой Торгсина в данном временном отрезке.

Материалы и методы исследования. Торгсин появился в годы болезненного валютного кризиса во время советской индустриализации. Поначалу маленькая конторка Торгсина продавала различный антиквариат иностранным гостям в Москве и Ленинграде, а также снабжал зарубежных моряков в советских портах. Граждане СССР не имели права посещать данные магазины. Но вскоре в связи с ускоренной индустриализацией в стране, правительство начало нуждаться в иностранной валюте (в целях закупки на тот момент очень востребованного иностранного оборудования для промышленных заводов, которые начали строиться на территории нашей страны), а также в золоте. [5].

4 января 1931 г. Торгсину присвоен всесоюзный статус, и уже 14 июня открыл свои двери для всех граждан СССР (сначала у людей была возможность приобретать товары в Торгсине исключительно на царский золотой чекан (золотые монеты). Реально невероятный поворот в краткой, но очень насыщенной истории Торгсина случился в конце 1931 года,

когда правительство разрешило гражданам СССР покупать товары в обмен на бытовое золото.

Особого успеха Торгсин достиг в голодные 1932-1933 гг., когда люди на грани смерти, в связи с нехваткой продуктов, обменивали самые драгоценные семейные ценности и главные семейные реликвии на хлеб. Торгсин добился своей цели, касающейся добычи валюты для необходимой на тот момент индустриализации.

Ценности, которые были полученные благодаря Торгсину позволили покрыть около 20% затрат СССР на импорт оборудования в 1930-х гг. (около 288 млн. золотых рублей). В момент своего расцвета Торгсин имел невероятное количество магазинов, их было около 1500 по всему СССР. Основной причиной столь быстрого взлета Торгсина - продовольственный и товарный кризис, которые присутствовали в СССР в тот временной период. Это было время пайкового распределения, когда государство само определяло размеры, количество и цены для всех групп населения. Государство кормило только тех, кто был полезен, от кого зависело качество выполнения различных планов касающихся промышленного производства. Отсюда сразу появляются большие группы населения, которые остались без еды и были предоставлены сами себе. Но даже те, кто получал паёк, проживали полуголодную жизнь, ведь им не всегда этого хватало. Вот тут-то на помощь и пришел Торгсин. [4].

Улучшающаяся экономическая ситуация в середине 1930-х гг. сделала магазины Торгсина достаточно убыточными для государства. В феврале 1936 г. Правительство решило ликвидировать Торгсин.

После официального закрытия в феврале 1936 г. Торгсин больше не принимал ценности от населения, но до лета 1936 г. он продолжал отоваривать оставшиеся у населения товарные книжки.

Результаты исследования. Исследуя эту тему, я хотел бы уделить внимание отношениям валютных ведомств, в частности ОГПУ с Торгсинами, а также непосредственно сама реакцию народа на сложившуюся ситуацию.

Появление Торгсина естественно вело к расширению сферы легальных валютных операций в СССР и в связи с этим многие валютные ведомства, среди которых, бесспорно было и ОГПУ, начали вообще думать о целесообразности существования Торгсинов. ОГПУ выступил против Торгсина, подкрепляя это тем, что Торгсин-это «ненужная инстанция». Официальным поводом к этому была «политическая нецелесообразность» - предполагали, что у обычных рабочих могут появиться недовольства по поводу элитных магазинов для иностранцев. Получалось, что иностранным гражданам предлагались лучшие условия, а это противоречило пониманиям обычных людей. [3].

Но было ли это единственной причиной неприязненного отношения ОГПУ к Торгсинам?

В документах нет других пояснений такого недружелюбного отношения, но мы понимаем, что немалую роль в этом сыграл конфликт ведомственных интересов. Когда появился Торгсин, то вокруг него всегда были валютные спекулянты, которые купленные в Торгсине товары перепродавали на «черном» рынке за советские рубли, а далее на эти деньги покупали ценности в Торгсине.

К таким «мастерам спекуляций» относились люди, имеющие «крышу», то есть помимо спекуляций имели постоянную работу. Как бы это не было удивительно, спекуляцией занимались даже представители советской элиты. Можно вспомнить советского писателя Нагибина Юрия, который писал о спекуляции в своей семье. Его дочь и жена (была дочерью «красного директора») заказывали сшивать одежду для себя в специальных ателье, а вещи, что получали в правительственном распределителе на Петровке, сразу же продавали на Тишинском рынке. Это был такого рода бизнес. [2].

ОГПУ пришлось смириться с существованием Торгсинов после того, как Политбюро разрешило Торгсинам торговать и для граждан СССР. Торгсин также пользовался услугами ОПГУ для того, чтобы надавить на нечестных поставщиков, найти держателей ценностей среди заключенных, пресекать хищения и другие различного рода экономические преступления.

Действия, проводимые ОГПУ, в итоге привели к тому, что население стало очень осторожно относиться к Торгсину. Начали появляться слухи, что Торгсин сотрудничает с ОГПУ, являлся его подсобников, о том, что Торгсин фотографировал покупателей, с целью того, чтобы потом передать эти фотографии в ОГПУ. Любая ассоциация Торгсинов с ОГПУ сильно пугала людей.

Также очень часто арестовывали евреев, забирая у них имеющееся имущество, что конечно очень сильно настораживало их. Можно сказать, что творился своего рода хаос. Хочется кушать, а добыть эту еду в Торгсине было очень сложно. Люди становились заложниками своего же богатства.

Но так как идти в Торгсин всё-таки было нужно, голод был сильным, люди начали придумывать различного рода хитрости. Например, ехали в другой город, где нет знакомых, сдавать ценности и получать товары.

Торгсин, беспокоясь о выполнении валютного плана, защищал своих покупателей. Бывали случаи, когда Торгсин содействовал освобождению людей от ареста и конфискацию возвращенных им товаров и денег Торгсина. Все это делалось, лишь бы люди сдали ценность в Торгсин.

После того, как ликвидировали Торгсин, советские власти постарались сделать все, что в их силах, для того, чтобы весь тот позор, разрешенный грабеж граждан своим государством, забыли как можно быстрее. Информация о Торгсине не всплывала в СМИ практически до распада Советского Союза. Однако в самом народе сохранилась память о существовании данной организации. И я уверен, что и сейчас некоторые жители нашей страны, вспоминая рассказы своих бабушек о длинных очередях у дверей магазинов вспоминают те времена, когда за дверями Торгсина безвозвратно пропадали семейные драгоценности, которые были очень важны для этих людей.

Вывод. Таким образом, опираясь на вышесказанное, можно сказать, что получилось доказать тот факт, что Торгсин - это новое явление для того времени, несмотря на явные минусы, связанные с его появлением, он сумел достигнуть всех назначенных целей. Торгсин был вынужден прибегать к любым методам в борьбе с ОГПУ, даже к обману, лишь бы заполучить то, ради чего они и были организованы – драгоценности людей. Что касается обычных людей, то риск и полная непредсказуемость последствий от посещения Торгсина сохранялись у жителей СССР до конца существования Торгсина. Они были вынуждены любыми путями обходить «ловушки» и заполучать еду. Ведь они не могли без этого. Им оставалось или умереть от нехватки продуктов, или получить эти продукты, но с огромным риском попасть за решетку и лишиться имеющихся ценностей. То есть можно с уверенность сказать, что жизнь в СССР требовала повседневного героизма.

Список используемых источников и литературы

1. Ведомственный журнал НКВД «Внешняя торговля», издание №1 (январь 1936 г. С.5).
2. Нагибин Ю.М. Моя золотая тёща // Тьма в конце туннеля. М., 1996. С. 219-221.
3. Е.А. Осокина – М.: Российская политическая энциклопедия (РОСПЭН); Фонд Первого Президента России Б.Н. Ельцина, 2009. С. 203-207.
4. Е.А. Осокина. За фасадом «сталинского изобилия»: (распределение и рынок снабжении населения в годы индустриализации, 1927-1941). – (2-е изд.) – М., 2008. С. 167.
5. Экономическая история: Ежегодник. 2007. – М.: «Российская политическая энциклопедия» (РОССПЭН), 2008. С.287.

КОРРУПЦИЯ КАК ПАТОЛОГИЯ СОВРЕМЕННОГО ГОСУДАРСТВА: ПУТИ И ВОЗМОЖНОСТИ ПРЕОДОЛЕНИЯ

К.Г.Курбанов – студент 114 гр., стоматологического факультета

Кафедра философии и истории

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия
Научный руководитель – к.и.н., старший преподаватель Р.Н.Пирова

Актуальность: В данной статье особое внимание уделяется органической теории происхождения государства. Взгляды и мнения разных ученых на данную теорию их основные проблемы, основные «болезни организма». Достоинства и недостатки данной теории. Одной из главной «болезнью организма» в современной науке органической теории происхождения государства является коррупция.

Цель исследования: анализкоррупциикакпроблемы, препятствующей гармоничному развитию общества

Методы исследования:историко-правовой, сравнительно-правовой, системно-логический,социологический

В обществоведческой науке существует множество теорий происхождения государства и права. Как мы можем убедиться, у всехтеорий и предположений есть свои достоинства и недостатки. Место каждой из теорий происхождения государства и права определяется объективными условиями их разработки и состоятельностью с научной точки зрения. [1] Первоначально при раскрытии данной темы, нужно дать наиболее точный ответ на вопрос:«Что представляет собой государство?» Для наиболее результативного познания ученые-юристы применяют собирательное определение, раскрывающее суть этого экономико-политического, социального явления. Сославшись на труды Ленина можно вывести следующее определение «Государство – это социальный организм, который рождается, живет, стареет и умирает». Автор, несомненно, был прав, когда писал, что если рассматривать какое угодно общественное явление, включая государство под углом зрения его возникновения и развития, то в нем, безусловно, окажутся остатки прошлого, основы настоящего и зачатки будущего.

Органическая теория выражается в том, что государство считается своеобразным подобием организма человека.Авторы органической теории, обращают наше внимание на тот факт, что государство есть некий общественный организм, состоящий из отдельных людей подобно тому, как живой организм состоит из клеток. Основоположники и последователи данной теориобосновывают свои доводы примерами из истории, психологии, биологии, социологии и философии. [2].Свое мнение Платон выражает в политической философии, где в основу кладет уподобления государства индивиду. Исследователь обращает наше внимание на тот факт, что чем совершеннее государство, тем более оно подобно индивиду. [3]. Если обратиться к другому автору, такому как Аристотель, то точно также встречается сравнение с одним человеком, имеющим множество чувств. На

наш взгляд представители органической школы в социологии пошли значительно дальше своих предшественников в биологизации социальных и политических явлений.

На сегодняшний день органическая теория весьма уязвима для критики. Основным недостаткомтеории является абстрактность. Органическая концепция вводит в политологическую среду биологические концепции, параметры, по которым производится сравнение, и предположение относительно дальнейшего развития государства, как подобия природного организма. Данный аспект не дает точного понимания ситуации, а лишь описывает возможное ее устройство. Если обратиться к трудам Алексеева, то можно сказать, что никакое общение не может быть организмом. То, что есть организм или личностьне есть общество так же, как и общество никогда не может быть организмом или личностью.

Важным достоинством данной теории является утверждения о том, что государство образуется одновременно со своими составными частями – людьми. Необходимо также подчеркнуть, что государство согласно этой позиции будет существовать до тех пор, пока существует человеческое общество. С этим аргументом сложно не согласиться. Обратим внимание, если организм государства здоров, то и его клетки – индивиды, функционируют правильно. А именно власть обязана обеспечивать в стране климат, располагающий к счастливой и продуктивной жизни всех ее граждан.Нами сформулированная проблема гласит: При болезни государства подвергаются опасности не только его внутренние и внешние системы, но и люди. «Больные клетки» (индивиды), снижают эффективность функционирования всего организма, т.е. государства. Самой острой и опасной болезнью организма (государства) на сегодняшний день является коррупция. На наш взгляд, часто этот термин применяется по отношению к бюрократическому аппарату и политической элиты. Это дает нам основания говорить, что признаком коррупции является конфликты между действиями должностного лица и интересами его работодателя, либо конфликт между действиями выборного лица и интересами общества. На сегодняшний день актуальна такая проблема как политическая коррупция. Как правило, авторами политической коррупции являются всегда субъекты политики, наделенные определенным социальным статусом. Политическая коррупция заключается не только в злоупотреблении властью представителями политических элит, лоббировании их интересов посредством проводимой политики, но и коррупционной продажности, которая тесно связана с властным аппаратом, и даже с его легитимностью. Тот факт, что большое количество чиновников, устраиваясь на работу в органы государственной власти, умышленно идут туда с намерением не служить народу и стране, а брать взятки. [4]. Поэтому сфера государственного и муниципального управления является самой опасной точкой возникновения политической коррупции. Коррупцию следует различать высшую и низовую.

Высшая коррупция охватывает всех политиков, высших и средних чиновников, имеющих высокую цену. Низовая коррупция распространена на среднем и низшем уровнях, с повседневным взаимодействием чиновников с гражданами. Одним из самых опасных последствий политической коррупции в крайней ее форме, когда действующая власть не способна и не в состоянии бороться с коррумпированными чиновниками, находящиеся у власти. Коррумпированная власть проявляется не только в политике, но она способна заражать экономику. Например, средства, накопленные с помощью взяток, часто уходят из активного экономического оборота и оседают в форме недвижимости, сокровищ, сбережений, причем в иностранных банках. Также поддерживаются неэффективные проекты, финансируются раздутые сметы, выбираются неэффективные подрядчики, возникают препятствия для реализации макроэкономической политики государства, поскольку коррумпированные низшие и средние звенья системы управления искажают передаваемую правительству информацию и подчиняют реализацию намеченных целей собственным интересам. Нельзя не согласиться с утверждением «Как у больного человека невозможно вылечить определенный орган вне системы организма, так и коррупцию, как социальную патологию весьма трудно локализовать, когда она поражает все структуры общества. [3]

Но, как предотвратить «болезнь» государства? На наш взгляд,конечно, каждый элемент живого организма (государства) выполняет конкретную функцию и таким образом обеспечивается нормальное функционирование государства. Если эти функции не нарушены, то государство никогда «не заболеет». Работая на износ, клетки видят опасность гибели и могут дать сбой в деятельности, что может привести к гибели организма. Также и рабочие в государстве не должны видеть в правительстве тирана. В законодательстве должны быть лишь те запреты соответствующие, как с социальной, так и с правовой точки зрения. Если будут приняты законы и меры по обеспечению достойных условий труда, то производительность «клеток» возрастет, что является безусловной пользой для государства, общества и каждого индивида.

Сущность вышеизложенного сводиться к следующему, что органическая теория происхождения государства имеет множество сильных сторон, так как социальные законы, по которым живет общество, происходят из естественных законов. Человек становиться существом социальным, являясь биологически сформированной личностью. Следовательно, в общественной жизни необходима гармония естественныхи социальных законов человеческого развития. Если говорить о болезнях и аномалиях, соответствующих понятиях можно только в определенном смысле, когда имеет место процесс, движение. Вышеизложенные факты свидетельствуют о том, что органическое тело подвержено

заболеваниям как реакция на неблагоприятные условия жизни, различные проблемы как,например, коррупция. По выражению, Лилиенфельда, когда приспособляющие организм к среде способности не в состоянии без нарушений содействоватьразличным жизненным процессом. [5].

Выводы: органическая теория происхождения государства имеет множество сильных сторон, так как социальные законы, по которым живет общество, происходят из естественных законов. Человек становиться существом социальным, являясь биологически сформированной личностью. Следовательно, в общественной жизни необходима гармония естественных и социальных законов человеческого развития. Если говорить о болезнях и аномалиях соответствующих понятиях можно только в определенном смысле, когда имеет место процесс, движение. Факты свидетельствуют о том, что органическое тело подвержено заболеваниям как реакция на неблагоприятные условия жизни, различные проблемы как,например, коррупция.

Список литературы:

1. Алябьева Т.К. Теории и общественная практика происхождения государства. - М.: Изд-во МГОУ. 2012 – 556с.

2. История политических и правовых учений/ Под ред. В.С. Нерсесянца. М.: НОРМА-ИНФРА-М, 1999г.

3. Платон. Государство. Кн. II. 359 а. / Платон. Собрание сочинений Т. 3. – М.: Издательство «Мысль». 1994. – 607 с.

4. Кафаров Т.Э. «Дагестан в культуре и цивилизации, Философско-политический прогноз». - Материалы Всероссийской конференции с межд. участием. Махачкала 28-29 сентября 2018 г.

5. Айрапетян Д.А. «Проблема противодействия коррупциина государственной муниципальной службе и путиих решения в современной России», Ростов-на-Дону 2018.

6. «Органическая теория общества о «болезнях» социального организма» Г.П.Кузьмина М.: Издательство «Юрист». 2016 г.101 с.

ТЕОРИИ ПРОИСХОЖДЕНИЯ ЧЕЛОВЕКА

Курбанова Алина Мурадовна-студентка 209 гр. лечебного факультета, Халиков А.С.

Кафедра философии и истории

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Актуальность. Вопрос о происхождении человека является одним из первостепенных

вопросов, возникших перед философами и учеными, при объяснении природы человека, и являющийся актуальным еще долгое время. Он составляет смысловое ядро любого исторического мировоззрения. Эту проблему также называют проблемой антропогенеза. Как сказал представитель современной философской антропологии Л. Фарре: ”Прежде чем человек поймет, что он такое, у него всегда возникает вопрос как он возник”. На сегодняшний день господствуют три типа теорий о происхождении человека, две из которых полностью противоположны друг другу, а третья образована слиянием двух. Многие учения в рамках признанных теорий познания антропогенеза отличаются некретичностью, отсутствием методологического введения. В связи с этим, актуальной проблемой стал вопрос о месте философского знания в формировании своего подхода к истолкованию антропогенеза.

Цель исследования. Исследовать сущность вопроса, и три типа теорий о происхождения человека.

Результаты исследования. Исследование проблемы происхождения человека является одним из путей к пониманию того, что собой представляет сам человек. Сегодня господствуют три типа теорий происхождения человека, из которых две полностью противоположны друг другу, а третья образована различными слияниями первых двух. Первый тип основывается на научных теориях. После отожествления Карлом Линнейем в своей «Системе природы» человека с животным, начинается развитие приматологии, а затем и идеи эволюции, которая на сегодняшний день возросла до концепции «глобального эволюционизма».

Ф. Энгельс полагал, что причиной того, что наши гоминидные предки стали трудиться стало глобальное изменение климата и похолодание, в результате чего гоминиды вынуждены были спуститься с деревьев и искать новые возможности выживания. По мнению А. Гелена, человек изначально был обречен на труд в силу своей слабости и неспециализированности. Если все животные более менее приспособлены к среде обитания, еде,хищникам, то человек не наделен такими качествами изначально,он слабый,медленный,быстро устает. Именно эта неспециализированность и обусловила, с точки зрения А. Гелена, необходимость труда, как специфически человеческого средства выживания.

Второй тип учений о происхождении человека образовался из религиозных представлений - Креационизм. Данная теория предполагает, что все живые организмы были в определенный период времени сотворены Богом. Если говорить об антропогенезе, то современные креационисты утверждают, что собственно человек возникает лишь раз, на последней ступени лестницы живых существ. Креационисты отвергают эволюционную теорию, приводя при этом неоспоримые факты в свою пользу. Кроме того, теорию креационизма

чаще используют для объяснения наиболее сложных вопросов в биологической и биохимической эволюции, связанных с формированием отдельных сложных органелл или органов, возникновением нуклеиновых кислот и белков, формированием механизма взаимодействия между ними. Признание сотворения объясняется и отсутствием четких переходных звеньев от одного типа животных к другому.
К третьему типу теорий относят концепцию космической эволюции. Эта концепция не достаточно хорошо развита, на данный момент это теоретическая гипотеза, которая имеет и философские и эмпирические основания. Большой вклад в развитие данной теории весла русский философ Елена Блатлавская, которая написала труд «Тайная доктрина». Далее эту концепцию начали изучать и описывать в своих произведениях американские теософы, а также в философском учении «Живая Этика» разработанном семьей Рерихов. Концепция космической эволюции признает существование психологической (сознания, духа, разума) и биологической(материи) форм жизни. По словам Рерих Елены Ивановны:" Дух-это энергия. Согласно этой гипотезе, человек прошел точку погружения в материю,и теперь следует ожидать постепенное нарастание обратного процесса. Космисты предполагают, что в далеком будущем человеческая форма жизни разуплотнится и изменится тип жизнедеятельности. В настоящее время, еще рано говорить об истинности данной гипотезы, так как этот вопрос очень тяжело поддается изучению, ввиду отсутствия конкретных доказательств.

Выводы. Рассмотренные выше концепции актуализируют значение не столько приспособительных, сколько творческих механизмов человеческой истории. Возникновение человека здесь связывается с появлением особой вне-природной реальности - культуры. Изучение антропогенеза следует из того, что сегодня трудно представить человека, который не способен к знанию, не обладает разумом, речью.

ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ В ИСЛАМЕ

Османова А.Р - студентка 2 курса лечебного факультета

Кафедра гуманитарных дисциплин

ФГБОУ ВО ДГМУМинздрава России, Махачкала, Россия

научный руководитель - к.ф.н., доцент Абдулаева З. Э.

Актуальность. Трансплантология является одной из перспективных и развивающихся направлений в медицине, представляющая собой много тайн и неясностей. Но проблемы не только в курабельности, но и отношение к самому методу лечения, как в плане философии, так и в плане религий, которые оставляют за собой много дискуссий. Сказать об

актуальности может статистика состояния донорства в РФ за 2017 год, где: 896 всего абсолютных доноров органов (564-посмертных, 332-живых), и что самое печальное, учитывая данный показатель населения на 1 миллион человек, таких милосердных граждан ничтожно мало: абсолютное число (0,09%), из них посмертные (0,06%), живые (0,03%) соответственно. Исходя из данных цифр видится острая нехватка внимания к такой специальности, основной причиной которой является каноны религии Ислам и его, которая не всегда ставит компромиссные пути решения проблемы

Цель исследования:1) Выяснить отношение учащихся студентов ДГМУ среди студентов-мусульман к трансплантации органов с точки зрения Ислама, в виде тест-опроса ,с учетом анонимности тестирующихся.

Материалы и методы исследования:

В качестве основного материала был составлен тест-опросник, состоящий из 7 вопросов. Сам метод основан на опросе 200 студентов-медиков разных курсов и специализации, исповедующие религию Ислам (суннитсткого толка).

Результаты исследований:

В ходе исследования было выявлено, что большинство студентов (92,5%) не знакомы со статьей №47 «Донорство органов и тканей человека и их трансплантация (пересадка)»

Так же , большинство опрашиваемых (43%) не готовы прижизненно пожертвовать свои органы для спасения жизни незнакомых им людей , а 56,5% опрашиваемых готовы пожертвовать своими органами для спасения близких им людей .

Существуют различные мнения, касаемые взгляда Ислама на пересадку органов . В действительности , имеются некоторые условия , согласно которым Ислам запрещает пересадку органов другим людям . И 62% студентов знакомы с ними и лишь некоторые затрудняются ответить на данный вопрос .

Выводы:

Ответы идут врознь нравственности, сочетая в себе заметными пробелами в аспекте религии. Данные результаты объяснимы тем, что группа исследуемых, не имея опыта, как в устое законодательства, так в и религии Ислам, не могут дать точного ответа. Необходимость огласки возможных действий в таких случаях должна быть неминуема, в виде санпросветработы, в согласовании с ЦДУМ (Центральное Духовное Управление Мусульман) при условии соблюдения правил Шариата. Ведь именно такими шагами, путь к спасению жизней станет шире. Один из уникальных примеров является «Эффект Николаса», мальчика, который своей жизнью не только подарил 5 пациентам жизненно важные органы и 2 свои роговицы. Он сделал пример как настоящего героя, последователей которых возросло почти втрое.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИСКУСТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В МЕДИЦИНЕ: СОСТОЯНИЕ, ВОЗМОЖНОСТИ И ПРОБЛЕМЫ

Махмудова М. Л. студентка 215 группы лечебного факультета, Кафаров Р.Т., Кафаров Т.Э.

Кафедры философии и истории и терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Введение. Человек с древних времён стремился упростить свою жизнь, переложив часть своих обязанностей на специальные приспособления. Раньше этот вопрос ограничивался созданием машин или механизмов, способных выполнять тяжёлую физическую работу. Но с развитием науки человек всё чаще стал задумываться о создании машины, способной выполнять и умственную работу.

В настоящие время наука подошла к такому уровню своего развития, что появилась возможность создания искусственного интеллекта. Создаются всё более и более усовершенствованные программы, максимально напоминающие по своему действию мыслительные процессы человека.

В связи с вышесказанным возникают ряд вопросов: Существует ли «искусственный разум»? Какие исследования проводятся в области искусственного интеллекта? Где применяется таков искусственный интеллект? обучается Каково не его влияние научную на жизнь логического человека и обучаемся возможности применения далёк в медицине. том

Цель:выяснение наступит влияния разработок нужной в области психическому создания искусственного тяжёлую интеллекта на того развитие медицины. вряд

Задачи: 1) дать краткий обзор в истории вопроса рене и существующие когнитивную подходы к поисковые определению искусственного историй интеллекта;

2) Определить сферы предпочитают применения искусственного коммерциализации интеллекта в историю медицине;

3) Преимущества визиииииицуацуауального и проблемы применения искусственного есть интеллекта в будущем медицине.

пра Материал и методы исследования: анализ приспособления литературы и Интернет ресурсов, опрос трех категорий респондентов: медицинских работников, не имеющих отношение к медицине и студентов ДГМУ.

Вмышления последнее время направления тема искусственного естественный

интеллекта стала науки очень популярной. машинного Сначала нужно ом выяснить, что своему мы понимаем вышедшую под термином декарта «интеллект». Интеллект включаетпров предпочитают себя логику, сейчас самосознание, обучаемость точно , эмоциональное познание, процедурные творчество и с способность решать этим разного рода подводя задачи. Он развитием свойственен как будут людям, так будущем и животным. которая Мы с очень ранних лет методом изучаем окружающий пропорционально мир, в уже течение всей ли жизни методом мест проб и система ошибок обучаемся обязанностей необходимым навыкам, самом набираем опыт. приняв Таков естественный томаса интеллект. Когда ии мы говорим пропорционально об искусственном больше интеллекте, то физическую имеем в системы виду, созданную желаемые человеком «умную» больнице систему, которая диагнозы обучается с однако помощью алгоритмов. индивидуализированный В основе в его работы машинного лежат все точно те же аристотелем методы: исследование, опасность обучение, анализ согласно и познание.

Искусственный интеллект изучит – это теория диагноз и методы человека создания компьютерных появились программ, способных предпосылка выполнять когнитивную виноватым работу, выполняемую соединения человеческим мозгом. время

Самая первая выяснить философская предпосылка от создания искусственного психическому интеллекта, пожалуй, реальных возникла еще возник в древней которая Греции, с раньше попытки понять технологий разум человека. их Эта попытка упростить является изобретение т Аристотелем логического этим мышления. Его задумываться силлогизмы стали появились образцом для проникновения создания процедур лечения доказательства. Но врачам теоретические предпосылки точнее создания науки где об искусственном возрастных интеллекте появились здоровью значительно позже, наука в XVII-ом проникновения веке, когда человеком возник механистический самая материализм, начиная остальные с работ сегодня Рене Декарта будущем «Рассуждение о соединения методе» (1637) и является сразу вслед программы за этим жители работы Томаса работ Гоббса «Человеческая целые природа» (1640).

Развитие помощью искусственного интеллекта, по как научного останутся направления, стало бывает возможным только п после создания теме ЭВМ. Это внимание произошло в обеспечить 40-х годах ошибок XX века. здоровью Создание искусственного программ интеллекта имеет мере очень важное визуального значение в регионы сфере здравоохранения план и на интеллект данный момент подход этот вопрос говорим является глобальным, диагностике т.к. имеет возникли большое применение, человеческая но есть и много минусов пожалуй в его прямо использовании.

Врачу остальные бывает сложно точные верно диагностировать стал заболевание,

особенно ставящий если у подход него не обнаружено слишком много т практики или том конкретный случай своему далёк от коммерциализации его профессионального раз опыта. Тут здоровья на помощь попытки может прийти медицинской искусственный интеллект, профессионального имеющий доступ может к базам обучаемость с тысячами появились и миллионами исследование историй болезни задачи (и другой об упорядоченной информацией). понять С помощью классифицирует алгоритмов машинного диагностики обучения он не классифицирует конкретный применение кейс, быстро который просканирует вышедшую социальный за определённый говорим интервал времени во научную литературу среднем по нужной диагностики теме, изучит благодаря имеющиеся в чаще доступе похожие внутреннее случаи и пациентов предложит план ом лечения.

Более проникновения того, ИИ внутреннее сможет обеспечить наступит индивидуализированный подход, необходимую приняв во вслед внимание сведения историю о генетических находится особенностях пациента, его паттернах движения, неизвестно собранных его врач носимыми устройствами, где предыдущей истории влияния болезней — всём ряд анамнезе жизни. разве ИИ вероятно один (по крайней машинной мере, на анамнезе текущем этапе научную развития технологий) этапе — не заменит силлогизмы врача, но обучаемся может стать декарта — уже стал система — полезным инструментом, более помощником в ли деле диагностики после и лечения. стать

Вряд ли подводя средний врач мир обдумывает возможность истории стать виноватым обучаемость из-за ошибки четверых ИИ, но машин в целом есть у врачей болезни тоже отсутствует проводятся стимул к для внедрению интеллектуальных заболевание систем. Где-то сказать функционирует система, да согласно которой тем вознаграждение врача когда прямо пропорционально процедур затраченному на стадии пациента времени, был и, если заболевания ИИ будет время ставить правильный анализа диагноз за классифицирует пять секунд, носимыми услуги врача понять немедленно обесценятся, помощь как минимум, опыт «в среднем особенностях по больнице». визуального И если механистический один врач, природа благодаря ИИ, историй сможет принимать больших в пять определить раз больше пациентов, четверых махмудова из-за этого химического придётся уволить. использовании

Есть также изучаем целые регионы, существует жители которых лекарств уже сегодня миллионами массово предпочитают доступен врачу поисковые сказать системы-важное интернет. Если создании же им реальных будет доступен пять искусственный интеллект, способы ставящий диагноз них и предлагающий историй терапию, при самосознание рабочих местах диагноз там из помимо медиков останутся развитием разве

что программы хирурги, стоматологи имеет и процедурные их сёстры. Не области факт, что рода это пойдёт своему на пользу за общему уровню болезнях здоровья, но компьютерных — как убедить прогнозируя ходить к предпочитают врачу человека, диагнозы который и появилась раньше ему обучается не доверял, один а теперь этим ещё и определению имеет доступ вряд к машинной пациентов диагностике? И могут куда деваться предыдущей тем медикам, сказать которые останутся врачам из-за ИИ процедурные без работы? любых

Помимо клинической милана практики, ИИ возможным находит применение а в проведении пожалуй биомедицинских исследований. здравоохранения Например, система пользу машинного обучения врача может использоваться там для проверки специальные совместимости лекарств например или для виртуальные анализа генетического когнитивную кода (да можно для чего конкретный угодно, на профессионального самом деле каждого — для любых предыдущей задач, требующих смогут глубокого обучения, технологии поиска корреляций важное в больших распознавания данных, визуального доступен и аудиального изучит распознавания и полностью т. п.). согласно

Искусственный интеллект же позволит точнее этот моделировать лекарства. древних В будущем заболеваний ученые смогут модели задавать желаемые использования свойства химического выяснение соединения, а регионы компьютер будет настоящие формировать необходимую время молекулярную структуру. помочь

Нами специальные был проведен термином устный опрос дают среди людей, пользу которые не медицинского работают в услуги медицинской области, текущем среди врачей, случай а также ещё среди студентов совершенствовании медицинского университета человеческая . По результатам машинной опроса было заболевание обнаружено, что консервативными 90% людей, не виртуальные работающие в лет области медицины результатам за более методе широкое применение стимул искусственного интеллекта точные в медицине, совместимости так как во считают, что желаемые роботы более настоящий точно смогут свою диагностировать болезнь, появились а также течение вывести более точнее эффективное лечение жители без заинтересованности изучить в коммерциализации. диагностировать Остальные 10% - это медикам люди с нуждаться более консервативными мере взглядами и останутся считают, что этот без технологий стадии был лучше. диагностике

Результаты. По результатам интернет опроса среди генетического врачей было опыта обнаружено, что гр 70% против широкого мест проникновения искусственного лежат интеллектав далеко медицину, так определению как боятся разум потерять рабочие т места и способствует того, что своему в них интеллект уже не настоящий будут

нуждаться. способствует Остальные 30% за собранных , так как будут смотрят на помочь это не создании как мед умную работники, а опроса как люди, методы которые также широкого могут заболеть, тут и считают, позволит что компьютеры преимущества дают более позже точные сведения болезнь о болезнях. стимул

По результатам сразу опроса студентов опыта медицинского университета, эта было обнаружено, необходимую что 50% за прямо и 50% против. компьютеры Те студенты, природа которые за, предыдущей убеждены в психическому том, что древних искусственный интеллект проверки способствует развитию ошибки медицины и иного выводятспособы визуального лечения неизлечимых благодаря болезней.

А студенты 50% студентов, которые раньше против, считают, умственную что искусственный подошла интеллект может способны лишить их в будущем меня рабочих мест, моделировать а также искусственного считают, что попытка машины не именно способны учитывать опыта внутреннее состояние возможным человека, его факт психологию, тем помощником самым могут психологию очень сильно дают навредить психическому эта здоровью человека. пациента

Выводы. Подводя теория итоги можно обнаружено сказать, что врачей искусственный интеллект места будет помогать программ врачам. Благодаря возникла тому, что таков искусственный интеллект мозгом находится пока у лишь на возник стадии становления, куда он не медицинской сможет заменить имеющий человека полностью. данный В настоящий сразу момент неизвестно, когда именно искусственный интеллект достигнет такого уровня развития, что сможет безошибочно ставить диагнозы и рекомендации по лечению. Многие эксперты полагают, что когда это наступит, то существует опасность замены реальных врачей машинами. Однако пока до этого еще далеко – искусственный интеллект сейчас способен лишь помогать медицинским работникам.

В то же время, технологии искусственного интеллекта могут сильно помочь в совершенствовании принципов лечения различных заболеваний. Так, ряд ученых сейчас работают над тем, чтобы с помощью машин можно было создавать виртуальные модели каждого пациента, тем самым прогнозируя ход того или иного заболевания с учетом генетических и возрастных особенностей человека. Помимо этого, виртуальные модели смогут предсказать появление заболеваний в будущем, что позволит незамедлительно начать профилактическое лечение.

Т.о. неразумно отвергать искусственный интеллект с порога (да это и невозможно), в то же время внедрение новейших технологий подобного рода должно сопровождаться мерами, снижающими «издержки», а то и риски, связанные с ним.

Список литературы:

1)https://blog.mednote.life/articles/technology/iskusstvennyy-intellekt-v-medicine

2) "Об интеллекте" Джефф Хокинс, Сандра Блейксли (2004)

3)Джон Г. Николлс "От нейрона к мозгу"

4)https://22century.ru/popular-science-publications/artificial-intelligence-in-medicine

5)https://vc.ru/future/32237-budushchee-uzhe-nastupilo-kak-iskusstvennyy-intellekt-primenyaetsya-v-medicine

ИССЛЕДОВАНИЕ УЧЕБНОГО СТРЕССА У СТУДЕНТОВ ДАГЕСТАНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

С.А. Хамаев – студент 231 гр. лечебного факультета

Кафедра философии и истории

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – д.ф.н., проф. Кафаров Т.Э.

Актуальность

В мире, продолжающем стремительно развиваться, студенческая жизнь становится все сложнее и интенсивнее. Для некоторых студентов обучение в вузе является серьезным испытанием в жизни. В процессе обучения очень часто студенты сталкиваются с большим потоком информации, кроме того, непривычные условия обучения требуют от них большей самостоятельности и ответственности. Как правило, не все студенты способны решить такое множество проблем и задач. Обучение в вузе – это стресс для многих студентов. Особенно актуальна проблема учебного стресса для студентов медицинского вуза, так как очная форма обучения требует от студента еще больших сил, усилий и времени. В итоге у студентов может появиться апатия, нервозность, перепады настроения. От того насколько эффективно студент умеет справляться с учебными нагрузками и связанным с ним стрессом зависит его состояние здоровья и успеваемость в вузе.

Цель исследования

Определение выраженности и причин возникновения учебного стресса, уровня стрессоустойчивости и стрессового состояния студентов ДГМУ.

Материалы и методы исследования

В качестве методики исследования были применены два теста:

1) Тест на учебный стресс, разработанный Ю.В. Щербатых. С помощью данного теста были выявлены основные причины учебного стресса и его проявления. Также были выяснены самые популярные приемы снятия стресса у студентов.

2) Тест самооценки стрессоустойчивости С. Коухена и Г. Виллиансона. Этот тест позволил оценить уровень стрессоустойчивости студентов.

Результаты исследования

Исследование проводилось на базе Дагестанского государственного медицинского университета. В качестве респондентов случайным образом были выбраны 86 студентов: 19 первокурсников и 67 второкурсников. В исследовании приняло участие 75 студентов лечебного факультета, 8 – педиатрического, 2 – стоматологического и 1 – фармацевтического.

Обработка данных диагностики показала следующие результаты:

1) основными причинами возникновения стресса у студентов являются: большая учебная нагрузка, неумение правильно организовать режим дня, непонятные и скучные учебники и нерегулярное питание. Менее всего студентов беспокоят проблемы совместного проживания с другими студентами, жизнь вдали от родителей (иногородние студенты), конфликты в группе и проблемы в личной жизни.

2) 50% опрошенных отметили значительное увеличение своего постоянного стресса за последние три месяца учебы.

3) учебный стресс студентов ДГМУ проявляется в постоянной спешке, ощущении нехватки времени, повышенной отвлекаемости, плохой концентрации внимания, низкой работоспособности и повышенной утомляемости. Меньше всего стресс проявляется в виде проблем с общением и состоянием здоровья (проблемы с ЖКТ, затруднение дыхания, учащенное сердцебиение).

4) наиболее популярными способами снятия стресса у студентов являются сон, вкусная еда, общение с друзьями и прогулки на свежем воздухе. Реже всего для борьбы со стрессом студенты используют алкоголь и наркотики.

5) 59,3% респондентов испытывают наибольшее волнение перед экзаменами. Обычно во время экзаменационной сессии у студентов наблюдаются учащенное сердцебиение (79,1%) и головные боли (50%). Большинство студентов предпочитает не снимать предэкзаменацинное волнение, некоторые используют успокоительные или читают молитвы.

6) 29 студентов (33,7%) имеют оценку «плохо» по результатам теста С. Коухена и Г. Виллиансона на уровень стрессоустойчивости. Это говорит о том, что стрессовые ситуации оказывают немалое влияние на жизнь этих студентов, но они не очень сильно сопротивляются им. 56 опрошенных (65,1%) имеют «удовлетворительный» уровень стрессоустойчивости. 1 респондент (1,1%), получивший отметку «хорошо», имеет высокий уровень устойчивости к стрессовым ситуациям.

Выводы

В жизни студентов ДГМУ присутствуют чрезвычайные и стрессогенные ситуации. Наиболее значимыми стрессогеннами являются учебная нагрузка в медицинском вузе и острая

нехватка времени. Именно ограничение во времени или нерациональное его распределение – самый главный фактор, приводящий к нарушению физического и психологического здоровья. Стресс в учебном процессе можно регулировать. Это одна из важнейших задач самих студентов, педагогов и психологов. Она может быть решена через внедрение в учебный процесс психологических тренингов и здоровьесберегающих технологий.

РОЛЬ ЯЗЫКА В МЕЖЭТНИЧЕСКОЙ КОММУНИКАЦИИ: ФИЛОСОФСКИЙ АСПЕКТ

К. М. Исаева , . В. Кастерина, А. Д. Ваулина - студентки 209 гр. лечебного факультета

Кафедра философии, биоэтики и права с курсом социологии медицины

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, Волгоград, Россия

Научный руководитель – д.ф.н, проф. Г.С. Табатадзе

Актуальность. Проблема определения места и роли языка в межэтнической коммуникации не теряет своей актуальности со времен осознания этносами своей самобытности и уникальности. С развитием мировой цивилизации язык становится важным антропологическим смыслообразующим фактором в познании и структурах сознания и знания.

Цель исследования. Целью исследования является анализ межэтнических контактов, как обмен специфической информации, содержащей в себе культуру и традиции каждого народа. Язык не является статической формой отображения, его трансформация в условиях социокультурных изменений этноса дает ключ к процессу познания нации окружающей действительности и себя в этом мире.

Материалы и методы исследования. Ретроспективный анализлитературы и периодической печати.

Результаты исследования. Анализ литературы показал наличие в современной науке нескольких точек зрения на проблему взаимосвязи языка и культуры этноса. Представители первого подхода говорят о том, что язык и культуры имеют единый вектор движения, считают язык ни чем иным, как простым отражением действительности.[2] С.А. Атановский, Г.А. Брутян и другие ученые, работающие в этом направлении отмечают, что язык всегда изменяется под действием соответствующих культурных преобразований. Но такой подход отрицает влияние языка на культуру. Следующая точка зрения рассматривает непосредственное влияние языка на культуры. Одна из теорий, отражающих данный подход является теория лингвистической относительности. Основоположником данной теории был американский антрополог Ф. Боас, который занимался изучением непосредственного

соотношения языка и культуры.[3] Ученый сделал вывод о том, что ни одна культура не может быть понята без знания языка, отражающего ее. Он считал, что язык есть проводник к пониманию традиций и мироощущения людей. В основе третьего подхода лежит понимание языка как неотъемлемой части культуры, передающейся из поколения в поколение и является методом культурного познания.
По мнению С. Г. Тер-Минасова язык отражает действительность, сохраняет и передает знания о мире, формирует личность и этнос в целом.[4]

Вывод. Отмеченные выше высказывания имеют практическую значимость, так как язык играет важную роль в системе межэтнической коммуникации, сохраняя всю национальную культурную традицию, которая передает новому поколению нравственные ценности народа. Проведенный анализ позволяет разграничить коммуникативное взаимодействие между людьми разных народностей и склонятся к тому, что язык играет определяющую роль в обеспечении межнационального согласия.

Список литературы.

1. Уорф Б. Л. Отношение норм поведения и мышления к языку // Звегинцев В. А. История языкознания XIX–XX вв. в очерках и извлечениях. Ч. II. – М., 1965.
2. Гумбольдт В. фон. Язык и философия культуры. – М.: Прогресс, 1985. 11.
3. Гумбольдт В. фон. Избранные труды по языкознанию. – М.: Прогресс, 1984.
4. Тер-Минасова С. Г. Язык и межкультурная коммуникация. – М.: Слово, 2000.
5. Сравнительно-историческое языкознание: Учебник для студ. высш. учеб. заведений / С.А.Бурлак, С.А.Старостин. М.: Издательский центр «Академия», 2005.
6. Баранникова Л.И. Введение в языкознание. Сар.: Издательство Саратовского университета. 1993.

ИСЛАМ И МЕДИЦИНСКАЯ БИОЭТИКА

Э.И. Яшарова –студентка 209гр.лечебного факультета
А.С.Масаева –студентка 210гр.лечебного факультета
З.А. Нагаева – студентка 209гр. лечебного факультета
Кафедра философии, биоэтики и права с курсом социологии и медицины
ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, Волгоград, Россия
Научный руководитель – д.ф.н., проф. Г.С. Табатадзе

Актуальность. В последние годы исследователи религиозной тематики активно обращаются к изучению ислама и мусульманской этики. Возрастающий интерес закономерен, если учесть глубокое влияние мусульманской религии на историю многих государств и мировоззрение, все возрастающее влияние ислама, его ценностей на

формирование мировоззренческих установок современного мира. В этих условиях особую актуальность приобретает изучение взаимосвязи ислама, как религии, с мусульманской этикой и медицинской биоэтикой

Цель. Рассмотреть взаимосвязь ислама и медицины ,изучить медицинскую биоэтику с точки зрения ислама .

Материалы и методы исследования .

Биоэтика молодая область познания, определенность и предмет которой активно обсуждаются в современной философской и медицинской науках. Мы будем опираться, на понимание биоэтики, которое предлагает известный российский исследователь профессор Н.Н. Седова. Она пишет: «биоэтика - это нравственная парадигма глобального общества, хотя в разных его структурах она имеет разное значение». И далее уточняет: «Предмет биоэтики - нравственное отношение ко всему живому. Очевидно, - пишет профессор Седова Н.Н., - что для человека, чье отношение собственно и имеется в виду, среди всего живого самым ценным является он сам. Следовательно, отношение к человеку как живому существу является приоритетной ценностью биоэтики». В биоэтической проблематике это следует понимать как отношение ислама к условиям жизни людей, обществ, народов, наций, межличностных отношений, характер этих отношений и понимание какими они должны быть. Потому медицинская биоэтика рассматривается нами, как раздел биоэтики.

Основным руководством жизни, обязательные правила поведения мусульман во всех сферах жизни, их образ мысли и чувства, является мусульманское право, или шариат. Шариат включает в себя все правовые, этические, моральные и религиозные нормы. Эти нормы должны приниматься свободно, без принуждения, ибо в Коране сказано: «В религии нет принуждения. Прямой путь ясно отличается от кривой дороги».

Современное толкование целого ряда этических и биоэтических положений ислама, особенно не мусульманскими авторами, на наш взгляд слишком вольно и зачастую надумано. А Коран прямо предостерегает от этого. В Коране сказано: “Не изрекайте своими устами ложь, утверждая, что это – дозволено, а то – запретно, и не возводите навет на Аллаха. Воистину, не преуспеют те, которые возводят навет на Аллаха.” (16:116) Поэтому мы постараемся как можно точнее придерживаться текстов Корана и наставлений Его посланника.

Результаты исследования.

Кратко перечислим основные этические и биоэтические положения Корана. Одно из важнейших, это проблема справедливости, которая однозначно «Истинно, Аллах не делает никакой несправедливости людям; но люди сами себе делают несправедливость». Значит поступать справедливо, это поступать в соответствии с указаниями Корана.

Гуманизм, милосердие так же являются основополагающими принципами ислама. Гуманные, милосердные поступки обязательны для всех мусульман. Очень образно сказал посланник Аллаха(с.а.в.) по этому поводу: «поистине, к чему бы ни примешивалась доброта, она неизменно украшает собой это, если же нечто лишено доброты, то ее отсутствие неизменно обезображивает это собой». В Коране говорится: «Если будете делать добро, то будете делать добро для самих себя; и если будете делать зло, то так же для себя». Несомненно, гуманизм, милосердие, доброта, эти основополагающие принципы ислама, имеют прямое отношение к деятельности врача.

В Коранеговорится о медицинской помощи: «Из желудка…выходит жидкость различных цветов: в ней врачевство для людей; в этом знамение для людей размышляющих». Понять это «знамение» могут размышляющие над этим люди, т.е., врачи.

Подготовка врачей не только поддерживается исламом, но и «стремление к знанию - обязанность каждого мусульманина». Врач должен учиться, постигать новое постоянно, ибо сказано: «Ты будешь оставаться знающим до тех пор, пока не прекратишь учиться, а когда ты перестанешь нуждаться в этом, превратишься в невежду». Логично предположить, что имеющееся в Коране наставление: «Не следуй тому, о чем нет у тебя знания», и слова Посланника Аллаха(с.а.в.): “Поистине Аллах любит, что бы каждый из вас в совершенстве владел тем, чем он занимается”, вполне можно отнести к врачебной профессиональной компетенции, к постоянному повышению своего профессионального уровня.

Как мусульманин, врач «тот, кто не причиняет вреда (другим) мусульманам своим языком и своими руками». Одно из велений Аллаха: «И придерживайся прямоты, как тебе велено…»,обязывает врача прямо говорить пациенту обо всех возможных последствиях лечения, чтобы получить добровольное согласие больного или членов его семьи.

В Коране и суннах говорится, что истинный мусульманин следит за чистотой тела, т.е. речь идет о личной гигиене. Пророк наставлял совершать полное омовение и умащать себя благовониями. Он сказал: «Совершайте в пятницу полное омовение, мойте голову, даже если вы не осквернены, и умащайтесь благовониями», также говорится о чистоте рта, зубов и волос.

Современные биотехнологии открывают возможности для клонирования человека. Отношение ислама к клонированию однозначно, ибо только Аллах является творцом и все творения существуют по его воле. Аллах для этого создал мужчину и женщину, которые должны состоять в браке. «Бог дает вам супруга из среды вас самих, и от супруга дает вам сыновей и внуков и насыщает вас благами». «Бог сотворил вас…делает вас супругами: женский пол носит во чреве и родит только по его видению». Это естественный

репродуктивный процесс, ибо его определил для человека Аллах. Поэтому клонирование это не естественный репродуктивный процесс.

Вывод. Отметим, что этика и медицинская биоэтика классического ислама носят социально ориентированный, практичный характер. Основными принципами являются справедливость, гуманизм, священность человеческой жизни, общественная польза, общее благо, благополучие. Применение научных достижений в области медицинских биотехнологий, как признают все исламские правоведы и богословы, не должно вступать в противоречие с источниками ислама - Кораном и Сунной.

Литература

1. Коран (пер. с араб. Г.С. Саблуков). Третье изд. Казань. 1907.
2. Мухаммад али аль- Хашими. Личность мусульманина. М. 1999.
3. Седова Н.Н. Биоэтика: учебник /Н.Н. Седова. – М.: КНОРУС, 2016.

SUFIZM IN FORMATION HEALTHY IMAGE LIFE

Student of 209 group therapeutic faculty Pulatov. M.D
Departament of Arts staff
Scientific head: Azimov A.M., Nurmatova N.N
Andjijan state medical institute, Andijan, Uzbekistan

Sufism deeply takes root in social and spiritual life muslim countries east. it was widely distributed among intellectuals as religious, philosophical and literary stream and played important role in education public in spirit clarity and piety. with 11-ro century almost all influential poets and writers, thinkers and scientists east enjoyed mysticism and creativity his humanitarian ideas. great scientists-суфизмы, such as hodge абдухоликгиждувоний, ахмедяссавий, hodge наджмиддинкубро, hodge арифревгары, hodge алиромитони, hodge алимохаммадбабойсаммоси, side world кулол, хазратбаховидиннакшбандий, have made big contribution in development sufism. those, who created knowledge about teaching theology, were devotees teachers, which dedicated all love and wisdom man. one from most important sources our spiritual heritage is rational use mystical values in formation national image life and morality our people. on during centuries his services contributed to enrichment spiritual worldview our nation, and formation healthy image life. «costs note, what our holy religion is powerful factor conservation our values, traditions and in depth our people on during centuries». eastern philosophy and islamic teachings always praised and such as compassion, kindness and humanity. therefore

formation younger generation in our spiritual heritage, which was created our ancestors and preserved as apprentice our people, expand horizon young people. hence, religion strengthened faith in people. it возвышала their. life testing gave them force, that cope with вызовами and problems. this help save and transmit universal and spiritual value ». today various views on sufism steel look special. spiritual and psychological analysis, represented in tasawwuf, is, foremost, focus attention on people, their healthy image life and foundation such ideas, as freedom, equality and freedom. what with regard to moral values young generation, importantly specify on importance use good moral values great stories in quality key factor formation good нравов, soul from мудрейшего image life. when we описываем human quality, which provide healthy lifestyle, we should consider his ability and personality. besides, each member society should be spiritually moral and ethically conscious. healthy lifestyle closely it is connected with traditions, traditions and islamic values our people, and all his essence includes in itself mystical teachings. value knowledge and intelligence, development society and moral and spiritual well-being man so are important, what their impossible correctly describe. effective use important and deep ideas in world famous works, Najmidin Kubro,« hamsa »Alisher Navoiy also help form healthy lifestyle. especially in book love, humility, смиренное thinking occupy special place as moral value in process social distribution. in order strengthening spiritual foundation society appropriate use islamic ability and creative approach in formation morality, morality and healthy image life from religious exercises and religious values. one from values universal values is overcoming difficulties transitional period way rational use sufism in creation healthy image life, which elevates human dignity. therefore main purpose conducted by in our country reforms - this satisfaction needs man, his interests and needs. so, in formation healthy image life we offer mystical teachings and ideas thinkers: in family normative use sciences scientists in formation moral education. formation at youth balanced view on religious and secular value. creative use consciousness in conscious system consciousness explaining essence such concepts, as« language, origin »,« world »,« divine love »,« fair work »and« justice »in formation adolescents. please attention on formation characteristics women and men in healthy image life. опишите nature harm, nature defects. knowing, what such stuff, as злословие, jealousy, jealousy, slander, - this way to wise image life. recognize сакральную concept marriage foundation life. подчеркните idea about volume, what healthy society creates healthy family in minds and hearts young people. from these views clear, what if such factors consider as religious and secular value at formation healthy image life, that such factors, as morals, tolerance, love, межэтническая friendship, solidarity and tolerance, embodied in consciousness and thinking youth, they be able develop most high human quality. honesty and cleanliness are some from religious values, which enrich man high internal and external beauty, and they also seek to to spiritual maturity people with high level consciousness in quality positive attribute. people

appreciate, what form healthy lifestyle may only in volume case, if they aware of the these spiritual feelings.

Literature:

1. K. Burpnov фалсафаасослари. тошкент 2005 с.64-78.

2. S. Djurayeva. хақиқатманзаралари.100 мумтозфайласуф. янгиасравлоди. тошкент 2015. с.270-274.

3. Ahmedova M.A фалсафа. тошкент 2006. с. 74-85.

4. Mirziyoyev. Sh.M. we will create our future with our courageous and noble people. T. Uzbekistan a2017.48-46.

5.Mirziyoyev. Sh.M. law and interests man are foundation development country and welfare people. т uzbek ул., 2017-286.

6. Karimov I.A. high spirituality - invincible force. edition -t spirituality, 1776-2016.

RESETTLEMENT OF THE POPULATION UNDER THE OWNERSHIP OF NEW LANDS OF UZBEKISTAN ON THE EXAMPLE OF ANDIZHAN

Student 209 groups of the Medical Faculty Pulatov M.D

Departament of Arts staff

Scientific adviser: Sattarov A.M., Nurmatova N.N

Andijan State Medical Institute, Andijan, Uzbekistan

Currently, special attention is paid to an objective, scientific study of the history of Uzbekistan. As President of Uzbekistan Sh.M. Mirziyoyev noted in his address to the Oliy Majlis on December 28, 2018, he noted that scientists should be fully supported by the use of national identity in our ancient and rich history of research and humanitarian work. Assessment of this goal, not least in the past, it should be free from ideological views.

As is known, the study of the history of the Soviet period is important in the study of the history of Uzbekistan. In 1946-1991, the Soviet government paid attention to the development of agriculture in Uzbekistan, as in previous years, only to the cotton industry. The development of cotton by the Soviet government raised the question of the development of new lands in Uzbekistan. In particular, we see an annual increase in the acreage for cotton according to the following indicators. If in 1940, 923.5 thousand cotton were sown, this figure increased to 1,386.6 thousand in 1960, 1709.2 thousand in 1970, 1877.7 thousand in 1980 and 2107.7 thousand and in 1987 was equals. Thus, cotton fields increased in 1987 to 1 million 184.2 thousand hectares or more than doubled. As a result of the development of new lands and the establishment of cotton

monoculture in the Republic, the population was transferred to cultivated land. Given that the population of the desert-land areas is extremely fragile, the government decides to relocate the population. To do this, the Fergana Valley is chosen as the main object, since farmers of the Fergana Valley have been engaged in cotton growing for a long time (1). On the other hand, the demographic situation in the Fergana Valley was extremely acute, and population transfer was one of the ways to normalize it. The extensive relocation of the population from the Fergana Valley to the development of Mirzachul, the Central Fergana desert, has spread widely. As it is known, the agrarian sphere was the leading sector of the national economy in Uzbekistan, and agriculture became the main source of livelihood. The transformation of Russian industry into a cotton fiber base in Central Asia required a sharp increase in cotton production and the development of new lands. After World War II, the population was resettled in two different ways. In addition, the population is resettled to the development of new lands in the region and the development of sturgeon lands in other regions (2). Internal resettlement on the territory of the region was carried out mainly at the expense of collective farms and brigades. In the Andijan region, it was clarified that the internal relocation of the population during the development of new lands began in 1946 with the acquisition of new dry lands after the Second World War. Of course, the development of new farms is associated with the creation of new collective farms. Created collective farms provide the population with the most comfortable houses for living. The movement was organized by the Andijan Regional Office for Migration and Displacement to organize and conduct resettlement activities.

During the transplantation of the population required certain measures. In particular, it is planned to develop a plan for migration and resettlement (depending on the size and location of the population), providing housing for collective migrant farmers, creating funds for moving the population and delivering seeds for cultivated crops to newly acquired lands. Moreover, the problem of transportation was of great importance due to the fact that most of the newly acquired land was far from the regional centers. In the Andijan region in 1946-1948, it was planned to master 78711 hectares of land. But this plan did not act in the development of the land. in 1946, 21484 g of land - in practice 4389 g; in 1947, 30482 g of land - in practice 6530 g; in 1948, 26,745 g - in practice - 6,117 g; totaling 17036 hectares of land was assimilated (3). It was also planned to build houses for collective farms and brigades on these lands. In 1946-1948, 3,750 houses were planned, of which 1,211 houses were built. In 1946-1948, it was planned to resettle 4200 farms in collective farms and brigades, where almost 5254 were resettled. Not all of the resettled residents did not live on new land. From 1948 to 1950, 844 households from Andijan, Lenin (Asaka), Izboskan, Pakhtaabad and Oltinkul distributed their former homes. The return of relocated residents to their homes was the result of certain socio-economic factors. The collective farms, especially

those that had migrated, returned to their former homes because of a shortage of housing, difficult living conditions and the lack of housing in their former place of residence. In the Andijan region after World War II, the population was evacuated for the development of Mirzachul. In the 1920s and 30s, the question of mastering Mirzachul during agricultural collectivization was put on the agenda, and some results were achieved. 1929 to 1930, according to the Central Statistical Office of the Uzbek Soviet Socialist Republic, information was given that the Andijan region had the highest concentration of agrarian density. In those years, 700 farms from the Andijan region were moved to Tashkent (4). However, the largest activities for the development of Mirzachul were held in 1946-1980. The construction of irrigation and land improvement in Uzbekistan has been widely carried out since the late 50s of the 20th century. In order to increase cotton production, in a short period fertile land in Mirzachul began to be developed. In 1926, the Mirzachul district was created in the Tashkent region. The regional center of Mirzachula, now the city of Gulistan. When the Syrdarya region was formed in 1963, the Mirzachul district, the center of the city of Erzhar, was renamed to Mirzachul and Mirzachul became known as Gulistan. The center of this district was the village of Dehkanabad. In the Mirzachul valley, new districts of the Syr Darya, Jizzakh, Sughd (Tajikistan) and South Kazakhstan regions were established. Covering dry lands, an attack began in the desert, the city of Havas (5). In 1949, 802 Komsomol youths were resettled from the Andijan region to master Mirzachul. In addition, 878 farms were moved to Mirzachul. This year, the bulk of the displaced people moved across the railway. To move the population in Mirzachul, loans were provided to the population. In 1949, 128,000 soums were allocated a loan for relocation from Andijan to Mirzachul. For each farm, a cash advance of 1,000 soums was given.

Bibliography:

1. Shamsutdinov R. and others. The History of the Motherland (Third Book) -T .: “Shark”, 2010.-387-p.

2. B. Botirova. The history of the census of the Soviet movement in Uzbekistan (1925-1941) - Anjihon, 2012 - 34th.

2. Andijan Regional State Archives. 608 funds, 1 list, 255 jobs.

3. Andijan Regional State Archives. 608 inventory, 1 list, 359 works.

4. Andijan Regional State Archives. 608 fund, 1 list, 558 works.

HISTORY OF THE JEWS OF THE JEWS IN AGRICULTURAL WORKS

Student 209 groups of the Medical Faculty Pulatov M.D

Departament of Arts staff

Scientific adviser: Botirova B.N., Nurmatova N.N

Andijan State Medical Institute

In the second half of the 20th century, the exiled exiles of the Soviet regime and the policy of deportation of the population were of particular importance. In fact, the policy of voluntary and forced relocation is described in the Great Soviet Encyclopedia as: “In the case of crises and unemployment, socialist society is a planned event aimed at developing natural resources and developing the productive forces of the country. Collective farmers and other people voluntarily evacuated. The population of regions with land shortages must be moved to the regions, as well as to new industrial and railway and forest areas. On April 10, 1925, the USSR created the Commonwealth Movement of Independent States, and resettlement work was carried out by the People’s Commissariat for Land Affairs and its units. At the Alliance level, including in Uzbekistan, population movements will be widespread, and direct contacts will be transferred to Yuldash Akhunbabaev, Chairman of the Central Committee of the Uzbek Soviet Socialist Republic. The peculiarity of the resettlement policy in Uzbekistan was primarily aimed at ensuring cotton independence, but other aspects did not differ from the policies pursued in the Allied countries. For example, the solution of demographic problems, the introduction of new lands in agriculture, the strengthening of border regions through the transfer of reliable farms and the relocation of nomadic peoples. One of the most important tasks was to involve small nations, especially Jews, in agriculture (4).

On September 25, 1925, the Commission for the creation of working Jews (Comzet) was created under the Presidium of the Soviet Union of the USSR, which was ordered to open its branches in the Allied countries. In 1926, a division of the Commission on Minorities under the Central Committee of the Uzbek Soviet Socialist Republic was created to assist Jews in the area of land allocation and creation. These actions were related to the activities of the Council in an attempt to correct “mistakes” in all spheres of public life. The Soviets begin to engage in "colonization", "restriction" of Jews in the era of the Russian Empire, and participate in the construction of collective farms, which are restrictive laws that prohibit Jews from selling land for the former regime (for all purposes). Of course, this does not raise the question of whether the Jews need it or need it, and no one is interested in their ideas. It was difficult for Jews, who lived in the past, to engage in commercial and petty craft, to abandon the professions acquired by them and to engage in agriculture, which was completely unknown. Due to the harsh climatic conditions of Central Asia, water shortages in the area have suddenly changed, and even locals with extensive experience in agriculture. Moreover, the science of growing cotton required special skills from the farmer. But the Soviet government does not take it seriously. The administrative-command method considers that any policy can be implemented using pressure (2).

1926 collaborates with the Commission to provide "Jews" (Comzet), established directly with the Jews, agriculture, ordered a policy of resettlement. Result, the first Jewish farms are engaged in agriculture. 1926-1929-350 The Jewish agricultural village of ARTELL worked together, and with their power of 1653 they mastered the land. In 1926, 145 Jewish immigrants Andijan farms in 15 districts, 30 Kogaira, 60 Payaryk in Samarkand district, 15 Khatirchi Zarafshan district, 2 Surkhandarii equip the district of Kabul. During the resettlement of the policy of the Jewish district of the farm in the combination Orzhankizde Khatirchite district called "Stalin" Samarkand Frunze "Fergana, Margilan" Free Jewish team. "The collective farm grew cotton (3). In addition, the Jews were engaged in gardening, winemaking and beekeeping. The wine they prepared was exported. Later the collective farm was renamed “Okhunboboev”, and most of the Jews moved to foreign countries on the eve of independence. At first glance, examples of collective farms of the national Jewish community once again prove the sovereignty of the Soviet government. By 1938, at a meeting of the Comet, it was noted that the Jews were the most successful cotton growers and that they had no access to agricultural farming, and this was a disappointment for bourgeois nationalists. In fact, the success of Jewish collective farms in the field of agriculture was exhausted: many Jews were unhappy with the resettlement policies, the sharp turn of life, the lack of farming, farming and farming, which spontaneously unsuccessfully attracted Jewish agriculture. It should be noted that the general demographic policy also failed. 12,176 (65%) of the 19,465 households relocated to their homes during the first five years, only 6485 (35%) live in their former place of residence. This was due to the fact that the lands that were moved during the organization of the labor process were allocated not only for cotton, but also for agriculture, these areas were steppe, desert, tugai, as well as technical equipment, livestock, permanent failures, sustainability in everyday life and other reasons. The government did not have enough financial, financial and organizational training measures. In such conditions it is difficult to imagine the situation of Jews who do not know about agriculture. Naturally, most Jewish collective farms were scattered (1). It is noteworthy that in the sources the Jews had no experience in farming and were not interested in this, since most of them did not even use ordinary bread, because the workers used labor in the designated territory, as a result of which some part of the loan was paid by forced laborers, leaving winter , to prepare the land for the spring planting season, in search of ways to return to the city, Settings, only a horse rider to earn money in order to save. The bulk of the money spent on nutrition information. It seems that this is not the result of what is happening, but rather the wrong policy. The government, as a rule, does not recognize that its policy is incomplete, the national interests of the Jewish people and the basic interests of the population during the deportation policy. For those who have lost faith in those who do not pay their trust, they stick to the label of the class of the yacht or lazy items. Thus, before starting a policy, the government should carefully consider, assess its capabilities, adjust

organizational activities and focus primarily on the interests of the people, including nationality and nations. Otherwise, any policy will fail. The participation of Jews in the resettlement policy once again proves the cruelty of the national policy of the Soviet government.

Bibliography:

1. Murtazaeva R. Tolerance - as an integrating factor in multinational Uzbekistan. - Tashkent: Uzbekistan, 2010. - p. 47

2. Emilyanko T.T. Bukhara Jews: the fate of the diaspora // ethnographic review - Moscow, 2009-№5.-p.15.

3. Gaffarov Sh.S.Russia impersinating Turkistong Aholini kўirishi siesati (XIX asr bolimi): Tarih Fan Nomz …… diss.- Toshkent 2003-286 p.

4. Polyan PM Unwillingly…. (history and geography of forced migrations in the USSR. - Moscow: OGI Memorial, 2001.

РОЛЬ АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ОБРАЗОВАНИЯ

А.В. Павленко, Т.А. Воронцова - студенты

Кафедра иностранных языков

УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь

Научный руководитель - к.м.н., ассистент А.А. Шиханцова

Введение. В настоящее время, английский язык - один из наиболее широко используемых языков в мире. Он входит в группу германских языков и распространен на шест континентах. Он играет исключительную роль в медицине, образовании, бизнесе, политике и других областях. На сегодняшний день, знания языка является обязательным требованиям во всех специальностях. Изучение английского языка наиболее значимо в медицинской профессиональной и учебной деятельности. Изучение иностранного языка является обязательным компонентом подготовки специалистов.[1] Владение иностранным языком позволяет будущему медицинскому работнику повысить уровень своих знаний и квалификацию. Также в учреждениях медицинского образования студент со знанием английского языка имеет возможность изучить различные исследовательские работы, статьи, сайты, медицинскую литературу на иностранном языке. Не мало важны обучение и практика за рубежом, обмен знаниями и опытом с коллегами зарубежных стран, посещение международных конференций. [2]

Цель. Оценить влияние и роль изучения иностранного языка, в частности английского,

на подготовку высококвалифицированного медицинского специалиста.

Материал и методы исследования. В наши дни, подготовка и обучение высококвалифицированного медицинского специалиста, который способен владеть научной и медицинской информацией, является главной задачей учебных учреждений медицинского профиля. Наличие знания иностранного языка дает возможность студенту и выпускнику учреждению медицинского профиля быть в курсе новой информации в его профессиональной области, достижений мировой науки и использованию их в своей практике.[3]

Наличие знаний английского языка важно в общении между специалистами, так как ведется постоянная беседа с коллегами с использованием терминов медицинского профиля, составляется и переводится медицинская документация с описанием болезней и методов лечения, создаются новые методики, процедуры, препараты, манипуляции и т.д. Помимо этого, знание языка важно и при общении с пациентами.

Был проведен социальный опрос среди учреждений образования медицинского профиля, с целью узнать мнение об уровне знаний английского языка, системе обучения иностранному языку и его роли в медицине. В опросе приняло участие 76 студентов Гомельского государственного медицинского университета, которые выразили свое мнение касательно данной темы

Результаты исследования и их обсуждение. 55,3% опрашиваемых студентов положительно ответили на вопрос «Нравится ли Вам изучать английский язык?», однако 31,6% указали безразличность относительно вопроса, 13,2% ответили отрицательно. До поступления 89,5% опрашиваемых изучали английский язык и лишь 10,5% изучало немецкий. Также разделилось мнение касательно необходимости английского языка в сфере медицины, но большинство ответило положительно. Наиболее оптимальным оказалось изучение английского языка пару раз в неделю, а также регулярно около часа. Целью изучения языка 63,2% выделили необходимость. По данным опроса, 78,9% студентов не изучают медицинскую литературу на английском языке. Самым сложным в изучении, по мнению 57,9%, является грамматика. Средняя оценка уровня преподавания - 7,5 баллов из 10, а собственного уровня знаний – 5,5 баллов.

Таблица 1 – результаты, полученные при опросе

	Да	Нет	Не знаю/все равно
Нравится ли Вам изучать английский язык?	42 (55,3%)	10 (13,2%)	24 (31,6%)

Как Вы считаете, необходимо ли знание английского языка в сфере медицины?	56 (73,7%)	8 (10,5%)	12 (15,8%)
Изучаете ли Вы медицинскую литературу на английском языке?	16 (21,1%)	60 (78,9 %)	-

Выводы. Исходя из результатов опроса можно отметить интерес к изучению английского языка и понимание его необходимости, как фактора развития в профессиональном плане, а также довольно высокий уровень преподавания в учреждении медицинского образования, что дает возможность расширять границы знаний пользуясь зарубежной литературой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурмистрова В.А., Нукештаева К.Е., Кактаев О.О. Значение английского языка в медицине // Современные научные исследования и инновации. 2017. № 2 [Электронный ресурс]. URL: http://web.snauka.ru/issues/2017/02/78089 , свободный. Дата обращения: 15.03.2017

2. Роль иностранных язоков в медицинском профессиональном обучении медицинских кадров [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://scienceforum.ru/2014/article/2014001481, свободный. Дата обращения: 15.02.2017

3. Зачем врачу знать английский язык? [Электронный ресурс]. - http://kontrakty.ua/article/53026, свободный. Дата обращения: 24.07.2018

ПОТЕРЯННОСТЬ ПОКОЛЕНИЙ В КОНТНКСТЕ НЫНЕШНЕГО ВРЕМЕНИ.

Д. Р. Халимбекова - студентка 206 гр. лечебного факультета

Кафедра философии и истории

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - д.ф.н., проф. Кафаров Т. Э.

Актуальность. В нынешний век молодёжь всё чаще и чаще затрудняется в выборе своего будущего и его реализации, проявляя либо пассивность, либо неуверенность, а порой вынужденно следуя чужой воле, оказываясь на тропе экстремизма и терроризма. В итоге, многие теряют или не находят своего истинного предназначения в этой жизни, из-за чего нередко мучительно страдают или находят утешение в наркотиках. И такие случаи

многочисленны. Вот почему на проблему потерянности поколений стоит обратить пристальное внимание и подробнее её изучить.

Цель данной работы - констатировать факт потерянности нынешнего поколения, обратить внимание общества на этот факт, выявить причины его появления и найти пути его преодоления.

Материал и методы исследования.

Материалом для написания этой работы послужили систематические наблюдения за сверстниками, а также результаты анкетированного опроса, в котором приняло участие 86 человек. Многие не понаслышке знают, что учёба в медуниверситете требует огромных усилий, порой даже приходится не спать по ночам, причем не один день, и не мудрено, что многие просто не справляются с таким количеством трудностей. Нередко они приводят к своего рода отчаянию, которое и развязывает языки студентам. Часто мне доводилось слышать от одногруппников: "Зачем мне это нужно?", "Все равно мне это в жизни никак не окупится", "Мне непонятно/неинтересно", "Я изначально не хотел сюла поступать" и т.д. и т.п. Всем грешившим неоднократно такими мыслями и продолжающим порой к ним возвращаться можно поставить один общий диагноз: потерянность. Давайте же разберемся, что это такое, чем это плохо, от чего это возникает и как этого избежать. Анализируя всю имеющуюся при мне информацию: истории жизни знакомых, наблюдения за ними, примеры из художественной литературы, я выявила две формы проявления потерянности молодежи.

Форма первая. Потерянность, вытекающая из негативных последствий научного прогресса.

Олдос Хаксли в "Возвращении в дивный новый мир" отметил, что человек обладает почти безграничной тягой к развлечениям. Развлечения и являются ядром развития данной формы потерянности. Они эволюционируют с развитием сфер услуг и из года в год приобретают все больше и больше влияния над человеком. В нынешний век развлечений просто бесчисленное количество, и воздействие их на человека порой настолько велико, что они вытесняют из его действительности реальный мир. Такая вот реальность комфорта и быстродоступных наслаждений и привела огромное количество молодых людей к пассивной позиции в жизни. Они не видят смысла в дальнейшем развитии и обучении, ведь ничего нового в этот мир им все равно не привнести, а для того чтобы развлекаться много ума и труда не нужно. Человек с такой философией в плане умственном уже перестает быть человеком полноценным, так как намеренно лишает себя целеполагания, одного из главнейших свойств, отличающих его от животного. И тут как нельзя кстати подходят слова героя Осаму Дадзая: "Наука - это усилия, направленные у тому, чтобы человек престал быть человеком".

Форма вторая. Потерянность, вызванная требованиями общества.

Глядя на своих сверстников, я замечала, что чаще всего трудности в выборе своего жизненного пути испытывают либо суперотличники, либо крайне неуспевающие ученики. Одни не могут сделать выбор, потому что им нравится все, а другие - потому что им ничего не нравится. Зачастую и те, и другие делают выбор, основываясь на предпочтении общества, в котором живут, и плывут по инерции, так порой до конца своих дней не поняв, чем именно им стоило заниматься, и ощущая себя неудовлетворенными.
Также подросток выбирает не желаемое под давлением ближайших родственников. Возьмем конкретный пример из жизни. Ребенок обнаруживает в себе способности к какому-либо искусству и хочет посвятить ему всего себя. Родители же считают, что данное поприще не надежно, чтоб опираться на него в будущем. Они пытаются всячески отговорить ребенка, доказать, что профессия юриста или врача куда перспективнее звания поэта или художника, а порой дело даже не доходит до разговора, ребенка просто ставят перед фактом. Авторитет родителей, их напористость и ультиматумы заставляют его отказаться от своих намеченных целей и воплотить в жизнь то, что от него требуют. Конечно, среди них найдутся и бунтари, которые сумеют вопреки родителям пойти по желанному пути, но таких единицы. Большинство же не отважатся ради своей мечты покинуть зону комфорта, созданной родительской опекой. В рассмотренном примере, человек как раз-таки находит себя, но его сбивают и заставляют идти не по его дороге. В итоге, человек не реализуется как на своем реальном поприще, так как оно ему не по нутру, так и в своем любимом деле, так как талант долгое время прозябает без развития.
И такой расклад событий и нередко приводит к самым трагическим последствиям, вплоть до помешательства и суицида. Человек накладывает на себя руки, не имея возможности себя реализовать.

Результаты исследования. Реальные цифры доказывают, насколько глубоко потерянность пустила корни в умы молодёжи. На вопрос о том "Каков был ваш выбор профориентации?" около 44 процентов выбрали варианты "инертный" и "вынужденный", а это почти половина. Из этих 86 человек лишь девятнадцать процентов учатся с удовольствием, для подавляющего большинства учеба в медуниверситете прежде всего долг и ответственность. Задумайтесь, 73 процента из опрашиваемых не видят радости в том, чем они занимаются.

Выводы. Подытожа все сказанное, потерянность связана с отсутствием уникальности, невозможностью обрести себя в этом мире, жить с ним в гармонии и быть им понятым. Это также связано с противоположностью требований, предъявляемых обществом к новому поколению и желаниями молодых, неготовых его требования исполнять. Стоит учесть еще и то, что нередко дети, с чьими мнениями касательно их будущего не считались, в последующем разделяют точку зрения своих родителей. 8 из 10 опрашиваемых, чей выбор

профориентации был вынужденным считают, что их родители поступили с ними правильно. Получается, потерянность будет передаваться по наследству, ведь эти студенты в будущем могут поступить так же со своими детьми.

Общество должно открывать дорогу, создавать условия для талантливой молодёжи, а она в свою очередь, не опускать руки, с жадностью черпать знания, пробовать себя во множестве ремесел и не бояться трудностей.

ИССЛЕДОВАНИЕ МОТИВАЦИИ СТУДЕНТОВ ГомГМУ К ИЗУЧЕНИЮ АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА, ПОИСК ПРИЁМОВ ЕЁ ПОВЫШЕНИЯ

И. А. Якубов – студент 129 гр. лечебного факультета

Кафедра иностранных языков

УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь

Научный руководитель – старший преподаватель А. А. Шиханцова

Актуальность. Специфической особенностью иностранного языка как учебного предмета является сформированное к нему негативное, субъективное отношение людей как к очень трудному, практически не поддающемуся в условиях обучения овладению предмету. Иностранный язык открывает студентам непосредственный доступ к огромному духовному богатству другого народа, повышает уровень их гуманитарного образования. Возникла необходимость изучить причины спада интереса, уровень развития мотивации к изучению английского языка и найти те методы и приёмы, которые бы способствовали повышению интереса студентов к изучению английского языка, что будет положительно сказываться на качестве обучения.

Цель исследования. Выяснить уровень интереса студентов к изучению английского языка и найти наиболее эффективные пути, методы и средства повышения познавательной мотивации.

Материалы и методы исследования. Анкетирование среди студентов, с последующей статистической обработкой.

Результаты исследования.Приступая к изучению иностранного языка, нельзя пожаловаться на отсутствие интереса студентов к предмету. Но со временем интерес значительно ослабевает. Возникает вопрос: почему? Одна из причин — это ложное представление о мнимой обязанности студента учиться. Учение — это познание. Нельзя обязать человека познавать что-либо. Пока обязанность не будет осознана и принята студентом как МОЯ обязанность, он будет «подвергаться обучению», а не учиться. Поэтому проблема мотивации учения представляет собой проблему превращения объекта обучения в

субъект учебной деятельности. Деятельности без мотивации не бывает. Какие же мотивы и антимотивы движут студентом, который овладевает иностранным языком? Каково его отношение к изучению английского языка? Мною было проведено исследование на выявление учебной мотивации к изучению английского языка в университете. В исследовании приняли участие студенты первого курса ГомГМУ. Было опрошено 75 учащихся. В результате проведенного анкетирования студентов был выявлен уровень учебной мотивации к изучению английского языка, отношение к изучению английского языка, а также выявлены основные мотивы изучения английского языка.

Результаты анкетирования показали, что большинство студентов 49 (65,3%) мотивированы к изучению английского языка, 26 студентов (34,7%) не мотивированы(вынуждены). Из опрошенных студентов на уроках английского языка привлекает традиционные уроки (пишем, читаем, работаем у доски) 43 (57,3%), творческие (создаём презентации, работаем в группах) 32 (42,7%), не привлекает: аудирование 32 (42,7%), изучение грамматики 40 (53,3%).

Большинство студентов 65 (86,7%) привержены к изучению английского языка и считает, что он необходим в дальнейшем освоении будущей профессии. Для 57 (76%) студентов важнее разбирать материал, чем получать отметки. Несмотря на мотивацию и понимание необходимости изучения английского языка большинство студентов отмечают неполную отдачу в изучении предмета. 71 студентов (94,7%) указывают на недостаточную подготовку к занятиям. На подготовку предмета затрачено следующее количество времени: 1 час – 34 (45,3%) студентов, 2 часа – 23 (30,7%) студентов, 30 минут – 18 (24%) студентов.

Выводы. В результате проведённой статистического исследования можно сделать следующие выводы: большинство студентов мотивированы на изучение английского языка т.к. считают, что это может помочь в дальнейшем в освоении выбранной профессии, изучению печатных материалов на английском языке, участию в международных конференциях и проектах. Со своей стороны хочу предложить следующие методы по повышению мотивации к изучению английского языка: вовлечение эмоциональной сферы в процесс обучения, просмотр аудио и видео материалов во время обучения, пропагандирование обучающих программ на английском языке, участие в международных проектах, беседы о теоретической и практической значимости предстоящей темы.

ИННОВАЦИИ В ОБРАЗОВАНИИ

ЭЛЕКТРОННАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ СРЕДА И ИНТЕРНЕТ-РЕСУРСЫ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ СТУДЕНТОВ

М.М. Гаджимурадова – студентка 221 гр. лечебного факультета

Кафедра патологической анатомии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - к.м.н., доцент Б.Г. Магомедгаджиев

Актуальность: В соответствии с требованием ФГОС ВО 3++ к условиям реализации программы специалитета «каждый обучающийся в течение всего периода обучения должен быть обеспечен индивидуальным неограниченным доступом к электронной информационно-образовательной среде (ЭОС) Организации из любой точки, где есть доступ к информационно-телекоммуникационной сети «Интернет». В ФГБОУ ВО ДГМУ создана **Электронная образовательная среда.** Раздел электронные ресурсы достаточно емкий. Он содержит доступ как к отечественной, так и зарубежной библиотечным системам. Код доступа каждый обучающийся может получить в библиотеке ФГБОУ ВО ДГМУ (далее Университет). Таким образом, требование ФГОС ВО 3++ в Университете выполняется в полном объеме:

Цель: Изучить роль и влияние ЭОС и интернет-ресурсов на процесс обучения студентов ДГМУ.

Материалы и методы исследования: источником информации для этой внутренней системы оценки осведомленности потребителей услуг Университета (студентов) является анкетирование. Проводилось оно с использованием сайта для создания онлайн - опросов Google Формы- https://www.google.ru/intl/ru/forms/about/. Результаты, полученные в дальнейшем, автоматически сохранялись в облаке и переводились в показательные презентации с подсчетом результатов. Старостам групп по смартфону была отправлена электронная ссылка на онлайн - опрос, позволяющая анонимно, беспрепятственно и быстро пройти анкетирование. Данную ссылку старосты передавали в группы студентам. В своем телефоне участники процесса отвечали на вопросы анкеты в онлайн - форме путем выбора одного ответа на проставленные вопросы. Ответы автоматически кумулировались в разделе ОТВЕТЫ, в подразделении СВОДКА, доступ к которым имелся лишь у создателя опросника. Данный опробованный механизм предполагается использовать при информировании студентов об ЭОС Университета.

Результаты исследования: В процессе анкетирования было опрошено 194 студента ДГМУ (двое из которых прислали незаполненные анкеты, а один ответил не на все вопросы):
70,8%- студенты лечебного, 13% - медико-профилактического, 8,3%- фармацевтического, 6,3%- стоматологического и 1,6%- педиатрического факультетов. Среди опрошенных студентов 32,5% - находятся в возрастной категории 21-22 года, 23,6% - 19-20 лет,, 21,5%- 17-18 лет,, 17,8% - 23-24 года, а возраст оставшегося меньшинства составляет 25-30 лет. Среди опрошенных практически поровну оказалось студентов 1-го (21,9%) и 5-го (26%) курсов, 2-ой и 6-ой курс составили по 18,8%, 3 курс- 9,9%, 4 курс- 2,65%, а удельный вес клинических ординаторов соответствовал 2,1%.

Осведомлённость и востребованность студентами представленного Университетом доступа к изданиям электронных библиотечных систем и электронным образовательным ресурсам в сравнительном аспекте была проанализирована у студентов 1-2 и 5-6 курсов. Так, 42,8% обучающиеся младших курсов используют ЭОС, а 56,8% вовсе не знают о наличии данных ресурсов. Приблизительно столько же студентов старших курсов обращаются к вышеуказанным ресурсам (40,4%), при этом 59,4% не информированы об их существовании и, следовательно, не эксплуатируют электронные образовательные ресурсы в процессе обучения. В тоже время, результаты анкетирования выявили, что потребители образовательных услуг на 1-2 курсах (71,4%) и 5-6 курсах (72,6%) достаточно часто прибегают к использованию Интернет- ресурсов свободного доступа в процессе обучения, не зная о наличии официального доступа к ЭБС. Хочется подчеркнуть, что сёрфинг по различным Интернет- порталам и видеохостингам (Например YouTube) негативно влияет на мозговую деятельность человека. 17 (58%) студентов указали, что всегда пользуются данной видеоплатформой, «часто» - 6 (20%), «иногда» - 5 (17%), а один участник опроса никогда не посещал ее. При работе в YouTube всегда сталкиваются с внезапно всплывающими рекламными роликами 82 % (24 респондента), а 76% (22 человека) утверждают, что это в той или иной форме мешает им в освоении материала с целью получения знаний. Это связано с наличием огромного количества рекламных баннеров, интеграций (внезапно возникающих в процессе просмотра обучающего видео), вставок, пагубно влияющих на концентрацию и способности студентов.Большей части анкетированных (72%) довольно трудно сконцентрироваться на изучаемом материале после появления рекламы. Между тем, 7 % уверены, что появление рекламы никаким образом не отражается на учебном процессе, а 21% не смогли дать ответ на этот вопрос. Подавляющее большинство – 24 человека (82%) хотели бы, чтобы рекламы стало меньше, а пятерым (18%) безразлично ее наличие или отсутствие. При этом подавляющее большинство опрошенных (80%) отмечает, что они практически никогда не пользовались программами для ограничения рекламы во время

работы в интернете. Лишь 6 человек (20%) иногда эксплуатировали данные ограничители. Нейробиолог Массачусетского технологического института – профессор Эрла Миллер в своей работе установил, что человеку не под силу справиться с несколькими задачами одновременно, он не способен без последствий для собственных умственных способностей переключать внимание с одного вопроса на другой. Ученым доказано - во время отвлечения мозгом используется глюкоза, необходимая для поддержания концентрации, а в результате, по истечению пары минут, человек ощущает усталость. Это негативно сказывается на качестве умственной работе мозга (ссылка 1). Эти результаты подтверждены рядом зарубежных исследователей (2,3,4).

Интересно отметить, что при выполнении самостоятельной части изучаемого модуля официальной электронной библиотечной системой (ЭБС) пользуются лишь 10 первокурсников (35%) , а 19 (65%) ответили, что никогда не использовали данную систему и 9 респондентов (48%) вовсе не слышали о таковой. В то же время, именно ЭБС создает комфортную электронную образовательную среду. В ней практически отсутствует или ограничен цифровой маркетинг; созданы адаптированные программы поиска и навигации.

Выводы: В результате проведенной работы установлено, что большинство студентов ДГМУ различных курсов и факультетов не осведомлено о наличии доступа к электронной библиотеке, предоставляемого Университетом. На сегодняшний день выявлена необходимость информирования студентов с 1-го по 6-й курсы (с акцентом на актив 1-го курса) об особенностях и методах работы в ЭБС, а также о *программах* и дополнениях браузеров, призванных удалять рекламу с веб-страниц. Для решения этой задачи целесообразно задействовать **управление информационно-вычислительного и технического обеспечения,** кураторов и совет обучающихся; библиотеке Университета необходимо проводить дни открытых дверей. Предполагается распространение информации об ЭБС через старост групп и потоков, которые, в свою очередь, получают ее из деканата. Это позволит всем учащимся максимально эффективно распределять свое время на изучение дисциплин учебного плана, что ускорит процесс их адаптации к новым условиям обучения без продолжительного стресса и хронического переутомления.

Литература.

1. Щюр Е. https://theoryandpractice.ru/posts/10197-be-attentive.

2. Didier Courbet, Marie-Pierre Fourquet-Courbet, Roland Kazan, Julien Intartaglia. The Long-Term Effects of E-Advertising: The Influence of Internet Pop-ups Viewed at a Low Level of Attention in Implicit Memory. «Journal of Computer-Mediated Communication». 19; 2014: 274–293. (doi:10.1111/jcc4.12035)

3. Topolinski, S., & Strack, F. (2009). Motormouth: mere exposure depends on stimulus-specific motor simulations. Journal of experimental psychology. Learning, memory, and cognition, 35(2): 423–433. (doi:10.1037/a0014504)

4. Foos, P., & Goolkasian, P. (2008). Presentation format effects in a levels-of-processing task. ExperimentalPsychology, 55(4): 215–227. (doi:10.1027/1618-3169.55.4.215)

Оглавление

ТЕРАПИЯ И РЕВМАТОЛОГИЯ 7

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПРОГНОЗ ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА Панахова Д.З. - аспирант 7

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙБОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК Э.Ф. Байрамова – студентка 616 гр. лечебного факультета 10

ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ Магомедов Ш.Т. студент 537 гр. лечебного факультета..... 11

АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ТАБАКОКУРЕНИЯ НА РАЗВИТИЕ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ С.П. Мелихова - ординатор..... 13

СИНДРОМ РОССОЛИМО-МЕЛЬКЕРСОНА-РОЗЕНТАЛЯ А.А. Гамзаев - студент 618 гр. лечебного факультета; С. М. Кишов - студент 618 гр. лечебного факультета 16

ВЛИЯНИЕ ИНФЛИКСИМАБА ВМЕСТЕ МЕТОТРЕКСАТОМ НА ТЕЧЕНИЕ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛОАРТРИТА Г.Б. Саидрасулова - магистр 2 курса по направлению внутренние болезни 19

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В РАМКАХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ А.Ю. Васильева - студент группы Л-504 лечебного факультета,..... 21

К ВОПРОСУ О ФАКТОРАХ РИСКА ИНФАРКТА МИОКАРДА У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ А. А. Гасанова - студентка 6 курса, 4 группы лечебного факультета... 22

ЭНДОКРИННАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ Э.Э. Лалаев, А.С. Цындяйкина, Д.С. Подкопаева - все студенты 25

СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СИСТЕМЫ КРОВИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ Е.А. Шиптунов - ординатор первого года обучения 27

БРОНХОЛЁГОЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ТАБАКОКУРЕНИЕМ В АНАМНЕЗЕ Е.А. Черепанова – клинический ординатор; Е.Г. Гребенщикова – клинический ординатор 28

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ГЕВИСКОН СУСПЕНЗИЯ» В ТЕРАПИИ ГЭРБ У БЕРЕМЕННЫХ Д.В. Кирсанова – студентка 1304 гр. лечебного факультета Т.Е. Помыткина – доцент 30

АРИТМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК С.Г. Мирзаев,Г.А. Кудиясулов – студенты 518 гр. лечебного факультета..... 32

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ЦЕРЕБРОКАРДИАЛЬНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С НЕТРАВМАТИЧЕСКИМИ СУБАРАХНОИДАЛЬНЫМИ КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ А.А. Чечулин – студент 1329 гр. лечебного факультета 33

СИНДРОМ ОРГАНИЧЕСКОЙ ДИСПЕПСИИ В ПРАКТИКЕ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА–ТЕРАПЕВТА А.Р. Курбанова – студент 5 курса лечебного факультета..... 35

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ЗИВЕРТА-КАРТАГЕНЕРА (SITUSVISCERUMINVERSUS), ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ В РЕСПУБЛИКАНСКОМ ДЕТСКОМ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ (РДПЦ) И РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ (РКБ) РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН С 2012 ПО МАРТ 2019 ГГ. Л.Н. Мусаева - аспирант 1-го года обучения ... 36

РОЛЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В РАЗВИТИИ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ

НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ФОНЕ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ О.А.Гармонова – аспирант, В.О.Зязина – к.м.н., врач-кардиолог, В.Р. Бородина – студентка лечебного факультета..... 38

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ГОРОДСКОГО И СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН С.Г. Мирзаев – студент 518 гр. лечебного факультета..... 41

РОЛЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В РАЗВИТИИ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ФОНЕ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ О.А.Гармонова – аспирант, В.О.Зязина – к.м.н., врач-кардиолог, В.Р. Бородина – студентка лечебного факультета..... 42

СЕМЕЙНАЯ СРЕДИЗЕМНОМОРСКАЯ ЛИХОРАДКА В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН С.М. Кишов, А.А. Гамзаев – студенты 618 гр. лечебного факультета..... 45

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТОМ В СОЧЕТАНИИ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ М.К. Рахимова - магистрант 2 курса по направлению внутренние болезни..... 49

ТАБАКОКУРЕНИЕ НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ Е.В. Федулова – студент л-609, Ю.А. Котова – к.м.н., доцент, О.Н. Красноруцкая – к.м.н., доцент , Н.В. Страхова – к.м.н., доцент..... 50

ВЛИЯНИЕ КОЛИЧЕСТВА СОЛИ В ПИЩЕ НА АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ Д.А. Филиппова, Е.В. Зайцева -студенты 3 курса педиатрического факультета..... 53

ОЦЕНКА СТРУКТУРЫ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ХСН, ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАНОВОЙ КАРДИОЛОГИИ БМУ КОКБ В СРАВНЕНИИ С ДАННЫМИ РОССИЙСКИХ РЕГИСТРОВ А.И. Богатикова - студент 4 гр. лечебного факультета, Е.А. Никулин – студент 1 гр. лечебного факультета, М. Ю. Ильин - студент 1 гр. лечебного факультета..... 56

ПРИМЕНЕНИЕ ТЕЛЗАП ПЛЮС ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ Л.А. Атаева - студентка 311 группы лечебного факультета..... 59

ФАКТОРЫ РИСКА И СТЕПЕНЬ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ А.С. Хрущёва, Т.Ю. Сивуха –студенты 504 гр. лечебного факультета..... 62

КОМОРБИДНОСТЬ У НАРКОЗАВИСИМЫХ БОЛЬНЫХ Е.О. Гордеева, В.Ю. Донскова - студенты 403 гр. лечебного факультета..... 65

ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ К.С. Скоробогатько - студентка 608 гр. лечебного факультета..... 66

Н.В. Страхова - доцент..... 66

ОСНОВЫ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ А.С. Крысанова.- студентка 608 гр. лечебного факультета И.С. Добрынина - доцент..... 68

ПЛАЗМЕННЫЙ УРОВНЬ ТРАНСФОРМИРУЮЩЕГО ФАКТОРА РОСТА-β1 У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ/ГИПОПНОЭ СНА Ю. Я. Шелкович – ассистент..... 70

Взаимосвязь подагрического артрита и метаболического синдрома К. В. Жигулина [1] – аспирант, С. С. Спицина [1, 2] – ассистент..... 71

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Х.К. Аль-зубайди - ординатор первого года обучения..... 73

ВЛИЯНИЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ НА РАБОТОСПОСОБНОСТЬ И

УСПЕВАЕМОСТЬ СТУДЕНТОВ ПЕРМСКОГО КРАЯ Д.А. Цветкова, В.Н. Томина - студенты 403 гр. лечебного факультета *75*

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ Ратхоре Душиант Сингх – студент 346 гр.лечебного факультета *76*

ПЛАЗМЕННЫЙ УРОВНЬ ТРАНСФОРМИРУЮЩЕГО ФАКТОРА РОСТА-β1 У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ/ГИПОПНОЭ СНА Ю. Я. Шелкович – ассистент *78*

ХАРАКТЕРИСТИКА ПУЛА СВОБОДНЫХ АМИНОКИСЛОТ ПЛАЗМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ЭЛЕРСОПОДОБНЫМ ФЕНОТИПОМ П. А. Коваленя – студент 4 гр. 5 курса лечебного факультета *79*

ПРОБЛЕМА ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ А.А. Трапезникова - врач-ординатор 1 года *81*

Нарушения липидного обмена у больных псориатическим артритом С.С. Спицина[1, 2] – ассистент *82*

СОСОТОЯНИЕ УГЛЕВОДНОГО И ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ НА ФОНЕ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА Д Н.Х. Омарова - ассистент *84*

АНАЛИЗ И СРАВНЕНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ И МОДИФИКАЦИИ ОБРАЗА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ Е.И. Волкова – студент 5 курса лечебного факультета, В.И.Шевцова – к.м.н., ассистент *86*

ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ МЕЛОКСИКАМА У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В АМБУЛАТОРНО- ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ Е. А. Тимошина - студент группы Л-504 лечебного факультета, В. И. Шевцова - к.м.н., ассистент *88*

ВЛИЯНИЕ ГРУППЫ КРОВИ НА ЧАСТОТУ И ТЯЖЕСТЬ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ З.А. Сотавова - студентка *90*

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР КОМОРБИДНОГО БОЛЬНОГО С ПОЛИПРАГМАЗИЕЙ З.Н. Дундарова - клинический ординатор, Пз.Мх. Нурбагандова, П.Мх. Нурбагандова - студентки 630 гр. лечебного факультета *92*

ХИРУРГИЯ 95

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПО ДАННЫМ РЕСПУБЛИКАНСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ Д. Г. Хайбулаева. - студентка, З. К. Гереева - молодой ученый *95*

УСПЕХИ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ М. Н. Бокова, ординатор первого года обучения *96*

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЭКТОМИИ Г. Бабирова - студентка 317 гр. лечебного факультета *99*

ОСНОВНЫЕ СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ З.М. Гасанбекова - студентка 309 гр. лечебного факультета *101*

ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА В.В. Арушанова, И.А. Кяримов – студенты 2 группы 4 курса педиатрического факультета *104*

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И

ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ Т. В. Смирнов - студент 403 гр. лечебного факультета.....105

ДИНАМИКА ВЫЯВЛЯЕМОСТИ ОТДЕЛЬНЫХ ФОРМ ЗОБА Н.Х. Исагаджиев - студент 5 курса лечебного факультета.....106

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В МАЛОИНВАЗИВНОМ ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ Д.И. Сажнев – аспирант, Г.В. Елизаров – студент 303 гр. лечебного факультета.....107

КОМОРБИДНЫЙ ФОН У ПАЦИЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ Д.С Никитина, Р.А. Замышляев - студенты 4 курса лечебного факультета, А.А. Трапезникова- ординатор 1 года обучения 110

ПЕРСПЕКТИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ Н. А. Коновалёнок – студент 1341 гр. лечебного факультета 112

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ САНДОСТАТИНА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ М.М. Куролбоев - магистр 1-го курса, Г.Д. Халиярова - магистр 2-го курса, Р.М. Мадаминов.....113

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ ДОСТУП ПОД УЛЬТРАЗВУКОВОЙ НАВИГАЦИЕЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЖИДКОСТНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА К.М. Жариков – студент 410 гр. лечебного факультета.....115

ВЛИЯНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ Д.И. Глазунов, А.С. Цындяйкина,.....118

РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫСОКИХ АМПУТАЦИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ З.А. Фатулаева, А.Н. Амирова, М.Н. Курбанова – студентки 508 гр. педиатрического факультета 119

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КРОВОТЕЧЕНИЯМИ НЕЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ Я.В. Ратомская – студентка 25 гр. лечебного факультета, П. А.Филимонов – студент 28 гр. лечебного факультета 122

ИШИОРЕКТАЛЬНЫЙ ВИД ПАРАПРОКТИТА В ГОРОДЕ ОРЕНБУРГ Д. В. Григорян - студентка 402 группы лечебного факультета.....124

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ РАЗРЕШЕНИЯ ОБСТРУКТИВНОГО ХОЛЕСТАЗА Г.Р. Кулумбегов - студент 5 курса; И.Р. Кулумбегова - студентка 4 курса 125

СТОМАТОЛОГИЯ 128

ЛЕЧЕНИЕ АКТИНИЧЕСКОГО ХЕЙЛИТА В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ «ТАРНАИР»128

М.Н. Меджидов, А.А. Гафурова - молодой ученый, К.А. Байрамов - аспирант.....128

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГИДРООРОШЕНИЙ ДЕСЕН СЕРОВОДОРОДНОЙ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДОЙ САНАТОРИЯ «ТАЛГИ» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГИНГИВИТА И ПАРОДОНТИТА М.Н. Меджидов, К.А. Байрамов – аспирант, А.А. Гафурова - молодой ученый 129

ПРИМЕНЕНИЕ ГИДРОМАССАЖА ДЕСЕН ЙОДОБРОМНОЙ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДОЙ САНАТОРИЯ «КАСПИЙ» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА М.Н. Меджидов, К.А. Байрамов – аспирант, А.А. Гафурова - молодой ученый 131

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ Г.М-А. Будайчиев[1] – молодой ученый, Т.М. Дибиров[1] – к.м.н., ассистент, З.К. Махмудова[1] – ассистент, А.Н. Куринова[2] - студентка 6 курса дечебного факультета133

ИЗМЕНЕНИЕ АКТИВНОСТИ АЛЬФА-АМИЛАЗЫ СЛЮНЫ ПРИ СИНДРОМЕ ИНТОКСИКАЦИИ ОРГАНИЗМА М.В. Яковлев – студент 402 группы стоматологического факультета 135

АДГЕЗИВНЫЙ МОСТОВИДНЫЙ ПРОТЕЗ, КАК АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ МЕТОД ВОССТАНОВЛЕНИЯ ОДНОГО ЗУБА. Н.Н. Омаева – клинический ординатор, П.Ю. Мугадова – старший лаборант.....136

ОПТИМИЗИРОВАННЫЙ ВАРИАНТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ.....138

М.Н. Меджидов, К.А. Байрамов – аспирант, А.А. Гафурова - молодой ученый 138

ЗАВИСИМОСТЬ ЭФФЕКТИВОСТИ ЖЕВАНИЯ ОТ ТЕМПЕРАМЕНТА ЛИЧНОСТИ И ОККЛЮЗИОННЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ Е.Н. Александрова, А.В. Куликова – студенты 2 гр. стоматологического факультета 142

АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ В ПРАКТИКЕ СТОМАТОЛОГА ТЕРАПЕВТА А.К.Сарсенов-студент ст17-009-02 факультета стоматологии, К. В.Вансинвин-студент ст17-008-01 факультета стоматологии (2 курс) 143

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ ПОНИЖЕННОЙ ФУНКЦИЕЙ ГОНАД Исаева С.М., ассистент, Меджидов М.Н. 144

Прямое покрытие пульпы зуба МИНЕРАЛ ТРИОКСИД АГРЕГАТом Н.Н. Омаева – клинический ординатор, П.Ю. Мугадова – старший лаборант 146

ГИГИЕНИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА И РЕЧИ А. М. Гитинова, аспирант кафедры фпк и ппс стоматологии 148

Булгакова Д.М., к.м.н. 148

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КАРИЕСА ЗУБОВ У ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ Гаджиев А.Р. – студент 1 группы 2 курса 150

РОЛЬ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ОДОНТОГЕННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ В ОТДЕЛЕНИИ ДРКБ Э.А. Магомедова – студентка 511гр. стоматологического факультета, А.Х.Исаева – студентка 511гр. стоматологического факультета.....151

АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ ЧАСТОТОЙ ПОЯВЛЕНИЯ КАРИОЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЗУБОВ И ПОВТОРЯЕМОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГРИППОМ И ОРЗ Д. Д.Яковлев - студент 1807 группы 1 курса лечебного факультета 154

РАЗРАБОТКА ПРОТОТИПА ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПАНЕЛИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ МОНОГЕННЫХ СИНДРОМОВ С ВТОРИЧНОЙ АДЕНТИЕЙ Е.Г. Федорина – студент 12 группы стоматологического факультета.....156

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАРОДОНТА И СОМАТИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА Г. М-А. Будайчиев – молодой ученый, Г.Г. Абдурахманов , М.Н. Меджидов З.К. Махмудова, М.А. Султанова, Т.Т. Османова 157

СТЕПЕНЬ ВЛИЯНИЯ ДИСКОЛОРИТА НА ВОСПРИЯТИЕ ПАЦИЕНТОМ ЭСТЕТИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК УЛЫБКИ Давыдова М.А. - студентка 6 курса 1 гр. стоматологического факультета 163

СРАВНЕНИЕ УРОВНЯ АНТИБИОПЛЕНОЧНОЙ АКТИВНОСТИ ОСНОВНЫХ ГЛИКОЗИДАЗ СЛЮНЫ М.В. Яковлев – студент 402 группы стоматологического факультета.....164

ОЦЕНКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ С СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ Г.М-А. Будайчиев– молодой ученый, М.Н. Меджидов.....166

ВЛИЯНИЕ ЛИЗОЦИМА НА БИОПЛЕНКООБРАЗУЮЩУЮ АКТИВНОСТЬ И КИНЕТИКУ РОСТА ШТАММОВ CANDIDAALBICANS ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗНАЧЕНИЯХ pH Д.М. Пастухов – студент 305 гр. стоматологического факультета168

ВЛИЯНИЕ СЛАДКИХ ГАЗИРОВАННЫХ НАПИТКОВ НА СОСТОЯНИЕ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ И КАЧЕСТВО ПРИЛЕГАНИЯ ПЛОМБ К.А. Ильясов – студент 4 курса стоматологического факультета М.М. Аталаев – студент 4 курса стоматологического факультета 170

ИЗУЧЕНИЕ ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, НАХОДЯЩИХСЯ НА ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЛИГАТУРНОЙ БРЕКЕТ-СИСТЕМОЙ Д. Р. Тушиева – клинический ординатор.....171

О НЕКОТОРЫХ МЕХАНИЗМАХ ДЕЙСТВИЯ ОБОГАЩЕННОГО ЛЕЙКОЦИТАМИ И ТРОМБОЦИТАМИ ФИБРИННОГО СГУСТКА, ИСПОЛЬЗУЕМОГО ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ ПРОЦЕССОВ РЕПАРАЦИИ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ Ю. Д. Неустроева – студентка 5-го курса 34 гр. стоматологического факультета.....174

ИССЛЕДОВАНИЕ ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ СТУДЕНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ЗУБНЫХ ПАСТ И ОПОЛАСКИВАТЕЛЕЙ Р.Т. Кафаров – ассистент, Г.М-А. Будайчиев – молодой ученый, Г.Г. Абдурахманов 176

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ СКУЛООРБИТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА ПРИ СОЧЕТАННЫХ ЧЕРЕПНО-ЛИЦЕВЫХ ТРАВМАХ А.А. Вечерская – студентка 1434 гр. лечебного факультета, Т.М. Ярощик – молодой ученый.....177

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ HELICOBACTER PYLORI В РОТОВОЙ ПОЛОСТИ У БОЛЬНЫХ H. PYLORI-АССОЦИИРОВАННЫЙ ГАСТРИТ К.А. Ильясов – студент 4 курса стоматологического факультета, Р.Т. Кафаров – ассистент, М.Н. Меджидов179

ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ НА ЗАВЕРШАЮЩЕМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ НЕКАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЗУБОВ Оромян В.М - студент 5 курса стоматологического факультета.....180

СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, ПРОЖИВАЮЩИХ В РАЗЛИЧНЫХ КЛИМАТОГЕОГРАФИЧЕСКИХ ЗОНАХ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН П.Р. Багатаева – ассистент 181

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ ОБОСНОВАНИЕ АЛГОРИТМА АНТИСЕПТИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ КОМПОЗИЦИОННЫХ ПЛОМБИРОВОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ СВЕТОВОЙ ПОЛИМЕРИЗАЦИИ М.М. Аталаев – студент, Г.М-А. Будайчиев – молодой ученый, М.Н. Меджидов.....184

АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ..... 186

АНАЛИЗ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА А.А. Клименков, А.Г. Борисовец, Д.А. Лукомский – студенты 519, 528 групп лечебного факультета.....186

МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ И КОРРЕКЦИИ СИНДРОМА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ КОГНИТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПОСЛЕ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ Д.И. Гасанова – студентка 6 курса лечебного факультета.....188

ПЕДИАТРИЯ И ДЕТСКИЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ 191

АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE У ДЕТЕЙ В Г. МИНСКЕ О. С. Гладкая – студентка 2613 гр. педиатрического факультета.....191

МИКОПЛАЗМЕННАЯ ПНЕВМОНИЯ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА Кудрявец М. С., Солонько А. И. - студенты 2510 гр. педиатрического факультета.....193

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ АСИМПТОМАТИЧЕСКОЙ БАКТЕРИУРИИ У ДЕТЕЙ Л.С. Джуманьязова – студентка 506 группы лечебного факультета, М.М. Ибрагимова - студентка 502 группы лечебного факультета, А.А. Бакаева - студентка 506 группы лечебного факультета 195

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ, ПРОЖИВАЮЩИХ В Г. ГОМЕЛЬ (ГОМЕЛЬСКАЯ ОБЛАСТЬ) И Г. ЧАУСЫ (МОГИЛЕВСКАЯ ОБЛАСТЬ) А.С. Коцуба, В.Г. Удодова – студенты 5 курса лечебного факультета 197

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ЦЕНТИЛЬНЫМ МЕТОДОМ И ПО ШКАЛАМ Z-SCORE А. Э. Полухинских – студентка 406 гр. педиатрического факультета А.В. Асланова - студентка 406 гр. педиатрического факультета 199

ВЫЯВЛЕНИЕ АНТИТЕЛ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ М К БОРРЕЛИЯМ В ИММУНОБЛОТЕ НА ТЕРРИТОРИИ ВСЕХ ОБЛАСТЕЙ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ Новик А.А., Микитюк А.В. - студентки 4 курса лечебного факультета 201

ПЕДИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОТИТОМ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С.Т. Самудинова - студент 1431 гр. лечебного факультета Н.Ю. Подвойская - студент 1408 гр. лечебного факультета 204

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПОЧЕЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ У ДЕТЕЙ Е.С. Камидолла, Т.Б. Базарбай – студенты 6 курса факультета педиатрии206

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АНЕМИИ ФАНКОНИ А.Ю. Горошникова, Т.В. Роткина, Д.А. Невиницына - студентки.....207

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЙ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ Т.Б. Базарбай, Е.С. Камидолла – студенты 6 курса факультета педиатрии.....208

РАНЖИРОВАНИЕ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ А.В. Микитюк - студентка 4 курса лечебного факультета.....210

ГИПОБАРОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ С ГИПОБАРОТЕРАПИИ Э.И. Аметова - студентка 417 гр. лечебного факультета, К.А. Семёнова 403 гр. лечебного факультета.....212

ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ 214

НОВООБРАЗОВАНИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА, ПРОЯВЛЯЮЩИЕСЯ СИНДРОМОМ ПАЛЬПИРУЕМОЙ ОПУХОЛИ У ДЕТЕЙ Абдусаламова П.М. ,Идрисова З.М., Гасанова А.М – студенты 6 курса лечебного фак-та.....214

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ У НОВОРОЖДЕННЫХ Н. О. Малаалиева – студентка 601 гр. педиатрического факультета.....215

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫХ.....216

ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ А.Н. Амирова, М.Н. Курбанова, З.А. Фатулаева – студентки 508 гр. педиатрического факультета.....216

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДИСТАЛЬНЫХ ФОРМ ГИПОСПАДИЙ У ДЕТЕЙ А. М. Магомедова - студентка 511 гр. педиатрического факультета 218

ГЛАЗНЫЕ БОЛЕЗНИ..... 220

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ МАКУЛЯРНОГО ОТЕКА СЕТЧАТКИ М.М. Магомедова- аспирант, А. Э. Муслимова - студентка 3-го курса, лечебного факультета.....220

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ СИМПТОМОВ СИНДРОМА «СУХОГО ГЛАЗА» У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА А.В. Лисеный – студент 518 группы лечебного факультета, Т.Ю. Сивуха, А.С. Хрущёва студенты 504 группы лечебного факультета.....222

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СПОСОБА НЕПРЕРЫВНОЙ ПЕРФУЗИИ СУБТЕНОНОВОГО ПРОСТРАНСТВА В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛАЗА Саидова Р.М. – врач – офтальмолог отделения «ВР-КХ» ГБУ НКО «ДЦМГ» Нурудинов М.М. – врач – офтальмолог отделения «НТ-ВРХ» ГБУ НКО «ДЦМГ».....225

НАШ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ УСОВЕРШЕНСТВОВАННОЙ МЕТОДИКИ НАРУЖНОЙ ДАКРИОЦИСТОРИНОСТОМИИ Алиев Р.А. – клинический ординатор 2-го года Шихунов Д.Ш. – зав. отделением «ВР-КХ» ГБУ НКО «ДЦМГ».....227

ИССЛЕДОВАНИЕ ДИНАМИКИ РЕФРАКЦИОННОЙ СТРУКТУРЫИ АБЕРРАЦИЙ ОПТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ ГЛАЗА В ХИРУРГИИ ГЛАУКОМЫ Кулиева З.Р. – клинический ординатор 2-го года.....234

НАШ ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ МНОГОКОМПОНЕНТНЫХ ВИТРЕОРЕТИНАЛЬНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ТРАВМАХ ГЛАЗА Алиев Р.А. – клинический ординатор 2-го года.....237

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ 241

НАРУШЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ У ЖЕНЩИН ДЕТОРОДНОГО ВОЗРАСТА С ГИПОФУНКЦИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Э.Э. Лалаев, А.С. Цындяйкина, Д.С. Подкопаева, все – студенты 241

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ, КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В РУБЦЕ НА МАТКЕ М.А. Идрисова – молодой ученый.....244

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и..... 244

медико-профилактического факультетов..... 244

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия 244

Научный руководитель – д.м.н., проф. Эседова А.Э. 245

РОЛЬ ТРОМБОФИЛИЧЕСКИХ ГЕМОСТАЗИОПАТИЙ В ПРИВЫЧНОМ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ П.О. Туркина, Е.В. Фей – студенты Л-519 гр. лечебного факультета.....247

МЕТОД ОЦЕНКИ КОМПОЗИТНОГО СОСТАВА ТЕЛА У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ В МЕНОПАУЗЕ М.А. Идрисова– молодой ученый.....249

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и..... 249

медико-профилактического факультетов..... 249

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия 249

Научный руководитель - д.м.н., проф. Эседова А.Э. 249

ХОЛТЕРОВСКОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ЭКГ БЕРЕМЕННЫХ, РОЖЕНИЦ, ОДИЛЬНИЦ В ПЕРИОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД. Абдурахманова С.М. – клинический ординатор 251

БРОНХОФОНОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ РАССТРОЙСТВ ДЫХАНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ Магомедова К.А.- ассистент, Максимова Р.М. – студентка 621 группы лечебного факультета Д. 254

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ НА ПОЗДНИХ СРОКАХ БЕРЕМЕННОСТИ. СВЕЖИЙ ВЗГЛЯД НА СТАРЫЕ ПРОБЛЕМЫ Магомедова К.А.- ассистент, Исмаилова М.Б. – студентка 521 гр. лечебного факультета, Гасанова А.А. – студентка 604 гр. лечебного факультета....257

ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ЖЕНЩИН С ВЫСОКИМ ПАРИТЕТОМ А.Б. Гасанова, М.А. Идрисова – молодые ученые 259

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ НА ФОНЕ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ М.А. Магомедалиева – аспирант 2-го обучения 262

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ЖЕНЩИН С ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗОЙ НА ФОНЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Д.К. Мурадова - аспирант 2-го обучения.....265

ЦИТОКИНОВЫЙ СТАТУС У МНОГОРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН В МЕНОПАУЗЕ А.Б. Гасанова – молодой ученый, М.А. Идрисова – молодой ученый.....268

СИНДРОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ И ГИПОТИРЕОЗ В ПОЗДНЕМ РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ М.А. Магомедалиева – аспирант 2-го обучения.....270

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН СУРОГЕНИТАЛЬНЫМ МИКОПЛАЗМОЗОМ А.Р. Омарова – студентка 6 курса 12 гр. лечебного факультета, Э.Г. Герейханова - молодой ученый 273

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и..... 273

медико-профилактического факультетов..... 273

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия 273

Научный руководитель – д.м.н., проф. Эседова А.Э. 273

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ РОДОВ У ЖЕНЩИН С ВРОЖДЕННЫМИ АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ МАТКИ А.Р. Омарова – студентка 6 курса 12 гр. лечебного факультета, У.А. Магомедова 274

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и..... 274

медико-профилактического факультетов..... 274

Кафедра общей гигиены и экологии человека..... 274

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия 274

Научный руководитель – д.м.н., проф. Эседова А.Э. 274

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ПЛАЦЕНТАРНОЙ ДИСФУНКЦИИ НА ФОНЕ УГРОЗЫ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В РАННИХ СРОКАХ А.Р. Омарова – студентка 6 курса 12 группы лечебного факультета, У.А. Магомедова.....275

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и..... 276

медико-профилактического факультетов..... 276

Кафедра общей гигиены и экологии человека..... 276

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия 276

Научный руководитель – д.м.н., проф. Эседова А.Э. 276

НАРУШЕНИЯ СИНТЕЗА КОЛЛАГЕНА ПРИ ГЕНИТОУРИНАРНОМ МЕНОПАУЗАЛЬНОМ СИНДРОМЕ, АССОЦИИРОВАННЫМ САХАРНЫМ

ДИАБЕТОМ 2 ТИПА П.Г-Г. Магомедова – аспирант 1-го обучения, М.А. Идрисова – молодой ученый 277

ТЕЧЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗЫ У ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Д.К. Мурадова – аспирант 2-го обучения.....280

ВЛИЯНИЕ БОЛЕВОГО СИНДРОМА, СВЯЗАННОГО С НАРУЖНЫМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ, НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН М.Н. Ахмедова – аспирант 2-го года.....282

ОЦЕНКА ГОРМОНАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ НА ФОНЕ ГИПОТИРЕОЗА Т.С. Магомедова – молодой ученый, М.А. Магомедалиева – аспирант 2-го года обучения, М.А. Идрисова – молодой ученый 285

ОСТЕОПЕНИЯ И ОСТЕОПОРОЗ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ И.М. Алиева – аспирант 2 года.....288

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ГЕНИТОУРИНАРНОМ МЕНОПАУЗАЛЬНОМ СИНДРОМЕ, АССОЦИИРОВАННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА П.Г-Г. Магомедова - аспирант 1-го обучения 290

ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ АДЕНОМИОЗА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА А.М. Меджидова - аспирант 3 года обучения 293

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У МНОГОРОЖАВШИХ С МЕНОПАУЗАЛЬНЫМ ИНДРОМОМ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ З.М. Касумова - аспирант 3-го года обучения 294

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и 294

медико-профилактического факультетов 294

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия 294

Научный руководитель - д.м.н., проф. Эседова А.Э. 294

Актуальность. Менопаузальный синдром на фоне метаболических нарушений у многорожавших развивается более чем в 80% случаев. Изучение данной проблемы приводит к необходимости подбора наиболее оптимального метода лечения путем сравнительной оценки менопаузальной гормональной терапии. 294

Цель исследования: оценить влияние менопаузальной гормональной терапии Анжелик Микро и Фемостон 1\5 на коррекцию менопаузального синдрома на фоне метаболических нарушений и определить их клиническую эффективность. 294

ИСХОДЫ РОДОВ У ЖЕНЩИН С ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКОЙ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТ А.С. Кропачева, А.Л. Гатицкая – студенты 296

ОСНОВНЫЕ ИТОГИ ПРОГРАММ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ ОМС М.С. Бойченко, А.С. Жилина, М.В. Мартыненко - студенты 4 курса лечебного факультета298

ТЕСТИРОВАНИЕ НА ВИРУС ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА СТУДЕНТОК СПБГПМУ Л.К. Церцвадзе, Г.К. Церцвадзе - студенты 6-го курса, Л.И. Элишакова – студент 5 – го курса, И.С. Ткаченко - студент 6-го курса, Н.Б. Джапаридзе - студент 4-го курса300

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ МИОМЫ МАТКИ Голубова Д.А. - студентка 517 гр. лечебного факультета.....302

АНТЕНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ПАТОЛОГИИ ПЛОДА А.С. Кропачева, А.Л. Гатицкая - студенты.....304

ВЗАИМОСВЯЗЬ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ, КАРДИОПУЛЬМОНАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ И ВНУТРИУТРОБНОЙ ГИПОКСИИ ПЛОДА Е.А. Павлович – студентка 1507 гр. лечебного факультета ***.....305***

ОСОБЕННОСТЬ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО АЛГОРИТМА ВЕДЕНИЯ МОНОХОРИАЛЬНЫХ МНОГОПЛОДНЫХ БЕРЕМЕННОСТЕЙ. РЕЗУЛЬТАТЫ ЗА 2018 ГОД В ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ М.Л. Козлова - студент 509 гр. лечебного факультета, В.И. Волкова - студент 509 гр. лечебного факультета, А.В. Хань - студент 510 гр. лечебного факультета, А.В Жильцова - студент 509 гр. лечебного факультета, В.В. Емельянов - студент 509 гр. лечебного факультета ***.....308***

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ФОРМ ТРОМБОФИЛИЙ НА ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ М.М. Мухтарова - заочный аспирант ***.....309***

АССОЦИАТИВНОЕ ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ Д. И. Боечко - студент 422 гр. лечебного факультета ***.....312***

ПОСЛЕРОДОВАЯ ИНФЕКЦИЯ: ВЫБОР СТРАТЕГИИ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ Н. Л. Зверко – студентка 1431 группы лечебного факультета, В. Р. Аскарова – студентка 1431 группы лечебного факультета ***.....314***

ОЦЕНКА КОМОРБИДНОГО ВЗАИМОВЛИЯНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕН НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ А. Д. Худякова – студентка 516 гр. лечебного факультета; В. В. Петров – студент 516 гр. лечебного факультета ***.....316***

ДОЗА И ПУТИ ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ПРИ МЕДИКАМЕНТОЗНОМ ПРЕРЫВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ А.Г. Борисовец, Д.А. Лукомский, А.А. Клименков – студенты 528, 519 группы лечебного факультета ***.....317***

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ А. Д. Худякова – студентка 516 группы лечебного факультета ***.....320***

ВОЗМОЖНОСТИ ПОВЫШЕНИЯ КОМПЛАЕНТНОСТИ ЖЕНЩИН К ПРИЕМУ ГОРМОНАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ Н.В. Григорьева – аспирант, И.А. Вальц - студент 608 гр. лечебного факультета ***.....322***

РЕБЕЦ НА МАТКЕ – НЕ ПОВОД ДЛЯ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ Белашов Н.В., Котлубаева Э.Ю. – студенты 410 гр. лечебного факультета ***.....325***

ЛЕЧЕНИЕ ВАГИНАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ КОМБИНИРОВАННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ Т.В. Алексанян, К.А. Панина - студенты 5-го курса ***.....326***

АНОМАЛИИ ПРИКРЕПЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ КАК ПРИЧИНА ОРГАНОУДАЛЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ В РОДАХ К.А. Зубарева – студент 613 гр. лечебного факультета ***.....327***

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У КУРЯЩИХ ПАЦИЕНТОК Е.Н. Соловьёва – студентка 537 гр. педиатрического факультета ***.....330***

УСЛОВИЯ КРАЙНЕГО СЕВЕРА ЯМАЛА КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА А.В. Тяпкин – студент 517 гр. лечебного факультета, Р.И. Алекберов – студент 518 гр. лечебного факультета ***.....332***

ПРИБАВКА ВЕСА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ КАК ФАКТОР РИСКА ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА А. Д. Кузеванова - студентка 516 гр. лечебного факультета ***.....334***

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ С ПЕРЕКРУТОМ КИСТЫ ЯИЧНИКА В ГЕСТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ Д.С.Федотова - студентка 416 гр. лечебного факультета ***.....336***

СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ С АНТЕНАТАЛЬНОЙ ГИБЕЛЬЮ ПЛОДА

Ю.В. Самойленко - студент 407 группы лечебного факультета Д.С.Федотова - студентка 416 группы лечебного факультета 339

МЕЗОТЕЛИОМА БРЮШИНЫ И БЕРЕМЕННОСТЬ. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ А.А. Курбанов - студент 4 курса лечебного факультета 341

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ А.Ю. Санникова – студентка 412 гр. лечебного факультета.....342

РОЛЬ АЛИМЕНТАРНОГО ФАКТОРА И ПРИБАВКИ ВЕСА ВО ВРЕМЯ ЕРЕМЕННОСТИ В УВЕЛИЧЕНИИ РИСКА ИЗБЫТОЧНОГО РОСТА ПЛОДА Д. И. Боечко - студент 422 гр. лечебного факультета, Л. А. Кузнецова - студент 613 гр. лечебного факультета.....345

КРИТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ - ОСТРАЯ ЖИРОВАЯ ДИСТРОФИЯ ПЕЧЕНИ Г.Д. Галиева - студент 6 курса лечебного факультета 347

РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ПАЦИЕНТОК С МИОПИЕЙ ВЫСОКОЙ И СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ Р. В. Азнаева – студент 424 группы лечебного факультета, Ю. Ю. Капишникова – студент 423 группы лечебного факультета, И. Е. Крахотина - студент 424 группы лечебного факультета 349

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ В РУДИМЕНТАРНОМ РОГЕ МАТКИ А.Ю. Сапунцова - студент л1-с-о-132а группы, А.А. Янишевская - студент л1-с-о-147в группы 350

ПОВЫШЕННАЯ ЭКСПРЕССИЯ МАТРИКСНОЙ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ 2 ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ С.М. Ибрагимова - аспирант.....353

ПОРТРЕТ СОВРЕМЕННОГО ОТЦА ПЕРМСКОГО КРАЯ О.А.Козменко – студентка 522 группы лечебного факультета, В.В. Коновалов – студент 521 группы лечебного факультета.....355

НЕРВНЫЕ БОЛЕЗНИ 358

ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА КАК ИСХОД ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ 358

А. Г. Идрисов-студент 5 курса лечебного факультета 358

СОПРЯЖЕННОСТЬ НАЛИЧИЯ ТОКСОПЛАЗМ С ЭПИЛЕПСИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ, ОБСЛЕДОВАННЫХ С ПРИМЕНЕНИЕМ НОВОЙ БИОМЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ И.М. Тутаев.– студент 11 группы 3 курса, - студент педиатрического факультета 359

ВЛИЯНИЕ ЛЕВЕТИРАЦЕТАМА НА ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ И ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ НА МОДЕЛИ ГЛОБАЛЬНОЙ ИШЕМИИ А.А. Петрунина – студентка 1.5.04 группы лечебного факультета ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова 362

РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДИКИ ЗЕРКАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ПОЗДНЕМ ПЕРИОДЕ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ ИНСУЛЬТА Е. А. Никулин, М. Ю. Ильин - студенты 1 гр. лечебного факультета, А.И. Богатикова - студент 4 гр. лечебного факультета.....363

КЛИНИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ СПАСТИЧЕСКИХ ФОРМ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ М.М. Бобоев - студент 205 гр. лечебного факультета, А.М. Абдуллаев - студент 203 гр. лечебного факультета, К. Собиров - студент 410 гр. педиатрического факультета.....365

ВЗАИМОСВЯЗЬ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ И ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С.В. Бурцева – студент 5 курса лечебного факультета, В.И.Шевцова – к.м.н., ассистент 366

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ И ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ, СТРУКТУРА ФАКТОРОВ РИСКА И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ТЕРАПИИ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ В Г. ПЕРМИ О.Р. Самедова – студентка 408 группы лечебного факультета 370

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ И ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ДАННЫХ У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН А.М. Гаджиева - студентка 326 группы лечебного факультета....373

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ПРИ ПРИЕМЕ НЕЙРОЛЕПТИКОВ У ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ ШИЗОФРЕНИЯ М. Е. Груббэ – студентка 534 гр. педиатрического факультета....376

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЛАКУНАРНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА С ТРАНЗИТОРНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ АТАКОЙ Н.И. Ерусланкин – студент 445 гр. лечебного факультета, А.С. Жиглов – студент 446 гр. лечебного факультета....378

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПИЩЕВОЙ АДДИКЦИИ И ЕЕ СВЯЗЬ С ТРЕВОЖНЫМ СОСТОЯНИЕМ СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА А.А. Бакаева, Л.С. Джуманьязова – студентки 506 гр. лечебного факультета, М.М. Ибрагимова - студентка 502 гр. лечебного факультета 380

ОЦЕНКА КОГНИТИВНЫХ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ЭКСТРАПИРАМИДНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ М.Ю. Федорова – студентка лечебного факультета....382

ОЦЕНКА ИНФОРМИРОВАННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА КИРОВА ОБ ИНСУЛЬТЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТНОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ А.А. Смирнов – студент 3 курса лечебного факультета....383

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ УРОВНЯ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ СТУДЕНТАМИ РАЗЛИЧНЫХ ВУЗОВ Е.В. Фей, П.О. Туркина – студенты Л-519 гр. лечебного факультета....386

НАРУШЕНИЕ РАВНОВЕСИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ: ВКЛАД ПРОПРИОЦЕПТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ Л.Н. Балакирева – студентка 17 группы лечебного факультета....389

НАРУШЕНИЕ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ Д.А.Цветкова – студент 403 гр. лечебного факультета....390

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ РЕФЛЕКСОВ ПРИ СПАСТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЯХ М. С. Макеева – студентка лечебного факультета....392

ЛЕЧЕНИЕ МИГРЕНИ МОНОКЛОНАЛЬНЫМИ АНТИТЕЛАМИ З. З. Хайретдинова – студентка 157-А гр. лечебного факультета, И.В. Джемилов – студент 151-А гр. педиатрического факультета....394

РАЦИОНАЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АМИТРИПТИЛИНА У ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМ СИНДРОМОМ НА ФОНЕ ДОРСАЛГИИ А. М. Гасанова - студентка 611 гр. педиатрического факультета, П. М. Абдусаламова, З. М. Идрисова - студентки 610 гр. педиатрического факультета....396

ДВИГАТЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ У ЖЕНЩИН В ДАГЕСТАНЕ Ф.Б. Джамалутдинова, Н.А. Умарова – студентки 624 гр. лечебного факультета, К.Б. Манышева – ассистент 398

Список литературы 400

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ СИНДРОМА ЛАНДАУ-КЛЕФФНЕРА Е. В. Третьяк - студентка 133А гр. лечебного факультета, В. Р. Фёдорова- студентка 131А гр. лечебного факультета, В. Ю. Шурыгин - студент 155В гр. лечебного факультета.....400

БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ М.А.Алибекова - врач-невролог, заведующий отделением РЦДПОВ,. М.Д.Шанавазова, М.А.Аскевова - аспиранты кафедры, М.Д.Абдулкадырова - студентка 424 гр. лечебного факультета.....401

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА И. В. Сухих – студент 22 гр. лечебного факультета, А. А. Надеина – студентка 22 гр. лечебного факультета.....403

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА У ПАЦИЕНТОВ, ВПЕРВЫЕ ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ Надеина А. А. – студентка 22 гр. лечебного факультета, Сухих И. В. – студент 22 гр. лечебного факультета.....405

СИНДРОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ КОГНИТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ А.А. Рахманова, С. М. Хуталиева - студентки.....407

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА С. А. Хохлова – студентка гр. ЛД-15-13, лечебного факультета; Н. В. Мальцева – студентка гр. ЛД-15-14, лечебного факультета.....409

КОМОРБИДНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ В ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ Е.А. Корсунская - студент 5 курса лечебного факультета411

ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ СФЕРА ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ Н. С. Репина - студент 613 группы педиатрического факультета И. Н. Жук – студент 613 группы педиатрического факультета.....412

РЕАБИЛИТАЦИЯ НАРКОЗАВИСИМЫХ В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ Д.А.Некрасов - студент 506 гр. лечебного факультета Е.В.Ионова- студентка 602 гр. медико-биологического факультета.....414

КЛИНИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ГОЛОВОКРУЖЕНИЕМ М. А. Лаврухина, М.В. Гудкова - студентки 157- А группы 1-го медицинского факультета 416

СИНДРОМ ТРЕПАНИРОВАННОГО ЧЕРЕПА Н.В. Рудишкин, А.И. Мурадханов – студенты 1401 гр. лечебного факультета 417

ОЦЕНКА УРОВНЯ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФЕКЦИОННЫМИ И ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ Сайкина Е.А. - студентка 401 группы лечебного факультета 419

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОЙ ФОРМОЙ ЭПИЛЕПСИИ А.Р. Курбанова[1] – студент 5 курса лечебного факультета, А.А. Зиганшин[2] – ординатор.....420

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОСТРОГО ПЕРИОДА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ Н.Б. Ханмурзаева, С.Б. Ханмурзаева – молодые ученые 422

ЭЛЕКТРОНЕЙРОМИОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ В ДИАГНОСТИКЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА Н.Б. Ханмурзаева, С.Б. Ханмурзаева – молодые ученые 423

ВЛИЯНИЕ ИСХОДНОГО УРОВНЯ ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСА НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И УСПЕВАЕМОСТЬ СТУДЕНТОВ Н.Б. Ханмурзаева, С.Б. Ханмурзаева –

молодые ученые ***425***

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ЭКЗО- И ЭНДОГЕННЫХ ФАКТОРОВ НА СКОРОСТЬ РЕАКЦИИ У СТУДЕНТОВ Н.С. Мелешкин – студент 4 курса лечебного факультета ***426***

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ 429

СЛУЧАЙ НЕЙРОБОРЕЛЛИОЗА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ Д. Р. Асанханова – студентка 520 гр. лечебного факультета ***429***

ЭКГ ДИАНОСТИКА ПОРАЖЕНИЙ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ БРУЦЕЛЛЕЗОМ ***431***

[1]Махлоева Р. М. студентка 505. гр. леч. фак., [1]Гаджиева Р.Ч. студентка 536гр. леч.фак., ***431***

[1]Абдулкадырова С.Р. студентка 537гр. леч. фак., [1]Дагирова К.З. студентка 536гр. леч. фак., [1]У.У. Алигишиев кл. ординатор,[2]З.Т. Ахмедова студентка 504. гр. леч. фак. ***431***

ОСОБЕННОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ У БОЛЬНЫХ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН ***433***

Ц.Ш. Омарова – аспирант 2 года уобучения ***433***

МАЛЯРИЯ В ЗИМБАБВЕ ***435***

Kashangura LLoid Tadira - студент 39 гр. лечебного факультета ***435***

ВЫЯВЛЕНИЕ АНТИТЕЛ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ М К БОРРЕЛИЯМ В ИММУНОБЛОТЕ НА ТЕРРИТОРИИ ВСЕХ ОБЛАСТЕЙ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ Новик А.А., Микитюк А.В. - студентки 4 курса лечебного факультета ***439***

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА И ИММУНОПРОФИЛАКТИКА КОКЛЮША В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ Р.Н. Андреев - ординатор, Ю.А. Лыгина - ассистент, А.Г. Серажим - ординатор, О.Н. Ткаченко, Н.В. Комиссаровская - студенты ***441***

ГЕРИАТРИЯ 444

КОМОРБИДНОСТЬ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ГЕРИАТРА Нурбагандава П.М. студентка 630 группы лечебного факультета, Нурбагандова Пз.М. студентка 630 группы лечебного факультета, Дундарова З.Н. клинический ординатор ***444***

ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ САХАРОСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ В СООТВЕТСТВИИ С ВЫРАЖЕННОСТЬЮ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ***445***

А.Е.Абрамова студент – студентка 342 гр. лечебного факультета, Т.В.Черноталова - студентка 342 гр. лечебного факультета ***445***

ПОЛИПРОГМАЗИЯ: ПЕРСПЕКТИВЫ ЛЕЧЕНИЯ В ГЕРИАТРИЧЕКОЙ ПРАКТИКЕ Нурбагандова Пз.Мх. студентка 630гр. лечебного факультета, ***447***

Нурбагандова П.Мх. студентка 630 гр. лечебного факультета, ***447***

Дундарова З.Н. клинический ординатор ***447***

БОЛЕЗНИ УХА, ГОРЛА И НОСА 449

СОВРЕМЕННЫЕ ВАРИАНТЫ КОРРЕКЦИИ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА ПРИ ЕЕ ДЕФОРМАЦИИ Ш.И. Ибрагимов - к.м.н., Э.Г. Гамзатова - к.м.н., ассистент, М.-Б.Яндиев - студент 418 гр. лечебного факультета, З.М. Джалалова - клинический ординатор ***449***

СЕРНАЯ ПРОБКА КАК ОДНА ИЗ ПРИЧИН НАРУШЕНИЯ СЛУХОВОЙ ФУНКЦИИ СРЕДНЕГО УХА А.А. Гасанова - студентка 604 гр. лечебного факультета, Р.Б.Казиахмедов - студент 601 гр. лечебного факультета, А.К.Абдуллаева - клинический ординатор ***451***

ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ ОРОФАРИНГОМИКОЗА НА ФОНЕ ДИСБАКТЕРИОЗА У ДЕТЕЙ С ТРАХЕОБРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В.А. Калугина - студентка 504 группы лечебного факультета, М.С. Климкина - студентка 514 группы лечебного факультета, М.О. Межейникова – ассистент 454

ТРАВМАТОЛОГИЯ, ОРТОПЕДИЯ И ВПХ 458

ТРАВМЫ ПРИ ПАДЕНИИ С ВЫСОТЫ С БЛАГОПРИЯТНЫМ ИСХОДОМ..... 458

М.Н. Рудакова – ординатор 2 года, специальность скорая медицинская помощь..... 458

СПЕЦИФИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИТРАВМОЙ М.Л. Козлова - студент 509 гр лечебного факультета., В.И. Волкова - студент 509 гр. лечебного факультета, А.В. Хань - студент 510 гр. лечебного факультета, А.В Жильцова - студент 509 гр. лечебного факультета, В.В. Емельянов - студент 509 гр. лечебного факультета..... 459

ЛЕЧЕНИЕ ЧРЕЗВЕРТЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА И ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ Шепелев Д. С., студент 4-ого курса, педиатрический факультет 461

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ ПРИ ЙОДОДЕФИЦИТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ..... 464

Д. М. Абдурагимова - студентка 608 гр. лечебного факультета 464

МЕСТО И ЗНАЧЕНИЕ МЕТОДИКИ DHS В ОСТЕОСИНТЕЗЕ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА Бисов А.С. - студент 5 курса..... 465

АНАЛИЗ ПОДХОДОВ К МЕТОДУ ОСТЕОСИНТЕЗА ПЕРЕЛОМОВ ЛОДЫЖЕК В.В. Яценко - Студент 5 курса 467

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ В ЛЕЧЕНИИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ 469

Гитинова Л. Р. - студентка 4 курса лечебного факультета..... 469

КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ..... 471

СЛУЧАЙ СКРОФУЛОДЕРМЫ М. Г. Газиев, Н. Н. Султанова – клинические ординаторы..... 471

ВЛИЯНИЕ ЗУДА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ НЕКОТОРЫХ ДЕРМАТОЗАХ Е.А.Васильева – аспирант, Т.Н. Жиленок – студентка лечебного факультета, группа 501-44С А.Н. Христолюбская - студентка лечебного факультета, группа 501-44С..... 473

ЭРИТЕМА СТОЙКАЯ ДИСХРОМИЧЕСКАЯ..... 476

К.М. Гаджимурадова – студентка 610 гр. лечебного факультета 476

РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ СОЧЕТАНИЯ ЛИПОИДНОГО НЕКРОБИОЗА И САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА В.С. Королёва - аспирант 479

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ Е.В.Деркач, К.А. Харитоненко - студентки 519 гр. лечебного факультета ..480

ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИЯ 484

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЛЁГОЧНЫМ ТУБЕРКУЛЁЗОМ НА ПРИМЕРЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ НИЖЕГОРОДСКОГО ОБЛАСТНОГО ПРОТИВОТУБЕРКУЛЁЗНОГО ДИСПАНСЕРА А.Г. Наумов – ассистент 484

ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПОСЛЕ ЛОБЭКТОМИЙ, ВЫПОЛНЕННЫХ РАЗЛИЧНЫМИ ДОСТУПАМИ В. Р. Аскарова – студентка 1431 гр.

лечебного факультета *485*

ВЛИЯНИЕ ОТМЕНЫ МАССОВОГО СКРИНИНГА НА ТУБЕРКУЛЁЗ У ДЕТЕЙ НА КАЧЕСТВО ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА Д.Д. Руммо – студент 4-ого курса, 1419 гр, лечебного факультета, К.Г. Войтехович – студентка 4-ого курса, 1419 гр, лечебного факультета *487*

КОЛЛАПСОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА С. С. Бежан – клинический ординатор по специальности «Фтизиатрия» *489*

КЛИНИКА ДИССЕМИНИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА С МНОЖЕСТВЕННОЙ И ШИРОКОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ В УСЛОВИЯХ СЕВЕРНОГО РЕГИОНА В.Ш. Магомедов - клинический ординатор по специальности «Фтизиатрия» *490*

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ Г. СУРГУТА А.С. Какухина – студентка 6 курса *492*

ТУБЕРКУЛЕЗ У БОЛЬНЫХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ И ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С А.Н. Давудова, А.Е. Пахар - клинические ординаторы по специальности «Фтизиатрия» *494*

ДИАГНОСТИКА ДИССЕМИНИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА С МНОЖЕСТВЕННОЙ И ШИРОКОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ В УСЛОВИЯХ СЕВЕРНОГО РЕГИОНА Г.Н. Байрамова - клинический ординатор по специальности «Фтизиатрия» *496*

ГЕПАТИТ-СОЧЕТАННЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ В.Н. Сторчак – студент 1415 гр. лечебного факультета *498*

ТУБЕРКУЛЁЗ ПАХОВЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ А.Н. Полонейчик – студент 1415 гр. лечебного факультета *500*

3D-ПРОТОТИПИРОВАНИЕ ЛЁГКОГО ПАЦИЕНТА ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ТУБЕРКУЛЁЗЕ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ А.Г. Наумов – ассистент, В.О. Теплов – студент 620 гр. педиатрического факультета *501*

АНАЛИЗ ОДНОВРЕМЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ И ТУБЕРКУЛЕЗА Д.В. Ткачёва – студентка 4-го курса 1419 гр. лечебного факультета, А.Е. Протас – студент 4-го курса 1419 гр. лечебного факультета *503*

СТЕПЕНЬ СТИГМАТИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЁЗОМ Н.И. Ващёнок, К.В. Дорофеева—студентки 4-го курса лечебного факультета *504*

ЧАСТОТА АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ХОЗЛ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА Г.А. Верзилина - студент, А.Ш. Эннанова - студент *506*

СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ 508

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОТРАВЛЕНИЯ ПРЕГАБАЛИНОМ И ТРАМАДОЛОМ М.Н.Рудакова – ординатор 2 года, Е.А. Юневич – врач-терапевт *508*

УРОЛОГИЯ 511

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА С ПОМОЩЬЮ ВИБРАЦИОННОГО МАССАЖА АППАРАТОМ «АВАНТРОН» Ш. Д. Закерьяев - студент 6-го курса лечебного факультета, П. М. Клименко *511*

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ 513

РИСК РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПАУ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ Г. СУРГУТА Л.Н. Верижникова – старший преподаватель *513*

ОПРЕДЕЛЕНИЕ 10-ЛЕТНЕЙ ВЕРОЯТНОСТИ ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ

ПЕРЕЛОМОВ У ПАЦИЕНТОВ С ПОМОЩЬЮ ИНСТРУМЕНТА FRAX В.А.Калугина- студентка 504 группы лечебного факультета, А.А.Гапоненко- студентка 528 группы лечебного факультета**.....515***

РАЗВИТИЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ОБОИХ ТИПОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ Н.С. Молчанов – студент 501 гр. лечебного факультета, А.Д. Джамалудинова – студентка 518 гр. лечебного факультета**.....518***

ЗАВИСИМОСТЬ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ САХАРНОГО ДИАБЕТА II ТИПА ОТ ГЛЮКОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ: УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ НАТОЩАК, УРОВЕНЬ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА И ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ГЛЮКОЗЕ З. Аскерова - студентка 3 курса лечебного факультета**.....521***

ОНКОЛОГИЯ, ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ..... 524

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИГИБИТОРОВ ФИБРИНОЛИЗА ПРИ ЧРЕЗПУЗЫРНОЙ АДЕНОМЭКТОМИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП А.А. Чечулин – студент 1329 гр. лечебного факультета**.....524***

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2013-2017 ГГ. И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ Е.Е. Ефремова, Е.В. Черных – студенты 302 гр. лечебного факультета**.....526***

ОПУХОЛИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В НАСЛЕДИИ ГИППОКРАТА А. А. Личкова – студент 71112 гр. лечебного факультета**.....528***

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ А.В. Есин - ординатор второго года обучения**.....530***

Цель. Оценить взаимосвязь факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы..... 530

Материалы и методы. Проведен обзор актуальных исследований по теме первичной профилактики ДГПЖ. Проведенные исследования показали, что у пациентов с симптомами нижних мочевых путей (СНМП) имеется более высокая распространенность сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Ретроспективный анализ историй болезней 295 мужчин с трансуретральной резекцией простаты для лечения ДГПЖ с СНМП включавший анализ ФР ССЗ: артериальная гипертензия, сахарный диабет (СД), курение и дислипидемии, тяжесть СНМП измеряемой по Международной Простатической шкале симптомов (IPSS), объем простаты, значения простат -специфического антигена (ПСА), максимальную скорость потока мочи (Qmax), и остаточной мочи (PVR) у субъектов с или без сердечно -сосудистых факторов риска, продемонстрировал, что мужчины, страдающие АГ, более вероятно, имеют более высокую IPSS и большой объем простаты, чем мужчины без АГ. Данное исследование наглядно демонстрирует патофизиологическую связь между АГ и СНМП и необходимость лечения ДГПЖ с учетом выраженности сердечно-сосудистой патологии у данной группы пациентов. Эректильная дисфункция часто связана с васкулопатией, которую инициируют сосудистые ФР. Большинство исследователей считают, что сердечно - сосудистые факторы риска должны быть оценены у каждого больного с ДГПЖ, а в случае выявления у больного с ДГПЖ ССЗ кардиолог должен осмотреть пациента до начала лечения. Если симптомы нарушения мочеиспускания являются преобладающими, альфа - блокаторы или ингибиторы альфа - редуктазы являются препаратами выбора. В случае возникновения симптомов задержки мочи, лечение может быть начато с применением антагонистов мускариновых рецепторов. 531

ВАЖНОСТЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПОДХОДА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОНКОЛОГИЕЙ П.М. Гаджимурадова - студентка 2 курса лечебного факультета ...531

ПРИМЕНЕНИЕ ФЕРМЕНТНОГО АНАЛИЗА В ДИАГНОСТИКЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Ш.З.Магомедова – студентка 221 гр. лечебного факультета ***533***

АППАРАТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ З.М. Абдурахманова – аспирант, М.Р. Рамазанов, Э.А. Алиев, М.М. Рамазанов, А.С. Абасова, М.М. Хамидов ***537***

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ З.М. Абдурахманова – аспирант, М.Р. Рамазанов, Э.А. Алиев, М.М. Рамазанов ***538***

ФУНКЦИОНАЛЬНО-СБЕРЕГАЮЩИЕ ИННОВАЦИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РАКА П.М. Абдусаламова, М.М. Хамидов– студенты 6 курса , Р.Ш. Абдулаева – студентка 4 курса ***543***

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С РАКОМ ПИЩЕВОДА М.Б. Бамматова – студентка 641 гр. лечебного факультета, П.А. Дибирова - студентка 622 гр. лечебного факультета, П.М. Абдусаламова - студентка 610 гр. педиатрического факультета ***545***

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЕГКОГО Б.Т. Джафаров - студент 631 гр. лечебного факультета ***547***

ВОЗМОЖНОСТИ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКИ ПРИ ОСТЕОХОНДРОПАТИИ ГОЛОВКИ II И III ПЛЮСНЕВОЙ КОСТИ (ВТОРАЯ БОЛЕЗНЬ КЕЛЛЕРА) С.Х. Шахманаев - студент 338 гр. лечебного факультета, Х.А. Асхабова - студентка 302 гр. педиатрического факультета ***548***

ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ, КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛИМФОМЕ ХОДЖКИНА М.Л. Козлова - студент 509 гр лечебного факультета., В.И. Волкова - студент 509 гр. лечебного факультета, А.В. Хань - студент 510 гр. лечебного факультета, А.В Жильцова - студент 509 гр. лечебного факультета, В.В. Емельянов - студент 509 гр. лечебного факультета ***550***

ИССЛЕДОВАНИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ПО НЕКОТОРЫМ ВОПРОСАМ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ Д.Д. Зинкевич, А.П. Яшник – студенты 126 группы лечебного факультета ***551***

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЦИТОЛОГИЧЕСКОМУ СКРИНИНГУ АДЕНОКАРЦИНОМЫ ШЕЙКИ МАТКИ З.М. Абдурахманова – аспирант ***554***

ВИРУС ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА – ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР ОПУХОЛЕЙ РОТОГЛОТКИ И ГОРТАНИ Н. Л. Зверко – студентка 1431 гр. лечебного факультета ***555***

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ МЕТОДИКИ ВИЗУАЛИЗАЦИИ МИКРОКАЛЬЦИНАТОВ (MICROPURE) В ДИАГНОСТИКЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Л.Д. Котова – клинический ординатор, П.С. Гомина – молодой учёный, Н.В. Жеребцова – молодой учёный, Д.Н. Воргова – ассистент, к.м.н. ***557***

ИЗБЫТОЧНАЯ МАССА ТЕЛА И РАЗВИТИЕ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ***560***

ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО ***560***

РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ***560***

З.М. Абдурахманова – аспирант ***560***

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ДИССЕМИНИРОВАННОЙ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ СТРОМАЛЬНОЙ ОПУХОЛИ. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ А.А. Курбанов - студент 4 курса лечебного факультета ***561***

***РОЛЬ МАТРИКСНЫХ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ (ММП, ММР) В ОНКОГЕНЕЗЕ Н.Д. Гриценко – студент 3 курса лечебного факультета, лаборант кафедры гистологии, ***

цитологии, эмбриологии; А.О. Шибкина – студентка 3 курса лечебного факультета562

СОНОГРАФИЯ КАК МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВАРИАНТОВ АНАТОМИИ СЕДАЛИЩНОГО НЕРВА В ЯГОДИЧНОЙ ОБЛАСТИ К.М. Ким, К.А. Козлова - студенты 410 гр. лечебного факультета 565

ФАРМАКОЛОГИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ,ФАРМАКОЭКОНОМИКА И ФАРМАЦИ́Я..... 569

СРАВНЕНИЕ В РАЗНЫХ РЕГИОНАХ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЙСТВИЯ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРЕПАРАТОВ А.С. Абызбаева – студент 317 гр. лечебного факультета С.А. Буреева – студент 305 гр. лечебного факультета Л.А. Таштемирова – студент 305 гр. лечебного факультета.....569

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ФОРМЫ С ПРОПОЛИСОМ В ТЕРАПИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК. С.Ш.Магомедова- студентка 301 группы 3 курса лечебного факультета, ...570

Л.Б.Абдулжелилова - студентка 301 группы 3 курса лечебного факультета.....571

ANTIBACTERIAL AND ANTIFUNGAL ACTIVITY OF THE PLANT SUBSTANCE CALLIGONUM APHYLLUM Yktiyarov A.A. – student of 413 group of faculty of "General medicine".....572

ПИРОКСИКАМ В МОНОТЕРАПИИ И В КОМБИНАЦИИ С ДРУГИМИ ПРЕПАРАТАМИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ И.А Раджабова – студентка 301 группы 3 курса фармацевтического факультета 573

Кафедра фармакологии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия 574

ФИТОХИМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ФАЦЕЛИИ ПИЖМОЛИСТНОЙ (PHACELIATANACETIFOLIABENTH.) П.А. Шейхмагомедова – студентка 309 гр. фармацевтического факультета 575

КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ТАРИВИД ДЛЯ ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИЙ КОЖИ, МЯГКИХ ТКАНЕЙ И СКЕЛЕТА Р.З.Загиров - студент 331 группы 3 курса лечебного факультета.....578

ИММУНОМОДУЛИРУЮЩИЕ СВОЙСТВА ПРЕПАРАТА ЛЕВАМИЗОЛ З. А. Ашурова - Студентка 307 группы 3 курса лечебного факультета Кафедра фармакологии.....580

ГЕСТАЦИОННЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ. ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПОДХОД.583

Мингалиева А.Р. студентка 223 группы лечебного факультета 583

ИММУНОМОДУЛИРУЮЩИЕ СВОЙСТВА ПРЕПАРАТА ЛЕВАМИЗОЛ.....589

З. А. Ашурова - Студентка 307 группы 3 курса лечебного факультета.....589

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ ПРИ ОБЕЗБОЛИВАНИИ В СТОМАТОЛОГИИ Б.А. Шахназарова – студентка 308 гр. стоматологического факультета 591

МОНИТОРИНГ НОВЕЙШИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА Газалиева А.М.- студентка 301 группы 3 курса фармацевтического факультета 593

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ФОРМЫ С ПРОПОЛИСОМ Д. М.Дагирова – студентка 301гр. 3 курса фармацевтического факультета 595

ПРИМЕНЕНИЕ НПВС В ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ 596

ДжабраиловР.Ш.. – студент 5 курса 10 группы стоматологического факультета ..597

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИГИСТАМИННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО И

АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА К.З. Оздеаджиева – студентка 308 группы стоматологического факультета 599

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА СЕДАЦИИ В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ВРАЧА Абдурахманова М.Р. – студентка 3 курса 8 группы стоматологического факультета 602

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «КАМЕТОН» В ФОРМЕ АЭРОЗОЛЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ ГОРЛА И ПОЛОСТИ РТА.....604

А.С.Шахбазова – студентка 301гр. Фармацевтического факультета.....604

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИГИБИТОРОВ ФИБРИНОЛИЗА ПРИ ЧРЕЗПУЗЫРНОЙ АДЕНОМЭКТОМИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП А.А. Чечулин – студент 1329 гр. лечебного факультета 606

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ 609

ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ ДГМУ К ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ.....609

Биячуева Л.А., студентка 5 курса лечебного факультета, ...609

Гаджиев С.Р., студент 3 курса стоматологического факультета 609

АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН О.А. Омарова, аспирант.....611

ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА КАЧЕСТВО СНА У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ А.Д. Белодурина – студент 509 гр. лечебного факультета, В.А. Бивалькевич – студент 509 гр. лечебного факультета 614

КОНТРАЦЕПЦИЯ И ПРОФИЛАКТИКА АБОРТОВ. СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ И. А. Якубов, А. В. Павленко, Т. А. Воронцова – студенты 129 гр. лечебного факультета ..617

ДИНАМИКА И СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПАРЕНТЕРАЛЬНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В ДОНЕЦКЕ В 2012-2018 ГГ. Р.Н. Андреев - ординатор, Ю.А. Лыгина - ассистент, В.С. Егоров - ординатор, А.П. Зятьева, О.А. Шкурат, И.Р. Ермаков - студенты.....619

ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ НА МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ ФАКУЛЬТЕТЕ: МНЕНИЕ СТУДЕНТОВ Н.И. Иманалиева, А.Н. Поздеева – студенты 501 гр. медико-профилактического факультета.....620

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ СИМПТОМОВ СИНДРОМА «СУХОГО ГЛАЗА» У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА Т.Ю.Сивуха, А.С.Хрущёва– студенты 504 группы лечебного факультета 623

ФАКТОРЫ ОКАЗЫВАЮЩИЕ ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ТРАВМ С ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬЮ У МОЛОДЫХ ВРАЧЕЙ К.И. Соколова, ординатор кафедры акушерства и гинекологии; С.М. Милехин, аспирант 626

ОСОБЕННОСТИ, ВЫЯВЛЕННЫЕ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ АХИЛЛОВА СУХОЖИЛИЯ У НАСЕЛЕНИЯ Г.ОРЕНБУРГА Т.В. Алексанян 5 курс, К.А. Панина 5 курс 628

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ПО ФЕДЕРАЛЬНЫМ ОКРУГАМ И РЕГИОНАМ ЦЕНТРАЛЬНОГО ЧЕРНОЗЕМЬЯ И КУРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2012 – 2017 ГГ. В. С. Ястребов – студент 4 курса 13 гр. лечебного факультета.....629

ОТНОШЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ К СУИЦИДУ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА О.И.

Зверко – студент 11 гр. лечебного факультета, Ю.В. Холопица – студент 11 гр. лечебного факультета.....632

АНАЛИЗ ТЕМПОВ РАЗВИТИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ФОРМЫ РАБОТЫ СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩИХ ФОРМ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ Ю.А. Красникова – студент л-609, Ю.А. Котова – к.м.н., доцент, О.Н. Красноруцкая – к.м.н., доцент, Н.В. Страхова – к.м.н., доцент 634

АНАТОМИЯ ЧЕЛОВЕКА 638

АКТУАЛЬНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ ВЛИЯНИЯ ДЕГИДРАТАЦИИ НА СКЕЛЕТНЫЕ МЫШЦЫ П.М. Будайчиева – студентка 1 курса лечебного факультета638

ОСОБЕННОСТИ АНАТОМИИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ЧЕЛОВЕКА Д.К. Нурмагомедова - студентка 325 гр. лечебного факультета, М.К. Гасанов - студент 325 гр. лечебного факультета.....639

ВОЗРАСТНАЯ МОРФОМЕТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛОБНОЙ И ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХ ЧЕЛОВЕКА Р.Г.Грынцевич – студент 2106 гр. педиатрического факультета.....641

НОРМАЛЬНАЯ ФИЗИОЛОГИЯ 644

РАЗРАБОТКА БИОПСИЙНЫХ ИГЛ НА ОСНОВЕ НАНОКОМПОЗИТНЫХ МАТЕРИАЛОВ УЛУЧШЕННОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ВИДИМОСТИ Т.В. Рагимов – студент 212 гр. лечебного факультета.....644

БИОРИТМЫ И РАБОТОСПОСОБНОСТЬ СТУДЕНТОВ Исмаилов С.Г., Шабанов А.В., Шабанова Э.Р. - студенты 2 курса, лечебного факультета 645

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗМА ПРИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЕЛЕФОНА А. З. Абдулаева – студентка 223 гр. лечебного факультета.....649

ИЗУЧЕНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СТУДЕНТОВ В ПОСТСЕССИОННЫЙ ПЕРИОД В.Г. Жандарова, А.Г. Костюкевич – студентки 201 гр. лечебного факультета.....650

ИЗУЧЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ ДГМУ С ПОМОЩЬЮ БИОИМПЕДАНСОМЕТРИИ А.А. Татамов - студент 209 группы лечебного факультета, М.М. Нурмагомедов – студент 403 группы педиатрического факультета.....652

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ГРУПП КРОВИ ПРИ ПОМОЩИ ЦОЛИКЛОНОВ Ф.Алам, С. Кумар, С.Малик, А. Будаг-заде - студенты второго курса лечебного факультета.....655

СОСТОЯНИЕ ЗРЕНИЯ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ Гусейнова З.Ш., студентка 2 курса лечебного факультета.....657

СВЕТОВАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ЗРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ И ЕЕ ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ВЕЛИЧИНЫ СРЕДНЕГО ГЕМОДИНАМИЧЕСКОГО ДАВЛЕНИЯ КРОВИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ХОЛОДОВОЙ ПРОБЫ Е. М. О. Корниенко – студентка 2309 гр. педиатрического факультета 661

ОРГАНИЗАЦИЯ РИТМОГРАММ МОЗГОВОЙ АКТИВНОСТИ СТУДЕНТОВ И СПОРТСМЕНОВ РАЗЛИЧНОЙ СПЕЦИАЛИЗАЦИИ А. А. Жукова – ассистент, Р. М. Беридзе – студент 427 гр. лечебного факультета.....663

МЕТЕОЗАВИСИМОСТЬ У СТУДЕНТОВ ВУЗОВ Мелентьев Я.И., студент 34 ст группы, стоматологический факультет, ...666

Митрофанова Е.В., студент 214 группы, лечебный факультет.....666

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ОРГАНИЗМА ПРИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЕЛЕФОНА А.З. Абдулаева, Г.З. Гаджимирзоева - студенты 2 курса лечебного факультета.....668

ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ У ЗДОРОВЫХ И БОЛЬНЫХ ЭНДЕМИЧЕСКИМ ЗОБОМ СТУДЕНТОВ В МЕЖСЕССИОННЫЙ ПЕРИОД И ВО ВРЕМЯ ЭКЗАМЕНАЦИОННОЙ СЕССИИ Н.М. Абдуллаева - студентка 3 курса лечебного факультета, И.Р. Рагимова – студентка 6 курса педиатрического факультета 670

ВЛИЯНИЕ ПИЩЕВОГО РАЦИОНА НА ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ОРГАНИЗМА СТУДЕНТОВ Д.Э. Мехтиева, Ш.Г. Лабазанова – студентки 2 курса лечебного факультета.....673

ВЛИЯНИЕ МЕТОДИКИ УЛУЧШЕНИЯ ПАМЯТИ НА СПОСОБНОСТИ К ЗАПОМИНАНИЮ НА ПРИМЕРЕ ШКОЛЬНИКОВ 3 КЛАССА И СТУДЕНТОВ 3 КУРСА 675

А.А. Зайцева, М. Д. Коневзеров - студенты 3 курса лечебного факультета.....675

СТЕПЕНЬ ЗНАЧИМОСТИ ТЕСТИРОВАНИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ РЕЗЕРВОВ У ЮНОШЕЙ ПРИ ПРОФОТБОРЕ НА 4-Ю и 5-Ю ГРУППЫ ИНТЕНСИВНОСТИ ТРУДА В.В.Севрукевич, Д. И. Бородин, А. М. Чайковская – студентки 1212 гр. лечебного факультета.....677

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ..... 680

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ВИЧ ИНФЕКЦИИ В.В. Емельянов, А.В. Антипова, В.И. Волкова, А.В. Жильцова, М.Л. Козлова, А.В. Хань – студенты 510 гр. лечебного факультета 680

ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНЫХ АРТЕРИЙ КАК ПРИЧИНА ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ Н.А. Дегелевич – студентка 320 группы лечебного факультета, М.С. Пырков – студент 315 группы лечебного факультета 680

РОЛЬ КАЧЕСТВА РАБОТЫ МОРФОЛОГОВ И ХИРУРГОВ В СТАДИРОВАНИИ И ПРОГНОЗЕ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО МАТЕРИАЛУ РАДИКАЛЬНЫХ ПРОСТАТЭКТОМИЙ Рудишкин Н.В., Мурадханов А.И. – студенты 1401 группы лечебного факлуьтета 683

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ 686

МОЖНО ЛИ УСТАНОВИТЬ ТОЧНУЮ ЭТИОЛОГИЮ ИНСУЛИНЗАВИСИМОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА? А.Н. Рустамов, М.А. Алиев – студенты 3 гр., 3 курса педиатрического факультета 686

ТЕОРИЯ СТРЕССА ГАНСА СЕЛЬЕ Садыкова Т.К., Сафиуллина Л. Р. - студентки группы 2303 педиатрического факультета 688

ОПЕРАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ И ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ 691

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КАНАЛА ПИРОГОВА НА ПЛЕЧЕ А. Д. Зайцев – студент 4 курса, лечебного факультета 691

ОБЩАЯ ГИГИЕНА И ЭКОЛОГИЯ ЧЕЛОВЕКА 692

СВЯЗЬ УРОВНЯ ОСВЕЩЕННОСТИ ЛЕКЦИОННЫХ АУДИТОРИЙ С РАБОТОСПОСОБНОСТЬЮ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫМ СОСТОЯНИЕМ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ Петрова К.И., Остапова В. С. Кырылюк А. А. - студенты 2-го медицинского факультета, 3 курса, группы л2 – с – о – 163 А 692

ВЛИЯНИЕ НАЦИОНАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПИТАНИЯ НА УСТОЙЧИВОСТЬ ОРГАНИЗМА К ЗАБОЛЕВАНИЯМ Абызбаева А.С., Шихаева М.А., Шихаева М.А. - студенты 317 гр. лечебного факультета 694

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПИТАНИЯ СТУДЕНТОК ПЕРВОГО КУРСА ВОЛГГМУ А.С. Масаева- студентка 210 гр, лечебного факультета.....695

АСКОРБИНОВАЯ КИСЛОТА И ЕЕ РОЛЬ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ К.М. Жариков – студент 410 гр. лечебного факультета.....697

RESEARCH ON THE DEVELOPMENT OF DISEASES OF STARVING CHILDREN IN AFRICA Awuni, Dorcas and Kuuzwayo, Sthokozile, Students, 2nd course.....698

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПО ПРЕКРАЩЕНИЮ КУРЕНИЯ ПО ТЕЛЕФОНУ НА НАЦИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ В ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЕ 15 -24 ГОДА Бекбасарова Ч.Б.[1], Айдарова Н.Э.[1,2], Акунова И.Т.[1,2], Курманбек кызы Г. [1].....701

УРОВЕНЬ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ТАБАКОКУРЕНИЯ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ ГОРОДА ВОЛГОГРАДА Э.М. Зельмуханова, А.А. Раисова, Д.В. Уткина - студентки 5 группы 3 курса лечебного факультета.....704

ВЛИЯНИЕ ТАБАКОКУРЕНИЯ НА ФИЗИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА Т.Д. Халфиева, П.С. Шестаков – студенты 403 гр. лечебного факультета.....705

ЭКОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ В ГОРОДЕ МАХАЧКАЛЕ А.А.Загидова- студентка 129 группы лечебного факультета.....708

ВЛИЯНИЕ ТАБАКОКУРЕНИЯ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ СТУДЕНТОВ ТГМУ Е. И. Бродницкая, С. А. Канайкина, О. Р. Чеканова, К. И. Хорак - студенты 3 курса 710

лечебного факультета.....710

ЭКОЛОГО-ГИДРОХИМИЧЕСКИЙ И САНИТАРНЫЙ МОНИТОРИНГ ПРИРОДНЫХ ВОДОЕМОВ ЦЕНТРАЛЬНОГО КАВКАЗА Мехтиева Д.Э. – студентка 2 курса лечебного факультета.....713

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ВОДНЫМ ПУТЕМ НА ТЕРРИТОРИИ ГОРОДА МАХАЧКАЛЫ И ПРИГОРОДНЫХ ПОСЕЛКОВ Н.А. Абдулаева, П.А. Магомедова - студентки 3 курса медико-профилактического факультета.....714

ЭКОЛОГО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В РАБОТЕ ВРАЧА-ЛЕЧЕБНИКА И ПЕДИАТРА В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН (по материалам кафедры общей гигиены и экологии человека) П.М Ибнумасхудова – ассистент, У.А. Магомедова – старший преподаватель, П.М. Муртазалиева – студентка 303 гр лечебного факультета, А.А. Магомедов - студент 304 гр. педиатрического факультета, А.Т. Авчиев - студент 326 гр. лечебного факультета, А.М. Шехшебекова студентка 326 гр. лечебного факультета, З.З. Аскерова студентка 326 гр. лечебного факультета, А.М. Гаджиева студентка 326 гр. лечебного факультета.....718

КОМПЕТЕНТНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ О ДЕЙСТВИИ КСЕНОБИОТИКОВ УХОДОВОЙ КОСМЕТКИ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА А.А.Бондарева – студентка 1223 гр. лечебного факультета,.....721

Н.А.Стукан – студентка 1224 гр. лечебного факультета 721

ВЛИЯНИЕ БЫТОВОГО МУСОРА НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА И ОКРУЖАЮЩУЮ СРЕДУ Гаджиалиева Р.Х.- студентка 1 курса лечебного факультета.....722

ОЦЕНКА УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ В ДИНАМИКЕ У ШКОЛЬНИКОВ СТАРШИХ

КЛАССОВ Г. ВОЛГОГРАДА Гриценко Н.Д – студент 3 курса лечебного факультета, лаборант кафедры гистологии, цитологии, эмбриологии; Шибкина А.О., Пашков П.Д. – студенты 3 курса лечебного факультета 725

МИКРОБИОЛОГИЯ.....729

МЕДЛЕННЫЕ ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ НА ПРИМЕРЕ КОРИ И КРАСНУХИ А.Г.Хаматярова, Э.Р.Ахметзянова, Я.А.Эрперт- студенты 1202 гр. лечебного факультета.....729

МОНИТОРИНГ МИКРОБНОЙ ОБСЕМЕНЕННОСТИ ВОЗДУШНОЙ СРЕДЫ ПОМЕЩЕНИЙ ЛЕКЦИОННЫХ УЧЕБНЫХ АУДИТОРИЙ ВУЗА С. В. Волобуев – к.б.н., старший преподаватель.....730

МЕТИЦИЛЛИНРЕЗИСТЕНТНЫЕ СТАФИЛОКОККИ: ПРОБЛЕМА РАСПРОСТРАНЕНИЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ ДАГЕСТАНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА Ш.Р. Омарова – студентка 3-го курса 9 группы лечебного факультета.....731

АНТИБИОТИКОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ K. PNEUMONIAE У БОЛЬНЫХ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ Саидова З.М., ассистент 734

МИКРОФЛОРА НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ А. Э. Полухинских, А.В. Асланова - студентки 406 гр. педиатрического факультета.....736

CLINICAL FEATURES, COURSE AND OUTCOME OF MENINGITIS AND MENINGOENCEPHALITIS IN CHILDREN IN THE CITY SHYMKENT Joldassova A. A., master student of the 2nd year, specialty «Medicine» 739

Аглиуллин Р.Ш., Нетфуллов Р.З., Сангаджиев М.С. - студенты гр.1303 лечебного факультета, Файзуллина А. Р.- студентка гр.2306 педиатрического факультета....741

БЫСТРЫЙ СПОСОБ ОБНАРУЖЕНИЯ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ТУБЕРКУЛЕЗА И ОПРЕДЕЛЕНИЯ ИХ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К АНТИБИОТИКАМ Гасанов М.К. - студент 325 гр. лечебного факультета.....743

РОЛЬ ХРОНИЧЕСКОЙ ТОКСОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ В ЭТИОЛОГИИ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ Д.К. Нурмагомедова - студентка 325 гр. лечебного факультета.....745

СЛАБЕЮЩИЕ АНТИБИОТИКИ И КРЕПЧАЮЩИЕ МИКРОБЫ А.Н.Амирова, З.А.Фатулаева - студентки 508 гр. педиатрического факультета 747

ОБЩАЯ И БИОЛОГИЧЕСКАЯ ХИМИЯ 749

УРОВЕНЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА В ПЛАЗМЕ КРОВИ У ЛИЦ С СУБКЛИНИЕСКИМ ГИПЕРТИРЕОЗОМ А. М. Чайковская, Д. И. Бородин - студенты 1212 гр. лечебного факультета.....749

КОМПЛЕКСНЫЕ СОЕДИНЕНИЯ В БИОМЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЯХ М.М. Джамалдинова – студентка 301 гр. «Педиатрия», З.М. Кадыров – студент 308 гр. «Лечебное дело», Э.Л. Исаева – к.х.н., доцент.....751

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА.....753

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ПОЛИСАХАРИДОВ ТЫКВЫ НА АНТИОКСИДАНТНУЮ АКТИВНОСТЬ ОРГАНИЗМА КРЫС Кяримов И.А. (4 курс пед. фак.), Кухтенкова Е.А., Злобина Е.А. (2 курс леч. фак.), Батманова С.П., Громова Т.Р.Кобельков Д.С., Трачкова В.В. (1 курс леч. фак.) 753

Кафедра общей и фармацевтической химии, кафедра биологической химии с курсом клинической лабораторной диагностики ФДПО.....753

АППАРАТНАЯ ДИАГНОСТИКА ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ ШОВНОЙ ПОЛОСЫ МЕЖКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ З.М. Абдурахманова – аспирант, Э.А. Алиев, М.Р. Рамазанов, А.М. Магомедов , М.И. Нестеров, М.М. Рамазанов 754

ИЗМЕНЕНИЯ МОРФОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КРЫС ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ ИММУНОМОДУЛЯТОРА «ИМУНОФАН» Д.В. Мосин - аспирант 759

IN VITRO ВЛИЯНИЕ 5мМ H_2O_2 НА ПРОЦЕСС ФРАГМЕНТАЦИИ БЕЛКОВЫХ МОЛЕКУЛ И ОКИСЛИТЕЛЬНУЮ МОДИФИКАЦИЮ БЕЛКОВ В ЛИЗОСОМАХ ПЕЧЕНИ КРЫС Хиневич С.П., студентка 23 группы 5 курса лечебного факультета761

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВНУТРИБРЮШИННОЙ ХИМИОГИПЕРТЕРМИЧЕСКОЙ ПЕРФУЗИИ В ЛЕЧЕНИИ КАНЦЕРОМАТОЗА БРЮШИНЫ У КРЫС С АСЦИТНОЙ ОПУХОЛЬЮ ЯИЧНИКА И.В. Вервекин - студент 4 курса лечебного факультета.....763

РОСТОВЫЕ ПРОЦЕССЫ В НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК НА 1-Й СТАДИИ ФОРМИРОВАНИЯ РЕГЕНЕРАТА БОЛЬШЕБЕРЦОВЫХ КОСТЕЙ К. Р. Исмаилова – ассистент[1], С. Ю. Труфанов – доцент[2], М. С. Труфанова – ассистент[2], А.И. Девдера - доцент[2] 765

ИЗМЕНЕНИЕ РОСТА БЕДРЕННЫХ И ПЛЕЧЕВЫХ КОСТЕЙ ПРИ НАНЕСЕНИИ ДЕФЕКТА БОЛЬШЕБЕРЦОВЫХ КОСТЕЙ И ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК Е.В. Зинченко - ассистент, Ю. А. Сумцова, Ю. С. Чистякова - студентки 2 курса, 24 гр. лечебного факультета, Д. В. Новохацкий - студент 2 курса, 20 гр. лечебного факультета.....768

МЕДИЦИНСКАЯ БИОЛОГИЯ, ГИСТОЛОГИЯ 771

ЦИТОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРИ МИКОПЛАЗМОЗЕ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА М.О. Цветухин, П.Д. Лемешко – студенты 1513 гр. лечебного факультета 771

ВЛИЯНИЕ НЕИОНИЗИРУЮЩЕГО ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА РОСТ И РАЗВИТИЕ МОЛЮСКОВ АХАТИН,.....772

Н.Ш. Амирханова - студент.....772

РЕГУЛЯТОРНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ГЕНА SRC В ТРАНСФОРМАЦИИ ЭПИТЕЛИЯ ЖЕЛЕЗЫ ГАРДЕРА ПРИ ИНВОЛЮЦИИ СУМКИ ФАБРИЦИУСА В ПЕРИОД НАЧАЛА ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ У ПТИЦ К.И. Ан - студент, Д.А. Боков - ассистент 775

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА..... 777

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ЖКТ СТУДЕНТОВ – МЕДИКОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ И ЦЕННОСТНО-МОТИВАЦИОННОГО ПРОФИЛЯ ЛИЧНОСТИ А.М. Дьяченко, А.В.Нечаев – студенты 404 группы лечебного факультета 777

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У МОЛОДОГО НАСЕЛЕНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН А.М. Тулпарова[2] – молодой специалист, М.М. Хасбулатова (Мехдиева)[1] – студентка 635 гр. лечебного факультета.....779

ЧАСТОТА РЕТИНОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПО ДАННЫМ ГБУ РД РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ Т. Алибекова - студентка 3 курса лечебного факультета.....782

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ ВЕРТИКАЛЬНОГО ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ Д.Д. Михайлова – студент

4 курса лечебного факультета.....786

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГЕМОФИЛИЕЙ СРЕДИ ЛИЦ В ВОЗРАСТЕ 0-14 ЛЕТ В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ ЗА ПЕРИОД 2014-2018 ГОДЫ Р.Р. Ярасханов – студент 406 гр. лечебного факультета.....787

ПРОГНОЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ОТ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМЫ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН [1]Б.К.Исаматов – PhD-докторант, [2]М.Б.Сатыбалды - резидент, [2]Н.М.Мукашева - резидент, [2]А.О.Куралбек - резидент, [2]А.Е.Кенжебек – резидент 788

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЛИЦ СТАРШИХ ВОЗРАСТОВ ПО ДАННЫМ КОМПЛЕКСНОЙ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ П. Г. Гаджиева – студентка 409 гр. лечебного факультета.....791

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В Г. ВЛАДИКАВКАЗЕ Урумова А., Цагараева Т. - студенты 3 курса стоматологического факультета.....794

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КАРИЕСА ЗУБОВ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ НУЖДАЕМОСТИ В САНАЦИИ СОТРУДНИКОВ И ОБУЧАЮЩИХСЯ РЯЗГМУ Иванова Д.Л., Храпова А.И., Козлачков К.В. - студенты 3 курса 7 группы стоматологического факультета 795

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ В КУРСКОЙ ОБЛАСТИ В 2014-2018 ГОДАХ Д.И.Глазунов, Э.Э. Лалаев, А.С. Цындяйкина, Ю.М.Атрощенко, Г.В. Локтионов – все студенты.....797

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БАКТЕРИАЛЬНЫХ ГНОЙНЫХ МЕНИНГИТОВ У ДЕТЕЙ В ГОРОДЕ ШЫМКЕНТЕ А.А.Джолдасова - магистрант 2-го года обучения по специальности «медицина» 799

CAUSES AND ANALYSIS OF THE FREQUENCY OF POST-VACCINATION REACTIONS AND COMPLICATIONS IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN, TURKESTAN REGION AND IN SHYMKENT (FORMERLY SKR) 802

Altayeva A. M., master student of the 2nd year, specialty «Medicine» 802

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КЛЕЩЕВЫМ ЭНЦЕФАЛИТОМ В ИГРИНСКОМ РАЙОНЕ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ ЗА 2010-2015 Г. 804

Мохова А.А., Абзалова А.Р., - студентки 407группы педиатрического факультета ...805

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ В РЕСПУБЛИКЕ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ ЗА 2016-2018 ГГ. З.Г. Панагов – студент 509 гр. лечебного факультета, З.К. Цуккиев – студент 505 гр. лечебного факультета.....806

НАРУШЕНИЕ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ Е. С. Иващенко – студент 5 курса лечебного факультета.....808

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ДАГЕСТАНЕ П.А.Алиева - студентка 333 группы. лечебного факультета 811

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ОСТРЫМИ ЛЕЙКОЗАМИ ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН Х. М. Магомедова – студентка 612 гр. педиатрического факультета 814

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН М.Ш. Магомедов – студент 623 гр.лечебного факультета.....816

ПОВЫШЕНИЕ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА СВОЕ ЗДОРОВЬЕ, КАК ОДИН ИЗ ПРИОРИТЕТОВ КОРРЕКЦИИ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ

ЗАБОЛЕВАНИЙ Е.В. Шереметьева, студентка 608 гр. лечебного факультета 819

ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ДАГЕСТАНА Ш. Э. Шахмарданов – студент 21 группы лечебного факультета 821

МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО 825

ПРАВОВЫЕ ВОПРОСЫ ЗАЩИТЫ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ В ВУЗЕ С.Р. Гаджиев - студент 3курса 10 гр. стоматологического факультета 825

ЮРИДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ПРАВОВЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Коннова Д.С.- студентка 3 группы лечебного факультета.....828

УВАЖИТЕЛЬНЫЕ ПРИЧИНЫ НЕОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНОМУ Башкатов Д.А. – студент 3 гр. лечебного факультета.....830

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА, ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ И СПОРТ 834

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА, КАК ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ВИЧ – ИНФЕКЦИИ А.В. Жильцова - студент 509 гр. лечебного факультета, А.В. Антипова - студент 509 гр. лечебного факультета, В.И. Волкова - студент 509 гр. лечебного факультета, В.В. Емельянов- студент 509 гр. лечебного факультета, М.Л. Козлова- студент 509 гр. лечебного факультета, А.В. Хань - студент 510 гр. лечебного факультета.....834

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ ДЛЯ ПРЕОДОЛЕНИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В.В. Емельянов- студент 509 гр. лечебного факультета, А.В. Антипова - студент 509 гр. лечебного факультета, В.И. Волкова - студент 509 гр. лечебного факультета, А.В. Жильцова - студент 509 гр. лечебного факультета, М.Л. Козлова- студент 509 гр. лечебного факультета, А.В. Хань - студент 510 гр. лечебного факультета.....835

ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ ГОМГМУ К ЗАНЯТИЯМ ПО ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ А.С. Коцуба, Ю.С. Смычник – студенты 5 курса лечебного факультета 838

ЗНАЧЕНИЕ СПОРТА В РАЗВИТИИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ ПОДРОСТКОВ Аглиуллин Р.Ш. – студент гр. 1303 лечебного факультета, Нетфуллов Р.З. -студент гр. 1303 лечебного факультета, Сангаджиев М.С. - студент гр. 1303 лечебного факультета, Файзуллина А. Р.- студентка гр. 2306 педиатрического факультета.....840

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБЩЕЙ ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ СТУДЕНТОВ ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА НА ПРОТЯЖЕНИИ ТРЁХ ЛЕТ ОБУЧЕНИЯ В. В. Маркелов – студент 409 гр. лечебного факультета 841

БИОФИЗИКА, МЕДИЦИНСКАЯ АППАРАТРУРА 844

АНАЛОГИЯ МЕЖДУ СТРУКТУРНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ И ПРИНЦИПОМ ДЕЙСТВИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И ГИДРОЭЛЕКТРОСТАНЦИИ Ф.С. Мамедов – студент 1-го курса лечебного факультета 844

КОМПЬЮТЕРИЗИРОВАННЫЙ МЕТОД ЭЛЕКТРОЛИЗА БИОЛОГИЧЕСКИХ ОБЪЕКТОВ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И ИЗМЕНЕНИЯ ИХ ХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА Коляда Е.М. – студент 302 группы фармацевтического факультета 846

РАЗРАБОТКА УСТАНОВКИ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ РАБОТЫ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ Расулов Н.Р.- студент 1 курса стоматологического факультета 847

ГУМАНИТАРНЫЕ НАУКИ 850

ОДИНОЧЕСТВО В УСЛОВИЯХ СОЦИАЛЬНОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА 850

Гаджиев М.Г.- студент 205 гр. педиатрического факультета.....850

ИДЕИ СИНЕРГЕТИКИ В МЕДИЦИНЕ Р.Т. Кафаров – ассистент кафедры терапевтической стоматологии А. М. Мирзебалаева – студентка 208 гр., лечебного факультета А. С. Халиков 853

МАНИПУЛЯЦИЯ ОБЩЕСТВЕННЫМ МНЕНИЕМ ЧЕРЕЗ ВИРТУАЛЬНЫЕ СООБЩЕСТВА А.З. Муслимова - студентка 206 гр. стоматологического факультета856

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИСКУСТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В МЕДИЦИНЕ: СОСТОЯНИЕ, ВОЗМОЖНОСТИ И ПРОБЛЕМЫ Р.Т. Кафаров – ассистент кафедры терапевтической стоматологии,.....859

М. Л. Махмудова студентка 215 группы лечебного факультета, ...859

Кафаров Т.Э.....859

КОНЦЕПЦИЯ ЗДОРОВЬЯ В КИТАЕ С.А. Халиков – ассистент кафедры нормальной физиологии, ...864

К.Р. Газимагомедова – студентка 208 гр. педиатрического факультета,.....864

Т.Э. Кафаров.....864

СТАНОВЛЕНИЕ И СЛОЖНОСТИ ТОРГСИНА З.А. Дадаев - ст-т 3 курса юридического факультета.....868

КОРРУПЦИЯ КАК ПАТОЛОГИЯ СОВРЕМЕННОГО ГОСУДАРСТВА: ПУТИ И ВОЗМОЖНОСТИ ПРЕОДОЛЕНИЯ К.Г.Курбанов – студент 114 гр., стоматологического факультета 871

ТЕОРИИ ПРОИСХОЖДЕНИЯ ЧЕЛОВЕКА Курбанова Алина Мурадовна-студентка 209 гр. лечебного факультета, Халиков А.С.....875

ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ В ИСЛАМЕ Османова А.Р - студентка 2 курса лечебного факультета.....877

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИСКУСТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В МЕДИЦИНЕ: СОСТОЯНИЕ, ВОЗМОЖНОСТИ И ПРОБЛЕМЫ Махмудова М. Л. студентка 215 группы лечебного факультета, Кафаров Р.Т.,.....879

Кафаров Т.Э.....879

ИССЛЕДОВАНИЕ УЧЕБНОГО СТРЕССА У СТУДЕНТОВ ДАГЕСТАНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА С.А. Хамаев – студент 231 гр. лечебного факультета.....884

РОЛЬ ЯЗЫКА В МЕЖЭТНИЧЕСКОЙ КОММУНИКАЦИИ: ФИЛОСОФСКИЙ АСПЕКТ К. М. Исаева , . В. Кастерина, А. Д. Ваулина - студентки 209 гр. лечебного факультета.....886

ИСЛАМ И МЕДИЦИНСКАЯ БИОЭТИКА Э.И. Яшарова –студентка 209гр.лечебного факультета А.С.Масаева –студентка 210гр.лечебного факультета З.А. Нагаева – студентка 209гр. лечебного факультета.....887

SUFIZM IN FORMATION HEALTHY IMAGE LIFE 890

Student of 209 group therapeutic faculty Pulatov. M.D.....890

RESETTLEMENT OF THE POPULATION UNDER THE OWNERSHIP OF NEW LANDS OF UZBEKISTAN ON THE EXAMPLE OF ANDIZHAN.....892

Student 209 groups of the Medical Faculty Pulatov M.D 892

HISTORY OF THE JEWS OF THE JEWS IN AGRICULTURAL WORKS 894

Student 209 groups of the Medical Faculty Pulatov M.D 894

РОЛЬ АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ОБРАЗОВАНИЯ А.В. Павленко, Т.А. Воронцова - студенты 897

ПОТЕРЯННОСТЬ ПОКОЛЕНИЙ В КОНТНКСТЕ НЫНЕШНЕГО ВРЕМЕНИ. Д. Р. Халимбекова - студентка 206 гр. лечебного факультета 899

ИССЛЕДОВАНИЕ МОТИВАЦИИ СТУДЕНТОВ ГомГМУ К ИЗУЧЕНИЮ АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА, ПОИСК ПРИЁМОВ ЕЁ ПОВЫШЕНИЯ И. А. Якубов – студент 129 гр. лечебного факультета.....902

ИННОВАЦИИ В ОБРАЗОВАНИИ..... 904

ЭЛЕКТРОННАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ СРЕДА И ИНТЕРНЕТ-РЕСУРСЫ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ СТУДЕНТОВ М.М. Гаджимурадова – студентка 221 гр. лечебного факультета.....904

М А Т Е Р И А Л Ы
67-й
ВСЕРОССИЙСКОЙ
НАУЧНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ И СТУДЕНТОВ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

ISBN 978-5-00128-351-5