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

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

М А Т Е Р И А Л Ы

68-й

Всероссийской научной конференции молодых ученых и студентов с международным участием, посвящённой 75-летию победы в Великой Отечественной войне

Махачкала, 25 июня 2020 г.

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

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

**НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ КЛАСТЕР
СЕВЕРОКАВКАЗСКОГО
ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА – «СЕВЕРОКАВКАЗСКИЙ»**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

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

М А Т Е Р И А Л Ы

68-й
ВСЕРОССИЙСКОЙ
НАУЧНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ И СТУДЕНТОВ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ,
ПОСВЯЩЁННОЙ 75-ЛЕТИЮ ПОБЕДЫ
В ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЕ

Махачкала, 25 июня 2020 г.

УДК 61:001 "1941/1945"(061)
ББК 5:63.3(2)62
М-42

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;
Д.А. Омарова, проректор по учебной работе, кандидат медицинских наук, доцент;
Н.Р. Моллаева, проректор по научной работе, доктор медицинских наук, доцент;
М.А. Хамидов, проректор по лечебной работе, доктор медицинских наук, профессор;
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 68-й Всероссийской научной конференции молодых ученых и студентов с международным участием, посвящённой 75-летию победы в Великой отечественной войне. – Махачкала: АЛЕФ, 2020. – 356 с. (электронное издание)

ISBN 978-5-00128-550-2

В сборник вошли материалы научной конференции молодых ученых и студентов Дагестанского государственного медицинского университета, других медицинских и иных вузов Российской Федерации в городах: Москва (Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, РУДН, РМАНПО, МГУ им. М.В. Ломоносова), Барнаул, Волгоград, Ижевск, Казань, Краснодар, Курск, Нижний Новгород, Оренбург, Ростов-на-Дону, Рязань, Саратов, Ставрополь, Тюмень, Уфа, Чита.

В материалах конференции также опубликованы научные работы молодых ученых и студентов медицинских вузов Белоруссии, Казахстана, Узбекистана, а также ДНР (г. Донецк).

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

ISBN 978-5-00128-550-2

© Даггосмедуниверситет, 2020

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»**

MINISTRY OF HEALTH OF THE REPUBLIC OF DAGESTAN

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

MATERIALS
OF THE 68TH ALL-RUSSIAN SCIENTIFIC CONFERENCE YOUNG SCIENTISTS AND STUDENTS WITH INTERNATIONAL PARTICIPATION, DEDICATED TO THE 75TH ANNIVERSARY OF VICTORY IN THE GREAT PATRIOTIC WAR

Makhachkala, June 25, 2020

УДК 61:378.1(063)
ББК 5:72
М-341

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;
DA Omarova, Vice-Rector for Academic Affairs, Candidate of Medical Sciences, Associate 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 68th All-Russian Scientific Conference of Young Scientists and Students with International Participation, dedicated to the 75th anniversary of victory in the Great Patriotic War. - Makhachkala: ALEF, 2020 -- 356 p. (electronic edition)

ISBN 978-5-00128-550-2

The collection includes materials of the scientific conference of young scientists and students of the Dagestan State Medical University, other medical and other universities of the Russian Federation in the cities: Moscow (First Moscow State Medical University named after I.M.Sechenov, RUDN, RMANPO, Moscow State University named after M.V. Lomonosov) , Barnaul, Volgograd, Izhevsk, Kazan, Krasnodar, Kursk, Nizhny Novgorod, Orenburg, Rostov-on-Don, Ryazan, Saratov, Stavropol, Tyumen, Ufa, Chita.
The materials of the conference also published scientific works of young scientists and students of medical universities of Belarus, Kazakhstan, Uzbekistan, as well as the DPR (Donetsk).
Conference materials cover a wide range of scientific areas. The published works are of great value for a wide range of active students, young scientists (clinical residents, postgraduate students, assistants, junior researchers) engaged in research activities, as well as for other young specialists.

ISBN 978-5-00128-550-2

© Daggosmeduniversitet, 2020

ТЕРАПИЯ

ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ В ГОРОДЕ: СЕЗОННОСТЬ ОБРАЩАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

П.Я. Гамзатова - аспирант

Кафедра госпитальной терапии № 1

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

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

Актуальность. По всей Европе хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) затрагивает 23 миллиона человек, что приводит к ежегодным затратам на здравоохранение в размере 25 млрд. евро. Это бремя особенно серьезно в зимние месяцы в связи с пиковой частотой обострений. Сезонные изменения в состоянии здоровья пациентов с ХОБЛ создают дополнительную и часто критическую нагрузку на напряженные ресурсы здравоохранения.

Цель: объективная оценка частоты обращений населения городов за медицинской помощью в связи с ХОБЛ для выявления факторов риска ее обострения.

Материал и методы. В исследование включены все случаи (122 931) обращения за медицинской помощью по поводу ХОБЛ за 2014-2018 годы в РД, из них доля мужчин составила 51,4% (63 265 случаев) и женщин - 48,6% (59 666).

Города РД распределены на 2 группы по расположению относительно побережья Каспийского моря: приморские города (Махачкала, Каспийск, Избербаш, Дагестанские Огни и Дербент) находятся у побережья моря, неприморские города (Южно-Сухокумск, Кизляр, Хасавюрт, Кизилюрт и Буйнакск) расположены на расстоянии более 50 км от побережья моря.

Абсолютное число обращений по поводу ХОБЛ населения приморских городов РД почти в 2 раза больше, чем показатель неприморских городов. Среди неприморских городов Дагестана только Буйнакск (население 65 080 человек в 2018 году) расположен в предгорье (500 м над уровнем мирового океана) и характеризуется большим числом обращений горожан по поводу ХОБЛ, хотя самым крупным неприморским городом республики является Хасавюрт (население 141 259 человек).

В столице РД Махачкале с численностью населения 596 356 человек (2018 год) больше случаев обращения, чем в других приморских городах. Для сравнения показателей обращаемости по месяцам число обращений было стандартизировано на 30 календарных дней в месяц. Сравнительный анализ обращаемости по поводу ХОБЛ проводился после вычисления среднемесячного показателя на 100 000 населения соответствующего пола. Достоверность разницы между показателями обращаемости в городах оценивали с помощью критерия Манна-Уитни. За критический уровень критерия было принято значение значимости при P=0,05.

Относительный риск (ОР) обращаемости населения по поводу обострения ХОБЛ в

экологической зоне определяли относительно среднемноголетним значениям по республике без учета изучаемой экологической зоны.

Результаты. Анализ полученных данных показал, что среди горожан обращаемость по поводу ХОБЛ на 9,6% выше, чем у жителей сельской местности. Преобладание числа обращений горожан над селянами, по-видимому, объясняется характерными для города факторами риска (курение, запылённость и загазованность воздуха).

Внутригодичные колебания среднемесячного показателя обращаемости в связи с ХОБЛ населения городов РД имели регулярный характер с максимумом значений в январе-апреле и октябре-ноябре и минимумом в июле-августе. А в сельской местности население чаще обращалось за медицинской помощью в связи с ХОБЛ в январе-феврале, марте-июне и октябре-ноябре, реже – в июле-сентябре.

Сравнительный анализ среднемноголетних (за 2014-2018 годы) показателей обращаемости за медицинской помощью по поводу ХОБЛ мужского и женского населения городов РД показал, что уровень обращаемости мужчин (179,0±16,1; 95%ДИ 169,8-188,1 случая на 100 000 населения) достоверно выше, чем женщин (149,0±12,2; 95%ДИ 142,1-155,8; $P < 0,001$ для критерия Манна-Уитни).

Известно, что на здоровье человека в значительной степени влияет гендерная принадлежность. В связи с этим, нами была изучена гендерная характеристика обращаемости горожан по поводу ХОБЛ. При этом были получены следующие результаты: учащение обращений мужского населения в весенний и осенний периоды, а у женщин – в основном в январе-апреле и октябре-ноябре.

Известно, что одним из факторов, благоприятно влияющих на здоровье человека, является морской воздух. Результаты исследования показали, что в приморских городах значительно ниже (в 1,7 раза у мужчин и в 2,3 раза у женщин) частота обращений по поводу ХОБЛ, чем в неприморских городах. Наиболее низкий уровень обращаемости отмечен у женщин приморских городов, тогда как в неприморских городах не отмечена разница между показателями мужчин и женщин.

Материалы исследования показали, что самыми критическими месяцами по обращаемости для мужчин неприморских городов РД в 2014-2018 годы являлись февраль, апрель-август и октябрь-ноябрь. В то же время как в приморских городах для мужчин проблемны осенние, зимние и весенние месяцы.

Среди женского населения неприморских городов высокие показатели обращаемости в связи с ХОБЛ отмечались в феврале, апреле-мае, июле и октябре-ноябре наблюдались пиковые значения. При этом среднемесячные показатели обращаемости женщин колебались, как и у мужчин, между 240 и 300 случаями на 100 000 населения. А в приморских городах обращаемость женщин имела размах колебаний от 80 до 130 обращений в месяц на 100 000

населения.

Материалы исследования показали, что для всего населения городов характерна сезонность показателя обращаемости по поводу ХОБЛ. Так, по данным сравнительного анализа, в неприморских городах РД частота обращений населения по поводу ХОБЛ в феврале (283,2 на 100 000 населения) на 26,3% больше, чем в сентябре (224,2), а в приморских городах - максимальный показатель в апреле (149,2) на 48,9% превышает минимальный показатель в июле (100,2).

Выводы. Обращаемость по поводу ХОБЛ городского населения Дагестана выше, чем у жителей сельской местности. Среди городского населения обращаемость мужчин по поводу ХОБЛ превалирует над показателем женщин. Максимальные значения обращаемости в связи с ХОБЛ мужского населения городов Дагестана приходятся на весенние и осенние месяцы, а у женщин, особенно в неприморских городах, - в зимний и летний периоды. Обращаемость по поводу ХОБЛ населения неприморских городов в 2 раза выше, чем приморских.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ПОЧКИ: ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭНДОТЕЛИНА-1 С СУБКЛИНИЧЕСКИМИ МАРКЕРАМИ ПОРАЖЕНИЯ ФУНКЦИИ ПОЧЕК

А.Т. Бейбалаева – старший лаборант, З.М.Саидова - ассистент

Кафедра госпитальной терапии № 1

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

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

Актуальность. Одним из важных проявлений метаболического синдрома (МС) является поражение функции почек, а микроальбуминурия выступает в качестве одного из диагностических критериев метаболического синдрома. При МС резко возрастают риск развития хронической болезни почек (ХБП) и ее тяжесть, при этом отмечается прямая зависимость с количеством симптомов МС. Тесная корреляция между МС и ХБП, доказанная в крупных клинических исследованиях, в значительной степени усугубляет риск негативных исходов. Одним из факторов прогрессирования ХБП является эндотелийзависимая вазодилатация сосудов. Таким образом, раннее выявление доклинических нарушений функции почек, носящих обратимый характер, в рамках ведения больных МС приобретает особое значение.

Цель исследования: определение доклинических маркеров поражения почек у больных с МС и оценка их взаимоотношения с нарушением функции эндотелия.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе 3-го кардиологического отделения РКБ. Было обследовано 110 пациента с МС, в возрасте от 47 до 59 лет (средний возраст 53,8±3,3 года), из них 58 (52,7%) мужчин и 52 (47,3%) женщин.

Критериями исключения являлись пациенты с заболеваниями почек в анамнезе, пациенты со скоростью клубочковой фильтрации ниже 60 мл/мин/м^2, с сахарным диабетом (СД) 1-го и 2-го типов и вторичными формами артериальной гипертензии.

Группу контроля составили 45 практически здоровых лиц, средний возраст которых составил 52,5±3,7 года, 21 (45,8%) мужчин и 24 (53,3%) женщин.

Всем больным в начале исследования проводилось клинико-лабораторные и инструментальные исследования. Для исследования функции эндотелия определяли уровень ЭТ-1 в сыворотке крови иммуноферментным методом с использованием набора «Эндотелин-1-21» («BiomedicaMedizinprodukteGmbH&co», Австрия). МАУ определяли в разовой порции мочи методом непрямого твердофазного иммуноферментного анализа - с использованием иммуноферментных наборов «ORGENTEC» (Австрия). Скорость клубочковой фильтрации определяли расчетным методом по формуле CKD-EPI. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью программы Statistica for Windows 6.1 (StatSoft Inc.).

Результаты исследования. У всех больных отмечалась резистентность к инсулину, IR-HOMA составил 4,6 [3,4; 5,0]. В контрольной группе IR-HOMA -1,7 [1,6; 2,0]. Абдоминальное ожирение зафиксировано у 98(89%), обхват талии у мужчин составил 116,4 [115,0; 119,0] см, у женщин – 111,8 [110,0; 115,0] см, ИМТ в среднем составил 35,0 [32,5; 36,5]. Согласно критериям включения у всех пациентов наблюдалась артериальная гипертензия: систолическое артериальное давление в среднем достигал 154,0 [149,0; 159,0] мм.рт.ст., диастолический - 90,0 [90,0; 95,0] мм.рт.ст. Холестерин выше нормы зарегистрирован у 87 (79,1%) пациентов, в среднем уровень холестерина составил 6,3 [6,0; 6,7] ммоль/л, липопротеидов низкой плотности - 4,0 [3,7; 5,7]. У 62 (56,3%) больных отмечался повышенный уровень триглицеридов, в среднем 2,5 [1,8; 2,6] ммоль/л. Среди исследуемых пациентов у 62 (56,3) было отмечено увеличение толщины комплекса интима-медиа сонных артерий, составивший 1,2 [1,0; 1,3] см.

По результатам рассчета скорости клубочковой фильтрации гиперфильтрация выявлена у -17,1%, у 39,0% – нормальная фильтрация и у 43,9% пациентов - незначительно сниженная скорость клубочковой фильтрации. Следует отметить, что у больных основной группы уровень МАУ был статистически достоверно выше при сравнении с группой контроля (25,6 [15,6; 30,9] мкг/мл и 9,3 [6,4; 13,4] мкг/мл, соответственно; $p<0,001$).

У пациентов основной группы отмечено повышение уровня ЭТ-1 по сравнению с контрольной группой (5,9 [3,6; 10,1] фмоль/мл и 3,4 [2,4; 4,0] фмоль/мл, соответственно; $p=0,012$).

При выполнении корреляционного анализа выявлена прямая корреляционная зависимость показателей ЭТ-1 и МАУ ($R=0,47$; $p=0,005$). Так же выявлена прямая корреляция уровня МАУ с IR-HOMA ($R=0,69$; $p<0,008$), с ТКИМ ($R=0,49$; $p<0,007$) и систолическим артериальным давлением(САД) ($R=0,45$; $p=0,026$). Следует также отметить, что подобные

зависимости отмечены и для уровня ЭТ-1: IR-HOMA (R=0,77; p<0,001), с ТКИМ (R=0,40; p<0,035) и САД (R=0,43; p=0,038).

Выводы.

1.У больных с метаболическим синдромом, помимо известных проявлений, могут быть и нарушения функционального состояния почек и эндотелия, на начальных стадиях проявляющиеся повышением уровня микроальбуминурии, увеличением концентрации эндотелина-1 в крови и изменением скорости клубочковой фильтрации.

2. Установлено наличие достоверных корреляционных связей между уровнем МАУ с ЭТ-1, отражающие эндотелиальную дисфункцию у больных с МС.

МЕЛАТОНИН И ЕГО РОЛЬ В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

Л.Н. Мусаева - аспирант

Кафедра госпитальной терапии №2

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

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

Актуальность. Мелатонин – один из древнейших гормонов шишковидной железы, сохранивший свою загадочность по сей день. Несмотря на длительную историю существования, научный мир лишь последние 60 лет возобновил изучение функций регулятора биоритмологических процессов организма. Его многозначительность и участие во многих физиологических и патологических процессах определяет актуальность изучения практически во всех структурах организма. Выработка мелатонина осуществляется центральным – эпифиз, и периферическими звеньями организма. К внеэпифизарным источникам гормона относят – желудочно-кишечный тракт, легочный аппарат, почечную капсулу с надпочечниками, желчный пузырь, костный мозг, эндометрий, яичники и предстательную железу, а также мелатонин производится тучными клетками, лимфоцитами, тромбоцитами, лейкоцитами, тимусом, поджелудочной железой, сетчаткой глаза. К основным эффектам мелатонина относятся: циркадный, сомногенный, моторно-эвакуаторный, цитопротекторный и митохондриально-протективный, антиоксидантный, антидепрессорный, иммуномодулирующий, противовоспалительный, кардиопротективный, репродуктивный, возможно даже противоопухолевый. Повсеместный синтез чудо-гормона, определяет его полиморфизм и ведет к рассмотрению и изучению не только в функциональной, но и в органической патологии.

Цель исследования: выявить взаимосвязь влияния мелатонина на органическую патологию различных систем организма.

Материалы и методы. Было рассмотрено и проанализировано более 50 клинических и экспериментальных научных материалов современной российской и зарубежной литературы.

Роль мелатонина в регуляции функции желудочно-кишечного тракта определяется многими факторами. Известно, что наибольший локальный синтез предшественника мелатонина - серотонина приходится на энтерохромаффинные клетки (ЕС-клетки) желудочно-кишечного тракта. Во многих исследовательских работах демонстрировалось участие мелатонина в регуляции перистальтики желудка и кишечника, причем повышенные концентрации вели к стимуляции, а низкие – к ингибиции гладкой мускулатуры пищеварительной системы. Также этот биогенный амин влияет на процессы всасывания в кишечнике, диффузию воды, важных электролитных субстанций, действует на Са++ , К+ , Na + каналы. Интересен, но мало изучен вклад мелатонина в патогенезе язвенной болезни и хронического гастрита. Существенность обусловлена искусственно созданным десинхронозом в результате урбанизации и смещением 24-часового светового режима в темный период суток. Следовательно, постоянный «ночной» режим ведет к дисбалансу гормональной системы, а вслед за ней и органической патологии. Болезни верхних дыхательных путей и легочной системы также подвержены мелатониновому влиянию. В опытах на крысах была изучена протективная функция мелатонина при легочных повреждениях, обладающего антиоксидантными и антиапоптозными эффектами. При бронхиальной астме, ХОБЛ угнетение экспрессии мелатонином нуклеарного фактора NF-КарраВ ведет к перевесу противовоспалительных цитокинов, энзимов и хемокинов, что также оказывает защитный эффект. Антиоксидантная и противовоспалительные возможности мелатонинового действия играют значительную роль в патологии печени и желчевыводящих путей. Ввиду наличия множества доступных, но вредных потребительских излишеств в питании и на досуге: употребление консервов, полуфабрикатов, прием спиртных и газированных напитков, курение и прием никотиновых веществ, ведут к неуклонному росту проблем современности, таких как ожирение, сахарный диабет, токсические и неалкогольные болезни печени. Поэтому гепатопротекторные и холангиопротективные свойства мелатонина имеют место непосредственным образом. Цветущий метаболический синдром, высокая распространенность вирусных гепатитов, приводят к необратимым последствиям с переходом в стеатогепатит, фиброз и цирроз печени. По данным проведенных исследований, пероральные и парентеральный пути подачи мелатонина ингибируют пролиферацию и дифференцировку клеток Ито, вследствие чего происходит ограничение миофиброзирования в печени. Данный факт подтверждается множеством экспериментальных работ.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что мелатонин играет значительную роль в развитии различных заболеваний человеческого организма. В связи с вышеизложенным, большой интерес представляет дальнейшее изучение влияния мелатонина в органической патологии.

МНОГОФАКТОРНАЯ ОЦЕНКА РАБОТЫ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

А. М. Гаджиева - студентка 4-го курса лечебного факультета

Кафедра внутренних болезней педиатрического, стоматологического факультетов

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - д.м.н., профессор С.Ш. Ахмедханов

Актуальность. Одним из важнейших показателей качества медицинской помощи является здоровье населения. Продолжительность человеческой жизни обусловлена многими факторами, в том числе наличием хронических неинфекционных заболеваний. К ним относят заболевания дыхательной и сердечнососудистой систем, а также онкологические заболевания. Эта группа составляет 75% от общего количества смертей.

Болезни органов дыхания (БОД) в РФ входят в тройку самых распространенных. Несмотря на огромное множество предрасполагающих факторов возникновения респираторных заболеваний, немаловажным является качество медицинского обслуживания населения: ранняя диагностика, разумное лечение и повсеместная профилактика. Согласно результатам исследования экспертов, в нашей стране от бронхо-легочной патологии страдает не менее 4-5 миллионов человек, но по данным официальной статистики их количество чуть более одного миллиона. В структуре общей заболеваемости в РФ в 2019 году БОД составляли 23,5% от всех болезней. Если рассматривать структуру заболеваемости органов дыхания ,можно определить ,что первостепенное значение имеют хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), бронхиальная астма(БА) и пневмонии. Эти патологии имеют большое социальное значение, обусловленное временной и стойкой утратой трудоспособности населения и, как следствие, снижем качества жизни. По данным Всемирной Организации Здравоохранения они включены в десятку ведущих причин смертности в мире.

Цель исследования. Провести анализ клинико-анамнестических данных с бронхо-легочной патологией, определить структуру нозологий пациентов и оценить некоторые показатели качества работы пульмонологического отделения ГБУ РД “Городская клиническая больница №1” г. Махачкала.

Материалы и методы исследования. Период наблюдения: сентябрь 2019 г.- февраль 2020г. Количество обследованных – 470 человек. Анализ данных проводился в программах Statistica 10.0 и Excel. На протяжении исследования изучались истории болезней пациентов, которые были подвергнуты госпитализации в отделение пульмонологии ГБУ РД “Городская клиническая больница №1 ” г. Махачкала.

Результаты исследования. В среднем каждый месяц на стационарном лечении находилось около 80 больных с патологией органов дыхания. Среди пациентов мужчины составляли 52% от общего количества, женщины - 47%. Этот факт свидетельствует о

доминировании патологии бронхо-легочной системы среди мужчин.

Возрастное распределение больных мужского пола: лица старше 60 лет - 64,4%, с 60 до 41 лет - 22,2%, с 40 до 21 - 8,8%, до 20 лет - 4,4%. Среди больных женского пола: лица старше 60 лет- 55%, с 60 до 41 лет - 25%, с 40 до 21 - 17,5%, до 20 лет - 2,5%.

Инвалиды составляли 28 %, из которых: 50% - инвалиды 1 группы,36 % - 2 группы,14% - 3 группы. Наибольшее число пациентов являлись неработающими (41%), 22% - пенсионерами, 9 % - работающими, 2% - студентами.

Среди поступивших в стационар отделения пульмонологии преобладали городские жители, составившие 68,2%. В 31,7% случаев помощь оказывалась сельским жителям. Большинство больных были доставлены бригадами скорой медицинской помощью - 38,8%, остальные: 32% - поликлиниками, 4,7% - стационарами города, 3,5%-районными больницами,20%-обратились самостоятельно в дежурные дни. Выписаны с : улучшением состояния-69%, выздоровлением - 25,9%.

Изучая истории болезней, были установлены показатели среднего количества койко-дней (10,0) и процента летальных исходов (1,18%).

Оценивались направительные и клинические диагнозы. Процент их совпадения оказался значительным и составил 80 %. Самый высокий показатель был найден в сентябре и ноябре-89%. Наиболее низкий - в феврале (76%).

В отделении пульмонологии наиболее частыми заболеваниями являлись: пневмония-40%, ХОБЛ- 34%, бронхиальная астма - 15%, бронхит - 8%. Также встречались плевриты - 5,8%,эмфизема легких- 4,7%,БЭБ - 3,5%, бронхопневмония - 3%, рак легкого - 2%, туберкулез-2,3%, саркоидоз - 1,18%. У некоторых больных наблюдались осложнения в виде пневмофиброза - 7%,легочного сердца - 6%, гидроторакса - 2,3%, астматического статуса - 1%. Тяжелые пациенты, находившиеся в ОАИР, составили 12 %. Это были больные, страдающие преимущественно пневмонией и ХОБЛ.

Среди сопутствующих заболеваний первостепенными являлись сердечно-сосудистые (68%),заболевания эндокринной системы - 7%, ЖКТ - 5%, нервной системы-5%,мочевыделительной системы - 2%, онкологические заболевания - 1 % и другие - 8,9%. Невозможно не заметить, что процент коморбидности очень высок. Он составил 95 %.

Отмечено, что у пульмонологических пациентов среди ССЗ чаще всего встречаются: гипертоническая болезнь-58,7%, ИБС (стенокардия напряжения - 11%, постинфарктный кардиосклероз - 17%), ХСН - 24,2%,нарушения ритма сердца (желудочковая экстрасистолия-8,9%; фибрилляция предсердий - 5%, пароксизмальная наджелудочковая тахикардия-2%),приобретенные пороки сердца (недостаточность митрального клапана - 8,9%; стеноз устья аорты - 1%;недостаточность аортального клапана - 1%), легочная гипертензия - 2,5%,кифосколиотическая болезнь сердца-2%,атеросклероз аорты - 1%.

Среди эндокринологических заболеваний чаще встречались: сахарный диабет-10%, ожирение (1 степени - 1%, 2 степени - 10%, 3 степени - 1%),нарушение толерантности к глюкозе - 1%.

Болезни ЖКТ были представлены язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки - 3%, хроническим гастродуоденитом - 4%, ЖКБ - 5%, жировым гепатозом-1,2%, постхолецистэктомическим синдромом - 2%, полипозом ЖП - 2%,токсической гепатопатией-2%,язвенным колитом-2%.

Рассматривая заболевания нервной системы, мы установили, что дисциркуляторная энцефалопатия составила 7%, астено-невротический синдром - 3%, парезы/гемипарезы - 3%, полинейропатии - 3%.

Патология ЛОР-органов была представлена хроническим риносинуситом - 4% и отитом - 2%.

Также установлено, что среди сопутствующих онкологических заболеваний встречались хронический лимфолейкоз -1,3% и острый лимфобластный лейкоз-1,3%. Сопутствующая патология мочеполовой системы: хронический пиелонефрит-4%, нефроптоз-1,3%, киста почки-1,3%, аденома простаты-1,3%.

Нередко отмечались пациенты с гематологическими (железодефицитная анемия-23%, постгеморрагическая анемия - 1,27%) и аллергическими заболеваниями (поливалентная лекарственная непереносимость - 11%).

Выводы:

1. Заболеваниями дыхательной системы чаще всего страдают пациенты мужского пола, в возрасте старше 60 лет. Среди госпитализированных пациентов преобладали городские жители, составившие 68,2%. Процент коморбидности больных отделения пульмонологии достигает 95, при этом, среди сопутствующих заболеваний преобладают сердечно-сосудистые - (68%).

2. Частота совпадения направительного и клинического диагнозов оказался достаточно высок и достигал 80%, при этом 38,8% больных транспортированы скорой медицинской помощью. Это наводит на мысль о тяжести состояния пациентов, их нужде в неотложном оказании специализированной помощи и большом объеме нагрузки на медицинский персонал отделения.

3. Установленные показатели среднего количества койко-дней (10,0) и низкий процент летальных исходов (1,18%) говорят о высоком качестве оказании медицинских услуг в отделении пульмонологии ГБУ РД “Городская клиническая больница №1 ” г. Махачкала.

ПАРАМЕТРЫ ВДОХА СПИРОМЕТРИИ

А.А. Шахмилов – студент 313 гр. лечебного факультета,
М.М. Омаров – врач функциональной диагностики МКБ ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России

Кафедра пропедевтики внутренних болезней
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия
Научный руководитель – д.м.н., проф. А.А. Гусейнов

Актуальность. Спирометрия заслуженно является «золотым стандартом» диагностики бронхолегочных заболеваний. Современные спирометры позволяют определять десятки параметров функции внешнего дыхания, измеряя не только экспираторные, но и инспираторные потоки. Однако, до настоящего времени недостаточно изучено значение показателей вдоха для диагностики.

Цель исследования. Определение и сравнительный анализ параметров вдоха здоровых лиц и больных с обструктивными нарушениями вентиляционной функции.

Материал и методы исследования. Нами было проведено обследование 12 пациентов с обструктивными нарушениями вентиляционной функции, страдавшими хроническим бронхитом, хронической обструктивной болезнью легких, бронхиальной астмой. Из них 8 мужчин и 4 женщины (средний возраст 46,6±15,0 лет). Контрольную группу составили 22 здоровых добровольца, 13 мужчин и 9 женщин (средний возраст 31,9±15,1 лет). Всем обследуемым была проведена спирометрия на отечественных спирографах СМП-21/01-“Р-Д” с встроенным термопринтером и «ЭТОН-01». Определяли, как стандартные экспираторные, так и инспираторные параметры дыхания: жизненную емкость выдоха и вдоха (ЖЕЛ выд/вд), форсированную ЖЕЛ (ФЖЕЛ выд/вд), объем форсированноговыдоха за 1 секунду (ОФВ1 выд/вд), пиковую объемную скорость (ПОС выд/вд), мгновенную объемную скорость в момент выдоха 25%, 50% и 75% ФЖЕЛ (МОС 25,50,75 выд/вд). Были определены 95% доверительные интервалы (ДИ) абсолютных и процентов должных показателей (там, где они определялись на спирометре) и проведено межгрупповое сравнение показателей.

Результаты исследования. Были выявлены достоверные отличия ($p<0,05$) по таким экспираторным показателям (абсолютных значений и % должных величин) как ЖЕЛ, ФЖЕЛ, ОФВ1, ОФВ1/ЖЕЛ, МОС25, 50,75. Из инспираторных показателей достоверных отличий не выявлено ($p>0,05$), кроме ФЖЕЛ вдоха (по абсолютным показателям).

Выводы. Таким образом, остается неясной значение параметров вдоха для диагностики заболеваний. Тем более, что параметры должных величин не заложены в программы спирометров. Дальнейшие исследования помогут определить значение инспираторных показателей для выявления бронхолёгочной патологии, а 95% ДИ показателей здоровых лиц может быть использован для определения референсных значений нормы и расчёта должных величин.

ОСОБЕННОСТИ ДЕБЮТА НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО АОРТОАРТЕРИИТА ПРИ ПЕРВИЧНО ВЫЯВЛЕННОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Н.С. Быстрицкая - студентка 1 гр. лечебного факультета,
Д.К. Волобуев - студент 1 гр. лечебного факультета
Кафедра внутренних болезней №1
ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, Курск, Россия
Научный руководитель - к.м.н., доцент Е. М. Хардикова

Актуальность. Неспецифический аортоартериит, известный также как болезнь Такаясу, артериит Такаясу, входит в группу системных васкулитов неизвестной этиологии, преимущественно поражающих сосуды крупного калибра.

Болезнь Такаясу - это принадлежащее к числу немногих аутоиммунное заболевание, с преимущественно гранулематозным воспалением аорты и магистральных артерий.

Диагностика артериита Такаясу является трудной задачей, что связано с первично хроническим течением болезни и отсутствием специфических методов определении.

Инфаркт миокарда, связанный с коронарным артериитом, имеет свои особенности в патоморфологии, клинике и требует специфических лечебных методов.

Цель исследования. Описать клиническую картину пациентки с неспецифическим аортоартериитом. Изучить ряд особенностей в патоморфологии, клинике и лечебных подходах при инфаркте миокарда, обусловленным коронарным аортериитом.

Материалы и методы исследования. В ходе проведенного ретроспективного анализа истории болезни пациентки, поступившей в отделение неотложной кардиологии регионального сосудистого центра бюджетного медицинского учреждения Курской областной клинической больницы. Для диагностики клинического случая были использованы клинико-лабораторные методы исследования: исследование тропонинов крови; инструментальные методы исследования: электрокардиография, эхокардиография, коронароангиография, R-графическое исследование ОГК (органов грудной клетки) органов грудной клетки, УЗИ брюшного отдела аорты, КТ ангиография торакоабдоминальной аорты.

Данные были получены методом выкопировки данных из карт стационарного больного (форма 033У) за выбранный период.

Результаты исследования. Пациентка К., 38 лет, поступила в отделение неотложной кардиологии РСЦ БМУ Курской областной клинической больницы с жалобами на выраженные жгучие, давящие боли за грудиной, иррадиирущие в левую руку, провоцируемые незначительной физической нагрузкой или в покое. Так же больная отмечала понижение аппетита, потерю в весе 5 кг за полгода, слабость в мышцах конечностей, онемение правой руки, онемение и зябкость пальцев кистей, одышку при ходьбе, сердцебиение, головные боли, головокружение.

Объективно при поступлении: шум над обеими подключичными артериями и брюшным отделом аорты.

Тропониновый тест положительный.

На ЭКГ: Q-ИМ нижней стенки, переход в рубцевание.

При эхо-КГ: Зона гипо-а-кинеза в нижней стенке левого желудочка (в базальных отделах).

КАГ: Передняя нисходящая артерия: стеноз 50% на границе проксимальной и средней трети. Огибающая артерия: стеноз 30% в дистальной трети.

R- графическое исследование ОГК: без инфильтративных изменений.

УЗИ брюшного отдела аорты: С.В.- 2,6; восходящий отдел-2,3. В зоне дуги d аорты 2,0-1,8 см, перешеек- 1,6; Δ Р мах нисходящей аорты- 9,0 мм.рт.ст. Нисходящая аорта d- 1,7 см. d брюшного отдела аорты в мах участке- 1,8 см. На уровне висцеральных артерий- 1,6 см; инфраренальном отделе d=1,5 см. Интима неравномерно утолщена, в инфраренальном отделе мах до 3,3 мм. Показатели кровотока по грудному и брюшному отделов аорты в пределах нормы.

КТ ангиография торакоабдоминальной аорты: признаки расширения (61 мм) среднего отдела восходящей аорты, диффузного утолщения стенки аорты и магистральных артерий, гемодинамически значимого стеноза левой подключичной артерии (85%), гемодинамически значимого стеноза устья правой позвоночной артерии (80-85%).

Выводы. В постановке диагноза «неспецифический аортоартериит» особое значение имеет проведение обширной дифференциальной диагностики, учитывая большую редкость данной патологии, а именно исключение распространенных заболеваний соединительной ткани, инфекционных заболеваний, паранеопластического синдрома.

Данный клинический случай доказывает, что диагностика неспецифического аортоартериита в настоящее время остается трудной задачей из-за неспецифичности многих симптомов болезни, в связи, с чем от момента первых симптомов до клинического диагноза проходит большое количество времени.

АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ ОТ ИНФЕКЦИИ COVID-19 В ГОРОДСКОМ СТАЦИОНАРЕ

А. М. Газалиева - студентка 4-го курса фармацевтического факультета

Кафедра внутренних болезней педиатрического, стоматологического факультетов

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - д.м.н., профессор С. Ш. Ахмедханов

Научный руководитель - к.б.н., доцент М. М. Газимагомедова

Актуальность. Проблеме летальности от инфекционных заболеваний, и в частности, от

ОРЗ и гриппа, а также их взаимосвязь со смертностью от соматических заболеваний посвящено много научных работ отечественных и зарубежных исследователей. Не менее важным вопросом является определение факторов, влияющих на динамику смертности от COVID-19.Эти сведения могут помочь выявить факторы, влияющие на неблагоприятный исход заболевания, и определить группы для первоочередного проведения профилактических мероприятий в этих, подверженных особо повышенной летальности, группах населения.

Цель исследования. Провести анализ летальности по данным ГБУ РД "Городская клиническая больница №1" г. Махачкала для разработки осуществление более адекватных мер по борьбе с пандемией.

Материалы и методы исследования. Период наблюдения: апрель – июнь 2020 г. Количество обследованных – 230 человек. Анализ данных проводился в программах Statistica 10.0 и Excel. Изучались истории болезней умерших пациентов от инфекции **COVID-19**, которые госпитализировались в ГБУ РД "Городская клиническая больница №1" г. Махачкала.

Результаты исследования. В настоящей работе был проведен анализ летальности на примере ГКБ №1 г. Махачкала. За период апрель – июнь из 230 больных количество лиц мужского пола составило 144 человек - 62,6 %, женского пола составило 86 - 37,4%. Этот факт свидетельствует о доминировании патологии бронхолегочной системы среди мужчин.

Среди поступивших в стационар преобладали городские жители, составившие 63,9% из Махачкалы 108 человек: 30.7% мужского пола, 22% женского пола. Также поступали жители других городов, число которых составило, 23 человека из них поступило 8.7% мужского пола, 2.4% женского пола. В 36,2% случаев помощь оказывалась сельским жителям. Поступившие жители, проживающие в селе:

- в низменности – 37 человек, из которых 10.7% мужчин, 7.3% женщин;
- в предгорье – 12 человек, из которых 5% мужчин, 1% женщин;
- в горах – 25 человек, из которых 8.8% мужчин, 3.4% женщин.

Был проведен сравнительный анализ летальных исходов в зависимости от возраста:

- до 45лет – 3.9% мужчин, 2.2% женщин;
- в возрасте 45-65 – 22.2% мужчин, 16.9% женщин;
- более 65лет – 36.5% мужчин, 18.3% женщин.

Также были проведены анализы по внутригрупповому сравнению в каждой возрастной группе по половому признаку и сравнительный анализ по возрастам в зависимости от пола пациента.

Изучая истории болезни с летальным исходом, были установлены показатели количества койко-дней. До суток 37 летальных исходов, среди которых 10,2% мужчин, 7,8% женщин. До 3 суток 10,2% мужчин, 6,8% женщин. До 7 суток 14,1% мужчин, 9,2% женщин. Более 7 дней 30,1% мужчин, 11,7% женщин.

Больше всего летальных исходов среди находящихся в стационаре лиц мужского и женского пола более 7 дней, из которых больше мужчин, чем женщин - 30,1% к 11,7%.

Летальных исходов лиц женского пола 73 человека, до суток -21,9%, до3 суток - 19,1%, до 7 суток - 26%, более 7 дней -32,9%. Смертность лиц женского пола, пролежавших в стационаре более 7 дней наиболее выше 32,8%, чем пролежавших меньшее количество дней.

Летальных исходов лиц мужского пола 133 человека, до 3 суток - 15,7%, до 7 суток - 21,8%, более 7 суток 46,6%. Смертность лиц мужского пола, пролежавших в стационаре более 7 дней наиболее выше - 46,6%, так же, как и у женщин.

Гендерное различие по летальности в зависимости длительности госпитализации. До суток 37 человек: мужчин 56.7%, женщин 43.2%. До 3 суток 35человек: мужчин 60%, женщин 40%. До 7 дней 48 человек: мужчин 68.4%, женщин 39.5%. Более 7 дней 86 человек: мужчин 72.2%, женщин 27.8%.

В результате проведенных сравнительных анализов было установлено, что летальные исходы мужского пола преобладают над смертностью женского пола независимо от проживания, возраста и количества койко-дней.

Изучение летальности, в зависимости от времени суток в первую половину (с 0 ч. – до 12 часов) и во вторую половину суток (с 12 ч. – до 24 часов).

В первую половину суток смертность составила 105 человек. В промежуток времени 0-6 часов 57 человек, среди которых мужчин - 20.8%, женщин - 7.4%. С 6-12часов 48 человек среди которых мужчин – 16.3%, женщин - 7.4%.

Во вторую половину суток смертность составила 97 человек. В промежуток времени 12-18 часов 48 человек, среди которых мужчин – 10.9%, женщин – 12.9%. С 18-24 часов 49 человек среди которых мужчин – 14.9%, женщин - 9.4%.

В промежутки 0-6ч. ,6-12ч., 18-24ч. смертность преобладает у мужчин и только во временном промежутке с 12 до 18 часов смертность у женского пола выше.

Летальность среди лиц женского пола в зависимости от времени суток: в первую половину суток (с 0 ч - до 12 ч) составляет 30 человек, во вторую половину суток (с 12 ч - до 24 ч) составляет 45 человек. На 50% выше во вторую половину суток.

Летальность среди лиц женского пола в зависимости от времени суток: «от заката до рассвета» составляет 34 человека (16,8 %), от «рассвета до заката» составляет 41 человек (20,3 %). На 20% выше в первую половину суток.

Летальность среди лиц мужского пола в зависимости от времени суток: в первую половину суток (с 0 ч - до 12 ч) составляет 75 человек (37,1 %), во вторую половину суток (с 12 ч - до 24 ч) составляет 52 человека (25,8%). На 44,2% выше в первую половину суток.

Летальность среди лиц мужского пола в зависимости от времени суток: «от заката до рассвета» составляет 55 человек (27,2 %), от «рассвета до заката» составляет 72 человека (35,7

%). Таким образом, в темное время суток летальность у мужского пола выше на 8,5% чем в светлое время суток. На 30,1% выше в темное время суток.

За период пандемии, городских лиц мужского и женского пола смертность до 45 лет у 3 человек составила 1,5%, от 45 до 65 лет у 50 человек – 24,7%, у 76 человек в возрасте более 65 лет – 37,6%. У сельских жителей лиц мужского и женского пола смертность до 45 лет у 9 человек составила 4,5%, от 45 до 65 лет у 27 человек –13,4%%, у 37 человек в возрасте более 65 лет –18,3%.

Исходя из длительности госпитализации койко-дни до суток у лиц до 45 лет составило 0,5%, у 14 человек от 45 до 65 лет – 6,8%, у 22 человек в возрасте более 65 лет – 11%. Койко – дни до 3 суток у лиц до 45 лет составило 0,5%, у 14 человек от 45 до 65 лет – 6,8%, у 20 человек в возрасте более 65 лет – 9,7%. Койко–дни до 7 дней у лиц до 45 лет составило 1%, у 22 человек от 45 до 65 лет – 10,7%, у 24 человек в возрасте более 65 лет –11,7%. Койко–дни более 7 дней у лиц до 45 лет составило 3,8%, у 33 человек от 45 до 65 лет – 16%, у 45 человек в возрасте более 65 лет –21,7%.

В стационаре пробыли до суток – 18.3%, до 3 суток – 17%, до 7 дней – 23.4%, более 7 дней - 41.5%. Летальные исходы наблюдаются в возрасте более 65лет независимо от места жительства с преобладанием дней нахождения в стационаре.

Выводы: 1. Заболеваниями дыхательной системы чаще всего страдают пациенты мужского пола. Этот факт свидетельствует о доминировании патологии бронхо-легочной системы среди мужчин.

2. Большинство летальных исходов жителей в возрасте более 65 лет, как мужчин, так и женщин независимо от места жительства пролежавших в стационаре более 7 дней.

3. Среди госпитализированных пациентов преобладали городские жители, составившие 63,9% большинство проживающих в Махачкале.

МАРКЕРЫ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Р.Р. Жданов – студент 516 группы лечебного факультета,
Д.А. Резбаева, Т.К. Шагарова – студентки 313 группы лечебного факультета
Кафедра детских болезней

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России, Оренбург, Россия

Научный руководитель – д.м.н., доц. Г.Д. Алеманова

Актуальность. Бронхиальная астма (БА) имеет статус межнациональной проблемы здравоохранения, эпидемиологические исследования показывают широкое распространение заболеваемости и смертности от БА. Известно, что распространенность БА в несколько раз превышает показатели официальной статистики [1]. Причинами гиподиагностики

предполагаются недостаточная информированность практическими врачами о критериях диагноза. Проблемы с диагностикой приводят к отсутствию или позднему началу профилактических и лечебных мероприятий, что в свою очередь сказывается на дальнейшем уровне и качестве жизни пациента. Особое внимание уделяется БА легкого течения, при которой возможна вероятность тяжелых обострений, что требует пристального внимания врачей первичного звена и своевременного назначения противовоспалительной терапии. Не менее важным является ранее выявление маркеров аллергического воспаления у пациентов с БА легкой степени тяжести [2].

Нельзя недооценивать в организме роль цитокинов в иммунных и воспалительных реакциях. Они обеспечивают процессы межклеточных взаимодействий, участвуют в развитии воспаления, регулируют иммунные процессы, осуществляют контроль внутренней среды, являясь связующим звеном между иммунной и другими системами организма [3].

Цель исследования: определить уровень цитокинов ИЛ-4, ИЛ-5, ИЛ-18, ИЛ-1β в сыворотке крови у детей с БА легкой степени тяжести в периоде ремиссии.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 20 детей с БА легкой степени тяжести в периоде ремиссии, из них 11 пациентов препубертатного и 9 пациентов пубертатного возраста. Диагноз БА верифицирован на основании анамнеза, общеклинического и аллергологического обследования. Содержание ИЛ-4, ИЛ-5, ИЛ-18 определяли в сыворотке крови методом ИФА, ИЛ-4, ИЛ-1β с использованием коммерческих тест-систем ООО «Протеиновый контур», ИЛ-5 – реактивов Biosource international, ИЛ-18 - фирмы Bender Medsustens. Полученные данные обработаны статистическими методами с использованием программы «Биостатистика». Выявление статистически значимых различий в сравниваемых группах осуществлялось на основе t-критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение. Анализ количественных данных ИЛ-4 позволил выявить, что в группе детей препубертатного возраста с легкой степенью тяжести бронхиальной астмы, имеется значительное превышение содержания ИЛ-4 в 5,3 раза ($p<0,01$), при этом уровень ИЛ-4 составил 97,2±8,36 пг/мл, при норме 18,5±1,5 пг/мл. Такой высокий уровень показателя в период ремиссии бронхиальной астмы может служить одним из маркеров сохраняющегося аллергического воспаления у данной группы больных.

В группе детей пубертатного возраста, как и в группе пациентов в возрасте 5-9 лет при легкой степени тяжести бронхиальной астмы, уровень ИЛ-4 значительно превышает норму в 6,2 раза ($p<0,01$), при этом уровень ИЛ-4 составил 119±6,52 пг/мл, при норме 18,5±1,5 пг/мл. Следует отметить, что более высокое превышение показателя ИЛ-4, по сравнению с нормой, отмечается в группе детей пубертатного возраста. Необходимо отметить, что ИЛ-4 имеет широкий спектр биологической активности. Это основной цитокин, вовлеченный в патогенез аллергического ответа.

Исследование содержания ИЛ-5 в сыворотке крови в группе детей препубертатного возраста с легкой степенью тяжести БА выявило превышение показателя в 1,9 раз ($p<0,01$), при этом уровень данного цитокина составил 8,66±1,1 пг/мл, при норме 4,4±0,48 пг/мл. В группе пациентов пубертатного возраста уровень ИЛ-5 также как и в группе детей препубертата превышает норму в 8,3 раза ($p<0,01$), при этом уровень ИЛ-5 составил 36,67±0,88 пг/мл, при норме 4,4±0,48 пг/мл. Более значимое превышение показателя отмечается в группе детей пубертатного возраста с легкой степенью тяжести БА.

Определение уровня ИЛ-18 в группе детей 5-9 лет с легкой степенью тяжести бронхиальной астмы, превышает нормы в 1,4 раз ($p<0,01$), при этом уровень ИЛ-18 составил 116±16,29 пг/мл, при норме 81±3,79 пг/мл. В группе больных пубертатного возраста уровень ИЛ-18 также как и в группе детей препубертата превышает норму в 2,5 раза ($p<0,01$), при этом уровень ИЛ-18 составил 209,3±12,7 пг/мл, при норме 81±3,79 пг/мл. И в данном случае, более значимое превышение уровня ИЛ-18 (провоспалительного цитокина) отмечается в группе детей пубертатного возраста с легкой степенью тяжести БА.

Количественное определение сывороточного содержания ИЛ-1β (провоспалительного цитокина) у детей в периоде препуберта с легкой степенью тяжести бронхиальной астмы превышает нормативное значение в 1,4 раза ($p<0,05$), при этом уровень ИЛ-1β составил 42,0±2,66 пг/мл, при норме 31,08±1,1 пг/мл. В группе пациентов пубертатного возраста (10-16 лет) уровень ИЛ-1β также как и в группе детей препубертата превышает норму в 1,8 раза ($p<0,05$), при этом уровень ИЛ-1β составил 57,34±3,58 пг/мл, при норме 31,08±1,1 пг/мл. Исследование уровня провоспалительного цитокина ИЛ-1β свидетельствует о однонаправленном превышении показателя при легкой степени тяжести бронхиальной астмы не зависимо от возраста пациентов.

Заключение. Комплексное определение уровня цитокинов у больных БА с легкой степенью тяжести может служить ранним маркером воспалительной реакции, которая определяет глубину патологического процесса. Проведенное исследование выявило превышение содержания всех изученных цитокинов (ИЛ-4, ИЛ-5, ИЛ-18, ИЛ-1β) с разнонаправленным механизмом действия, по сравнению с нормой, у пациентов с БА легкой степени тяжести независимо от возраста. Однако более значимое превышение большинства показателей отмечены у детей пубертатного возраста, что, косвенно может свидетельствовать о степени выраженности аллергического воспаления. Полученные данные имеют практическое значения, так как наличие выраженного аллергического воспаления при БА легкой степени тяжести диктует необходимость своевременного раннего назначения адекватной базисной терапии для достижения контроля над заболеванием.

Список литературы

1. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». Москва, 2017. 161 с.

2. Авдеев С.Н., Айсанов З.Р., Белевский А.С., Кулбаисов А.М., Курбачева О.М., Лещенко И.В., Ненашева Н.М., Фассахов Р.С. Легкая бронхиальная астма: настоящее и будущее // Пульмонология, № 28 (1), 2018. – С. 84-95.

3. Удалова В.А. Перспективы изучения цитокинового профиля у больных бронхиальной астмой / В.А. Удалова, Т.В. Латышева, М.И. Варфоломеева [и др.] // Российский аллергологический журнал, №3, 2005. – С. 12-20.

ОСМОЛЯРНЫЙ КЛИРЕНС И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

И.Х. Адамокова – студент 9Б гр. лечебно-профилактического факультета

Кафедра внутренних болезней №2

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия

Научные руководители – д.м.н., асс. Е.С. Левицкая, д.м.н., проф.М.М. Батюшин

Актуальность. При развитии острого коронарного синдрома в процессом вовлекается не только сердце, но и другие органы, в том числе и почки с последующим развитие кардиоренального синдрома. Кардиоренальный синдром – это патологический взаимообусловленное состояние с вовлечением сердца и почек, развивающееся вследствие острой или хронической дисфункции одного из органов с последующей острой или хронической дисфункцией другого. [1] Почки способствуют прогрессированию ХСН, утяжеляют течение и значительно увеличивают риск летального исхода. Так же почечная дисфункция ассоциирована с более высокой частотой развития острого коронарного синдрома и рецидивов ишемии миокарда. [2] Показатель осмолярного клиренса, который является количественной характеристикой осморегулирующей функции почек, может быть использован как более ранний маркер канальцевой дисфункции.

Цель. Изучение риска развития повторных реваскуляризаций миокарда с учетом объемов жидкости вводимых и выведенных в период КАГ и осмолярного клиренса.

Материалы и методы. В исследовании участвовало 120 пациентов с ОКС и АГ, из которых 101 - мужчины, 19 – женщины. Средний возраст - 57,8 ± 0,82 лет. Среди пациентов с ОКС нестабильная стенокардия (НС) у 68 больных (56,7%), а у 52 (43,3%) выявлен острый инфаркт миокарда (ОИМ). Критерии включения - наличие АГ, ОКС, выполнение КАГ, с последующей хирургической реваскуляризацией миокарда – стентированием коронарных артерий. Спустя 17,0 ± 0,51 месяцев после ОКС со стентированием КА осуществлялась регистрация сердечно-сосудистых событий в течении периода наблюдения пациентов методом анализа первичной медицинской документации, предоставленной больными, оценка

традиционных факторов. Контроль водного баланса с учетом объёма жидкости, вводимой и выведенной в период КАГ и стентирования КА. Определение показателей канальцевой дисфункции. В последующем проводился анализ наличия статистически значимого взаимоотношения между показателями ОК и объемами жидкости вводимых и выведенных в период КАГ и стентирования КА.

Результаты. Был проведен анализ наличия статистически значимого взаимоотношения между показателями ОК и объемами жидкости вводимых и выведенных в период КАГ и стентирования КА. Установлена прямо пропорциональная корреляционная зависимость между величиной ОК и внутривенного введения жидкости после КАГ или перорального введения жидкости после КАГ, или всей жидкости введенной внутривенно, или внутривенно и перорально.

Выводы. Существует необходимость контроля водного баланса у пациентов с ОКС после КАГ с целью прогноза развития повторной реваскуляризации миокарда . Статистически достоверная корреляция объемов жидкостей, вводимых преимущественно после КАГ, и ОК является показателем потенцирующего действие нарушенной канальцевой реабсорбции.

Список литературы:

1. Мельник А.А. Кардиоренальный синдром: диагностика и лечение / Мельник А.А. // Почки. 2017. С. 2-14.

2. Корженевская К. В., Козлов П. С., Козлов В. В., Абесадзе И. Т., Алугишвили М.З., Лоховинина Н. Л., Усова Е. А., Панов А. В. Предикторы рецидива ишемии миокарда у пациентов, перенесших коронарное шунтирование на фоне острого коронарного синдрома без подъема сегмента St / Корженевская К. В., Козлов П. С., Козлов В. В., Абесадзе И. Т., Алугишвили М. З., Лоховинина Н. Л., Усова Е. А., Панов А. В. // АГ. 2009. С. 190-194.

ЛИПИДНЫЙ ПРОФИЛЬ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ПНЕВМОНИИ

Д. Н. Вашкова, Т. В. Черенкевич – студенты 1321 гр. лечебного факультета

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,

г. Минск, Республика Беларусь

Научный руководитель – асс. А. Г. Захарова

Актуальность. Внебольничная пневмония – широко распространенное заболевание у взрослых, занимающее ведущее место в структуре заболеваемости и смертности от инфекционных болезней в развитых странах. Нарушения липидного обмена, а именно гипохолестеринемия, является одним из наиболее частых коморбидных состояний при различных иммунодефицитных состояниях, инфекционных заболеваниях. Согласно

исследованиям, при внебольничной пневмонии изменение уровня общего холестерина, и особенно снижение ЛПВП, могут свидетельствовать о неблагоприятном исходе заболевания, тем самым являться критерием оценки тяжести состояния критических пациентов.

Цель исследования. Выявить особенности липидного профиля у пациентов с внегоспитальными пневмониями различной степени тяжести.

Материалы и методы исследования. Был проведен ретроспективный анализ 101 медицинской карты пациентов с диагнозом внегоспитальная пневмония различной степени тяжести, проходивших лечение в УЗ 6 ГКБ в период с января 2019 по январь 2020. Изучены липидный профиль при поступлении пациентов в стационар и его изменение в динамике заболевания, анамнестические, клинические, лабораторные и инструментальные данные пациентов. Статистическая обработка результатов исследований проведена при помощи программы Statistica 10,0

Результаты исследования. Группы пациентов были сопоставимы по полу и возрасту - 49 мужчин (48,5%), 52 женщины (51,5%). Средний возраст включенных пациентов составил 52,9±11,87 лет.

В первую группу были включены пациенты с тяжелой формой протекания пневмонии (33 человека), показатель общего холестерина в группе составил 3,93±1,06, липопротеидов высокой плотности 0,68±0,36, липопротеидов низкой плотности 2,27±0,79, триглицеридов 1,83±0,53, коэффициент атерогенности 7,8±3,88, лейкоциты 11,18±5,6, палочкоядерные нейтрофилы 1,29±1,03, СОЭ 48,5±19,6.

Во вторую группу были включены пациенты со средней формой протекания пневмонии (34 человека), показатель общего холестерина в группе составил 4,91±0,95, липопротеидов высокой плотности 1,3±0,32, липопротеидов низкой плотности 3,11±0,81, триглицеридов 1,42±0,51, коэффициент атерогенности 5,8±4,88, лейкоциты 8,54±3,40, палочкоядерные нейтрофилы 0,47±0,41, СОЭ 40,5±16,5.

В третью группу были включены пациенты с легкой формой протекания пневмонии (34 человека), показатель общего холестерина в группе составил 5,32±1,01, липопротеидов высокой плотности 1,41±0,29, липопротеидов низкой плотности 3,29±0,97, триглицеридов 1,08±0,45, коэффициент атерогенности 2,79±0,83, лейкоциты 7,64±2,07, палочкоядерные нейтрофилы 0,21±0,15, СОЭ 25,5±15,6.

Выводы. Таким образом, наиболее низкие показатели холестерина, ЛПВП, ЛПНП, триглицеридов и коэффициента атерогенности наблюдаются у пациентов с тяжелым течением пневмонии, что может указывать на неблагоприятный исход заболевания, являясь критерием оценки тяжести состояния критических пациентов. У пациентов с тяжёлым течением ВБП статистически значимо происходит снижение уровня ОХ, в сравнении с ВБП средней и легкой степени тяжести (3,93±1,06 ммоль/л в сравнении с 4,91±0,95 ммоль/л и 5,32±1,01 ммоль/л

соответственно, p<0,001). У пациентов с ВБП гипохолестеринемия встречалась в 32% случаев. При тяжелом течении внегоспитальной пневмонии в 60 % случаев наблюдалась гипохолестеринемия.

НЕКОТОРЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПО ДАННЫМ АНАЛИЗА ИСТОРИЙ БОЛЕЗНИ СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА ОБУЗ КГК БСМП Г. КУРСКА

А.Ю. Ляшев – студент 5 курса 4 группы лечебного факультета
Т.В. Проняева – студентка 5 курса 2 группы педиатрического факультета
Кафедра внутренних болезней №2
ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, Курск, Россия
Научный руководитель - к.м.н., доцент О.В. Замяткина

Актуальность. Несмотря на современные достижения медицины, последнее десятилетие характеризуется неуклонным ростом сердечно-сосудистых заболеваний в структуре населения. Сердечно-сосудистые заболевания являются ведущей причиной инвалидизации и смерти в развитых странах, ассоциированы с высокими экономическими затратами и представляют существенную нагрузку на мировое здравоохранение. Одну из лидирующих позиций занимает инфаркт миокарда. Отмечается неуклонный рост заболеваемости инфарктом миокарда среди лиц молодого и среднего возраста. Несмотря на снижение госпитальной летальности, общая смертность от этого заболевания остается высокой, достигая 40-60%.

Цель работы. Оценить количественную структуру осложнений инфаркта миокарда. Определить их влияние на прогноз данного заболевания, проанализировать случаи с аневризмой сердца, выявить влияние острой аневризмы сердца на прогноз у больных с инфарктом миокарда.

Материалы и методы исследования. Проведено исследование историй болезни 410 пациентов, госпитализированных в сосудистый центр ОБУЗ «Курская городская клиническая БСМП» г. Курска в 2018 году. Критерии включения: наличие постинфарктных осложнений. При проведении исследования среди 867 пациентов, поступивших за 2018 год в сосудистый центр, больных с инфарктом миокарда было выявлено 410. При анализе историй болезни госпитализированных пациентов была выявлена следующая количественная структура осложнений: пациентов с развившимся шоком – 62 человека, из них 45 человек имели неблагоприятный исход; пациентов с острым левожелудочковым отеком – 104 человек , 25 пациентов с тяжелыми аритмиями, из них с летальным исходом 8 человек, пациентов с аневризмой – 41 человек, из них умерло – 18 человек; развитие стенокардии наблюдалось у 38 пациентов; пациентов с фибрилляцией желудочков 12, из них 6 человек умерло; пациентов с аритмогенным шоком 14, из них 6 человек умерло; пациентов с развитием разрывов и тампонад - 10 пациентов. Известно, что у 57 пациентов с развившейся аневризмой сердца сопутствовала

артериальная гипертензия.

Результаты исследования. Из всего числа госпитализированных в сосудистый центр (867 больных -100%) – 47,2%(410 пациентов) имели инфаркт миокарда, из этого числа больных аневризма сердца развилась у 14,39% (59 человек). Первое место по количеству летальных исходов имеет шок, на втором месте – аневризма левого желудочка, на третьем – разрывы сердца, возникшие вследствие трансмурального инфаркта миокарда, на четвертом месте – тяжелые летальные аритмии, фибрилляция желудочков и аритмогенный шок занимают пятое место. Из пятидесяти девяти человек (100%) с аневризмой сердца у пятидесяти четырех человек (91%) имела место артериальная гипертония. Что имело прямое влияние на возникновение данного осложнения. Из этого можно сделать вывод, что артериальная гипертония является фактором риска для развития постинфарктной аневризмы сердца. Результаты данного исследования показали, что третье место среди осложнений инфаркта миокарда занимает аневризма сердца, среди летальных исходов она занимает 3 место. У 91% больных с аневризмой сердца имелась сопутствующая артериальная гипертензия, что говорит о необходимости более тщательной коррекции артериального давления, особенно у лиц, входящих в группу риска по развитию осложнений инфаркта миокарда.

Выводы. 1. Аневризма левого желудочка – осложнение острого инфаркта миокарда, занимаемое третье место по частоте развития.

2. Третья часть больных с острой аневризмой имели неблагоприятный исход течения болезни.

3. Одним из факторов, влияющих на частоту развития аневризмы и прогноз данной патологии можно считать сопутствующую артериальную гипертензию.

ОЦЕНКА ВОЗРАСТА ЛЁГКИХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВИТАЛОГРАФА У КУРЯЩЕГО И НЕКУРЯЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ В ДАГЕСТАНЕ

Э.М. Меджидова - студентка 3 курса 40 группы лечебного факультета

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – асс. З.М. Шамов

Введение. Возраст лёгких – это расчетный спирометрический показатель, который отражает дыхательные функции лёгких. Данный показатель был предложен Моррисом и Темплом в 1985 г. Они использовали его, как простой способ оценки степени дыхательного дефицита, вызванного употреблением табака, то есть курением.

Возраст лёгких определяет по следующим формулам:

Мужчины

Возраст легких = (2.87 × рост [в дюймах]) - (31.25 × наблюдаемый FEV1

[в литрах]) – 39.397

Женщины

Возраст легких = (3.56 × рост [в дюймах]) - (40 × наблюдаемый FEV1

[в литрах]) – 77.28

Пример вычислений:

Муж. Рост = 185см или 72.8 дюймов, FEV1=4.01, возраст – 52 года.

Возраст лёгких= (2.87x72.8) -(31.25x4.01) -39.375= 44 года.

Жен. Рост = 167 см или 65.7 дюйма, FEV1= 2.92, возраст – 47 лет.

Возраст лёгких = (3.56 × 65.7) - (40 × 2.92) – 77.28= 40 лет.

Актуальность исследования. Данное исследование проводится в Дагестане впервые, как в рамках оценки возраста легких по спирометрическим показателям, так и в плане сравнительного анализа возраста лёгких у курящих и некурящих людей.

Цели исследования:

1. Оценить связь между возрастом легких и календарным возрастом в дагестанской популяции.
2. Провести опрос и оценку возраста лёгких среди курящего и некурящего населения Дагестана.
3. Выяснить оказывает ли место проживания влияние на возраст лёгких.
4. Оценить влияние количества выкуренных сигарет на степень дыхательного дефицита.

Материалы и методы исследования. Обследовано 200 человек, в возрасте от 12 до 67 лет. Среди них: 1) мужчин 96, женщин 104; 2) курящих 46 человек, некурящих 154 человека; 3) проживающих на равнине 147 человек, в предгорье 25 человек, в горах 28 человек.

Обследование было проведено с помощью micro Vitalograph COPD-6 - прибора для скрининга ХОБЛ.

Vitalograph COPD-6 обладает следующими характеристиками:

1. Определяет базовые спирометрические показатели:

FEV1 – объём форсированного выдоха за 1 секунду

FEV6 – объём форсированного выдоха за 6 секунд

FEV1/FEV6 – коэффициент соотношения объёма форсированного выдоха за 1 секунду и объёма форсированного выдоха за 6 секунд.

2. Отображает примерный возраст лёгких, индекс обструкции и классифицирует ХОБЛ (нормальное значение и стадии заболевания I – IV)

3. Мундштук съемный, одноразовый. Для качественного теста оснащён встроенным индикатором.

4. Диагностическое исследование возможно для различных категорий пациентов.

При обследовании первым делом я предлагала людям заполнить анкету:

Анкета

1. Ваш рост?

2. Сколько вам лет?

3. Ваш пол?

4. Место жительства?

5. Курите ли Вы? Как долго?

6. Если да, то, сколько сигарет в день выкуриваете?

Вносили необходимые данные в Vitalograph COPD-6: возраст, рост, пол; вставляла одноразовый мундштук в прибор и объясняла, что необходимо сделать:

Глубоко вдохните и задержите дыхание.

Вставьте и слегка прикусите мундштук.

Выдыхайте с максимальной силой в течение 6 секунд.

При неправильном выдохе на дисплее прибора возле значений спирометрических показателей отображался восклицательный знак «!». В таком случае после небольшого отдыха просила повторить выдох.

Результаты исследования. Первым этапом исследования было установление связи между возрастом лёгких и возрастом обследуемого, а также между FEV1 (объем форсированного выдоха за 1 секунду) и возрастом обследуемого в условиях Дагестана. В первом случае, прослеживается очень заметная прямая связь. А во втором случае связь имеется, но выражена значительно меньше.

Далее определяла зависимость возраста лёгких от курения. Для чего обследуемые были разделены на 2 группы, курящих и не курящих. В каждой группе были проведены следующие вычисления:

Определение среднеарифметического

A – не курит; B – курит

A = 26.03247 B = 29.54348

Стандартное отклонение по выборке

A – не курит; B – курит

A = 12.70089 B = 12.02166

Как видно по результатам, среднеарифметическое возраста лёгких курящих больше чем у некурящих дагестанцев на три с половиной года.

Так же интерес представляет связь индекса курильщика с возрастом лёгких. Для каждого курящего обследуемого был рассчитан индекс курильщика, с использованием данных из анкеты, и после сравнительного анализа приходим к выводу о том, что возраст лёгких тем

больше, чем больше индекс. Это приводит нас к выводу о том, что дыхательные функции лёгких снижаются, уменьшается количество нормально функционирующих альвеол, при длительном курении (более нескольких лет) большого количества сигарет (15 штук и более) в сутки.

В ходе анализа собранных данных выявилось, что у людей, живущих в разных климатогеографических зонах, состояние лёгких различно. Это видно по среднеарифметическому возраста лёгких у людей, проживающих на равнине (0-200 м над уровнем моря), в предгорье (200-1000 м над уровнем моря), в горах (>1000м над уровнем моря).

Место проживания	Среднеарифметическое возраста лёгких	Стандартное отклонение возраста лёгких
Равнина	27.39860	13.05413
Предгорье	25.80769	10.87389
Горы	25.46429	12.56533

Вероятно, причиной тому, что возраст лёгких людей, проживающих в горах и предгорье, на 1,5 года меньше возраста лёгких людей, проживающих на равнине, послужила более чистая экологическая среда. А именно очень маленький процент, в сравнении с городом, транспортных средств, отсутствие каких-либо заводов, загрязняющих окружающих среду выхлопными газами, следственно, более чистый воздух.

Выводы. Данное исследование было направлено на изучение связи возраста лёгких с курением. И судя по результатам, мы можем убедиться, что курение табачных изделий действительно вызывает увеличение возраста лёгких в сравнении с биологическим возрастом, а также ведет к снижению дыхательных функций. В наше время люди бережно относятся к своему здоровью, особенно молодёжь, поэтому результаты исследования могут послужить мотивацией к прекращению курения. При сравнении состояния лёгких у жителей разных климатогеографических зон мы пришли к выводу, что проживание в чистой экологической среде способствует сохранению дыхательных функций лёгких.

ЗНАЧИМОСТЬ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ ТРЕВОЖНОСТИ И ДЕПРЕССИИ В РАЗВИТИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ

Д.С. Подкопаева – студент лечебного факультета

Кафедра внутренних болезней №1

ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, Курск, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доцент Е.М. Хардикова

Актуальность. Особенности образа жизни современного человека – информационная перегрузка, пессимистическое, негативное действие средств массовой информации, стремление успеть «везде и всюду», психосоциальные факторы, качественно-количественные нарушения в питании – предрасполагают к развитию хронического стресса. Стрессовые факторы становятся триггерными в патогенезе такого распространенного хронического неинфекционного заболевания, как артериальная гипертензия. Стоит отметить, что ежегодно растет распространенность артериальной гипертензии и психических расстройств невротического уровня. Все больший интерес представляет артериальная гипертензия как психосоматическая «маскированная» патология. Дискуссионной и малоизученной проблемой является роль тревожности и депрессии, а также неврастенических расстройств в возникновении артериальной гипертензии у лиц, наиболее подверженных стрессовым факторам. Известно, что женский пол, ввиду гормонального статуса, в большей степени склонен к эмоциональной лабильности, по сравнению с мужчинами, а следовательно и более уязвим. На сегодняшний день очень мало работ, посвященных взаимосвязи возникновения патологий с особенностями профессиональной деятельности человека. Профессия несомненно имеет важную роль в течение всей жизни трудоспособного человека. Преподавательская деятельность – особенно обучение детей школьного возраста – является одной из самых стрессогенных профессий, приводящих к дисбалансу психических механизмов. Постоянные эмоциональные волнения, учителя склонны скрывать от окружающих, и с течением времени происходит трансформация острого стресса в хронический. Внешние раздражающие стимулы вызывают срыв адаптационных механизмов в организме под влиянием различных сопутствующих факторов, действующих одновременно. Таким образом, возникает и артериальная гипертензия – мультифакториальное заболевание. Дискутабельным остается вопрос о значении тревоги и тревожных расстройств в развитии артериальной гипертензии как психосоматического заболевания. Недостаточно также работ, в которых бы отражалась связь артериальной гипертензии и уровня тревоги с особенностями профессиональной деятельности и пола человека.

Цель. Изучить степень выраженности депрессии и тревожности и их взаимосвязь с возникновением артериальной гипертензии у женщин – преподавателей общеобразовательных школ.

Материал и методы исследования. Проведено анкетирование и тестирование по специфическим опросникам 110 женщин, которые работают учителями в средних общеобразовательных школах города Курска. Среди них – преподаватели начальных, средних и старших классов, в возрасте 27-78 лет. Разработанная нами анкета имела 13 вопросов: возраст, уровень и количество образований, занимаемая должность, стаж, данные семейного статуса – маррительное положение, наличие детей, их количество в семье, наличие вредных

привычек, артериальной гипертонии, средних цифр артериального давления (АД), прием антигипертензивных препаратов и регулярности их применения. Респондентам было предложено ответить на вопросы опросника ГТР-7 (GAD-7) Spitzer R.L. для определения уровня тревожности и опросника состояния здоровья (уровня депрессии) PHQ-9 Spitzer R. L. для диагностики наличия и тяжести депрессии. Высокий уровень тревожности и депрессии связан с наличием невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами и психосоматическими заболеваниями. Интерпретация результатов проводилась согласно методическим рекомендациям опросников. Опросник ГТР-7: 0–4 баллов – минимальный уровень тревожности, 5–9 – умеренный, 10–14 – средний, 15–21– высокий. Опросник PHQ-9: 1-4 балла – минимальная депрессия, 5-9 баллов – легкая депрессия, 10-14 –умеренная депрессия, 15-19 – тяжелая депрессия, 20-27 – крайне тяжелая депрессия.

Результаты исследования. Средний возраст исследуемых составил 56±14,7 лет. Анализируя маритальный и семейный статус: никогда не были замужем – 7,3%, состоят в браке – 70,1%, разведены – 14,4%, вдовы –8,2%. Имеют детей – 82,7%; 1 ребенок в семье – 40% исследуемых, 2 ребенка – 46,4%, многодетные семьи (3 и более детей) –13,6%. Уровень образования: высшее – имеют 93,6%, среднее специальное –6,4%. Одно высшее образование имеют – 92,8%, 2 высших образования – 32,8%, одно среднее специальное образование – 7,2%. Распределение по иерархии занимаемых должностей имело следующий вид: руководители высшего звена (директор) –5,5% , руководители среднего звена (заместитель директора, завуч) – 22,7%, не имеющие руководящей должности (учитель) –71,8%. Стаж преподавательской деятельности более 30 лет отметили 61,8% женщин, продолжительность деятельности 15- 29 лет – 22,7%, 5-14 лет – 10,9%, менее 5 лет – 4,6%. При этом работающие пенсионеры среди всех исследуемых составили – 60,9%. Вредные привычки: отсутствуют у 95,5%, курение отметили – 4,5%. Исследуя распространенность артериальной гипертензии, получили следующие данные: страдают артериальной гипертензией – 80,9% (89 человек, среди них все лица, занимающие руководящую должность), средние цифры артериального давления – систолическое: 137,6±17,1 мм. рт. ст, диастолическое – 83,5±15,5 мм. рт. ст, при этом состоят на учете у кардиолога только – 71,8% (79 человек) лиц, страдающих артериальной гипертонией. Среди лиц, страдающих повышением давления антигипертензивные препараты применяют – 92,1% (82 человека), регулярный прием антигипертензивных средств отметили 73,0% (65 респондента). По результатам опросника ГТР-7 (GAD-7) Spitzer R.L. преобладающий уровень тревожности средний – 62,7% (среднее количество баллов 12,2±1,8), у 31,8% исследуемых выявлен умеренный уровень, 3,6% имели минимальный уровень и 1,8% – высокий уровень тревожности. Согласно опроснику уровня депрессии PHQ-9: наиболее распространена – умеренная депрессия (55,5%), легкая депрессия наблюдалась у 22,8%, минимальная депрессия – 19%, тяжелая депрессия – 2,7%.

Выводы. С вероятностью безошибочного прогноза р >95 % (р≤ 0,05),среди исследуемых женщин-учителей выявлена сильная прямая корреляционная связь между уровнем систолического АД и уровнем тревожности (ρ =0,75), и средняя прямая связь между уровнем систолического АД и степенью выраженности депрессии (ρ =0,51). Сильная обратная корреляционная связь выявлена между возрастом, стажем преподавателя и уровнем тревожности (ρ =-0,715, и -0,85 соответственно). Стоит отметить, что у замужних женщин, имеющих 2 и более ребенка, со стажем работы более 30 лет, и средним уровнем тревожности достоверно чаще отмечается наличие артериальной гипертензии (59,8% против 20,2%, р≤ 0,05). Актуальным становится своевременная диагностика тревожности и депрессии, предупреждение формирования хронического стресса путем разработки более совершенных путей преодоления стресса, формирование мотивации на ведение нестрессового стиля жизни для профилактики возникновения и прогрессирования артериальной гипертензии.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГЕМОБЛАСТОЗОВ В РД

А.А. Будаг-заде - студент 313 гр. лечебного факультета,
Р.М. Магомедов - студент 316 гр. лечебного факультета,
А.Г. Абдуллаев - студент 334 гр. лечебного факультета
Кафедра пропедевтики внутренних болезней
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия
Научный руководитель – асс. Н.В. Багомедова

Актуальность. Заболевания, объединенные в группу гемобластозов, входят в число наиболее распространенных форм опухолей. В России ежегодно регистрируется около 19 тыс. новых случаев гемобластозов, что составляет 4 % всех злокачественных образований Заболеваемость злокачественными новообразованиями кроветворной и лимфатической ткани населения России составляет 14,8 случая на 100 000 населения среди мужчин и 11,0 среди женщин. [1] На долю Дагестана приходится, в среднем, 160 случаев за год, что составляет 5,1 на 100 000 населения.

Цель. Выявить связь данного заболевания с полом, возрастом, национальностью, географическим расположением.

Материал и методы исследования. Проанализированы истории болезни за 2019 год отделения онкогематологии ГБУ РД «Республиканская клиническая больница». Были использованы возраст, пол, национальность и проживание в определенном районе Дагестана. Всего проанализированы более 1800 историй, из которых было отмечено 150 впервые выявленных заболеваний.

Методы исследования – анализ историй болезни, статистическая обработка (выборка) и анализ.

Результаты исследования.

Первичных больных за 2019 год выявилось 150.

Среди них: 1. По половому признаку

	Муж	Жен
Январь	4	10
Февраль	15	8
Март	-	-
Апрель	8	9
Май	8	2
Июнь	2	2
Июль	7	10
Август	9	4
Сентябрь	9	6
Октябрь	4	3
Ноябрь	10	10
Декабрь	6	4
Всего:	68 (45%)	82 (55%)

2. По возрасту

	До 20	21-40	41-60	61-80	81-100
Январь	1	2	4	4	1
Февраль	2	4	8	9	1
Март	0	0	0	0	0
Апрель	2	3	7	5	1
Май	1	0	1	8	0
Июнь	0	0	0	0	0
Июль	1	3	7	6	0
Август	0	0	4	6	2
Сентябрь	0	1	9	6	0
Октябрь	0	2	2	4	0
Ноябрь	0	4	7	8	0
Декабрь	0	1	7	6	0
Всего	7	20	56	62	5

3. По району (географическому расположению)

	Горный	Центральный	Южный	Северный
Всего:150	36	62	27	25

4. По национальности

	Аварцы	Даргинцы	Лакцы	Кумыки	Лезгины	Другие (рутульцы, ногайцы, русские)
Всего:150	56	39	7	20	21	7

Выводы

1) В ходе клинических исследований выявлена взаимосвязь данного заболевания с полом, возрастом, национальностью и округом проживания.

2) Заболеваемость гемобластозами в РД у женщин – 82 случая (55%) превалирует над таковой у мужчин – 68 (45%).

3) Пациентов возрастной категории 41-60 и 61-80 , страдающих данным недугом, больше остальных, 56 (37%) и 62 (41%) соответственно. Люди (до 20) , люди зрелого (21-40) и старческого возраста (80-100) менее подвержены злокачественным заболеваниям крови и лимфы.

4) Распространенность гемобластозов у лиц, проживающих на территории центрального округа – 62 случая (41%), преобладает над остальными: горный- 36 (24%), южный – 27 (18%), северный – 25 (17%)

5) Число случаев заболеваний гемобластозами у аварцев составляет 56 (37%), что является самым высоким показателем среди остальных национальностей: даргинцы – 39 (26%), кумыки – 20 (13%), лезгины – 21 (14%), лакцы и другие* по 4,5%

Литература

1) Давыдов М. И. Заболеваемость злокачественными новообразованиями населения России и стран СНГ в 2007 г. / М. И. Давыдов, Е. М. Аксель // Вестн. РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. - 2009. - Т. 20, № 3. - С. 53–90.

2) Jesse, Russell Лейкоз / Jesse Russell. - М.: VSD, 2012. – 553.

3) Cancer statistics, 2000 / R. T. Greenlee, T. Murray, S. Bolden [et al.] // CA Cancer J. Clin. - 2000. - Vol. 50. - P. 7–33

ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

В.И. Шевцова – ассистент, к.м.н., Ю.А. Котова – доцент, к.м.н., А.Н. Шевцов – доцент, к.м.н.,

Е.А. Тимошина – студентка 604 группы лечебного факультета

Кафедра поликлинической терапии
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия.
Научный руководитель – д.м.н., профессор А.А. Зуйкова

Актуальность. Одним из самых часто встречающихся хронических заболеваний является сахарный диабет. Важность этого вопроса заключается в том, что ежегодно наблюдается рост числа заболевших сахарным диабетом, который сопровождается значительным многообразием осложнений, приводящих к снижению качества жизни и уменьшения ее продолжительности [1,2]. Для улучшения качества диагностики и лечения СД важно уделять больше внимания присутствию аффективных расстройств в структуре клинической картины у пациентов.

Цель исследования. Оценка тревожно-депрессивных расстройств у пациентов СД 2 типа и их влияние на течение заболевания.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе БУЗ ВО ВГКБ №11 поликлиника №9. В исследовании приняли участие группа пациентов 40 человек с диагнозом СД 2 типа в возрастной группе 50-85 лет. Ретроспективно был произведен анализ амбулаторных карт: на наличие макро - и микроосложнений течения СД 2 типа, длительность заболевания, целевой уровень HbA1C, уровень глюкозы.

Результаты исследования. Средний уровень глюкозы составил 8.245 ммоль/л, а HbA1C 7.46% соответственно. Наиболее часто встречающиеся микроангиопатии: диабетическая ретинопатия, диабетическая нефропатия. Наиболее часто встречающиеся макро осложнения: ИБС. Кардиосклероз атеросклеротический; ИБС. Стабильная стенокардия напряжения; ЦВБ. Атеросклероз церебральных сосудов, дисциркуляторно-дисметаболическая энцефалопатия; диабетическая полинейропатия нижних конечностей.

Далее оценивали значения уровня медикаментозного комплаенса, тревоги и депрессии. Среднее значение уровня шкалы медикаментозного комплаенса Мориски Грин составило 2,575 баллов, что интепретируется как отсутствие приверженности. Среднее значение уровня тревоги и депрессии по опроснику «Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS » составило соответственно 7,675 и 8,025 баллов. Что свидетельствует о наличии субклинически выраженной депрессии.

Выводы

1. В результате исследования тревожно-депрессивные расстройства были выявлены более чем у половины пациентов с СД.
2. Аффективные нарушения оказывают значительное влияние на течение сахарного диабета и развитие как микро, так и макроосложнений.

ТИП ПОСТОКЛЮЗИОННОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ И НЕОБХОДИМОСТЬ МЕХАНИЧЕСКОЙ РЕКАНАЛИЗАЦИИ В ПРОГНОЗЕ ПАЦИЕТА С ХОКА

Д.Н. Гарань, студент 4 курса лечебного факультета,
Е.В. Бережная, студент 3 курса лечебного факультета
Кафедра внутренних болезней №2

ФБГОУ ВО РостГМУ Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия

Научный руководитель - к.м.н., асс. Е.А. Карташова

Актуальность. Актуальность изучения ангиографической визуализации коллатерального кровотока при хронической окклюзии коронарных артерий (ХОКА) обусловлена большой практической значимостью, позволяющей определить степень поражения и тактику интервенционного вмешательства. Одним из важнейших критериев жизнеспособности и функциональности миокарда после возникновения ХОКА является возникновение ретроградного коллатерального кровотока. Коллатеральный кровоток обеспечивает необходимый уровень визуализации постокклюзионных сегментов на этапе диагностики и во время хирургического вмешательства. Тип ангиографической визуализации может позволить определить классификация RAI (retrograde artery imaging), разработанная А.И. Ряжских, Б.Е. Шахов. Распределение по типам коллатерального кровотока проведено на основе двух параметров: по качеству заполнения целевой артерии дистальнее поражения за счет внутри- и межсистемных коллатералей, а также по отношению коллатерального кровотока к сегменту артерии, прилежащему к дистальной капсуле окклюзирующего субстрата. Определены значения в баллах от 0 до III, характеризующие повышение качества визуализации постокклюзионных сегментов. Тип кровотока RAI-I решено подразделить на два варианта - RAI-Ia и RAI-Ib - в зависимости от наличия или отсутствия визуализации сегмента артерии, прилежащего к окклюзирующему субстрату. Анализ зависимости успехов реканализации от типа коллатерального кровотока в постокклюзионных сегментах позволил выявить их тесную взаимосвязь: при кровотоке типов RAI-III и RAI-Ia успех был достигаем чаще, чем в остальных случаях. Наличие коллатерального кровотока типов RAI-II и RAI-Ib в меньшей степени приводило к положительному результату при проведении антеградной механической реканализации. Данная информация даёт возможность скорректировать тактику хирургического лечения и минимизировать риски интраоперационых осложнений при механической реканализация, делая вмешательство более эффективным и безопасным. Известно, что реканализация ХОКА в отдалённом периоде (до 5 лет) снижает потребность в аортокоронарном шунтировании (АКШ) и уменьшает вероятность ишемических повреждений миокарда. Согласно данным British Columbian Cardiac Registry успешная реканализация ХОКА приводит к снижению на 56% летальности в отдалённом периоде.

Цель исследования. Рассмотреть клиническое наблюдение пациента с диагнозом ИБС:

острый инфаркт миокарда задней стенки левого желудочка, зарегистрированное в 2019 г. в г. Ростове-на-Дону.

Материалы и методы. Пациент С., 61 год, поступил 12.09.2019 г. в экстренном порядке в кардиологическое отделение РостГМУ, где находился на лечении по 18.09.2019 г. Из анамнеза: ИБС ранее неверефицирована, ангинозные боли не беспокоили. 11.09.2019 возникли боли пекущего характера за грудиной с тенденцией к усилению. Боли самостоятельно не купировались после неоднократного применения нитроспрея. 12.09.2019 бригадой СМП доставлен в Центр кардиологии и ССХ РостГМУ с диагнозом острый инфаркт миокарда задней стенки левого желудочка с подъемом сегмента ST с купированным болевым синдромом на догоспитальном этапе: плавикс 300 мг, ацетилсалициловая кислота 250 мг, клексан 0,4 мг, метопролол 25 мг.

На ЭКГ признаки очаговых изменений миокарда нижней стенки левого желудочка. Тропонин I от 12.09.2019 (количественный) >32 ng/ml. Оценка по шкале GRACE-156 баллов.

Регулярно принимал лекарственные препараты: кардиомагнил 75 мг, аторвастатин 80 мг, ацекардол 100 мг ввиду перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения. Состояние пациента при поступлении тяжелое, отмечается помрачение сознания. По данным ЭХО-кардиографии: Систоличекая функция миокарда левого желудочка (ЛЖ) снижена (ФВ по Тейхольцу 47-49%), гипертрофия миокарда ЛЖ, дилатации полостей нет.

Результаты исследования. Больному была проведена коронароангиография (КАГ) с целью определения дальнейшей тактики лечения. КАГ от 12.09.2019: левый тип кровоснабжения миокарда, стеноз передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии (ПМЖВ ЛКА) в проксимальной трети 50%, в средней трети 40%, в дистальной трети 40%, стеноз огибающей ветви левой коронарной артерии (ОВ ЛКА) в средней трети 99% (признаки тромботической субоклюзии), в дистальной трети 50%, хроническая окклюзия правой коронарной артерии (ПКА) в средней трети, дистальная треть заполняется по внутри и межсистемным коллатералям из бассейна ОВ ЛКА. Принято решение о стентировании ОВ ЛКА как симптом-зависимой артерии, а также о стентировании ПКА. Выполнена экстренная транслюминальная баллонная ангиопластика (ТЛБА), доступ радиальный. После баллонной предилятации ОВ ЛКА в места стенозированных участков по проводнику позиционированы и имплантированы 2 коронарных стента, затем выполнена постдилатация в стентах. После выполнена ТЛБА ПКА. После баллонной предилятации в места стенозированных участков по проводнику позиционирован и имплантирован 1 коронарный стент. Операция прошла без осложнений, стенты раскрыты полностью, артерия без признаков диссекции.

В период госпитализации пациент регулярно получал антиагреганты, статины, бета-блокаторы, мочегонные препараты, нитраты при ангинозных болях, препараты железа, антипсихотические препараты, ингибиторы протонного насоса. На фоне проводимого лечения

самочувствие пациента улучшилось. В дальнейшем постоянный прием препаратов: аторвастатин 80 мг, ацекардол 100 мг, омепразол, клопидогрель 75 мг, фолиевая кислота, кордарон 200 мг, инспра 25 мг, феррум лек 100 мг.

Выводы: По данным коронароангиографии ПКА визуализацию постокклюзионного сегмента по классификации RAI можно отнести к типу III − тугое коллатеральное заполнение постокклюзионных сегментов артерии от дистальной капсулы до терминальных ветвей. Данная информация подтверждает эффективность проведённой механической реканализация ХОПКА с целью снижения вероятности ишемических повреждений миокарда в отдаленном периоде. Наблюдаемый клинический случай подтверждает наличие зависимости между типом визуализации коллатерального кровотока и возможностью проведения механической реканализации при ХОКА.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОМЕЗА И НЕКСИУМА В РАЗЛИЧНЫХ СХЕМАХ ЭРАДИКАЦИИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ

Ляшев А.Ю. – студент 5 курса 4 группы лечебного факультета
Проняева Т.В. – студентка 5 курса 2 группы педиатрического факультета
Кафедры фармакологии и педиатрии
ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, Курск, Россия
Научные руководители – д.м.н., профессор Маль Г.С.,
к.м.н., доцент Жизневская И.И.

Актуальность. Болезни органов пищеварительного тракта занимают второе место в структуре детской заболеваемости, при этом до 70–90% всей гастроэнтерологической патологии приходится на хронические гастриты и гастродуодениты. Хронический гастродуоденит (ХГД) остается наиболее распространенной патологией желудочно-кишечного тракта у детей, несмотря на существенные достижения педиатрии в этой области.

В связи с вышесказанным поиск новых методов лечения ХГД у детей является актуальной задачей современной фармакологии и детской гастроэнтерологии. Представляет особый интерес изучение терапевтической эффективности различных схем эрадикации, включающих антибиотики и ингибиторы протонной помпы.

Цель исследования – изучение эффективности различных схем применения антихеликобактерной терапии с использованием антибиотиков амоксициллина и кларитромицина, а также ингибиторов протонной помпы омеза или нексиума у детей с хроническим гастродуоденитом.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ выписок из историй болезни 40 детей от 7 до 15 лет, проходивших лечение во втором отделении Курской областной детской больницы с впервые выявленным диагнозом хронического гастродуоденита

за период с 2018-2019 г. Пациенты были разделены на 2 возрастные группы: 1) больные дети в возрасте 7-11 лет с ХГД: 10 мальчиков и 10 девочек, средний возраст 9,4 лет; 2) больные дети в возрасте 12-15 лет с ХГД: 10 мальчиков и 10 девочек, средний возраст 13,7 лет. У всех детей с диагнозом ХГД проводили сбор жалоб и выявляли наличие Helicobacter pylori методом хелик-теста и с помощью набора для иммуноферментного анализа.

Проведен сравнительный анализ эффективности применения двух схем эрадикации при лечении ХГД у детей. Первая схема включала следующую комбинацию препаратов: амоксициллин (по 250 мг 2 раза в день) + кларитромицин (по 250 мг 2 раза в день) + омез (по 20 мг 1 раз в день). Эффект указанной комбинации сравнивали с действием на Helicobacter pylori схемы, которая также включала амоксициллин (по 250 мг 2 раза в день) и кларитромицин (по 250 мг 2 раза в день), а вместо омеза применяли нексиум по 20 мг 1 раз в день. Указанная терапия проводилась детям, больным ХГД, в течение 10 дней, а затем повторно выполняли хелик-тест и иммуноферментный анализ для определения Helicobacter pylori.

Результаты исследования. При анализе жалоб пациентов установлено, что в обеих возрастных группах детей, больных ХГД, основной синдром – болевой. Больные описывали боли как интенсивные, приступообразные, локализованные в эпигастрии, иррадиирующие в околопупочную область, возникающие натощак, в том числе и ночью. Между группами достоверных различий по количеству детей с жалобами на болевые приступы не выявлено. Другие жалобы: тошнота, рвота, слабость, нарушения стула.

При сравнении клинической эффективности примененных схем установлено, что проведение эрадикации с использованием комбинации препаратов: амоксициллина, кларитромицина и нексиума, оказывало существенно больший терапевтический эффект, чем использование комбинации препаратов: амоксициллина, кларитромицина и омеза. В обеих возрастных группах достоверно снизилось количество жалоб на боль, тошноту, рвоту и нарушение стула. Но, если при применении комбинации антибиотиков и омеза, 50% больных детей и после лечения предъявляли жалобы на боли и диспепсические нарушения, то в группе, получавшей антибиотики и нексиум, таких пациентов оказалось только 20%.

При проведении хелик-теста и иммуноферментного анализа показано, что при применении первой схемы с использованием омеза количество случаев выявления Helicobacter pylori сократилось со 100% до 40% в первой возрастной группе, и до 30% - во второй возрастной группе. При лечении детей с ХГД по схеме с включением нексиума число случаев выявления Helicobacter pylori составило 10% в обеих возрастных группах.

Таким образом, при сравнении двух схем эрадикации у детей обеих возрастных групп показана большая фармакологическая эффективность использования комбинации амоксициллина, кларитромицина и нексиума.

Выводы. У детей в возрасте от 7 до 15 лет с хроническим гастродуоденитом

Helicobacter pylori выявляется в 100% случаев.

Наиболее эффективной комбинацией препаратов для проведения эрадикации у детей, больных хроническим гастродуоденитом, оказалась следующая: амоксициллин по 250 мг 2 раза в день, кларитромицин по 250 мг 2 раза в день, нексиум по 20 мг 1 раз в день, в течение 10 дней. При ее применении количество случаев выявления Helicobacter pylori по данным хеликтеста и иммуноферментного анализа составило 10%.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Н. Н. Велиханова – студентка 418 гр. лечебного факультета,
К.А. Магомедова – ассистент кафедры факультетской терапии
Кафедра пропедевтики внутренних болезней
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия
Научный руководитель – д.м.н. А. А. Гусейнов

Актуальность. На сегодняшний день бронхиальная астма (БА) входит в классическую семерку психосоматозов [1] и, наряду с другими соматическими заболеваниями, остается проблемой современности и важным объектом изучения врачей различных специальностей в связи с тем, что огромное количество людей все чаще сталкиваются с этим серьезным заболеванием (в мире не менее 300 млн человек, у которых очень часто выявляются невротические расстройства, которые осложняют течение данной болезни) [2]

Цель исследования. Выявить наличие психосоматических расстройств у больных БА

Материалы и методы исследования. Нами было проведено обследование 27 (18 женщин и 9 мужчин 36,8 ± 1.2) больных с установленным диагнозом БА, а также 20 (15 женщин и 5 мужчин 35.6 ± 2.8) здоровых людей с помощью 4 стандартных опросников в РКБ и МКБ г. Махачкала:

1. Торонтская алекситимическая шкала [3];
2. Опросник Бека для диагностики депрессивных состояний [4];
3. Шкала реактивной и личностной тревожности Спилберга-Ханина;
4. Гиссенский опросник соматических жалоб[5]

Результаты исследования. Из 27 больных БА у 40% были выявлены элементы алекситимии, которые в некоторых случаях появились у пациентов после перенесенного стрессового фактора (например, смерть сына у одной пациентки) и еще 20 % испытуемых находились в зоне риска.

У 60 % испытуемых были выявлены депрессивные состояния различной степени тяжести: у 30% - депрессия умеренной и легкой степени выраженности, у 30 % - тяжелая депрессия

40 % из группы не имеют депрессивных проявлений

Шкала Спилберга –Ханина показала низкую тревожность у 32%, высокую тревожность у 28% и умеренную тревожность у 40 % из группы опрошенных.

После подведения итогов Гиссенского опросника соматических жалоб мы проследили следующую интенсивность: у 8 % менее 14 баллов, у 16 % менее 20 и у 72 % менее 40 баллов.

В контрольной группе, состоящей из 20 здоровых людей:

У 35 % испытуемых расстройства легкой и умеренной выраженности, у 15 %-депрессия средней тяжести и у 50% - отсутствие депрессивных проявлений.

Алекситимия в контрольной группе была выявлена у 35 % из 100%

По шкале Спилберга –Ханина в контрольной группе низкая тревожность присутствовала практически у всех участников, у 25 % были проявления умеренной тревожности

По Гиссенскому опроснику у 40 % менее 14 баллов, у 56% менее 20 баллов и у 100 % менее 40 балов

Выводы. Таким образом, хотелось бы отметить, что зачастую «игнорирование» врачами непсихиатрического профиля жалоб психического и неврологического характера (тревога, страх, апатия и т.д.) приводит к более тяжелому течению имеющихся расстройств и хронизации болезни, следовательно, необходима диагностика и лечение психических и неврологических проявлений заболевания на ранних стадиях.

В определенных периодах течения БА нервно- психический механизм становится превалирующим и, поэтому, лечение, в свою очередь, должно включать в себя не только применение определенных групп препаратов для лечения бронхиальной астмы, но и когнитивно – поведенческую терапию, дыхательную гимнастику и психотерапию.

Литература

1. Психологические особенности больных бронхиальной астмой [Текст]: монография / Л. В. Боговин, Ю. М. Перельман, В. П. Колосов; Российская акад. мед. наук, Сибирское отд-ние, Дальневосточный науч. центр физиологии и патологии дыхания. - Владивосток: Даль наука, 2013. - 246 с; ISBN 978-5-8044-1405-5

2. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М.Б 88 Психосоматическая медицина: Кратк. учебн. / Пер с нем. Г.А. Обухова, А.В. Бруенка; Предисл. В.Г. Остроглазова. – М.: ГЭОТАРМЕДИЦИНА, 1999. - 376 с

3. Д. Б. Ересько / Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах/ СПб.: НИПНИ им. Бехтерева, 2005

4. Е. П. Ильин / Эмоции и чувства/ СПб.: Питер, 2011, ISBN 978-5-4237-0059-1

5. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие.-Самара: Издательский Дом «БАХРАХ», 1998-672.

АНАЛИЗ СЕРДЕЧНОСОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ЗА 2017-2019 ГГ. В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА

М. Г. Анфилова – студент 1 гр. лечебного факультета,
П. П. Востриков – студент 2 гр. лечебного факультета
Кафедра внутренних болезней №1
ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, Курск, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Е.М. Хардикова

Актуальность. Сахарным диабетом страдают около 422 млн. человек в мире, в 90% случаев наблюдается сахарный диабет 2 типа (СД 2), который приводит к серьезным сердечно-сосудистым осложнениям. Наличие СД 2 связано с возникновением всех форм ишемической болезни сердца (ИБС). Одновременно с диагностикой СД 2 у большинства пациентов уже присутствуют ССЗ, которые являются основной причиной смерти больных. Изучение структуры и динамики сердечно-сосудистой патологии при СД 2 способствует профилактике осложнений, своевременному адекватному лечению и увеличению продолжительности и качества жизни больных.

Цель исследования: анализ распространенности заболеваний системы кровообращения у больных СД 2 типа за 2017-2019 гг. в Щигровском районе в зависимости от возраста.

Материалы и методы исследования. В исследовании проанализированы данные пациентов больных сахарным диабетом 2 типа, взятые из государственного регистра больных сахарным диабетом, амбулаторных карт (форма 025-у), контрольных карт диспансерного наблюдения (форма 030-у-04), годовых отчетов организации за изучаемый период. Исследуемые больные находились на диспансерном учете у врача-эндокринолога ОБУЗ «Щигровская ЦРБ» в 2017-2019 гг.: в 2017 г. 653 человека, в 2018 г. и 2019 г. 649 и 666 человек соответственно. В качестве методов исследования были использованы выкопировка данных из медицинской документации, анализ и сравнение результатов исследования. Графическое представление данных с помощью программы Microsoft Excel 2013. Полученные результаты обработаны статистически в программе STATSOFT Statistica.

Результаты исследования. В течение трех лет наблюдения наиболее часто СД 2 страдали люди в возрасте 60-69 лет – 42,6%, далее 50-59 лет – 23,6% и 70-79 лет – 20,8%. Наименьшее количество больных в возрастной группе 30-39 лет – 0,7%. Старше 80 лет больных было 6,5%, в группе 40-49 лет – 5,8%.

У больных СД 2 в возрастной группе 30-39 лет АГ преобладает (23,4%) над дислипидемией (7,1%) и атеросклерозом (3,4%). В возрасте 40-49 лет ССЗ у больных СД 2 распределились так: АГ – 33,1%, дислипидемия – 17,2%, атеросклероз – 12,9 %, ХСН – 10,8%, ХКС – 15,4%, ОКС – 3,9%. Больные СД 2 в возрасте 50-59 лет болели чаще АГ, дислипидемией и ХКС, соответственно 41,3%, 24,6% и 23,2%; ХСН – 17,4 %, атеросклероз – 14,2%, ОНМК –

6,3%, ОКС – 5,9%. В 60-69 лет получены данные: АГ у 65,8% больных, дислипидемия – 61,1%, ХКС – 28,4%, атеросклероз – 21,5%, ХСН – 17,9%, ОНМК – 8,6%, ОКС – 9,4%. В возрастной группе 70-79 лет АГ составила 71,9%, дислипидемия – 65,8%, атеросклероз – 35,6%, ХКС – 33,9%, ХСН – 18,8%, ОНМК – 10,5%, ОКС – 7,5%. В возрастной группе старше 80 лет самыми частыми ССЗ являются АГ и дислипидемия – 78,1% и 67,7% соответственно; затем атеросклероз – 51,6%, ХКС – 38,8%, ХСН – 20,4%, ОНМК – 14,4%, ОКС – 4,7%.

Выводы. Артериальная гипертензия встречается наиболее часто во всех возрастных группах больных сахарным диабетом 2 типа в Щигровском районе (более 70% больных). Наибольшее количество больных приходится на возрастную группу старше 70 лет. Дислипидемия отмечена более чем в 50% случаев у больных сахарным диабетом 2 типа и наиболее часто – в возрасте старше 60 лет. ХКС и атеросклероз одинаково часто встречаются у лиц старше 70 лет, количество больных увеличивается с возрастом. ОКС и ОНМК чаще встречается у больных старше 60 лет. ХСН чаще диагностируется у больных старше 50 лет.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАНИЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА И ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

М.Г. Анфилова – студент 1 гр. лечебного факультета,
П.П. Востриков – студент 2 гр. лечебного факультета
Кафедра внутренних болезней №1
ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, Курск, Россия
Научный руководитель – к.м.н. Е. М. Хардикова

Актуальность. Сахарный диабет (СД) признан экспертами Всемирной организации здравоохранения неинфекционной эпидемией: в России насчитывается около 5 млн. больных сахарным диабетом, из которых 90% пациенты с сахарным диабетом 2 типа (СД 2). Наличие СД 2 связано с возникновением всех форм ишемической болезни сердца (ИБС) – стенокардии, инфаркта миокарда, внезапной сердечной смерти, безболевой ишемии миокарда. Более того, макрососудистые осложнения являются причиной смертности больных сахарным диабетом в 67% случаев. При СД 2 сердечнососудистые заболевания (ССЗ) встречаются в 2-5 раз чаще, чем без диабета.

Цель исследования: анализ распространенности заболеваний системы кровообращения у больных СД 2 типа за 2017-2019 гг. в Щигровском районе в зависимости от пола и длительности заболевания.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ данных больных сахарным диабетом 2 типа, взятых из государственного регистра больных сахарным диабетом, амбулаторных карт (форма 025-у), контрольных карт диспансерного наблюдения (форма 030-у-04), годовых отчетов организации за изучаемый период. Исследуемые больные

находились на диспансерном учете у врача-эндокринолога ОБУЗ «Щигровская ЦРБ» в 2017-2019 гг.: в 2017 г. 653 человека, в 2018 г. и 2019 г. 649 и 666 человек соответственно. В качестве методов исследования были использованы выкопировка данных из медицинской документации, анализ и сравнение результатов исследования. Графическое представление данных с помощью программы Microsoft Excel 2013. Полученные результаты обработаны статистически в программе STATSOFT Statistica.

Результаты исследования. Распространенность ССЗ среди больных СД 2 составила в 2017 г. у мужчин 75,6% (n=170), у женщин 67,4% (n=326); в 2018 г. 75% (n= 156) и 67,3% (n= 317); в 2019 г. 75,7% (n=163) и 69,0% (n=336) соответственно.

Среди ССЗ у больных СД 2 выявлена артериальная гипертензия (АГ) в 76,4%, дислипидемия – 57,9%, ХКС – 28,4%, атеросклероз – 18,4%, ХСН – 17,1%; ОКС и инсульт – 8,5% и 9,2% случаев.

У мужчин АГ встречалась в 68%, у женщин в 79,7% случаев; дислипидемия соответственно 57,8% и 52,4%; ХКС 28,4%, и 28,1%; атеросклероз 38,7% и 37,4%; ХСН 15,3% и 18,2%; ОКС 12,9% и 5,1%; ОНМК 11,8% и 8,1%.

При длительности СД 2 менее 5 лет ХКС диагностирован у мужчин в 7,1%, у женщин 14,6%; ОКС соответственно 3,3% и 1,4%; ОНМК 5,7% и 7,1%; атеросклероз 4,7% и 11,3%; ХСН 0,9% и 4,7%; АГ 11,2% и 12,3%; дислипидемия 7,3% и 5,2%.

Частота развития всех ССЗ и у женщин, и у мужчин больных СД 2 в Щигровском районе увеличивается в зависимости от длительности заболевания.

При длительности СД 2 более 15 лет ХКС встречается у мужчин в 7,9%, у женщин 27,5%; ОКС соответственно 4,9% и 4,8%; ОНМК 7,0% и 9,8%; атеросклероз 9,9% и 19,6%; ХСН 2,9% и 8,8%; АГ 36,5% и 34,2%; дислипидемия 22,3% и 25,6%.

Выводы. Распространенность сердечно-сосудистых заболеваний у больных СД 2 в Щигровском районе в 2017-2019 гг. выше у мужчин, чем у женщин. У мужчин больных СД 2 по сравнения с женщинами в 2,5 раза чаще развивается ОКС, в 1,5 раза – инсульт. С длительностью заболевания СД 2 отмечается рост сердечно-сосудистых заболеваний. ОНМК чаще встречается у мужчин с длительностью СД 2 менее 5 лет. Женщины с длительностью СД 2 более 15 лет страдают сердечно-сосудистой патологией в 1,6 раза чаще мужчин.

КЛИНИЧЕСКОЕ СРАВНЕНИЕ ТЕРАПИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НЕИНВАЗИВНОГО МЕТОДА ДИСТАНЦИОННОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ

Д.М. Абдуллаева – студентка 526 гр. лечебного факультета, Б.С. Абдуллаева – ассистент

Кафедра внутренних болезней педиатрического и стоматологического факультетов

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

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

Актуальность. По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в итоге от ишемической болезни сердца (ИБС) ежегодно регистрируются 2,5 млн. летальных случаев. В первый же месяц после перенесенного инфаркта миокарда (ИМ), включая период до госпитализации, умирает 40-50 % пациентов. Следующий год не менее опасен осложнениями и высоким смертельным риском: летальность отмечается у 6-10 % пациентов, а повторный ИМ развивается у 4-12 %. 80 % трудоспособных пациентов могут вернуться к работе при соблюдении мер реабилитации. Одной из терапии ИМ является стимуляция кардиопротекции, изучение основных механизмов этого явления являются поводом для разработок методов, одним из которых является метод дистанционного ишемического прекондиционирования миокарда (ДИПМ).

Цель исследования: клиническое сравнение терапии инфаркта миокарда (ИМ) с использованием неинвазивного метода дистанционного ишемического прекондиционирования (ДИП).

Материалы и методы исследования: 42 больных (30 мужчин, 12 женщин), поступивших в кардиологическое отделение ГКБ№1 с диагнозом ИМ, в возрасте от 40 до 80 лет (средний возраст 60±1,2 лет). Пациенты были разделены на две группы: первая – 22 больных получала стандартную терапию ИМ, которая включает: антикоагулянты, бета - адреноблокаторы, нитраты, ИАПФ, антиагреганты, статины, вторая - 20 больных - параллельно со стандартной терапией ИМ использовалось ДИП. Методика ДИП заключалось в следующем: манжета от тонометра накладывалась на левую руку и поднимали давление в ней до 200 мм ртутного столба. Не выпуская воздух, как это обычно делается при измерении АД, а плотно закрутив вентиль ждали 5 минут. Через 5 минут выпускали воздух из манжеты и ждали еще 5 минут. Такие циклы - 5 минут пережатия кровотока и 5 минут отдыха - повторяли 5 раз. Общая продолжительность одной процедуры составляла 50 минут. В течение недели ежедневно по 2 процедуры, в неделю 7 процедур. Всего курс лечения 10 дней. Эффективность оценивали по достижению значимого улучшения: уменьшение частоты и длительности приступов стенокардии, повышение толерантности к физической нагрузке и работоспособности сердечной мышцы, уменьшению количества принимаемых нитратов, достоверное улучшение образа жизни пациентов.

Результаты исследования. Достигнуто значимое улучшение: уменьшение частоты и длительности приступов стенокардии, уменьшилось количество принимаемых нитратов, повысилась толерантность к физической нагрузке, уменьшилась продолжительность пребывания в больнице и в блоке интенсивной терапии

Выводы: при сочетании лечения ИМ с использованием неинвазивного метода ДИПМ имеет клинические преимущества в сравнении со стандартным лечением ИМ.

ХИРУРГИЯ

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОСТРЫХ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

М.А. Ахмедова – студентка 305 гр. стоматологического факультета

Кафедра хирургических болезней педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – к.м.н., асс. – С.Р. Рабаданова

Актуальность. В настоящее время одной из актуальных проблем в хирургии являются острые гнойные заболевания мягких тканей (ОГЗМТ). При выборе тактики лечения данного контингента больных принимают во внимание такие критерии как пол, возраст, время развития до поступления в стационар, продолжительность течения заболевания.

Цель. Проанализировать частоту и спектр хирургической патологии ОГЗМТ и тактику хирургического лечения пациентов.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 120 пациентов, которые лечились в 2018-2020 гг. в Республиканском отделении хирургической инфекции ГКБ 1 г Махачкалы.

Результаты исследования. Среди исследуемых пациентов мужчин - 82 (68,33%), женщины - 38(31,67%). Средний возраст м. – 53,2 г, а ж.– 62,1 г. по поводу флегмоны различной локализации пролечено 45 человек (37,5%), из которых м.-25%, ж.-12,5%; гангрены – 43(35,8%), м.-30(25%,) ж.-13(10,8%); нагноенные трофические язвы – 10(8,4%): м.- и ж.-по 5(4,2%) лиц; абсцессы – 7(5,8%): м.-4(3,3%), ж.-3(2,5%); карбункулы -7(4,2%): м.-4(3,3%), ж.-3(2,5%); фурункулы – 4(3,3%) – м.; панариции – 3(2,5%): м.-2(1,7%), ж.-1(0,8%); фасцииты – 2(1,7%) – м.; парапроктиты – 1(0,8%) – м.

У 80 человек (66,7%) диагностирован синдром диабетической ступни (м.-51 (42,5%), ж. - 29 (23,8%). Согласно классификации по Wagner-Meggitt у 6(7,5%) больных: м.-4(5,0%), ж.-2(2,5%)- диагностирована II стадия; у 14(17,5%): м. и ж.- по 7(8,75%) лиц - III стадия; у 46(57,5%): м.-29(36,25%,) ж.-17(24,25%) - IV стадия; и в 14(17,5%): м.-8,75%, ж.-8,75% - V стадия. Продолжительность заболевания до госпитализации в стационар - 24 – 96 часов.

При клиническом исследовании крови лейкоцитоз у 94(78,3%) пациентов от 4,0х10 Г/л до 8,9х10 Г/л, у 26 - средний лейкоцитоз = 12,3х10 Г/л.

Во время лечения больным проведены такие операционные вмешательства: вскрытие и дренирование флегмоны - 31(25,8%) пациентов: м.-17(14,2%), ж.-14(11,6%); вскрытие абсцесса – 7(5,8%), у м.- 4(3,3%), ж.-3(2,5%); карбункулу – 5(4,2%), у м.- 4(3,3%), у ж.-1(0,9%); фурункулы – 4(3,3%) – у м.; панариция – 3(2,5%), у м.-2(1,7%,) у ж.-1(0,8%); фасцииты –

2(1,7%)- у м.; парапроктит– 1(0,8%); некрэктомия произведена у 7(5,8%) больных: м.-5(4,2%), ж.-2(1,6%); вычленение пальцев стопы -2(1,7%) – у м.; аутодермопластика – 1(0,8%).; ампутация – 22(18,3%), у м.-15(13,3%), ж.-7(5,0%). Не было оперативного вмешательства у 35 (29,2%) пациентов с синдромом диабетической ступни, у м. -24 (20,0%), у ж.-11(9,2%).

Лечение данного контингента больных включало антибактериальную терапию, НПВП, сосудистые препараты, гепаринотерапию. У пациентов с диабетической ступней - инсулинотерапию. Применяли цефалоспорины II – III поколения – для 98(81,7%) больных, из которых м.-58,3%, ж.-23,4%; фторхинолоны – для 12(10,0%) больных, из которых м.-8(6,7%), ж.-4(3,3%); карбапенемы – 6 больных (5,0%) – ж. и макролиды – для 4 больных (3,3%) – м. В большинстве случаев 94 (78,3%) применяли комбинированную антибактериальную терапию 2 или более антибактериальными препаратами.

Выводы. У пациентов с ОГЗМТ своевременная диагностика и госпитализация имеют важное значение для выбора тактики лечения.

ОБУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ ТЕХНОЛОГИЯМ

С.С. Бурмистрова – студентка 16 гр. лечебного факультета

Кафедра общей хирургии

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань, Россия

Научный руководитель - к.м.н., доц. В.В.Зацаринный

Актуальность. Оптимизация процесса обучения лапароскопической хирургии является важным методологическим вопросов в системе образования врачей. Основная сложность обучения заключается в приобретения врачом большого количества мануальных навыков. Данные навыки необходимо получать и развивать на этапе вузовского образования. Процесс обучения требует научного обоснования и методических рекомендаций.

Цель исследования. Создать научное обоснование и методические рекомендации по обучению лапароскопической аппендэктомии.

Материалы и методы исследования. Все лапароскопические аппендэктомии ЛА за 2 года в одном экстренном хирургическом отделении, исключение – проведение конверсии. 6 хирургов, выполняющих впервые ЛА – разделены по возрасту и опыту. Примечание: опытный общий хирург ООХ – более 300 открытых аппендэктомий, начинающий хирург НХ – менее 50 открытых аппендэктомий, опытный лапароскопический хирург ОЛХ – более 300 других лапароскопических операций.

Результаты исследования. 1) Среднее время операции – 64 мин. ООХ до 35 лет – 63 мин, НХ до 30 лет – 63 мин, ОЛХ – 58 мин, ООХ старше 35 лет – 73 мин

2) Время операции при различных формах аппендицита: катаральный – 55 мин,

Флегмонозный – 63 мин, гангренозный – 73,5 мин

3)Время операции в зависимости от введения нового этапа операции (Z-шов) Лигатурный способ – 62 мин, введение нового этапа – 70 мин

5) Время при применении разных видов гемостаза. Монополярная коагуляция – 62 мин, биполярная (EnSeal) – 71 мин

Оценили значимость медицинского персонала, рассчитав коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Статистически значимым является $p > 0,05$. Оператор/анестезиолог $p= 0,164$, оператор/ассистент $p=0,115$, оператор/медсестра $p=0,034$.

По данным педагогической литературы, в обучении хирург проходит 4 этапа.1- обучение навыку,2 - переход от обучения к отработке,3 - отработка навыка,4 - выход на плато. Ввели собственный термин - кривая «бейсболки». Провели анализ по линиям тренда.

1)ООХ до 35 лет, выполнено более 20 ЛА - 3 этап, интенсивность обучения высокая

2)ООХ до 35 лет, выполнено менее 20 ЛА - 2 этап.

3) НХ до 30 лет, выполнено менее 20 ЛА - 1этап, интенсивность обучения выше всех.

4)ООХ и ОЛХ старше 35 лет, выполнено менее 20 ЛА –1этап, интенсивность обучения низкая.

Выводы.

1) Время операции зависит от формы аппендицита. Катаральный <флегмонозный <гангренозный

2) Время операции зависит от вида гемостаза. Монокоагуляция <EnSeal

3) Статистически значимыми является работа анестезиолога и ассистента. Анестезиолог в большей степени, ассистент в меньшей степени влияют на время операции. Отсутствие корреляции с медсестрой говорит о недостаточной квалификации данного медработника. Необходимо обучение операционной медсестры.

4) Интенсивность обучения зависит от возраста хирурга. У хирургов старше 35 лет более длительное обучение

5) Интенсивность обучения зависит от количества проведённых впервые операций. После проведения 20 ЛА интенсивность обучения возрастает. Включение нового этапа операции удлиняет операцию, но на обучении хирурга не сказывается.

Литература:

1. Сажин Александр Вячеславович, Мирзоян Аик Тигранович, Климиашвили Анатолий Давидович, Мосин Сергей Валерьевич, Лайпанов Борис Камалович Обучение лапароскопической аппендэктомии // Российский медицинский журнал. 2014. №4.

2. Колесов В.И. Клиника и лечение острого аппендицита. М.: Медицина; 1972.

3. Paterson H.M., Qadan M., de Luca S.M., Nixon S.J., Paterson-Brown S. Changing trends in surgery for acute appendicitis. Br. J. Surg. 2008; 95: 363-8.

4. Guller U., Jain N., Peterson E.D., Muhlbaier L.H., Eubanks S., Pietrobon R. Laparoscopic appendectomy in the elderly. Surgery. 2004; 135: 479-88

5. Nasir M, Panteleimonitis S, Ahmed J, Abbas H, Parvaiz A. Learning Curves in Robotic Rectal Cancer Surgery: A literature Review, J Minim Invasive Surg Sci. 2016 ; 5(4):e41196. doi: 10.17795/minsurgery-41196.

6. Long K.H., Bannon M.P., Zietlow S.P., Helgeson E.R., Harmsen W.S., Smith C.D. et al. A prospective randomized comparison of laparoscopic appendectomy with open appendectomy: clinical and economic analyses. Surgery. 2001; 129: 390-400.

7. Семенякин Игорь Владимирович, Малхасян В.А., Прокопович М.А. Интраоперационные результаты робот-ассистированной резекции почки и их корреляция с кривой обучения // Оренбургский медицинский вестник. 2016. №S3.

8. Жерносенко А. О., Хациев Б. Б., Кузьминов А. Н., Ефимов А. В. Мануально ассистированные лапароскопические операции в колоректальной хирургии // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. 2012. №3.

9. Земляной В. П., Черниковский И. Л., Иванов А. С., Сигуа Б. В., Рылло А. Г. Внедрение лапароскопических технологий в хирургию колоректального рака // Онкологическая колопроктология. 2014. №4.

МЕТОДИКА NOSES, КАК СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД ХИРУРГИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Ф.Д. Кочетков - студент

Кафедра факультетской хирургии

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань, Россия

Научный руководитель - к. м. н., доцент А.Ю. Огорельцев А.Ю.

Акутальность. Основными звеньями современной хирургии новообразований толстой кишки, на ряду с радикальностью являются индивидуальный и щадящий подход в лечении, что позволяет пациентам после перенесенных, зачастую непростых вмешательств, максимально быстро и полностью восстановить трудоспособность и социальные возможности. Методика NOSES применима в хирургии колоректального рака (КРР) относительно недавно и достаточно неплохо продемонстрировала себя как в зарубежных странах, так и в России.

Цель. Изучить и продемонстрировать возможности методики NOSES у пациентов онкологического отделения ОКБ г. Рязани, а также оценить возможные интра- и послеоперационные осложнений и сроки реабилитации после проведения данной операции.

Материалы и методы. В техническом плане основные моменты операции до пересечения кишки ничем не отличаются от классической лапароскопической операции при раке толстой кишки. При выборе способа извлечения хирург ориентируется на определенные

показатели, а именно: пол, ИМТ, сопутствующие заболевания, наличие пораженных лимфоузлов, а также отдаленных метастазов. При выборе способа извлечения у женщин, наиболее предпочтителен трансвагинальный, так как он позволяет извлекать препараты больших размеров (опухоли более 5 см в диаметре), проводить операции у пациенток с высоким показателем ИМТ, а также симультантные операции при наличии сопутсвующей патологии беспокоящей пациента.

Трансанальное извлечение препарата возможно, как у лиц мужского пола, так и женского, чаще применяется при размере опухоли до 5 см в диаметре, не значительном висцеральном ожирении, отсутствии отдаленных пораженных лимфоузлов.

В нашей клинике с лета 2019г. были проведены 7 подобных операций. Возраст пациентов в среднем составил 57 лет, среднее значение ИМТ равнялось 26,5. При изучении сопутствующей патологии, а также опираясь на возрастные изменения средний показатель шкалы анестезиологического риска составил 2 балла. Расположение опухоли от ануса было различно у большинства пациентов и в среднем было равно 10 см; по рекомендациям ГНКЦ имени Рыжих в некоторых ситуациях имелась необходимость в постановке привентивной илеостомы (для снижения нагрузки и защиты анастомоза).

Результаты и их обсуждения. В среднем оперативное вмешательство занимает 200 мин, однако эти данные регламентируются высокой длительностью проведения первых операций, в дальнейшем время проведения подобных вмешательств сократилось до 150 мин и в итоге не превысило время, затраченное на проведение классической лапароскопической операции. Среднее количество дней пребывания пациента в стационаре равнялось 9, из этого можно отметить значительное снижение койко-дней, что позволило пациентам избежать нежелательных госпитальных осложнений, а также ускорило сроки восстановления.

Кровопотеря в среднем составила 50 мл, что является отличным показателем для подобного рода оперативных вмешательств. Также важно отметить, что ни в одном случае пациенты не нуждались в применении наркотических анальгетиков. Среди интраоперационных осложнений разово был обнаружен точечный 2 мм дефект в месте пересечения степлерного шва, данное осложнение было обнаружено интраоперационно и сразу же, с помощью прошивания данного участка узловым швом было купировано. Единожды выявленный послеоперационный парез кишечника был разрешен консервативно.

Выводы. Проведение методики NOSES требует избирательности: T1, T2, редко T3 размеры опухоли, нормальный или слегка повышенный ИМТ, отсутствие тяжелых сопутствующих заболеваний и отдаленных метастатических поражений. NOSES в максимальной степени уменьшает продолжительность реабилитации, дает возможность избегать применение наркотических анальгетиков. Отсутствие разрезов предотвращает появление косметических дефектов, грыжевых выпячиваний и образование грубых

послеоперационных рубцов. NOSES при КРР является очень перспективной, а главное малоинвазивной и безопасной для пациента методикой, однако для нее требуется хорошее освоение мануальных навыков работы с лапароскопическим оборудованием, опыт и обучение хирургов, а также упорство и трудолюбие в дальнейшем освоении и практических исследованиях.

ПРИЧИНЫ ДОСУТОЧНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В ГКБ-1 ГОРОДА МАХАЧКАЛЫ

Д. Г. Хайбулаева - студентка 413 группы педиатрического факультета, З. К. Гереева - ассистент

Кафедра хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

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

Актуальность исследования. Досуточная летальность всегда была и будет одним из основных статистических показателей, который характеризует уровень работы конкретного медицинского учреждения и здравоохранения в целом. На сегодняшний день тема является актуальной потому, что смерть наступает по причинам, не всегда связанными с работой хирурга. К летальному исходу часто приводит, например, поздняя обращаемость пациентов, что в дальнейшем усугубляет течение заболевания.

Цель исследования. Целью данного исследования явилось выявление причин ранней летальности, причин обращения в отделении хирургических инфекций, и на основе этого разработать меры по снижению смертности и составление дальнейшего прогноза

Материалы и методы исследования. Материалом для данного исследования послужили данные республиканского отделения хирургических инфекций за период с 2013-2019 год, включающий в себя 32 летальных случая. Из них мужчин - 21 (65%) и женщин - 11 (35%) в возрасте от 39 до 91. Наиболее часто выявляемыми клиническими диагнозами были острые гнойные инфекции (19), такие как обширная неклостридиальная флегмона мошонки, то есть болезнь Фурнье - 10, рожистое воспаление - 2, абсцесс послеоперационного рубца - 1; анаэробные инфекции нижней конечности и (или) ягодичной области; инфицированные раны нижней конечности, гонит и псоас-абсцесс. С момента поступления смерть наступила до часа у 2 больных, до 3 часов- 10, 3-8 часов - 8 больных, 8-12 часов- 10, 12-24 - 2 больной.

Годы	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
часы							
До часа	1			1			

1-3			2	2		1	5
3-8	1	1	1	2	1	2	
8-12			3	1		1	5
12-24				1			1

Каждый пациент получал адекватную консервативную терапию с первого дня поступления. Так же было проведено 21 операций, которые включали в себя вскрытие и санирование абсцессов и дренирование флегмон, некрэктомию, ампутацию конечности по причине гангрены стопы (1) и гнилостной флегмоны стопы (1).

Среди причин смерти выявлены септический шок - 24, ТЭЛА - 5, инфекционно-токсический шок - 2 и фибрилляция желудочков -1. В первые сутки по нашим данным всего наблюдалось 17 случаев смерти, вторые сутки - 13, третьи - 3 случая смерти.

Результаты исследования. Исходя из нашего анализа были выявлены основные причины летальности: отсутствие лечения на амбулаторном этапе, поздняя обращаемость и госпитализация, тяжелая сочетанная патология и неполный объем терапии на догоспитальном этапе.

На основе анализа сроков пребывания умерших пациентов в стационаре были выделены 5 групп: 1 группа- смерть наступила до часа с момента прибытия в стационар (6,2%), 2 группа- 1-3 часа (31,25%), 3 группа- 3-8 часов (25%), 4 группа - 8-12 часов (31,25%) и 5 группа- 12-24 часа (6,2%).

Выводы. Основной причиной летальности в отдел ении хирургических инфекций является поздняя обращаемость больных, так как они поступают с тяжелыми осложнениями и запущенным течением заболевания. Причиной так же служит отсутствие обследования больных на догоспитальном этапе или же неполноценного лечения основного заболевания, что усугубляет клинику хирургической инфекции. Анализируя наши данные видно, что летальность имеет высокие цифры именно в первые сутки после поступления пациента

НОВЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСТПУНКЦИОННОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ ПРИ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ

М. М. Исагаджиева – студентка 511 группы педиатрического факультета

Кафедра анестезиологии и реаниматологии с УВ

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - к.м.н. доцент Н.Д. Даниялова

Актуальность. Известные способы профилактики постпункционной головной боли основаны на использование игл с карандашевидным кончиком, небольшого калибра,

латеральной ориентацией среза иглы Квинке, околосрединном доступе, извлечении иглы с мандреном, а также преднагрузке инфузией. Однако они не носят линейную зависимость. Использование самых тонких игл и околосрединного способа требует большего опыта врача, латеральное направление среза иглы Квинке актуально только при околосрединном доступе. Доказано, что использование игл с меньшим диаметром не требует предварительного возвращения мандрена.

Цель исследования. Изучить рациональность проведения пункции субарахноидального пространства для проведения спинальной анестезии под ультразвуковым контролем, как способа профилактики развития постпункционной головной боли.

Материалы и методы исследования. Спинальная анестезия проведена у 60 ортопедических пациентов в РКБ г. Махачкала за период с 2018 по 2019 год с прогнозируемыми трудностями по следующим причинам: головная боль в анамнезе (n=9; 15%), деформация позвоночника (n=27; 45%), индекс массы тела >33 кг/м2 (n=36; 60%) . Пациенты в группах были сопоставимы по полу, возрасту и объему оперативного вмешательства (табл.1). Рандомизация на две группы: с ультразвуковым контролем (n=30) и без него (контрольная, n=30). Интенсивность головной боли определяли по 10-ти балльной цифровой рейтинговой шкале в послеоперационном периоде (рис 1). Использовались иглы небольшого калибра с карандешевидным кончиком. Начинали со скаут-сканирования с целью идентификации средней линии и определения межпозвонкового промежутка для введения иглы. Датчик устанавливался через медианный парасагитальный доступ. Далее производилась пункция и отслеживание продвижение иглы при манипуляции (рис.2). Критерием правильности выполнения служила визуализация, через межпластинчатые пространства на ультразвуковых сонограммах, твердой мозговой оболочки в виде гиперэхогенной структуры (рис.3).

Таблица 1. Распределение в группах по полу, возрасту, сопутствующей патологии, объему оперативного вмешательства.

		1 группа контроля (n=30) Спинальная анестезия проводилась без ультразвуковой навигации		2 группа сравнения (n=30) Спинальная анестезия проводилась под ультразвуковой навигацией	
		Абс.	%	Абс.	%
Пол	м	12	40	14	47
	ж	18	60	16	53
Возраст	До 55 лет	8	27	6	20
	Старше 55 лет	22	73	24	80

Сопутствующая патология	Головная боль в анамнезе	5	17	4	13
	Деформация позвоночника	13	43	14	47
	ИМТ более 33 кг/м^2	20	67	16	53
Название операции	Эндопротезирование коленного сустава	18	60	16	53
	Эндопротезирование тазобедренного сустава	12	40	14	47

Примечание: по всем указанным показателям группы статистически значимо не отличались друг от друга (p >0,05)

Результаты. По результатам проведенного анализа частоты развития постпункционной головной боли после спинальной анестезии в обеих исследуемых группах были получены следующие данные. Пациенты первой группы (без ультразвукой навигации) в раннем послеоперационном периоде (первые 5 дней) предъявляли активные жалобы на интенсивную постуральную головную боль, усиливающуюся при вертикализации и сопровождающуюся напряжением мышц шеи, шумом в ушах, тошнотой и превалировала она в диапазоне 7-10 баллов (в 67% случаев n=20). Тогда как, для пациентов второй группы (пункция проводилась с ультразвуковым контролем) максимальными значениями интенсивности головной боли, по данным 10-ти бальной цифровой рейтинговой шкалы, определялся диапазон в 4-5 баллов (в 3 % случаев n=1). Объяснялось это наличием в анамнезе у этих пациентов постпункционных головных болей (таблица2). Была выявлена сильная корреляция частоты развития постпункционной головной боли в группах (r=0,85).

Таблица 2. Результаты оценки интенсивности головной боли в раннем послеоперационном периоде в группах.

		1 группа контроля (n=30) спинальная анестезия проводилась без ультразвуковой навигации		2 группа сравнения (n=30) спинальная анестезия проводилась под ультразвуковой навигацией	
		абс.	%	абс.	%
Интенсивность головной боли по шкале ВАШ	До 5 баллов	10	33	20	67
	Более 5 баллов	20	67	1	3

Выводы. Таким образом, применение ультразвукового исследования структур субарахноидального пространства в режиме реального времени, существенно снижает вероятность развития побочного эффекта спинальной анестезии - постпункционную головную боль. Можно предположить, что данная методика может использоваться в практическом

здравоохранении как метод профилактики развития синдрома постпункционной головной боли.

ПОКАЗАНИЯ К ОТСЕЧЕНИЮ ЕДИНСТВЕННОЙ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

А.И. Юсупова - студентка 312 гр. стоматологического факультета

Кафедра хирургических болезней педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов ФБГОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – к.м.н., ассистент С.Р. Рабаданова

Актуальность. Количество высоких ампутаций нижних конечностей ежегодно увеличивается и не имеет тенденции к снижению. В настоящее время основными причинами высоких ампутаций являются явления острой и хронической ишемии и гнойно-некротические процессы в конечностях на фоне атеросклероза и сахарного диабета – 95,7 % . По статистике до 30 % больных , перенёсших ампутацию одной конечности в течение 2-3 лет, приходится ампутировать и оставшуюся конечность в связи с прогрессированием основного заболевания, а также невозможностью или неэффективностью реконструктивных операций на сосудах нижних конечностей. Остаются высокими – частота послеоперационных осложнений до 62 % и летальность до 47%, в связи с чем продолжительность жизни больных, после высоких ампутаций, особенно двухсторонних, значительно сокращается.

Цель: изучение результатов ампутаций единственной нижней конечности для оптимизации лечения, улучшения результатов и снижения количества высоких ампутаций.

Материалы и методы исследования: изучены результаты лечения 25 больных, перенёсших ампутацию единственной нижней конечности за период с 2016 по 2020 гг. в республиканском отделении хирургической инфекции ГКБ №1 г., являющейся базой межфакультетской кафедры хирургических болезней ДГМУ. Из них: мужчин было – 20, женщин – 5, в возрасте от 41 до 82 лет. Диагностированы следующие формы СДС: нейроишемическая у 16 больных, нейропатическая форма у 9. Согласно классификации по F.W. Wagner патология отнесена к 5 стадии. Большинство больных были госпитализированы в поздние сроки, что привело к прогрессированию гангрены до уровня нижней трети голени у 7 пациентов, средней трети у 9 и до верхней трети у 9.

23 больных страдали декомпенсированным сахарным диабетом, длительность заболевания у всех выше 15 лет, уровень гликемии в пределах 16-32 ммоль/л. Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей в сочетании с СД выявлен у 14 (56%) больных. Наряду с СД течение заболевания отягощало наличие у больных сопутствующих заболеваний: гипертоническая болезнь у 9 (39%), ИБС у 5(21%), анемия тяжёлой степени у 13(56%), последствия перенесённого ОНМК у 1(4%). Реконструктивные

операции на сосудах нижних конечностей были ранее выполнены у 8(32%) больных. Всем пациентам проводилось обследование включавшее: клинические лабораторные исследования, УЗДГ сосудов н/конечностей, R-графию в 2-х проекциях, бактериологические исследования отделяемого из гнойно-некротических очагов.

Результаты исследования. , Ампутация конечности выполнялась двухлоскутным методом под спинномозговой анестезией с дренированием раны. Степень ишемии нижней конечности оценивалась по модифицированной классификации R. Fontain и соответствовала IV степени локальных финалов.

Комплексная консервативная терапия СДС в сочетании с психологической подготовкой проводилась всем пациентам. Применялись антибиотики с последующей коррекцией по результатам чувствительности микрофлоры, выделяемой из гнойно-некротических очагов, антикоагулянты, ангиопротекторы, антигипоксанты. Проводилось лечение сопутствующей патологии. Местное лечение включало – некрэктомии с широким вскрытием и дренированием гнойных затеков, применение комбинированных перевязочных материалов и устранение явлений ишемии. Ампутации выполнялись в связи с прогрессированием гнойно-некротического процесса и отсутствием возможности реваскуляризации поражённой конечности. Шансы сохранить единственную конечность и избежать ампутации напрямую зависят от распространённости гнойно-некротического процесса, возможности хирургического восстановления кровотока и купирования явлений ишемии. Ампутация единственной конечности проводилась в различные сроки после первой ампутации. Спустя 1 год у 11 больных , в течение 2-5 лет у 12 больных, после 5 лет у 2 больных. В течение первого года после ампутации умерло 3 больных, через 2 года еще 3. Остальные больные живы.

Результаты лечения и оценка характера оперативных вмешательств 25 больных, перенесших высокие ампутации единственной нижней конечности позволяют сделать следующие выводы.

Выводы:

1. Достижение лучших результатов лечения у больных с осложнённым СДС возможно при купировании гнойно-некротического процесса на стопе и своевременном проведении реваскуляризации поражённой конечности.
2. Оптимизм и активная позиция пациентов, регулярное посещение врача и контроль гликемии являются лучшей профилактикой гнойно-некротических осложнений у больных СДС.
3. Своевременное обращение и оптимизация консервативного и хирургического лечения позволит снизить частоту оперативных вмешательств, инвалидизацию пациентов, улучшить качество и продолжительности жизни пациентов.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ЛАКТАЦИОННОГО МАСТИТА

М.П. Султанова - студентка, Османов Р. С. - к.м.н., доцент

Кафедра хирургических болезней педиатрического, стоматологического и профилактического факультетов ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия.

Актуальность исследования. В современных условиях послеродовой мастит является одной из наиболее распространенных форм септической инфекции в хирургии и остается очень актуальной проблемой.Несмотря на обширные профилактические мероприятия, проводимые в женских консультациях и родильных домах, частота лактационного мастита не имеет тенденции к снижению, она составляет от 1,5 до 18% от общего числа родов.Количество больных, поступивших в республиканское отделение хирургической инфекции за последние три года (2017-2019)с Гнойным маститом, она составила около 231 (6,1%) среди всех больных с гнойно-воспалительными процессами.По данным ВОЗ, от 10 до 19% всех маститов в родильных домах разных стран переходят в деструктивную форму.Рецидивы развиваются в 10-20% случаев.По нашим данным, при традиционных методах лечения более чем в 50% случаев эстетическое состояние молочной железы следует считать неудовлетворительным, а в 39% случаев ее функция значительно нарушается.

Целью настоящего исследования является купирование воспалительного процесса в кратчайшие сроки, максимальное сохранение функции молочной железы, сохранение эстетического состояния молочной железы, а также сокращение продолжительности лечения лактационного мастита.

Материалы и методы. В статье обобщен опыт лечения более 144 больных лактационным Гнойным маститом, находившихся в республиканском отделении хирургической инфекции в 2015-2019 годах. Из них 40 пациентов были прооперированы по разработанной нами методике. Основные современные принципы хирургического лечения: 1. Выбор рационального доступа к гнойному очагу с целью сохранения функции и эстетики молочной железы. 2. Адекватное хирургическое лечение гнойного очага с максимальным сохранением молочных протоков, чтобы не было молочных свищей, после некрэктомии. 3. Рациональное дренирование гнойной полости за счет использования дренажно-промывной системы. 4. Проточно-ферментативный диализ (химопсин, химотрипсин) чередуют с растворами антисептиков (0,02% раствор хлоргексидина). 5. Рациональное применение антибиотиков зависит от их чувствительности.6. Закрыть рану первичным швом, а если есть противопоказания - наложить вторичные швы.

При выборе доступа к гнойному очагу наиболее рациональными являются разрезы по Ангереру. В этом случае появляется широкая возможность пересмотреть гнойный очаг,

разбавить перемычки, превратить очаг в единую полость, смыть некротические ткани антисептиками.

Результаты исследования. Отдаленные результаты лечения прослежены у 115 женщин, в том числе 75 - контрольной группы (традиционное лечение), 40 – основной группы. Сравнительный анализ показал, что метод хирургического лечения острого гнойного лактационного мастита с применением дренажных и промывных систем и наложением первичных швов на рану имеет существенное преимущество перед хирургическим, так как сокращает общую продолжительность лечения (стационарное и амбулаторное) более чем в 3,2 раза(42,6 + - 2,6 до 13,2 + - 2,6). - 0,7) уменьшить количество повторных операций с 19 до 2 %, образование молочных свищей с 4,9 до 0,9 %, уменьшить количество случаев неудовлетворительного эстетического состояния молочных желез до 2,3%, а функционального - до 15,9%.

Заключение: применение дренажно-промывной системы с наложением первичных швов на рану при мастите улучшает косметические и функциональные результаты, значительно сокращает продолжительность лечения.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЭКТОМИИ

А. А. Татамов– студент 309 группы лечебного факультета

Кафедра общей хирургии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия.

Научный руководитель – к.м.н. С.М. Магомедова

Актуальность. Острый аппендицит интерпретируется в виде одного из наиболее известных хирургических заболеваний в ургентной хирургии и компилирует 1–4 случая на 1000 лиц. Частота диагностических ошибок при остром аппендиците компилирует 12–31%, в таких случаях, как правило, удаляют нетрансформированный червеобразный отросток (processes vermiformis). Смертность на протяжении последних десятилетий практически не переменилась и приудерживается на уровне 0.2–0,4%. Первопричиной неблагоприятных результатов, позднего заявления больных, остается большой рост диагностических упущений на всех этапах госпитализации. По нынешним отечественной и зарубежной литературы лапароскопическая аппендэктомия (laparoscopic appendectomy) может сопровождаться усложнениями в 1−4% случаев. Большинство составителей разъединяют осложнения на интраоперационные и послеоперационные. При лапароскопической аппендэктомии выражены следующие осложнения: гематома в области установки троакара, геморрагия из спаек, кровотечение из брыжейки, несостоятельность культи отростка (processes vermiformis), соскальзывание лигатуры, ошибки дренирования, инфицирование cavum abdominalis или передней брюшной стенки при вынимании processes vermiformis, неосуществимость

выделения отростка из инфильтрата, электрохирургические усложнения.

Цель исследования. Выявить виды осложнений при лапароскопической аппендэктомии.

Материал и методы. Нами накоплен опыт 208 лапароскопических вмешательств, выполненных при распознавание и лечении острого аппендицита в РКБ СМП. Типовые точки введения троакаров: параумбиликальная зона, левая подвздошная область, надлобковая область. Годы оперированных больных: от 15 до 68 лет. Лапароскопическая аппендэктомия (laparoscopic appendectomy) выполнялась по стандартной методике, с наложением 2 петель Редера на культю червеобразного отростка (processes vermiformis). Основными причинами осложнений входа в брюшную полость (cavum abdominalis) и установки троакаров (trocar) в наших мониторингах были трудности, обусловленные ожирением пациента и невозможностью ревизовать направление инструмента. Диагностическая лапароскопия производилась у всех пациентов с предположением на острый аппендицит.

Результаты исследования: выказаны последующие осложнения: гематома в области установки троакара наблюдалась в 4 (6,7%), геморрагия из спаек в 56 (26,9 %), геморрагия из брыжейки в 26 (12,5 %), несостоятельность культи processes vermiformis не наблюдалась, соскальзывание лигатуры в 19 (9,1%). Одной из причин соскальзывания лигатуры с культи processes vermiformis явилось плохо затянутый узел, саморазвязывание узла, а также наличие выраженного воспаления в области основания processes vermiformis. В тех случаях, когда возникло это осложнение, мы повторно захватили культю processes vermiformis зажимом и наложили эндопетлю. Инфицирование брюшной полости (cavum abdominalis) или передней брюшной стенки при извлечении processes vermiformis наблюдалось в 10 (4,8%). Первопричина - контакт аппендикса с тканями передней брюшной стенки. Отросток должен извлекаться из cavum abdominalis в контейнере. Невозможность выделения processes vermiformis из инфильтрата в 47 (22,6%), электрохирургические осложнения не наблюдались. Не использовалась электрохирургические высокочастотные аппараты у пациентов, в теле которых находятся металлические предметы, имплантируемые электроды, датчики, стимуляторы, поскольку применение электрокоагуляции может привести к нарушению нормальной работы стимулятора (датчика) или выходу его из строя. При пользование имплантируемым кардиостимулятором, быть может изменения сердечной деятельности, вызванное затруднениями, производимыми действием электрохирургического аппарата.

Выводы:

1. Хирург, проделывающий лапароскопическую аппендэктомию должен быть осведомлен обо всех потенциальных ложнениях этого оперативного вмешательства. 2. Анализ результатов лечения больных позволяет снизить вероятность возникновения осложнений.

3. Аппендэктомия выполняемая лапароскопическим доступом не исключает возможности

возникновения тяжелых осложнений. Только строгое следование заимевших опытом значительных операций, объединение превентивных мероприятий, позволяет свести вероятность интраоперационных осложнений к минимуму.

Список литературы:

1. Гринберг А. А., Михайлусов С. В.,Тронин Р.Ю., Дроздов Г. Э. Диагностика трудных случаев острого аппендицита. – М.: Издательство «Триада-Х»,1998.

2. Кригер, А. Г. Острый аппендицит / А. Г. Кригер, А. Ф.Фёдоров, П. К. Воскресенский. - М.: Медпрактика, 2002.

3. Прудков М.И. Острый аппендицит. Клиника. Традиционное и минимально инвазивное хирургическое лечение / М.И. Прудков, С.В. Пискунов, А.И. Никифоров. – Екатеринбург: Издательство Уральского университета, 2001. – 40 с.

4. Видеоэндоскопические вмешательства на органах живота, груди и забрюшинного пространства / Под ред. А.Е. Борисова. – СПб. Предприятие ЭФА, ‘‘Янус’’, 2002. – 416 с.

5. Сажин В.П. Лапароскопическая хирургия / В.П. Сажин, А.В. Федоров. – М.: Реком, 1999. – 178 с.

СТОМАТОЛОГИЯ

АНТЕНАТАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ

М.О. Рамазанова[1] – клинический ординатор,
М.А. Ахмедова[2] – студентка 305 гр.стоматологического факультета,
К.М. Ильясов[2] - студент 510 гр. стоматологического факультета
[1]ФГБУ НМИЦ АГП им В.И. Кулакова Минздрава России, Москва
[2]Кафедра пропедевтической и профилактической стоматологии
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия
Научный руководитель – ассистент Г.М-А. Будайчиев

Актуальность. Кариес зубов и воспаление тканей пародонта является хрониосептическим очагом, из которого микроорганизмы и продукты их жизнедеятельности распространяются по всему организму женщины и могут вызывать осложнения беременности. Кроме того, антенатальный период развития является первым шагом в формировании здоровья ребенка в целом и стоматологического, в частности. В условиях физиологического течения беременности распространенность кариеса зубов достигает 91,4 %, заболевания тканей пародонта – 99,5 % случаев.

Цель исследования. Определение стоматологического статуса беременных женщин и предоставление рекомендаций к сохранению стоматологического здоровья будущего ребенка.

Материал и методы. Нами проведен осмотр и обследование 45 беременных женщин. **Результаты исследования.** Определили, что резкое увеличение уровня гормонов белковой и стероидной природы до конца 1 триместра в связи с формированием плаценты и нарастанием дефицита макро - и микроэлементов с увеличением срока беременности влияют на состояние зубочелюстной системы матери и ее ребенка. Поэтому проведение всех профилактических мероприятий необходимо начинать в 1 триместре, при первичном обращении к стоматологу. Стоматологическое обследование же рекомендуется осуществлять на 6-8, 16-18, 26-28 и 36-38 неделях беременности. Для лечения и удаления разрушенных зубов, целесообразно выбрать период времени между 15 и 28 неделями (4-14 и 28-32 неделя считаются критическими). На 6-8 неделе проводилась оценка уровня гигиенических знаний беременной, обучение и мотивация к регулярному уходу за полостью рта, проведение профессиональной гигиены полости рта, коррекция питания, подбор индивидуальных предметов для ухода. На 26-28 неделе – оценка эффективности предоставленных рекомендаций и профессиональная гигиена ротовой полости. Предоставление рекомендации по уходу за полостью рта новорожденного, грудного вскармливания до достижения ребенком 1 месячного возраста, предоставление рекомендации по ограничению в питании детей сахара (до 20 г в сутки), ознакомление с особенностями выбора и правилам пользования соской-пустышкой проводилось на 36-38 неделе.

Выводы. Профилактические мероприятия имеют двойную цель: поддерживают и

улучшают состояние полости рта у женщин в течение всего периода беременности и создают условия для нормального физиологического развития плода. А это гарантирует полноценное формирование и первичную минерализацию твердых тканей зубов, а также обеспечивает физиологическое течение процесса их созревания.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Г.М-А. Будайчиев– молодой ученый, М.Н. Меджидов - д.м.н., доцент

Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Актуальность. На сегодняшний день сахарный диабет занимает третье место среди причин высокой инвалидизации и смертности больных после сердечнососудистых и онкологических заболеваний.

Сахарный диабет является актуальной медико-социальной проблемой для большинства стран мира, в том числе и Российской Федерации, где насчитывается более 1 млн. больных.

Целью исследования является изучение иммунологических показателей ротовой жидкости детей при сахарном диабете 1 типа.

Материал и методы исследования. Для решения поставленной нами цели было обследовано 24 ребенка в возрасте 11-14 лет, больных сахарным диабет I типа (группа № I). Группу сравнения (№ II) составили 25 соматически здоровых детей того же возраста.

Для оценки местного иммунитета полости рта определяли содержание sIgA, IgA, IgG, ФНО-α, IL-1b, IL-4 и уровня лизоцима в ротовой жидкости. Смешанную слюну собирали утром натощак и центрифугировали. Для расчета полученной концентрации цитокинов строили калибровочную кривую на основании оптической плотности стандартов. Полученные результаты обрабатывали статистически с использованием **t-критерия Стьюдента.**

Результаты проведенных иммунологических исследований показали, что у больных детей с хроническим катаральным гингивитом в ротовой жидкости определяется достоверное увеличение содержания лизоцима ($p<0,001$) в среднем в 1,3 раза. Установлено также, что у больных детей с хроническим катаральным гингивитом в ротовой жидкости определяется достоверное увеличение содержания sIgA – в среднем в 1,3 раза ($p<0,001$) по сравнению с соматически здоровыми детьми, что можно объяснить защитно-компенсаторным механизмом специфического иммунного ответа. Все это свидетельствует о нарастании напряженности местного иммунитета ротовой полости у детей с сахарным диабетом 1 типа. Содержание ФНО-α - ведущего провоспалительного иммуноцитокина острой фазы, рос в 6-10 раз и был, примерно, одинаковым у больных с легкой и тяжелой степенью, и существенно выше – при средней степени повреждения. Количество IL -1b и IL -4 у больных детей с сахарным диабетом

1 типа при хроническом катаральном гингивите была увеличено соответственно в 2-2,5 и 0,5-3 раза и при разных степенях тяжести достоверно не отличалась.

Выводы. Таким образом, у детей, больных сахарным диабетом 1 типа, наблюдаются значительные изменения в отдельных звеньях иммунной системы, что приводит к возникновению гингивита, постоянной тенденции к прогрессированию и обострению течения пародонтита.

АНАЛИЗ ПРИЧИН НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА

М.А. Ахмедова – студентка 305 гр. стоматологического факультета,
К.М. Ильясов - студент 510 гр. стоматологического факультета,
Г.М-А. Будайчиев – молодой ученый, М.Н. Меджидов – д.м.н., доцент
Кафедра пропедевтической и профилактической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия.

Актуальность. Потеря зубов в результате периодонтальной патологии пульпарного генеза является одной из основных причин частичной или полной адентии людей разных возрастных групп. Лечение заболеваний пульпы зуба достаточно разнообразное, а клиническая ситуация редко бывает однотипной для возможности сравнения различных методов лечения.

Цель работы: провести анализ причин неудачи эндодонтического лечения и удаления зубов с хроническим апикальным периодонтитом для определения путей повышения эффективности консервативного лечения.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 103 медицинских карт стоматологических больных и 72 рентгенологических исследований пациентов, перенесших операцию удаления зуба в стоматологической клинике Altera г. Каспийска. Для определения недостатка эндодонтического лечения проведено анонимное анкетирование 15 врачей стоматологов-терапевтов г. Каспийска. Врачи основывали свое субъективное видение основных причин неудачи терапевтического лечения зубов с хроническим апикальным периодонтитом и их последующим удалением и определили главные векторы развития для улучшения качества лечения.

Результаты исследования. По данным анкетирования, безуспешность консервативного лечения чаще всего связана с несоблюдением протоколов лечения и сложностью анатомического строения корневых каналов, а также невозможности их адекватной обработки. Ретроспективный анализ данных выявил, что основной причиной удаления зубов является хронический апикальный периодонтит, доля которого 69%. Основной причиной удаления зубов с хроническим апикальным периодонтитом является значительное разрушение коронковой части.

Вывод. В ходе опыта была обоснована необходимость улучшения имеющихся методов

консервативного лечения апикального периодонтита. Улучшение эндодонтического лечения должно быть направлено на разработку и введение эффективных методов обработки системы корневого канала и активации ирригационных растворов. Для улучшения прогноза эндодонтического лечения и снижения доли удаленных зубов по поводу хронического апикального периодонтита нужно повысить качество конечной реставрации и выполнять контроль ее герметичности.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И АКТУАЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ВИНИРОВ В СОВРЕМЕННОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Г.М-А. Будайчиев – молодой ученый, Т.А. Абакаров – к.м.н., доцент, Э.А. Ахмедова – к.м.н., доцент

Кафедра ортопедической стоматологии

Кафедра пропедевтической и профилактической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Актуальность темы. Эстетика только сегодня является неотъемлемой частью жизни, а еще несколько десятилетий назад едва виднелась на горизонте. При правильном планировании и изготовлении виниры не только позволяют создать яркую естественную улыбку, но и воспринимаются пациентом как часть собственного организма и личности.

Цель исследования. Исследовать распространенность использования виниров среди современных врачей-стоматологов, информированность потенциальных пациентов относительно этих конструкций, и особенности процесса создания эстетической улыбки с помощью виниров.

Материал и методы. Методы исследования разветвились на три ветки: 1 - сбор и анализ данных о свойствах, процесс индивидуального изготовления и установки виниров; 2-мониторинг современных врачей-стоматологов по использованию этих конструкций; 3-анкетирование потенциальных пациентов и их информирование на тему виниров.

Результаты исследования. Аналитическое исследование показало качество виниров, абсолютное большинство которых было положительным: эстетика, долговечность и сохранение тканей зуба, предотвращение постоперационных функциональных осложнений, чрезвычайно высокая прочность, супрагингивальное размещение. Российские стоматологи создали организацию «Дискуссионный Клуб Стоматологов» («ДКС»), участники которой удачно осваивают новинки эстетической стоматологии и применяют на своих пациентах. В последнее время популяризация виниров и их подвидов выросла за создание Кристианом Коучманом концепции цифрового дизайна улыбок – «DSD (Digital Smile Design) concept» («Диджитал Смайл Дизайн концепт»). Анкетирование потенциальных пациентов дало основание полагать, что далеко не все из них (32, 24%) довольны своей улыбкой. Мало (6,71%)

осведомлены о существовании виниров и их назначение. Однако остальные (93,29%) активно интересовались, услышав незнакомое слово. В результате с опрашиваемыми была проведена беседа по актуальности и рекомендациям по применению виниров, и разработаны информационные карточки специально для них.

Выводы. Виниры ежегодно приобретают все большее применение среди врачей-стоматологов, а также повышается интерес к ним среди потенциальных пациентов в связи со стремительным развитием эстетической стоматологии и психологическим стремлением пациентов выглядеть привлекательнее и динамичнее.

МЕТОДЫ ПРОВЕДЕНИЯ ПРЯМОЙ КОМПОЗИТНОЙ РЕСТАВРАЦИИ ФРОНТАЛЬНОЙ ГРУППЫ ЗУБОВ

Д.М. Иналов – студент 410 гр. стоматологического факультета,
М.А. Ахмедова – студентка 305 гр.стоматологического факультета,
П.Д. Кудаева – молодой ученый
Кафедра пропедевтической и профилактической стоматологии
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия.
Научный руководитель – ассистент Г.М-А. Будайчиев

Актуальность. В современной стоматологии вопрос эффективного, качественного и надежного восстановления твердых тканей зубов, в частности фронтальной группы, остается актуальным. На сегодняшний день для прямых реставраций широко используют композитные пломбировочные материалы путём имитации зубных тканей различными искусственными материалами. Такая реставрация может быть направлена на коррекцию врожденных нарушений внешнего вида, а также положения зубов, устранение последствий травмы, возрастной стираемости и изменения цвета. Благодаря современным композитным материалам, этот комплекс процедур позволяет воссоздать первоначальную форму зубов до мельчайших деталей. Однако определенная часть изготовленных конструкций требует коррекции или замены из-за возникновения дефектов или осложнений. Современные композитные материалы предоставляют стоматологам прекрасную возможность самостоятельно делать художественные реставрации и наращивание зубов «прямым» способом.

Целью работы было изучить характер, распространение дефектов и осложнений, возникших после пломбирования, и провести оценку качества реставраций фронтальных зубов.

Материал и методы. Мы обследовали 20 пациентов, у которых оценивали 44 реставрации фронтальных зубов. Проведена клиническая инструментальная оценка твердых тканей, оценка качества реставраций по модифицированными критериями USPHS Ryge (анатомическая форма, краевая адаптация, краевая пигментация, вторичный кариес, соответствие цвета, гладкость поверхности, блеск, гиперестезия, трещины, скол эмали). Проводили моделирование методом прямого композитного MOCK-UP с последующим

изготовлением силиконового ключа и методом «свободной руки». Для сравнения используется композиционный материал IPS Empress Direct - это универсальный, высокоэстетичный наногибридный композит для изготовления реставраций прямым методом. Он наделен природной опаковостью, флюоресцентностью, опалесцентностью, что дает возможность создавать естественный вид фронтальной группы зубов. Материал ESTELITE ASTERIA - фотополимерный, рентгенконтрастный композит, предназначенный для выполнения высоко эстетических реставраций как передней так и боковой группы зубов. Требует минимального препарирования полости.

Результаты и обсуждение. Данное исследование показало, что лучший эстетический результат можно получить при использовании метода непрямого предварительного воскового моделирования по изготовлению силиконового ключа и методом прямого MOCK-UP с использованием материалов IPS Empress Direct и ESTELITE ASTERIA**.**

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ, НЕ СОДЕРЖАЩИХ ФТОР У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Д.М. Иналов– студент 410 гр. стоматологического факультета
М.А Ахмедова. – студентка 305 гр. стоматологического факультета
З.Т. Хижалова – молодой ученый
Кафедра пропедевтической и профилактической стоматологии
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия.
Научный руководитель – ассистент Г.М-А.Будайчиев

Актуальность. Высокие показатели распространенности и интенсивности кариеса зубов у детей дошкольного возраста указывают на необходимость дальнейшего поиска и оценки эффективности профилактических средств, не содержащих фтор.

Цель работы. Повысить эффективность профилактики и лечения начального кариеса у детей дошкольного возраста путем использования препаратов на основе нанокристаллического медицинского гидроксиапатита (нано мГАП).

Материалы и методы. В клиническом исследовании принимали участие 100 детей (47 мальчиков и 53 девочки) в возрасте 3-5 лет. Обследование проводили по общепринятой методике, определяли индекс гигиены полости рта по Федорову - Володкиной, распространенность и интенсивность кариеса зубов. В 1 группу вошли 50 соматически здоровых детей без кариозных процессов; во 2 группу вошли 50 детей с кариозными поражениями на стадии начального кариеса. Всем детям проводили профессиональную гигиену полости рта, обучение индивидуальным гигиеническим навыкам, даны рекомендации по индивидуальной гигиене ротовой полости и относительно использования препарата на основе нано мГАП в течение 1 месяца. Эффективность предложенных профилактических мероприятий оценивали на основании анализа клинических признаков, использование кариес-

маркера до начала и через 6 месяцев после завершения курса профилактических процедур.

Результаты и обсуждение. Анализ индекса гигиены полости рта показал, что у детей 1 группы хорошая гигиена была определена у 38%, удовлетворительная – у 51%, неудовлетворительная – у 11%, плохая – 0%, очень плохая – 0%. У детей 2 группы в отличие от первой, хорошая гигиена была у 20%, удовлетворительная – 40%, и у 39% детей, как неудовлетворительная и у 1% - плохая, очень плохая-0%. Распространенность кариеса зубов у детей 2 группы составила 46% при интенсивности 1,5-1,8. Через 6 месяцев у детей 1 группы хорошая гигиена полости рта была определена у 68%, удовлетворительная у 31%, неудовлетворительная у 1% детей, что лучше показателей в начале исследования. У детей 2 группы: хорошая гигиена определялась уже у 42%, удовлетворительная у 52%, неудовлетворительная лишь в 6%. Детей с плохой и очень плохой гигиеной полости рта мы не определили в обеих группах. Во время осмотра детей 1 группы визуально повреждений поверхностных слоев эмали и очагов деминерализации не выявлено, что подтверждается отсутствием окрашивания вестибулярных поверхностей зубов. У детей 2 группы новых кариозных поражений не выявлено, предыдущие кариозные поражения при визуальном осмотре потеряли матовость, при повторном закрашивании кариес-маркером менее интенсивно закрашивались, не изменили свои границы и расположение в сравнении до начала исследования.

Выводы. Учитывая результаты клинических исследований можно утверждать, что препарат на основе нано мГАП положительно влияет на пораженную кариесом в стадии пятна эмаль и способствует ее восстановлению.

ВЛИЯНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН НА РАЗВИТИЕ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ

М.О. Рамазанова[1] – клинический ординатор,
М.А. Ахмедова[2] – студентка 305 гр.стоматологического факультета,
К.М. Ильясов[2] - студент 510 гр. стоматологического факультета
[1]ФГБУ НМИЦ АГП им В.И. Кулакова Минздрава России, Москва
[2]Кафедра пропедевтической и профилактической стоматологии
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия
Научный руководитель. – к.м.н., доцент Э.А. Ахмедова

Актуальность. Несмотря на то, что в стоматологической практике широко внедряются средства и методы профилактики, распространенность стоматологических заболеваний у беременных женщин по-прежнему остается высокой. Во время беременности повышается риск возникновения новых или обострения уже существующих стоматологических заболеваний, особенно поражений твердых тканей зубов и тканей пародонта. По данным ВОЗ распространенность кариозного процесса зубов у беременных встречается в 2,9 раза, а

воспалительный процесс тканей пародонта в 2,2 раза чаще, чем у небеременных женщин.

Целью нашего исследования стало изучение стоматологического статуса в различные триместры беременности.

Материалы и методы. В исследовании были задействованы 75 беременных женщин, проживающих на территории г. Махачкалы. Они проходили трехкратное обследование: I триместр (5-13 неделя), II триместр (17-26 неделя), III триместр (30-36 недель). Осмотр проводили по общепринятой методике, определяли индекс гигиены, интенсивность кариеса и состояние тканей пародонта.

Результаты исследования. Очаговая деминерализация эмали при первичном осмотре была обнаружено у 52 % обследованных. За период наблюдения показатели выросли до 53,3 % в II триместре и 56 % в III триместре. Интенсивность кариеса по индексу КПУ: 1 триместр – 11,34 ± 0,11, во II триместре – 11,55 ± 0,12, и в III триместре – 11,98 ± 0,83. В период беременности распространенность воспаления тканей пародонта колеблется в пределах от 36 до 100 %, в 90 % случаев наблюдается хронический катаральный гингивит. Гингивит наблюдается у 50,0 % беременных женщин с физиологическим течением беременности.

Состояние тканей пародонта: в I триместре у 60 % беременных женщин встречается хронический локализованный катаральный гингивит легкой степени, начиная со второй половины беременности у 43 % женщин гингивит протекает в генерализованной форме, в диффузной форме с преобладанием гипертрофического процесса в 26 % случаев.

Выводы. Таким образом, во время беременности отмечается значительный рост всех показателей, особенно в III триместре беременности, что указывает на зависимость стоматологического статуса беременных от срока и характера течения беременности, количества предыдущих беременностей, а также наличие хронических заболеваний. Основным направлением работы врача на данном этапе должно быть проведение профилактических мероприятий, а при необходимости и раннее лечение патологических состояний, что позволит максимально сохранить не только стоматологическое здоровье женщины, но и провести антенатальную профилактику кариеса зубов у будущего ребенка.

ВЫБОР ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗНОГО СТОМАТИТА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА

М.А. Ахмедова - студентка 305 гр. стоматологического факультета,
Г.М-А. Будайчиев – молодой ученый, М.Н. Меджидов – д.м.н., доцент
Кафедра пропедевтической и профилактической стоматологии

Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Актуальность. По данным различных авторов, у больных сахарным диабетом

кандидозный стоматит встречается от 25,3% до 80-100%. Это связано с метаболическими и иммунологическими нарушениями, снижением резистентности слизистой оболочки полости рта, гипосаливацией, изменением микробиоценоза полости рта, развитием дисбиоза у данного контингента больных. На сегодняшний день остаются практически не изученными вопросы коррекции микробиоценоза полости рта у больных с кандидозом слизистой оболочки полости рта на фоне сахарного диабета 1 типа.

Цель работы: повышение эффективности лечения кандидоза слизистой оболочки полости рта у больных СД 1 типа.

Материалы и методы исследования: На базе эндокринологического отделения Ставропольской краевой клинической больницы проведено обследование 50 пациентов с инсулинзависимым сахарным диабетом (основная группа). Возраст пациентов 30 - 56 лет, а давность основного заболевания от 5 до 17 лет. В качестве контроля осмотрено 28 практически здоровых людей аналогичного возраста. Для диагностики использовали клинические методы: сбор анамнеза, осмотр полости рта, определение гигиенического состояния; микробиологические исследования: определение наличия в ротовой полости грибов рода Candida; бактериологические исследования: выделения и количественного подсчета Candida с использованием плотной питательной среды Сабуро и определение антибиотикочувствительности грибов рода Candida.

Лечение больных с кандидозным стоматитом на фоне СД 1 типа (основная группа) приводилось по схеме: внутрь "Флуконазол" по 1 капс. 1 р/сут-7-14 дней “ "Кларитин" по 1 таб. 1 р/д - 10 дней; “Иммунал” по 20 кап. 3 р/д - 14 дней; синбиотик “Бактулин” по 3 таб. в сутки в течение 20 дней; витаминно-минеральный комплекс “Алфавит-Диабет” по 1 таб. 3 раза в сутки в течение месяца. Местное лечение включало аппликации “Мирамистиновой мази” 1-3 р/д в течение недели и полоскание полости рта лечебно-профилактическим зубным эликсиром “Лизомукоид” (разведенным в 5 раз) после приема пищи 4-5 раз в сутки.

Результаты исследований. Кандидозный стоматит диагностирован у 36 пациентов, после тщательного обследования острая форма встречалась у 11 больных, хроническая – у 25 больных. При остром течении кандидозного стоматита чаще наблюдалась атрофическая форма, при хроническом – гиперпластическая форма. Чаще всего у больных СД 1 типа кандидоз слизистой оболочки рта (СОР) встречался в виде глоссита и стоматита. Определение чувствительности грибов рода Candida к антимикотикам показало, что наиболее активными являются противогрибковые препараты “Флуконазол” и “Мирамистиновая мазь” – 82,3±10,2%;

Положительный результат лечения в основной группе получен у 92±2,9% случаев, а в группе сравнения – у 69,6±11,4% случаев. Комплексное лечение по предложенной схеме позволило сократить сроки лечения у больных в 1,27 раз.

Выводы. Полученные результаты исследований позволили выбрать эффективный

способ лечения кандидоза СОР у больных при СД 1 типа, включавший в себя комплекс медикаментозных средств противогрибкового, антиоксидантного, противовоспалительного и иммунобиологического действия.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ДЕСНАХ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИМ ГИНГИВИТОМ

Г.М-А. Будайчиев, Р.Т. Кафаров – молодые ученые, М.Н. Меджидов – д.м.н., доцент

Кафедра терапевтической стоматологии

Кафедра пропедевтической и профилактической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Актуальность проблемы. Согласно данным ВОЗ по состоянию на 2020 год, гипертрофический гингивит в общей структуре составляет 14%. Согласно ряду работ, заболевание возникает на фоне нарушений в работе органов эндокринной и нервной системы. По клинико-морфологическим изменениям различают две формы гипертрофического гингивита. Согласно различным литературным источникам: воспалительная и фиброзная, отечная и фиброзная, гранулирующая и фиброзная. Учитывая мультифакторность этиологического фактора, несомненный интерес вызывают аспекты диагностики, клинического течения и патоморфологических изменений в тканях.

Целью нашего исследования стало определение особенностей клинического течения хронического гипертрофического гингивита, и детализация патоморфологических изменений в деснах при данном заболевании.

Материал и методы исследования. Осмотрено 180 пациентов, которые обращались на кафедру терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России.

Методы. Общие клинические − (с заполнением амбулаторной карты); гистоморфологические и гистохимические - для верификации воспалительного процесса в деснах.

Результаты исследования. У 121 осмотренного пациента было выявлено наличие пролиферативных изменений в деснах различной степени тяжести. Вышеприведенные изменения были диагностированы у 80 женщин и 21 мужчины. Причем у осмотренных женщин преобладала отечная форма гипертрофического гингивита, а у мужчин – фиброзная форма. Основные жалобы: на разрастание десен, зуд, значительную кровоточивость и болезненность. При объективном обследовании определялась гиперплазия десневых сосочков с резко выраженным цианозом, десны рыхлые, кровоточащие. Выявлялись десневые карманы разной глубины с серозным экссудатом. Зубоэпителиальное соединение не было нарушено. При гистоморфологическом исследовании было установлено, что базальные клетки в виде частокола лежат на базальной мембране, к последней прилегада рыхлая соединительная ткань,

богатая сосудами. Визуализировались участки глубокой вегетации эпителия в подлезащую соединительную ткань, которая была отечна, с большим количеством воспалительных клеточных элементов.

При гистохимическом исследовании **т**олщина шиповатого слоя была увеличенной, шиповатые клетки имели вакуолизированную цитоплазму с наличием мелких ШИК-положительных гранул, что свидетельствовало о появлении в них гликогена. Промежуточные клетки имели базофильную цитоплазму и нечеткие контуры ядер. На поверхности эпителиального пласта наблюдалось нарушение ороговения – дискератоз, характеризующийся появлением ШИК-позитивных клеток.

Выводы. Гипертрофический гингивит является довольно частым заболеванием у обследованных пациентов, при котором в тканях десны происходят серьезные изменения воспалительно-дистрофического характера, выявляемые клинико-морфологическими методами. В этой связи больные гипертрофическим гингивитом должны более тщательно проводить индивидуальную гигиену полости рта, применять интердентальные средства (флоссы, суперфлоссы, интердентальные щетки), что позволит удалить зубной налет из межзубных промежутков и снизить вероятность разрастания десневых сосочков и развития данного заболевания.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЗУБНЫХ ПАСТ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРЕСТЕЗИИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ

Н.М. Меджидова– ассистент, Г.М-А. Будайчиев– ассистент, Х.О. Омарова – к.м.н., доцент
Кафедра пропедевтической и профилактической стоматологии
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия.

Актуальность. Повышенная чувствительность (гиперестезия) зубов встречается довольно часто при нарушении структуры твердых тканей зубов (кариозный процесс, повышенная стертость тканей зубов, эрозии эмали, клиновидные дефекты и т.п), заболеваниях пародонта, а также в ряде случаев без видимых изменений в зубах. Основным клиническим признаком, который сопровождает это патологическое состояние, является выраженная болезненность в области кариозных и других дефектов, участков стертости эмали и дентина, обнаженных шеек и корней зубов под воздействием различных раздражителей (кислая, сладкая, соленая пища, холодное питье и воздух, реакция на тактильные раздражения). Она не только причиняет сильные страдания больному, но подчас делает лечение кариеса и заболеваний пародонта, а также другие стоматологические манипуляции невыполнимыми. Болевые ощущения могут возникать как в области отдельных зубов, так и в области целой группы зубов. При этом интенсивность боли может изменяться от незначительного чувства дискомфорта до сильных болевых ощущений, нарушающих важные

жизненные функции человеческого организма. Актуальной научно-практической задачей в области профилактики и лечения гиперестезии зубов выступает обоснование рекомендаций по применению средств гигиены ротовой полости.

Целью данного исследования было проанализировать в сравнительном аспекте эффективность действия зубных паст Colgate total, Glister, Sensodyne «быстрое действие» при гиперчувствительности твердых тканей зубов.

Материалы и методы. Нами было обследовано 19 человек мужского и женского пола в возрасте 23-35 лет, с жалобами на температурную чувствительность зубов. Пациенты были распределены на три группы. Перед лечением со всеми пациентами было проведено занятие по овладению навыками индивидуальной гигиены ротовой полости, проведена профессиональная гигиена. В течение 14 дней исследования утром и вечером пациенты пользовались указанной зубной пастой. Первую группу составляли пациенты, пользовавшиеся зубной пастой Colgate total (n=6). Лицам второй группы было предложено пользоваться пастой Glister (n=7). Третья группа включала пациентов, пользовавшихся пастой Sensodyne «быстрое действие» (n=6).

Результаты исследования. В первой группе улучшения были заметны на 9 - й день пользования. У пациентов второй группы чувствительность уменьшилась с 6 дня с начала применения пасты. Пациенты третьей группы отметили значительное снижение чувствительности уже на третий день пользования, а еще через два дня полное исчезновение гиперестезии. Полученные результаты исследований свидетельствуют о том, что зубная паста Sensodyne «быстрое действие» обладает выраженным лечебно-профилактическим эффектом, ее состав и свойства соответствуют требованиям средств гигиены при комплексном лечении гиперчувствительности твердых тканей зубов.

Вывод. Доказано, что паста Sensodyne «быстрое действие» имеет лучшие свойства по лечению гиперестезии твердых тканей зубов.

ПРОФИЛАКТИКА ГИПЕРЕСТЕЗИИ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ И ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Г.М-А. Будайчиев– ассистент, П.Д. Кудаева– молодой ученый, Х.О. Омарова – к.м.н., доцент

Кафедра пропедевтической и профилактической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия.

Актуальность. В последнее время на территории Республики Дагестан наблюдается увеличение распространенности болевой чувствительности зубов, при воздействии на них различных физических и химических факторов. Анализ литературы показал, что эта проблема недостаточно изучена у детей в пубертатном возрасте и требует дальнейших исследований

Поэтому, **целью** нашей работы было определение распространенности, основных причин

возникновения гиперестезии зубов и методов ее профилактики у данной категории лиц.

Материалы и методы. В результате проведенного анкетирования лиц 13-25 лет было установлено, что данной патологией страдает 50% опрашиваемых, а злоупотребление напитками с повышенной кислотностью (НПК) является основной причиной ее возникновения.

Результаты. Увеличение концентрации ионизированного кальция и неорганических фосфатов в полости рта лиц, злоупотребляющих НПК свидетельствует о сниженной минерализации твердых тканей зубов, что привело к увеличению индексов распространенности кариеса зубов и КПУ. Увеличение индексов Грин-Вермилиона и РМА стало основой для увеличения уровня патогенной микрофлоры в полости рта, что усматривается из концентрации лизоцима и уреазы. Проведенные исследования сразу после употребления НПК показали достоверное снижение pH ротовой жидкости, вследствие чего, как было показано в спектроколориметрических исследованиях происходит деминерализация поверхностных слоев эмали. При этом рассасывание в полости рта цитрата кальция приводит к полному восстановлению кислотно-щелочного баланса в ротовой полости уже через 5 минут. Полученные данные нуждались в экспериментальных исследованиях, в которых на основе модели гиперестезии зубов, возникающей на фоне злоупотребления НПК, был показан эффект препаратов на основе цитрата кальция. Для этого было использовано 10 крыс линии Вистар, месячного возраста, что обусловлено началом формирования эмали у животных в этом возрасте. На созданной модели гиперестезии зубов нами показано увеличение патогенной бактериальной микрофлоры и маркеров воспаления в полости рта, ухудшение состояния минерализации твердых тканей зубов, увеличение атрофии десен и степени стираемости зубов, что подтверждает нарушение кальциево-фосфорного обмена в организме крыс, которым давали НПК.

Выводы. Цитрат кальция восстанавливает кислотно-щелочной баланс в ротовой полости и степень минерализации эмали зубов, за счет чего создает стабильный профилактический эффект возникновения повышенной чувствительности зубов, о чем свидетельствуют результаты исследований вышеуказанных показателей.

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ РЕАКЦИИ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА НА ПРЕПАРИРОВАНИЕ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ

Г.Р. Гусенов – студент 405 группы стоматологического факультета

Кафедра стоматологии ИДПО ФГБОУ ВО ДГМУ, г. Махачкала

Научный руководитель – к.м.н., доцент М.М. Кишев

Актуальность. Препарирование твердых тканей зубов в ортопедической стоматологии является обязательной процедурой при изготовлении коронок и мостовидных протезов. Не только боль, связанная с препарированием зубов, но и отрицательные эмоции, возникающие в

ожидании манипуляции, особенно улиц с повышенной возбудимостью нервной системы, приводят к изменениям кровяного давления и пульса. Как известно, каждый человек индивидуален, и естественно, у каждого реакция на это вмешательство будет разной: один никак не отреагирует, у другого будет легкое волнение, у третьего может развиться паническая атака.

Современные информационные технологии постепенно проникают во всё новые области нашей жизни, делая её ещё безопаснее и удобнее. Сейчас никто не смыслит того, как обходиться без смартфона и его функциональных приложений на каждый день. Современные мобильные технологии позволяют, не выходя из дома, контролировать уровень сахара в крови, отслеживать количество калорий, измерять давление, изучать состав и дозировку лекарств, и многое другое. И все это на одном смартфоне с помощью специальных программ.

Исходя из вышеизложенного **целью** нашего исследования явилось изучение изменений некоторых показателей реакции организма человека на препарирование твердых тканей зубов при помощи мобильного приложения Samsung Health, которое позволяет определить пульс, уровень оксигенации крови и уровень стресса. Артериальное давление и термометрию мы определяли традиционным способом.

Материал и методика исследования. Нами было принято 26 пациентов без общесоматической патологии, у которых изучалась реакция организма на препарирование зубов по следующим показателям: изменение пульса, артериального давления, оксигенизации крови, температуры тела и уровня стресса. Пациенты были разбиты на 2 группы. В первую группу вошли пациенты, у которых препарируемые зубы были депульпированы (12 человек). Вторую группу составили пациенты, у которых препарируемые зубы были интактные (14 человек).

Артериальное давление измеряли при помощи механического тонометра Medica CS-105, температуру измеряли электронным термометром A&D-501. Пульс, оксигенизацию крови и уровень стресса определяли при помощи мобильного приложения Samsung Health, установленного на смартфоне Samsung Galaxy S9 (модель SM-G960F).

Пациента сажали в стоматологическое кресло и ждали 5-7 минут, пока он адаптируется к обстановке. Затем мы производили измерение артериального давления и температуры тела. После этого при помощи смартфона определяли пульс, оксигенацию крови и уровень стресса.
Принцип измерения оксигенации крови смартфоном ничем не отличается от принципа работы медицинского прибора *пульсоксиметра* и заключается в следующем: светодиод излучает свет, который проходит через ткани, отражается и попадает на фотодетектор. Определенное количество этого света поглощается кровью, а сколько именно - зависит от степени насыщения ее кислородом. По этому же принципу определяют и частоту сердечных сокращений, и уровень стресса.

Измерения проводились до препарирования зубов, во время препарирования и после нее.

Результаты исследования.

При анализе полученных данных обнаружено, что препарирование зубов в организме человека вызывает следующие сдвиги: понижение оксигенизации крови в пределах 5-10%, повышение артериального давления на 10-20 мм ртутного столба, повышение температуры тела на 0,2-0,4°С, а в некоторых случаях и до 1°С, учащение пульса, повышение уровня стресса. Кроме того, было установлено, что все параметры изменялись с большей интенсивностью в группе с препарируемыми живыми зубами. На наш взгляд, это объясняется тем, что пациентам этой группы проводилась анестезия, которая усиливала уровень стресса, а значит и частоту сердечных сокращений, и артериальное давление.

Таким образом, клинические и лабораторные исследования показывают, что препарирование зубов сопровождается не только болевой реакцией, но вызывает и целый ряд сдвигов в организме, как со стороны сердечнососудистой системы, так и других органов и систем. Хотелось бы также отметить, что результаты исследования, полученные нами при помощи приложения, установленном на смартфоне, ни в коем случае не являются непреложной истиной. Мы просто хотели выяснить, покажет ли разницу это приложение при обследовании пациентов с депульпированными и интактными зубами. И мы думаем, что разница была. Мы продолжим работу в этом направлении.

ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИСТОПИИ ОТДЕЛЬНЫХ ЗУБОВ

Г.Р. Гусенов – студент стоматологического факультета 405 группы

Кафедра ортопедической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ, г. Махачкала

Научный руководитель – к.м.н., доцент С.Г. Гусенов

Актуальность. Неправильное положение зубов – один из наиболее распространенных видов аномалий зубочелюстной системы. У детей и взрослых с аномалиями положения зубов кариес и заболевания пародонта встречаются чаще, чем у здоровых. Аномалии обычно сопровождаются функциональными и эстетическими нарушениями.

Ещё нередки случаи, когда к лечению приступают без полного и тщательного обследования больного, без учёта основных тенденций филогенетического развития зубочелюстной системы. Это приводит к тому, что лечение оказывается недостаточно эффективным. Кроме того, оно нередко затягивается на длительное время.

Исходя из этого, **целью данного исследования** является оптимизация лечения неправильного положения отдельных зубов.

Материал и методика. Проведено лечение 58 больных в возрасте от 15 до 55 лет. Обследование проводили общеклиническими методами, проводили биометрическое изучение

диагностических моделей челюстей, графические методы исследования, рентгенологическое обследование.

Результаты исследования и их обсуждение. Показаниями к протезированию отдельных зубов служили: 1) образование дефектов в зубном ряду после удаления отдельных зубов с целью создания места при скученности зубов; 2) необходимость изменения формы, величины и положения при тортоокклюзиях и аномалиях отдельных зубов; 3) наличие дефектов коронковой части зубов, находящихся в неправильном положении.

Удаление премоляров обеспечивали достаточное место в области клыков. При выраженной скученности зубов, место создавали удалением того зуба, который больше всего испытывал недостаток места в зубном ряду. На остальные зубы изготавливали комбинированные металлокерамические протезы.

При неярко выраженном недостатке места в зубном ряду депульпировали разрушенные кариозным процессом зубы, подготавливали канал корня, изготавливали культевую вкладку со штифтом с последующим покрытием коронкой.

Одной из наиболее распространенных аномалий, при лечении которой применяется протезирование, является скученность зубов. При сильно выраженной скученности до протезирования необходимо ещё удаление зубов, а при скученности зубов средней степени необходимо депульпировать эти зубы. К протезированию прибегали при сильно выраженной тортоокклюзии, или при тортоокклюзии с вестибулярным наклоном, а также при наличии аномалии формы и размеров зубов. Такие зубы, как правило, располагались тесно, часто были поражены кариесом, поэтому после исправления аномалийного положения зубов мы считали целесообразным покрыть их коронками.

При нёбной окклюзии резцов нередко наблюдалась стёртость вестибулярной поверхности этих зубов. После выведения из нёбного положения зубы в эстетическом отношении не удовлетворяют больного, поэтому ортодонтическое лечение завершали протезированием.

Таким образом, для лечения дистопии отдельных зубов необходимо полное и тщательное обследование и индивидуальный подход к каждому больному.

A RETROSPECTIVE STUDY OF COMPLICATIONS AFTER IMPLANTATION IN DENTAL CLINICS OF TASHKENT CITY

B.A. Batirov, N.B. Sofieva, B.Y. Bafoev (students)

Department of Surgical Dentistry and Dental Implantology,

Tashkent State Dental Institute, Uzbekistan

Scientific Advisor - ass. Z.Z. Nazarov

Relevance. The use of intraosseous dental implants is one of the most distinctive features of

modern dentistry. Orthopedic constructions on implants are more physiological in comparison with traditional prosthetics because they transfer the chewing load directly to the bone of the alveolar process of the jaw, in addition, they do not require the preparation of adjacent teeth. The use of dental implants has gained widespread popularity and appreciation, both among practitioners, such as among patients. In the clinical recommendations of the Dental Association of the Republic of Uzbekistan when replacing partial and complete defects in the dentition, the dental implantation method is included as one of the options for orthopedic treatment with a special surgical stage - the installation of intraosseous implants as a support for dentures. This official recognition of dental implantation is based on numerous scientific and practical justifications and the effectiveness of intraosseous implants at different periods of prosthesis functioning.

Numerous studies, experiments and the development of this area have led to the formation of an independent section of dentistry. Today it takes its place of honor and continues to develop.

The purpose of the study. A retrospective study of the development of complications after implantation in dental clinics in Tashkent.

Materials and research methods. We conducted a retrospective study of complications after implantation in dental clinics and dental hospitals in Tashkent over the past 5 years (2015–2019). During the study, special attention was paid to the types of implant to be installed, the total number of patients and the number of complications. We also pursued the task of clarifying the risk factors for inflammatory complications that depend on the use of various types of implants. In this case, the methodology of the “directed” question was applied. They asked the implantologist's doctor: when and where did they specialize in implantology, for how many years he has been installing implants, and we also studied whether the equipment and instruments are at the required level for implantation.

Results and discussion. According to the results of the study over the past 5 years, various types of implants were installed in dental clinics in Tashkent city in 6939 patients. In which clinics and how many implants are installed, as well as their ratio of development of complications is presented in table. 1.

Table 1. **The ratio of installed implants to the number of complications**

No. p / p	Clinic Name	Number of Pat-s	Number of Installed Implants	Types of implant and company	Complications
1	Dental Clinic "Dentistry"	370	1480	Imp lanthate with shape memory effect (Novokuznetsk)	178 (12.0 %)

2	Dental clinic "Tashkent Dental Implant"	65 70 80 twenty	260 285 240 52	Shape memory implant Vitaplant (one-stage) (Ukraine) "Dentium" (South Korea) Radix (Belarus)	31 (11.9 %) 22 (7.7 %) 14 (5.8 %) 3 (5.7 %)
3	Dental Clinic " Stomaservice "	80	260	Dentium NeoBiotech (South Korea)	sixteen (6 , 1 %)
4	Dental Clinic " Denta-Servise "	430 580 350	970 1620 870	Shape memory implant Vitaplant (one-stage) (Ukraine) Rootт (Switzerland)	122 (12.5 %) 132 (8.1 %) 60 (6.8 %)
5	Dental Clinic " ESTIMED "	80	270	Shape memory implant.	33 (12.2 %)
6	Dental Clinic " DENTAL-OPTIMA "	150 60	310 136	Vitaplant (One Stage) (Ukraine) Bio Horizon (USA)	26 (8.3 %) 10 (7.3 %)
7	Dental Clinic " DENTAL PREMIER "	60	186	2-stage implant "Alfa-Bio" (Israel)	14 (7.7 %)

During the study, it was found out that at present, private clinics in the city of Tashkent are mainly engaged in implantation. And implantologists took courses at various conferences and master classes in implantology. The installation of implants was more often performed in patients with end defects of the dentition - 3587 (51.6 %), less often in the absence of one tooth in the anterior part - 908

(13.0 %) and in the lateral part - 1054 (15.1 %), the absence of two or more teeth 1291 (18.6 %), and very rarely in the absence of teeth - 99 (1.4 %). The results of the study - in most cases, implantation of end defects of the dentition and in the absence of two or more teeth was performed, which is 70.2 % of the people. In the occurrence of an infectious inflammatory process after implantation, the main reason is the resident microflora of the oral cavity, that is, inadequate oral hygiene in patients. Also, factors such as non-compliance with the surgical protocol during surgery, the development of inflammatory reactions of the body to surgical trauma, the presence of an epithelial defect in the area of the suture line contribute to the emergence of an infectious process in the implantation zone. The insufficient qualification of the implantologist and orthopedic surgeon is not an unimportant factor, since poor quality prosthetics after implantation and the joint work of the implantologist with the orthopedist and dental technician similarly lead to the appearance of peri-implantitis. After conducting a factor analysis, depending on the type of implant used, we performed fixed clinical studies of outpatient records of 6939 patients after implantation. It was revealed that in 2980 cases a one-stage implant with a shape memory effect was installed (Novokuznetsk), peri-implantitis was noted in 364 (12.3 %) patients, in 2215 patients a one-stage implant was installed - vitaplant (Ukraine), complication in 180 (8.1 %) patients. Thus, with the establishment of a one-stage implant in 5195 people, complication was noted in 544 (10.4 %). In 500 cases, a two-stage “Dentium” implant manufactured in South Korea was installed, peri-implantitis was detected in 30 (6.0 %) patients, 52 - Radix implants (Belarus) - 3 (5.7 %), 870 - Rootт implant (Switzerland) - 60 (6.8 %), 136 - Bio-Horizon implant (USA) - 10 (7.3 %) patients, 186 - Alfa-Bio implant (Israel) - 14 (7.7 %). In total, out of 1744 established two-stage implants, complication developed in 117 (6.7 %) patients, which is consistent with published data.

Findings. A retrospective study of outpatient records of patients who received implantological care in dental clinics in Tashkent city showed that complications were noted with one-stage implantation of 10.4 %, two-stage 6.7 %. Improving the quality of implantological care for the population is an urgent task. In our opinion, the implantology service needs to create a dental implantation center with a specific organizational structure on the basis of a specialized dental institution, the main requirements of which are: appropriate facilities and a set of necessary technical equipment; High qualification of specialists with specialization in dental implantation; correct formulation of the treatment and diagnostic process and ensuring the continuity of the stages of implantological care; competent registration of medical and legal documentation.

There is a need for active follow-up of patients with dental implants to reduce the number of complications after surgery and orthopedic treatment on implants. The use of modern medical technologies of dental implantation, including new types of implants and methods of reconstructive surgery, would improve the quality of implantology care for the population of the Republic of Uzbekistan. Our main task today is to improve the quality of treatment for peri-implantitis.

РАЗРАБОТКА МЕТОДИКИ АНАЛИЗА КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Б.М. Муртазалиева – студентка 405 гр. стоматологического факультета
Кафедра хирургической стоматологии
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия
Научные руководители - к.м.н., доцент Т.А. Абакаров; к.т.н., доцент К.А. Гафуров

Актуальность. В современной стоматологической практике существует большой арсенал технических средств и инструментов, позволяющих сделать работу врача-специалиста более эффективной и надежной. Одним из бурно развивающихся направлений современной хирургической стоматологии является имплантология. Возможность проведения процедуры замены удаленного зуба имплантом позволяет получить комфортный для пациента зубочелюстной аппарат, без установки металлокерамических протезов, мостов и т.д. Технология установки зубных имплантов совершенствуется уже не первый год, и на сегодня является отлаженным технологическим процессом в стоматологической практике. При этом, вопросы, связанные с толщиной челюстной кости, ее прочности, рыхлости и возможности установки в нее зубного импланта являются открытыми и требуют более глубокой проработки. Существующие на сегодняшний день методы ультразвукового зондирования, различные механические приспособления являются либо дорогостоящими, либо не обладают высокой точностью:

- эхоостеометрия. Принцип основан на исчислении скорости, с которой УЗИ – волны распространяются по костным структурам. Этот метод носит малую информативность и при значительных потерях костной массы неэффективен. Его недостатком также является то, что для оценки характеристик нужен прямолинейный участок не менее 4 см, поэтому применяют эхоостеометрию только на нижней челюсти.
- количественная компьютерная томография. Достоинством является точность измерения и возможность получить трехмерную картинку структурной плотности костных элементов. Но лучевое облучение при данной методике очень высокое, поэтому ее используют крайне редко.
- магнитно-резонансная томография. Структура кости определяется ясно, но высокая стоимость ограничивает применение данного метода.
- рентгенография. Метод сильно уступает по качеству всем остальным. Рентгеновские снимки позволяют выявить патологию только когда потеряна уже 1/3 костной массы и данные полученные по ним недостаточны при дентальной имплантации.

Цель исследования. Получение более усовершенствованного метода изучения плотности костной ткани, который основан на прохождении, анализе и измерении теплового потока через костную ткань.

Материал и методы. Для разработки методики внутриротового зондирования толщины и прочности челюстной кости в месте установки зубного импланта нами была выбрана методика анализа внутреннего состояния материалов посредством измерения и анализа теплового потока, проходящего через кость. Для этого с передней стороны челюсти в месте установки зубного импланта устанавливается высокопрецизионные термопреобразователи, преобразующие электрическое напряжение в тепловой поток. Данные элементы представляют собой полупроводниковые термоэлектрические преобразователи, работающие на эффекте Пельте. На внутренней стороне челюстной кости противоположно установке термопреобразователей устанавливаются высокопрецизионные датчики регистрации теплового потока, работающие на эффекте Зеебека.

Аппарат работает следующим образом: с персонального компьютера цифровой сигнал поступает на интерфейс сопряжения, где он преобразуется в аналоговые команды, которые идут на блок управления. К блоку управления подключен блок питания, который выдает нужное напряжение для элементов Пельтье. С блока управления ток питания идет на каждый из 35 элементов матричного набора интенсификатора теплопередачи с помощью шлейфа, чтобы сформировать тепловой поток. С матричного набора интенсификатора теплопередачи тепловой проток проходит через слизистую оболочку и костную ткань и выходит на матричный набор сенсоров, который состоит из элементов Пельтье, работающих на основе эффекта Зеебека. В МНС вырабатывается электрический ток, который пропорционален температуре теплового потока, прошедшего через костную ткань. Сигнал поступает в блок управления, где он отфильтровывается и далее идет на интерфейс сопряжения ПК, откуда сигнал отцифровывается и поступает непосредственно на ПК. На ПК имеется программа , куда записываются данные пациента и результаты исследования. Все данные сохраняются в базе данных программы.

Разница в величине между поступившим из МНИТ теплом и принятым тепловым потоком в МНС позволит получить данные, исходя из которых в программе будет формироваться состояние структуры костной ткани на основании предварительных исследований.

Результаты исследования. Таким образом, мы получаем четкую картину теплового поля, прошедшего сквозь костную ткань и по скорости прохождения теплового потока регистрируем области с более плотным наполнением костной ткани.

Заключение. Проведение экспериментальных исследований позволит разработать методические рекомендации по применению предлагаемой методики в хирургической стоматологии при проведении имплантации.

Список литературы:

1. Параскевич В.Л. Дентальная имплантология. Основы теории и практики. - 2-е изд. - М.: Медицинское информационное агентство, 2006. - 400 с.

2. Хирургическая стоматология: учебник для студентов, обучающихся по специальности "Стоматология" / Т. Г. Робустова, В. В. Афанасьев [и др.] ; ред. Т. Г. Робустова. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : Медицина, 2010. - 688 с.

3. Хирургическая стоматология: учебник / [Афанасьев В. В. И др.] ; под общ. ред. В. В. Афанасьева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 880 с.: цв. ил. + CD.

4. ХобкекДж.А. Руководство по дентальной имплантологии / Хобкек Джон А., Уотсон Роджер М., Сизн Ллойд Дж.Дж.; Пер. с англ.; Под общ. ред. М.З. Миргазизова. - М.: МЕДпресс-информ, 2007. - 224 с.

PROPHYLAXIS OF THE ALVEOLITIS AT THE PATIENTS SUFFERING FROM THE DIABETES MELLITUS OF SECOND TYPE

Sofieva N.B., Batirov B.A.. (students)

Department of Surgical Dentistry and Dental Implantology,

Tashkent State Dental Institute, Uzbekistan**.**

Scientific Advisor - ass. Rakhmatullayeva O.U

Relevance. In recent years, an increase in the number of patients with type 2 diabetes (SD2). In these patients, almost 100% cases of inflammatory disease periodontal disease, as well as chronic periapical foci of odontogenic infection. Improving the quality of life and dental care such patients are actively discussed in connection with the serious medical and social consequences of this disease. Research by clinicians, including dentists, found that the aggregate all factors due to the action of T2DM, and damage to the cardiovascular system, neuro-, retino- and nephropathology, as well as existing metabolic disorders, trophic tissue, shifts in the functional state of internal organs and systems of the body directly and indirectly affect the composition of saliva, local immunity and the microflora of the oral cavity. All this contributes to more severe course of inflammatory diseases of the oral cavity, and also often complicates the healing of postoperative wounds by an infectious and inflammatory process. At the Department of Surgical Dentistry, outpatient treatment and prophylactic institutions often come to patients who need tooth extraction for chronic or exacerbated chronic periodontitis, periodontitis or other dental pathologies. Moreover, in persons suffering from T2DM, wounds in the oral cavity formed after tooth extraction, often complicated by alveolitis, which leads to the need for a second visit to the dentist and is often accompanied disability.

Purpose and objectives: The purpose of the study is to develop a method for preventing infectious and inflammatory complications after tooth extraction in people with second type of mellitus diabetes and to evaluate its effectiveness.

Material and methods: A clinical study was conducted with 62 patients - 21 (33.87%) men and

41 (66.13%)women aged 28 to 65 years, suffering from diabetes mellitus of second type and requiring oral surgery. The operation of tooth extraction was performed in all patients according to the generally accepted method. Depending on the care of the hole immediately after tooth extraction, patients are divided into two groups: the main group and the control group. The control group included 25 people (9 men and 16 women) who had 25 teeth removed. The mucous membrane over the hole of the removed tooth, if necessary, was brought closer by applying stitches to it. After tooth extraction in patients of this group, a sterile gauze ball was applied to the hole for 15-20 minutes. To prevent the occurrence of alveolitis in the control group, the hole was healed under a blood clot. The main group consisted of 37 people - 12 men and 25 women, who had 37 teeth removed. According to indications, the mucous membrane over the hole of the removed tooth was brought together by suturing. To prevent the occurrence of alveolitis in the main group of patients, Solcoseril gel was used, which was squeezed out of a tube and applied to a blood clot located in the hole of the removed tooth with a spatula, ensuring complete closure of the surface of the blood clot with a thin layer of the drug (up to 1 mm). Usually, the film over the surface of the hole of the removed tooth was formed in 3-7 minutes. The hole of the removed tooth was not covered with a gauze ball in patients of the main group. Indications for tooth extraction in patients suffering from type 2 diabetes mellitus in the control and main groups were: chronic periodontitis, exacerbation of chronic periodontitis, chronic periodontitis, chronic periodontitis in the abscessed stage, and also acute purulent periostitis of the jaws.

Results and discussion: The use of Solcoseril gel allows to reduce the incidence of alveolitis after tooth extraction by 38.27% at the persons having diabetes mellitus of second type. In case of occurrence, alveolitis occurred in mild severity (63.6%) in patients who used Solcoseril gel,compared with patients of the control group, who more often had moderate(47.1%) and severe (35.3%) alveolitis.

At the same time, light forms of alveolitis were more common. It should also be noted that the tested gel Solkoseril if you are using it to preserve the integrity of a blood clot in the extraction socket in patients with type 2 diabetes mellitus , showed not only antibacterial, but also hemostatic, anti-inflammatory and wound healing properties, which can be clearly defined by visual inspection of the extraction according to the condition of the mucous membrane in the region of its edges and degree of preservation of a blood clot.

Conclusion: Taking into account the positive therapeutic effect of the developed method and its ease of implementation, it should be recommended to use it in the clinical practice of dental surgeons and maxillofacial surgeons during the tooth extraction operations for protection blood clot at the persons having diabetes mellitus of second type.

ПОВЫШЕНИЕ УСТОЙЧИВОСТИ ЭМАЛИ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ К ВОЗНИКНОВЕНИЮ И РАЗВИТИЮ КАРИЕСА ПУТЕМ ОБРАБОТКИ ЭМАЛИ

ФТОРСОДЕРЖАЩИМИ ЛАКАМИ И ГЕЛЯМИ

Т.Е. Соколова – клинический ординатор

Кафедра пропедевтики стоматологических заболеваний Медицинского Института

ФГАОУ ВО РУДН, Москва, Россия

Научный руководитель - ассистент З.Т. Аймалетдинова

Актуальность. Возникновение кариеса молочных зубов в первые годы после прорезывания и связанное с этим раннее удаление молочных зубов, приводящие к адентии и аномалиям прикуса- это большая проблема. Большое количество углеводов в пище, не соблюдение режима питания ребенка, вредные привычки детей, тонкая эмаль молочных зубов- всё это- предпосылки раннего возникновения кариеса на молочных зубах. После начала поражения кариесом до потери молочного переднего зуба проходит всего полтора-два года. Одной из основных задач детской стоматологии является профилактика кариеса молочных зубов и их раннего удаления. Детская профилактическая стоматология достигла высокого уровня в решении этой задач, благодаря наличию эффективных средств профилактики, укрепляющих зубную эмаль, содержащих фтор и кальций. Однако их состав и способ нанесения оказывает существенную роль в длительности и эффективности проводимого лечения. Детская эмаль имеет высокую степень проницаемости, легко «впитывает» ионы кальция и фтора в виде растворов в жидкой и в гелеобразной форме.

При этом надо учитывать, что мы имеем дело с пациентом детского возраста, ведь даже при хорошем высушивании зуба перед нанесением, ребенку трудно долго удерживать открытым рот и сидеть неподвижно. Проблема смывания слюной приводит к необходимости применения у детей фторсодержащих препаратов с хорошей адгезией к эмали. [1] Цель исследования: сравнительный анализ эффективности применения двухкомпонентных препаратов фтора и кальция в виде лаков и гелей для: 1. Профилактики кариеса молочных зубов 2. Устранения гиперчувствительности эмали 3. Решения профилактических задач при ношении брекет-систем.

Материалы и методы. Состояние эмали 34 пациентов в возрасте от 2 до 7 лет, равномерно распределенных на 2 группы, изучали после применения нанесения растворов кальция и фтора в виде лаков и гелей.

Результаты исследования. Полученные нами клинические выводы после применения двухкомпонентных гелей и лаков для профилактики кариеса и повышения устойчивости эмали следующие: Препараты в виде лаков ФЛЮОКАЛ и ГЛУФТОРЕД, а также гель ROCS, ТУС МУСС способствуют образованию в эмали зубов устойчивых комплексов фторапатитов. Это приводит к уменьшению восприимчивости эмали к повреждающим факторам лактобактерий полости рта, укрепляет эмаль и снижает ее чувствительность.

Выводы. Препараты для профилактики кариеса и гиперчувствительности эмали в виде

лаков проникают в более глубокие слои эмали и имеют более длительный эффект при одно- или двукратном применении, чем гели. Гели проще в применении, могут применяться в домашних условиях, но требуют многократного применения для выраженного противокариозного эффекта.

Литература.

1. Сравнение степени насыщения фтором эмали зуба после применения различных фторидсодержащих препаратов аналитическим методом // Разумова С.Н., Селифанова Е.И., Васильев Ю.Л., Слюсар О.И., Аймалетдинова З.Т., Фомина А.Д.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СТОМАТОФИТ® ЭКСПЕРТА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СТОМАТИТА РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Н.Д. Меджидова[1] - врач-педиатр, М.Н. Меджидов[2] - д.м.н., доцент

[1]ГБУ РД «Детская поликлиника № 1», Махачкала, Россия

[2]Кафедры терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

До настоящего времени нет единых взглядов на лечение стоматитов. Некоторые предложенные лекарственные вещества не всегда достаточно эффективны.

В настоящее время на рынке лекарственных средств для лечения стоматита, гингивита и пародонтита появился современный препарат под названием «Стоматофит® Эксперт». Производитель - Фитофарм Кленка АО (Польша).

Форма выпуска препарата «Стоматофит® Эксперт» - спрей для местного применения по 50 мл во флаконе. Каждый флакон вместе с инструкцией по применению и с распылительной насадкой упакован в картонную пачку. 100 мл препарата содержат: активное вещество: экстракт жидкий из смеси растительного сырья (экстрагент - этанол 70% (0, 65:1,0)) - 13,65 г; вспомогательные вещества: этанол 96% - 24,64 г, пропиленгликоль - 42,19 г, натрия сахарин - 0,11 г, вода очищенная - 15,42 г. Для получения 13,65 г экстракта необходимо: ромашки аптечной цветков (Matricaria chamomilla L.) - 1,775 г, дуба коры (Quercus spp.) - 1,775 г, шалфея лекарственного листьев (Salvia officinalis L.) - 1,775 г, арники травы (Arnica spp.) - 0,887 г, аира обыкновенного корневищ (Acorus calamus L.) - 0,887 г, мяты перечной травы (Mentha piperita L.) - 0,887 г, тимьяна травы (Thymus spp.) - 0,887 г.

Препарат оказывает противовоспалительное, вяжущее, антисептическое действие, уменьшает кровоточивость десен.

Способ применения Стоматофит® Эксперт несложен и облегчен тем, что в упаковке прибора имеются специальный наконечник и кнопка. В собранном виде достаточно легкого нажатия на кнопку, чтобы оросить через наконечник участок слизистой оболочки полости рта.

Мы проводили лечение 148 больных, страдавших стоматитом. По клиническим проявлениям, характеру элементов и этиологическим признакам мы распределяли стоматиты на следующие группы: афтозные стоматиты были у 48 человек (острые 12, хронические 36); язвенные - у 40 (острые 24, хронические 16); некротические - у 5; герпетические - у 15; катаральные - у 4; эрозивные - у 8; лучевые - у 4; грибковые - у 8; медикаментозные- у 16 человек.

У всех больных исследовали кровь, мочу, а также кал на яйца глистов; в неясных случаях больных консультировали у терапевта, невропатолога, дерматолога, а детей у педиатра. У большинства резких отклонений от нормы в анализе крови не отмечено, за исключением больных с острыми формами язвенных послегриппозных стоматитов, которые протекали с резким нарушением общего состояния. В этих случаях количество лейкоцитов повышалось до 14 000-20 000, развивался лимфоцитоз, СОЭ достигала 32-*55 мм* в час.

После одно-двукратного применения Стоматофит® Эксперта снимались болевые ощущения, уменьшалась саливация, больные могли принимать пищу, улучшалось общее состояние, снижалась температура тела; афты, язвы, эрозии уменьшались и на 3-4-й день применения Стоматофит® Эксперта наступала полная эпителизация пораженных участков слизистой оболочки. Нормализовалась картина крови. В 2 случаях наблюдалась аллергическая реакция на Стоматофит® Эксперт - возникли отек слизистой оболочки полости рта, чувство жжения и мелкоточечные высыпания на ярко гиперемированном фоне слизистой оболочки. Такие же явления отмечались на коже лица. После прекращения применения Стоматофит® Эксперта все описанные явления самостоятельно прошли через 48-72 часа.

Для иллюстрации приводим наблюдение.

25.09 2019 г. на кафедру терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России на 4-й день заболевания был направлен больной М, 43 года, с жалобами на высокую температуру тела (38-39°). Больной жаловался на боли со стороны слизистой оболочки рта, которые усиливались во время еды и при мимических движениях. плохой сон, беспокоен, отмечается обильное слюнотечение изо рта. Накануне заболевания перенес грипп, но противогриппозного лечения не проводилось. После гриппа в полости рта появились множественные высыпания в виде язв. Лечение в стоматологической поликлинике (обработка полости рта растворами перекиси водорода, марганцовокислого калия и хлорамина, а также прием внутрь таблеток глюконата кальция и поливитаминов) оказалось безрезультатным.

При поступлении пациент пассивен, температура 37,5°, на слизистой оболочке полости рта имеются множественные афты, расположенные на щеках, деснах, спинке языка и на твердом небе. Поверхность афт покрыта беловато-серым налетом. Афты при малейшем прикосновении кровоточат. Диагноз: острый афтозный стоматит гриппозной этиологии.

Анализ крови от 25.09 2019 г.: лейкоцитов 10 000, лимфоцитов 39%, СОЭ 18 *мм* в час. Анализ мочи без патологических изменений. В анализе кала яйца глистов не найдены. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы не определяется (консультация терапевта).

Произведена обработка полости рта двумя тампонами, смоченными в 3% растворе перекиси водорода, ирригация (из резинового баллона) раствором калия перманганат 1:1000, пульверизация полости рта Стоматофит® Экспертом в аэрозольном виде. Внутрь назначены поливитамины и антигистаминные препараты (димедрол по 0,025 *г* 2 раза в день, глюконат кальция по 0,25 *г* 3 раза в день, поливитамины).

После первой обработки общее состояние пациента значительно улучшилось; он стал более активным, ночь спал хорошо, охотно принимал пищу, саливация уменьшилась, температура 36,5°. На слизистой оболочке щек и твердого неба афты полностью эпителизировались, новых элементов высыпаний нет. На деснах и спинке языка афты уменьшились в размере от 0,5 х 0,5 и 0,3 х 0,3 *см* до 0,2 х 0,2 и 0,1 х 0,2 *см,* поверхность их чистая, по краям отмечается эпителизация. Полость рта повторно обработана по описанной выше методике. Общее состояние больного значительно улучшилось. Остались единичные афты на спинке языка с чистой поверхностью. После третьей обработки наступила полная эпителизация всех афт, больной выздоровел. В крови 25.09 2019 г. лейкоцитов 6500, лимфоцитов 27%, СОЭ 8 *мм* в час.

Все больные, которые из-за боли в области пораженной слизистой оболочки отказывались принимать пищу, после первой обработки слизистой оболочки Стоматофит® Экспертом переставали жаловаться на эти явления, т.е. могли нормально питаться, что способствовало самоочищению полости рта.

В настоящее время нельзя высказать определенное суждение о механизме благотворного действия Стоматофит® Эксперта. Результаты предварительных исследований свидетельствуют о том, что Стоматофит® Эксперт, очевидно, оказывая бактериальное и бактериостатическое действие, является весьма эффективным средством при лечении стоматитов различного происхождения у взрослых и детей.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕМИНЕРАЛИЗУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ РАЗВИТИЯ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ЗУБОВ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОФИСНОГО ОТБЕЛИВАНИЯ

Ю.О. Чен – ординатор 1 года, Я.Б. Перов – ординатор 2 года

Кафедра пропедевтики стоматологических заболеваний Медицинского института

ФГАОУ ВО РУДН, Москва, Россия

Научный руководитель - доцент Э.В. Величко

Актуальность. Сегодня большая часть пациентов стремится к ослепительной улыбке.

Это вызвало рост проведения таких стоматологических процедур, как отбеливание зубов[1]. Существует большой ассортимент отбеливающих паст, которые справляются с легкими дисколоритами и чаще всего используются для поддержания цвета [2]. Самым распространенным осложнением процедуры отбеливания зубов является появление гиперчувствительности. Для предупреждения развития осложнений после выполнения осветления зубов необходимо заранее продумывать каждый шаг и проводить реминерализующую терапию.

Цель исследования. Оценить эффективность реминерализующей терапии для предупреждения развития гиперчувствительности зубов после офисного отбеливания.

Материалы и методы исследования. Для исследования были отобраны 10 пациентов. Критериями выбора были наличие легкой формы дисколорита зубов, отсутствие реставраций или дефектов фронтальной группы зубов, вредных привычек. Участники исследования были разделены на две равные группы. Отбеливание зубов пациентов проводилось аппаратной лампой Philips Zoom 4 WhiteSpeed. В набор для отбеливания входил гель, содержащий 25% перекись водорода с pH от 7,5 до 8,5 для предотвращения поражения зубов. В первой группе были пациенты, которым за 14 дней до проведения процедуры отбеливания и после, рекомендовали в качестве реминерализующей терапии начать использовать Ремарс гель. Во второй группе реминерализующая терапия выполнялась этим же гелем после выполнения офисного отбеливания.

Результаты исследования. По окончанию проведения исследования у пациентов первой группы гиперчувствительность зубов не наблюдалась. У пациентов второй группы гиперестезия возникла во время проведения самой процедуры и фиксировалась при повторных посещениях через 7 – 14 дней.

Выводы Гиперчувствительность зубов, возникшая вследствие выполнения процедуры отбеливания, при проведении своевременной реминерализующей терапии предотвратима.

Список литературы

1. Бублий Т. Д., Гасюк Н. В., Петрученко Н. В. Характеристика осложнений после применения отбеливающих зубных паст // СМБ. 2011. №3.

2. Аймалетдинова З.Т., Разумова С.Н. Опыт использования отбеливающих зубных паст у пациентов с легкой степенью дисколорита в книге: Материалы ежегодной научной конференции Рязанского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова 2016. С. 58-60.

РАЗВИТИЕ БАКТЕРИЕМИИ ПОСЛЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ РАЗЛИЧНОМ СОСТОЯНИИ ПАРОДОНТА

И. С. Сулейманов[1] - студент 410 группы стоматологического факультета, А.А.Тимофеев[2] - ассистент, Ю. Н. Кажлаев[1] - доцент

[1]Кафедра терапевтической стоматологии
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия
[2]Кафедра терапевтической стоматологии
ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, Ижевск, Россия

Актуальность. Данные литературы убедительно свидетельствуют о различной частоте развития транзиторной бактериемии после стоматологических вмешательств , как терапевтического, так и хирургического характера. Подавляющее большинство опубликованных работ было сфокусировано на стоматологических процедурах, как причине инфекционного эндокардита и применении антибиотикопрофилактики у выявляемых больных из групп риска (Ковязина С.Б., Латфуллин И.А., Хитров В.Ю., 1998, Недосеко В.Б., Гончаров А.П., 2002, Фирсова И.В., Суетенков Д.Е., Давыдова Н.Е., Олейникова Н.Е., 2011). Вместе с тем, появились исследования, свидетельствующие о том, что значительно чаще бактериемия развивается при стоматологических манипуляциях у больных с патологией пародонта (Сафиуллина А.М., 1996, Мазур И.П., 2009) Однако, четкие представления о вероятности развития транзиторной бактериемии , а также зависимости ее частоты, динамики и длительности от состояния окружающих зуб тканей пародонта при операции экстракции зуба, отсутствуют.

Целью настоящего исследования явилось изучение вышеуказанных параметров бактериемии после удаления зубов с различным состоянием пародонта.

Материал и методы исследования. Наблюдали 28 больных в возрасте от 24 до 62 лет, находившихся на стационарном лечении по поводу неинфекционных заболеваний и не получавших антибиотико-кортикостероидную терапию, разделенных на 3 группы: 1 группу составили 10 больных с интактным пародонтом, 2-ю - 8 больных с хроническим катаральным гингивитом и 3-ю – 10 больных с легкой и средней степенями тяжести хроническим пародонтитом. У всех больных, за исключением одного из 1 группы и 2-х больных из второй, экстракции зуба можно признать атравматичными. У всех больных трехкратно забирали кровь из локтевой вены в количестве 5 мл: до экстракции зуба, через 15 минут после неё и спустя 6-9 часов, с последующим посевом на питательные среды (МПА, ЖСА, полужидкую Китт-Тароцци, кровяной агар) с последующим количественным и культуральным учетом выделеннных микроорганизмов. Материал исследования обработан статистически.

Результаты исследования. Установлено, что до экстракции зубов ни у одного больного признаки бактериемии не были обнаружены. После операции удаления зуба у 28 больных бактериемия выявлялась в 16 случаях (57,14%). При этом, в 1 группе у 4 больных (40%) уровень обсемененности составил в среднем 2,5 колонии на 1 мл крови, при случае травматичного удаления- 5 колоний на 1 мл. Во 2-й группе бактериемия была выявлена у 5

больных (62,5%-5,3 колонии на 1 мл), в том числе в обоих случаях травматичного удаления (100%- 7,5 колоний на 1 мл). В третьей группе бактериемия выявлена в 7 случаях (70%), в том числе в обоих случаях множественного удаления (100%). Уровень обсемененности составил 8,25 колоний в 1 мл, при множественном удалени зубов- 11,5 кол/мл. Из крови выделены Str. mitis, Staph, aureus, Staph. Epidermidis.

Во всех случаях бактериемия была кратковременной и обнаруживалась спустя 15 минут после экстракции, лишь у одного больного 3-ей группы бактриемия была выявлена спустя 9 часов после травматичного удаления многокорневого зуба, при этом уровень обсемененности снизился от 9,5 колоний на 1 мл (через 15 минут после вмешательства) до 1,33 кол/мл через 9 часов.

Выводы. Таким образом, в результате проведенного клинико-лабораторного исследования установлено, что на частоту, динамику и особенно уровень обсемененности крови влияет как пародонтальный статус, так и собственно травматичность вмешательства, что необходимо учитывать при проведении операции удаления зубов у больных с воспалительными заболеваниями пародонта путем использования превентивных мер антимикробной терапии и профилактики (антибиотики, метронидазол, хлоргексидин, мирамистин, имудон, ликопид, фотодинамическая терапия и др.), направленных на существенное сокращение микробной популяции полости рта и тканей пародонта, в частности, с целью предупреждения возможных осложнений, обусловленных возникновением транзиторной бактериемии.

ОСНАЩЕНИЕ ФАНТОМНОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА БЛОЧНО-СОПРЯЖЕННЫМИ ПНЕВМОГИДРОКОМПЛЕКСАМИ

И.С. Сулейманов - студент 410 группы стоматологического факультета,
Ю.Н. Кажлаев - доцент
Кафедра терапевтической стоматологии
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Актуальность. Условия реформирования современного образования обусловливают, с учетом изменения потребностей общественного развития, его постепенный переход в этап инновационного развития (Ростовцев В.В., Шумилович Б.Р., Поволоцкий А.В., 2017). Уровень развития современных стоматологических технологий предполагает существенно новые требования по вопросам обучения различным методикам на вузовском этапе образования (Балкизов З.З., Васильев Ю.Л., 2017), что находит подтверждение и в обширной законодательной базе (Шумилович Б.Р.,2016). Вместе с тем, методика обучения практическим навыкам на фантомном курсе на сегодняшний день не позволяет достичь требуемого уровня мануального мастерства (Горшков М.Д. ,2012).

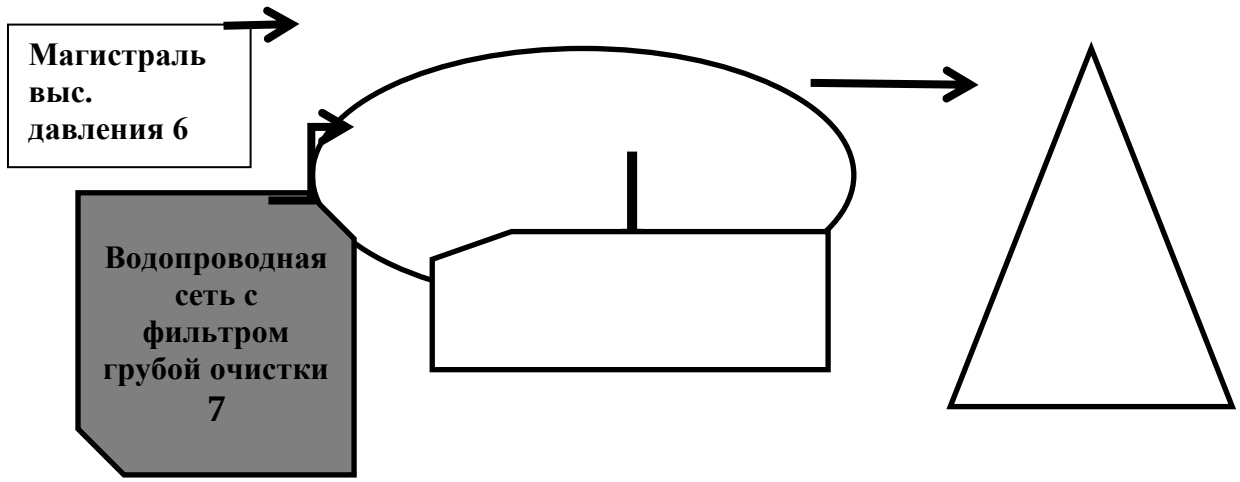
Современные подходы к выполнению клинически и технико-методологически обусловленных манипуляций в полости рта предполагают использование высокооборотного вращающегося инструментария, что, в свою очередь, требует определенного подхода к выбору вариантов охлаждения операционного поля и используемого абразивного ротационного инструментария в процессе работы с твердыми тканями зуба (Николаев А.И., 2009).

Работа высокооборотными турбинными бормашинами без принудительного охлаждения рабочего поля и вращающегося инструментария чревата неблагоприятными последствиями, как для препарируемых тканей (растрескивание, появление дефектов, сколов, перегрев), так и для самого инструмента вплоть до его выхода из строя в самые короткие сроки с отслаиванием и слущиванием абразивного зерна (алмазные боры) или процессом так называемого “отпуска” в результате перегрева (потери твердости и последующего затупления) карбид-вольфрамовых твердосплавных боров, а также безусловным загрязнением помещения взвешенными частицами препарируемых тканей с образованием аэрозоля, что создает весьма неблагоприятные санитарно-гигиенические условия, даже при использовании систем приточно-вытяжной вентиляции (как правило, весьма проблематичной в большинстве учебных классов) и средств индивидуальной защиты (масок, защитных очков , шлемов и пр.).

Целью исследования явилось повышение эффективности обучения на симуляционном курсе путем разработки модульной пневмо-гидроклапанной системы в оборудовании учебной точки.

Результаты исследования. Многочисленными исследованиями ранее установлена наибольшая эффективность в предотвращении неблагоприятной санитарно-гигиенической обстановки (требования СанПиН) (аэрозольного облака из взвешенных частиц препарируемых тканей зуба, микроорганизмов и пр.) лишь при использовании водяного варианта охлаждения высокооборотного абразивного инструментария. В этой связи предлагаемый сопряженный пневмо-гидроклапанный блочный комплекс (удостоверение на рац. предложение №16-1504, выданное ДГМУ) позволяет минимизировать отрицательные эффекты препарирования твердых тканей зуба при работе турбинным наконечником за счет подачи охлаждения на операционное поле и инструментарий с возможностью регулировки скорости подачи водо-воздушной смеси на наконечник и вращающийся бор. Комплекс представляет собой двухэлектромагнитно-клапанный сопряженный блок (1), в котором клапан подачи воздуха на наконечник и воздушное охлаждение (2) соединен параллельно электрической связью с клапаном подачи воды (3), причем с возможностью отключения последнего с помощью тумблера (4) и регулирующим микрокраником для контроля водяного напора (5). Блок соединяется с имеющейся пневмомагистралью высокого давления 2-2,8 атмосферы (6) (как от локального компрессора, так и общей воздушной сети) и водопроводом- через фильтр грубой очистки (7). При нажатии на ножной прерыватель (педаль, 8) происходит открытие воздушного

и водяного (при включении соответствующего тумблера) электромагнитных клапанов с последующим поступлением на рабочий инструмент посредством стандартного турбинного четырехканального рукава аэро- и гидросоставляющих рабочего тела, необходимых для приведения в движение инструментария, закрепленного в наконечнике, и его эффективного охлаждения. Устройство просто в изготовлении, состоит из доступных деталей и не требует специальных знаний и навыков в процессе конструирования.



Выводы. Таким образом, использование в работе симуляционных стоматологических классов предлагаемых комплексных блоков позволяет предотвратить образование воздушных аэрозолей с взвешенными частицами препарируемых твердых тканей и сохранить рабочие характеристики используемых турбинных алмазных и твердосплавных боров.

Доступность деталей, простота в изготовлении, технологичность и высокая экономическая эффективность (несопоставимость затрат на комплектующие со стоимостью стандартных фантомных установок) позволяют рекомендовать предлагаемое устройство в оснащении симуляционных классов стоматологической доклинической подготовки.

УСОВЕРШЕНСТВОВАННАЯ МЕТОДИКА ФИКСАЦИИ ИНТРАДЕНТАЛЬНЫХ ШТИФТОВЫХ КОНСТРУКЦИЙ

И.С. Сулейманов - студент 410 группы стоматологического факультета,
Ю.Н. Кажлаев - доцент
Кафедра терапевтической стоматологии
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Актуальность. Данные литературы однозначно свидетельствуют о зависимости благоприятного прогноза эндодонтического лечения не только от качества проведенного лечения корневых каналов, но и последующей постэндодонтической реставрации и адекватным восстановлением коронки зуба (Кукушкин В.Л., Никулина В.Ю., Кукушкина Е.А., 2011, Шидловский М.С., Савичук А.А., 2013, Николаев А.И., Романов А.М., Нестерова М.М . с

соавт., 2018). До настоящего времени не выработано единого мнения о более эффективном способе реставрации после депульпирования зубовв связи с возникающими рисками переломов корня при неграмотном или неоправданном применении штифтов, а существующие алгоритмы методик и применяемых материалов не имеют соответствующего научного обоснования (А.И.Николаев , Д.А.Глебова , Н.С.Орехова ,2018, Panitiwat P.SalimeeP. ,2017)

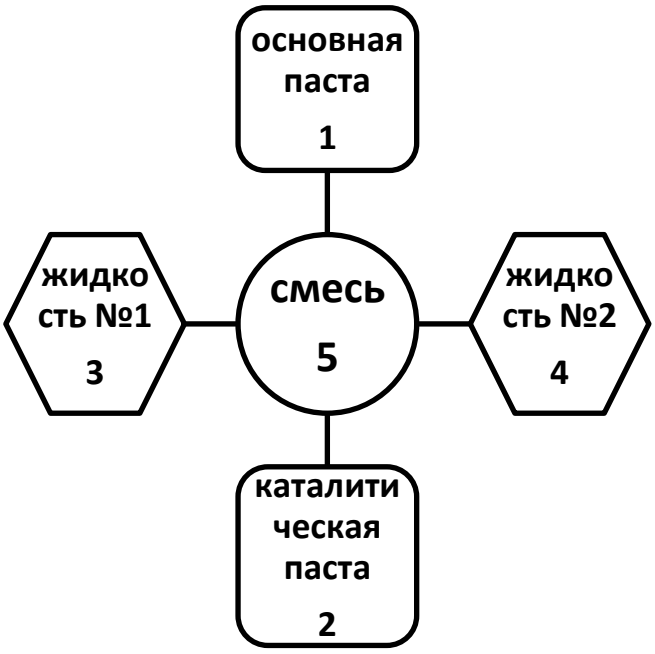
Совершенствование способов фиксации достаточно широкой гаммы применяемых внутрикорневых штифтовых конструкций с учетом получения прогнозируемых клинических результатов связанных в первую очередь с созданием максимально прочных и монолитных комплексов (штифт, фиксирующий материал, стенки корневого канала), обладающих высокой устойчивостью как к значительным жевательным нагрузкам, так и химическому (литическому) воздействию ротовой жидкости, представляется актуальной задачей практической стоматологии.

Целью настоящего исследование явилась повышение эффективности качества постэндодонтических реставраций при использовании штифтовых конструкций путем прогнозируемого улучшения качества их фиксации.

Результаты исследования. Предлагаемая методика фиксации предполагает использование имеющихся в клинике комплектов композитов химического отверждения, обладающих высокими химико-физическими характеристиками, позволяющими с высоким положительным прогнозом гарантировать сохранность применяемых интрадентальных конструкций. Методика экономична, проста в исполнении, широко доступна в клинике, высокоэффективна, позволяет обеспечить высокую механическую прочность, химическую стойкость (к ротовой жидкости) , а также выраженные ретенционные свойства, в свою очередь, определяющих прогностические критерии эксплуатации применяемой штифтовой конструкции (удостоверение на рационализаторское предложение, выданное ДГМУ № 17-1512).

Методика. До фиксации подготовленное для штифта ложе в корневом канале медикаментозно обрабатывают в соответствии с существующим протоколом (гипохлорит натрия, лимонная кислота, хлоргексидин, перекись водорода, ЭДТА), промывают водой, высушивают с помощью бумажных пинов и наносят травильную жидкость (гель) с помощью канюли из шприца или ватной турунды на 20-60 секунд с последующим смыванием водой с помощью эндодонтической иглы в течении 30 секунд и последующего аналогичного подсушивания. На стенки подготовленного ложа наносят с помощью эндомикробраша подготовленную бондинговую систему из комплекта композита и втирают в течении 20-30 секунд в стенки корневого канала с последующим удалением излишков адгезива путем промокания бумажными штифтами или ватными турундами .Аналогичную процедуру проводят и с подготовленным штифтом (травление, промывание водой, нанесение адгезива,

подсушивание воздухом). На прилагаемом блокноте замешиваем отмеренные, необходимые количества основной (1) и каталитической (2) паст с одновременным добавлением в замес равных количеств бондинговых составляющих (жидкость №1-база(3), жидкость №2-катализатор(4)) с получением жидкотекучей субстанции (5), которой заполняют подготовленное ложе в корневом канале с помощью спирального каналонаполнителя на малых оборотах (100-200 об/мин) с последующим введением и фиксацией штифта. Излишки материала в области шейки зубов, выдавленные после установки конструкции, удаляем с помощью ватного или поролонового тампончиков и соответствующего стоматологического инструментария. После окончательного затвердевания фиксирующего материала, при необходимости, проводим коррекцию с помощью турбинных боров для последующей надстройки соответствующей супраконструкции.



Выводы. Таким образом, поиск альтернативы достаточно дорогостоящим и, в этой связи, малодоступным в широкой клинической практике методик и средств для фиксации штифтовых конструкций, при всем их современном многообразии, с прогнозируемым положительным результатом представляется актуальной задачей практической стоматологии. Предлагаемая методика ввиду своей широкой доступности, экономичности, использования уже имеющихся в клинике материалов, а также возможности получения положительных прогнозируемых результатов представляется высокоэффективным решением задачи и может быть рекомендована для применения в широкой клинической практике.

К ВОПРОСУ О ВЛИЯНИИ ОСТРОГО ПАРОДОНТИТА НА СОЕДИНИТЕЛЬНО-ТКАННЫЙ МАТРИКС ПАРОДОНТА

А.Ю. Ляшев – студент 5 курса 4 группы лечебного факультета,
Т.В. Проняева – студентка 5 курса 2 группы педиатрического факультета,

В.С. Сериков - кандидат медицинских наук, доцент кафедры стоматологии детского возраста

Кафедра патофизиологии ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, Курск, Россия

Научный руководитель - д.м.н., профессор Ю.Д. Ляшев

Актуальность. В настоящее время отмечается рост заболеваемости пародонтитом среди взрослого трудоспособного населения. По данным Леонтьева В.К. и соавт. (2012) эта патология отмечается не менее чем у 50% лиц в возрасте 40-50 лет, а среди старших возрастных групп редко можно встретить человека без признаков поражений пародонта. При этом развитие пародонтита сопровождается не только потерей зубов, но и формированием соматической патологии из-за появления очагов хронической инфекции. Предложено множество теорий развития пародонтита, но ни одна из них не может объяснить всех особенностей его формирования. В этой связи раскрытие патогенетических механизмов развития пародонтита является актуальным.

Целью исследования. Изучение изменений состава соединительно-тканного матрикса пародонта у крыс с острым пародонтитом.

Материалы и методы исследования. Работа выполнена на 32 крысах-самцах Вистар. 8 животных оставались интактными. 24 крысам моделировали острый пародонтит по методу, предложенному Воложиным А.И. и Виноградовой С.И. (1990). Операцию выполняли под хлоралгидратным наркозом и местной анестезией 5% раствором новокаина. На резцы нижней челюсти накладывали шелковую нить в виде восьмерки, а затем погружали ее в зубодесневой желобок и фиксировали. Через 14 дней нить удаляли. Исследования проводили с соблюдением положений, изложенных в Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации о гуманном отношении к лабораторным животным (2000 г.), директивы Европейского сообщества (86/609ЕС). Выполнение исследований разрешено Региональным этическим комитетом (протокол №3 от 27 октября 2015 г.).

На 7, 14 и 21 сутки экспериментальных животных с пародонтитом выводили из эксперимента передозировкой эфирного наркоза. В ткани пародонта нижней челюсти определяли содержание свободного и связанного оксипролина (ОП) и гликозамингликанов (ГАГ) методами, предложенными Шараевым П.Н. (1981, 1987) . В десне также оценивали содержание продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ): малонового диальдегида (МДА) и ацилгидроперекисей (АГП), а также активность каталазы [2, 3]. Статистическую значимость различий средних величин вычисляли по t-критерию Стьюдента после проверки нормальности распределения изучаемых параметров.

Результаты исследования. У крыс с острым пародонтитом отмечалось существенное снижение концентрации свободного и связанного ОП, ГАГ в ткани пародонта в течение всего эксперимента. На 7 сутки снижение свободного ОП составило 21,9%, а связанного ОП – 23,8%

(p<0,01). Также показано падение концентрации ГАГ на 36,8% (p<0,01) по сравнению с интактными особями. На 14 сутки падение содержания коллагена и ГАГ соединительно-тканного матрикса пародонта продолжается: уменьшение свободного ОП составило 22,0%, связанного ОП – 16,7%, ГАГ – 7,0%, по сравнению с аналогичными значениями на 7 сутки. На 21 сутки эксперимента у крыс с пародонтитом установлено повышение изучаемых индексов: концентрации свободного ОП - на 20,5%, связанного ОП - на 22,5%, ГАГ - на 27,5. Тем не менее, исследуемые показатели остаются ниже, чем у животных без пародонтита (p<0,01-0,001).

Активация ПОЛ у крыс с пародонтитом характеризуется повышением концентрации МДА и АГП, а также понижением активности каталазы: на 7 сутки после моделирования пародонтита МДА - на 92,7% (p<0,001), АГП - в 2,6 раза (p<0,001), каталазы - на 13,7% (p<0,05). Концентрация МДА и АГП снижается и на 14 сутки после моделирования пародонтита. При этом все изучаемые параметры по-прежнему статистически достоверно ниже, чем у крыс без пародонтита (p<0,01-0,001). Указанная динамика сохраняется и на 21 сутки эксперимента.

Результаты, полученные в работе, подтверждают литературные данные об активации ПОЛ в пародонте при остром пародонтите. При воспалении наблюдается образование избыточного количества свободных радикалов, нарушения микроциркуляции, гипоксия, повреждение митохондрий, активация фагоцитов. По-видимому, существует тесная патогенетическая связь между нарушениями белкового состава СТМ и активацией ПОЛ .

Выводы. 1. Развитие острого пародонтита сопровождается нарушением белкового состава СТМ.

2. Активация ПОЛ при остром пародонтите является ведущим механизмом нарушения белкового состава СТМ.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

А.А. Гафурова – ассистент, М.Н. Меджидов – д.м.н., доцент

Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Актуальность. Заболевания слизистой оболочки рта и красной каймы губ (ККГ) в настоящее время являются важной проблемой современной стоматологии, так как их диагностика составляет значительные трудности, а лечение данной патологии не всегда является успешным. Не менее важен социальный аспект проблемы, так как поражение лица, в частности губ, неблагоприятно сказывается на качестве жизни больных.[1 - 3]

Что касается распространённости среди взрослого населения заболеваний губ, то в до-

ступной нам литературе она не совсем освещена, носит противоречивый характер. [4, 5]

Эффективным методом исследования распространённости стоматологической заболеваемости среди населения, по данным ВОЗ является эпидемиологическое обследование. На территории Республики Дагестан такое обследование последний раз было проведено в 2010 году. Однако полученные результаты не сформировали чёткую структуру стоматологической заболеваемости слизистой оболочки полости рта в зависимости от пола и возраста у населения, не сделан акцент на выявление заболеваний слизистой оболочки ККГ. Это говорит об актуальности проведённого нами данного исследования.

Цель исследования - оценка распространённости заболеваний слизистой оболочки ККГ у больных, посетивших врача-стоматолога в период с 2017 по 2019 годы, и изучение её структуры в зависимости от пола и возраста.

Материалы и методы исследования. В результате исследования на базе кафедры терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России было проведено эпидемиологическое обследование, согласно рекомендациям ВОЗ, 589 больных обоего пола в возрасте 21-75 лет, проживающих на территории г. Махачкалы и Республики Дагестан и посетивших кафедру в период с ноября 2017 года по декабрь 2019 года. Согласно возрасту, все больные были разделены на 4 группы:

1 группа – 130 больных обоего пола в возрасте 21-34 лет;

2 группа – 155 больных обоего пола в возрасте 35—44 лет;

3 группа – 256 больных обоего пола в возрасте 45-64 лет;

4 группа – 48 больных обоего пола в возрасте 65-75 лет.

Все данные фиксировались в карте, специально разработанной для данного эпидемиологического обследования.

Все больные предварительно прошли анкетирование и опрос с целью выявления вредных привычек, таких как курение, употребление алкоголя, облизывание, покусывание губ, а также уточнения длительности существования привычки. Диагноз устанавливался на основании данных анамнеза, клинических данных и данных инструментальных исследований.

Комплексное клиническое обследование больных с поражениями слизистой оболочки ККЕ проходило по определённому алгоритму, который включал в себя:

1. Выявление жалоб, сбор анамнеза жизни, анамнеза болезни.

2. Осмотр слизистой оболочки полости рта, языка, губ по схеме ВОЗ (Pindborg).

3. Лабораторные исследования крови, ротовой жидкости.

4. Иммунологическое обследование.

5. Рентгенологическое обследование.

6. Фотодокументирование и его архивирование. Проводилась визуальная оценка ротовой жидкости (количество, вязкость, пенистость); у лиц с ортопедическими и ортодонтическими

конструкциями определялось наличие гальванических токов в полости рта. Все больные, имеющие общесоматическую патологию, были проконсультированы смежными специалистами: гастроэнтерологом, эндокринологом, иммунологом.

Результаты исследования и их обсуждение. Из обследованных нами 589 человек в возрасте 21-74 лет, у 190 были выявлены заболевания слизистой оболочки ККГ, у 85 женщин (44,74%) и у 105 мужчин (55,26%) соответственно. Результаты проведённого нами исследования свидетельствуют о высокой распространённости поражений слизистой оболочки ККГ каймы губ у взрослого населения Республики Дагестан, структура которых определяется не только возрастом, но и гендерными признаками (таблица).

Распространённость заболеваний слизистой оболочки ККГ у взрослого населения Республики Дагестан

Заболевания слизистой оболочки ККГ	**21-34 (n =56)**		**35-44 (n =42)**		**45-64 (n =64)**		**65-74 (n =28)**		**Итого (%)**
	М	**Ж**	**М**	**Ж**	**М**	**Ж**	**М**	**Ж**	
Эксфолиативный хейлит	6	8	8	14	5	10	5	8	64 (33,68 %)
Метеорологический хейлит	15	10	3	3	7	6	4	2	50 (26,32 %)
Гландулярный хейлит	5	1	2	1	21	5	4	1	40 (21,05 %)
Лимфоэдематозный макрохейлит	1	1	1	2		1			6 (3,16 %)
Хроническая рецидивирующая трещина губы	4	3	3	2	3	4	2	1	22 (11,58 %)
Ангулярный хейлит	1	1	2	1	2		1		8 (4,21 %)
Всего	32	24	19	23	38	26	16	12	190 (32,26%)

Следовательно, мы можем сделать вывод, что наиболее распространённой патологией, проявляющейся на слизистой оболочке ККГ, является эксфолиативный хейлит - 31,58 % случаев

Хотелось бы обратить внимание, что самая высокая распространённость заболеваний ККГ наблюдается в возрасте от 45 до 64 лет и составляет 33,68 %.

Кроме того, нами была определена структура заболеваемости слизистой оболочки ККГ в зависимости от возраста и гендерных признаков.

В возрастной группе от 21 года до 34 лет чаще проявляются заболевания ККГ у мужчин. При этом самым распространённым заболеванием в этой возрастной группе является метеорологический хейлит. Однако с возрастом структура заболеваемости значительно меняется.

В возрастной группе от 35 до 44 лет самым распространённым заболеванием слизистой оболочки ККГ является эксфолиативный хейлит, причём в данной возрастной группе чаще встречается у женщин.

В возрастной группе от 45 до 64 лет чаще всего болеют мужчины. Самым распространённым заболеванием этой области является гландулярный хейлит.

В возрастной группе от 65 до 75 лет чаще всего болеют женщины. Самое распространённое заболевание, как у женщин, так и у мужчин данной возрастной группы - это эксфолиативный хейлит.

Четвертое место по распространенности занимала хроническая рецидивирующая трещина губы – 11,58 %. Однако существенные различия по распространенности данного заболевания в зависимости от возраста и гендерных признаков не наблюдались.

Заключение. Таким образом, проанализировав полученные результаты исследования, можно сделать вывод о достаточно высокой заболеваемости ККГ у взрослого населения г. Махачкалы и Республики Дагестан. В зависимости от возраста структура заболеваемости ККГ, кроме хронической рецидивирующей трещины губы, достаточно вариабельна и прослеживается чёткая её зависимость от гендерных признаков.

Литература.

1. Гажва С.И., Дятел А.В., Надейкина О.С. Современные методы лечения заболеваний слизистой оболочки красной каймы губ // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 6.; URL: http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=16378.

2. Гажва С.И., Касумов Н.С., Зызов Д.М. Поражения слизистой оболочки полости рта и их структура при системных заболеваниях // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 6.; URL: http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=23539.

3. Дзугаева И.И. Распространенность заболеваний слизистой оболочки рта и губ среди взрослого населения /Институт стоматологии, 2014. - № 1. – С. 32 – 33.

4. Дзугаева И.И., Умарова К.В. .Анализ структуры заболеваний слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ, регистрируемых у взрослого населения на приеме в типовой стоматологической поликлинике / Российский стоматологический журнал, 2014. - № 3. – С. 50 – 52.

5. Заркумова А.Е. Структура заболеваемости слизистой оболочки полости рта /Вестник Казахского Национального медицинского университета. 2017. - № 3. – С. 168 – 174.

МЕЛАТОНИН И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА СОЕДИНИТЕЛЬНО-ТКАННЫЙ МАТРИКС ПАРОДОНТА ПРИ ОСТРОМ ПАРОДОНТИТЕ

А.Ю. Ляшев – студент 5 курса 4 группы лечебного факультета,
Т.В. Проняева – студентка 5 курса 2 группы педиатрического факультета,
В.С. Сериков - кандидат медицинских наук, доцент кафедры стоматологии детского возраста

Кафедра патофизиологии ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, Курск, Россия

Научный руководитель - д.м.н., профессор Ю.Д. Ляшев

Актуальность. В настоящее время отмечается рост заболеваемости пародонтитом среди взрослого трудоспособного населения. По данным Леонтьева В.К. и соавт. (2012) эта патология

отмечается не менее чем у 50% лиц в возрасте 40-50 лет, а среди старших возрастных групп редко можно встретить человека без признаков поражений пародонта. При этом развитие пародонтита сопровождается не только потерей зубов, но и формированием соматической патологии из-за появления очагов хронической инфекции. Предложено множество теорий развития пародонтита, но ни одна из них не может объяснить всех особенностей его формирования. В этой связи раскрытие патогенетических механизмов развития пародонтита является актуальным.

Целью исследования. Изучение изменений состава соединительно-тканного матрикса пародонта у крыс с острым пародонтитом.

Материалы и методы исследования. Работа выполнена на 32 крысах-самцах Вистар. 8 животных оставались интактными. 24 крысам моделировали острый пародонтит по методу, предложенному Воложиным А.И. и Виноградовой С.И. (1990). Операцию выполняли под хлоралгидратным наркозом и местной анестезией 5% раствором новокаина. На резцы нижней челюсти накладывали шелковую нить в виде восьмерки, а затем погружали ее в зубодесневой желобок и фиксировали. Через 14 дней нить удаляли. Исследования проводили с соблюдением положений, изложенных в Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации о гуманном отношении к лабораторным животным (2000 г.), директивы Европейского сообщества (86/609ЕС). Выполнение исследований разрешено Региональным этическим комитетом (протокол №3 от 27 октября 2015 г.).

На 7, 14 и 21 сутки экспериментальных животных с пародонтитом выводили из эксперимента передозировкой эфирного наркоза. В ткани пародонта нижней челюсти определяли содержание свободного и связанного оксипролина (ОП) и гликозамингликанов (ГАГ) методами, предложенными Шараевым П.Н. (1981, 1987) . В десне также оценивали содержание продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ): малонового диальдегида (МДА) и ацилгидроперекисей (АГП), а также активность каталазы [2, 3]. Статистическую значимость различий средних величин вычисляли по t-критерию Стьюдента после проверки нормальности распределения изучаемых параметров.

Результаты иссследования. У крыс с острым пародонтитом отмечалось существенное снижение концентрации свободного и связанного ОП, ГАГ в ткани пародонта в течение всего эксперимента. На 7 сутки снижение свободного ОП составило 21,9%, а связанного ОП – 23,8% ($p<0,01$). Также показано падение концентрации ГАГ на 36,8% ($p<0,01$) по сравнению с интактными особями. На 14 сутки падение содержания коллагена и ГАГ соединительно-тканного матрикса пародонта продолжается: уменьшение свободного ОП составило 22,0%, связанного ОП – 16,7%, ГАГ – 7,0%, по сравнению с аналогичными значениями на 7 сутки. На 21 сутки эксперимента у крыс с пародонтитом установлено повышение изучаемых индексов: концентрации свободного ОП - на 20,5%, связанного ОП - на 22,5%, ГАГ - на 27,5. Тем не

менее, исследуемые показатели остаются ниже, чем у животных без пародонтита (p<0,01-0,001).

Активация ПОЛ у крыс с пародонтитом характеризуется повышением концентрации МДА и АГП, а также понижением активности каталазы: на 7 сутки после моделирования пародонтита МДА - на 92,7% (p<0,001), АГП - в 2,6 раза (p<0,001), каталазы - на 13,7% (p<0,05). Концентрация МДА и АГП снижается и на 14 сутки после моделирования пародонтита. При этом все изучаемые параметры по-прежнему статистически достоверно ниже, чем у крыс без пародонтита (p<0,01-0,001). Указанная динамика сохраняется и на 21 сутки эксперимента.

Результаты, полученные в работе, подтверждают литературные данные об активации ПОЛ в пародонте при остром пародонтите. При воспалении наблюдается образование избыточного количества свободных радикалов, нарушения микроциркуляции, гипоксия, повреждение митохондрий, активация фагоцитов. По-видимому, существует тесная патогенетическая связь между нарушениями белкового состава СТМ и активацией ПОЛ .

Выводы. 1. Развитие острого пародонтита сопровождается нарушением белкового состава СТМ.

2. Активация ПОЛ при остром пародонтите является ведущим механизмом нарушения белкового состава СТМ.

ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ БАЛЬНЕОТЕРАПИИ ПАРОДОНТИТА НА МОРФОЛОГИЧЕСКУЮ КАРТИНУ КРОВИ

К.А. Байрамов – ассистент, М.Н. Меджидов – д.м.н., доцент
Кафедра терапевтической стоматологии
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Актуальность. Клинические проявления активности воспалительного процесса в тканях пародонта не соответствуют морфологическим характеристикам воспаления [1; 2]. Следовательно, оценка только клинической картины заболевания не дает возможности полноценного контроля над эффективностью лечения и возникает необходимость разработки информативных лабораторных критериев оценки активности патологического процесса, включая параметры измененной морфологической картины крови.

Целью исследования явилась оценка статуса морфологической картины крови при пародонтите, а также ее изменения в динамике в процессе комплексной бальнеотерапии данной патологии.

Материал и методика. Для выявления изменений картины крови при пародонтите мы изучили содержание гемоглобина, эритроцитов и лейкоцитов, цветной показатель, лейкоцитарную формулу и СОЭ у 173 больных (женщин было ПО, мужчин - 63). В возрасте от

21 года до 30 лет было 43 человека, от 31 года до 40 лет - 47, от 41 года до 50 лет - 83 человека. Пародонтит легкой степени тяжести был у 41 больного, средней степени тяжести – у 51 и тяжелой степени – 81).

В литературе недостаточно освещен вопрос об изменениях в крови у больных пародонтитом под влиянием комплексной бальнеотерапии. В этой связи мы применяли ротовые ванны крепкой сероводородной минеральной водой санатория «Талги», сочетанные с пелоидотерапией тамбуканской лечебной грязью во внекурортных условиях.

Результаты исследования. Процент содержания гемоглобина равнялся у 12 больных пародонтитом 50-60; у 122 больных 61-70, у 39 больных 71-80. У 31 человека число эритроцитов составляло 3 600 000-4 000 000 в 1 мм3, у 129 человек - 4 100 000-4 500 000, у 13 человек - 4 600 000-5 000 000. Число лейкоцитов у 36 больных равнялось 4000-5000 в 1 мм3, у 47 больных - 5100-6000, у 48 больных - 6100-7000, у 42 больных - 7100-8000.

У подавляющего большинства больных пародонтитом (134 человека, или 77,5% всех случаев) содержание гемоглобина в крови понижено. Снижение количества эритроцитов установлено у 160 больных (92,3% случаев), лейкоцитов - у 83 (47,9%).

По изменениям лейкоцитарной формулы больные пародонтитом распределялись следующим образом: у 120 человек эозинофилы 1-2%, у 36 человек 3%, у 17 человек 4% и более; у 148 больных палочкоядерные нейтрофилы 1-2%, у 19 больных 3-4%, у 6 более 4% ; у 109 больных сегментоядерные нейтрофилы до 62% (включительно), у 41 больного 63-67%, у 23 больных 68% и выше; у 48 человек лимфоциты до 25%, у 63 человек 26-30%, у 54 человек 31-35%, у 8 человек 36-40%; у 49 больных моноциты 4%, у 109 больных 5-8%, у 15 больных 9%.

Нормальное содержание эозинофилов отмечено у 36 больных (20,7%), уменьшение - у 120 (69,5%) и эозинофилия - у 17 (9,8%). Содержание лимфоцитов до 25% было у 48 (21,1%) больных, лимфоцитоз - у 62 (35,7%). Параллельно с лимфоцитозом наблюдается уменьшение числа нейтрофилов. Содержание моноцитов уменьшено у 49 (27,2%), моноцитоз отмечен у 15 (8,6%) больных.

Ускоренная СОЭ (свыше 12 мм в час) наблюдалась у 38 больных (21,9% случаев), у 9 из них отмечались осложнения воспалительного характера.

Обнаруженные изменения состава крови у больных пародонтитом позволяют считать, что это заболевание протекает на фоне вторичной анемии с явлениями лимфоцитоза, нейтропении, а в отдельных случаях моноцитопении и эозинофилии при несколько уменьшенном числе лейкоцитов.

После лечения было обследовано 123 больных. Процент гемоглобина равнялся у 6 человек 50-60, у 43 человек 61-70, у 74 человек 71-80. Число эритроцитов у 12 больных колебалось в пределах 3 600 000-4 000 000 в 1 мм3, у 62 больных - 4 100 000-4 500 000, у 49 больных - 4 600 000-5 000 000. Число лейкоцитов достигало у 5 больных 4000-5000 в 1 мм3, у

45 больных 5100-6000, у 42 больных 6100-7000, у 31 больного 7100-8000.

93 человек эозинофилы 1-2%, у 26 человек 3%, у 4 человек более 4%; у 40 человек палочкоядерные нейтрофилы 1-2%, у 78 человек 3-4%, у 5 человек более 4%; у 77 человек сегментоядерные нейтрофилы до 62% (включительно), у 34 человек 63-67%, у 12 человек Отмечается некоторое повышение содержания гемоглобина и эритроцитов. Гемоглобин ниже 70% установлен у 49 (39,7%) человек, эритроцитов ниже 4 500 000 -у 74 (60,1%), менее 6000 лейкоцитов - у 50 (40,6%) человек. По мере улучшения клинической картины изменяется соотношение нейтрофилов и лимфоцитов в сторону нормализации.

По изменениям лейкоцитарной формулы больные распределялись следующим образом: у 68% и выше; у 46 человек лимфоциты до 25%, у 61 человека 26-30%, у 10 человек 31-35%, у 6 человек 36-40%; у 27 больных моноциты 4%, у 72 больных 5-8%, у 24 больных 9% и выше.

Уменьшенное количество палочкоядерных нейтрофилов отмечено у 40 (31,5%) больных. Лимфоцитов до 25% после лечения отмечено у 46 (37,3%), выше 31% - у 10 (7,3%) больных. Количество больных с содержанием моноцитов до 4% после лечения уменьшилось - 27 больных (21,8%).

Представляет интерес динамика показателей СОЭ после лечения. Комплексная бальнеотерапия в той или иной степени приводит к замедлению ускоренной СОЭ. Если до лечения СОЭ свыше 12 мм в час наблюдалась у 38 (21,9%) обследованных, то после лечения - у 12 (9,7%). Под влиянием проведенного лечения СОЭ, как правило, имеет тенденцию к замедлению. До лечения СОЭ не превышала 5 мм в час у 22 (12,7%) больных, после лечения - у 47 (38,1%); колебалась в пределах 6-12 мм в час до лечения у 113 (65,3%), после лечения у 64 (52 %); в пределах 13-20 мм до лечения у 23 (13,2%), после лечения у 8 (6,5%) больных.

Выводы. Таким образом, после комплексной бальнеотерапии уровень нейтрофилов увеличивается, а лимфоцитов уменьшается, повышается содержание моноцитов, эритроцитов, гемоглобина. Ускоренная СОЭ, как правило, замедляется. Гематологические сдвиги (наряду с клиническим улучшением) свидетельствуют, по-видимому, о ***нормализации*** реактивности больных пародонтитом под влиянием комплексной бальнеотерапии. Установленные в составе крови сдвиги позволяют по-новому оценивать бальнеотерапию, имеющую при пародонтите патогенетическое значение.

Литература

1. Теблоева Л.М., Гусева О.А., Хайдуков С.В. Субпопуляционный состав лимфоцитов периферической крови и цитокиновый профиль при пародонтите // Медицинская иммунология. 2004. Т. 16. № 3. С. 257— 264.

2. Шустер Д.И. Динамика клинических и морфологических признаков воспаления десны на этапах лечения больных гингивитом и пародонтитом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Омск, 2006.

ХАРАКТЕРИСТИКА МИКРОБИОТЫ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

А.В. Разилова – аспирант кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии

Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им.И.М. Сеченова Минздрава России

(Сеченовский университет), Москва, Россия

Научный руководитель – д.м.н., проф., Ад.А. Мамедов

Актуальность. Наличие ортодонтического аппарата в ротовой полости изменяет микробиоту полости рта, приводит к увеличению числа патогенных и условно-патогенных микроорганизмов и образованию микробной бляшки (биопленки) на поверхности зубов и, как следствие, провоцирует развитие воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости рта, кариеса зубов и заболевания пародонта. Современным методом диагностики является масс-спектрометрия микробных маркеров (МСММ). Технология данного метода позволяет определять по уровню микробных маркеров концентрацию 57 микроорганизмов в клиническом материале. При использовании данного метода можно определить содержание не только бактериальной микрофлоры, а также ряда грибов и вирусов, что дает новые возможности в профилактике воспалительных заболеваний полости рта.

Цель исследования. Повысить эффективность ортодонтического лечения летей школьного возраста за счет определения методом МСММ (масс-спектрометрия микробных маркеров) изменений микробиоты полости рта.

Материал и методы исследования. Обследовано 10 пациентов в возрасте 6-12 лет, проходящих лечение с использованием съемной и несъемной ортодонтической аппаратуры. Пациентам определяли гигиенические индексы, проводился комплекс диагностических мероприятий. Микрофлора зубодесневой борозды и состав биопленки на поверхности зубов впервые изучались до установки ортодонтической аппаратуры и на 12 неделе с помощью хромато-масс-спектрометрии микробных маркеров (МСММ), основанного на количественном определении в клиническом материале маркеров микроорганизмов.

Результаты исследования. С помощью метода МСММ у пациентов был выявлен различный количественный и качественный состав микрофлоры до установки ортодонтической аппаратуры и на 12 неделе. В результате повторного обследования на 12 неделе было выявлено уменьшение количества анаэробных бактерий (Peptostreptococcus spp., Fusobacterium spp., Actinomyces spp.) до 8 % от общего числа выделенных микроорганизмов, увеличение количества аэробных микроорганизмов (Neisseria spp., Corynebacterium spp., Streptococcus spp., Staphylococcus spp.) до 92 %, вызывающих воспалительные заболевания слизистой оболочки полости рта. Также в исследуемом материале было обнаружено присутствие грибов Candida

spp. Выявленные изменения являются фактором риском для развития воспалительных заболеваний полости рта.

Выводы. Изучение видового состава микробной флоры с помощью нового метода МСММ позволит прогнозировать активность воспалительного процесса, тенденцию его развития, а также разработать и обосновать алгоритм профилактических мероприятий при ортодонтическом лечении детей школьного возраста.

ПЕДИАТРИЯ И ДЕТСКИЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

АУТОИММУННЫЙ ПОЛИГЛАНДУЛЯРНЫЙ СИНДРОМ 1 ТИПА

Е.С. Козлова, Р.Д. Агишев, Д.К. Базарбаев - студенты 32 гр. педиатрического факультета
Кафедра факультетской педиатрии
ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава РФ, Оренбург, Россия
Научный руководитель - к.м.н., доцент Е.В. Савельева

Актуальность. Аутоиммунные полигландулярные синдромы (АПС) — это первичное аутоиммунное поражение двух и более периферических эндокринных желез, которое приводит к их недостаточности, часто сочетающееся с различными и органоспецифическими неэндокринными и заболеваниями аутоиммунного генеза. На основании клинических и иммуногенетических особенностей выделяют аутоиммунный полигландулярный синдром I типа (АПС-1) и аутоиммунный полигландулярный синдром 2 типа. АПС 1 типа (АПС-1) — моногенное заболевание с аутосомно-рецессивным типом наследования (мутация гена AIRE), манифестирующее в детском возрасте. АПС-1 чаще встречается в практике детского эндокринолога, так как в среднем пик манифестации этого заболевания приходится на возраст 12 лет. Продолжительность жизни пациентов с АПС-1 в среднем составляет около 40 лет (за счет ранних смертей), но достигает и 60—70 лет. При присоединении аутоиммунного поражения печени с развитием цирроза, апластической анемии продолжительность жизни пациентов не достигает 30 лет.

Цель исследования: Проанализировать случай из клинической практики АПС 1 типа у детей.

Материалы и методы: Ретроспективный анализ истории развития ребенка (форма №112/у), медицинской карты амбулаторного больного (форма №025/у), медицинской карты стационарного больного (форма №003/у).

Результаты исследования. Пациент Г., 7 лет поступил в эндокринологическое отделение ГБУЗ "ОДКБ" с жалобами на сухость глаз, спазм мышц рук, боли в коленных суставах, приступы удушья. Анамнез жизни: Ребенок от 1 беременности, рожден в срок, с ЗВУР-м 2985, рост 50 см, 8\9 б по Апгар. Наследственность: у младшего брата - онихомикоз, гипоплазия зубной эмали. Перенесенные заболевания: ОРЗ, бронхит, пневмонии. Анамнез заболевания: С 3 лет изменение эмали (деформация, потемнение, «крошение» эмали зубов). Периодически - «заеды», грибок кожи пальцев. Наблюдается кардиологом с 5 лет с диагнозом: МАС: ООО; с 5 лет окулистом с диагнозом: «синдром сухого глаза». С 5 лет отмечают покраснение глаз, слезотечение, установлен диагноз: кератоконъюнктивит, синдром сухого глаза. В 6 лет при обследовании в офтальмологическом отделении ОДКБ в соскобе с конъюнктивы обнаружены дрожжеподобные грибы. С 6 лет беспокоят боли в коленных суставах, приступы удушья. С

10.16г –усилился спазм мышц предплечья по типу «руки акушера». Выявлено снижение уровня Са крови до 1.6 ммоль\л; назначено лечение: СаД3 по 500 мг\с. С 12.16 отмечались генерализованные судороги. При обследовании выявлено снижение паратгормона-0.53 пмоль\л (н 1.6-6.9) по м\ж. Впервые обратился в ОДКБ (01.17). Проведено обследование амбулаторно (01.17). Выявлено: гипокальциемия - Са общий- 1.35 (2.2-2.7) ммоль\л, Са ион. 0.5(1.03-1.23) ммоль\л, гиперфосфсатемия-Р-4.4 ммоль\л(1.45-1.78), паратгормон-0.43 пмоль\л. Направлен в энд.отд. диагноз: идиопатический гипопаратиреоз. Назначена терапия альфакальцидолом 0.5 мг\сутки.

Параклиническое обследование:

БАК: Р- 3.21 ммоль\л(1.45-1.78), АСАТ 114 е\л(н 5-34), АЛАТ 103 Е\л (н 0-55), Са ион 0.78 ммоль\л (н 1.03-1.29), Са общ 1.63 ммоль\л (н 2.1-2.55), ЩФ 125 е\л (н 156-369), х.с. 2.75 ммоль\л (н 3.3-5.2), Мд 0.63 ммоль\л (н 0.7-1.05) - гиперфосфатемия, гипокальциемия, снижение уровня х.с., ЩФ, гипомагнемия, повышение уровня АСАТ, АЛАТ

Р разовая моча -10.04 ммоль\л (н 12.9-43.9)-снижение экскреции Р

УЗИ щитовидной железы, паращитовидных желез, внутренних органов-без патологии

ЭКГ-синусовый ритм 94 в мин. Удлинен интервал QT

Проведено лечение: Альфакальцидол 2,5 мкг утром и вечером (в 9:00 и 21:00) Кальций сандос 500 мг* 4 р/д. Экстракт листьев артишока по 1 таб 3 раза в день.

Выводы. Учитывая типичные клинические проявления: хронический кожно-слизистый кандидоз, гипопаратиреоз; данные лабораторных исследований: гипокальциемию, гиперфорсфатемию, снижение уровня паратгормона, гомозиготная мутация c769> Tp.R257X в гене AIRE при молекулярно-генетическом исследовании выставлен диагноз: АПС 1: гипопаратиреоз, хронический кожно-слизистый кандидоз, гипоплазия зубной эмали. Гомозиготная мутация c769> Tp.R257X в гене AIRE. АПС 1 типа относится к иммунодефицитным аутоиммунным заболеваниям, патогенетическая терапия не проводится. Лечение имеет “покомпонентный” характер, то есть проводится лечение каждого компонента в отдельности с учетом тех особенностей, которые могут возникать в связи с полиорганностью поражения. Заболевание может развиваться постепенно, а новые компоненты появляться в течении всей жизни. Поэтому таким пациентам требуется наблюдение специалистов, а также своевременного выявления и лечения вновь появившихся компонентов до их острой манифестации. Прогноз зависит от присоединения таких осложнений как сепсис, а также неопластических заболеваний, фульминантной формы гепатита.

МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ СИНДРОМ ИЦЕНКО-КУШИНГА У ДЕТЕЙ

А.П. Пахомов - студент

Кафедра факультетской педиатрии

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава РФ, Оренбург, Россия

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

Актуальность. Синдром Иценко-Кушинга — полиэтиологическое заболевание, в основе которого лежит хронический избыток продукции кортизола.

Эпидемиология. Частота выявления — 1 случай на 1 млн. жителей в год.

Этиология и патогенез. Синдром Иценко-Кушинга может быть АКТГ-зависимым, когда причиной служит избыточная стимуляция коры надпочечников адренокортикотропным гормоном, в основе которой черепно-мозговые или психические травмы, интоксикации, нейроинфекция, беременность, роды. Причиной АКТГ-независимого синдрома Иценко-Кушинга может быть аденома или карцинома коры одного из надпочечников, двусторонняя мелкоузловая пигментная кортикальная болезнь и двусторонняя крупноузловая гиперплазия коры надпочечников. Ятрогенный синдром Иценко-Кушинга возникает вследствие длительной терапии массивными дозами глюкокортикоидами, при этом подавляется секреция АКТГ и функция надпочечников снижается, но секреция альдостерона не страдает.

Цель исследования. Проанализировать случай из клинической практики медикаментозного синдрома Иценко-Кушинга у ребенка.

Материалы и методы исследования. Ретроспективный анализ истории развития ребенка (форма №112/у), медицинской карты амбулаторного больного (форма №025/у), медицинской карты стационарного больного (форма №003/у).

Результаты исследования. Клинический случай. Пациентка С., 10 лет, находилась на стационарном лечении в эндокринологическом отделении ГБУЗ "ОДКБ" с 01.10. по 18.10.2019 г. с диагнозом: Медикаментозный синдром Иценко-Кушинга. Нарушение толерантности к глюкозе. Острый вагинит.

Жалобы при поступлении: на быструю прибавку в весе, с преимущественным увеличением подкожно-жировой клетчатки на лице, шее, животе, повышенный аппетит, на избыточный рост волос на лице (над верхней губой, на лбу, скулах, подбородке), спине.

Анамнез заболевания: Наследственный анамнез отягощен: ожирение у бабушки по материнской линии, у мамы. Пубархе, адренархе с 9 лет. С 08.19 быстрая прибавка в весе (+ 2 кг за последние 2 недели) с преимущественным отложением подкожно-жировой клетчатки на лице, шее, животе 09. 2019 г консультирована эндокринологом по м\ж, диагноз: Синдром Иценко-Кушинга неуточненный?

При клиническом обследовании: Возраст 10 лет 8 мес. Масса 35 кг. Рост 140 см. АД 111/73 мм рт ст. ФР на 11 лет 0 мес. SDS роста= +0,2. Избыток м - 4,8 %. ИМТ= 17,9 кг\м2. SDS ИМТ=+0,4 (норма). Кожные покровы: смуглые, цианотично-розовой окраски, сухие, кожа истончена с сосудистым рисунком, на коже бедер явления остеофолликулита, атрофические

розовые стрии на коже живота, поясницы, бедер; умеренная гиперпигментация подмышечных впадин, повышенное оволосение на лице - на лбу, с переходом на скулы, над верхней губой, на подбородке, низкий уровень волос на затылке, рост волос на спине, гипертрихоз 7-8 баллов. ПЖС развит: избыточно, распределен неравномерно, в преимущественно на лице ("лунообразное лицо"), шее, животе. Толщина ПЖС на животе 3,5- 4 см, на внутренней поверхности бедра 1 см. Щитовидная железа не увеличена, эластичная. НПО сформированы по женскому, правильно. ПФ: Ax1Pb1-2Ma1Me0. ПР: Таннер II степени.

Параклиническое обследование:

БАК : Общий х.с.5.01 mmol/l. ЛПВП-ХС: 1.88 mmol/l. ЛПНП-ХС: 2.84 mmol/l. ТГЛ: 0.63 mmol/l. Щелочная фосфатаза: 239 IU/l. Глюкоза: 4.2 mmol/l. Кальций: 2.59 mmol/l. Фосфор: 1.36 mmol/l. Калий: 4.18 mmol/l. Натрий: 142.8 mmol/l. Хлор: 104.7 mmol/l.

Глюкозотолерантный тест (нагрузка глюкоза 61,3 гр) : 5,5 ммоль/л- 7,3 ммоль/л- 8,0 ммоль/л-НТГ

Экскреция кортизола в моче: 0,5 мкг/сут (нормы 36,0-137,0 мкг/сут).

Концентрация кортизола в моче: 0,021 мкг/дл

17-альфа оксипрогестерон: менее 0,2 нг/мл (норма 0,03-2,85 нг/мл).

Тестостерон: 0,087 нмоль/л (норма 0,07-0,69 нмоль/л). Инсулин: 13,05 мкЕ/мл (норма 2,6-24,9 мкЕ/мл). Индекс HOMA = 3,2 (норма 0-3,5). АКТГ: 0,572 пмоль/л (норма 1,1-13,2 пмоль/л)

Ночной тест с дексаметазоном: кортизол на чистом фоне 0,5 нмоль/л (норма 171-536), кортизол утром (после дексаметазона в 23.00) - 1,16 нмоль/л - гипокортицизм.

Суточный ритм кортизола: 07.10.19-08.10.2019: 1,28 - 0,501 - 0,877 - 0,687 нмоль/л (норма 131-536 нмоль/л)

Кортизол в слюне: 0,29 мкг/дл

Рентгенография кисти руки: кв соответствует промежутку от 9 до 10 лет

Рентгенография легких: без патологии

ЭКГ: Синусовый ритм 94-111 уд. в мин., тахикардия. Нагрузка на левый желудочек. Диффузные нарушения процессов реполяризации.

СМАД: Артериальной гипертензии нет.

УЗИ надпочечников: справа, 16х14 мм Эхогенность повышена-соответствует норме., слева, 21х17 мм-увеличен. Эхогенность снижена. Дифференцировки слоев нет. Заключение: Рекомендовано МРТ для исключения изменения левого надпочечника.

Ультразвуковое в\о-без патологии

УЗИ щитовидной железы: В правой доле переваскулярно участок уплотнения. Очаг правой доли ЩЖ (уплотнение вдоль стенок сосудов?)

УЗИ органов малого таза: Заключение: Эхокартина соответствует 8-9 годам, без нарушения структуры

МРТ брюшной полости и забрюшинного пространства с контрастированием: патологии со стороны органов брюшной полости и забрюшинного пространства не выявлено

Учитывая клинические данные: кожные покровы цианотично-розовой окраски, сухие, кожа истончена с сосудистым рисунком, на коже бедер явления остеофолликулита, атрофические розовые стрии на коже живота, поясницы, бедер; умеренная гиперпигментация подмышечных впадин, повышенное оволосение на лице - на лбу, с переходом на скулы, над верхней губой, на подбородке, низкий уровень волос на затылке, рост волос на спине, гипертрихоз 7-8 баллов. ПЖС развит: избыточно, распределен неравномерно, в преимущественно на лице ("лунообразное лицо"), шее, животе. Толщина ПЖС на животе 3,5-4 см, на внутренней поверхности бедра 1 см, данные лабораторных исследований: нарушение суточной секреции кортизола, положительный ночной тест с дексаметазоном, нормальные показатели кортизола в слюне, моче, низкий уровень АКТГ, данные инструментального обследования: МРТ брюшной полости и забрюшинного пространства-без патологии указывали на гипокортицизм.

Мать ребенка призналась, что с конца июля 2019 года в связи с аллергией самостоятельно вводила ребенку дипроспан 10 дней ежедневно. Информация передана в комиссию по делам несовершеннолетних и защите их прав администрации.

Вывод. Особенностью случая является развитие синдрома Иценко-Кушинга вследствие длительного воздействия на организм избыточного количества гормонов коры надпочечников. Действующим веществом дипроспана является бетаметазона динатрия фосфат (бетаметазона дипропионат). Обладает высокой ГК и незначительной МК активностью. Бетаметазона дипропионат медленно абсорбируется из депо, метаболизируется постепенно, что обусловливает длительное действие препарата, и выводится в течение более чем 10 дней. Побочные действия дипроспана: Со стороны эндокринной системы: нарушение менструального цикла, вторичная надпочечниковая недостаточность (особенно в период стресса при заболевании, травме, хирургическом вмешательстве), синдром Иценко-Кушинга, нарушение толерантности к глюкозе, стероидный сахарный диабет или манифестация латентного сахарного диабета, повышение потребности в инсулине или пероральных гипогликемических препаратах, нарушение внутриутробного развития, задержка роста и полового развития у детей.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЭКССУДАТИВНОГО ПЕРИКАРДИТА (ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ)

Д.К. Волобуев – студент 1 гр. лечебного факультета,
А.А. Гусева – ассистент кафедры педиатрии,
Н.Д. Кривдина – ассистент кафедры педиатрии,
М.Г. Анфилова – студентка 1 гр. лечебного факультета
Кафедра педиатрии

ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, Курск, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доц. Жизневская И.И.

Актуальность. В педиатрической практике перикардит (воспаление висцерального и париетального листков перикарда) встречается достаточно редко. Достоверных сведений о распространенности данной патологии нет. Однако по мнению большинства экспертных сообществ число случаев заболевания перикардитом выше того, что диагностируют клинически. В связи с этим возникает необходимость изучения этой патологии на конкретных клинических случаях.

Цель исследования. Целью данного исследования является описание клинической картины пациентки с острым постинфекционным экссудативным перикардитом, а также изучение ряда особенностей в патоморфологии, клинике и подходах к лечению данной нозологии.

Материалы и методы. В процессе исследования проведен ретроспективный анализ истории болезни пациентки, поступившей в отделение реанимации и интенсивной терапии ОБУЗ Областной детской клинической больницы г. Курска. Для диагностики клинического случая были использованы лабораторно-инструментальные методы исследования: общий анализ крови, биохимический анализ крови, анализ крови на кардиомаркеры, общий и биохимический анализы жидкости из полости перикарда, электрокардиография, ультразвуковое исследование сердца и ЖКТ, рентгенография органов грудной клетки, КТ органов грудной клетки. Все сведения получены методом выкопировки данных из карты пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях. Обработка и графическое представление данных проводилось с помощью компьютерных программ, в том числе MS Excel 2016 и Statistica 10.0.

Результаты исследования. Пациентка С., 8 лет 4 мес., поступила в отделение реанимации и интенсивной терапии ОБУЗ ОДКБ г. Курска с жалобами на выраженную общую слабость, вялость, тошноту, повышение температуры до 39,5°С в течение нескольких дней, периодические ноющие боли в животе, одышку в покое, боли в области грудной клетки.

Объективно при поступлении: общее состояние тяжелое, верхушечный толчок визуализируется, границы ОТС расширены влево. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, выслушивается интенсивный шум трения перикарда, систолический шум в области верхушки. ЧСС 133 в 1 мин., АД 90/60 мм рт. ст.

Общий анализ крови показал лейкоцитоз со сдвигом влево.

Биохимический анализ крови верифицировал повышение маркеров воспаления.

Среди кардиомаркеров отмечается повышение Д-димера.

Общий анализ жидкости из полости перикарда – мутная жидкость с большим

количеством белка и преобладанием нейтрофильного (сегментоядерного) лейкоцитоза.

ЭхоКГ: гидроперикард, небольшое скопление жидкости в плевральных полостях.

УЗИ ЖКТ: гепатомегалия, реактивные изменения структуры печени и желчного пузыря, асцит.

Выводы. в постановке диагноза «острый постинфекционный экссудативный перикардит» особое значение имеет проведение обширной дифференциальной диагностики, учитывая большую редкость данной патологии в данной возрастной группе.

Данный клинический случай показывает, что диагностика данной патологии в настоящее время достаточно проста в связи с множеством специфических симптомов. Хоть эта патология встречается у лиц среднего возраста преимущественно мужского пола, этот случай показывает нам, что могут заболевать также и дети.

ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ

ГЕМАНГИОМЫ РЕКТОСИГМОИДНОГО ОТДЕЛА ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

А.Т. Егорская - студент 317 группы педиатрического факультета

Кафедра детской хирургии

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет»

Минздрава России, Нижний Новгород, Россия

Научный руководитель - д. м. н., профессор И.Ю. Карпова

Актуальность. Гемангиомы составляют 0,3% от всех опухолей желудочно-кишечного тракта (ЖКТ); являются доброкачественными. Наиболее частой локализацией гемангиом является тонкий кишечник (10%), реже данные сосудистые образования локализуются в толстом отделе кишечника, при этом ректосигмоидный отдел поражается чаще всего. 17% гемангиом толстой кишки приводят к значительному сужению просвета, вызывая полную или частичную кишечную непроходимость, а также могут быть причинами инвагинации или заворота кишечника. Наиболее частым осложнением гемангиом является спонтанное кровотечение.

Цель исследования. Представить частоту встречаемости гемангиом ректосигмоидного отдела толстой кишки у детей, методы диагностики и способы лечения.

Материалы и методы исследования. В период с 2015 по 2019 года на базе Нижегородской областной детской клинической больницы г. Нижнего Новгорода под наблюдением находились 3 мальчика, средний возраст 9,3±3,2 лет, с сосудистыми аномалиями толстой кишки. Осмотр, клинико-инструментальное обследование и лечение регламентированы клиническими рекомендациями. Лабораторные показатели анализов определяли с помощью стандартных методик. Всем детям была проведена фиброколоноскопия (ФКС).

Результаты исследования. В анамнезе у всех детей эпизоды спонтанных выделений алой крови из ануса. У 2 детей (7 и 8 лет) при проведении ФКС были выявлены сосудистые образования диаметром 1,5-3,0 см, располагающиеся в ректосигмоидном отделе кишечника. Данные пациенты получали противовоспалительную, гемостатическую терапию, рекомендации по питанию. На контрольной ФКС при повторной госпитализации у 2 детей наблюдали спонтанный регресс процесса. У 1 мальчика (13 лет) обильное кишечное кровотечение потребовало экстренной госпитализации. При осмотре отмечали клиническую картину синдрома обильного кишечного кровотечения. Было выполнено исследование прямой кишки: тонус сфинктера сохранен, наличие патологических образований на стенках анального канала и прямой кишки не определяется, ампула пустая, болезненности стенок прямой кишки не выявлено, из кишки наблюдается кровянистое отделяемое в незначительном количестве.

После проведения гемостатической, антибактериальной терапии была выполнена ФКС, на которой была выявлена ангиодисплазия синюшнего цвета, размером 1,0х2,5см в верхней трети прямой кишки, с лимфофолликулярной гиперплазией слизистой терминального отдела подвздошной кишки 1 степени. На магнитно-резонансной томографии (МРТ) выявлено полиповидное образование верхней трети ампулы прямой кишки. Под контролем ФКС-навигации ребенку была выполнена резекция гемангиомы. Гистологически: кавернозная гемангиома толстой кишки.

Выводы. Таким образом, гемангиомы ректосигмоидного отдела толстой кишки являются редкой находкой у детей и встречаются среди детей стационара хирургического профиля в единичных случаях (3 ребенка за 4 года); клинически проявляются эпизодами спонтанных кровотечений из прямой кишки. Гемангиомы ректосигмоидного отдела требуют клинического наблюдения, обязательного проведения ФКС, МРТ для уточнения размеров, локализации и структуры образования и изменений окружающих тканей. Тактика лечения включает гемостатическую, противомикробную терапию с необходимостью эндоскопического контроля, поскольку гемангиомы, обнаруженные в более раннем возрасте, способны к спонтанному регрессу. В случае осложнения гемангиомы обильными частыми кровотечениями необходима резекция образования с последующим гистологическим исследованием для оценки необходимости динамического наблюдения.

ГЛАЗНЫЕ БОЛЕЗНИ

ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 У БОЛЬНЫХ И МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА COVID-ГОСПИТАЛЯ

А.О. Магомедова, А.М. Гасанова, А.Э. Салаватова, З.М. Исмаилова – молодын ученые

Кафедра глазных болезней №2 ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - д.м.н., проф. М.И. Исмаилов

Актуальность. Новая коронавирусная инфекция с тяжелым острым респираторным синдромом (SARS-CoV-2), впервые диагностированная в декабре 2019 года в Китае, быстро распространилась по всему миру, вызвав пандемию. В настоящее время изучение данной патологии, ее диагностики, лечения и профилактики всё еще продолжается. В медицинской литературе уже широко освещены закономерности поражения дыхательных путей при COVID-19, однако практически отсутствуют данные о взаимосвязи SARS-CoV-2 с другими органами и системами, в том числе с органом зрения. Поэтому нам хотелось бы поделиться своим опытом работы в данной сфере и внести свой вклад в накопление и продвижение знаний о новой, ранее неизвестной коронавирусной инфекции.

Цель нашего сообщения – оценить вовлечение органа зрения в инфекционный процесс у пациентов с подтвержденным диагнозом COVID-19.

Исходя из этой цели мы ставим перед собой следующие **задачи:**

- Интерпретирование офтальмологических симптомов коронавирусной инфекции
- Определение значимости взятия мазка из конъюнктивы для диагностики коронавирусной инфекции
- Установление взаимосвязи между результатами анализов назофарингеальных и конъюнктивальных мазков

Материал и методы. Нами наблюдались 111 пациентов перепрофилированного ковид-госпиталя на базе глазной клиники «Высокие технологии» на протяжении 3-х недель, а также 125 сотрудников ковид-госпиталя, задействованных в медицинской и вспомогательной деятельности. Применялись следующие методы исследования: опрос и анкетирование, биомикроскопия переднего сегмента глаз с помощью ручной бинокулярной щелевой лампы Kowa SL-15, взятие мазков из конъюнктивальной полости и назофарингеальной области с последующим тестированием на COVID-19 методом полимеразной цепной реакции с обратной транскрипцией в реальном времени (РТ-ПЦР). Все исследования проводились в строгом соответствии с противоэпидемическим режимом, т.е. в полном комплекте средств индивидуальной защиты (СИЗ) персонала - комбинезон, респиратор, очки, перчатки, бахилы.

Результаты исследования. Взятие мазков у пациентов производилось на второй день

после госпитализации, у медицинского персонала – через неделю работы в стационаре. Среди 111 пациентов и 125 сотрудников, включенных в исследование, у 59 (25%) был положительный результат РТ-ПЦР мазков из носоглотки. Из них 52 человека — это пациенты, и 7 – сотрудники. Причем у 16 пациентов SARS-CoV-2 был обнаружен не только в назофарингеальных мазках, но и в конъюнктивальных (примерно 27% от общего числа зараженных), в то время как у работников ковид-госпиталя анализы мазков конъюнктивы дали отрицательный результат.

Из 52 пациентов с подтвержденным диагнозом COVID-19 у 18 (34,6%) имелись глазные проявления, соответствующие картине конъюнктивита: гиперемия конъюнктивы, хемоз, слезотечение и отделяемое. Ни у кого из них не отмечалось ухудшение зрения. Офтальмологические проявления коронавирусной инфекции манифестировали на 2-4 день с момента появления лихорадки и респираторных симптомов. При этом начальным признаком поражения глаз служила гиперемия конъюнктивы.

Именно из этой категории пациентов почти все выдали положительный результат РТ-ПЦР обоих видов мазков. Лишь у двоих из них РНК вируса были обнаружены только в мазках из носоглотки, при наличии явлений конъюнктивита. У сотрудников стационара вышеперечисленные симптомы не наблюдались.

Среди пациентов с симптомами вирусного поражения глаз у 9 было состояние умеренной тяжести, у 7 – тяжелое состояние, у 2 – критическое. Степень тяжести COVID-19 определялась в соответствии с Временными методическими рекомендациями Министерства здравоохранения Российской федерации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19) [Версия 6 от 28.04.2020]: при умеренной степени тяжести отмечалась лихорадка выше 38, ЧДД более 22/мин, при компьютерной томографии легких выявлялись признаки болезни; при тяжелом состоянии имелось диспноэ (частота дыхания 30 в минуту и более), сатурация крови кислородом 93% и менее, соотношение парциального давления кислорода в артериальной крови к доле вдыхаемого кислорода 300 мм рт. ст. и менее; при критическом состоянии отмечалась ОДН с необходимостью респираторной поддержки, шок или полиорганная недостаточность.

Ограничениями данного исследования являются относительно малая выборка пациентов и отсутствие детального офтальмологического обследования во время эпидемии по логичным причинам. Тем не менее мы решили представить эти предварительные данные для информирования офтальмологов и других специалистов о глазных проявлениях COVID-19, так как зарубежными учеными уже установлена возможность инфицирования через глаза.

В частности, ученые из института Джона Хопкинса в Мэриленде пришли к открытию: в клетках глаз располагаются рецепторы ACE-2, которые еще называют «воротами для коронавируса» (они же находятся и в легких). Следовательно, опасность заражения

коронавирусом через органы зрения выше, чем предполагалось ранее. Под руководством офтальмолога Лингли Чжоу ученые провели исследование относительно того, насколько велик риск заражения коронавирусом через глаза. Статья была опубликована на сервере *The Preprint Server for Biology* (https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2020.05.09.086165v1). Был произведен иммуногистохимический анализ глаз 10 людей, погибших от COVID-19, на наличие у них рецепторов ACE-2. Анализ выявил экспрессию ACE-2 в конъюнктиве, лимбе и роговице, что делает их особо уязвимыми для заражения. Особенность этих рецепторов состоит в том, что их поверхность неровная, и за нее проще «зацепиться» вирусу. На практике наличие таких рецепторов в глазах означает следующее. В условиях эпидемии маска действительно может помочь, однако ее влияние уменьшается, если у человека открыты глаза: любая мельчайшая капля слюны зараженного человека, попавшая на поверхность глаза, может привести к распространению заболевания. То есть нужно носить не только медицинскую маску, но и очки, желательно, достаточно большие, чтобы закрыть глаза полностью.

Также итальянские ученые из Национального института инфекционных болезней Ладзаро Спалланцани выяснили, что РНК коронавируса SARS-COV-2 сохраняется на слизистой глаз долгое время после того, как анализ на него становится отрицательным. Работа была опубликована в журнале **Annals of Internal Medicine** (https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M20-1176). «РНК SARS-CoV-2 была обнаружена в глазных мазках через несколько дней после того, как она пропала из носовых мазков», — пишут авторы работы. «Мы обнаружили, что глазные жидкости больных COVID-19 могут содержать вирус и, следовательно, быть потенциальным источником инфекции, - пишут исследователи. — Эти выводы подчеркивают важность мер контроля, таких как отказ от прикосновений к носу, рту и глазам и частое мытье рук».

Выводы.

Исходя из вышеизложенных данных и результатов нашего исследования, можно предположить, что взятие мазка из конъюнктивальной полости с дальнейшей РТ-ПЦР несомненно имеет значение для уточняющей диагностики COVID-19, особенно при наличии офтальмологических проявлений данной инфекции. Однако всё же определяющую роль в диагностике играет выявление РНК SARS-CoV-2 в мазках из носоглотки. То есть, эти два метода диагностики неравнозначны между собой.

Результаты анализов обоих видов мазков показали следующее: РНК вируса не были обнаружены в конъюнктивальных мазках пациентов без симптомов конъюнктивита, но в то же время были выявлены в их назофарингеальных мазках. Следовательно, если опираться лишь на результаты РТ-ПЦР мазков с конъюнктивы, этиологическая диагностика COVID-19 будет неполной.

Примерно у трети пациентов с подтвержденным диагнозом COVID-19 были выявлены

глазные симптомы инфекции, чего не наблюдалось ни у одного медицинского работника. Поэтому наше исследование также подтверждает целесообразность и важность применения медицинским персоналом индивидуальных средств защиты органа зрения (защитные экраны и очки) при работе с пациентами с COVID – 19.

ТАБАКОКУРЕНИЕ КАК ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА ПОКАЗАТЕЛИ СВЕТОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ СЕТЧАТКИ И ЕЕ СВЯЗЬ СО СРЕДНИМ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИМ ДАВЛЕНИЕМ

Е. М. О. Корниенко – студентка 2409 гр. педиатрического факультета

Кафедра нормальной физиологии

БГМУ, г. Минск, Республика Беларусь

Научный руководитель – канд. мед, наук, доц. Д.А. Александров

Актуальность. В связи с относительным постоянством по сравнению с систолическим и диастолическим артериальным давлением (АД) среднее гемодинамическое давление ($АД_{сгд}$) является одним из наиболее важных интегральных показателей, характеризующих работу системы кровообращения, косвенно характеризующим условия кровотока в сосудах микроциркуляторного русла (МЦР) и, соответственно, перфузии периферических тканей. Хорошо известно влияние курения на изменение тонуса сосудов и реактивности сердечно-сосудистой системы в связи с изменением показателей пульса, систолического и диастолического АД, что влияет на состояние кровотока и доставку кислорода и питательных веществ ко всем органам. Таким образом, актуальными представляются задачи: выявление зависимости показателей СЧ сетчатки и ССС от частоты табакокурения; поиск формулы $АД_{сгд}$, наиболее адекватно отражающей характер кровотока в МЦР, у некурящих и курящих испытуемых в контексте ее связи с влиянием на показатели световой чувствительности (СЧ) зрительной системы.

Цель: охарактеризовать световую чувствительность (СЧ) центральных областей поля зрения (ЦОПЗ) в покое и при функциональной нагрузке (ФН) и сопоставить ее изменения с величиной $АД_{сгд}$, рассчитанной по разным формулам, у некурящих и курящих испытуемых.

Материалы и методы. Было обследовано 20 испытуемых (10 мужчин и 10 женщин). Средний возраст всех испытуемых: 19,7 ± 1, 72, Mo=19 (средний возраст практически здоровых испытуемых: 19,3 ± 1,49, Mo=19; средний возраст курящих испытуемых: 20,1 ± 1,91, Mo=19). Исследование проводилось в светоизолированной камере после 20-минутной темновой адаптации. Исследование проводилось в 3 этапа: 1-ый – контрольное исследование, 2-ой – при выполнении ФН, 3-ий – после периода восстановления, равного 6-ти минутам (для определения времени восстановительного периода была взята отдельная группа испытуемых, которые выполнили холодовую пробу (ХП); по результатам данного исследования было

определено, что у большей части испытуемых артериальное давление (АД) восстанавливалось до исходного уровня в течении 6 минут).Величина $АД_{сгд}$ рассчитывалась по результатам измерения АД и частоты сердечных сокращений на всех этапах с помощью традиционных формул (Савицкого (САВ), Хикема (Х), Вецлера-Богера (ВБ), Роднея (Р)) и формул, разработанных в последние годы, учитывающих ЧСС и функциональное состояние организма (Семеновича-Комяковича (СК), 2016; Семеновича (С), 2018). В качестве ФН была выбрана ХП, известная как мощный активатор центров симпатического отдела автономной нервной системы. Определение СЧ центральных областей сетчатки правого глаза на всех 3-х этапах осуществлялось с помощью программы Lines, разработанной на кафедре нормальной физиологии БГМУ под руководством проф. Кубарко А.И. Для анализа данных поле зрения было разделено на 14 полей: 1 – все поле зрения, 2 – верхний назальный квадрант, 3 – верхний темпоральный квадрант, 4 – нижний темпоральный квадрант, 5 – нижний назальный квадрант, 6 – центральная область, 7 – периферическая область, 8 – макула, 9 –зеркальное отражение перипапиллярной область (ПО), 10 – ПО, 11 – супратемпоральная часть ПО, 12 – инфратемпоральная часть ПО, 13 – проекция верхней ветви центральной артерии сетчатки (ЦАС), 14 – проекция нижней ветви ЦАС. Деление поля зрения на данные сегменты обусловлено особенностями кровоснабжения и иннервации сетчатки, а именно наличием крупных сосудов вблизи диска зрительного нерва (ДЗН) и расположением нервных волокон, в связи с наибольшей вероятностью влияния системных факторов на локальный кровоток на уровне сетчатки глаза вблизи ДЗН и в окружающих его структурах. Для оценки частоты табакокурения использовался индекс курильщика (ИК). Полученные результаты обработаны методами вариационной статистики с помощью программы STATISTICA 12.

Результаты и их обсуждение. В обеих группах наименьшие пороги СЧ наблюдались в области макулы (поле 8), наибольшие – в ПО (поля 10-12), что можно объяснить особенностями кровоснабжения сетчатки. Стрессорный фактор в виде ХП приводил к разнонаправленным изменениям СЧ у испытуемых: у некурящих испытуемых наблюдались незначительные разнонаправленные колебания порогов СЧ, за исключением проекции макулы (поле 8) и зеркального отражения ПО (поле 9), где произошло значительное ухудшение СЧ; у курящих испытуемых наблюдалось снижение порогов СЧ во всех областях. После 6-минутного восстановительного периода наблюдались следующие изменения СЧ сетчатки: у некурящих испытуемых значения порогов СЧ приблизились к значениям контрольного исследования, за исключением областей макулы (поле 8), где произошло значительное увеличение порогов СЧ данной области, и ПО (поля 10-12), где наблюдалось значительное уменьшение порогов СЧ; у курящих испытуемых наблюдалось снижение порогов СЧ во всех областях по сравнению с контрольным исследованием.

Дополнительно во время исследования, основываясь на данных анкетирования, группа

курящих испытуемых была разделена на две подгруппы в зависимости от ИК: те, у кого ИК <2, и те, у кого ИК >2. У курящих испытуемых с ИК <2 как во время проведения ХП, так и после периода восстановления наблюдалось значительное улучшение СЧ по сравнению с контрольным. Тогда как у курящих испытуемых с ИК >2 наблюдались незначительные колебания СЧ кроме областей, проецирующихся на суперотемпоральную (поле 11, значительное ухудшение) и инферотемпоральную (поле 12, значительное улучшение) половины ПО. Данный факт можно объяснить анатомическими особенностями кровоснабжения и иннервации сетчатки, а также влиянием курения на тонус центров, регулирующих функции сердечно-сосудистой и автономной нервной системы.

Для выявления зависимости величины СЧ ЦОПЗ от показателя $АД_{сгд}$, рассчитанного по разным формулам, был проведен корреляционный анализ.

У некурящих испытуемых в контрольном исследовании достоверная сильная положительная корреляционная связь наблюдалась между показателем $АД_{сгд}$, рассчитанным с использованием формулы ВБ, и величинами порогов СЧ во всех полях кроме проекции верхней ветви ЦАС. В исследовании при выполнении ХП достоверная сильная положительная корреляционная связь отмечалась между показателем $АД_{сгд}$, рассчитанным с использованием всех формул кроме ВБ, и величинами порогов СЧ супратемпоральной половины ПО. Во время исследования после периода восстановления достоверная положительная сильная связь между показателем $АД_{сгд}$, рассчитанным с использованием всех формул кроме ВБ, и величинами порогов СЧ всех областей кроме инфратемпоральной половины ПО.

У курящих испытуемых с ИК <2 положительная достоверная сильная связь наблюдалась в контрольном исследовании между показателем $АД_{сгд}$, рассчитанным с использованием формул САВ и Р, и величинами порогов СЧ верхнего темпорального квадранта (поле 3) и ПО (поля 10-12), между показателем $АД_{сгд}$, рассчитанным с использованием формулы Х, и величинами порогов СЧ ПО (поле 10), между показателем $АД_{сгд}$, рассчитанным с использованием формулы ВБ, и величинами порогов СЧ супратемпоральной половины ПО (поле 11), между показателем $АД_{сгд}$, рассчитанным с использованием формул СК и С, и величинами порогов СЧ верхнего назального квадранта (поле 2) и инфратемпоральной половины ПО (поле 12). У курящих испытуемых с ИК >2 сильная положительная достоверная связь наблюдалась в исследовании при выполнении ХП между показателем $АД_{сгд}$, рассчитанным с использованием формулы ВБ, и величинами порогов СЧ ПО (поля 10, 12),

Выводы. 1. У курящих студентов с ИК <2 пороги СЧ сетчатки во всех исследуемых областях ЦОПЗ были наибольшими, в то время как пороги СЧ у курящих испытуемых с ИК >2 были наименьшими. 2. У практически здоровых людей рекомендуется использовать формулу ВБ для оценки показателей перфузии сетчатой оболочки глаза в состоянии покоя, но не рекомендуется использовать в условиях выполнения ФН. 3. У курящих испытуемых

независимо от ИК рекомендуется использовать формулу ВБ для оценки показателей СЧ ЦОПЗ.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТАВА МИКРОФЛОРЫ КОНЪЮНКТИВЫ ГЛАЗА ПРИ НОШЕНИИ КОНТАКТНЫХ ЛИНЗ

Е. К. Гасанов – студент 3 курса Школы Общей Медицины

Кафедра микробиологии и вирусологии

НАО Казахский Национальный Медицинский Университет им. С. Д. Асфендиярова,

Алматы, Республика Казахстан

Научный руководитель - PhD, старший преподаватель Е. А. Колоскова

Актуальность: В настоящее время в целях коррекции зрения практически повсеместно используются контактные линзы. Зачастую многие исследователи в области офтальмологии связывают с ношением линз различные инфекционные заболевания конъюнктивы глаза. Стоит также отметить, что контактные линзы могут быть применены как инструмент коррекции зрения, так и в косметологических целях – оттеночные или цветные линзы. При этом угроза внедрения микроорганизмов, не относящихся к нормальной микрофлоре конъюнктивы, вырастает вдвое. Следствием чего может быть инфекционный конъюнктивит – частое явление в офтальмологической практике. Конъюнктивиты относятся к наиболее распространенной патологии глаза человека, составляя более 60% воспалительных заболеваний глаз [1]. И возбудителями того или иного типа конъюнктивита могут быть различными: бактерии, вирусы, хламидии, грибки.

Цель исследования: Изучить качественный и количественный состав микрофлоры конъюнктивы глаза при использовании контактных линз. Задачи: 1) Провести анкетирование субъектов, использующих контактные линзы. 2) Провести бактериологический анализ жидкости в контейнере, используемой для хранения контактных линз.

Материал и методы исследования: В данном исследовании использованы метод анкетирования и микробиологический метод. В анкетировании приняли участие 50 человек, из них 35 человек опытной группы и 15 человек контрольной группы. Для микробиологического исследования использовали чистые растворы и жидкость в контейнерах для хранения линз. Посевы проводили на питательные среды МПА, ЖСА, Эндо, Сабуро в лаборатории кафедры микробиологии и вирусологии НАО КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова.

Результаты исследования: В анкетировании из опытной группы приняло участие 35 человек: 57,1% (n=20) женщин и 42,9% (n=15) мужчин. Средний возраст опрошенных составил 20 лет. Стандартное отклонение составило 10.6. Дисперсия по общепринятой формуле расчета отклонения составила 112.5. Результаты анкетирования выявили, что 85% соблюдают правила гигиены и стараются не нарушать их в отношении содержания и использования контактных линз, а 15% нарушают правила гигиены контактных линз, забывая о них из-за спешки куда-

либо 10% из числа не соблюдающих), а также из-за обстоятельств, в которых они оказывались на момент использования контактных линз (5%). Контрольная группа, состоящая из 15 человек соблюдала все правила гигиены, асептики и антисептики, а также в соответствующие сроки заменяла раствор для контактных линз в контейнере. Также были проконтролированы их действия в отношении правильного мытья рук и их обработке перед и после использованием контактных линз. Во время микробиологического исследования материала опытной группы, мы убедились в следующем: у носителей контактных линз, помимо представителей нормальной микрофлоры – коринеформные бактерии, стафилококки и стрептококки, зачастую выявлялась кишечная палочка, которая не является представителем нормальной микрофлоры конъюнктивы глаза. Предположительно, это произошло в следствии несоблюдения санитарно-гигиенических правил. В единичных случаях были обнаружены сарцины, которые также не являются обитателями нормальной микрофлоры конъюнктивы.

Выводы. Полученные в ходе нашего исследования данные имеют клиническое значение, не только дополняя отечественные и зарубежные разработки в этой области [2], а также раскрывают возрастные изменения качественного и количественного состава микрофлоры конъюнктивы. Мы намерены провести еще больше исследований и в других научно-клинических направлениях, чтобы доказать состоятельность своей теории и выявить другие причинно-следственные связи.

Список литературы: 1. Околов И.Н., Гурченок П.А., Вохмяков А.В., (2008), - Нормальная микрофлора конъюнктивы у офтальмохирургических пациентов / // Офтальмологические ведомости. т. 1, № 3. – С. 8–21.

2. Cheng KH, Leung SL, Hoekman HW, Beekhuis WH, Mulder PG, Geerards AJ, Kijlstra A: Incidence of contact-lens-associated microbial keratitis and its related morbidity. Lancet. 1999, 354 (9174): 181-185. 10.1016/S0140-6736(98)09385-4.

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ: НОВЫЙ ТРИГГЕР В РАЗВИТИИ ОСТЕОПЕНИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В МЕНОПАУЗЕ

Р.Ш. Абдулаева - студентка 5 курса лечебного факультета

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и медико–профилактического факультетов

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководители - д.м.н., профессор А.Э. Эседова, *к.м.н., доцент М.А. Идрисова*

Актуальность. Остеопорозом (ОП) страдают около 14 млн. человек, а 20 млн. имеют остеопению [1]. Тема ассоциации ОП с проявлением метаболического синдрома (МС) – ожирением, одна из самых обсуждаемых на сегодня [2]. Причем, взаимосвязь низкой массы тела (МТ) и ОП в целом ясна, но постулат о том, что ожирение является фактором риска ОП, все еще вызывает ряд вопросов.

Цель: оценить состояние костного метаболизма у женщин с МС в менопаузе (М).

Материалы и методы исследования: Обследовано 165 женщин в М: I группа – 87 пациенток с МС, II группа – 78 женщин без МС.

Методы исследования: антропометрический, гинекологический, биохимический, иммуноферментный, цитологический, рентгенологический, денситометрия.

Результаты исследования. Учитывая индекс массы тела (ИМТ), из 87 пациенток I группы, 75 страдали ожирением различной степени тяжести и 12 – избыточной массой тела (МТ): у 97% - абдоминальный тип ожирения, у 3% – гиноидный; во II группе у 3 женщин из 78 выявлен дефицит МТ: у 12% – абдоминальный тип, у 88% – гиноидный. Как видно, группы значимо различались и по степени выраженности увеличения объема талии (ОТ), что выявлено также во II группе и указывает на изменение композиционного состава тела у женщин с возрастом. При оценке индекса массы жировой ткани (ИМЖТ) методом денситометрии выявлено избыточное содержание жировой ткани в организме в 63% случаев: в I группе – 100%, во II группе – 21,7%. Выявлены прямые связи ИМЖТ с ОТ ($r=0,425$; $p<0,05$) и с величиной ИМТ ($r=0,874$; $p<0,05$).

В I группе выявило статистически значимое увеличение атерогенных фракций: липопротеидов низкой плотности, липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП), триглицеридов (ТГ) и тенденцию к снижению липопротеидов высокой плотности. ЛПОНП и ТГ прямо коррелировали с параметрами избыточной МТ (ОТ и ИМТ). Отсюда, атеросклеротическое поражение артерий приводит к нарушению внутрикостной микроциркуляции, нарушению костного метаболизма, способствуя развитию ОП.

В I группе показатели обмена кальция ниже, чем во II группе, а тенденцию к повышению

обнаружил показатель экскреции оксипролина с мочой. Уровень паратгормона и активность костно-щелочной фосфатазы также статистически отличались по группам. По результатам денситометрии Т-критерий в I группе соответствовал остеопении. Таким образом, 27,6% пациенток I группы имели нормальные показатели минеральной плотности кости (МПК), 58,6% – остеопению и 13,8% – ОП. Во II группе 28,2% пациенток имели нормальные показатели МПК, 47% – остеопению и 24% – ОП.

В I группе содержание лептина (60,1±8,1 нг/мл) превалировало над уровнем его во II группе (30,6±6,3 нг/мл). Ключевым аспектом можно назвать выявление обратной связи МПК в позвоночнике, в шейке и проксимальном отделе бедра с лептином.

Выводы. Женщины с ожирением имеют повышенный риск развития дефицита витамина D. Так, в I группе выявлено снижение витамина D (22,09±9,55 нмоль/л), относительно II группы (49,31±5,28 нмоль/л). У пациенток с остеопенией выявлена прямая связь Т-критерия с витамином D ($r=0,463$; $p<0,05$) и обратная – витамина D с ИМТ у пациенток с избыточной МТ ($r= -0,573$; $p<0,05$).

Таким образом, едва ли можно рассматривать ожирение как «защитный» фактор в отношении ОП, а лептин, витамин D и атерогенные фракции липидов могут выступать, как самостоятельные триггеры развития ОП у женщин с МС.

Список литературы:

1. Kanis J.A. The burden of fractures in the European Union in 2010 // Osteoporos. Int., 2012. – V. 23 (Suppl 2). – P. 57.

2. Kawai M. Bone: Adiposity and bone accrual–still an established paradigm? // Nature Reviews Endocrinology, 2010. – № 6. – P. 63 – 64.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И СПОСОБ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ У ЖЕНЩИН С АНОМАЛИЯМИ СТРОЕНИЯ МАТКИ

Рамазанова М.О. - клинический ординатор

ФГБУ НМЦИ АГП им. В.И. Кулакова Минздрава России, Москва

Научный руководитель - к.м.н. доцент С.С. Нурмагомедова

Актуальность: Одной из наиболее актуальных проблем в современном акушерстве является проблема невынашивания беременности. Тысячи пар лишены возможности ощутить радость отцовства из-за тех или иных факторов как со стороны мужчины, так и со стороны женщины. Весомую долю в структуре нарушения репродуктивной функции занимают аномалии строения матки. Некоторые женщины с аномалиями способны забеременеть и выносить нормальную, доношенную беременность. Другие узнают о том, что у них есть проблемы, когда испытывают трудности с зачатием или начинают страдать от осложнений во время беременности. Благодаря развитию УЗИ-диагностики в последнее время все чаще стали

выявлять данную патологию у женщин, которые обращаются в женскую консультацию по поводу беременности. Таких женщин часто госпитализируют в стационар с угрозой прерывания беременности и на ранних, и на поздних сроках. Именно поэтому важно исследовать особенности протекания беременности и родоразрешения у женщин с различными аномалиями матки.

Цель: исследовать частоту возникновения различных осложнений беременности и способа родоразрешения у женщин с аномалиями матки.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ 90 индивидуальных карт беременных и амбулаторных карт женщин с аномалиями строения матки на базе ГБУ РД РКБ « Родильный дом № 3» г. Махачкалы за 2017-2020 гг.

Результаты: В результате ретроспективного анализа медицинской документации было выявлено 47 женщин (52,2%), которые имеют седловидную матку, 40 женщин (44,5%) – двурогую, удвоенная матка была выявлена лишь у 1 женщины (1,1%), перегородка в матке встречалась в 2 случаях (2,2%). Наиболее частым осложнением беременности была угроза прерывания беременности и встречалась у 43 женщин (53,15%) случаев. Тазовое предлежание и неправильное положение плода было выявлено у 21 женщины, что составило 25,9% случаев. Аномалии расположения плаценты были выявлены у 16 женщин (19,8%) случаях, среди них низкая плацентация была у 11 (13,6%) женщин, предлежание плаценты – у 5 женщин (6,2%). Истмико-цервикальная недостаточность была выявлена у 14 беременных, что составило 17,3% случаев. У 13 (16%) женщин наблюдалась внутриутробная задержка развития плода. Дистресс плода встречался у 8 (9,9%) женщин. У 48 женщин (53,3%) беременность закончилась срочными родами, у 33 (36,7%) - преждевременными родами, у 9% -невольными абортами. Среди 50 рожавших женщин в (61,7%) случаев беременности было проведено кесарево сечение, у 31 (38,3%) случаев закончились родами per vias naturalis.

Выводы: Таким образом, исследование структуры аномалий матки позволило установить высокую частоту седловидной матки – в 52,2% случаях. При данной патологии наиболее частым осложнением беременности была угроза прерывания беременности, которая отмечалась в 53,1% случаев, что указывает на большой риск невынашивания в этой категории женщин. Также установлено, что у женщин с аномалиями матки родоразрешение проводилось преимущественно путем кесарева сечения.

НОВЫЙ ПРЕДИКТОР ПРЕЭКЛАМПСИИ

С.М. Ибрагимова - аспирант

Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Института клинической медицины Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова МЗ РФ (Сеченовский университет)

Актуальность. Преэклампсия (ПЭ) - тяжелое осложнение беременности, характеризующееся повышением артериального давления, приводящее к высокой перинатальной и материнской заболеваемости и смертности. Изучение новых и точных биомаркеров, которые предсказывают ПЭ, необходимо для улучшения прогноза пациенток с ПЭ.

Цель: Изучить роль матриксной металлопротеиназы-2 (ММП-2) в прогнозировании преэклампсии.

Материалы и методы. Уровень ММП-2 типа была проанализирована в плазме у 34 беременных женщин на сроке 11-13 недель, у которых впоследствии развилась ПЭ и у 58 беременных женщин, с физиологическим течением беременности и родов с использованием иммуноферментного анализа. Прогностическая модель построена при помощи ROC-анализа в программе JAMOVI 1.1.9.

Результаты: Средний возраст женщин в основной группе составил 30,5±6,31 лет, а в контрольной группе 25,2±5,12 лет (p=0,037). Индекс массы тела в основной группе составил 28,1±2,73 кг/м2, в контрольной группе 22,9±2,41 кг/м2 (p=0,001). ПЭ в анамнезе имелась в 11,8% наблюдений в основной группе. В основной группе были выявлены следующие осложнения: СЗРП (50,0%), отслойка плаценты (5,9%), эклампсия (8,8%), HELLP-синдром (8,8%), антенатальная гибель плода (5,9%). Срок гестации на момент родоразрешения составил 34,4±3,72 недель в основной группе и 39,6±1,01 недель в контрольной группе (p=0,001). Среднее значение ММП-2 у пациенток, впоследствии развивших ПЭ, составило 155±73,4 нг/мл (медиана 122 нг/мл), в контрольной группе 75,0±32,8 нг/л (медиана 75,5 нг/мл). При расчете площадь под ROC кривой, соответствующей взаимосвязи прогноза ПЭ и ММП-2, составила 0,932. Полученная прогностическая модель была статистически значимой (p=0,0001). Пороговое значение ММП-2 в точке cut-off равно 102 нг/мл. При ММП-2 равном или превышающем данное значение прогнозировался высокий риск ПЭ. Чувствительность и специфичность метода составили 88,24% и 82,76% соответственно.

Выводы. Повышенная концентрация ММР-2 в плазме на сроке 11-13 недель беременности предсказывала повышенный риск развития ПЭ.

СТАДИИ РАЗВИТИЯ СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА В ПОЛОСТИ МАЛОГО ТАЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭТИОЛОГИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

С.А. Погосян - студентка лечебного факультета, 5 курса, 10 группы,
А.А. Шарапов - студент стоматологического факультета, 5 курса, 15 группы
Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии
ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, Краснодар, Россия
Научный руководитель - к.м.н. доц. О.В. Томина

Актуальность. Спайки в малом тазу — соединительнотканные тяжи, покрывающие

поверхность тазовых органов и соединяющие их между собой. Клинические осложнения при этом процессе (кишечная непроходимость, бесплодие, невынашивание беременности, хроническая тазовая боль) являются серьезной междисциплинарной проблемой. До настоящего времени остается неизвестным, почему при воздействии одного раздражителя, у одних больных формируется спаечный процесс, а у других – нет.

Цель исследования. Проведение анализа этиологии развития спаечного процесса у женщин репродуктивного возраста с гинекологической патологией.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 97 пациенток в возрасте от 18 до 45 лет, прооперированных лапароскопическим доступом в гинекологическом отделении ГБУЗ КБСМП г. Краснодара, которым интраоперационно был выставлен сопутствующий диагноз «спаечный процесс органов малого таза». Степень выраженности спаечного процесса определялась по классификации R-AFS. Для анализа причин возникновения спаек в малом тазу учитывался анамнез: воспалительные заболевания органов малого таза, эндометриоз, оперативные вмешательства на органах брюшной полости лапаротомическим и лапароскопическим доступами в экстренном и плановом порядке.

Результаты исследования. При проведении анализа причин спаечного процесса в 21,3% случаев (21 пациентка) были выявлены воспалительные заболевания половых органов в анамнезе. Из них спаечный процесс I-II стадии распространения был диагностирован у 15 женщин (71,5%), III-IV стадии – у 6 (28,5%). В 11,3% случаев (11 пациенток) был выявлен эндометриоз. У этой группы пациенток преобладал спаечный процесс III-IV стадии 72,7% (8 пациенток), лишь в 27,3% обнаруживался спаечные процесс I-II стадии (3 пациентки). 18,5% больных (18 пациенток) перенесли хирургическое вмешательство в анамнезе, 46,4% (45 пациенток) отмечают сочетание нескольких вышеуказанных причин. Однако 2 пациентки (2%) не имели в анамнезе ни единого фактора из вышеперечисленных. В зависимости от хирургического доступа было установлено, что из 28 пациенток, перенесших лапаротомию, I-II стадия отмечалась у 32,2% (9 пациенток), а III-IV – 67,8% соответственно (19 пациенток). При лапароскопии из 35 пациенток: I-II стадия спаечного процесса у 82,9% (29 пациенток), а III-IV - у 17,1% (6 пациенток). При плановых операциях (41 операция) I-II стадия спаечного процесса диагностирована в 56,1% случаев (23 пациентки), а III-IV – 44,9% случаев (18 пациенток). Тогда как при экстренных (22 операции) эти показатели составили 31,8% (7 пациенток) и 69,2% (15 пациенток) соответственно.

Выводы. 1. Возникновение спаечного процесса органов малого таза связано с такими экзогенными факторами, как эндометриоз, перенесенное оперативное вмешательство или воспалительный процесс.

2. Наличие эндометриоза или сочетание нескольких факторов утяжеляет стадию спаечного процесса.

3.Лапаротомический доступ, экстренность операции существенно влияют на возникновение тяжелых форм спаечного процесса.

4. Отсутствие вышеперечисленных этиологических факторов при возникновении спаек свидетельствует о наличии иных причин развития спаечного процесса.

РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ПУТЕМ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В ГБУ РО «ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ РОДИЛЬНЫЙ ДОМ №1» ЗА 2019 Г. АНАЛИЗ ПО МЕТОДИКЕ РОБСОНА

С.Р. Агафонов - студент 17 группы 4 курса лечебного факультета

Кафедра акушерства и гинекологии

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань, Россия

Научный руководитель - к.м.н., доцент М.С. Коваленко

Введение. В России, как и во всем мире, частота операции кесарева сечения увеличивается с каждым годом. По данным за 2019 год кесарево сечение проводится в 29,3% относительно всех родов. Как и любая медицинская операция, кесарево сечение, выполненное без строгих на то показаний, может явиться более опасным методом родоразрешения и для матери, и для плода. На сегодняшний день анализ показаний и эффективности выполненных операций кесарева сечения является основным критерием для оценки частоты кесарева сечения, применение одного усредненного показателя считается недостаточно объективным. Для получения более корректного представления об эффективности сформировавшихся практик и выявления резерва для улучшения качества акушерской помощи в 2015 г. ВОЗ рекомендовала проводить анализ частоты кесарева сечения с использованием метода, предложенного Робсоном. Данный метод представляет собой разделение всех случаев родов на 10 групп и подсчете частоты кесарева сечения в каждой группе отдельно.

Цель: провести оценку частоты кесарева сечения в ГБУ РО "Городской клинический родильный дом №1" по методике Робсона для поиска путей снижения частоты кесарева сечения.

Задачи:

1. Определить количество пациенток в группах и частоты кесарева сечения в них.

2. Определить группы с наибольшим и наименьшим влиянием на общую частоту кесарева сечения в стационаре 2 уровня.

3. Установить потенциал для снижения абдоминального родоразрешения.

Материалы и методы. Мы провели анализ историй родов в ГБУ РО «РКРД №1» за 2019 года путем внесения каждой пациентки в одну из групп 10-групповой классификации Робсона. Учету подлежали все истории родов родоразрешенных женщин, прооперированных в указанный период. Всего было проанализировано 1662 истории родов.

Сводная таблица за 2019 год частоты кесарева сечения по 10 группам Робсона

		Число КС в группе и общее количество родов в группе	Относительный размер группы от общего кол-ва родов	Частота КС относительно размера группы	Частота кесарева сечения относительно всех родов
1	Первородящие, с гестационным сроком ≥37 нед., одноплодная беременность, головное предлежание, спонтанные роды.	55/494	29,6%	11,1%	3,3%
2	Первородящие, с гестационным сроком ≥37 нед., одноплодная беременность, головное предлежание, индуцированные роды или плановое КС.	97/191	11,4%	50,8%	5,8%
3	Повторнородящие, без рубца на матке, с гестационным сроком ≥37 нед., одноплодная беременность, головное предлежание, спонтанные роды.	118/575	35,0%	20,5%	7%
4	Повторнородящие, без рубца на матке, с гестационным сроком ≥37 нед., одноплодная беременность, головное предлежание, индуцированные роды или плановое КС.	75/147	8,8%	62,2%	4,5%
5	Повторнородящие с рубцом на матке, с гестационным сроком ≥37 нед., одноплодная беременность, головное предлежание.	128/128	7,7%	100%	7,7%
6	Первородящие, одноплодная беременность, тазовое предлежание.	41/57	3,4%	72%	2,5%
7	Повторнородящие, одноплодная беременность, тазовое предлежание, в том числе с рубцом на матке.	16/20	1,2%	80%	0,95%
8	Все женщины с многоплодной беременностью, в том числе с рубцом на матке.	8/11	0,7%	72,7%	0,5%
9	Все женщины с одноплодной беременностью при поперечном или косом положении плода, включая женщин с рубцом на матке.	6/6	0,4%	100%	0,4%
10	Все женщины с одноплодной беременностью, головное предлежание, с гестационным сроком ≤36 нед., включая женщин с рубцом на матке.	1/33	2%	3%	0,06%

Результаты и обсуждение. Проанализировав, относительный размер группы от общего количества родов и частоту кесарева сечения относительно размеров группы, мы сделали вывод, что основным резервом для снижения случаев оперативного родоразрешения являются группы № 1, 2, 3, 4, т.к. в них мы отметили наиболее высокую частоту кесарева сечения, так группе № 1 -11.1% , в группе №2 - 50.8%, в группе №3 - 20.5%, в группе №4 - 62.2%. Такое повышение связывают с проблемами в использовании методов родоусиления из-за некорректных подходов к определению дозы окситоцина, поспешном принятии решения об экстренном кесаревом сечении при неуспешности родостимуляции, и недостатка должных навыков оценки кардиотокографии. В группах №2 и №4 анализ проведен вместе с оценкой протоколов и клинических рекомендаций по ведению осложнений, требующих проведения

индукции родов или планового родоразрешения. Большое значение в структуре кесарева сечения имеют женщины с рубцом на матке - группа №5 (100%). Стоит отметить, что важным направлением в профилактике повторного кесарева сечения является профилактика первой операции. Высокая частота КС в группах №6 (72%), №7 (80%), №8 (72,7%) оправдана новейшими акушерскими техниками. Достижение 100% проведения КС в группе №9 определено тем, что при неправильном положении плода кесарево сечение должно быть доступно всегда, важно принять во внимание, что из 30 % кесаревых сечений только 0,4 % являются обусловлены беременными этой группы.

Выводы. Мы оценили частоту кесарева сечения согласно рекомендациям ВОЗ по методике Робсона в ГБУ РО "Городской клинический родильный дом №1. Нам удалось выявить возможности для сокращения частоты кесарева сечения засчет:

1) увеличение консервативных родоразрешений беременных с рубцом на матке (5-я группа по классификации Робсона);

2) профилактики и своевременной коррекции аномалий родовой деятельности;

3) анализа показаний к плановому кесаревому сечению;

4) правильной интерпретации КТГ.

АНАЛИЗ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ И ДАННЫХ АНАМНЕЗА У ПАЦИЕНТОК С НЕСОСТОЯТЕЛЬНЫМ РУБЦОМ НА МАТКЕ

Е.С. Чечулин – студент 515 гр. лечебного факультета

Кафедра акушерства и гинекологии

ФГБОУ ВО ТюмГМУ Минздрава России, Тюмень, Россия

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

Актуальность. Акушерство и гинекология – непрерывно развивающаяся область медицины [6]. Основной задачей современного акушерства является достижение благоприятных исходов беременности для матери и плода [2, 4]. Кесарево сечение (КС) – один из способов достижения желаемых результатов [8]. Частота кесарева сечения (КС) в РФ в 2017 году приблизилась к значению 26,7% [1, 3]. В 2018 г в г. Тюмень на долю КС приходилось 27,1% от всех родов [5, 7]. КС приводит к формированию рубца на матке, что в свою очередь может привести к развитию в позднем послеоперационном периоде такого осложнения как, несостоятельность рубца на матке [9]. Ведение естественных родов при рубце на матке является резервом снижения частоты КС, однако, в практике нет достоверного способа для оценки состоятельности рубца.

Цель исследования. Изучить анамнестические данные пациенток, проанализировать результаты гистологических исследований несостоятельных рубцов.

Материалы и методы исследования. Сплошное ретроспективное исследование 3545

историй родов женщин, родоразрешенных путем КС в ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» (г. Тюмень) (ПЦ) за период с января 2018 г по июнь 2019 года. Критерий включения: наличие рубца на матке. Материалом для исследования послужили 1527 историй родов, индивидуальных карт беременных. Изучены результаты 53 морфологических исследований несостоятельных рубцов. Для статистического анализа применяли программы Micrisoft Exel и Statistica 13.0. О достоверности критерию Манна-Уитни, считая их достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования. За выделенный период в ПЦ проведено 3545 КС. КС в анамнезе у 1527 пациенток (43,1%). Группа разделена на две категории: I- рубец состоятелен, II – рубец не состоятелен. В I группу вошли 1312 женщин. Несостоятельный рубец выявлен у 215 пациенток (II группа) (6,1%). В 53 случаях ткань иссечена и направлена на гистологическое исследование (24,7% от пациенток II группы).

При микроскопии ткани выявлено: материал построен из гипертрофированных гладкомышечных клеток, отмечаются вакуолизация. Соотношение волокон мышечной и соединительной ткани колеблется в пределах от 10:90 до 25:75. Между волокнами очаги диапедезных кровоизлияний.

Для сравнения морфологической картины иссечены 5 состоятельных рубцов у пациенток I группы. В ткань представлена гладкомышечными клетками и соединительнотканными волокнами в соотношении от 70:30 до 80:20. В двух случаях наблюдалась лимфоцитарная инфильтрация. Из полученных данных видно, что в состоятельных рубцах преобладает гладкомышечная ткань над соединительной.

Анамнестические данные показали наличие заболеваний соединительной ткани (варикозная болезнь вен нижних конечностей, деструктивно-дистрофические заболевания позвоночника, хронический геморрой и др.) у 73 пациенток II группы (34%), и у 242 женщин I группы (18,4%).

Выводы. В ПЦ высокая частота КС, что приводит к формированию ОАА в виде рубца на матке. Повторное родоразрешение через естественные родовые пути у пациенток с рубцом на матке в 5% случаев. В гистологической картине несостоятельных рубцов выявлены критерии дезорганизации соединительной ткани. У пациенток II группы в 34% случаев наблюдались сопутствующие заболевания соединительной ткани.

Список литературы:

1. Власова К.С., Фомина И.В. Особенности анамнеза течения беременности и родоразрешения у женщин с истинным приращением плаценты. Молодежный инновационный вестник. 2018. Т. 7. № S1. С. 104

2. Власова К.С., Фомина И.В. Особенности анамнеза течения беременности и родоразрешения у женщин с истинным приращением плаценты. Молодежный инновационный вестник. 2018. Т. 7. № S1. С. 104.

3. Клыкова Е.С., Новиков Е.И., Фомина И.В. Адгезивный пельвиоперитонит: факторы риска и особенности кесарева сечения. Молодежный инновационный вестник. 2019. Т. 8. № 2. С. 137-139.

4. Легалова Т.В., Кукарская Е.Ю., Чечулин Е.С. Изменение системы гемостаза женщин при использовании управляемой балонной тампонады в лечении гипотонических послеродовых кровотечений. Университетская медицина Урала. 2019. Т. 5. № 4 (19). С. 10-12.

5. Фомина И.В., Чабанова Н.Б., Василькова Т. Н., Чечулин Е.С., Василькова Г.А. Ожирение как фактор риска осложнений абдоминального родоразрешения // Медицинская наука и образование Урала. 2019. Т. 20, № 4 (100). С. 41- 45.

6. Фомина И.В., Чечулин Е.С., Марченко Р.Н., Кукарская Е.Ю. Ведение послеоперационного шва у родильниц после кесарева сечения. Университетская медицина Урала. 2018. Т. 4. № 4 (15). С. 42-44.

7. Чечулин Е. С. Инфекционные осложнения в области передней брюшной стенки после проведения операции кесарева сечения. В сборнике: Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины материалы 77-й международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов. 2019. С. 40.

8. Чечулин Е.С., Фомина И.В. Вероятность инфицирования шва передней брюшной стенки после кесарева сечения у пациенток с ожирением. Молодежный инновационный вестник. 2019. Т. 8. № 2. С. 161-163.

9. Чечулин Е.С., Фомина И.В. Влияния ожирения на частоту инфицирования шва передней брюшной стенки после кесарева сечения. В сборнике: Медико-биологические, клинические и социальные вопросы здоровья и патологии человека Материалы V Всероссийской научной конференции студентов и молодых ученых с международным участием. 2019. С. 196-198.

НЕРВНЫЕ БОЛЕЗНИ

СИНДРОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ С ЭПИЛЕПСИЕЙ

М.Д. Шанавазова, М.А. Аскевова, М.Д. Абдулкадырова – молодые ученые

Кафедра нервных болезней, медицинской генетики и нейрохирургии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - к.м.н., доцент Б.А. Абусуева

Актуальность: Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) на сегодняшний день представляет важную проблему, так как распространенность этого заболевания прогрессирует и приводит к социальной дезадаптации больного. Литературные данные показывают, что имееся сочетание СДВГ и эпилепсии. Взгляды авторов по отношению СДВГ имеют некоторые разногласия: одни считают, что это заболевание сопутствует эпилепсии, другие что эпилепсия является спутником данного заболевания (Sherman E.M. и соавт., 2007; Torres A.R. и соавт., 2008; Aldenkamp A.P., Arzimanoglou A. и соавт., 2006; Young J., 2008).

Клиника СДВГ может появляться позже дебюта эпилептических приступов, а иногда предшествуют началу эпилепсии. Можно предположить существование двусторонней связи между эпилепсией, нарушениями настроения и СДВГ. Из этого следует, что не только у пациентов с эпилепсией выше риск развития данных расстройств, но и у детей с СДВГ и нарушениями настроения увеличен риск развития эпилепсии (Hamoda H.M. и соавт., 2009).

По итогам разных исследований распространенность СДВГ у пациентов с эпилепсией составляет от 8 до 77% в зависимости от изучаемой выборки и критериев диагностики, в среднем варьируя 30—40% (Kaufmann R. и соавт. 2009; Dunn D.W., Austin J.K. и соавт., 2003; Dunn D.W., Kronenberger W.G., 2005; Koneski J.A., 2010)

Цель исследования: изучить распространение эпилепсии среди пациентов с СДВГ.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением в РЦДПОВ г.Махачкала находились 60 детей (30 мальчиков,30 девочек), страдающих эпилепсией, из них 28— с генерализованной формой эпилепсии, 32 — с парциальной. Возраст детей составлял от 9 до 13 лет. Группой сравнения служили 35 здоровых ребенка в возрасте от 9 до 13 лет, проживающих в Махачкале.

Все пациенты проходили клиническое обследование, включавшее: соматический статус, неврологический статус, ЭЭГ-исследование. Наблюдение основной и контрольной групп осуществлялось в течение 6 месяцев. Для мониторинга особенностей поведения ребенка в школе и дома использовалась шкала Коннера. Для мониторинга общего уровня интеллектуального развития ребенка- нейропсихологический метод «Лурия-90», исследование сферы внимания-корректурная проба, тест Струпа, методика Векслера.

Результаты и их обсуждения: Последняя версия учебника по диагностике и статистике

когнитивных нарушений (the Diagnostic and Statistical Manual o f Mental Disorders (DSM-IV-TR)), на СДВГ указывают три вида поведения: существует вид с преобладанием нарушения внимания, вид с преобладанием гиперактивности и импульсивности, и комбинированная форма при которой имеются и дефицит внимания и гиперактивности/ импульсивности.

В ходе наблюдения выявлено, 28 детей из основной группы соответствовали критериям DSM-IV с преобладанием дефицита внимания СДВГ, у 20 детей была выявлена комбинированная форма СДВГ, у 12 детей был диагностирован СДВГ с преобладанием гиперактивности и импульсивности. В контрольной группе 5 детей соответствовали критериям DSM-IV комбинированной форме СДВГ, 3 детей– с преобладанием невнимательности СДВГ, у остальных 27 детей не отмечались нарушения по шкале Коннерс.

Результаты наших данных показали, что у детей с недавно выставленным диагнозом эпилепсии в среднем 6 мес. распространенность СДВГ заметно выше, чем у здоровых детей контрольной группы, при этом необходимо подчеркнуть, что чаще в основной группе встречался тип с преобладанием нарушения внимания, а в контрольной группе смешанный тип СДВГ.

Также по данным исследования можно сделать вывод о том, что у пациентов с генерализованной формой эпилепсии отмечается чаще комбинированная форма СДВГ , 19 из 28 детей имели смешанный тип СДВГ , 8 детей с преобладанием дефицита внимания СДВГ, и 1 пациент с преобладанием гиперактивности и импульсивности. Пациенты с парциальной формой эпилепсии чаще имели СДВГ с преобладанием дефицита внимания,у 23 пациентов СДВГ с преобладанием невнимательности, 7- со смешанным типом, и у 2 детей отмечался тип с преобладанием гиперактивности.

Не имелось достоверных различий по распространенности среди детей мужского и женского пола, тогда как в общей популяции с СДВГ преимущественную популяцию составляют мальчики.

По данным ЭЭГ было отмечено, что формирование парциальных эпилетиформных изменений у пациентов с парциальной формой преобладала в лобных отделах головного мозга, у 25 из 32 пациентов. Генерализованные эпилептиформные изменения были выявлены у 28 пациентов с генерализованной формой эпилепсии.

Роландические спайки на ЭЭГ (доброкачественные эпилептиформные паттерны детства) наблюдались в контрольной группе у 5 детей, 3 из них имели смешанный тип СДВГ, 2 детей-СДВГ с преобладанием дефицита внимания.

При нейропсихологическом исследовании у детей с СДВГ были выявлены низкие показатели концентрации и устойчивости внимания, резкие перепады в скорости выполнения тестов, большое количество числа ошибок. При мониоринге эмоционального фона было отмечено, что дети с СДВГ имели повышенный уровень агрессивности и тревожности и

признаки эмоциональной лабильности.

При мониторинге двигательных функций у детей с СДВГ как в основной, так и в контрольной группе не отмечалось отставания в моторном развитии, и нарушений в координаторной сфере.

Таким образом результаты исследования показали, что у детей с эпилепсией повышен риск развития СДВГ.

Список использованной литературы:

1. Ноговицына О.Р., Левитина Е.В. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью. Диагностика и коррекция у детей // Российский педиатрический журнал. 2005. №3. С. 18–21.

2. Заводенко Н.Н., Петрухин А.С., Семенов П.А., и др. Лечение гиперактивности с дефицитом внимания у детей: оценка эффективности различных методов фармакотерапии // Московск.мед.журнал 1998 С. 19-23.

3. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ): этиология, патогенез, клиника, течение, прогноз, терапия, организация помощи (экспертный доклад). М.: CAF. 2007. 64 с. 15. Патофизиологическая диагностика и психолого-педагогическая помощь детям с СДВГ (экспертный доклад). М.: CAF. 2007. С.42.

4. Заваденко Н.Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте. М., 2005. С. 256.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ: ИШЕМИЧЕСКОГО И ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТОВ

К.А. Исмаилова - студентка 330 группы лечебного факультета

Кафедра патологической физиологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - д.м.н., профессор М.З.Саидов

Актуальность. Цереброваскулярные патологии на сегодняшний день являются одной из актуальных медико-социальных проблем. Среди них важнейшее место занимает мозговой инсульт, который приводит к высокой смертности (по данным ВОЗ занимает третье место по летальности, уступая сердечно-сосудистым заболеваниям и новообразованиям и составляет 12-17% от общей смертности населения большинства экономически развитых стран.), "лидирует" по проценту инвалидизации и социальной дезадаптации лиц, перенёсших данную патологию мозгового кровообращения (менее 20% лиц могут восстановить прежнюю работоспособность).

Инсульт (от лат. insultus - удар, приступ) - острое нарушение мозгового кровообращения, приводящее к очаговым неврологическим и общемозговым патологиям. Синдром развивается остро, внезапно, вследствие локального или диффузного нарушений церебральных функций и

повреждения вещества мозга, нередко завершается летальным исходом, ввиду тяжелых патологий сосудистого характера.

Причины инсультов полиэтиологичны, что в свою очередь и объясняет широкую распространенность данной мозговой патогии среди разных слоев населения и высокий процент поражаемости. Гипертоническая болезнь, сахарный диабет, гиперлипидемия, сердечно-сосудистые заболевания (мерцательная аритмия, стенокардия, инфаркт миокарда, пороки сердца), церебральный атеросклероз, нарушения свёртываемости крови, аневризмы головного мозга, воспалительные процессы (васкулиты), пожилой возраст и отягощенная наследственность являются далеко не полным списком, отражающим все факторы риска инсультов, а вдобавок вредные привычки (чрезмерное употребление алкоголя, курение, наркомания) и нездоровый образ жизни (неправильное питание, гиподинамия, избыточная масса тела) неоспоримо являются теми факторами, которые повышают процент инсультов в молодом возрасте.

Различают два вида инсультов: ишемический (ИИ) и геморрагический (ГИ), которые дифференцируются на основании клинической картины и отличительными особенностями результатов инструментальной диагностики. Первый вид встречается чаще (около 80% инсультов - ишемические). Ишемический инсульт (ИИ) возникает в результате закупорки артерий и вследствие этого прекращения или резкого снижения кровотока по этому сосуду. Отсутствие кровоснабжения в этой области мозга приводит к образованию в мозговой ткани очагов некроза. Клиническая картина зависит от локализации, размеров, объема очага некроза и поражения определённого сосудистого бассейна головного мозга. Геморрагический инсульт (ГИ) представляет собой гематому или геморрагическое пропитывание вещества мозга. Кровоизлияние при геморрагическом инсульте может быть: внутримозговым (паренхиматозным), подоболочечным (субарахноидальным) и внутрижелудочковым (вентрикулярным). В отличие от ишемического инсульта, при котором нарушение мозговой динамики определяют по названию сосудистого бассейна, при геморрагическом инсульте возникает трудность в точном определении повреждённого сосуда, который привёл к возникновению инсульта. Расположение сосуда дифференцируют по локализации гематомы (в мосте, в лобной или височной области и т д.). С точки зрения патогенеза, геморрагический инсульт оказывают большее повреждающее воздействие, нежели ишемический того же размера. Причиной является образующаяся гематома, которая разрушает паренхиму мозга и подвергается лизису, что в конечном счёте приводит к образованию отека и усугублению повреждения. Немаловажное значение имеет и расположение гематомы и ее раняя диагностика, позволяющая своевременно оказать специализированную помощь и избавить от высокой вероятности летального исхода. Лабораторные показатели биологических жидкостей организма, в первую очередь крови, а также инструментальные методы исследования -

основной материал дифференциальной диагностики инсультов, которые мы будем использовать с целью максимально достоверной постановки диагноза.

Цель исследования: используя сочетания нескольких показателей (лабораторных и инструментальных), повысить точность диагностики ишемических и геморрагических инсультов и прогнозировать выживаемость больных в постинсультном периоде.

Материалы и методы исследования: В исследовании были использованы истории болезни 50 пациентов, 31 мужчин и 19 женщин, отделения острого нарушения мозгового кровообращения на базе РКБ г.Махачкала. Лечение проводилось в период 2016-2018 гг. Пациенты были разделены на две сравниваемые группы в соответствии с видом инсульта:

• Группа№1: с ишемический инсультом (39-85 лет) 29 чел.: 21 муж и 8 жен

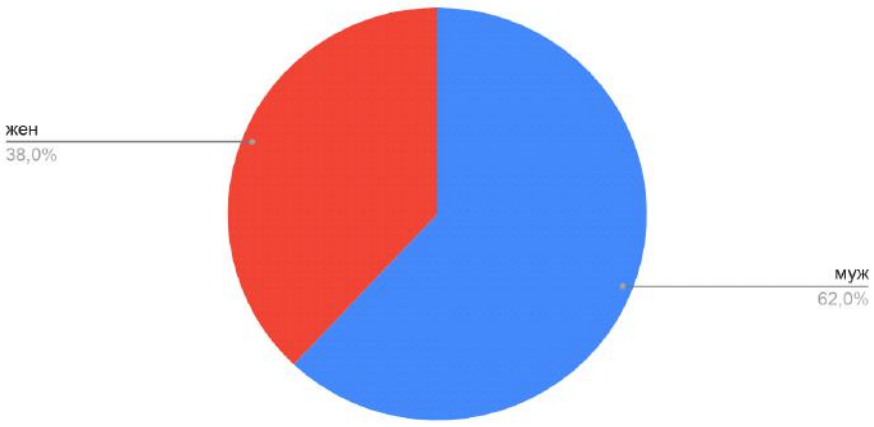
• Группа№2: с геморрагическим инсультом (37-69 лет) 21 чел.: 10 муж и 11 жен.

В ходе исследования, учитывались данные анамнеза, показатели общего и биохимического анализа крови и коагулограммы, а также результаты КТ-исследования.

Полученные данные подверглись статистической обработке, вычислению среднего арифметического (M) и среднего квадратического отклонения (σ), а также сравнительному анализу особенности протекания инсульта у больных с ИИ и ГИ.

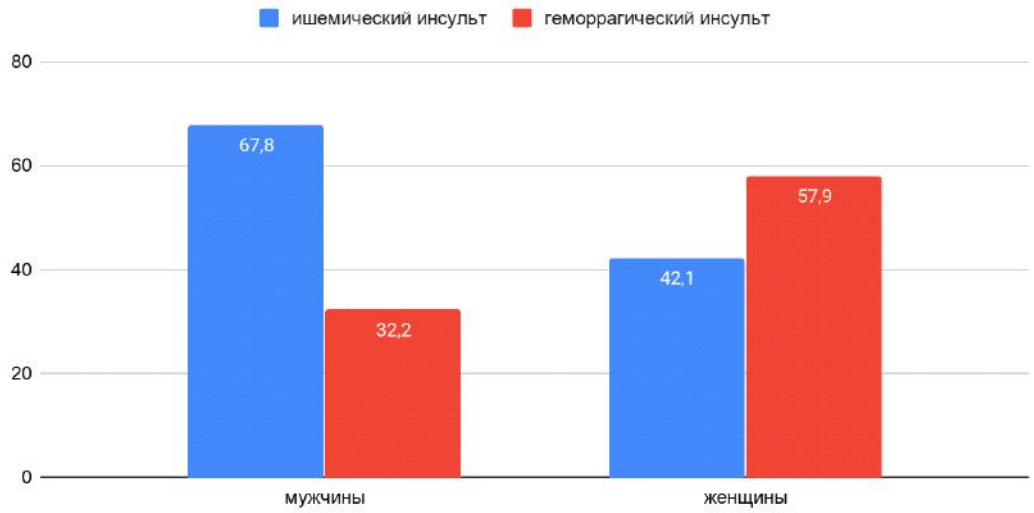
Результаты исследования: При проведении исследования было выявлено, что процент лиц мужского пола с диагнозом ОНМК по ишемическомуи геморрагическому типу в отделение поступило больше (62%), нежели женщин с тем же диагнозом (38%) (Рис.1).

Рис.1 Распространенность инсультов в зависимости от пола.



Также выяснилось, что у мужской части пациентов преобладает ишемический вид инсульта (67,8 %) - 21 чел., а у женщин большую часть инсультов составил геморрагический (57,9 %) - 11 чел. (Рис.2).

Рис.2 Распространенность (в %) ишемического и геморрагического инсультов в зависимости от пола



Были подвергнуты анализу истории болезней пациентов, а именно изучены сопутствующие патологии, результаты общего и биохимического анализа крови, коагулограммы пациентов, КТ - исследования пациентов с ИИ и ГИ.

Результаты лабораторных исследований представлены в таблицах 1-3.

Таблица 1

Биохимический анализ крови

Показатели	Ишемический инсульт (ИИ) M ± σ	Геморрагический инсульт (ГИ) M ± σ
Общий белок (г/л)	81±4,5	75±3,05
Общий билирубин (мкмоль/л)	13,5±2,01	13±0,5
Глюкоза (ммоль/л)	7,5±0,5	7,2±0,3
Мочевина (ммоль/л)	6,7±0,6	5,4±0,45
Калий (ммоль/л)	4,5±0,4	3,7±0,45
Натрий (ммоль/л)	141,5±0,55	134±0,4
Хлор (ммоль/л)	103±0,35	98,5±1,5
АЛТ (Ед/л)	17,5±0,125	23±1,65
АСТ (Ед/л)	26±1,35	29±0,95
ЛДГ (Ед/л)	415±2,35	395±3,45
КФК (Ед/л)	79±3,5	119±4,2
Креатинин (мкмоль/л)	88,5±3,3	97,5±5,02

Таблица 2

Общий анализ крови

Показатели	Ишемический инсульт (ИИ) M ± σ	Геморрагический инсульт (ГИ) M ± σ
Лейкоциты (WBC) *10^9/л	9,5 ± 2,25	8,9 ± 2,11
Лимфоциты (LYM) %	26,5 ± 7,35	22,2 ± 6,9
Моноциты (MON) %	7,85 ± 1,65	6,5 ± 2,85
Гранулоциты (GR) %	68,5 ± 9,35	75,3 ± 9,2
Эритроциты (RBC) *10^12/л	4,53 ± 0,25	4,72 ± 0,3
Гемоглобин (HGB) г/л	137±11,5	146±6,5
Гематокрит (HCT) %	42 ±2,35	42±2,5
Средний обьем эритроцита(MCV)	91,2±2,65	93,5±5,5
Среднее содержание гемоглобина (MCH)	29,5± 0,75	31,05± 0,95
Средняя концентрация гемоглобина (MCHC)	318 ± 4,0	331 ± 6,0
Индекс распределения эритроцитов (RDW) %	13,8±1,05	13,2±0,75
Тромбоциты (PLT) *10^9/л	255,2 ± 4,45	183,5 ± 5,45
СОЭ	15,5 ± 0,75	18,4 ± 2,55

Таблица 3

Показатели коагулограммы

Показатели	Ишемический инсульт (ИИ) M ±σ	Геморрагический инсульт (ГИ) M ±σ
АЧТВ, сек.	26,3 ± 1,85	28,1 ± 3,05
МНО	0,95 ± 0,6	0,95 ± 0,55
Фибриноген, г/л	2,6 ± 0,45	2,8 ± 0,5

Сравнивая показатели крови биохимического и общего анализов крови и данные коагулограммы двух групп пациентов выясняется, что у больных с ИИ (группа №1) в: а) б/х анализе: повышенное содержание общего белка, ионов калия, натрия, хлора , а также более низкий показатель КФК по сравнению с пациентами с ГИ.

б) общем анализе крови: больше лимфоцитов, тромбоцитов, моноцитов, а следующие показатели ниже, чем у больных с ГИ(группа №2): гранулоциты, гемоглобин, среднее содержание гемоглобина в отдельном эритроците средняя концентрация гемоглобина в эритроцитарный массе, СОЭ.

в) показателях коагулограммы: группа №1 имеет более низкие показатели АЧТВ и фибриногена, чем группа №2.

Показатель коагулограммы АЧТВ выше у пациентов с ГИ, что можно объяснить реакцией системы гемостаза на кровотечение. Показатель фибриногена также выше у пациентов с ГИ, чем у пациентов с инфарктом мозга (ИИ).

Обращая внимание на сопутствующие патологии больных с ОНМК, на основании анализа данных истории болезни, было выявлено, что у 80% больных с ГИ встречалась артериальная гипертензия, которая является значимым фактором риска, особенно для развития геморрагического инсульта. Примерно у 55% больных с ИИ также было обнаружено стойкое повышение АД в анамнезе. Атеросклероз и патологии сердца (ИБС, ХСН, аритмии и др.) были диагностированы у 50% больных с ИИ и 40% с ГИ, что тоже является фактором риска, формирующий общую недостаточность кровообращения.

На КТ у пациентов с ИИ обнаруживаются участки затемнения (гиподенсные участки) ткани мозга. На изображениях проявляется нечеткость границ коры, сниженная четкость границы между серым и белым веществом мозга, субарахноидальные пространства не визуализируются или сужены резко, наблюдается утолщение борозд мозга - все это признаки отека цитотоксического характера. Желудочки мозга вблизи очага сужены или совсем не определяются. По обширности поражения, на основании исследования, чаще встречается территориальный инсульт (нарушение кровообращения в бассейне определённой артерии - в 40% случаев), следующими по частоте гемисферный супратенториальный (в 30 %), лакунарный (в 22%) и тотальный (повреждающий мозг практически полностью при длительной гипоксии, встречается реже остальных - в 8% случаев). При ГИ образуются паренхиматозные гематомы, по причине нарушения целостности стенки кровеносного сосуда. Обнаруживаются, так называемые, гиперденсивные участки с четкими границами и высокой плотностью, по сравнению с близко расположенными структурами мозга (от +50 до +70 единиц по шкале Хаунсфилда) именно в острую фазу процесса. По мере стихания остроты процесса участки становятся менее плотными, а их края более расплывчатыми, затем появляются в центре небольшие области лизиса, которые можно проследить на КТ. Также при образовании гематом в ткани мозга наблюдаются смещения срединных структур мозга в противоположную от очага поражения сторону, сужения желудочков мозга. Типичны для геморрагических инсультов прорыв крови в ликвор, который на КТ определяется как гиперденсивные включения, а также прорыв крови в систему желудочков (гиперденсивные образования в ликворе, заполняющем желудочки мозга). При изучении повторных снимков из истории болезни пациента группы №2, спустя полгода после перенесённого геморрагического инсульта, обнаружилась на месте образовавшейся гематомы постгеморрагическая киста. Кисты на КТ имеют вид гиподенсивного участка, плотность которого составляет от +5 до +8 ед. по шкале Хаунсфилда и соответствует плотности спинномозговой жидкости. Постгеморрагические кисты, располагаясь рядом с желудочками мозга, деформируют последние, но дислокаций, как правило, не дают.

Выводы. Обобщая вышеизложенное, можно вынести заключение, утверждающее, что в постановке диагноза ОНМК , а именно инсульта ишемического или геморрагического вида,

очень важную роль играют лабораторные и инструментальные методы исследования, а также изучение анамнеза больного, позволяющие незамедлительно диагностировать патологию нарушения мозгового кровообращения, своевременно оказать необходимую высокоспециализированную медицинскую помощь и определиться с дальнейшей тактикой лечения пациентов, с целью устранения диагностированной цереброваскулярной патологии.

Список литературы:

1.Инсульт - Фадеев П.А. - Справочное пособие 2008.

2. Практическое руководство "Инсульт" под ред., Стаховской Л.В, 2013.

3. Цереброваскулярная болезнь с позиций общей патологии - Борис Липовецкий, 2011.

4. Диагностика и лечение острых нарушений мозгового кровообращения: учебное пособие для профессионального образования неврологов, терапевтов, врачей общей практики / И. Е. Повереннова [и др.]. - Самара: Самарский мед. университет, 2016.

5. Системный подход к диагностике, лечению и профилактике ишемического инсульта / М. А. Луцкий, А. М. Земсков, В. В. Разуваева и др. // Вестн. Воронежского ин-та высоких технологий. - 2015.

6. Henon H. Early Predictors of Death and Disability After Acute Cerebral Ischemic Event / H. Henon, O. Godefroy, D. Leys, etc //Stroke. — 1995.

ПЕРИОДИЧЕСКИЕ ДВИЖЕНИЯ КОНЕЧНОСТЕЙ ВО СНЕ И ТЕЧЕНИЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ МИКРОАНГИОПАТИИ: ПРОТОКОЛ КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Е.Д. Болотина - аспирант

Кафедра нервных болезней и нейрохирургии Института клинической медицины

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им.И.М. Сеченова Минздрава России

(Сеченовский Университет), Москва, Россия

Научный руководитель: доцент кафедры, к.м.н. М.Г. Полуэктов

Введение. В настоящее время имеются отдельные работы, свидетельствующие о положительной ассоциации периодических движений конечностей во сне с риском развития сердечно-сосудистых заболеваний и смерти от сердечно-сосудистых событий [Kendzerska et al., 2017; Culebras, 2012], а также с нейровизуализационными проявлениями церебральной микроангиопатии [Kang et al., 2018]. Периодические движения конечностей во сне (ПДК) – это двигательный феномен, характеризующийся ритмичными движениями во время сна в виде разгибания большого пальца стопы и тыльного сгибания стопы, иногда в двигательную активность бывают вовлечены также коленный и тазобедренный суставы, реже – верхние конечности. О наличие синдрома ПДК можно говорить, если количество таких движений в 1 ч сна (индекс ПДК) составляет 15 и более.

Предполагаемый механизм связи ПДК и сердечно-сосудистой, в т.ч. цереброваскулярной патологии связан с активацией симпатического звена вегетативной нервной системы, влекущей за собой повышение частоты сердечных сокращений, систолического и диастолического артериального давления [Pennestri et al., 2013]. Существуют также отдельные исследования на ограниченных выборках, показывающие негативное влияние ПДК на когнитивные функции [Scullin MK et al., 2015; Leng Y. et al., 2016]. Однако клиническое значение периодических движений конечностей на данный момент остается не до конца выясненным.

Цель. Выявление клинического значения синдрома периодических движений конечностей.

Материалы и методы. В исследование будет включено 84 испытуемых с диагнозом «Церебральная микроангиопатия», определённым на основании клинической картины и данных МРТ. Критериями включения будут возраст 60 лет и старше, отсутствие в анамнезе клинически значимого ОНМК и ЧМТ, отсутствие психического заболевания и нейродегенеративной патологии, отсутствие приема препаратов, способных увеличить индекс ПДК (нейролептики, ТЦА, СИОЗС). Критериями исключения будут соответствие клиническим критериям синдрома беспокойных ног и когнитивные нарушения степени деменции. Всем испытуемым будут проведены кардиореспираторный мониторинг для выявления дыхательных нарушений и ночная актиграфия для определения индекса ПДК (количество ПДК в 1 ч сна), на основании результатов которых будут исключены пациенты с синдромом обструктивного апноэ сна (индекс апноэ/гипопноэ≥5/ч), и сформированы основная (ИПДК≥15/ч) и контрольная (ИПДК<15/ч) группы.

В обеих группах будут с помощью анкетирования оценены субъктивное качества сна (Питтсбургский опросник на определение качества сна), уровень дневной сонливости (шкала дневной сонливости Эпворта) и психоэмоциональное состояние (Гериатрическая шкала депрессии).

Оценка когнитивных функций будет проведена с учетом характера поражения когнитивной сферы, наблюдаемого при церебральной микроангиопатии. Помимо проведения тестов, комплексно оценивающих конгнитивную сферу (Монреальская шкала когнитивных функций - MoCA), отдельно будут оцениваться регуляторная функция (батарея тестов лобной дисфункции – FAB), в т.ч. внимание и способность переключения между задачами (тест символьно-числового кодирования, Trail making test – TMT), зрительная память (тест зрительной ретенции Бентона), непосредственное и отсроченное воспроизведение запоминаемого материала (тест запонимания 12 слов), фонетическая и семантическая вербальная беглость. Тестирование в том же объеме будет проводится повторно спустя 1 год для оценки прогрессирования когнитивной дисфункции.

Испытуемым обеих групп будет дважды проведена магнитно-резонансная томография головного мозга: в день первого обследования и спустя 1 год. Оценка динамики изменения МР-картины будет производится с помощью волюметрии объема гиперинтенсивного белого вещества и оценки его прироста с течением времени, с помощью специально разработанных динамических шкал для оценки прогрессирования изменений белого вещества (Rotterdam Progression Scale, Schmidt Progression Scale), а также с помощью сравнения показаний шкал, оценивающих тяжесть поражения белого вещества (Fazekas Scale, Age-Related White Matter Changes Scale, Scheltens Scale).

Обсуждение. Мы предполагаем, что клинические и нейровизуализационные проявления церебральной микроангиопатии (а именно когнитивная дисфункция по дизрегуляторному типу и поражение глубоких отделов белого вещества больших полушарий головного мозга, соответственно) будут более значимо прогрессировать у пациентов с синдромом периодических движений конечностей во сне ввиду наличия фрагментации сна и связанным с ней транзиторным повышением тонуса симпатического звена вегетативной нервной системы, который выражается в повышении артериального давления и ЧСС. Данное различие будет показано путем сопоставления средних величин прироста пораженного объема белого вещества и выраженности нарастания когнитивной дисфункции в основной и контрольной группе при условии их сопоставимости по другим факторам риска сердечно-сосудистых заболеваний. Также, учитывая дискутабельность влияния ПДК на качество сна, будет проанализирована субъективная оценка качества сна и дневного функционирования испытуемых с ПДК в сравнении с контрольной группой.

Заключение. Сильной стороной исследования является его проспективный дизайн, комплексная оценка проявлений церебральной микроангиопатии (клинических и инструментальных) в динамике, оценка отдельных сфер когнитивного статуса с учетом паттерна поражения когнитивной сферы при церебральной микроангиопатии. Слабой стороной исследования является отсутствие группы с фармакологически скорректированными ПДК, которая, вероятно, продемонстрировала бы сходную с контрольной группой динамику изменения когнитивной дисфункции и МР-картины, что придало бы исследованию дополнительную практическую ценность в отношении рекомендаций по ведению пациентов с церебральной микроангиопатией.

ГИПОВОЛЕМИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ

А.А. Чечулин – студент 1429 гр. лечебного факультета

Кафедра анестезиологии и реаниматологии

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Бедлркссия

Научный руководитель – асс. А.А. Шматова

Актуальность. Высокая смертность и инвалидизация от цереброваскулярных болезней в остром периоде требует быстрого и комплексного подхода к оценке волемического статуса при поступлении пациента в отделение анестезиологии и реанимации. Такие пациенты поступают в большинстве случаев с нарушением сознания, с неизвестными антропометрическими параметрами, часто с грубыми нарушениями водно– электролитного баланса. Наличие общемозговой неврологической симптоматики предполагает проведение дегитратационной противоотёчной терапии, что может привести к тяжёлым осложнениям со стороны сердечно – сосудистой и выделительной систем и повлиять на течение и исход заболевания. В литературе мало данных об объективной оценке волемического статуса пациентов с цереброваскулярными болезнями, основанного на корреляционном подходе между центральным венозным давлением, размерами правой внутренней яремной вены и нижней полой вены, осмолярностью плазмы крови.

Цель исследования. Изучить взаимосвязь между значениями центрального венозного давления, размерами правой внутренней яремной вены и нижней полой вены, осмолярностью плазмы крови как критериев оценки первичного волемического статуса пациентов с цереброваскулярными болезнями.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 38 историй болезней пациентов с цереброваскулярными болезнями. Критерии включения: цереброваскулярные болезни (I - 60, 61, 63 в соответствии с МКБ - 10). Критерии исключения: цирроз печени, инфаркт миокарда, тяжёлые пневмонии, злокачественные новообразования.

Пациенты были разделены на две группы по показателю процента коллабирования на вдохе внутренней яремной вены: 1 группа (n=19) – процент коллабирования от 0 до 19%, 2 группа (n=19) - от 20% и более; по показателю процента коллабирования на вдохе нижней полой вены: 1 группа (n=23), 2 группа (n=15) с теми же показателями процента коллабирования. Оценка проводилась однократно в течение часа при поступлении пациентов в отделение реанимации.

Оценивались размеры внутренней яремной вены и нижней полой вены на вдохе и выдохе при помощи аппарата УЗИ Mindray Z6 среднего класса, значение центрального венозного давления (ЦВД) измеряли линейкой по уровню жидкости, оставшейся в системе для инфузии, осмолярность плазмы крови (ОПК) (по формуле (2*(Na+K) +мочевина+глюкоза+0,03общий белок). Дополнительно оценивались систолическое (САД) и диастолическое артериальное давление (ДАД), частота сердечных сокращений (ЧСС), параметры кислотно – основного состояния, общий анализ крови и мочи. Математический анализ проводили с использованием программы STATISTICA10.

Результаты исследования. Средний возраст пациентов - 61,6±16,1 лет, из них 55%

мужчина (n=21) и 45% женщин (n=17). Распределение по нозоологиям: инфаркт головного мозга(n=14), нетравматическое внутримозговое кровоизлияние (n=14), нетравматическое субарахноидальное кровоизлияние (n=10). Исследуемые показатели по трём нозологическим группам по возрасту и полу статистически значимо не различались. Гиповолемия наблюдалась при проценте коллабирования внутренней яремной и нижней полой вен от 20 до 60%, что подтверждается значениями центрального венозного давления, осмолярности плазмы крови.

В группе 1 (процент коллабирования нижней полой вены) - ЦВД=4,3±2,9 см вод. ст., ОПК=305,1±8,2 мОсм/л, САД=177,9±23,6 мм рт. ст., ДАД=103,2±9,5 мм рт. ст., ЧСС=79,6±16,9 уд/мин. В группе 2 (процент коллабирования внутренней яремной вены) - ЦВД=2,3±1,6 см вод. ст.($p<0,05$), ОПК=311,5±7,4 мОсм/л ($p<0,05$), САД=141,3±25,97 мм рт. ст. ($p<0,05$), ДАД=83,15±15,56 мм рт. ст. ($p<0,05$), ЧСС=88,5±29,8 уд/мин. ($p<0,05$).

В группе 1 (процент коллабирования нижней полой вены) ЦВД=4,1±2,8 см вод. ст., ОПК=305,5±7,6 мОсм/л, САД=176,1±21,7 мм рт. ст., ДАД=103,0±9,1 мм рт. ст., ЧСС=80,4±15,6 уд/мин. В группе 2 (процент коллабирования нижней полой вены) ЦВД=2,2 ±1,6 см вод. ст. ($p<0,05$), ОПК=312,6±7,8 мОсм/л ($p<0,05$), САД=134,3±24,8 мм рт. ст. ($p<0,05$), ДАД=78,0±12,1 мм рт. ст. ($p<0,05$), ЧСС=92,3±12,6 уд/мин ($p<0,05$).

Гиповолемия сопровождается повышенным САД (159,6±30,69 мм рт. ст.) и ДАД (93,2±16,25 мм рт. ст.), уровнем лактата (2,33±0,92 мОсм/л). Нет статистически значимых отклонений средних значений от нормы параметров кислотно – основного состояния, общего анализа крови и мочи.

Выводы.

1. Увеличение процента коллабирования внутренней яремной и нижней полой вен более 20% может быть предиктором развития гиповолемического статуса у пациентов с цереброваскулярными болезнями.

2. Гиповолемия у пациентов с цереброваскулярными болезнями сопровождается увеличением уровня осмолярности, лактата крови и повышением давления (САД, ДАД).

ПСИХИАТРИЯ И НАРКОЛОГИЯ

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РЕКУРРЕНТНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Т.В. Проняева – студентка 2 группы педиатрического факультета

Кафедра психиатрии и психосоматики

ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, Курск, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доцент Пастух И.А.

Актуальность. Проблема депрессивных расстройств по праву является одной из наиболее острых в современном мире, затрагивая не только медицину, но и общественную жизнь. В последние годы научными деятелями отмечена тенденция клинического патоморфоза рекуррентных аффективных расстройств, которые приобретают хронический рецидивирующий характер с затяжными по длительности периодами обострений, но в то же время непродолжительными ремиссиями. Рекуррентное депрессивное расстройство – расстройство, характеризующееся повторными эпизодами депрессии без анамнестических данных об отдельных эпизодах приподнятого настроения, гиперактивности. При изучении данной патологии следует учитывать длительность заболевания, а также количество и актуальность психотравм, их связь с рядом биологических и социальных факторов риска.

Цель исследования – изучение клинико-психопатологических проявлений рекуррентного аффективного расстройства в зависимости от длительности заболевания, оценить статистическую значимость исследования.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 30 больных рекуррентным аффективным расстройством с различной продолжительностью заболевания, разделенных на 2 группы. В основной группе 12 (40%) человек с длительностью заболевания до трех лет (включительно), в контрольной – 18 человек (60%) с длительностью заболевания больше трех лет. Возраст больных в основной группе 42,1±7,24 года. Возраст больных в контрольной группе 47,7±3,2 года. Исследование проводилось на базе психопатологического отделения № 2 ОБУЗ «Областная клиническая наркологическая больница». Для исследования были использованы данные шкалы M.I.N.I. (краткий международный нейропсихиатрический опросник версия 5.0.0) у больных с длительностью заболевания до 3 лет (основная группа) и более 3 лет (контрольная группа), по каждой группе 12 и 18 наблюдений соответственно.

Результаты исследования. Изучение течения клинико-психопатологических проявлений рекуррентных аффективных расстройств в зависимости от длительности заболевания согласно результатам опросника M.I.N.I. дало следующие результаты: снижение аппетита у больных основной группы отмечалось в 58,3% случаев, в контрольной группе – у 61,1%. Нарушения сна у больных основной группы отмечалось в 100% случаев, в контрольной группе – у 61,11%.

Замедленные движения или речь в основной группе были у 58,3%, в контрольной у 66,7%. Усталость на протяжении всего дня чувствовали в ОГ 83,3% больных, в КГ – у 83,3%.

Выводы. Таким образом, анализ клинико-психопатологических проявлений рекуррентного аффективного расстройства у больных основной и контрольной группы, принявших участие в исследовании, выявил различия на достоверном уровне статистической значимости по симптому – нарушение сна. По другим признакам рекуррентного аффективного расстройства достоверных различий на уровне статистической значимости не было выявлено.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОБСТАНОВКА С ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ В Г. МАХАЧКАЛЕ

К.С. Сулейманова, З.З. Магомедова – студентки 5 курса лечебного факультета
Кафедра инфекционных болезней
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала Россия
Научный руководитель. - к.м.н., доц. С.А. Пашаева

Актуальность. Острые кишечные инфекции (ОКИ) - обширная группа инфекционных заболеваний, сопровождающихся нарушением моторики желудочно-кишечного тракта с развитием диареи (поноса), интоксикации, а в ряде случаев - обезвоживания.

По данным ВОЗ, ежегодно по всему миру регистрируется более 1,5 миллиарда случаев ОКИ, и свыше 5 миллионов детей умирают от них и их осложнений .

В Республике Дагестан эпидемиологическая ситуация в настоящее время характеризуется высоким уровнем заболеваемости ОКИ, что значительно повышает актуальность вопросов борьбы с ними, учитывая их социально-эпидемическую значимость.

Цель исследования: выявить характер эпидемиологической обстановки ОКИ в Республике Дагестан.

Материалы и методы исследования. Данные взяты в Республиканском центре инфекционных болезней, профилактики и борьбы со СПИДом им. С.М Магомедова.

Результаты исследования. С 01.02.2020г. по 17.02.2020г. в ГБУ РД «Республиканский центр инфекционных болезней, профилактики и борьбы со СПИДом им. С.М Магомедова» обратилось 206 чел., из них отказов от госпитализации 14 (6,7%) чел., госпитализировано 192 чел. (93,2%), в т. ч. детей –148 (77,0 %).

Из г. Махачкалы с 01.02.2020 по 17.02.2020 г. обратились 158 больных (76,7%), в т. ч. детей –113 (71,5%), взрослых –45 (28,4%), из них госпитализировано – 154, в том числе детей – 110 (71,4%), взрослых –43 (27,9%).

На 8:00 ч. 17.02.2020 г. Состояло по стационару больных с ОКИ –94/63дети. Выписано 11/10 дети. Обратилось 8/8 дети. Госпитализировано за сутки 6/6 дети. Состоит на 8:00 ч. 18.02.2020г. – 89/59 дети.

Распределение госпитализированных больных по возрастам в г. Махачкале за февраль 2020 г.

Всего случаев ОКИ	**Дети до 17 л.**	**Всего дети до 14 лет**	**В т. ч. дети до 1 г.**	**1-до 2-х лет**	**с 2-х до 3-х лет**	**с 3-х до 6 лет**	**с 7 до 14 лет**	**с 15 до17 лет**	**Взрос-лые**
154	**110**	**110**	31	33	19	21	6	0	**43**
%	71,4%	100%	28,0%	30,0%	17,2%	19,0%	5,5%	0.0%	27,9%

Вирусологические исследования больных с ОКИ (ИФА метод)
(с 01.01.2020 по 11.02.2020 гг.)

Всего исследовано на вирусную инфекцию методом ИФА.		Всего положит. результат на вирусную киш. группу.		Из них исследовано на ротовирус		Из них положит. результат.		Исследовано на норовирус		Из них положит. результат.		Исследовано аденовирус.		Из них положит. результаты	
всего	дети	всего	дети	всего	дети	всего	дети	всего	дети	всего	дети	всего	дети	всего	дети
431	380	420	374	249	249	71	50	63	45	12	9	21	18	4	3
%	100%	0%	100%	59,2%	100%	19,7%	70,4%	15%	71,4%	2,8%	75,0%	4,2%	100%	75,0	75,0

При проведении эпидемиологического расследования случаев ОКИ, с единым пищевым фактором пути заражения не установлены.

Предполагаемые факторы, подвергшие к заболеванию ОКИ: фрукты, овощи–22 (14,2%), мясные изделия–42 (27,2%), молочные продукты–39 (25,3%), сырая вода-14 (9,0%), мучные изделия-7 (4,5%) контактный с больным ОКИ -4 (2,5%); н/у–26 (16,8%)

Динамика заболеваемости ОКИ по месяцам в г. Махачкале

Месяц	**Всего случаев ОКИ за 2020 г.**	**Всего случаев ОКИ за 2019 г. (по месяцам)**	**Рост/ снижение**
Январь	286	413	
Февраль	154	434	
Март		584	
Апрель		542	
Май		557	
Июнь		594	

Июль		995	
Август		824	
Сентябрь		426	
Октябрь		360	
Ноябрь		307	
Декабрь			

Выводы. Таким образом, по данным заболеваемости по месяцам, можно отметить, что ОКИ встречается чаще всего в летний период времени, так как увеличивается потребление скоропортящихся продуктов. Так же отмечен наивысший уровень заболеваемости среди детей до 14 лет.

Высокая заболеваемость ОКИ в Республике Дагестан обусловлена не только климатогеографическими особенностями территории республики, но и неудовлетворительным состоянием системы водоснабжения, недостаточным контролем.

Обоснована необходимость разработки и проведения целевых программ, направленных на снижение заболеваемости в проблемных территориях.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ С ФЕТАЛЬНЫМ АЛКОГОЛЬНЫМ СИНДРОМОМ ПЛОДА

А.К. Салманова, М.Е. Груббэ - студенты 634 гр. педиатрического факультета

Кафедра инфекционных болезней

ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, Киров, Росссия

Научный руководитель - к.м.н., доцент О.Н. Любезнова

Актуальность: Влияние биологических и социальных факторов на резистентность организма особенно велико у детей раннего возраста. Серьезной медико-социальной проблемой является фетальный алкогольный синдром плода. Фетальный алкогольный синдром – это совокупность врожденных пороков развития, обусловленных тератогенным воздействием этилового спирта на развивающийся плод. Фетальный алкогольный синдром плода (ФАСП) характеризуется пренатальной гипотрофией, отставанием ребенка в физическом и нервно-психическом развитии, умственной отсталостью, проявлениями черепно-лицевого дисморфизма, врожденными пороками сердца, нарушением развития скелета и др. аномалиями. Доказано, что у детей с ФАСП снижена резестентность организма, так как этому способствуют многие факторы. Статья является актуальной, так как дети с ФАСП особенно подвержены инфекционным заболеваниям в связи с отягощающими факторами и требуют особого подхода в диагностике и лечении инфекционных заболеваний.

Цель исследования: изучить и выявить особенности течения инфекционного процесса у детей с фетальным алкогольным синдромом.

Материалы и методы исследования: Изучен анамнез 112 детей раннего возраста (от 1-го года до 3х лет) в КОГУЗ «Кировский Дом ребенка» с установленным диагнозом «Фетальный алкогольный синдром плода» (ФАСП). В данной группе мальчики составили 43,8%, девочки - 56,2%. В качестве контрольной группы нами было взято 110 здоровых детей раннего возраста (от 1го года до 3х лет) (мальчики 47,3%, девочки 52,7%). В качестве критического уровня статистической значимости различия выборочных данных (p) использовано значение $p<0,05$. Статистическая обработка фактического материала осуществлялась при помощи программы Microsoft Excel 2007.

Результаты иследования: при изучении биологического анамнеза у опытной группы были выявлены следующие отягощающие факторы: угроза выкидыша в 57,2% случаев, преждевременная отслойка плаценты в 33,2% случаев. Каждый второй ребенок родился в асфиксии (53,6%), а 57 детей родились недоношенными (50,9%). У детей группы контроль данные факторы встречались крайне редко: угроза выкидыша (1,2%), преждевременная отслойка плаценты (3,1%), недоношенных детей в группе контроль не было.

Средняя кратность заболеваний в течение года у детей из первой группы была достоверно выше и составила 7,1±0,5 раз в год, а у детей из второй группы - 2,1±0,7 ($p<0,05$). У детей с ФАСП выявлен высокий индекс острой заболеваемости, учитывающий кратность острых заболеваний, перенесенных ребенком, в течение каждого года жизни, причем он был у них значимо выше, чем в группе контроля (0,61±0,15 и 0,25±0,15; $p<0,05$).

У детей из первой группы чаще всего регистрировались заболевания из группы воздушно-капельных инфекций: острое респираторное заболевание (79,5%), грипп (23,2%), инфекционный мононуклеоз (16,0%). У детей из контрольной группы частота встречаемости ОРЗ и гриппа была сопоставима, соответственно 74,5% и 16,6%, а инфекционный мононуклеоз регистрировался достоверно реже (16,0±0,43% 9,0±0,13% <0,05). Это связано с тем, лица со сниженной резистентностью организма, в том числе с ФАСП, более подвержены данному заболеванию.

Клинические симптомы ОРЗ у детей обеих групп включали: катаральные явления, кашель, насморк, повышение температуры. Однако, у детей с ФАСП, в сравнении с группой контроля достоверно чаще встречались осложнения обусловленные наслоением вторичной бактериальной флоры (37.9±5,8% и 13,2±3,2%; $p<0,05$) Осложнения отмечались в виде коньюнктивита (5,6%), тонзиллита (16,8%), отита (13,5%), ангины (4,5%), гайморита (7,7%). Длительность ОРВИ у детей с ФАСП составил в среднем 11,0±2,3 дней, что значительно выше, чем у детей из группы контроля (4,0 ±2.1 дня, $p<0,05$).

Наиболее тяжело у детей с ФАСП протекал грипп. Средняя длительность заболевания

составила 13±3,2 дней, что достоверно выше, чем у детей из контрольной группы (5,0±2,5 дней, p<0,05). Симптомы интоксикации у детей из опытной группы сохранялись в среднем 4,0±3,2 дня, а у детей из группы контроль всего 2,0±1,5 дня (p<0,05).

Инфекционный мононуклеоз у детей с ФАСП зарегистрирован преимущественно в среднетяжелой форме (88%). У пациентов в 38,9% случаев были отмечены такие проявления как увеличение печени, селезенки. Клинические симптомы инфекционного мононуклеоза у детей с ФАСП сохранялись в среднем (14,0±3,0), что достоверно дольше, чему детей из группы контроль (7,0±2,0). Длительность интоксикации при инфекционном мононуклеозе у детей с ФАСП составила 8,0±2,8 дней, что существенно выше, чем в контрольной группе (4,0±1,5 дня, p<0,05). Бактериальная ангина при инфекционном мононуклеозе у пациентов первой группы была зарегистрирована в 27,8% случаев. Время сохранения симптомов, таких как острый фарингит с гипертрофией лимфоидной ткани носоглотки, затруднение носового дыхания, увеличение лимфатических узлов также было достоверно выше, чем у детей контрольной группы (9,0±0,5дней и 4,0±2,0 дня; p<0,05).

Выводы: у детей с фетальным алкогольным синдромом плода значительно ниже иммунорезистентность организма. Частота и длительность инфекционных заболеваний превышает аналогичные показатели у здоровых детей. Это увеличивает частоту обращения за медицинской помощью и длительность лечения. Необходимо повышать иммунорезистентность организма ребенка, в том числе с помощью вакцинопрофилактики.

ПОДОЗРИТЕЛЬНЫЙ СЛУЧАЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

С.С. Каримова, С.Н. Битимиров, А.Ж. Киебаева - резиденты, Маукаева С.Б. - ассистент

Кафедра инфекционных болезней и иммунологии

«Медицинский Университет Семей», Семей, Казахстан

Научный руководитель - доцент Г.И.Нуралинова

Актуальность. В декабре 2019 года новый коронавирус был впервые выявлен во время вспышки пневмонии в городе Ухань, провинция Хубэй, Китай. ВОЗ объявила эту вспышку чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение [1]. В связи со сложившейся ситуацией, диагноз подозрительного случая короновирусной инфекции (КВИ) выставляется пациентам с лихорадкой и/или симптомами заболеваний нижних дыхательных путей (например, кашель, одышка), которые проживают или путешествовали в Китай или любые другие пораженные районы в течение последних 14 дней, а также у пациентов с лихорадкой и/или симптомами заболеваний нижних дыхательных путей (например, кашель, одышка), которые сообщают о тесном контакте с подозреваемым или подтвержденным случаем КВИ течение последних 14 дней [2,3].

Цель. Анализ клинического случая, подозрительного на КВИ.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ истории болезни больного, подозрительного на Covid-19.

Результаты исследования. Пациент М., 28 лет, доставлен скорой помощью в капсуле в инфекционную больницу г.Семей 28.01.2020г. в 21:00 с диагнозом: острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ), осложненная внебольничной бронхопневмонией, средней степени тяжести. ДН 0. Предположительный случай коронавирусной инфекции? Жалобы при поступлении на кашель с мокротой, заложенность носа, недомогание, повышение температуры тела до 37,6С. Анамнез заболевания: заболел остро 24.01.2020, когда повысилась температура тела до 37,6 С, появились боли в горле, заложенность носа, кашель. Повышение температуры тела наблюдалось в течение 3 дней. С 24.01.2020г. по 27.01.2020г. лечился самостоятельно. С 27.01.2020г. по рекомендации участкового врача по телефону назначен сефабел по 1,0х2 раза в день, в/м, сделана обзорная R-графия грудной клетки (обзорная), заключение: Бронхопневмония левого лёгкого с компонентом обструкции. Участковый врач вызвал скорую помощь на дом, пациент доставлен в капсуле в инфекционную больницу, госпитализирован в мельцеровский бокс. Эпидемиологический анамнез: с 08.01.2020г. по 10.01.2020г. находился в г.Чугучаке (Китай). Выехал из г.Чугучак 11.01.2020г. утром. С 11.01 по 18.01.2020 г. был в г.Бахты (Казахстан). С 19.01 по 22.01.2020г. был в г. Семее. 22.01.2020г. выехал в г.Новосибирск (Россия). Приехал в г.Семей 24.01.2020г. Контакт с инфекционными больными отрицает. Заболевание связывает с переохлаждением, т.к. перед выездом с Новосибирска принимал душ. Объективные данные при поступлении: Т-36.4С. Общее состояние средней степени тяжести, за счёт умеренной интоксикации, респираторного синдрома. Сознание ясное. Менингеальные знаки отрицательные. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Зев гиперемирован, по задней стенке стекает гнойное отделяемое. Дыхание через нос затруднено. Над легкими - тимпанический звук в нижних отделах. Аускультативно - в легких дыхание ослабленное в нижних отделах, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца приглушены, умеренная тахикардия. ЧСС 90\мин. АД 110/70 мм.рт.ст. Живот обычной формы, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул в норме. Мочеиспускание свободное, безболезненное. В анализах: ОАК от 29.01.2020г.: лейкоциты - 3,4х10^9/л, нейтрофилы - 33,3%, гемоглобин - 140г/л, эритроциты - 4,78х10^{12}/л, тромбоциты – 209х10^9/л, моноциты - 19,7%, лимфоциты - 47%; ОАК от 31.01.2020г.: лейкоциты - 5,2х10^9/л; лимфоциты - 58,2%, нейтрофилы - 28,9%; моноциты, базофилы и эозинофилы - 12,9%; гематокрит - 44,9%; тромбоциты - 234,0х10^9\л, эритроциты - 4,9х10^{12}/л; гемоглобин - 142,0 г/л; СОЭ - 4,0 мм/ч.; ОАК от 02.02.2020г.: лейкоциты - 5,6х10^9/л; лимфоциты - 44,6%; нейтрофилы - 41,6%; моноциты, базофилы и эозинофилы - 13,8 %; гематокрит - 43,4 % ; тромбоциты - 281,0 х10^9/л; эритроциты - 4,78 х10^{12}/л; гемоглобин - 139,0 г/л, СОЭ - 8,0 мм/ч.

Учитывая клинико-эпидемиологические, лабораторно-инструментальные данные – интоксикационный, респираторный синдром, бронхопневмония, пребывание в Китае в течение последних 14 дней, изменения в ОАК в виде лейкопении, лимфоцитоза, замедления СОЭ выставлен диагноз - острая респираторная вирусная инфекция, средней степени тяжести. Осложнение - внебольничная бронхопневмония, средней степени тяжести. ДН 0. Предположительный случай коронавирусной инфекции? ПЦР на вирусы гриппа, ОРВИ и новый коронавирус от 03.02.2020г. – отрицательный результат. Диагноз коронавирусной инфекции снят.

Проведенное лечение: Диета: 15, режим: 2б – палатный, Сефабел 1,0х3 раза в день, 7 дней, Метрид 100,0х3 в\в, 7 дней, дезинтоксикационная терапия, отхаркивающие, полоскание горла. В динамике состояние улучшилось, на рентгенограмме от 03.02.2020г. Патологических изменений нет. Выписан в удовлетворительном состоянии.

По литературным данным клиническая картина коронавирусной инфекции очень напоминает вирусную пневмонию, а степень тяжести колеблется от легкой до тяжелой. Большинство пациентов с легкими формами заболевания. Примерно у 20% развивается тяжелое заболевание [4]. Наиболее распространенными симптомами являются лихорадка, кашель и одышка. Другие менее распространенные симптомы включают миалгию, усталость, образование мокроты, спутанность сознания, головную боль, боль в горле, ринорею, боль в груди, кровохарканье, диарею и тошноту/рвоту. Приблизительно 90% пациентов имеют более одного симптома, а 15% пациентов имеют лихорадку, кашель и одышку. Клинические проявления напоминают ОРВИ, но, по-видимому, у меньшего числа пациентов наблюдаются симптомы со стороны верхних дыхательных путей или желудочно-кишечного тракта. Односторонние инфильтраты в легких обнаружены у 25% пациентов, а двусторонние инфильтраты в легких - у 75% пациентов при рентгенографии грудной клетки или компьютерной томографии (КТ). Для подтверждения диагноза требуется молекулярное тестирование с использованием полимеразной цепной реакции в реальном времени (ОТ-ПЦР) [5,6].

Выводы. В связи с современной эпидемиологической ситуацией в мире по коронавирусной инфекции, все пациенты с интоксикацией и респираторным синдромом, находившиеся в Китае в течение последних 2 недель должны рассматриваться как подозрительные случаи с обязательным лабораторным подтверждением. Все действия медицинского персонала должны осуществляться строго по алгоритму, предусмотренному при особо опасных инфекциях.

Список используемой литературы

1. World Health Organization. Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV).

30 Jan 2020 [internet publication].

2. World Health Organization. Surveillance case definitions for human infection with novel coronavirus (nCoV). Jan 2020 [internet publication].

3. Centers for Disease Control and Prevention. 2019 novel coronavirus. Interim guidance for healthcare professionals. Jan 2020 [internet publication].

4. World Health Organization. Novel coronavirus (2019-nCoV). Situation report -8. 28 Jan 2020 [internet publication].

5. Huang C, Wang Y, Li X, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet. 2020 Jan 24. pii: S0140-6736(20)30183-5 [Epub ahread of print].

6. Chen N, Zhou, Dong, X, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. Lancet. 2020 Jan 29 [Epub ahead of print].

COVID-19 В КАЗАХСТАНЕ

М.Б. Мусабеков, Д. Балтабай, Л. Камзина - студенты, С.С. Каримова, А.Ж. Киебаева, С.Н. Битимиров, - резиденты, Маукаева С.Б. - ассистент

Кафедра инфекционных болезней и иммунологии

«Медицинский Университет Семей», Семей, Казахстан

Научный руководитель - доцент Г.И. Нуралинова

Актуальность: В конце 2019 года в Китае произошла вспышка новой коронавирусной инфекции с эпицентром в городе Ухань. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) 11 февраля 2020 г. присвоила официальное название инфекции – COVID-19, 11 марта – объявила пандемию. Практически во всех странах зарегистрированы случаи COVID-19. На 10.05.2020г: в мире выявлено 7 360 440 случаев, 404 000 летальных исходов. Первый случай COVID-19 в Казахстане появился 13 марта 2020г, в г. Семей - 28 марта 2020г.

Цель: описать эпидемиологическую ситуацию о COVID-19 в Казахстане и Восточном регионе.

Материалы и методы: Статистические данные КККБТУ (Комитет контроля качества и безопасности товаров и услуг) Министерства Здравоохранения Республики Казахстан.

Результаты исследования: На сегодня (10.06.2020г) число заболевших в Казахстане составляет 13319, в г. Нур-Султан – 2543, г. Алматы – 2939, г. Шымкент – 999, Акмолинская область – 182, Актюбинская область – 427, Алматинская область – 457, Атырауская область – 1227, Восточно-Казахстанская область – 204, Жамбылская область 457, Западно-Казахстанская область – 863, Карагандинская область – 1238, Костанайская область – 208, Кызылординская область – 470, Мангистауская область – 343, Павлодарская область – 286, Северо-

Казахстанская область – 72, Туркестанская область – 411. Выздоровевших: 8 015 человек. Летальных случаев: 61 случаев.

В Восточном Казахстане количество зараженных больных составляет 204 человек (1,5%). Проведен анализ 30 случаев COVID-19 в ВКО. Всего больных коронавирусной инфекцией в городе Семей 21 человек (из них 6 (29%) выписаны), в г. Усть-Каменогорск 9 случаев (из них 2 выписаны (22%), 1 летальный (11%)), мужчины – 14 человек (47%), женщины – 16 человек (53%). Средний возраст больных 43 года. Из них детский возраст (0-17 лет) – 5 случаев (17%), лица молодого возраста 18-44 лет – 7 случаев (23%) (18-25 лет – 1 случай (3%), 26-35 лет –3 случая (10%), 36 - 44 лет – 3 случая (10%)), лица среднего возраста (45-59 лет) – 12 случаев (40%), пожилого возраста (60-74 лет) – 3 случая (10%), лица старческого возраста (75-89) – 3 случая (10%). У всех пациентов подтвержденный Covid-19, у 12 пациентов (40%) - легкой степени тяжести, у 12 человек (40%) – средней степени тяжести, тяжелой степени тяжести – у 6 человек (20%). Из них в 11 случаях (37 %) развилась внебольничная пневмония. Сопутствующие заболевания у 13 больных (43%). Летальность по ВКО составляет 1 случай (3%). Эпидемиологические данные: завозные случаи (Египет) – 3 человека (10%), местные случаи – 27 человек (90%). Локальная вспышка – 2 случая, при этом первый человек заразил – 5 человек, второй заразил 3 человека.

Выводы: Продолжается распространение коронавирусной инфекции, увеличивается количество зараженных в ВКО. Преобладают легкие и средние формы. Данная вспышка продолжает оставаться чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение.

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ СТУДЕНТОВ КУРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА О МЕРАХ ПРОФИЛАКТИКИ ГРИППА И ОРВИ

Д.С. Подкопаева – студент лечебного факультета

Кафедра поликлинической терапии и общей врачебной практики

ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, Курск, Россия

Научный руководитель – к.м.н., асс. О.В. Рахманова

Актуальность. Состояние здоровья современной молодежи, большую часть которой составляют студенты, обучающиеся в высших образовательных учреждениях, является значимой и актуальной проблемой в нашей стране. Студенческое общество представляет собой важный интеллектуальный и социально-демографической резервный потенциал. Нестабильность эпидемиологической обстановки, вопросы об эффективных мерах профилактики, биологическая безопасность окружающей среды – нерешенные, «вечные» проблемы, касающиеся всего мирового сообщества. Грипп и ОРВИ повсеместные массовые заболевания, занимают лидирующее место в структуре всех инфекционной патологии органов

дыхания. Заболеваемость гриппом и ОРВИ носит характер пикового сезонного роста. Усугублению эпидемиологической обстановки способствуют миграция населения, преобладание легких форм инфекционных заболеваний, большое количество носителей заболевания, высокая восприимчивость людей к гриппу, частые антигенные изменения вирусных сероваров. Санитарно-просветительные работы по информированию различных слоев населения о мерах и способах первичной профилактики гриппа активно популяризируется. Особую категорию молодежи представляют студенты медицинских вузов, будущие практикующие врачи. С момента поступления, отличительной чертой для большинства студентов-медиков считается длительная адаптация в виде психо-эмоциональной нагрузки. Сложная процесс вовлечения в новую специфическую организационно-образовательную систему, приводит к перестройке и срыву ранее устроенных механизмов компенсации, в том числе отрицательно сказываясь на иммунной системе учащихся. Это доказывает наиболее высокую заболеваемость ОРВИ и гриппом учащихся начальных курсов. Распространенность заболеваемости гриппом среди старшекурсников обусловлено контактами с больными в учебных целях на клинических кафедрах. Информирование по вопросам профилактики гриппа и ОРВИ, а также реализация вакцинопрофилактики остается важной задачей отечественного здравоохранения. Единственным стратегически подтвержденным методом профилактики гриппа, в экономическом и социальном аспектах, по мнению Всемирной организации здравоохранения является вакцинация. Однако, в наши дни, в России существуют «антипрививочные» движения. Заблуждения, низкая осведомленность о поствакцинальных осложнениях – приводят к отказу отдельных лиц от вакцинации, тем самым увеличивая риск течения вирусного заболевания.

Цель. Проанализировать приверженность студентов медицинского университета к вакцинопрофилактике гриппа, использованию различных современных мер и средств по предотвращению гриппа и ОРВИ.

Материал и методы исследования. Проведен опрос 250 студентов лечебного факультета Курского государственного медицинского университета с 1 по 6 курсы. Возраст исследуемых 17- 27 лет (средний возраст 22,4±4,8). Среди респондентов было 194 (77,6%) девушек и 56 (22,4%) юношей. Анкета включала в себя 12 вопросов, касающихся возраста, курса, пола, частота заболеваемости гриппом и ОРВИ в течение года, обращаемость за медицинской помощью, наличия сопутствующих заболеваний, регулярность вакцинации против гриппа, применение разнообразных профилактических мер. Респонденты были разделены на 2 группы, в зависимости от уровня образования: первую группу составили студенты начальных курсов (1-3 курсы), еще не изучающие дисциплины на клинических кафедрах; вторую группу представили студенты старших курсов (4-6 курсы), которые изучают клинические дисциплины (эпидемиология, инфекционные болезни, иммунология и другие) и,

следовательно, компетентны в вопросе о гриппе и ОРВИ. Первую группу составили 102 человек, вторую группу – 145. Все данные о компетентности студентов представлены в виде экстенсивных показателей, для установления достоверной разности нами использован критерий Стьюдента.

Результаты исследования. Более половины всех опрошенных студентов-медиков (68,2%) отметили, что болели гриппом и ОРВИ в текущем году. Среди обучающихся 1-3 курсов в 1,8 раза выше процент тех, кто перенес данные заболевания – 79,9%, по сравнению со студентами старших курсов –43,3% ($p \leq 0,01$). За специализированной медицинской помощью при заболевании ОРВИ и гриппом обращаются только 38,2% всех исследуемых. Студенты 1 группы достоверно чаще обращались к врачам, чем студенты 2 группы (52,1% против 20,4%, $p \leq 0,05$). Среди всех респондентов ежегодно иммунизацию против гриппа проходят 36,8% студентов, причем лиц, выполняющих профилактические прививки от гриппа, в первой группе достоверно ниже, чем во второй (25,6% и 54% соответственно, $p \leq 0,05$). Около 63,2% студентов отказываются от иммунизации или выполняют ее нерегулярно. При этом доля отказов от профилактических прививок и нерегулярной вакцинации среди обучающихся 1 группы в 1,9 раза больше, чем среди студентов 2 группы (81,5% и 42% соответственно, $p \leq 0,01$). В качестве причины отказа от вакцинации студенты преимущественно отмечали опасение риска поствакцинальных осложнений (79,8%).

При анализе ответов студентов-медиков на вопросы, касающиеся использования средств профилактики ОРВИ и гриппа, выяснено, что пользоваться лекарственными препаратами для профилактики предпочитают 43,2% всех обучающихся. К использованию противовирусных и иммуностимулирующих препаратов склонны исследуемые 1 группы (59,5%), студенты 2 группы – 32,2% ($p \leq 0,05$). Среди тех, кто использует лекарственные препараты, были отмечены следующие: Ингавирин (22,2%), Арбидол (19,4%), Кагоцел (16,7%), Циклоферон(13,8%), Римантадин (13,8%), Эргоферон (8,3%) Лавомакс (5,5%). Распространенность народных средств профилактики ОРВИ и гриппа составляет 32% всех студентов. Доля студентов, применяющих народные методы лечения, в обеих исследуемых группах равноценна (18% и 16% соответственно). К использованию медицинской маски как средства профилактики ОРВИ и гриппа в периоды сезонных эпидемий склонны 81% всех опрошенных. Среди студентов первой группы медицинскую маску применяют 21,2% опрошенных, среди студентов второй группы – 57,4%.

У студентов КГМУ отмечена тенденция к посещению практических занятий и лекций во время заболевания ОРВИ и гриппом: 76,1% респондентов указали, что «переносят болезнь на ногах». Эта тенденция сохраняется как у студентов младших курсов, так и у обучающихся на старших курсах (73,1 и 78,8%). Респонденты связывают это с нежеланием отрабатывать пропущенные занятия. Более половины опрошенных студентов КГМУ для лечения ОРВИ и

гриппа предпочитают использовать противовирусные препараты (52,4%) и симптоматические средства (51%). Наличие сопутствующих заболеваний отметили 78% (195 студентов): в 1 группе – 31,3%, во 2 группе – 74,5%. Среди сопутствующих заболеваний преобладали: бронхиальная астма (27,1%), хронический фарингит и тонзиллит (24%), хронический гастрит (20,5), артериальная гипертензия (12%), сахарный диабет (10,9%).

Выводы. Таким образом, приверженность к ежегодной вакцинации от гриппа у студентов 2 группы, изучающих клинические дисциплины и имеющих большую компетентность, в 2,1 раз выше, по сравнению с исследуемыми 1 группы (студенты младших курсов). Доля отказов от профилактических прививок среди обучающихся 1 группы в 1,9 раза больше, чем среди студентов 2 группы. Респонденты 2 группы более привержены к ежегодному выполнению профилактических прививок от гриппа, реже болеют ОРВИ и гриппом в течение года, чем студенты 1 группы. В обеих группах исследуемых имеется тенденция к посещению практических занятий и лекций во время заболевания ОРВИ и гриппом.

ОСОБЕННОСТИ ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ РАН ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ КОНЕЧНОСТЕЙ

М.Н. Нурмагомедов – студент 514 гр. лечебного факультета

Кафедра травматологии ортопедии и военно-полевой хирургии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – д.м.н., А.Р. Атаев

Актуальность проблемы. Сложность первичной хирургической обработки ран при тяжёлых повреждениях признана практически всеми авторами, занимающимися данной проблемой (1-10).

Принципы первичной хирургической обработки, заключающиеся в рассечении ран, иссечении и удалении некротических и свободно лежащих тканей, восстановлении жизнеспособных элементов, стабилизации переломов, дренировании ран, остаются неизменными на протяжении десятилетий.

Разногласия возникают в оценке жизнеспособности тканей, тактики в отношении сомнительных тканей, целесообразности первичной радикальной обработки, необходимости многоэтапных вмешательств и их первичного планирования, способах закрытия ран и показаний к этому, а также противопоставлении наружного и погружного остеосинтеза, связанного с появлением современных малоинвазивных технологий.

Необходимость адекватного дренирования очевидна, однако, что из себя представляет адекватное дренирование не всегда однозначно.

Цель исследования. Провести анализ результатов лечения и тактических приёмов при хирургической обработке открытых повреждений на материалах РЦТО.

Материал исследования. Нами проанализировано 52 истории болезни пациентов, находившихся на лечении в РЦТО с 2012 по 2020 год с открытыми повреждениями конечностей.

Методы исследования. Клинический анализ историй болезни, изучение хода оперативных вмешательств, отдалённых результатов, рентгенограмм.

Результаты исследования. Из 52 пациентов, лечившихся в РЦТО в первые 2 часа доставлены – 16 человек, в течение суток – 29 человек, до 48 часов – 8 человек, более 2 суток – 7 человек.

С изолированной травмой конечности – 32 человека, с сочетанной травмой – 20.

Возраст от 15 до 80 лет. Женщин – 19, мужчин – 33.

16 человек доставлены в РЦТО первично, остальные 36 человек доставлены по маршрутизации из травмцентров II-III уровней. Этим пациентам первичная хирургическая

обработка выполнена в условиях больницы II-III уровня в 30 случаях, шестерым людям ПХО отсрочена до доставки в РЦТО.

Из 52-х пациентов 39 человека было с сочетанными травмами, с изолированными повреждениями конечностей 13 человек.

Первичной хирургической обработкой в один этап завершилось лечение 14 пациентов, 21 пациенту проведено 2 операции. 17 пациентов оперированы 3 и более раз.

12 пациентам после ПХО, проведённых в травмцентрах II-III уровней, операции завершались гипсовой иммобилизацией. 10 пациентам применялось скелетное вытяжение с последующим переводом в гипсовую иммобилизацию для транспортировки. В 4-х случаях наложены стержневые АВФ и в 4-х случаях аппараты Илизарова.

С учётом пациентов, которым была отсрочена ПХО ран (6 чел.), гипсовая иммобилизация применена в 28 случаях (54%).

В последующем этим больным также проводилось лечение с фиксацией в АВФ.

В том или ином виде АВФ применены в 52-х случаях (100%). Из них: дистракционный аппарат временной фиксации с последующим применением интрамедуллярного остеосинтеза с блокированием – 15 пациентов и накостного остеосинтеза 2 пациентам, всего 17 пациентов (33%); стержневой АВФ без возможности последующего моделирования – 25 пациентам (48%). Этим пациентам также вторым этапом произведена замена метода внешней фиксации на АВФ с возможностью динамической работы с повреждёнными сегментами конечностей на базе аппарата Илизарова.

В остальных 10 случаях (19%) первично произведена фиксация в АВФ (чаще всего аппарат Илизарова на сегменте голень) в окончательном варианте.

Анализ оперативных вмешательств при тяжёлых открытых повреждениях конечностей показывает, что особенности хирургической обработки заключаются в том, что каждый сегмент конечности является автономным анатомическим образованием с одной стороны, а составляющие сегмент анатомические системы: костная, мышечная, фасциальная, сосудистая, нервная, лимфатическая, жировая, кожная – имеют и общие закономерности, и индивидуальные особенности. Особое место занимают сухожилия.

Все оперативные вмешательства завершались стабилизацией переломов. Для этого применялись разнообразные методики. При этом предпочтение отдаётся аппаратам ВФ и, по показаниям, интрамедуллярным малоинвазивным технологиям.

Мышечная ткань подвергается наиболее агрессивной хирургической обработке, при этом редко учитывается анатомия кровообращения в данной, конкретной, мышце.

Фасциальные футляры рассекаются. Повреждённые, лоскутные, размятые части иссекаются. Это с одной стороны восстановление кровообращения, предупреждение сдавления, с другой – исключение ограниченных гнойных очагов.

Повреждение магистральных стволов сосудов при анализируемых повреждениях встречаются редко. Следует избегать их вторичного повреждения или втягивания в узел накладываемого шва.

Нервные стволы желательно не трогать, промывать струёй жидкости, укладывать, по возможности, в мягкотканное ложе. При отрыве нерва с одного конца, в условиях размозжённой загрязнённой раны целесообразно лишь отсечь разрушенный участок и опять же уложить в предполагаемое ложе данного нерва.

Лимфатическая система при хирургической обработке в расчёт не берётся ни одним врачом. Однако иссечение лимфатических узлов безосновательно вместе с жировой клетчаткой, которую считается необходимым обработать радикально, может сослужить плохую службу. Нельзя забывать, что лимфатическая система часть иммунной системы.

Повреждённая жировая клетчатка иссекается. Часто жировая клетчатка иссекается для того, чтобы можно было стянуть кожу швом, однако именно в клетчатке проходит сосудистая сеть, питающая кожу.

Кожа – наиболее агрессивно повреждаемая ткань при травмах. Размятие, повреждение, отслойка, на протяжении, отсутствие кожи на сегменте или участке сегмента. Это варианты, с которыми встречается хирург при обработке ран.

В анализируемых историях болезни во всех случаях раны закрывались кожей тем или иным способом, кроме случаев, когда принято решение об открытом ведении раны. Мы не имели возможности применения искусственной кожи для закрытия ран. Применялось рассечение кожи, перемещение кожных лоскутов, свободная пластика расщеплённым лоскутом, полнослойным лоскутом, обработка отслоенной кожи по Красовитову, филатовский стебель. Особенное значение имеет закрытие оголённой кости и оголённых сухожилий, даже если кожа в последующем некротизирует, сухой струп, сформировавшийся над оголённой костью и сухожилиями, в последующем позволяет провести восстановительные оперативные вмешательства после образования грануляций под коркой.

Гнойно-септические осложнения развились у 29 больных (52%). Учитывая, что мы анализируем пациентов только III В категории тяжести, то показатели адекватные, в том числе остеомиелиты развились в 11 случаях (21%).

Развёрнутая картина анаэробной инфекции развилась у 2-х пациентов. В обоих случаях проводимое лечение с применением «лампасных» разрезов, ПГС, антибактериальной терапии, гипербарической оксигенации, комплексной медикаментозной терапии не имело успеха. Ампутации конечностей были запоздалые. Пациенты скончались от полиорганной недостаточности.

Отдалённые результаты в сроки от 1 до 6 лет изучены у 23-х пациентов, повторно обратившихся в РЦТО по разным, социально-медицинским вопросам. Из них заживление ран

достигнуто у всех (100%), остеомиелит купирован и не рецидивировал у 10 пациентов (43,4%), у одного пациента в связи с рецидивом проведено повторное вмешательство (4,3%), у 6 пациентов сохраняется контрактура коленного сустава (26%) после остеосинтеза В АВФ, у 2-х пациентов (8,9%) укорочение сегмента конечности, не влияющие на функцию, посттравматические артрозы при открытых внутрисуставных и околосуставных переломах развились у 4 пациентов (17,4%).

Выводы.

1. Лечение открытых повреждений конечности является сложной задачей. Медицинская помощь при подобных повреждениях должна оказываться высококвалифицированным, разносторонне подготовленным медперсоналом.
2. Не представляется возможным быть сторонником однотипного решения всех вопросов, возникающих при лечении данной группы пациентов. Необходимо использовать весь доступный арсенал по показаниям.
3. Процент гнойно-септических осложнений и угроза летального исхода сохраняются высокими.
4. Применение всех современных методов лечения в совокупности и последовательно по показаниям позволяет достичь благоприятных результатов у большинства пациентов.

КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ТОПИЧЕСКИХ СРЕДСТВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПСОРИАЗА

М.А. Ахмедова – студентка 3 курса стоматологичесмкого факультета

Кафедра кожных и венерических болезней

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - к.м.н., доцент А.М. Магомедова

Актуальность проблемы совершенствования лечения псориаза определяется значительной распространенностью дерматоза (8%-15% в структуре патологии кожи), склонностью к распространенности поражения кожи, резистентностью к стандартным методам терапии, что является причиной длительной нетрудоспособности и снижения качества жизни пациентов.

Целью работы было улучшить результаты лечения больных псориазом путем применения в их комплексной терапии современного комбинированного топического средства.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 35 больных псориазом (18 мужчин и 17 женщин в возрасте от 18 до 70 лет) с длительностью дерматоза 2-29 лет. В процессе лечения 20 больным (основная группа) на фоне базового лечения псориаза наружно назначали комбинированное стероидно-кератолитическое топическое средство – мазь “Молескин С”, содержащую мометазона фуроат (оказывает противовоспалительное, противозудное и вазоконстрикторное действие, является ингибитором продукции цитокинов ИЛ-1, ИЛ-6 и ФНО-α), и салициловую кислоту (которая способствует отшелушиванию рогового слоя кожи и улучшает проникновение мометазона фуроата в кожу), которую наносили на участки поражения кожи один раз в день в течение двух недель, остальные 15 человек (сравнительная группа) получили другой топический препарат.

Результаты исследования. У всех 35 больных псориазом патологический процесс на коже имел распространенный характер, у 26 человек диагностирована прогрессирующая стадия псориаза, у 9 – стационарная. Среднее значение индекса PASI (индекс поражения кожи и тяжести псориатического процесса) у обследованных больных в начале лечения составило 23,9±0,73. По данным клинических наблюдений у 16 больных псориазом основной группы уже на 4-5-й день после нанесения мази “Молескин С” уменьшилось ощущение зуда, на 8-10-й день – уменьшились проявления гиперемии и инфильтрации в области сыпи. В конце лечения отмечено уменьшение показателя индекса PASI у больных псориазом основной группы на 75,2%, в то время как у больных группы сравнения – лишь на 62,5%.

Вывод. Применение в комплексном лечении псориаза современного топического комбинированного стероидно-кератолитического средства “Молескин С” способствует более

быстрому регрессу клинических проявлений дерматоза и клиническому выздоровлению больных, а также отвечает современным требованиям по комплаентности лекарственных средств.

ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИЯ

ОПТИМИЗАЦИЯ ВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ С ОСТАТОЧНЫМИ ТУБЕРКУЛЕЗНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ В ЛЕГКИХ

П.Э. Шейхмагомедова, Г.М. Магомедова, С.М. Бабаева, Х.И. Абдулаева, А.М. Исакова - клинические ординаторы

Кафедра фтизиопульмонологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России

Научный руководитель – д.м.н., профессор Г.К. Гусейнов

Актуальность. Лица с остаточными туберкулезными изменениями в легких (ОТИЛ) относятся к группам повышенного риска заболевания туберкулезом. Вероятность рецидива процесса и заболевания туберкулезом у них многократно (при малых изменениях в 4-5 раз, при больших 9-10 раз) выше,чем у остального населения , риск неэффективного лечения в два раза выше , чем у впервые выявленных, лекарственная чувствительность к противотуберкулезным препаратам в 1,3 раза, вероятность летального исхода в 1,5 раза (Е.М.Боградская и соавт. ,2007 г.). Раньше они находились под наблюдение в VII группе диспансерного учета (ДУ) противотуберкулезных диспансеров (ПТД), а в 2003году Приказом Минздрава РФ №109 от 13.03.2003г. переданы под наблюдение общей лечебной сети (ОЛС).

Цель нашего исследования изучить состояние врачебной помощи лицам остаточными туберкулезными изменениями в поликлиниках ОЛС и повысить их эффективность.

Материал и методы исследования. По картам извещений, переданным Республиканским ПТД в четыре поликлиники г. Махачкала (№6, №3, №8, №9) были приглашены 269 пациентов с ОТИЛ, явились на прием 102, прошли обследование 42 из них. В комплекс обследования входили: опрос, анамнез, клиническое исследование, лучевая диагностика, анализ крови, мочи и мокроты, постановка проб манту и диаскин-теста, при необходимости и другие методы исследования.

Полученные при этом данные подтвердились традиционной статистической обработке.

Результаты исследования. Из 42-х обследованных пациентов ОТИЛ женщин было 15 (35,7%, мужчин 27 (64,3%). Возраст их колебался в пределах 26-70 лет; до 30 лет-3, 31-40 лет-4, 41-50 лет-15, 51-60 лет-13, 61-70лет-7. Давность снятия с III группы ДУ и передачи пациентов в поликлинику колебалась от 2 х до 17 лет; до 5 лет-15, от 6-10 лет -18, более 10 лет – 9.

Из 41 пациента, которым была поставлена проба диаскин-теста слабоположительная реакция (4мм) были у одного, выраженная (10,11и 12мм) у трех и гиперэргическая реакция (15,28мм) у трех. Положительная проба диаскин-теста, как известно, расценивается как наличии активного туберкулезного процесса в организме. У шести из них других признаков

активного туберкулеза не обнаружено, поэтому им назначена химиопрофилактика двумя противотуберкулезными препаратами- изониазидом и рифампицином. У одной из них, женщины 48 лет, заразившейся туберкулезом 26 лет назад от мужа, кроме положительного диаскин-теста 15мм, были и другие признаки инфекционного процесса (высокая температура, повышенный СОЭ, потливость и др.). Врачами поликлиники у нее был заподозрен ревматоидный полиартрит и больная была направлена на консультацию в НИИ ревматологии в г.Москве, где ей установили диссеминированный туберкулез легких и направили на лечение в центральный НИИ туберкулеза. Сейчас больная продолжает успешное лечения в Махачкале.

Внутрисемейное заражение туберкулезом было еще у трех лиц с ОТИЛ.

По данным годовых отчетов Республиканского противотуберкулезного диспансера удельный вес лиц с ОТИЛ среди выявленных больных неуклонно растет из года в год, с 7,9% 2011г до 23,5% в 2019г. Соответственно эпидемиологическая значимость их. Между тем общение с поликлиническими врачами ОЛС убедила нас в том, что они не в состоянии оказать лицам ОТИЛ полноценную профилактическую и диагностическую помощь. На современном уровне из-за своей перегруженности текущей работой, отсутствия возможности ставить диагностические пробы манту, диаскин-тест и квантефероновый- тест, квалифицированно оценит результаты исследования при необходимости обеспечит их противотуберкулезными препаратами.

Выводы.

1. В период повсеместного снижение заболеваемости туберкулезом в нашей стране возрастает роль лиц с остаточными туберкулезными изменениями в легких в эпидемиологической ситуации по туберкулезу.

2. Общая лечебная сеть не оказывает и не в состоянии оказать лицам с ОТИЛ квалифицированную профилактическую и диагностическую помощь на уровне достижении фтизиатрической науки и практики. Поэтому целесообразно передать их под наблюдение противотуберкулезные службы. Тенденция уменьшения количества больных туберкулезом и разгрузка противотуберкулезной службы благоприятствуют этому.

УРОЛОГИЯ

О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ОДНОВРЕМЕННОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ СУПРУЖЕСКОЙ ПАРЫ НА ИНФЕКЦИИ ПЕРЕДАЮЩИЕСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЁМ

М.А. Абдуллаев - клинический ординатор, Р.Т. Савзиханов - к.м.н., ассистент

Кафедра урологии

ФГБОУ ВО ДГМУ, Минздрава России, Махачкала, Россия

Актуальность. В настоящее время в повседневной практике мы чаще встречаем различные ИППП, характеризующихся стертым или бессимптомным клиническим течением, что в значительной мере затрудняет проведение своевременной диагностики и лечения. Одними из самых распространенных условно-патогенных микроорганизмов на сегодняшний день у мужчин и женщин является уреаплазмы. Если о влиянии уреаплазм на бесплодие могут и продолжают идти споры, то относительно вклада инфекции в невынашивание беременности, развитие и поддержание воспалительных процессов у обоих супругов сомнений нет. С появлением ПЦР-диагностики мы получили доступный, относительно недорогой и удобный метод (чувствительность и специфичность метода ПЦР составляет 96 и 98%). Для решения репродуктивных мужчины обращаются неохотно, и в подавляющем большинстве инициатором обследования и лечения являются женщины. На практике, андрологи часто сталкиваемся с ситуацией, где пациентам, назначается гинекологом профилактическое лечение на основании выявленного микроорганизма у женщины. Как часто и с какой степенью уверенности мы можем полагаться на обследование одного из супругов?

Цель исследования определить целесообразность обследования обоих супругов на предмет наличия условно-патогенных микроорганизмов, на примере уреаплазменной инфекции.

Материалы и методы: К нам в клинику обратилось 76 мужчин, которые не предъявляли никаких урологических жалоб. Поводом для обращения явилось обнаружение уреаплазм у супруги. Все мужчины были обследованы качественным и количественным определением уреаплазм методом ПЦР.

Результаты; Подтверждение наличия инфекции в различных титрах получено у 56 мужчин, у остальных – 20 пациентов, ответ оказался отрицательным, что составило около 25%.

Выводы. Не существует идеальных методов диагностики, на качество проводимого анализа влияют несколько факторов в разные этапы его проведения. При лечении проблем репродуктивной системы инфекционного характера не следует пренебрегать обследованием одного из супругов. Необходимо обследование обоих супругов, так как вероятность упущения микроорганизмов возможна в каждом четвертом случае.

ОНКОЛОГИЯ, ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ

СКРИНИНГ РАКА МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

Х.Ш. Джалаева - студентка 2 курса педиатрического факультета,
Р.Ш. Абдулаева - студентка 5 курса лечебного факультета
Кафедра онкологии, лучевой диагностики и лучевая терапии
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия
Научный руководитель – д.м.н., проф. С.А.Алиев

Актуальность. Рак молочной железы - одно из распространенных злокачественных образований у женщин. Ежегодно в мире выявляют около 1 млн случаев . Заболеваемость данной патологией растет с каждым годом и становится одной из частых причин смертности женщин среднего возраста.

По данным ВОЗ, за последние 20 лет заболеваемость РМЖ удвоилась за счет его выявления у лиц молодого и среднего возраста.

За последние годы, благодаря более раннему выявлению опухолей, смертность от рака груди у женщин снижается. В развитых странах, где применяется маммографический скрининг населения, этот показатель снизился на 30–50%.

Известно, что при выявлении рака в 1 стадии в течение года гибнут лишь 2-8% пациенток.

Цель исследования. Определить уровень осведомленности о раке молочной железы в республике Дагестан.

Материалы и методы исследования. С целью оценки информированности населения по поводу диагностики рака молочной делены было исследовано 136 респондентов

Результаты исследования. Большинство опрошенных женщин считают, что Рак молочной железы встречается чаще всего от 40 до 49 лет (58,7%) 69% опрощенных лиц не получали информацию о профилактике онкологических заболеваний в поликлинике

Женщины так же оценили по десятибалльной шкале профилактические мероприятия в данном регионе. Лишь 4% лиц поставили отметку 10/10

Выводы. По результатам данных проведенного исследования было выявлено , что большинство женщин, проживающих в республике Дагестан имеют поверхностные знания о раке молочных желез и не знакомы с методикой самообследования молочных желез .

АНАЛИЗ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ И ХРОНИЧЕСКИМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН ПО РЕЗУЛЬТАТАМ СТАЦИОНАРА ОТДЕЛЕНИЯ ОНКОГЕМАТОЛОГИИ ГБУ РД «РЕСПУБЛИКАНСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»

А.М. Гаджиева - студентка 426 группы лечебного факультета,
З.З. Аскерова - студентка 426 группы лечебного факультета

Кафедра внутренних болезней педиатрического, стоматологического
и медико-профилактического факультетов
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия
Научный руководитель - д.м.н., профессор – С, Ш. Ахмедханов

Актуальность. Лейкозы-это группа клональных неопластических заболеваний кроветворной системы, при которых злокачественный клон может происходить как из незрелых гемопоэтических клеток костного мозга(острая форма), так и из созревающих и зрелых клеток крови(хроническая форма).

Согласно данным Московского научно-исследовательского онкологического института имени П.А. Герцена, в РД по состоянию на 2018 год было впервые в жизни выявлено 5050 случаев злокачественных новообразований, в том числе клональных заболеваний лимфатической и кроветворной системы 358(11.64 на 100 тыс. населения). Среди них абсолютный показатель заболеваемости острым лимфолейкозом составил 59(1.92 на 100 тыс. населения), а хроническим и подострым-30(0.98 на 100 тыс. населения). Как правило, продолжительность жизни больных лимфобластным лейкозом составляет от нескольких месяцев до 2-3 десятилетий (в среднем 5-8 лет).

Абсолютный показатель смертности от лейкозов в РД в 2018 году составил 93. Среди которых около 70% по причине осложнений, в том числе заболеваний органов дыхания (на их долю приходится от 50 до 80 % всех инфекционных осложнений). Возникновению бронхолегочной патологии содействуют лимфоидная инфильтрация легких, бронхов и плевры, а также гиперплазия лимфоидных фолликулов бронхиального дерева. Помимо этого, повышению склонности к различным инфекциям способствует цитостатическая терапия из-за развития на ее фоне вторичного иммунодефицита. Именно поэтому изучение патологии органов дыхания у больных острым и хроническим лимфобластным лейкозом является весьма актуальным.

Цель исследования. Провести анализ клинико-анамнестических данных и результатов лабораторных и инструментальных методов исследования больных острым и хроническим лимфобластными лейкозами по данным отделения онкогематологии ГБУ РД “Республиканская клиническая больница” г. Махачкала.

Материалы и методы исследования. Период наблюдения: май 2019г.- март 2020г. Количество обследованных -108 человек. Анализ данных проводился в программах Statistica 10.0 и Excel. На протяжении исследования изучались истории болезней пациентов (с клиническими диагнозами: острый и хронический лимфобластный лейкоз) , которые были подвергнуты госпитализации в отделение онкогематологии ГБУ РД “Республиканская клиническая больница” г. Махачкала. Принимались во внимание данные анамнеза больных,

особенности результатов лабораторных и инструментальных методов исследования.

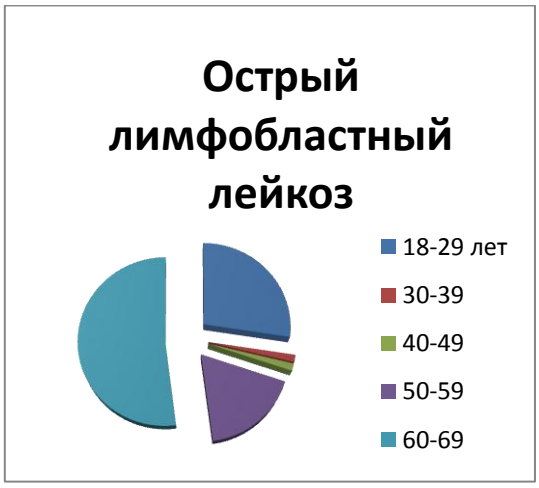
Результаты исследования. Было выяснено, что пациенты с острой формой лейкоза преобладают над пациентами с хронической формой. Из 108 случаев на острый лимфобластный лейкоз пришлось 65,74%(среди них женский пол-39,43%, мужской пол-60,56%), а на хронический - 34,26%(женский пол - 43,24%, мужской пол -56,76%).

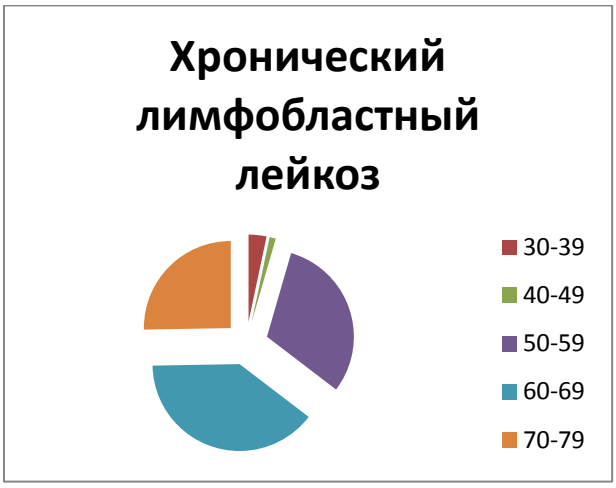
Выявляемость острой формы заболевания среди городского населения составила 42,25%, среди сельского 57,75%. Частота встречаемости хронического лейкоза -43,24% в городах и 56,76% в сельских местностях.

Показатели возрастной заболеваемости среди обследованных:

Острые лимфобластные лейкозы :18-29 лет -28,17%; 30-39 лет -1,4%; 40-49 лет-1,4%; 50-59 лет-18,3%; 60-69 лет -53,5%; 70-79 лет-0%.

Хронические лимфобластные лейкозы:18-29 лет-0%; 30-39 лет -0%; 40-49 лет-1,11%; 50-59 лет-29,73%; 60-69 лет -37,84%; 70-79 лет-24,32%.





В структуре осложнений на первое место выступили патологии бронхолегочной системы, среди которых превалировали пневмонии, затрагивающие нижние доли (72%), реже встречались - бронхиты и ХОБЛ(28%).

Среди обследованных пациентов с лимфобластными лейкозами, осложненными пневмонией ,в 30% случаев наблюдалось атипичное течение ,вызванное, главным образом, дефицитом нейтрофилов. При этом отмечались отсутствие острого начала заболевания и слабая выраженность физикальной симптоматики. У 5 пациентов картина воспаления была ограничена лихорадкой без соответствующих рентгенологических изменений.

В остальных случаях (70%) клинические проявления не отличались от таковых при классической пневмонии: больные жаловались на одышку, кашель со слизисто-гнойной(56%),слизистой и реже ржавой мокротой, высокую температуру тела(38-39°С),боли в грудной клетке при дыхании ,тахикардию, общую слабость и недомогание. Аускультативно

определялись влажные и сухие хрипы и ослабленное дыхание. Кроме того, у большинства пациентов течение пневмонии было тяжелым и затяжным.

Наиболее информативным в диагностике поражений легких у больного лейкозом является рентгенологическое исследование, поскольку картина крови и другие лабораторные показатели отражают картину основного заболевания.

По результатам рентгенологического исследования у больных были обнаружены признаки деформации и усиления легочного рисунка, а также расширения корня легкого на стороне поражения. При бронхопневмонии отмечались мелкие и крупные очаговые изменения размером 1-1,5 см.

При исследовании мокроты было выяснено, что главную роль в развитии пневмонии на фоне лимфобластных лейкозов играют пневмококки-42%. Несколько реже в мазке обнаруживались кишечная палочка (15%),клебсиеллы(13%),золотистый стафилококк(18%) и синегнойная палочка(8%). Во всех остальных случаях определялась смешанная бактериально-вирусная флора(4%).

Выводы.

У больных острым и хроническим лимфобластным лейкозом гематологического отделения ГБУ РД “Республиканская клиническая больница” г. Махачкала были изучены клинико-анамнестические данные и результаты лабораторных и инструментальных методов исследования, по результатам которых было выявлено, что:

- Острая форма лейкоза (65,74%) преобладает над хронической (34,26%);
- Чаще страдают мужчины, проживающие преимущественно в сельской местности;
- В структуре бронхолегочных осложнений на первый план выступают пневмонии, затрагивающие нижние доли (72%),реже - бронхиты и ХОБЛ(28%);
- У 30% больных выявлялось атипичное течение пневмонии (отсутствие острого начала заболевания и слабо выраженная симптоматика без соответствующих рентгенологических изменений);
- У остальных 70% обследованных наблюдалась классическая клиническая картина пневмонии(одышка, кашель со слизисто-гнойной(56%),слизистой и реже ржавой мокротой, высокая температура (38-39°С),боли в грудной клетке, усиливающиеся при дыхании ,тахикардия, хрипы и ослабленное дыхание);
- При рентгенологическом исследовании были обнаружены признаки деформации и усиления легочного рисунка, расширения корня легкого на стороне поражения, мелкие и крупные очаговые изменения размером 1-1,5 см (в случае бронхопневмонии);
- Исследование мокроты показало, что причиной пневмонии являлись в 42%-пневмококки, 15%-кишечные палочки,13%-клебсиеллы,18%-золотистые стафилококки 8%-

синегнойные палочки (8%). Во всех остальных случаях определялась смешанная бактериально-вирусная флора (4%).

В дополнение следует отметить, что по мере прогрессирования острых и хронических лимфобластных лейкозов и, соответственно, возрастания в крови уровня атипичных лейкоцитов происходит снижение защитных возможностей организма: возникает иммунодефицит. На фоне сниженного иммунитета частота осложнений со стороны дыхательной системы неуклонно растет. Пневмонии, развивающиеся в таких условиях, имеют затяжное и крайне тяжелое течение, плохо поддаются антибактериальному лечению и приобретают устойчивость к проводимой терапии. Все это важно для ведения и лечения больных.

Список использованной литературы

1. Богданов А.Н., Мазуров В.И. Клиническая гематология ,2008
2. Волкова М.А. Клиническая онкогематология ,2001
3. Воробьев А.И. Руководство по гематологии ,2003
4. Горелов В.Т., Городецкий В.М., Мирзоян Э.Э. и др. Острая дыхательная недостаточность при гемобластозах: типы диффузных поражений легких,1995
5. Земсков А.М. , Войтекунас Е.Б. Вопросы онкологии,1986
6. Кассирский И.А. Хронический лимфолейкоз. Клиническая гематология,1970
7. Каприн А.Д., Старинский В.В.,Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2018 году,2019г

СПЛЕНЭКТОМИЯ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ СЕРОЗНО-ПАПИЛЛЯРНОЙ АДЕНОКАРЦИНОМЕ ЯИЧНИКОВ

Е.В. Бережная - студент 3 курса лечебного факультета,
А.П. Чернышова - студент 3 курса лечебного факультета
Кафедра патологической анатомии
ФБГОУ ВО РостГМУ Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия
Научный руководитель - д.м.н., проф. Е.М. Непомнящая

Актуальность. Согласно литературным данным, метастазы рака яичников в селезенку встречаются редко, на них приходится 2–4% всех злокачественных опухолей селезенки с частотой 0,6% в исследованиях на вскрытии и 1,1% при спленэктомии. Имеется 13 сообщений о случаях метастазирования в селезенку при раке яичников, опубликованных в западных странах, и 21 случай, опубликованный в Китае. Большинство из них были представлены серозно-папиллярной аденокарциномой. Метастазирование в селезенку происходило в основном спустя много лет после операции. Причины редкого метастазирования в селезенку заключаются в следующем. Во-первых, острый угол, создаваемый селезеночной артерией, затрудняет возникновение опухолевой эмболии. Во-вторых, ритмичный сократительный

характер селезенки сдавливает возникшую эмболию опухоли и предотвращает попадание опухоли в селезенку. В-третьих, отсутствие афферентных лимфатических узлов, которые приносят метастазы в селезенку. Наконец, противоопухолевая активность обусловлена высокой концентрацией лимфоидной ткани в селезенке. Было выдвинуто предположение, что метастатические опухоли редко растут в селезенке, поскольку селезенка является фармакологическим и иммунологическим убежищем. После того, как Миназава и соавторы впервые выполнили спленэктомию у больной раком яичников с метастазами в селезенку, спленэктомия как терапевтический метод стала часто включаться в циторедуктивную хирургию рака яичников, что подтверждается другими сообщениями.

Цель исследования. Рассмотреть редкий случай метастазирования рака яичника в селезенку.

Материалы и методы исследования. Больная В., 66 лет, поступила в онкогинекологическое отделение ФГБУ «НМИЦ онкологии» Минздрава России 10.02.2020г. В анамнезе: считает себя больной с марта 2017г, когда появилось увеличение «живота», боли. Больная обратилась к хирургу по месту жительства, выполнено МРТ ОМТ картина объемного процесса яичников. При пункции заднего свода от 12.04.2017г ц.а. № 9746-51/17 поставлен диагноз- серозная аденокарцинома. Консультирована химиотерапевтами, рекомендовано проведение по месту жительства 3 курсов НПХТ по схеме (карбоплатин + паклитаксел). Произведена лапаротомия, экстирпация матки с придатками, оментэктомия, дренирование брюшной полости от 5.07.2017г.

Гистологические исследование: двусторонняя, высокой степени злокачественности, серозная карцинома яичников. В послеоперационном периоде проведено 6 курсов АПХТ по схеме «САР». В феврале 2019г выявлен метастаз в селезенку, по поводу чего было проведено еще 6 курсов ПХТ 2-й линии (цисплатин +паклитаксел). При осмотре наружные половые органы сформированы правильно. В зеркалах: культя влагалища без инфильтраций. В малом тазу: на месте удаленной матки с придатками слева от культи влагалища пальпируется плотное образование до 2см в диаметре.Уровень опухолевого антигена 125 (Ca125) в крови достигал 275МЕ/мл (референтный диапазон: 0–35 МЕ/л); Эпидидимального секреторного белка (He4) – 286 пмоль/л (референтный диапазон: 0–140 пмоль/л) ИНДЕКС ROMA (Risk of Ovarian Malignancy Algoritm)- 87% (референтный диапазон: 0–25,3%) от 11.02.2020г. МРТ ОБП и ОМТ от 18.01.2020г. Заключение: Мультикистозно – солидное образование в переднем отделе селезёнки (вероятно, метастаз). Образование в области культи влагалища – соответствует рецидиву, небольшое узловое образование в подвздошной области справа.

Результаты исследования. На основании результатов проведенного обследования было принято решение о проведении спленэктомии, удаление рецидивной опухоли в области влагалищного рубца, дренировании брюшной полости. При гистологическом исследовании в

селезенке- обширные метастазы серозной карциномы, высокой степени злокачественности, с наличием на отдельных участках псаммомных тел. В опухоли очаги некроза, миксоматоза, в жировой клетчатке – одиночные комплексы карциномы вышеописанного строения. В фиброзной ткани влагалища и воронко-тазовой связки – метастазы карциномы вышеописанного строения, гиалиноз, псаммомные тела. В послеоперационном периоде проведен 1 курс АПХТ 3-й линии препаратами: цисплатин - 135мг в/в кап; доксорубицин - 90мг. В течение проведенного курса химиотерапии уровень Са125 снизился с 275 МЕ/мл до 66,3 МЕ/мл, Не4 с 286 пмоль/л до 109 пмоль/л. По данным УЗИ ОБП и ОМТ от 20.02.2020г макрообразований в малом тазу не выявлено. В дальнейшем рекомендовано проведение 6 курсов ПХТ, симптоматическая терапия.

Выводы. Приведенное наблюдение показывает возникновение редкого метастазирования в селезенку с последующим успешным хирургическим лечением. Метастазирование в селезенку при раке яичников может быть диагностировано путем сочетания данных анамнеза, визуализации и гистологии. Из-за иммунологической функции селезенки метастазирование в нее обычно указывает на позднюю стадию заболевания, что диктует необходимость проведения спленэктомии как циторедуктивной операции с последующей комплексной терапией.

ЗНАЧЕНИЕ ИНФИЛЬТРИРУЮЩИХ ОПУХОЛЬ ЛИМФОЦИТОВ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Т. В. Черенкевич, Д. Н. Вашкова – студенты 1321 гр. лечебного факультета
Кафедра патологической анатомии
УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Республика Беларусь
Научный руководитель – к.м.н., доц. П. Г. Киселёв

Актуальность. Онкологические заболевания являются одной из основных причин смерти в большинстве стран. Рак молочной железы - наиболее частое злокачественное новообразование у женщин. В настоящее время изучены основные закономерности опухолевого роста и созданы различные виды терапии: молекулярно-таргетная, гормональная и химиотерапия. Однако остается ряд пациенток, у которых не удается добиться стойкой ремиссии после лечения. В последние годы внимание многих исследований сконцентрировано на активации иммунной системы человека, поскольку опухоль не существует изолированно, а возникает и развивается в макроорганизме, защитные свойства которого, в том числе способность противостоять раку, могут влиять не только на возникновение и развитие болезни, но и на эффективность терапии, в связи с чем активно изучаются свойства иммунных клеток, способных уничтожать раковые клетки.

Т-лимфоциты являются одним из ключевых звеньев противоопухолевого иммунитета, поэтому большинство научных исследований посвящено их роли при различных злокачественных новообразованиях человека.

Цель исследования. Определить влияние опухоль инфильтрирующих лимфоцитов при раке молочной железы на выживаемость пациентов и эффективность химиотерапии.

Материалы и методы исследования. Проведено исследование на операционном материале 78 пациенток с диагнозом рака молочной железы III стадии, которые получили комплексное лечение в 2016 году в республиканском научно-практическом центре онкологии им. Н.Н. Александрова. Гистологические препараты, окрашенные гематоксилином и эозином, были изучены под световым микроскопом Zeiss Axio Imager. Оценка количества инфильтрирующих опухоль лимфоцитов производилась согласно рекомендациям Международной рабочей группы по изучению инфильтрирующих опухоль лимфоцитов 2014 года. Результаты обработаны с помощью программного пакета Statistica 6.0.

Результаты исследования. Средний возраст пациенток составил 56 лет. У 63% пациенток был диагностирован люминальный А тип рака молочной железы, у 6% - люминальный В тип, у 11% - HER2-позитивный тип; у 20% - тройной негативный. В зависимости от выраженности инфильтрации опухоли лимфоцитами пациенты разделились на 3 группы: от 0 до 10% - 45% женщин, от 10 до 40% - 39% женщин, свыше 40% - 16% женщин. Медиана безрецидивной выживаемости во всей исследованной группе составила 26,5 месяцев. Рецидивы после проведённой терапии в первой группе по степени инфильтрации опухоли лимфоцитами наблюдались у 13 пациенток в среднем через 26 месяцев после установления диагноза; во второй группе – у 7 пациенток через 22 месяца; в третьей группе – у 2 пациенток через 32 месяца. При сравнении медианы безрецидивной выживаемости установлены достоверные различия между группами с различной степенью выраженности опухоль инфильтрирующих лимфоцитов при HER2-позитивном и трижды негативном раком молочной железы.

Выводы. Полученные в результате проведенного исследования данные свидетельствуют о положительном прогностическом влиянии опухоль инфильтрирующих лимфоцитов на эффективность проводимой химиотерапии и снижение риска рецидива при HER2-позитивном и трижды негативном раке молочной железы. Внедрение в клиническую практику оценки инфильтрирующих опухоль лимфоцитов не требует дополнительных финансовых затрат, поскольку она проводится по обычным гистологическим препаратам, окрашенным гематоксилином и эозином. Использование данной методики может быть рекомендовано для включения в перечень обязательных характеристик опухоли, которые оцениваются врачом-патологоанатомом при морфологической верификации диагноза рака молочной железы в ходе планового гистологического исследования.

ТРАВМАТИЗМ В КИКБОКСИНГЕ

А. Н. Мамедов – студент группы 1206 2 курса лечебного факультета
Кафедра физического воспитания и здоровья
ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, Казань, Россия
Научный руководитель – В.В. Фалалеев

Актуальность. Боевые виды спорта в последнее время пользуются популярностью у населения, исключением не является и кикбоксинг. Это очень красивый и эффектный вид спорта, но при этом и достаточно травмоопасный. Я сам очень много лет посвятил данному единоборству и именно поэтому я решил изучить данный вопрос.

Цель исследования. Выявить наиболее подверженный травматизму орган при занятиях кикбоксингом, по мнению студентов 2 курса лечебного факультета и спортсменов, занимающихся данным видом спорта.

Материалы и методы исследования.

- изучение источников литературы
- статистический метод
- анкетирование

Результаты исследования. Основные причины травматизма в кикбоксинге могут исходить как со стороны спортсмена, так и со стороны тренера, судьи. Также одним из факторов является материальная база секции.

Причины, связанные с деятельностью кикбоксера:

- Несистематизированный тренировочный процесс
- Экстремальная сгонка веса перед соревнованиями
- Невыполнение советов и указаний тренера во время тренировок, спаррингов, состязаний
- Недостаточная разминка
- Нарушение правил гигиены во время тренировочного процесса

Причины, связанные с деятельностью тренера:

- Несовершенная методика подготовки спортсменов
- Допуск к участию в спаррингах и боях спортсменов с незначительными повреждениями, которые могут повлечь за собой более тяжелые последствия
- Спарринги начинающих спортсменов с противниками, превосходящими оппонентов в своих навыках

Причины, связанные с деятельностью судьи:

- Продолжение боя, вопреки тому, что один из соперников не в состоянии продолжать боксировать
- Отсутствие пресечения нарушения правил со стороны одного или обоих спортсменов

Причины, связанные с материальной базой организации:

- Использование экипировки, пришедшей в негодность
- Использование настила, не соответствующего общепринятым параметрам

Среди студентов 2 курса лечебного факультета и спортсменов, занимающихся в секции кикбоксинга, был проведен опрос, на основании результатов которого были сформулированы следующие выводы.

Выводы. Наиболее подверженной травматизму системой органов при занятиях кикбоксингом, по мнению студентов, является опорно-двигательный аппарат - 72%; дыхательная система - 5%, кровеносная система - 5%, пищеварительная система - 11%, нервная система - 5%. Наиболее подверженной травматизму частью тела при занятиях кикбоксингом, по мнению студентов, является голова - 44%; туловище - 33%, верхние конечности - 17%, нижние конечности - 6%. Из органов пищеварительной, по мнению студентов, системы наиболее подвержена травматизму при занятиях кикбоксингом печень - 72%. Из органов дыхательной системы, по мнению студентов, наиболее подвержены травматизму при занятиях кикбоксингом легкие - 67%. Из органов нервной системы, по мнению студентов, наиболее подвержен травматизму при занятиях кикбоксингом головной мозг - 78%.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

А.Н. Гращенкова – аспирант

Кафедра спортивной медицины и медицинской реабилитации

ФГАОУ ВО Сеченовский Университет Минздрава России, Москва, Россия

Научные руководители - академик РАН, д.м.н., профессор С.Н. Пузин;

д.м.н., профессор О.Т. Богова

Актуальность. Реабилитационные мероприятия после перенесенного инфаркта миокарда в постинфарктный период посредством терренкура, скандинавской ходьбы и механотерапией. На постсоветском пространстве существует колоссальные и многочисленные методы реабилитации которые применимы только после прихода в реабилитационные центры. Данная восстановительная медицина и профилактика применима и эффективна тем, что вся реабилитация производится методом удаленного доступа. Современный аспект заключается в совершенствовании реабилитации пациентов после перенесенного инфаркта миокарда за счет удаленного доступа, на сегодняшний день весьма актуальна.

Цель исследования. Оценить каждый метод в отдельности и эффективность применения, а так же сделать заключение по мнению пациентов какой метод психологически подходит для реабилитации. Сравнить восстановительный комплекс механотерапию без ЛФК (группа I) и механотерапия с ЛФК (группа II) у пациентов перенесших инфаркт миокарда. На амбулаторном этапе применять простые методы реабилитации при помощи новых TCP/IP (Internet Protocol — маршрутизируемый протокол сетевого уровня стека TCP/IP) медицинских технологий, а так же David Back Concept. Данная реабилитация проводилась для исследования сердечно – сосудистой системы, переносимость физической нагрузки, подвижность, баланс и выносливость во всех плоскостях движения. Контроль веса, электрокардиограммы, артериального давления и пульса, а так же физическое состояние и работоспособность.

Материал и методы исследования. Инфаркт миокарда – это серьезное заболевание с тяжелыми осложнениями. Реабилитация при инфаркте миокарда – это реабилитация пациентов с ИБС, с учетом особенностей самого инфаркта. Программа направленна на восстановление физического и психического состояния больного с ИБС, перенесшего эпизод нестабильной стенокардии, инфаркт миокард или оперативное вмешательство на сердце (аортокоронарное шунтирование, баллонная ангиопластика, стентирование). На стадии реабилитации ставятся следующие задачи: физическое – восстановление до максимально возможного уровня функции сердечно – сосудистой системы и восстановление физической работоспособности пациентов. Лечебная гимнастика при ИМ, как и при ИБС – дозированная и специально разработанная для пациентов с ИБС, причем индивидуально для каждого конкретного случая. Терренкур – это метод лечения дозированной ходьбой по специально организованным маршрутам, поэтому она не вредна для сердца, может проводиться как в естественных условиях, так и с помощью специальных тренажеров. Скандинавская ходьба – ходьба с палками, вид физических упражнений, прогулка на свежем воздухе по спецтально дозированному маршруту. ЛФК – это активные упражнения, выполняемые с достаточным мышечным напряжением, усиливают процесс возбуждения, дыхательные упражнения в произвольном расслаблении скелетной мускулатуры. Программа комплекса David **B**ack **C**oncept (далее – **DBC)** является гармонизация мышечного профиля позвоночника и улучшение динамического моторно – двигательного стереотипа. Направление воздействия **DBC** технологии – глубокие мелкие мышцы позвоночника, которые обеспечивают фиксацию позвонков и выдерживают максимальные нагрузки в стрессовых ситуациях для пациентов с сердечно – сосудистыми заболеваниями, таких как подъем груза, резкие торможения, повороты корпуса, долгое сидение за рулем, за столом и т.д. Опыт применения David Back Concept в Германии показал повышение динамической работоспособности мышц, фиксирующих позвонки, на величины, которые составляют более 50 % от исходного состояния. Оценка физической работоспособности, физической подготовленности, физического состояния, силы и выносливости мышц спины.

Электрокардиограмма (далее – ЭКГ) – ритм сердца, частота сердечных сокращений (далее – ЧСС) позволит выявить причины отклонений сердца в работе сердечной мышцы, а так же при нагрузке. На выходе получится лента с графиками, расшифровав которые, врач ЛФК сделает дальнейшее заключение. 24 часовое 3-канальное мониторирование ЭКГ по Холтеру (длительность регистрации электрической активности сердечной мышцы, при условии его обычной повседневной активности). Эхокардиография (далее – ЭхоКГ) – критерии геометрии миокарда (будут рассмотрены элементы сердца). Фитнес браслет, смарт часы, а так же синхронизация ежедневной активности с телефона – автоматический трекинг. После снятия монитора врач ЛФК, изучает запись и составляет заключение.

Результаты исследования. В группах I и II показало возраст пациентов от 55 до 70 лет с диагнозом ишемическая болезнь сердца. Средний возраст 62±5,3 лет. Группы исследуемых пациентов были выбраны рандомизированным способом. Лечебная гимнастика и тренажер DBC не дает быстрого результата. При комплексном подходе нормализовалась частота сердечных сокращений, артериальное давление, масса тела, сила и выносливость.

Выводы. Ожидается положительная динамика гемодинамического ответа ССС у пациентов с перенесенным ИМ, определяемого инструментальными методами исследования – ЭКГ; 24 часовое 3-канальное мониторирование ЭКГ по Холтеру; ЭхоКГ. У пациентов с перенесенным ИМ в уменьшении клинических проявлений постинфарктного кардиосклероза, повышение толерантности к физическим нагрузкам. Скандинавская ходьба отличается от терренкура более высокой скоростью передвижения. Применение палок при ходьбе, является тем условием, которое позволяет создать пороговую величину нагрузки. Начинать реабилитацию целесообразно с терренкура, затем можно использовать палки при ходьбе. При работе с пациентами необходимо учитывать индивидуальную и физиологическую особенность, а так же анамнез, что позволит правильно подобрать программу реабилитации.

THE ROLE OF EXERCISES IN THE REHABILITATION PERIOD

Е. К. Гасанов – студент 3 курса Школы Общей Медицины,
С. Булегенова – студент 3 курса Школы Общей Медицины,
А. Жакан – студент 3 курса Школы Общей Медицины
Кафедра физической культуры НАО КазНМУ им. С. Д. Асфендиярова
НАО Казахский Национальный Медицинский Университет им. С. Д. Асфендиярова,
г. Алматы, Республика Казахстан
Научный руководители - ассистент Г.Н. Рахметова, ассистент Н.В. Переверзева

Relevance: Unfortunately, none of us is safe from injury. The body copes easily with some injuries, however, others require effective treatment and restoration of lost functions. This primarily refers to complex fractures, head injuries, limbs, joints, menisci and ligaments. The injured part of the

body usually disrupts blood circulation, the muscles atrophy. This can lead to new diseases. That is why it is so important to take the recovery period seriously. Rehabilitation after fractures and injuries should take place according to an individual program, but in general, it consists of the following stages. Elimination of vascular changes and edema. These phenomena, alas, are inevitable with long immobility of the limbs or the whole organism. Increase elasticity and muscle tone. Before moving directly to motor activity, you need to make sure that the muscles are ready for this, otherwise, a return to your usual lifestyle can be too painful.

Aim of research: To conduct research to evaluate the role of a sequence of actions directed to recovery by describing general sources and types of trauma; focus on the most common cases (bruises and sprains); public opinion; provide a special plan of exercises

Material and methods of research: Moreover, the other methods, relating to the public opinion about the role of recovery exercises were used. It was aimed to gather new primary information and to gain the perspectives of people who are well-acquainted with the sphere of issue. One of them was a survey. It was very helpful in indicating the awareness of citizens about the topic of plastic surgeries. Moreover, primary information collected reduced the amount of inaccuracy gained by secondary sources. The survey was done on SurveyMonkey.Com web-site, which was found to be the easiest and the most effective way of making surveys, because it made a distribution of the questions faster and wider, moreover, eased the analysis of the data by the use of web-pages own advanced statistical techniques

Results of research: 1. Boxing: in 65% of cases, athletes injure the distal upper limbs: fingers, metacarpophalangeal joints and joints - wrist, elbow, and shoulder. 18% of cases are injuries to the face (damage to the nose and nose, ears, the inner lining of the lips and cheeks, eyebrow dissection). In taekwondo, the legs are most often injured (about 51%): foot and fingers — 29%, head — 26%, teeth — 18%. In the fight (classical and Greco-Roman), 69.27% of injuries are acute injuries of the musculoskeletal system, most often the knee, as well as combined injuries of the capsule-ligamentous apparatus. 13% of the cases are fractures and dislocations. Experts emphasize that fighters receive the most moderate and severe injuries when they are not adequately prepared for the fight. 2. Basketball. According to NBA doctors, most injuries to basketball players have the following causes: sharp angular accelerations, sharp starts and stops, jumps, physical contact. “Jumper's knee” - this is how damage to the patellar ligament is described, functional subluxation in the patella-femoral joint, tendinopathy of the quadriceps femoris tendon at its attachment to the tibial tuberosity. 3. Football. Football is one of the most popular and most traumatic games. The main damage mechanism here is contact injuries (38%) for goalkeepers and defenders, while midfielders and attackers injuries are most often encountered during running, when falling and hitting the ball, more so in official matches (64%) than during training (51%).

Conclusions: Rehabilitation is the most important priority and the most important stage of

recovery after injuries and injuries. The task of rehabilitation is to restore the entire body to its former mobility, to restore the patient's health and activity, to make the functioning of the damaged organ, joint or body part return to normal. The major part of the rehabilitation is represented by physiotherapy and complex of elaborated activities. Physiotherapy is a therapeutic and prophylactic method that involves the use of physical exercises to an injured person in order to restore health more quickly and fully, and ability to work, as well as preventing the consequences of the pathological process. It is an important and indispensable component of the complex therapy of patients with various diseases. An important principle of the treatment is its integrity - the use of a variety of natural healing factors in combination with physiotherapeutic procedures, diet therapy, drugs and other therapeutic agents and methods.

Bibliography:

1) Беркович Е.М. Энергетический обмен в норме и патологии. - М.: Медицина, 1964. - 334с.

2) Берштейн Н.А. Очерки по физиологии движений и физиологии активности. - М.: Медицина, 1966. - 349 с.

3) Биохимия: Учеб. для ин-тов физ. культ./Под ред. Меньшикова В.В., Волкова Н.И. - М.: Физкультура и спорт, 1986. - 384 с

ФАРМАКОЛОГИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ, ФАРМАКОЭКОНОМИКА И ФАРМАЦИЯ

ВЛИЯНИЕ АЗИТРОМИЦИНА НА АДГЕЗИВНЫЕ СВОЙСТВА STAPHYLOCOCCUS AUREUS

А.А. Курбанов - студент 5 курса лечебного факультета Сеченовского университета, М.А. Ахмедова– студентка 305 гр. стоматологического факультета

Кафедра фармакологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доцент З.Ш. Магомедова

Актуальность. Возможности существования микроорганизмов в состоянии биопленки актуализируют вопрос по выяснению базовых механизмов их развития, практических подходов к лечению и профилактике заболеваний, обусловленных микробными сообществами. Процесс пленкообразования включает несколько этапов, среди которых адгезия к биотической или абиотической поверхности. Предыдущие исследования показали, что макролидный антибиотик азитромицин дозозависимо нарушает пленкообразование (при 5,0 МИК – на 93,2%, при 0,5 МИК – на 29,8%). (МИК – минимальная ингибирующая концентрация). Для установления механизма такого действия необходимо исследовать его влияние на различные этапы формирования биопленки.

Цель работы – определить способность к адгезии Staphylococcus aureus при условии влияния азитромицина.

Материалы и методы. Исследования проведены с использованием 7 клинических штаммов рода Staphylococcus, выделенных от урологических больных. Способность стафилококков к адгезии определяли на полистироловых планшетах по методике Christensen (фиксация 96% этанолом, покраска 0,1% р-ром генцианвиолета). Микроорганизмы с антибиотиком (концентрация 5,0 МИК) инкубировали при температуре 37 С в течение 1, 3, 5 и 7 час. После окончания срока инкубации, культуру выдерживали в планшетах в течение 24 ч при 37 С.

Адгезивность культуры определяли по изменению оптической плотности (OD) в частной медицинской компании (INVITRO, г. Москва) на анализаторе «AbsorbanceMicroplateReader Elx800» (BioTек, США) при длине волны 630 нм. Статистическую обработку результатов проводили с использованием критерия Ньюмена-Кейлса (программа «StatSoft «Statistica 6.0»).

Результаты исследования. Полученные данные по адгезивности S. aureus к абиотической поверхности свидетельствуют, что 3 штамма оказались слабоадгезивными ($0,06<OD\leq0,12$), 3 – среднеадгезивными ($0,12<OD\leq0,24$), 1 штамм характеризовался сильными адгезивными свойствами ($0,24<OD$). Установлено, что антибактериальный препарат азитромицин в концентрации 5,0 МИК не влияет на начальный этап пленкообразования, не

нарушает адгезивность S. aureus к абиотической поверхности при действии в течение (1 - 7) час.

Выводы. Полученные результаты экспериментов свидетельствуют, что уропатогенные **штаммы** стафилококков проявляют различную адгезивную способность. Азитромицин в концентрации 5,0 МИК не влияет на адгезию S. aureus, что свидетельствует о его возможном влиянии на поздние стадии образования биопленки.

РОЛЬ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ДОБАВОК К ПИЩЕ В ОЗДОРОВЛЕНИИ НАСЕЛЕНИЯ

Э.Р. Шабанова - студентка 3 курса 36 гр. лечебного факультета

Кафедра фармакологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководители - к.ф.н., доцент Х.Н.Насрулаева и к.ф.н., доцент З.Ш. Магомедова

Актуальность. Основное значение добавок- профилактика заболеваний и коррекция основных функций организма. Также подчеркивается их роль как вспомогательных средств, дополнительного источника питательных веществ, т.е. дополнение к основному рациону человека.

В связи с этим появляется возможность провести сегментирование рынка. По данным академика РАМН А.Н. Тутельяна – на долю здоровых людей в среднем приходится около 20% от популяции. В результате периода маладаптации - это, прежде всего, недостаточная защитная функция организма, сниженный иммунитет, влияние неблагоприятных условий окружающей среды. На долю маладаптации приходится около 40% населения. На долю предболезни приходится 20% и только 20% -на состояние болезни - медицинскую и фармацевтическую помощь. Следовательно, от 60% до 80% населения могут успешно применять БАД к пище для сохранения здоровья и профилактики болезней.

В последнее десятилетие резко снизилось потребление пищи. Для поступления в организм необходимого количества микронутриентов нужно потреблять . в пересчёте на энергетическую ценность 3000 килокалорий . но сейчас человеку достаточно 2300 килокалорий для пополнения энергетических запасов , что и ведет к дефициту микронутриентов в организме. Увеличение потребления пищи приведет к избыточной массе тела и ожирению, от которого уже страдает по данным МЗ РФ 55% населения старше 30 лет. Не менее широко распространен и дефицит полиненасыщенных жирных кислот, способствующих развитию атеросклероза и таких заболеваний как ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, гипертония и т.д. Кроме того, примерно у 80% жителей нашей страны отмечается недостаток витамина С. В результате 55% причиной смертей (по данным МЗ) становятся сердечно-сосудистые заболевания, одним из основных рисков развития которых является нарушение

структуры питания. На втором месте – несчастные случаи, травмы и отравления (14%). На третьем месте – злокачественные новообразования (13%). Болезни органов дыхания, пищеварения, инфекционные, паразитарные и прочие болезни в общей сложности занимают 18% в структуре смертности.

Таким образом, приоритетами оздоровительных программ должны стать заболевания сердечно-сосудистой системы, инфекционные заболевания и злокачественные новообразования. С этими задачами по нению некоторых авторов (О.В. Орехов, А.Н.Тутельян и др.) успешно могут справиться биологически активные добавки к пище, так как они удовлетворяют основным требованиям оздоровления населения:

- ❖ Возможность длительного или постоянного применения,
- ❖ Общедоступность (режим применения, цена).

По данным *Консультативного Центра по БАД* применение нелекарственных оздоровительных средств позволит снизить заболеваемость ОРВИ и гриппом в 2-3 раза, сердечно - сосудистыми заболеваниями 6 раз и сократить частоту появления злокачественных новообразований на 20%.

Цель. В связи с этим необходимо изучить потребительское поведение при покупке биологически активных добавок к пище. С целью выявления мотивов спроса на БАД к пище нами проведены пилотажные исследования общественного мнения посетителей аптек.

Материал и методы исследования. Экспресс опрос и анкетирование проведено в 2019году, в ряде наиболее крупных аптек города Махачкала.

Результаты исследования. По результатам анкетирования более 100 человек выяснено, что при покупке добавок основное внимание уделяется их эффективности (37,3%), стоимости (24%) и побочным эффектам (22,7%). При этом от БАДов покупатели в основном ожидают повышения иммунитета (25%), повышения тонуса организма (25%) и улучшения состояния сердечно-сосудистой системы (21,8%), что вполне соответствует программе оздоровления населения.

Однако, необходимо обратить внимание на профилактику злокачественных новообразований- это одна из наиболее сложных задач, стоящих перед Министерством Здравоохранения.

Выводы. При покупке биологически активных добавок респонденты руководствуются рекомендациями врача (31.3%) и знакомых (31,3%). Причем большая часть респондентов уже приобретали биологически активные добавки к пище (68%) и применяют их не менее месяца. Более половины опрошенных оценивают действие добавок как «*хорошее*» (53%).

Цены на покупаемые добавки колеблются в пределах от 121,70 *(«Йод-Актив»* завод *«Диод»*) до 1900 рублей (*«Гинкго-билоба» Irvin Naturals*). Средняя цена на добавки, пользующиеся спросом у посетителей аптек, составляет 182,7 рубля, и они в основном считают

её доступной (21,4%).

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БЛОКАТОРОВ КАЛЬЦИЕВЫХ КАНАЛОВ (БКК) ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ. СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ БКК РАЗНЫХ ПОКОЛЕНИЙ

К.А. Исмаилова - студентка 330 гр. лечебного факультета

Кафедра фармакологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководители - к.м.н., доцент Р.Т. Алхазова, к.м.н., доцент З.Ш. Магомедова

Актуальность. В настоящее время, не только в России, но и во всем мире сердечно-сосудистые патологии занимают лидирующее место по проценту заболеваемости и смертности населения, подчас трудоспособного возраста. Артериальная гипертензия (АГ) - самая распространенная сердечно-сосудистая патология, "зарекомендовала" себя как эпидемия, ставшая проблемой человечества мирового масштаба, которая поразила почти все слои населения: от подростков старше 14 лет до людей старческого возраста. Согласно европейской классификации 2013 года, АГ считают давление выше 140/90 мм.рт.ст. Около 30-32% населения РФ страдают данной сердечно-сосудистой патологией, с возрастом процент заболевших увеличивается. АГ является одной из причин развития ишемической болезни сердца (ИБС), острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК), нефросклероза и почечной недостаточности, которая обеспечивает дальнейшую прогрессию АГ, а также поражений сосудов сетчатки глаза, цирроза печени, панкреатита, дисфункций половой системы. Все вышеперечисленное является далеко не полным списком патологий, развивающихся на фоне повышенного давления. Чрезмерное повышение артериального давления, спровоцированное психоэмоциональной или физической нагрузкой, может привести к грозному осложнению - гипертензивному кризу. Исходя из всего вышесказанного, основная цель лечения АГ в настоящее время - максимальное снижение риска развития сердечно-сосудистых осложнений и процента смертности. Поэтому, основная задача здравоохранения заключается в грамотной коррекции АД до значений, обеспечивающих высокое качество жизни заболевших.

На сегодняшний день, для лечения АГ и купирования гипертензивного криза назначают четыре основные группы препаратов, дополнительно включающие еще несколько подгрупп : 1) нейротропные средства (альфа, бета-адреноблокаторы и др.); 2) средства, влияющие на ренин-ангиотензин-альдостероновую систему (РААС); 3) миотропные средства (блокаторы кальциевых, активаторы калиевых каналов, донаторы окиси азота и др.) и 4) диуретики (тиазиды, “нетиазидные” , осмотически активные диуретики и др.). Подробнее рассмотрим препараты, блокирующие кальциевые каналы (БКК), их классификацию и механизм действия. БКК известны как высокоэффективные антигипертензивные, антиангинальные средства,

обладающие антитромботическим и цитопротекторным действием. Широко используется классификация БКК, которая отражает химическую гетерогенность и фармакологические отличительные особенности этих препаратов.

Выделяют 2 класса БКК: 1,4 - дигидропиридиновые и “недигидропиридиновые”. Последние в свою очередь подразделяются на классы фенилалкиламинов и бензотиазепинов. В таб. 1 представлены основные классы БКК, которые используются в терапевтической практике с целью лечения АГ, с дозировкой и частотой приема каждого препарата.

Таб.1 Основные классы БКК, использующиеся в терапии АГ

Класс препарата	Список препаратов и дозировка
Производные 1,4 - дигидропиридина	Нифедипин (40 - 80 мг 1 раз / день) Никардипин (0-120 мг 1 раз/ день) Низолдипин (20-40 мг 1 раз / день) Амлодипин, Исрадипин, Фелодипин (2,5 - 10 мг 1 раз / день)
Производные фенилалкиламина	Верапамил (по 120 мг 3 раза /день)
Производные бензотиазепина	Дилтиазем (от 60 до 360 мг 3 раза /день)

Механизм действия БКК заключается в нарушении проникновения ионов кальция из экстрацеллюлярного пространства в мышечные клетки сердца и сосудов через медленные потенциалзависимые L - каналы.

Фармакологические эффекты БКК:

• уменьшают сократимость миокарда (снижают силу сердечных сокращений), что способствует снижению АД и уменьшению потребности миокарда в O_2;

• расслабляют гладкую мускулатуру сосудов, вызывают дилатацию периферических артерий, снижают общее периферическое сопротивление сосудов ОПСС (улучшают кровоток, снижают пост- и преднагрузки на сердце);

• расширяют коронарные сосуды (улучшают коронарный кровоток, повышают доставку O_2 к сердечной мышце);

• оказывают мочегонное действие, угнетая реабсорбцию натрия, что также дает положительный эффект в лечении АГ;

• замедляют автоматизм клеток синоатриального узла, снижают скорость проведения возбуждения по предсердно-желудочковому узлу (антиаритмическое влияние);

• антитромботическое действие и улучшение реологических свойств крови (эффективен при лечении болезни и синдрома Рейно).

Исходя из вышеизложенного, БКК эффективны не только при АГ, но и при стенокардии,

аритмиях (наджелудочковой тахикардии, экстрасистолиях), ОНМК, дисциркуляторных и дисметаболических патологиях мозга, болезни и синдроме Рейно, гипертрофических кардиомиопатиях и др.

В настоящее время выделяют три поколения БКК по длительности действия (Таб.2):

• препараты 1-го поколения - селективные антагонисты кальция, препараты - прототипы с коротким периодом полувыведения (применяют через каждые 6 ч.);

• препараты 2-го поколения. Подразделяются на препараты 2а - новые лекарственные формы препаратов- прототипов и 2б - препараты с новой химической структурой. Все препараты 2-го поколения - средства с длительным периодом полувыведения (медленным высвобождением), применяют 2р/день, менее токсичны по сравнению с препаратами 1 поколения);

• препараты 3-го поколения - препараты сверхдлительного действия, производные дигидропиридина, превышают действие предшественников по силе и продолжительности. Прием этих препаратов облегчает то, что они действуют 24 ч., поэтому достаточно применение 1р/день. Препараты - прототипы 1-го поколения, несмотря на высокий антигипертензивный и антиангинальный эффект, имели при своем использовании в терапевтической практике существенные недостатки.

Таб.2 Классификация БКК по поколениям

Группа	1-го поколения	2а - поколения (новые формы)	2б - поколения (новые химические соединения	3-го поколения
Дигидропиридины (артерии > сердце)	Нифедипин Никардипин	Нифедипин SR/GITS Фелодипин ER Никардипин SR	Бенидипин Манидипин Исрадипин Нилвадипин Нисолдипин Нимодипин Нитрендипин	Амлодипин Лацидипин Лерканидипин
Фенилалкиламины (артерии<сердце)	Верапамил	Верапамил SR Галлопамил		
Бензотиазепины (артерии=сердце)	Дилтиазем	Дилтиазем SR		

Примечание: **SR** - с замедленным высвобождением действующего вещества, **ER** - с длительным высвобождением вещества, **GITS** - гастроинтестинальная терапевтическая система.

Дигидропиридины. Эффект практически напрямую направлен на тонус сосудов, не затрагивая проводящую систему сердца и миокард, что позволяет использовать средства этой группы у широкого круга пациентов;

Фенилалкиламины оказывают более выраженный эффект на структуры сердца (миокард, проводящая система);

Бензодиазепины считаются БКК универсального действия, одновременно оказывают свое влияние на сердце и сосуды (сердце=артерии), в связи с тем активно используются в терапевтической практике как для лечения АГ, так и для коррекции нарушений кардиального генеза.

Препараты-прототипы 1-го поколения, несмотря на высокий антигипертензивный и антиангинальный эффект, имели, при своем использовании в терапевтической практике, существенные недостатки:

1. Низкая биодоступность препаратов 1-го поколения, по причине интенсивного метаболизма при первом прохождении через печень;
2. Недостаточная тканевая селективность;
3. Непродолжительное действие, по причине быстрой элиминации препарата из организма, которая неизбежно приводила к необходимости принимать препараты несколько раз в сутки;
4. Небезопасность длительного применения этих препаратов у пациентов с АГ и ИБС, так как длительный прием приводил к активации РААС и симпатоадреналовой системы, в связи с непродолжительным вазодилатирующим эффектом. Последствия приема препаратов 1-го поколения подчас приводили к развитию инфаркта миокарда или летальному исходу.

Учитывая все вышеизложенные причины, с целью преодоления всех негативных эффектов, были созданы новые БКК 2-го и 3-го поколений, которые отличаются более продолжительным и равномерным действием. Последние с успехом используются в настоящее время для лечения больных с самыми разнообразными патологиями сердечно-сосудистого генеза, в том числе и АГ.

Целью исследования является изучение средств, блокирующих кальциевые каналы (БКК), рассмотрение фармакологических особенностей этих препаратов и осуществление отбора препаратов, обладающих высокой эффективностью и малой токсичностью, для лечения АГ.

Материал и методы исследования. Для проведения оценки эффективности лечения АД средствами БКК была отобрана группа пациентов в количестве 30 чел. на базе РКБ г.Махачкала, отделения кардиологии. Лечение проводилось в период с 2018 по 2019 гг. Пациенты получали лечение препаратами 2-го и 3-го поколения БКК, проводилось сравнение полученных результатов и отбор наиболее эффективных препаратов группы БКК, которые

давали выраженный, продолжительный терапевтический эффект с минимальным побочным действием.

Результаты исследования. Выделенной группе пациентов были назначены БКК 2-го (2а и 2б) и 3-го поколения (Амлодипин, Лацидипин) и, на основании этого, сравнивались эффекты препаратов разного поколения. Препараты 2а поколения (Нифедипин GITS) показали продолжительный терапевтический эффект, сочетая в себе длительное время до достижения максимальной концентрации и длительный период полувыведения препарата из плазмы. Препараты 2б поколения (Исрадипин, Нилвадипин и др.) обеспечивали пролонгированное действие и выраженную вазоселективность. Однако у пациентов, принимавших БКК 2 поколения, наблюдалось внезапное прекращение действия препарата, в связи с этим возникала необходимость назначения препарата 2 раза в день. Причиной развития такого непродолжительного терапевтичесого эффекта можно считать низкую биодоступность препарата (10-40%) и значительные колебания концентраций препарата в плазме крови в течении "междозового" интервала. В принципе, препараты 2-го поколения не сильно отличаются от селективных антагонистов кальция с коротким периодом полувыведения (препаратов 1-го поколения), но в большинстве случаев, первые давали лучшие результаты в терапии при АГ и реже провоцировали побочные эффекты. На основании проведенного исследования, целесообразнее применять дигидропиридиновые БКК 1 поколения (Нифедипин и др.) в целях первой помощи, для купирования гипертензивного криза (быстрый непродолжительный вазодилатирующий эффект), а в рамках терапии АГ назначать БКК последующих поколений (Никардипин эффективно устраняет хроническую АГ, Амлодипин - более эффективный и безопасный препарат по сравнению с групповыми аналогами, мягко и равномерно снижает АД). В исследуемой группе пациентов, средства БКК 3-го поколения (Амлодипин, Лацидипин, Лерканидипин) оказывали сверхдлительный терапевтический эффект, однократный прием обеспечивал антигипертензивный эффект в течении 24-36 ч. (при суточной дозе 2,5-5,0 мг/сутки и макс.сут.дозе - 10 мг). Препараты нового поколения отличаются от своих предшественников минимальными негативными последствиями (предшественники вызывали в ответ на мощную вазодилатацию активацию симпато-адреналовой и РААС с последующим развитием рефлекторной тахикардии). Амлодипин назначали пожилым пациентам без корректировки дозы, также препарат обеспечивал хорошую переносимость и эффективность при АГ, сопровождающейся сахарным диабетом, бронхиальной астмой и подагрой. Причиной безопасности препаратов 3-го поколения можно считать оптимальные фармакокинетические свойства и стабильность концентрации препарата в плазме крови в течение суток после однократного приема. Хорошая переносимость и безопасность препаратов последнего поколения позволила использовать эти БКК в целях долгосрочной антигипертензивной терапии.

В заключении хочется отметить, что БКК разных классов и поколений показаны к применению при самых разнообразных клинических ситуациях, возникших на фоне сердечно-сосудистой патологии. В целях устранения АГ, а также любой патологии сердечно-сосудистого генеза, необходимо соблюдать рациональный подбор медикаментов при проведении соответствующего лечения, чтобы обеспечить высокое качество жизни пациента и предотвратить риски жизнеугрожающих состояний.

Список литературы:

1. Болезни сердца и сосудов [Текст] = The ESC textbook of cardiovascular medicine : руководство / под ред. А. Дж. Кэмма, Т. Ф. Люшера, П. В. Серруиса, пер. с англ. ; под ред. Е.В. Шляхто ; ВНОК, Федер. Центр сердца, крови и эндокринологии им. В. А. Алмазова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011.
2. Гипертоническая болезнь и ишемическая болезнь сердца – проблема врача и пациента В. И. Бакшеев, Н. М. Коломоец, Б. Л. Шкловский. - Москва : Изд-во БИНОМ, 2015..
3. Кобалава, Ж. Д. Артериальная гипертония. Ключи к диагностике и лечению [Текст] / Ж. Д. Кобалава, Ю. В. Котовская, В. С. Моисеев. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009.
4. Фармакология, Харкевич Д.А., 10-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.
5. Фармакология/ Под ред. Р.Н. Аляутдина. — 2-е изд., испр. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. - 592 с: ил. Компьютерная вёрстка С.А. Микрюкова.
6. Эффективность лерканидипина в снижении риска развития осложнений при артериальной гипертензии, Е.Л. Трисветова, Белорусский государственный медицинский университет, 2015.
7. Клиническая фармакология и клиническая эффективность амлодипина. Данные доказательной медицины, Леонова М.В., Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова Минздрава России, Москва, Журнал "Медицинский совет" - 2014- №12
8. Крюков, Н. Н. Артериальная гипертония и ее профилактика, лечение, диагностика и способы контроля [Текст] / Н. Н. Крюков, П. И. Романчук ; Минздравсоцразвития СО, ГОУ ВПО СамГМУ Росздрава. - Самара : Волга-Бизнес, 2007.
9. Оптимизация контроля артериального давления и ангиопротекции с помощью фиксированной комбинации периндоприла и амлодипина у пациентов с артериальной гипертензией и высокой скоростью распространения пульсовой волны [Текст] / С. В. Недогода [и др.] // Кардиология. - 2017. - № 3.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОТИВОГРИБКОВЫХ СВОЙСТВ ПИРАЗОЛСОДЕРЖАЩИХ СОЕДИНЕНИЙ С МОЧЕВИННЫМ ФРАГМЕНТОМ В ПОЛОЖЕНИИ 3 ПИРАЗОЛЬНОГО ЦИКЛА

А.А. Курбанов - студент 5 курса лечебного факультета Сеченовского университета,
М.А. Ахмедова– студентка 305 гр. стоматологического факультета

Кафедра фармакологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия.

Научный руководитель - к.м.н., старший преподаватель К.Я. Шугаева

Актуальность. Интенсификация разработки и внедрения новых антимикробных препаратов является одним из эффективных путей преодоление антибиотикорезистентности микроорганизмов.

Цель. Выявить противогрибковые свойства синтезированных соединений.

Материалы и методы. Нами было получено для исследования 16 новых пиразолсодержащих соединений с мочевинным фрагментом в положении 3 пиразольного цикла. Исследования классическими методами (двухкратных серийных разведений, стандартных дисков) не дали возможности эффективно проанализировать свойства новых органических соединений через их водонерастворимость. Нами была апробирована модифицированная методика исследования водонерастворимых веществ с использованием суспензии исследуемого вещества на основе глицериножелатинового геля.

Результаты исследований. В результате исследований, выявлено, что в отношении дрожжевых грибов рода Candida (АТСС 885-653), соединение М10 привело к образованию зоны задержки роста диаметром 6,5 мм, соединения М7, 15-16 – 5мм, М2-6, 8-9мм, 11-14 – <5мм, М1 – 1мм. Проанализировав полученные результаты, мы решили подвергнуть более детальному изучению вещество М10, которая проявила неплохие показатели в объеме одной капли (12,5 мкг), поскольку за методом стандартных дисков применяют диски с нагрузкой антибиотиком от 5 до 25мкг. Соединение М10 в дозе 50мкг повлекла образование зоны задержки роста C.albicans (АТСС 885-653) диаметром 21мм, что делает ее перспективной для дальнейших исследований, в первую очередь ее противогрибковой активности. Таким образом, проведенный эксперимент показал фунгицидные свойства вещества М10, и дал возможность провести диагональ между дозой соединения М10 и ее активностью. Итак, 0,1 мл (10мкг) соединения М10 задерживал рост C.albicans (АТСС 885-653) зоной диаметром 7мм, 0,2 мл (20мкг) – 7,5 мм, 0,3 мл (30мкг) - 8мм, 0,4 мл (40мкг) – 11мм, 0,5 мл (50мкг) – 21мм.

Вывод. Принимая во внимание полученные результаты исследования противогрибковых свойств пиразолсодержащих соединений с мочевинным фрагментом в положении 3 пиразольного цикла (соединение М 10), можем рекомендовать их как перспективные для дальнейших исследований.

NASONEX IN THE TREATMENT OF COMPLICATIONS OF ALLERGIC RHINITIS AFTER RHINOPLASTY

B. I. Dzhantemirov - 5th year student of the faculty of medicine,
M.A. Akhmedova – 305-group student of the dental faculty

Department of pharmacology

FSBEI HE DSMU of the Ministry of health of Russia, Makhachkala, Russia

Scientific supervisor - candidate of medical Sciences, K. YA. Shugaeva

Relevance. Nasonex mometasone furoate. GCS for local use. It has an anti-inflammatory and anti-allergic effect when used in doses that do not cause systemic effects. Inhibits the release of inflammatory mediators. Increases the production of lipomodulin, which is an inhibitor of phospholipase A, which causes a decrease in the release of arachidonic acid and, accordingly, inhibits the synthesis of arachidonic acid metabolism products-cyclic endoperoxides, prostaglandins. It prevents the marginal accumulation of neutrophils, which reduces inflammatory exudate and the production of lymphokines, inhibits the migration of macrophages, and reduces the processes of infiltration and granulation. Reduces inflammation and inhibits the development of an immediate allergic reaction [1, 2].

Purpose of research. Drug prevention and treatment with nasonex in postoperative rhinoplasty. The contingent of people studied for allergic rhinitis was treated with corticosteroids before rhinoplasty. Experimental subjects underwent rhinoplasty without prior use of corticosteroids. The success rate of the system (0-3 sets) was used to evaluate the process of difficulty through the nose, headache, sneezing, throat and nasal breathing damage before and after rhinoplasty.

Research materials and methods. The study involved 48 patients with allergic rhinitis, the average age of women 22 years, who went to a doctor to correct the shape of the nose. In all cases, rhinoplasty was aimed at removing parts of bone and cartilage. The diagnosis of allergic rhinitis was made by an otolaryngologist on the basis of anamnesis and clinical examination of patients. Patients were pre-trained for rhinoplasty. Treatment of allergic rhinitis was carried out in stages.

Research result. At the first stage, the secret was eliminated by irrigation of the nasal mucosa, acupressure of the wings of the nose and the collar zone.

In the experimental group, 3 subgroups were identified. In subgroup A (27 patients), nasonex aerosol was used for the treatment of allergic rhinitis, one injection of 50 micrograms into each nostril 2 times a day 10 days before surgery, and 10 days starting from the fifth day after surgery (after removing tampons from the nasal cavity).

Symptoms

2 days before the operation

The day before the operation

Days after surgery (without nasonex treatment) Days after surgery (during nasonex treatment) V VI VII VIII IX X XI XII XIII

Frequency of sneezing 0,2 0,4 0,4 0,4 0,5 0,4 0,2 0,2 0,1 0,1 0,1 amount of nasal exudate 0,6 0,6 0,7 1 1 0,6 0,6 0,3 0,2 0,2 0,2 difficulty in nasal breathing 0,3 0,3 0,3 0,2 0,2 0,3 0,2 0,1 0,1 0,1 0,1 Pain in

the nasopharynx 0,1 0,1 0,7 0,5 0,5 0,5 0,1 0 0 0,1 0 Pain in the head area 0 0 0,1 0,1 0 0 0 0 0 0 0 sleep Disorders 0 0,06 0,1 0 0 0 0 0 0 0 0

Table 1. Assessment of the clinical picture of the course of allergic rhinitis in group A (27 people who were treated with nasonex rhinitis)

Assessment of the postoperative condition of patients began after removal of tampons, on the fifth day after rhinoplasty. Data from the survey of subjects were entered in special tables for each specific case. While tampons in the nose of the patient did not accept aerosols or nasonex budesonida.

Conclusions. The results of the analysis of the therapeutic effectiveness of nasonex in the prevention of complications of allergic rhinitis after rhinoplasty are shown in table 1.

As can be seen from table 1, the clinical condition of patients with allergic rhinitis in group A before surgery was evaluated below one point. This means that the condition of patients can be characterized as allergic rhinitis of a mild degree.

After three days of postoperative observation (removal of tampons from the nasal cavity), the clinical picture of the course of allergic rhinitis has changed in some respects. In particular, statistical data processing showed that after rhinoplasty, there was a significant increase in such symptoms of allergic rhinitis as the amount of nasal exudate and pain in the nasopharynx. After the start of postoperative treatment with nasonex (starting from the eighth day after rhinoplasty), the severity of these symptoms reached the preoperative level in one or two days, and in the following days, the severity of the frequency of sneezing, the amount of nasal exudate, difficulty in nasal breathing, and pain in the nasopharynx decreased on the preoperative background. The pain in the nasopharynx disappeared on the thirteenth day. The difference between the clinical status of patients (frequency of sneezing, amount of nasal exudate, difficulty in nasal breathing and pain in the nasopharynx) in the first 3 days and the next 6 days of postoperative follow-up is statistically significant. Figure 1 shows the dynamics of the clinical picture of allergic rhinitis in group A of patients with allergic rhinitis.

The graph shows that the severity of symptoms of allergic rhinitis increased after rhinoplasty compared to the preoperative background. This effect is observed in the postoperative period, which occurs without drug treatment with nasonex. After starting treatment with nasonex, the severity of symptoms of allergic rhinitis reached indicators below the preoperative level. At this level of research, we considered it possible to make a preliminary assumption about the effective effect of nasonex treatment on the course of the clinical picture of allergic rhinitis after rhinoplastic surgery.

Literature:

1. 1. Nikolaev M. P. Modern topical remedies for the treatment of acute respiratory viral diseases of the upper respiratory tract / M.P Nikolaev., F. S. Karimova / / "Effective pharmacotherapy". - 2011. - №2. - P. 12-15.

2. 2. Lopatin A. S. Effectiveness of Nasonex in the treatment of allergic rhinitis and chronic polypous rhinosinusitis / A. S. Lopatin (et al.) / / Vestnik otorinolar.- 2000. - P. 16-18.

ANIDULAFUNGIN (АНИДУЛАФУНГИН) - СОВРЕМЕННЫЙ ПРЕПАРАТ В ЛЕЧЕНИИ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОГО КАНДИДОЗА. КРАТКИЙ КЛИНИКО-ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЙ ОБЗОР

Э.Р. Шабанова - студентка 3 курса 36 гр. лечебного факультета

Кафедра фармакологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - к.ф.н., доцент Х.Н. Насрулаева

Введение. Орофарингеальный кандидоз (молочница, ротоглоточный кандидоз) — это разновидность грибковой инфекции, в основном поражающей слизистую полости рта или горла, которая связана с размножающимися дрожжеподобными грибками рода Candida. Грибковые заболевания могут развиваться как при заражении извне, так в результате усиленного размножения собственных грибков из-за сниженного иммунитета. В последнее время наблюдается рост числа случаев заболеваний, вызванных микроскопическими грибами, приблизительно которые составляют 28 -30% от всех заключений. В значительной степени это объясняется широким внедрением новейших способов и технологий в врачебную деятельность для лечения вирусной и бактериальной инфекции, приводящих часто к разным иммунодефицитным состояниям, что зачастую вызывает к активации болезнетворной микрофлоры полости рта, в том числе и инвазивных грибковых заболеваний. По данным ВОЗ (Всемирной Организации Здравоохранения), каждый пятый человек в мире перенес разные формы и виды микозов или же страдает ими. Клиническая картина симптоматики грибковых заболеваний многообразна и зависит в основном от расположения очага поражения и степени иммунодефицитного состояния пациента.

Наряду с нарастанием количества грибковых заболеваний увеличивается и тяжесть клинического течения и клинических проявлений грибковых поражений. Поражения обычно носят характер местной острой или хронической инфекции в месте первичной локализации возбудителя, оболочки (поверхностные поражения в пределах слизистой оболочки, либо проникновением в подлежащие ткани. Часто, процесс заболевания модифицирует от бессимптомного течения до развития воспаления и болезненности в полости рта, дисфагии и жжения. В последние время достигнуты большие достижения в диагностике и лечении грибковых заболеваний человека. Этому содействовала создание прогрессивных противомикозных средств и их введение в клиническую практику.

Список антимикотиков содержит более 10 системных и десятки местных препаратов, но большой прогресс в лечении грибковых заболеваний отмечается после введения в клиническую практику противомикозных средств III-IV поколений. Лишь только благодаря их появлению возможным стало проведение профилактики и лечение ряда глубоких грибковых

заболеваний, не дожидаясь микробиологического подтверждения, их выздоровление часто происходит в сравнительно короткий промежуток времени.

Важным причинным фактором орофарингеального кандидоза являются грибы вида C. albicans, C. tropicalis, C. glabrata, C. parapsilosis. У взрослых, здоровых людей из полости рта в 35-45% случаев выделяется C. albicans. У пациентов, с протезами, процент его носительства достигает до 65%. Рост носительства грибков в ротовой полости связывают с многообразными факторами риска, среди которых такие как наличие съемных протезов, увеличение прилипания грибков на поверхность протезов, вредные привычки такие как употребление большого количества углеводов, курение, несоблюдение простых правил ухода за полостью рта и снижение значений pH полости рта , уменьшение количества выделяющейся слюны (слюна дает эффект разведения и уничтожает микроорганизмы на слизистой оболочке полости рта и глотки). Сформирование кандидозов ротовой полости может быть вызвано применением лекарственных средств, среди которых глюкортикоиды, цитостатики и антибиотикки широкого спектра действия.

Терапия кандидозов полости рта может быть, как системной, так и местной и должна быть прежде всего направлена на этиологию заболевания. Характер и объем использования антимикотических лекарственных препаратов в большинстве случаев зависит от тяжести течения заболевания. Однако, эрадикация возбудителя в полости рта - это первое терапевтическое мероприятие, после которого переходят к профилактике рецидивов и коррекции общих и местных предрасполагающих причин.

Актуальность. Актуальной проблемой современной медицины представляют собой грибковые инфекции. Связано это прежде всего как с увеличением числа заболевших людей, так и с ростом числа штаммов болезнетворных грибов, устойчивых к ранее часто применявшимся препаратам для лечения Появление класса эхинокандинов в антимикотической терапии было прорывом , связанная с их гиперактивностью в отношении Candida spp. и ряда иных патогенов, а также уникальным профилем безопасности. Последние рекомендации IDSA и ESCMID по лечению кандидозных инфекций доказывают потребность внедрения эхинокандинов в качестве лекарственных средств первостепенного выбора при большинстве среднетяжелых или тяжелых клинических форм кандидозных инфекций, а также у больных, получавших лечение азолами в анамнезе.

Цель: Ознакомить специалистов с информацией касательно клинико-фармакологических свойствами анидулафунгина и его вероятного места в лечении грибковых заболеваний, вызванных грибами рода Candida.

Материалы и методы. Анидулафунгин (Anidulafungin) - последний после каспофунгина и микафунгина из зафиксированных на рынке представителей эхинокандинов, показавший надежность, хорошую переносимость и эффективность при лечении инвазивного кандидоза и

кандидоза пищевода. Исключительно значимым является отсутствие клинически важных лекарственных взаимодействий анидулафунгина при его применении у пациентов, получающих сопровождающее лечение, а также у пациентов с печеночной и почечной дисфункцией, потому что у данной категории пациентов исключается необходимость в корректировке доз анидулафунгина.

Анидулафунгин (эраксис) - липопептидное противомикозное средство, действующий механизм которого связан с ингибированием фермента 1,3-р^люкансинтетазы клеточной стенки грибов. Этот фермент ответственный за синтез 1,3-р^-глюкана - углевода, необходимый для сохранения структурной целостности грибковой клетки. Анидулафунгин выделяется высокой фунгицидной активностью в отношении всех грибов рода Candida, включая устойчивые штаммы к азолам. Высокоактивен также в отношении клинических штаммов Candida, которые образуют пленки, менее чувствителен в отношении штаммов C. parapsilosis и C. Guilliermondii, мало неэффективен в отношении возбудителей зигомикозов и криптоккоков.

Анидулафунгин признан препаратом выбора для лечения инвазивного кандидоза, кандидоза пищевода и кандидемии. Рекомендуется использовать его пациентам в возрасте старше 18 лет. Анидулафунгин неоходимо назначать детям только в тех случаях, когда польза превышает риск лечения. Препарат в целом переносится хорошо, иногда может наблюдаться гипокалиемия, повышение активности печеночных ферментов, тромбоцитопения, диарея. Анидулафунгин используется только внутривенно, при следовании всех правил и установок подготовки раствора для парентерального введения.

При инвазивном кандидозе, кандидемии в 1-ые сутки водят 200 мг затем по 100 мг; продолжительность лечения зависит от клинического ответа больного на проводимую терапию, но должны быть не менее 14 дней. При кандидозе ротоглотки или пищевода в 1-ые сутки анидулафунгин назначается единоразово в дозе 100 мг, в последующем по 50 мг в сутки. Продолжительность лечения не менее 6 дней и не более 14 дней.

Выводы. Заканчивая обозрение, вероятно есть смысл попытаться ответить на главный вопрос – есть ли необходимость в появлении анидулафунгина в клинической практике, где из группы эхинокандинов, на сегодняшний день ,уже довольно давно и действенно применяются и другие препараты ? принимая во внимание почти схожую клиническую переносимость и эффективность при сравнении эхинокандиновых представителей , в частности при лечении инвазивного кандидоза и кандидемии , а также учитывая довольно таки значащую специфику фармакокинетики анидулафунгина, то стоит ответить -«да». Эхинокандины, как новый класс препаратов, являются незаменимой частью, на сегодняшний день, доступной противомикозной терапии. Анидулафунгин представляет собой последний из зафиксированных на рынке представителей этого класса антимикотиков, показавщий безопасность, эффективность и хорошую переносимость при лечении инвазивного кандидоза и кандидоза пищевода.

Литература:

1. Клиническая микробиология. Антимикробная химиотерапия. // /Веселов А.В. / - 2012. - Т.14, №3. - С.222-234.

2. Диагностика и лечение микозов. // Д.Р. Хоспентала, М.Дж. Ринальди - М., 2013.

3. Микозы: Диагностика и лечение. Руководство для врачей. / Климко Н.Н. - 2-е изд. - М., 2008. - 336 с.

6.Соврем. стоматология. /Латышева С.В. // -2008. - №3. - С.22-26.

7.Вестн. отола-рин./Лопатин А.С., Овчинников А.Ю. // - 2010. - Т.26, №6. - С . 26 - 30.

8. Пробл. стоматологии. //ЛуцинаЮ.В., Токмачева С.И. - 2012. - №2. - С.30-33.

9. Лекарственные средства. // Машковский М.Д. -16-е изд. - М., 2010. - 1216 с.

10.Грибковые инфекции. Руководство для врачей. Сергеев А.Ю, Сергеев Ю.В. - 2-е изд. - М., 2008. - 480 с.

11.Руководство для практ. врачей // под ред. М. Барера Рациональная фармакотерапия в стоматологии. - М., 2006. - 568 с.

TREATMENT OF EPILEPSY IN PREGNANT WOMEN AND THE PHYSICAL HEALTH OF THE CHILD

B. S. Sultanmatova - student of 301 gr. pharmaceutical faculty

Department of pharmacology

FSBEI HE DSMU of the Ministry of health of Russia, Makhachkala, Russia

Scientific supervisor- candidate of medical Sciences, K. YA. Shugaeva

Relevance. Epilepsy is one of the most common diseases of the nervous system with a prevalence of 0.5-1% in the General population. Suddenness of development of epileptic attacks, pronounced disorders of consciousness and vital functions, is the cause of high disability of the population. Most women who suffer from epilepsy are forced to continue treatment during pregnancy, as this is important for their health. Research in recent years has shown that children exposed to antiepileptic drugs in the womb may have a higher risk of malformations such as cleft lip and non-cleft palate (cleft palate). These malformations may be due to the use of anticonvulsants during pregnancy. However, it is possible that in some unknown way they are associated with epilepsy itself. All this should be taken into account, comparing with the risk associated with the cancellation of the drug in each case. Historically, the first to treat epilepsy were used bromides (1853). During the nineteenth century, despite its low effectiveness even in high doses, bromides were the main means of treating this disease. In 1912, phenobarbital was synthesized and the first highly effective antiepileptic drug appeared. However, such side effects of phenobarbital as sedative and hypnotic effects encouraged researchers to continue the search. Synthesis and study of analogs of phenobarbital, which have anticonvulsant activity, but are devoid of its undesirable properties, led to the appearance of

phenytoin (1938). Then, for the treatment of epilepsy was ethosuximide, carbamazepine, lamotrigine, gabapentin, etc. The exact mechanism of action and effect on fetal development of many antiepileptic drugs is still unknown and continues to be intensively studied [1, 2,3].

Purpose of research. Choosing a drug that is effective for this type of seizures and epilepsy syndromes. Drug therapy should begin with the drug of the first choice, and the choice depends on the form of epilepsy, the type of seizure and the risk of negative effects on the fetus in utero. The purpose of pharmacological action is to stabilize the resting potential and, as a result, reduce the excitability of neurons of the epileptogenic focus at the lowest level of risk for intrauterine development of the fetus.

Materials and methods of research. The study included 50 women with a pregnancy period of 12 to 16 weeks of fetal development. We compared children of women with epilepsy who took one antiepileptic drug with children of women who do not suffer from this disease, and also compared children who were exposed to various antiepileptic drugs in the womb.

Research result. Children exposed to valproate in the womb had a higher risk of birth defects, and the risk level was also affected by the dosage of the drug to which the child was exposed. Based on the available evidence, it seems that levetiracetam and lamotrigine are the antiepileptic drugs that are associated with the lowest level of risk, but more research is needed, in particular for certain types of malformations.

Conclusions. This study showed that monotherapy is accompanied by fewer adverse reactions compared to the use of several antiepileptic drugs. The use of prolonged medications can reduce the risk of side effects, without reducing the effectiveness of treatment. Valproates, carbamazepine and other antiepileptic drugs are characterized by a high risk of malformations. However, if there is a negative impact of seizures on the intrauterine development of the fetus, treatment can be continued in the smallest possible doses, provided that effective prevention of seizures is maintained.

Literature:

1. Maurice Victor, Alan H. Rapper. Manual of neurology by Adams and Victor. - M.: LLC "Medical information Agency", 2006. - 681 p.

2. Federal guide to pediatric neurology / edited by prof. V. I. Guzeva. - Moscow: LLC "MK", 2016. - 656 p.

3. Karlov V. A. Epilepsy in children and adult women and men. Guide for doctors / M.: Binom, 2019. - 896 p.

ГЕСТАГЕНЫ МЕСТНОГО ДЕЙСТВИЯ, КАК ПРЕПАРАТ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ МАСТОПАТИИ

Ш.Г. Лабазанова – студентка 303 гр. лечебного факультета

Кафедра фармакологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доцент Р.Т. Алхазова

В настоящее время подход к лечению ФКМ включает проведение как гормональной, так и негормональной терапии, направленной на коррекцию патогенетических изменений, в частности регуляцию баланса эстроген-прогестерон. Одним из гормональных препаратов, а именно гестагеном местного действия, является «Прожестожель».

Введение. Всемирная организация здравоохранения (1984) определяет мастопатию (диффузное доброкачественное заболевание молочной железы) как фиброзно-кистозную болезнь (ФКБ), основными проявлениями которой являются регрессивные и пролиферативные изменения в ткани железы, с нарушением соотношения эпителиальных и соединительнотканных компонентов.

Исходя из клинико – ретгено - сонографической картины, с последующим морфологическим подтверждением, в России с 1993 г фиброзно-кистозной мастопатии (ФКМ) подразделяются на узловые и диффузные формы, среди которых в свою очередь выделяют:

- Диффузную ФКМ с преобладанием фиброзного, железистого и кистозного компонентов
- Смешанную форму диффузной ФКМ
- Склерозирующий аденоз
- Узловую ФКМ [1].

Разнообразие форм доброкачественных опухолей молочной железы и диспластических процессов, различного гисто- и морфогенеза, свидетельствует о полиэтилогичности заболевания. Основополагающим в патогенезе ФКБ молочных желез является нарушение гормонального фона, с последующей активацией сигнальных путей клеточной пролиферации, связанных с экспрессией факторов роста и неоангиогенеза, и подавление апоптоза.

Ткань молочной железы постоянно подвергается влиянию гормонов: стероидов коры надпочечников и яичников, пептидов гипофиза и щитовидной железы. По мнению многих авторов, одной из основных причин ФКБ является нарушение соотношения эстрогена и прогестерона, в частности дефицит последнего. [2] Современный подход к лечению ФКМ включает в себя как гормональные, так и негормональные способы лечения, направленные на коррекцию подобных изменений. К одним из гормональных препаратов относится гестаген , оказывающий местное действие - «Прожестожель». Основным действующим веществом данного препарата является прогестерон. Фармакологическое действие «Прожестожеля» заключается в увеличении концентрации гормона-прогестерона в тканях молочной железы за счёт снижения образования эстрогенов, а также уменьшения местного уровня уже активных гормонов, стимулируя выработку ферментов (эстронсульфотрансферазы и 17-бета-гидроксистероиддегидрогеназы), которые катализируют образование неактивного эстрона

сульфат из активного эстрадиола. Исходя из вышесказанного, следует, что прогестерон способствует снижению пролиферативного влияния эстрогенов на ткани молочной железы. Помимо прочего прогестерон обладает небольшим диуретическим эффектом: ингибируя канальцевую реабсорбцию и повышая клеточную фильтрацию, как следствие, ликвидирует задержку жидкости при секреторных преобразованиях железистого компонента молочных желез и, тем самым, предотвращает развитие симптомов мастодинии или масталгии.

Вместе с тем, выбор трансдермального способа введения препарата даёт возможность, в свою очередь, влиять на состояние железистого эпителия и капиллярной сети, способствует снижению проницаемости сосудов и, как следствие, приводит к уменьшению степени отека тканей молочной железы и к купированию болевого синдрома. Накожный аппликационный способ введения препарата позволяет добиться желаемого эффекта без системного влияния.

Препарат показал высокую эффективность в практическом применении с 1999г, что неоднократно было доказано в приведенных работах. В исследовании Р.А. Манушаровой с соавт., клинические эффект от «Прожестожеля» был зарегистрирован у 82-97 % пациенток с масталгией из 5500 принявших участие в исследовании. [3] Аналогичные данные представлены и в исследованиях Горина В.С. в соавт, Пушкарева С.В с соавт. [4-5], где препарат оказался эффективным в 78% наблюдений. Также пациентки отмечали субъективное улучшение уже на первом месяце лечения, а объективные данные регистрировались на 3-5м месяце проводимой терапии. Так же отмечается связь эффективности «Прожестожеля» с возрастом [5], что является примечательным для молодых пациенток при выборе наиболее щадящего типа лечения.

Выводы. Препарат является эффективной составляющей лечения ФКБ, особенно в первые 3 месяца у значительного числа пациенток, оказывая непосредственное влияние на патогенез и тем самым воздействуя на патологический симптомокомплекс.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Под. Ред. А.Д. Каприна, Н.И. Рожковой. Маммология: Национпльное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.

2. Л.М. Бурдина Дисгормональные дисплазии молочных желез – особенности развития, дифференциальная диагностика. Радиол-практ 2017; (3):44-61.

3. Р.А. Манушарова, Р.И. Черкизова Фиброзно-кистозная мастопатия: клиника, диагностика и лечение. Леч врач 2011; (1): 44-47

4. В.С. Горин, О.В. Емельянова, Е.В. Резниченко. Принципы лечения мастопатии. Сиб. Мед. Журнал 2008; 83(8):9-14

5. С.В. Пушкарев, И.В. Скуридина, О.А. Ткачук и др. Рак молочной железы. Новосибирск: Сибмедиздат, 2013. 88 с.

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Н.Х. Назарова - студентка 301группы медико-профилактического факультета
Кафедра фармкологии
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Р.Т. Алхазова

Актуальность. Железодефицитная анемия (ЖДА) — это патологическое состояние, характеризующееся понижением количества гемоглобина и эритроцитов в единице объема крови из-за нехватки железа в организме. В детском возрасте ЖДА составляет 90% всех анемий. Она наблюдается во всех странах мира.

Была проведена учебно-исследовательская работа, **предметом** которой являлась железодефицитная анемияу детей и подростков.

Объект исследования – детское население Левашинского района в возрасте от 1 до 17 лет.

Цель исследования:- изучить особенности железодефицитной анемии у детей и подростков, что б получить статистические данные о ведущих клинических и диагностических критериях.

Методы и материалы исследования.

Методы: клиническое обследование, исследование показателей эритропоэза обмена железа, анализ: данных анамнеза, соматического статуса, данных лабораторного обследования, эндоскопического исследования органов брюшной полости.

При проведении исследования были изучены особенности ЖДА у 56 детей с различными её формами. Под наблюдением находились 46 детей разных возрастных периодов с симптомами ЖДА (1-ая основная группа) и 10 детей, не предъявлявших таких жалоб – 2-ая референтная группа. Клинические различия ЖДА в зависимости от возраста изучали в 5 возрастных группах пациентов. Исследование проводилось на базе Левашинской ЦРБ в амбулаторных и стационарных условиях. Результаты оценивались через год от начала наблюдения.

Результаты исследования.

В результате анализа частоты заболеваемости было выявлено, что среди обследованных с ЖДА превалировали дети в возрасте от 1 до 3 лет (33 %), дети до 1 года (26 %) и дети старшего школьного возраста (23%), реже ЖДА диагностировалась у детей в возрасте от 3 лет до 7 лет (15%) и от 7 до 11 лет (4 %).

У девочек ЖДА наблюдалась чаще в подростковом возрасте, а у мальчиков - в раннем возрасте.

По степени тяжести больные распределялись следующим образом: ЖДА I степени – 62%, ЖДА II степени - 38%.

Сравнительный анализ анамнестических данных.

Наличие у детей различных факторов риска развития анемии уже на первом году жизни, показал анализ анамнеза жизни наблюдаемых. У матерей пациентов грудного и преддошкольного возраста была диагностирована во время беременности анемия лёгкой степени тяжести. У большинства этих детей отмечался ранний перевод на искусственное вскармливание: на первом месяце жизни - у 33 %, с двух-трёх месяцев - у 48 %. В анамнезе у них достаточно часто обнаруживали такие факторы риска, как патологическое течение беременности и родов у матери 74% и рахит на первом и втором году жизни 11%.

У детей с ЖДА старшего возраста обнаружили в 63% случаев хронические воспалительные заболевания носоглотки, такие как риниты, синуситы, искривление перегородки, идиопатическое кровотечение; глистную инвазию, чаще в преддошкольном 43% и дошкольном возрасте 50%, хроническую гастродуоденальную патологию 60% в подростковом и юношеском возрасте.

В зависимости от лидирующих причин, особенностей роста и развития пациенты были отнесены к следующим формам ЖДА: алиментарная ЖДА – 22 ребенка грудного и раннего возраста (48%); ЖДА при изначально недостаточном уровне железа – 7 детей , та же возрастная группа (15%); ЖДА при увеличенном расходе железа в стадию роста и созревания организма – 24 пациента (преддошкольного (80%) и подросткового возраста (52%); Хроническая постгеморрагическая ЖДА– 6 подростков (13%).

Основными *жалобами* были:

• у детей грудного, преддошкольного, дошкольного возраста снижение аппетита;

• снижение аппетита, быстрая утомляемость, эмоциональная лабильность, головная боль - у школьников.

При *клиническом обследовании* детей проявления сидеропенического и анемического синдромов были проявлены максимально по четырем группам органов и систем: 1)кожные покровы, придатки кожи и слизистые оболочки; 2) желудочно-кишечный тракт; 3)нервная система; 4)сердечно-сосудистая система.

В *клинических анализах крови* у всех пациентов с ЖДА различной степени тяжести отмечены характерные изменения: понижение гемоглобина ниже 100 г/л и эритроцитов ниже 3,5 х 10^{12}/л, цветовой показатель ниже 0,8; ускорение СОЭ до 18-28 мм/ч; повышение уровня ретикулоцитов до 10-25 %; гипохромия (+++), анизоцитоз (++), пойкилоцитоз (++) эритроцитов, могут быть микроциты.

В результатам *биохимического анализа крови*: у всех пациентов обнаружены такие признаки дефицита железа,как: повышение общей железосвязывающей способности сыворотки крови (ОЖСС) до 75 мкмоль/л (норма- до 63,5 мкмоль/л), снижение показателя сывороточного железа до 9-7ммоль/л (норма - 12-25 ммоль/л), понижение степени насыщения трансферрина

железом менее 17 % (норма 17-30 %). Наиболее чувствительным и специфичным лабораторным признаком дефицита железа является снижение ферритина (сложный белок, в котором запасается железо) в сыворотке крови ниже 30 мкг/л, в норме оно составляет 30-140 мкг/л.

Результаты инструментального обследования (ФГДС, УЗИ). Более чем у половины детей школьного возраста (60%) были выявлены хронические гастродуодениты в сочетании с дисфункцией билиарного тракта и нарушениями функции сфинктера Одди.

В результате проведенной исследовательской работы были сделаны следующие **выводы:**

1) Наибольшему риску по развитию ЖДА подвержены дети грудного, раннего возраста и подростки, так как это периоды наиболее интенсивного роста с высоким расходом всех накопленных веществ.

2) Ведущими факторами риска развития ЖДА среди детей раннего возраста являются: недоношенность, гестоз, анемия во время беременности и нерациональное вскармливание. У детей в пубертатный период частое возникновение ЖДА связано с хронической гастродуоденальной патологией и быстрыми темпами роста.

3)В клинике ЖДА характерными являются анемический и сидеропенический синдромы, максимально выраженные со стороны кожных покровов, придатков кожи, ЖКТ, нервной и сердечно-сосудистая систем.

4) Наиболее информативными методами исследования ЖДА являются клинический анализ крови для определения анемии различной степени тяжести и биохимический анализ крови для выявления дефицита железа различной степени тяжести.

Литература

1.Конь И. Я., Куркова В. И. Роль алиментарного фактора в развитии железодефицитной анемии у детей раннего возраста. В кн.: Дефицит железа и железодефицитная анемия / под ред. Н. С. Кисляк и др. — М.: Славянский диалог, 2015.

2. Румянцев А. Г., Коровина Н. А., Чернов В. М. и др. Диагностика и лечение железодефицитной анемии у детей. Методическое пособие для врачей. — М., 2017 г.

3. Захарова И.Н., Коровина Н.А., Малова Н.Е. Современные аспекты диагностики и лечения железодефицитных состояний у детей. Вопросы современной педиатрии. 2017

4. Тарасова И.С. Разработка и научное обоснование скрининга железодефицитных состояний у подростков. Автореф. дисс. … докт. мед.наук. М.; 2016

5. Анемии у детей. Диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Под ред. А.Г. Румянцева, Ю.Н. Токарева, 2016 г.

6. . Малова Н.Е. Клинико-патогенетические основы дифференцированной терапии и профилактики железодефицитной анемии у детей раннего возраста. 2017 г.

7. Казакова ЛМ Дефицит железа у детей. // Дефицит железа и железодефицитная анемия

у детей, 2017 г.

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ПРЕПАРАТА «СТОПАНГИН» В ФОРМЕ АЭРОЗОЛЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОРЛА И ПОЛОСТИ РТА

М.Г. Гаджиев – студент 305гр. педиатрического факультета

Кафедра фармакологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - к.ф.н., доцент Х.Н. Насрулаева

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 «Стопангин» в виде спрея для горла, входит в группу препаратов-антисептиков, применяемых в лечении заболеваний в области отоларингологии. Препарат оказывает антисептическое, противовоспалительное, противомикробное и противогрибковым действием. Входящие в состав «Стопангин» ингридиенты – бензокаин, гексстедин, обладающий противовирусным, противомикробным и противогрибковым действием, метилсалицилат, а также эфирные масла ментол, камфора, хлорбутанол, обуславливают противовоспалительные свойства препарата, а мятное масло 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 «Стопангин», его преимущества и недостатки перед другими препаратами, применяемых с этой же целью.

Материалы и методы исследования. Аэрозоль «Стопангин» - комбинированный препарат, содержащий местный анестетик -*бензокаин, гексстедин,* обладающий противовирусным, противомикробным и противовирусным действием, *метилсалицилат*, который способен улучшать процесс регенерации, уменьшает отек в воспаленных тканях.а также эфирные масла (апельсиновое, эвкалиптовое по 0,2, сассафрасное, анисовое, ментоловое- по 0,1; вазелиновое масло – 9,6 и дихлордифторметан (фреон-12) – 20 г.

Препарат распыляют независимо от фазы вдоха и выдоха. Ингаляции назначают после еды.

Результаты исследований. «Стопангин» оказывает антимикробное, противовоспалительное и обезболивающее действие благодаря входящим в его состав компонентам. Под действием «Стопангин» уменьшается болезненность, что связано с наличием в составе препарата бензокаина, обладающего местноанестезирующим действием.

Противовоспалительное действие препарата связано с быстрым уменьшением явлений отека носоглотки, вызываемых ментолом, который, как известно обладает сосудосуживающим действием. Антимикробное действие «Стопангин» на микрофлору носоглотки обусловлено наличием эвкалиптового и др. масел. «Стопангин» оказывает лечебный эффект при острых и хронических воспалительных заболеваниях верхних дыхательных путей. Наиболее эффективным препарат оказался при лечении острых воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей. Боль в горле может быть обусловлена не только инфекционными факторами, но и причинами неинфекционного характера. Такими как: курение, химические и термические ожоги, экологическая обстановка (загрязненный воздух), механическое повреждение и т.д. Высокая клиническая эффективность препарата «Стопангин» позволяют рекомендовать его и в этих случаях, а также при заболеваниях полости рта: стоматитах, глосситах, пародонтозе и т.д.

Выводы. «Стопангин» оказался эффективным при лечении инфекционно-аллергических заболеваний, фарингитов, острых ларингитов и обострениях хронического ларингита. У большинства больных улучшение наступало на 2-3-й 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 «Стопангин» не наблюдалось. При применении препарата возможно возникновение чувства жжения, которое проходит самостоятельно.

На основании материалов фармакологического исследования и клинического изучения «Стопангин» можно заключить, что аэрозольный препарат «Стопангин» 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. 2012. №1. С. 6-8.

2.Гурнов А.В., Лучихян Л.А., Полякова Т.С. Возможности использования препарата в оториноларингологии // Вестн. оториноларингол. 2017. №3. С. 56-58.

3.Крючков А.И., Синкин А.А. Материалы Российской конференции оториноларингологов. М., 2012. С. 362-363.

ВОСТРЕБОВАННОСТЬ И ДОСТУПНОСТЬ ПРОТИВОЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В Г.МАХАЧКАЛЕ И Г. КАСПИЙСКЕ

Б.С. Султанматова – студентка 301 гр. фармацевтического факультета

Кафедра фармации

ФГБУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – к.ф.н., доцент Т.А. Ибрагимов

Актуальность. Эпилепсия является широко распространенным заболеванием нервной системы. По данным клинико-эпидемиологических исследований проводившихся с 2009-2011гг в Республике Дагестан г.Махачкала и Хасавюртовском районе среди взрослого населения (240 393) было обнаружено 682 больных эпилепсией (0,28%).Среди населения Советского района г. Махачкала методом репрезентативной выборки с использованием медицинской документации выявлено 344 больных эпилепсией в возрасте 14-лет и старше (200 мужчин и 144 женщин). Наблюдались у невролога 190 больных эпилепсией (55,23%), у психиатра - 154 (44,76%). У многих людей неправильное понимание и представление о заболевании. Из-за опасений быть непонятыми и непринятыми в обществе больные эпилепсией нередко скрывают от всех свой недуг. В силу нашей дагестанской ментальности некоторые больные эпилепсией и вовсе не хотят становиться на учет. И только когда их состояние заметно ухудшается, они обращаются к специалистам. Помимо этого, препараты назначаемые больным эпилепсией зачастую отсутствуют в аптеках, и пациентам приходится ждать, что в любой момент может сказаться на их состоянии.

Цель исследования. Анализ ассортимента противоэпилептических лекарственных средств в г.Махачкала и г.Каспийск.

Материал и методы исследования. Нами были проанализированы три показателя – наличие, востребованность и цена следующих противоэпилептических препаратов: Депакин Хроно (500 мг), Финлепсин (200 мг), Паглюферал-3, Фенобарбитал, Клоназепам, Ламиктал (50 мг), Топамакс в аптечных сетях «Целитель», «Шах», «36.6», «№146» и в «Аптеке №35». Сбор данных для исследования проводился в течении 6 месяцев.

Средние значения полученных данных:

Препараты	**Наличие**	**Востребованность**	**Цена**
1.Депакин Хроно (500 мг)	+	1-2 раза в день	250
2. Финлепсин (200 мг)	+	2-4 раза в день	237
3. Паглюферал-3	+	3-4 раза в день	174
4. Фенобарбитал	-	1 раз в неделю	-
5. Клоназепам	-	-	-
6. Ламиктал (50 мг)	+	1 раз в неделю	1105
7. Топамакс (25 мг)	+	1-2 раза в неделю	849

Результаты исследования. Таким образом самым востребованным противоэпилептическим препаратом является Паглюферал-3 ,а наименее Фенобарбитал. По

показателю наличия: практически во всех аптеках отсутствовал Фенобарбитал кроме одной, а Клоназепам был только в двух, из всех выше перечисленных аптек. Что касается цены, то самыми дешевыми оказались Паглюферал и Финлепсин, что и объясняет их наибольшую востребованность.

Выводы. Исходя из проведенного нами исследования и полученных результатов могу сделать вывод , о том, что 1. Аптеки снабжены наиболее востребованными препаратами, но пациентам для которых более эффективен Фенобарбитал или Клоназепам придется ожидать поступления, либо использовать менее эффективные ЛС. 2. Показатель цены прямо пропорционален показателю востребованности данных препаратов, хотя не всегда более дешевый препарат может быть эффективным для определенного больного.

О ВАЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ДИУРЕТИКОВ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

А.М. Абдулкеримов – студент 303 гр. леченого факультета

Кафедра фармакологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доцент Р.Т. Алхазова

Актуальность. Рост сердечно-сосудистой заболеваемости и общее старение населения приводят к постоянному увеличению числа больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН). Сердечная недостаточность (СН) является составной частью более широкого понятия «недостаточность кровообращения», включающего также сосудистую недостаточность. Однако в большинстве случаев патологические изменения тканей и органов обусловлены именно поражением сердца, поэтому в практике применяется термин «сердечная недостаточность». При ХСН все изменения развиваются постепенно.

Цель исследования. Изучить влияние диуретиков на состояние пациентов и эффективность их применения для лечения сердечной недостаточности. Анализ основных групп препаратов, используемых для лечения ХСН.

Материалы и методы исследования. В ходе данного исследования был проведен осмотр историй болезни около 30 пациентов, проходивших лечение в диспансерных условиях. Также были использованы различные литературные источники, посвященные изучаемой проблеме. В настоящее время выделяют три основные группы диуретиков, которые широко применяются: 1) тиазидные 2) петлевые 3) калийсберегающие. Помимо них имеются препараты смешанного действия – диуретики с выраженным вазодилатирующим эффектом. Главным показанием для назначения данных препаратов является наличие признаков задержки жидкости в организме или если имеется угроза такой задержки. У больных с нелеченой декомпенсированной СН прием одной дозы диуретика в первый день лечения приводит в

течение 24 часов к максимальной величине калий- натрийуреза либо эффект диуретиков медленно возрастает, достигая пика к 3 дню лечения. После достижения пика суточный натрийурез постепенно снижается в течение 5-20 дней, а потом стабилизируется, если общие гемодинамические условия и потребление поваренной соли остаются постоянными. Величины, на которых стабилизируется суточный натрийурез, зависят от потребления поваренной соли.

Результаты исследования. Пик эффекта у петлевых диуретиков (фуросемид, торасемид и др.) при лечении больных с ХСН развивается в течении 1-2 часов, а продолжительность действия 6-8 часов с последующим синдромом отмены, проявляющимся задержкой натрия после 12-24 часов. Для тиазидных диуретиков (гидрохлортиазид, индапамид и др.) по сравнению с петлевыми характерно более постепенное начало действия, достигающее пика через 2-4 часа; продолжительность эффекта составляет 12-24 ч. Калийсберегающие диуретики (спиронолактон, амилорид, триамтерен и др.) оказывают слабый натрийуретический эффект. Поэтому их чаще всего применяют в комбинации с тиазидными диуретиками. Большинство из вышеназванных препаратов оказывают прямое действие на почечные канальцы, которое приводит к торможению в них натрия и воды. Усиленный диурез у пациентов сопровождался уменьшением внутрисосудистого объема жидкости и вследствие этого снижение давления на сердце. Более того, накопившаяся в тканях жидкость переходит в кровеносное русло вследствие чего уменьшались отеки. У больных с выраженной дилатацией полостей желудочков сердца под влиянием диуретиков отмечалось уменьшение объемов полостей желудочков. В некоторых случаях диуретики оказывали периферический вазодилатирующий эффект вследствие уменьшения интерстициального отека.

Выводы. Данными различных исследований, где оценивались бы эффекты выше названных препаратов, мы не располагаем, так как невозможно провести исследование, где определенная часть больных с ХСН получала бы диуретики, а другая часть лечилась бы без их использования. Поэтому, высказывание о том, что диуретики при ХСН «прогноз не улучшают» не имеет под собой основания, так как лечение большинства пациентов с ХСН без применения диуретиков практически невозможно. Однако и современные диуретики имеют много побочных эффектов. При монотерапии диуретиками (за исключением некоторых калийсберегающих препаратов) может наступить активация ренин-ангеотензин-альдостероновой системы, что сопровождается ухудшением клинического состояния больных. Поэтому диуретики используются в комплексе с другими препаратами. Необходим регулярный контроль врача (электролитного баланса) и самоконтроль за динамикой массы тела и выраженностью отеков, что позволяет точнее регулировать дозу диуретиков.

Литература

1. Дядык А.И., Багрий А.Э. Диуретики в современной медицинской практике (издание 2-ое) – Донецк 2012. – С. 44.

2. Мареев В.Ю. Диуретики в терапии сердечной недостаточности // Сердечная недостаточность. - 2001. - Т.2, №1.

3. Обрезан А.Г., Вологдина И.В. Хроническая сердечная недостаточность. - С-Пб: "Вита Нова". - 2002. - 320 с.

4. Машковский, М. Д. Лекарственные средства / М. Д. Машковский. 16-е изд., перераб., испр. и доп. М. : Новая волна ; Издатель Умеренков, 2010.

5. Справочник Видаль. Лекарственные препараты в России. Справочник. М.: АстраФармСервис, 2015.

СИРИМОЛ – ПОДДЕРЖКА ПРИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ НАГРУЗКЕ

Б.Ш. Самадов - ассистент, Ш.Ш. Мелибоева - ассистент, О.З. Шарипова - ассистент

Кафедра Фармакологии и клинической фармакологии

Бухарского государственногомедицинского института имени Абу Али ибн Сино

Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, Бухара, Узбекистан

Научный руководитель - к.м.н., доцент Д.М. Мусаева

Актуальность. Известно, что для поступления в высшие учебные заведения родители стараются устраивать своих детей – будущих абитуриентов в определенные курсы по конкретным дисциплинам, что накладывает большую ответственность на ребенка. Ребенок с такой ответственностью старается днем и ночью готовиться, читать и писать – то есть накладывает большую умственную нагрузку на мозг. При этом в молодом организме повышается обмен веществ, что приводит к повышению потребности организма, а особенно мозга к энергии, к питательным веществам, типа аминокислот, витаминов, минералов и других биологически активных веществ. Часто у таких детей аппетит снижен – они мало едят, что приводит к нарушению обмена веществ и ребенок чувствует усталость, нарушение сна, апатию и снижение интеллектуальной и физической работоспособности. Также, часто отмечается снижение иммунитета и склонность ребенка к простудным и другим заболеваниям. Поэтому нужна поддержка растущему организму в виде легкоусвояемых минералов и витаминов, энергетических веществ и аминокислот, биологически активных веществ.

Целью нашего **исследования** явилась применение препарата Сиримол у детей, посещающих подготовительные курсы биологии и химии и изучение фармакологического влияния Сиримола на интеллектуальные способности – усвояемость нового материала абитуриентами по занимающимся предметам.

Материалы и методы исследования. Мы провели анкетированный опрос 60 абитуриентов из подготовительных курсов биологии (30) и химии (30) до применения препарата Сиримол, в течении приёма препарата (каждая декада месяца) и после его

применения (в конце месяца). Сиримол назначили по 1 капсуле 1 раз в день пить после еды в течение 1 месяца. Результаты обработали статистическим методом.

Результаты исследования. Полученные клинические данные показали, что после применения Сиримола начиная с 3-дня у абитуриентов стал нормолизоваться сон, что в первой декаде наблюдения составила 28%, а на второй декаде исследования абитуриенты отметили чувство улучшения и повышения умственной работоспособности (44%), повышение настроения (52%), возобновление желания учиться (85%). К концу курса лечения было абитуриентами отмечено улучшение всех интеллектуальных показателей (93%), повышение умственной и физической работоспособности (95%). Также было отмечено снижение частоты простудных (84%) и других заболеваний (42%).

Все эти явления объясняются тем, что препарат Сиримол содержит 27 компонентов – это 8 незаменимых аминокислот, такие как изолейцин, лейцин, лизин, метионин, фенилаланин, треонин, триптофан, валин, а также витамины группы В (B_1, B_2, B_5, B_6, B_9, B_{12}), витамины А, С, Д, Е – антиоксиданты и микроэлементы - йод, железо, селен, медь, марганец, магний, цинк. Такой комплекс способствует восполнению недостоющих частей обмена веществ и приводит к восстановлению функций всех органов и систем, а особенно того органа, которая получает наиболее высокую нагрузку – мозга. Отмеченное положительное влияние препарата Сиримол наряду с другими органами, приводит к повышению интеллектуальных способностей абитуриентов, повышению не только умственной, но и физической работоспособности – как отмечают сами абитуриенты, что имело место и в наших наблюдениях.

Выводы. Таким образом, мы считаем, что при повышении умственной и физической нагрузки, а также в период повышения потребности организма к питательным веществам, энергетическим источникам нужно рекомендовать препарат Сиримол, который приводит к восполнению всех потребностей растущего организма и повышению интеллектуальной способности, особенно в период абитуриентства.

КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ АЛЮМИНИЯ И МАГНИЯ В ПРЕПАРАТАХ «МААЛОКС» КОМПЛЕКСОНОМЕТРИЧЕСКИМ ТИТРОВАНИЕМ

Э. А. Деникаева – студентка 2 гр. 2 курса фармацевтического факультета,
Д. А. Савинова– студентка 2 гр, 2 курса фармацевтического факультета
Кафедра общей, биоорганической и фармацевтической химии
ФГБОУ ВО СГМУ имени В. И. Разумовского Минздрава России, Саратов, Россия
Научный руководитель - к.х.н. М. И. Скуратова

Актуальность. Качество потребляемых нами продуктов и лекарственных препаратов является актуальной проблемой уже многие десятилетия. При лечении желудочно – кишечного тракта в качестве вспомогательной терапии медики часто назначают антацидные препараты. Основными действующими компонентами таких лекарств являются неорганические вещества -

гидроксиды алюминия, магния и другие. Каждый многокомпонентный препарат отличается у производителей по соотношению основных компонентов. Выбор метода определения неорганических катионов при их совместном присутствии так же является актуальной проблемой.

Цель. Определить соотношение количеств основных действующих неорганических веществ в алюминиево - магниевом антацидном лекарственном препарате «Маалокс».

Материалы и методы. Объектами для исследования стали препараты «Маалокс» (суспензия, 15 мл) и «Маалокс» (таблетки). Методы: комплексонометрическое титрование.

Результаты исследования. При определении алюминия (Al) в анализируемых препаратах установлена наибольшая сходимость с заявленным содержанием у производителя. Относительная погрешность используемого нами метода составила 4-8%, правильность определения – 91-96%. Выявленное в ходе анализа количество магния (Mg), имеет большее отклонение от заявленного производителем: относительная погрешность метода - 10-16 %, правильность определения – 83-89%. Наибольшую сходимость по количественному соотношению Al/Mg имеет препарат «Маалокс» (суспензия, 15 мл) - 1/1.34 (на 2.19% ниже, чем заявлено производителем). В таблетках отклонение в количественном соотношении составило 12%.

Выводы. Нами был использован метод комплексонометрического титрования только на одном из целой серии алюминиево - магниевых антацидных препаратов. В ходе эксперимента особую трудность составляет пробоподготовка, так как помимо основных действующих компонентов в препаратах содержаться вспомогательные вещества, особенно в таблетированных формах. Поэтому целью дальнейших исследований станет модификация пробоподготовки лекарственных препаратов и их анализ.

ИССЛЕДОВАНИЕ СПРОСА НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

А.Х. Алибеккадиев - студент 3 курса 305 группы лечебного факультета

Кафедра фармакологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководители - к.ф.н., доцент Х.Н.Насрулаева и к.ф.н., доцент Р.Т. Алхазова

Актуальность. Дерматологические заболевания до настоящего времени являются одними из самых распространенных заболеваний. Больные с различными формами кожных патологий занимают 35-50% дорогостоящего коечного фонда стационаров. Учитывая высокую распространенность данной патологии и ее тенденции к росту, весьма актуальным становиться проведение фармакоэкономических исследований с целью улучшения лекарственного обеспечения больных, страдающих кожными заболеваниями

Цель. С целью формирования портрета потребителя лекарственных средств, изучения потребности больных в лекарственных средств для лечения кожных заболеваний, а также их покупательной способности нами было проведено социологическое исследование среди потребителей лекарственных средств для лечения дерматологических патологий, в результате которого и был составлен социально- демографический портрет потребителя.

Материал и методы исследования. В процессе исследования были использованы материалы медицинской статистики и собственных наблюдений, выполненные в Республиканской санитарно-эпидемиологической станции (СЭС) и Республиканском кожно - венерологическом диспансере (РКВД) г. Махачкала в период с 2014 по 2017 годы. Основными методами данного исследования служили методы сравнения и наблюдения, логический анализ, контент анализ, метод изучения, метод анкетирования и др. Нами был проведен анализ 200 историй болезней пациентов с кожными патологиями, состоящих на учете в РКВД г. Махачкалы (103 анкеты) и поступивших в инфекционное отделение Республиканской кожной больницы (97 анкет) разных возрастных групп и социального положения. При анализе историй болезни обращалось внимание на местожительство, возраст, пол, профессия, сопутствующие заболевания.

Результаты исследования. Исследования, проведенные среди пациентов по возрастным показателям 8,7%-лица моложе 25 лет, 43,7%-в возрасте от 26 до 45 лет, 29,1%- от 46 до 65, 18,5%-старше 65, т.е. наибольший удельный вес занимают больные в наиболее трудоспособном от 26 до 45 лет. Среди респондентов было 65 женщин (43,69%) и 78 мужчин (56,31%). Социальный статус больных живущих в городе оказался следующим: 7,8% - учащиеся, 50,5%-служащие и рабочие, 16,5%- бизнесмены, 25,2%- пенсионеры. Среди сельского населения по возрастным показателям кожными заболеваниями страдают лица моложе 25 лет (11,3%), 35,1%- в возрасте от 26 до 45 лет, 40,2% - от 46 до 65, 13,4%-старше 65, т.е. наибольший удельный вес занимают больные в трудоспособном возрасте от 46 до 65 лет. Хронические кожные заболевания у мужчин выше, чем у женщин и составляет соответственно 62,2% и 37,8% соответственно. Социальный статус больных распределился следующим образом: 7,2% -учащиеся, 16,5%-рабочие и служащие, 4,1%- бизнесмены, пенсионеры – 12,4%, фермеры и акционеры-59,8%. Количественный состав семьи больных кожными заболеваниями следующий: семьи из одного человека составляет 10,3%, семьи из двух человек у 13,4%, семьи из 3-х человек - 27,8% опрошенных, 28,9 –семья из 4-х человек и 19,6%- с количеством членов семьи - 5 и более. Большая часть анкетируемых страдает хронической формой заболевания- 57,3%, причем 44,3% респондентов – до 25 лет, у 42,7% опрошенных заболевание выявлено впервые. Наиболее распространенным заболеванием являются грибковые поражения кожи и ногтей (42%), которая имеет высокие показатели в 16 из 41 районов Республики Дагестан. В настоящее время не снижается активность различных микозов и онихомикозов,

особенно в предгорных и горных районах и городах республики. Наиболее высокие показатели заболеваемости установлены в Рутульском и Табасаранском районах.

Вывод. Таким образом, результаты данных исследований являются основой для проведения дальнейших фармакоэкономических исследований с целью улучшения лекарственного обеспечения населения Республики Дагестан

ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ СТРЕПТОКИНАЗОЙ И ТЕНЕКТЕПЛАЗОЙ. ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ ДАННЫХ ПРЕПАРАТОВ

М. Ф. Гаджиев – студент 303 гр. лечебного факультета

Кафедра фармакологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководительи – к.м.н., доцент Р.Т. Алхазова и к.ф.н., доцент Х. Н. Насрулаева

Актуальность. В данный момент весьма эффективными способами лечения острого инфаркта миокарда (ИМ) с подъемом сегмента ST считаются тромболитическая терапия (ТЛТ) и коронарная ангиопластика. Проблема по внедрению тромболизиса в практическое здравоохранение очень актуальна в настоящее время, так как ТЛТ выполняется далеко не во всех медицинских учреждениях, где это необходимо.

На российском фармацевтическом рынке имеются 4 тромболитических препарата для применения при инфаркте миокарда: стрептокиназа, альтеплаза, тенектеплаза и пуролаза. Каждый препарат действует таким образом, что активирует плазминоген. Наиболее популярными являются стрептокиназа и альтеплаза. В сравнении со стрептокиназой второй препарат имеет короткий период инактивации. Период полураспада альтеплазы составляет 4-8 мин, что требует достаточно длительного введения для поддержания терапевтической концентрации в крови. В подавляющем большинстве исследований стрептокиназу применяют в дозе 1,5 млн ЕД в течение 60 мин.

Стрептаза из-за антигенных свойств способна потенцировать анафилактические реакции, частота которых составляет до 0,2%. В штудиях GISSI и ISIS 2 было показано, что парентеральное введение 1,5 млн ЕД стрептокиназы в течение 60 мин улучшает прогноз при ИМ. У пациентов в начальные 12 ч ИМ выявлено снижение летальности на 20%, а у больных с тромболизисом, применивших стрептазу в первый час от начала ИМ, - на 49%. Действенность тромболизиса сохранялась в течение 1 года наблюдения и была подтверждена для больных с обширным инфарктом миокарда, а также для пациентов в возрасте старше 63 лет. В первые 24 ч ИМ снижение смертности в группе больных, получивших стрептолиазу, составило 25%.

С применением рекомбинантной ДНК-технологии относительно недавно было создано весьма удачное преобразование молекулы тканевого активатора плазминогена – препарат тенектеплаза. В конечном итоге получена молекула с более протяжным периодом

полувыведения, что позволяет применять ее не в виде продолжительной инфузии, а болюсом.

Благодаря болюсному введению тенектеплазы, данный препарат в наше время позиционируется как единственный для догоспитального тромболизиса. Но и стрептазу возможно вводить достаточно быстро – 750 тыс. ЕД за 5-10 мин – и этот способ введения стрептолиазы разрешается использовать на догоспитальном этапе. Применение 750 тыс. ЕД стрептокиназы за 5-10 мин ускоряет реперфузию коронарной артерии на 34 мин по сравнению с классической дозой введения 1,5 млн ЕД при одинаковой частоте реперфузии. Ввиду равной эффективности альтеплазы и тенектеплазы, можно обобщать результаты сравнения стрептокиназы с альтеплазой с сопоставляемой продуктивностью тенектеплазы и стрептазы, но при классическом способе введения последней. Следовательно, необходимо оценить эффективность быстрого введения стрептокиназы по сравнению с тенектеплазой на догоспитальном этапе терапии.

Цель исследования. Сопоставить эффективность и безопасность быстрого введения 750 тыс. ЕД стрептолиазы и тенектеплазы в стандартной дозе учитывая массу тела у пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST на догоспитальном уровне.

Материал и методы исследования. Проведено открытое рандомизированное исследование способом параллельных групп сопоставления. В работу включались пациенты до 75 лет в течение начальных 6 ч от начала острого инфаркта миокарда с показаниями для тромболизиса на догоспитальном этапе лечения. Исследование вобрало в себя 180 пациентов, которые распределены на 2 группы: больным 1-й группы ТЛТ проводилась срептокиназой (750 тыс ЕД за 5-10 мин), лицами 2-й группы применялась тенектеплаза в дозе согласно массе тела.

Больные сравниваемых групп по базовым клинико-анамнестическим показателям и риску смертельного исхода за 30 дней по шкале GRACE не отличались. Все пациенты получали удвоенную антиагрегантную терапию (кислота ацетилсалициловая и клопидогрел), гепарин, статины, ингибиторы АПФ и другие кардиологические лекарственные средства, к примеру, диуретики.

В качестве апагогического метода оценки реперфузии применялся контроль изменения электрокардиограммы. Критерием реперфузии коронарной артерии было установлено снижение сегмента ST 50% от исходного уровня в отведении, где его подъем был наиболее высоким, через 90 мин после введения препаратов. Также оценивали частоту проведения экстренной и плановой ангиопластики, фракцию выброса левого желудочка по результатам УЗИ сердца на 7-е сутки заболевания, частоту и степень геморрагических осложнений по TIMI, частоту смертельных исходов, инсультов.

Результаты исследования. Время от начала симптомов ИМ до применения тромболитика между группами не различалось и составило около 2 ч.

Процент реперфузии венечной артерии через 90 мин от начала тромболизиса по ЭКГ-

показателям был больше в группе тенектеплазы: 64,9 против 46,1. Следовательно, спасительная ангиопластика (при неэффективном тромболизисе) чаще проводилась в группе больных, получавших стрептокиназу: 34,8 против 15,6%, а плановая (отсроченная) – в группе пациентов, получавших тенектеплазу: 37,2 против 25,2%. Фракция выброса левого желудочка на 7-е сутки заболевания между группами стрептазы и тенектеплазы не различалась: 56,4 и 57,2% соответственно. Летальность в обеих группах исследования была низкой – 4,5 и 3,8% в 1 и 2-й группах соответственно. Частота легких и умеренных геморрагических осложнений между группами не различалась: 30,8 и 29,1 в 1 и 2-й группах. Такими осложнениями являлись в основном подкожные гематомы в местах инъекций гепарина и пункции бедренной артерии в процессе ангиопластики. Тяжелые (приводящие к опасным последствиям, в том числе к смерти) кровотечения зарегистрированы по одному случаю в каждой группе. В группе стрептолиазы таким кровотечением являлось геморрагия из желудочно-кишечного тракта, потребовавшее переливания крови, а в группе тенектеплазы – геморрагический инсульт, закончившийся смертельным исходом.

Выводы. В итоге исследование привело к следующим заключениям:

1. Применение тенектеплазы на догоспитальном этапе терапии в дозе согласно массе тела у лиц с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST более часто вызывает реперфузию венечной артерии по ЭКГ-признакам через 90 мин от начала тромболизиса по сравнению с форсированным введением 750 тыс. ЕД стрептокиназы: 64,9 против 46,1%. В группе стрептазы чаще проводили спасительную ангиопластику: 34,8 против 15,6%.

2. Не выявлено различий в клинических исходах острого ИМ с подъемом сегмента ST при догоспитальном тромболизисе стрептокиназой и тенектеплазой.

Литература

1) Руда М. Я., Шахнович Р.М. Острый коронарный синдром. В кн.: Руководство по кардиологии в 4 т. Т. 3. Под ред. акад. Е.И. Чазова. М.: Практика, 2014. С. 155-382.

2) Скворцова В.И., Кольцова Е.А., Константиновна Е.В. и др. Атеротромбоз каротидных и коронарных сосудов: особенности механизмов реализации ишемического повреждения. Журнал неврологии и психиатрии им С.С. Корсакова 2007; 107(S20):3-10.

ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕНОТОКСИЧНОСТИ АМОКСИЦИЛЛИНА, ЦИПРОФЛОКСАЦИНА, ПАРАЦЕТАМОЛА И АСПИРИНА МЕТОДОМ ALLIUM TEST

А. А. Аминов, М. Ш. Шихмурадов, И. И. Эскендаров, А.А. Аль-тамари - студенты 3 курса лечебного факультета; С. Ш. Алиева - студент 3 курса педиатрического факультета

НИИ экологической медицины им. С.А. Абусуева, кафедра клинической фармакологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - к.м.н., доцент М.Г. Атаев

Актуальность. Наряду с загрязнением окружающей среды, следует выделить один из самых важных факторов, влияющих на состояние здоровья человека и его популяции в целом, - лекарственные препараты. Антибиотики и жаропонижающие средства чаще всего применяются для лечения инфекций. Но лекарственные средства могут иметь побочные эффекты. К их потенциальным нежелательным эффектам можно отнести миелотоксичность, гепатотоксич-ность, аллергенность, которые могут быть объяснены генотоксичностью препаратов. Геноток-сичные вещества потенциально мутагенны или канцерогенны.

Цель: изучить генотоксичность амоксициллина, ципрофлоксацина, парацетамола и аспирина с использованием Allium test.

Материал и методы. Материалом исследования являлись жаропонижающие лекарственные средства: 1) амоксициллина тригидрат (Барнаульский завод медицинских препаратов, Россия) в капсулах содержит 500 мг и вспомогательные вещества: крахмал картофельный 96,2 мг, кальция стеарат 6 мг, азорубин Е 122 0,2%, хинолиновый желтый Е 104 0,4%, титана диоксид 1,33%, желатин до 100%; 2) ципрофлоксацин (Dr. Reddy`s Laboratories LTD, Индия) в виде таблеток ципролета по 500 мг содержит вспомогательные вещества: крахмал кукурузный 27,8 мг, целлюлозу микрокристаллическую 5 мг, кроскармеллозу натрия 20 мг, кремния диоксид коллоидный 5 мг, тальк 6 мг, магния стеарат 4.5 мг; 3) ацетилсалициловая кислота – аспирин (АО «Фармацевтическая производственная компания Обновление», Россия) в таблетках по 0,5 г содержит вспомогательные вещества: крахмал картофельный 0.08, тальк 0.01 г, лимонной кислоты моногидрат 0.0001 г; 4) парацетамол (АО «Фармацевтическая производственная ком-пания Обновление», Россия) в таблетках по 0,5 г содержит вспомогательные вещества: крах-мал картофельный 0.02 г, стеариновая кислота 0.001 г, повидон низкомолекулярный 0.01 г, магния стеарат 0.004 г.

Для изучения генотоксичности препаратов был выбран Allium test, который рекомендован экспертами ВОЗ как стандарт в цитогенетическом мониторинге окружающей среды. Для исследования генотоксичности приготовили растворы испытуемых веществ. Для каждого лекарственного средства использовали по 30 пробирок (основная группа), на которых помещали по 1 луковице лука репчатого (Allium cepa). В качестве контрольной группы брали 10 пробирок с очищенной водопроводной водой. Луковицы проращивали 4 дня. Для оценки генотоксиче-ского действия определяли длину каждого корешка. Затем отрезали 1 см кончика корней и фиксировали в фиксаторе Кларка. Для окраски корешки помещали в 2% раствор ацетоорсеина на 24 часа. Для цитогенетического анализа готовили препараты давленых корневых меристем, согласно методике [Fiskesjo G. 1985]. Показателем митозмодифицирующего действия фактора является митотический индекс (MI, %). Чтобы вскрыть причины изменения митотической активности, определяли фазные индексы (ПИ, % - профазный индекс; МИ, % - метафазный; АИ, % - анафазный; ТИ, % - телофазный)

определяются как количество клеток, которые находятся на стадии профазы, метафазы и т. д., к общему количеству проанализированных митозов. Определялось среднее арифметическое (M) и квадратическое отклонение (SD) для каждого показателя. Разницу между группами оценивали по критерию Манна-Уитни с критическим уровнем при P=0,05.

Результаты. Анализ средней длины корней на 4-й день действия препаратов и воды показал, что рост корней под воздействием жаропонижающих и антибактериальных средств ниже по сравнению с контролем (6,6±0,5 см). Аспирин сильнее подавляет рост корней (2,8±0,9 см), чем парацатамол (4,3±0,5 см, P=0,057), а ципрофлоксацин выраженно угнетает рост (1,9±0,8 см), чем амоксициллин (5,8±0,6 см, P=0,011).

Влияние антибиотиков и жаропонижающих препаратов сопровождалось как минимум двукратным и достоверным уменьшением MI по сравнению с контрольной группой (14,9±4,2%). В растворах парацетамола (7,3±3,6%) и амоксициллина (7,5±3,9%) MI был уменьшен в 2 раза, чем в воде (P=0,004), а в растворе аспирина индекс уменьшился в 3,3 раза (4,5±3,8%), в ципро-флоксацине – в 6 раз (2,5±2,4%).

Антибактериальные и жаропонижающие препараты приводили к недостоверным изменениям в профазе (амоксициллин - ПИ 77,3±33,5% и ципрофлоксацин – 40,0±35,9%, аспирин – 52,6±34,3% и парацетамол 53,7±40,2%) по отношению к контролю – 68,3±20,7% (P>0,05).

Растворы исследуемых средств оказывали выраженное подавляющее действие на мета-, ана- и телофазу митоза, по сравнению с контрольной группой (P<0,05).

Выводы.

1. Антибактериальные препараты амоксициллин и ципрофлоксацин, а также жаропонижающие средства аспирин и парацетамол, угнетают рост корешков у Allium сера, что свидетельствует об их генотоксичности. Более выраженное замедление роста корней наблюдается под воздействием ципрофлоксацина (в 3,5 раза по сравнению с водой) и аспирина (в 2,4 раза).

2. Амоксициллин и парацетамол в 2 раза снижают митотический индекс по сравнению с контролем, а аспирин и ципрофлоксацин из исследованных средств наиболее митотоксичны.

3. Значимое снижение метафазного, анафазного и телофазного индексов под воздействием амоксициллина, ципрофлоксацина, аспирина и парацетамола свидетельствует о потенциальной их мутагенности и канцерогенности.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

ИЗУЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ НАСЕЛЕНИЯ

О.А. Омарова – аспирант, С.Р. Гаджиев – студент 410 гр. стоматологического факультета

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – д.м.н. Л.С. Агаларова

Актуальность. Проблема повышения качества и эффективности профилактических медицинских осмотров (ПМО) населения выдвигает задачу включения в систему осмотров такого важного и пока еще слабо учитываемого звена, как выяснение мнения населения, а также отношение медицинских работников к тем или иным организационным формам проведения осмотров. Социологический опрос для профилактических осмотров дает то, что в кибернетике называется механизмом обратной связи, так как профилактические осмотры часто не получают должного развития в силу чисто субъективных причин.

Переход к ежегодной диспансеризации населения – сложный и длительный процесс. На его первом этапе (проведение ежегодных профилактических осмотров всего населения) одной из задач является разработка, а точнее совершенствование форм и методов организации и проведения профилактических осмотров с тем, чтобы обеспечить высокий уровень и хорошее качество этого мероприятия.

В нашей стране накоплен большой опыт диспансеризации и проведения массовых профилактических осмотров. Под систематическим медицинским наблюдением находится значительное число практически здоровых контингентов населения. К ним относятся дети и подростки, рабочие ряда производств и профессий, беременные женщины, спортсмены, доноры.

Цель исследования – разработка рекомендаций по совершенствованию профилактических медицинских осмотров населения в условиях муниципальной поликлиники.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось в 2019 г. на базе 2-х городских поликлиник (№1, 4) г. Махачкалы Республики Дагестан. Предмет исследования – организация профилактических медицинских осмотров. Единица наблюдения – житель, врач, медицинская сестра. Объем выборки составил: 286 жителей, 57 врачей и 65 средних медицинских работников. Для сбора материала были разработаны 2 анкеты: «Анкета изучения отношения населения к профилактическим медицинским осмотрам» и «Анкета изучения мнения медицинских работников к профилактическим медицинским осмотрам».

Интервьюирование предусматривало получение ответов, в частности, на следующие вопросы: «Каким образом выполняются функции каждого кабинета отделения

профилактики?», «Что необходимо сделать для улучшения деятельности медицинской профилактики?». Результаты опроса выявили организационные и социально-психологические проблемы.

Результаты исследования. Материалы исследования показали, что около 50% врачей, работающих в отделениях профилактики, или врачей, непосредственно осуществляющих профилактические осмотры, не ощущают помощи со стороны ведущих специалистов, которые в большинстве своем являются работниками стационара. Около 70% указанных врачей, оценивая свою социальную роль, отмечают, что они чувствуют себя постоянными «просителями» из-за ограниченных возможностей в проведении лабораторных, функциональных исследований и консультаций специалистов. По их мнению, это является следствием недостаточного понимания другими врачами, а нередко и руководителями учреждений важности профилактических осмотров и диспансеризации.

Установлено, что 5,1% опрошенных не знали о ежегодных профилактических осмотрах населения. Среди остальной части опрошенных основными источниками знаний о необходимости проведения профилактических осмотров были в 40,1% случаев медицинские работники, в 21,2% – средства массовой информации (печать, радио, телевидение). Вместе с тем, по мнению населения, информация о целесообразности проведения профилактических осмотров является недостаточной (75,1% респондентов отметили, что хотели бы знать о них более подробно). По-видимому, это является одной из причин отрицательного отношения к участию в профилактических осмотрах. Это обстоятельство подтверждается еще и тем фактом, что среди не прошедших профилактических осмотров 38,5% были настроены негативно по отношению к ним, в то время как среди осмотренных таких оказалось лишь 23%.

Информированность о целесообразности и необходимости проведения ежегодных профилактических осмотров оказывала положительное влияние на отношение населения к профилактическим осмотрам. Установлено, что 17% опрошенных в качестве причины негативного отношения к участию в профилактических осмотрах указали на их бесполезность, 10,6 % – недоверие к медицинским работникам, а 12,8% – боязнь установления опасного для жизни заболевания. О бесполезности профилактических осмотров в большинстве случаев заявляли лица в возрасте 20-29 лет, о недоверии к медицинским работникам – в 30-39 лет. Необходимо отметить, что 25% лиц, отрицательно относящихся к профилактическим осмотрам, указало на большие очереди у кабинетов, что, по их мнению, связано с недостаточно четкой организацией проведения этих мероприятий.

Из общего числа прошедших профилактический осмотр положительно отозвались о его организации 72 %, из которых 35,3 % указали на неудобное время проведения и наличие очередей у кабинетов, 17,6% на затруднение получения консультаций у врачей-специалистов.

Большие очереди у кабинетов и поспешность при проведении осмотров приводят к тому,

что у населения складывается впечатление невнимательного отношения к ним. К тому же сведения о результатах осмотров и рекомендации врачей не всегда удовлетворяют обследуемых. Об этом сообщило 15% из числа прошедших осмотры.

Установлено, что после проведения осмотра не получили никаких рекомендаций 33,5% опрошенных. В основном это были молодые люди. С возрастом обследуемых число не получивших рекомендации заметно уменьшается.

Из числа тех, кому были даны рекомендации, 28,3% респондентов было назначено амбулаторное лечение, 21% – лечение в санаториях и профилакториях, 14,5% – занятия физической культурой и спортом, 10,9% изменение образа жизни и отказ от вредных привычек, 10,1% – стационарное лечение, 5,9% - изменение условий труда, 5,7% – диетическое питание и 3,6% – лечебная физкультура.

Выводы.

1. Изучение социально-психологических аспектов проведения медицинских осмотров дает возможность выявить как общие закономерности, так и частные проблемы каждой отдельной медицинской организации. Это позволит улучшить организацию и качество проведения профилактических осмотров, поднять их значимость для медицинских работников и пациентов.

2. Решение социально-психологических проблем массовых профилактических осмотров населения должно быть комплексным, с привлечением к этой работе руководителей предприятий, организаций и учреждений, средств массовой информации, общественности, а также самого населения.

Литература

1. Гаджиев Р.С. Информационное обеспечение профилактической деятельности врачей первичного звена здравоохранения /Р.С. Гаджиев, Л.С. Агаларова, М.А. Гамзаева //Справочник врача общей практики. – Москва. – 2016. – №9. – С. 22-30.

2. Агаларова Л.С. Повышение качества и эффективности диспансеризации работающего населения /Л.С. Агаларова, О.А. Омарова //Инновации в медицине. Материалы I международной научно-практической конференции. – Махачкала. – 2019. – С. 136-140.

3. Щепин В.О. Диспансеризация населения в России. /В.О.Щепин, О.Е.Петручук. – М., 2016. – С.36-39.

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ УЧАСТКОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ГОРОДСКИХ ПОЛИКЛИНИК ПО ВОПРОСАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

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. В настоящее время в период преобразований системы здравоохранения осуществляются конкретные шаги для повышения ее эффективности, престижа медицинской профессии в целом. Появилась уникальная возможность осуществить необходимые изменения в здравоохранении с учетом новых, складывающихся в стране реалий жизни, сохранив и развив то лучшее, что уже было создано [1, 2].

Цель исследования – изучение информированности участковых медицинских сестер городских поликлиник по вопросам медицинской профилактики.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось в 2019-2020 гг. на базе 3-х поликлиник (№ 2, 6, 9) г. Махачкалы Республики Дагестан. Методом анонимного анкетирования изучена информированность 145 участковых медицинских сестер по вопросам медицинской профилактики.

В структуре опрошенных, женщины составляют 100%. Возрастной состав был следующим. Лица 41-50 лет – 37,8%, 51-60 лет – 20%, 31-40 лет – 16% и до 30 лет – 15,1%, 61-70 лет – 11,1%. Квалификационную категорию имели 25% медицинских сестер, в том числе 51,1% – высшую, 13,3% – первую, 6,7% – вторую. Для сбора материала была разработана специальная анкета, которая включала 20 вопросов: возрастно-половой состав, стаж работы, квалификационную категорию, определение понятиям – «первичная профилактика», «вторичная профилактика», «третичная профилактика», «диспансеризация» и другие вопросы.

В соответствии с целью и задачами в исследовании были использованы социологический, статистический методы и метод непосредственного наблюдения. При обработке и оценке достоверности результатов исследования были широко использованы методы математической статистики. Статистическую обработку проводили при помощи программ Statistica 6.0, Биостат 4,03, MS Excel 2003.

Результаты исследования. По специально разработанной анкете изучена информированность участковых медицинских сестер по некоторым вопросам медицинской профилактики. Исследование показало, что в среднем каждая четвертая (27,7%) медицинская сестра дала неправильное определение понятиям «первичная профилактика», «вторичная профилактика», «третичная профилактика». Это необходимо учитывать при планировании мероприятий по повышению квалификации средних медицинских работников в области медико-социальной и медицинской профилактики. Респондентам было предложено перечислить критерии оценки профилактической деятельности участковых медицинских сестер, лишь 17,8% опрошенных ответили правильно, 51,1% - частично, а 31,1% - неправильно.

На вопрос «Какие приказы Минздрава РФ Вы знаете по профилактической деятельности

первичного звена здравоохранения», 40% ответили неправильно, 35,5% - правильно, а 24,4% ответили частично. На вопрос «Дайте определение понятию «диспансеризация» 64,4% участковых медицинских сестер дали правильные ответы, 31,1% - неполные, у 4,5% ответы были неправильные. Основные цели диспансеризации назвали правильно 56,7% респондентов, частично - 30% и 13,3% ответили неправильно.

Структурные подразделения профилактики (центр медицинской профилактики, центр здоровья, отделение (кабинет) медицинской профилактики), должны работать в тесной взаимосвязи с муниципальными поликлиниками. Однако материалы исследования показали, что лишь 17,4% опрошенных правильно назвали основные задачи отделения медицинской профилактики.

Важным разделом работы участковых медицинских сестер являются регистрация всех разделов проводимой работы и отчетность по ней. Однако на вопрос «Перечислите учетно-отчетную документацию, которую Вы ведете при проведении профилактической работы», 8,7% респондентов ответили неправильно.

Участковым медицинским сестрам было предложено перечислить, по их мнению, мероприятия по улучшению профилактической работы, были получены следующие ответы: повышение заработной платы, сокращение объемов учетно-отчетной документации, организация регулярного повышения квалификации по медицинской профилактике, премирование за объем и качество профилактической работы.

Выводы.

1. Проведенное исследование показало, что уровень информированности участковых медицинских сестер по вопросам медицинской профилактики недостаточный: 27,7% респондентов дали неправильное определение понятиям «первичная профилактика», «вторичная профилактика», «третичная профилактика». Это необходимо учитывать при планировании мероприятий по повышению квалификации средних медицинских кадров.

2. Материалы исследования показали, что лишь 17,4% опрошенных правильно назвали основные задачи отделения медицинской профилактики, 70,3% ответили неправильно, а 12,3% - частично.

Литература

1. Агаларова Л.С. Изучение мнения сельского населения об организации и качестве медицинской помощи, оказываемой участковыми врачами / Л.С. Агаларова, Р.С. Гаджиев // Уральский медицинский журнал. – 2018. - № 4 (159). – С. 102-107.

2. Гаджиев Р.С. Основы сестринского дела: Учебник / Р.С. Гаджиев. – М.: Медицина, 2008. – 432 с.

3. Гаджиев Р.С. Информационное обеспечение профилактической деятельности врачей первичного звена здравоохранения / Р.С. Гаджиев, Л.С. Агаларова, М.А. Гамзаева //

Справочник врача общей практики. – М., 2016. - № 9. – С. 22-30.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОТРАВЛЕНИЙ УГАРНЫМ ГАЗОМ

А.А. Ким - ассистент (соискатель)

Кафедра судебной медицины и патологической анатомии

Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан

Научный руководитель - д.м.н., проф. С.И. Индиаминов

Актуальность. Ежегодно во всем мире регистрируются смертельные случаи от отравлений, по поводу основных причин приводящих к этому состоянию в публикациях имеются разные результаты исследователей. Дебаты ведутся в основном между воздействием угарного газа (CO) и этилового спирта. CO- коварный, опаснейший яд, известен своими свойствами достаточно давно, однако и по сей день диктует необходимость в изучении региональных особенностей этой проблемы.

Цель исследования. Изучение медико-социальных аспектов смертельных случаев от отравлений CO по Самаркандскому региону Узбекистана за 10 лет.

Материалы и методы. Ретроспективно проанализированы заключения судебно-медицинских экспертиз трупов лиц, погибших от отравлений CO, а также результаты судебно-химических и судебно-гистологических исследований.

Результаты исследований. Получены данные, где 51% в структуре смертельных отравлений отводится на долю отравлениям CO. В связи с этим подробно был рассмотрен этот вид отравления. Итак, по Самаркандской области значительный перевес числа аутопсий наблюдался среди городских жителей- 62%. Причины носили в основном бытовой характер. Возникновения столь значительно большого количества смертей от отравлений CO отразились на сезонности. Так в зимний период регистрировались -62%, в весенний-22%, в осенний-10%, в летний-6% случаев. Среди, которых преобладал мужской пол- 61%, женский же составил- 39% случаев. В возрастной категории отравление CO отмечалось у лиц до 17 лет -16%, молодого возраста (от 18-44 лет) -56%, среднего (от 45-59 лет) - 23%, пожилого (от 60-74 лет)-3% и старческого (от 75-90 лет) –2%. По результатам судебно-химических анализов концентрация карбоксигемоглобина в крови у погибших наблюдалась от 25%-95%. Однако при этом необходимо отметить отсутствие уточнения интервала времени от наступления смерти до забора крови, а также области кровеносной системы откуда бралась она для исследования. Еще одно важное исследование, представляющее решающее значение в обосновании диагноза это гистологическое исследование. Ознакомившись также с мокрым архивом и окраской срезов кусочков и тканей, отметим важность при этом методе исследования придерживаться правил по взятию материала с полным охватом зон и слоев, применением различных методов окраски

при смертельных отравлениях СО для обоснования танатогенеза.

Выводы. Таким образом, смертельные отравления СО представляют актуальную проблему, в связи с большой частотой летальных исходов от нее, имеющейся сезонностью, поражением трудоспособного возраста, лиц мужского пола. Для осуществления снижения и предотвращения случаев отравлений угарным газом требуется проведение профилактических мер по устранению вышеуказанных источников. Дальнейшее изучение оценки танатогенеза позволит решить ряд вопросов в производстве судебных экспертиз отравлений СО.

ВЛИЯНИЕ ВООРУЖЕННОГО КОНФЛИКТА НА ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Е.А. Абрамова - студентка 1гр. лечебного факультета 1,
М.А. Мартынова - студентка 1гр. лечебного факультета 1
Кафедра общественного здоровья, здравоохранения и экономики здравоохранения
ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М.Горького МЗ ДНР, г.Донецк
Научный руководитель – доц. И.В. Коктышев, доц. Т.М. Доценко

Актуальность темы. Шесть лет население ДНР живет у условиях гражданской войны. Война – самый примитивный и самый жестокий способ решения конфликтных ситуаций. Самые большие жертвы при этом отмечаются среди гражданского населения и, прежде всего, среди детей. Именно они получают тяжкие травмы, становятся беженцами и конечно же, гибнут. Со времен II-й мировой войны в мире произошло около 130 вооруженных конфликтов и на земном шаре в них погибли более 2 миллионов детей, около 5 миллионов стали инвалидами, 1 миллион сиротами, 12 миллионов беженцами. Такая тяжкая ситуация имеет место и в ДНР, что продолжается и в данный период времени и несмотря на уменьшающую частоту обстрелов, дети очень тяжело переносят эти тяжкие психологические стрессовые ситуации, что в прогнозе не исключает в развитие депрессий, неврозов и конечно-же формирования расстройств психики.

Цель исследования. Изучение “рисков” поражения детей в условиях военных действий в целом и в разных возрастных группах для оказания им скорой дифференциации - ранней медицинской помощи.

Материалы и методы исследования. Использованы статистические данные о погибших детях городов ДНР, подверженных наиболее, массивным обстрелам. Территории с наиболее разрушенной инфраструктурой, жилого сектора за период 2014, 2015, 2016 годов; проанализирована заболеваемость детей этих территорий по данным 2017, 2018 годов. Для обработки материала применялись относительные величины, доказывалась их достоверность. Данные “Рисков” детей изучены, дифференцировано в группах «дошкольного» и «школьного» возрастов.

Результаты исследования. Война не сета за собой не только гибель детей, их инвалидизацию, но также голод, разруху, нищету, инфекции и, как следствие, – высокий уровень младенческой смертности.

Обязательным спутником войны - являются вспышки эпидемии инфекционных заболеваний, чего мы “избежали”. Основное большинство погибших детей – это дети крупных городов и районов ДНР, подверженных наиболее массивным обстрелам и разрушениям: Из общего числа погибших детей именно в них погибло от 16% до 37% детей: в районах -34%: остальные погибшие дети это дети всех остальных населенных пунктов ДНР – 29%. И если гибель детей младшего детского возраста, как привило, связанно и с гибелью их родителей, то дети “школьного” возраста, особенно старших возрастных групп в нашей ситуации, была обусловлена “непредвиденными” ситуациями, обрушившимися на население этой войной: Разрушениями, гибелью родных и близких, что делило их “трудноуправляемыми в желании отомстить за увиденное и переносимое”

Данные заболеваемости детского населения, продолжающего оставаться в условиях постоянного стресса гибели населения, разрушений, свидетельствуют о полном неблагополучии дальнейшего прогноза их состояния здоровья: за период 2017-2018 годов распространенность болезней выросла особенно среди старших возрастных - X группы на 25%, а МС на 15% в целом по республике. При этом, данных роста инфекционными заболеваниями среди детей нет. Среди детей более старшего возраста отмечен рост таких состояний как ранения, травмы, ожоги. В основе возникновения и объема медицинской помощи следует совершенствовать диагностику повреждений и время доставки на место оказания им медицинской помощи.

Выводы.1. В общем числе погибших детей – основной возраст погибших –дети «школьного» возраста (50%).

2. Перенесенные нервные потрясения, связанные с гибелью близких людей, разрушениями, длительность жизни в подвалах- тяжелейший преморбидный фон для роста заболеваний в целом, в том числе неврозов и даже болезней психики.

3. Донбасс крупный промышленный регион, требующий для восстановления разрушенного здоровое молодое поколение, здоровые трудовые ресурсы, что требует немедленного прекращения продолжающейся войны.

4. В условиях продолжающейся войны необходимо, дальнейшее совершенствование организации медицинской помощи с дифференцированностью ее оказания по “рискам” здоровья и возраста.

ЗАБВЕНИЮ НЕ ПОДЛЕЖИТ

Е.А. Абрамова – студентка 1 группы 1 Лечебного факультета

Кафедра общественного здоровья, здравоохранения и экономики здравоохранения

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького», г. Донецк, Донецкая Народная Республика

Научный руководитель – асс. Н.В. Бугашева

Актуальность. В 75-ю годовщину Великой Победы как никогда актуальным является сохранение национальной памяти и распространения сведений об участниках и событиях Великой Отечественной войны среди молодежи для развития патриотического духа и укоренения идеи о том, что война это боль, ужас, страх и потери, и что сохранять столь хрупкий мир необходимо всеми возможными силами.

Цель. Сохранение памяти об участниках и событиях Великой Отечественной войны.

Материалы и методы исследования. Проанализированы печатные издания: воспоминания Короля Бориса Антоновича, вырезки газет, литература о партизанском движении С.А. Ковпака; интернет-ресурсы. Запрошены материалы архивов Народного комиссариата внутренних дел Союза советских социалистических республик (НКВД СССР). Применен описательный метод.

Результаты исследования. Едва ли ходил по нашей земле, по нашей стране, человек, не принимавший участия в кровопролитной и жуткой Великой Отечественной войне. По-моему, великой её называют потому, что, несмотря на долгих четыре года, несмотря на все лишения и тяготы жизни, народ, поистине Великий народ самоотверженно стремился к Победе – кто ушел на фронт, познав суровую военную жизнь в окопах и землянках, кто работал для скорейшей победы в тылу, не жалея себя, и рук своих, и живота своего. Все эти люди – Герои. Достойные дети своей Родины. Одними из таких людей были и мои прадеды.

Абрамов Андрей Андреевич – полковник внутренней службы, с 1938 года начальник Санотделения управления НКВД по Сталинской области. Во время Великой Отечественной Войны, с октября 1941 по сентябрь 1943 работал в должности начальника медицинской бригады в составе оперативной группы НКВД. В 1942 году получил ранение при форсировании реки Дон. После освобождения от фашистской оккупации города Сталино, с сентября 1943г. под руководством Абрамова А.А. восстанавливалась медицинская служба УНКВД по Сталинской области. Абрамов А.А. возглавлял медицинскую службу УМВД Донецкой области до октября 1982г.

Король Борис Антонович – партизан-ковпаковец. В октябре 1942г. в составе группы комсомольских работников был направлен в Партизанское соединение дважды героя Советского Союза С.А.Ковпака. Приказом по соединению был назначен помощником комиссара соединения по комсомолу. В составе этой роты принимал участие в Карпатском рейде. 7 ноября, в день 27-й годовщины Октябрьской революции, 1942 года Борис Антонович

вдвоем с Радиком Рудневым, сыном комиссара Руднева, в составе пятой роты ворвались в город Лоев и водрузили на пожарной каланче Красное Знамя. Впоследствии Король Б.А. стал политруком шестой роты. В октябре 1943г. был тяжело ранен и отправлен в госпиталь на излечение. После госпиталя был направлен Центральным комитетом Всесоюзного ленинского коммунистического союза молодёжи (ЦК ВЛКСМ) на работу в обком Комсомола Сталинской области.

Выводы. Можно долго и без остановки рассказывать о победах и об интереснейших и захватывающих событиях из жизни моих прадедов. Но для меня, да и, наверное, как и для всех людей в моей стране, 9 Мая это не просто день Победы. Это день, когда мы вспоминаем, насколько тяжело нашему народу далась эта Победа. С содроганием и болью в сердце мы слушаем военные песни, смотрим фильмы про войну. Перед нами предстают образы всех погибших – известных и неизвестных, с наградами и без, прошедших всю войну и дошедших до Берлина и отдавших свою жизнь в самом ожесточенном ее начале. Мы помним каждого погибшего при блокаде Ленинграда. Каждого бессердечно и изуверски убитого в камерах концлагерей. Каждого, кто отвоёвывал миллиметр за миллиметром не только нашей земли, но и освобождал все захваченные территории. Каждого, кто до последней капли крови сражался за нашу свободу. «Это нужно — не мертвым! Это надо — живым!» — писал Роберт Рождественский.

И мы помним. Мы гордимся.

БАРЬЕРЫ СВЯЗАННЫЕ С ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНЫМ ОПЛОДОТВОРЕНИЕМ

А.Қ. Байқадамова - студент

Кафедра молекулярной биологии и медицинской генетики имени академика НАН РК Т.К.Раисова НАО «Медицинский университет Семей», Семей, Казахстан

Научный руководитель – доцент А.С. Оразалина

Актуальность: В настоящее время общепризнано, что экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) значительно помогает снизить уровень бесплодия в мире. Тем не менее, в последнее время ЭКО вызывает множество споров.

Цель: Выявить наиболее актуальные проблемы в обществе, которые влияют на использование ЭКО. Будут наблюдаться такие вопросы, как стоимость, общественное мнение и религия. Для достижения цели исследования была сформулирована следующая задача: провести опрос среди постсоветских стран и США, определить какой из факторов является наиболее популярным среди общества.

Материалы и методы: В этом исследовании использовались количественные и качественные методы. Качественный анализ включал информацию из академических журналов, книг, материалов конференций и докладов. Поиск литературы проводился в базах

данных Google Scholar, PubMed, Medline и Cochrane. Ключевыми словами были ЭКО, барьеры, этика, стоимость, религия. Для проведения опроса использовались «Google Forms». Этот опрос включает в себя 7 вопросов, 3 из которых являются демографическими. Чтобы быть точным, опрос проводится на 3 языках: русском, казахском и английском. Опрос анонимный, респонденты из разных стран. Такие страны, как США, Россия и Казахстан принимают участие в этом опросе. В дополнение к исследованию была проанализирована статистика уровня рождаемости этих стран.

Результаты исследования: С каждым годом число циклов ЭКО растёт во всех странах мира. Известно, что в Казахстане в 2009 году было проведено 1474 циклов связанных с ЭКО, в то время как в России число циклов достигло 42 110, а в США 141 440. В 2017 году число циклов в США достигло 248 086 цикл/год. По последним статистическим данным 2017 года, число циклов ЭКО выросло во всех странах: В Казахстане - 7 947 циклов, в России - 129 746. В опросе приняли участие 150 респондентов, среди которых каждый шестой был женский пол. Основным вопросом в этом опросе было: «Если возникнет ситуация, когда вам необходимо сделать ЭКО, что может вас остановить?»

Таблица 1

Барьеры, которые останавливают людей делать ЭКО

Цена	Религия	Общественное мнение	Выразили сомнение	Ничего
94	31	35	2	16

Поскольку большинство (37%) респондентов из Казахстана, можно сделать вид, что основным барьером в Казахстане является стоимость.

Выводы: В заключение, целью нашей работы было определить, какие барьеры, связанные с ЭКО, можно считать первостепенными. Три препятствия были оценены как наиболее насущные для общества в отношении экстракорпорального оплодотворения: религия, общество и стоимость. Результаты опроса показывают, что стоимость является основной проблемой в этих странах, поскольку стоимость ЭКО высока, то не каждый может себе это позволить.

ЧАСТОТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ СРЕДИ ПОДРОСТКОВОГО НАСЕЛЕНИЯ ДНР И ФАКТОРЫ ЕЕ ФОРМИРУЮЩИЕ

В.К. Бочерова – студентка 1гр. 3 курса лечебного факультета 1,
Д.М. Моисеенко – студент 4 гр. 2 курса педиатрического факультета

Кафедра общественного здоровья, здравоохранения и экономики здравоохранения
ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М. Горького МЗ ДНР, г. Донецк
Научный руководитель - асс. Бугашева Н.В.

Актуальность. Подростковое население современного Донецкого региона живет в тяжелых условиях промышленно-экономической, социальной и военно-политической депрессии, испытывая постоянное эмоционально-психологическое давление. Это происходит в течение шести лет и является основной причиной внешнего патологического воздействия на различные системы формирующегося организма, вызывая срыв его нормального функционирования, снижение адаптационных возможностей вплоть до их исчезновения. Системы подросткового организма по-разному реагируют на негативное действие факторов окружающей среды. Системы пищеварения является одной из систем организма, которая первая встречается с эти негативным действием, что является причиной возникновения болезней, обострения хронических процессов и прогрессирования. Известно, что сохранение и укрепление здоровья подросткового населения является одной из основных и важных задач экономического и социального развития нашей молодой республики, так как состояние здоровья взрослого населения формируется и зависит от состояния здоровья детей о подростков.

Цель исследования. Изучить частоту возникновения и распространения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки среди подросткового населения ДНР в период с 2014 по 2019г., находящихся постоянно в условиях хронической эмоциональной, военно-политической депрессии.

Материалы и методы исследования. Изучены литературные и интернет источники, проанализированы материалы статистических сборников Республиканского Центра организации здравоохранения, медицинской статистики и информационных технологий МЗ ДНР. Применен метод статистической обработки с вычислением показателей вариационной статистики с использованием программ Statistica.

Результаты исследования. Подростковый возраст в связи с активной функциональной перестройкой в организме достаточно восприимчив к действию различных негативных факторов внешней среды, вызывающих появление заболеваний. В структуре общей заболеваемости у подростков Донецкой народной республики болезни органов пищеварения в настоящее время занимают одно из лидирующих мест (4 место). В структуре болезней органов пищеварения 15% приходится на язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, формирующейся еще в дошкольном возрасте, носящей рецидивирующий характер и приводящей к ранней инвалидизации.

В период с 2014 по 2019 год в ДНР распространенность язвенной болезнью среди

подростков увеличилась на 23% с 15,6 случаев на 10000 населения в 2014 году до 20,1 на 10000 населения в 2019г. Заболеваемость за этот период увеличилась в 4,2 раза с 1,2 случая на 10000 населения в 2014году до 5,0. Показатель распространенности в 6,4 раза превышает показатель частоты возникновения первичных случаев этих болезней.

Среди всех факторов на первое место вышел фактор постоянного стрессового состояния подростков в результате военных действий. Он влияет не только на их психическое состояние, но и на физическое, где первыми органами-мишенями выступает желудочно-кишечный тракт. На втором месте фактор изменение характера питания: избыток в рационе рафинированных белков и углеводов, употребление большого количества жиров и консервированных продуктов, в состав которых могут входить пестициды, металлорганические соединения, микотоксины, антибиотики, гормоны, нерегулярное и несбалансированное питание, недостаток свежих фруктов и овощей. Фактор изменения экологического статуса, связанного с поступлением с водой ксенобиотиков и солей тяжелых металлов занял третье место в структуре причин возникновения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Столь большое превышение показателя распространенности над показателем частоты возникновения первичных случаев, свидетельствует о наличии интенсивного процесса накопления данных болезней в социальной среде, то есть процесс накопления среди подростков болезней органов пищеварения идет большими темпами. Накопление болезней в социальной среде обычно идет преимущественно за счет их хронизации и увеличения среди первичных случаев болезней органов пищеварения тяжелых форм протекания или тяжелых нозологических типов болезней.

Выводы: 1.Болезням органов пищеварения свойственен как высокий уровень частоты возникновения, так и распространения, то есть подростки высокоуязвимые по болезням органов пищеварения, основной фактор – это военные действия в Донецком регионе.

2.Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки занимает лидирующие позиции среди подросткового населения ДНР и являются угрозой для здоровья.

3.Распространенность язвенной болезнью среди подростков ДНР увеличилась на 23%, а заболеваемость за этот период увеличилась в 4,2 раза.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

А.Н. Дуйсембаева – аспирант 1 года

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России, Оренбург, Россия

Научный руководитель - д.м.н., проф. Е.Л. Борщук

Актуальность. Среди основных причин высокой заболеваемости, смертности главной проблемой является сердечно-сосудистая патология. Знание ситуации об уровне и динамики

заболеваемости болезнями системы кровообращения (БСК) необходимо для принятия управленческих решений, учитывая социальную значимость проблемы.

Цель исследования. Определение региональных особенностей формирования структуры, динамики и уровня БСК среди населения региона, определение муниципальных районов неблагополучных по уровню сердечно – сосудистой патологии.

Материалы и методы исследования. Использованы данные ежегодного информационного - аналитического сборника МИАЦ г. Оренбурга за 2009-2018 гг. Использовался метод сплошного наблюдения, статистический (анализ динамических рядов), определение коэффициента корреляции Спирмена.

Результаты исследования. Проанализированы данные о заболеваемости БСК среди всего населения Оренбургской области (ОО) за 2009-2018 гг. В 2018 году в структуре причин общей заболеваемости населения ОО на долю БСК приходится 17,8%. В целом по региону отмечалось достоверное снижение общей заболеваемости среди взрослого населения БСК за исследуемый период (темп снижения -9,1%), среди детского контингента (0-17 лет) выявился рост заболеваемости (темп прироста составил 12,3%,).

Динамика к росту общей заболеваемости БСК имеет тенденцию к увеличению за счет положительного прироста заболеваемости у детского контингента. Показатель заболеваемости взрослого населения превышает аналогичные показатели среди детей в 5,4 раз. Показатели общей заболеваемости БСК всего населения ОО варьируют от 27633,0 до 31095,0 случаев на 100 000 населения.

За последние 9 лет в Оренбургской области отмечен рост первичной заболеваемости населения. Темп прироста первичной заболеваемости в целом по области с 2009 по 2018г. составил 40,4%, $\chi 2 = 24,3$; $p \leq 0,05$. Максимальный уровень первичной заболеваемости в ОО зарегистрирован в 2018 г. – 67,0±1,8 на 1000 населения, минимальный значение показателя наблюдалось в 2009 г. – 27,0±0,27 на 1000 населения.

В структуре заболеваемости БСК первое по значимости место занимают болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением (39%) от общей заболеваемости, в первичной 18,5%. Второе место – цереброваскулярные болезни. Доля данной причины составляет 20% от общей и 24,7% от первичной заболеваемости БСК. Третье по значимости – ишемические болезни сердца. Доля этой причины составляет 11,6% и 13% соответственно.

Возможная причина выявленной динамики объясняется, тем, что произошел рост объемов и качества углубленных методов исследования во время диспансерных осмотров взрослого населения. Негативная динамика в определенной мере является результатом улучшения выявления этой патологии, но также объясняется медико-демографическими процессами. Население Оренбургской области ежегодно уменьшается, а доля лиц пожилого и старческого возраста растет, что приводит к росту заболеваемости, характерной для этой

возрастной категории населения. Кроме того умеренный спад общей заболеваемости взрослого населения может происходить за счет высокой смертности населения выше трудоспособного возраста.

Районы, в которых среднемноголетний показатель общей заболеваемости достоверно превышал среднемноголетний областной показатель, оказались следующие: Курманаевский, Саракташский, Бугурусланский, Матвеевский. По первичной заболеваемости: Тоцкий, Акбулакский, Бугурусланский, Курманаевский, Новоорский, Октябрьский, Северный, Переволоцкий и Соль-Илецкий районы.

Максимальный уровень общей заболеваемости БСК за изучаемый период: Бугурусланском, Матвеевском, Курманаевском, Сорочинском, Оренбургском, Светлинском, Переволоцком, Октябрьском, Шарлыкском районах. В Первомайском, Гайском, Новоорском, Адамовском, Ясненском районах и г. Орске, г. Новотроицк выявлен низкий уровень заболеваемости БСК.

Кроме того, при проведении корреляционного анализа с использованием рангового коэффициента корреляции Спирмена между уровнем среднемноголетней заболеваемостью БСК и числом занятых должностей по профилю «Кардиология» выявлена слабая обратная связь (коэффициент корреляции -0,17). Таким образом, чем меньше врачей кардиологов, оказывающих помощь в районе, тем выше заболеваемость БСК.

При корреляционном анализе связь между уровнем средней номинальной заработной платы трудоспособного населения и заболеваемость БСК прямая и слабая. Коэффициент корреляции Спирмена составил 0,09. Но, поскольку региональные различия доходов были умеренными, то и корреляционная зависимость оказалась не сильно выраженной. Уровень дохода определяет доступность компонентов здорового образа жизни, что во многом обуславливает состояние здоровья региона. Высокий уровень заработной платы в больших городах, а заболеваемость распределилась по другому принципу, значит, имеет место быть более значимому фактору, влияющему на заболеваемость БСК в ОО.

Выводы. 1. В Оренбургской области за период 2009-2018 гг. отмечается рост первичной заболеваемости населения болезнями системы кровообращения, и достоверное снижение общей заболеваемости взрослого населения от БСК. В структуре заболеваемости БСК лидируют болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением.

2. Значительный прирост первичной заболеваемости населения может быть связан с продолжающимся «старением» населения, влиянием негативных факторов риска и улучшением диагностики.

3. При анализе корреляции между среднемноголетним уровнем заболеваемости БСК и числом занятых должностей по профилю «Кардиология» выявлена слабая обратная связь.

СРАВНЕНИЕ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В БРЯНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2018-2019 ГОДЫ

А.К. Гавриков, Д.И. Гаврикова – студенты

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, Курск, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доцент Тимошилов В.И.

Актуальность. За последние 30 лет заболеваемость патологией толстого кишечника, прямой кишки и копчиковой области возросла с 80,6 до 113,9, а частота госпитализации колопроктологических больных – с 10,3 до 14,3 на 10 тыс. населения. Это связано с повышением доступности специализированной помощи за счет большей мощности и интенсивности работы профильных отделений во многих субъектах РФ. Рост заболеваемости зафиксирован по всем основным группам колопроктологических болезней, причем он более выражен при злокачественных опухолях, воспалительных и функциональных заболеваниях толстой кишки. Социальную и экономическую значимость проблемы определяет более преобладание в структуре контингента больных пациентов трудоспособного возраста. Особую актуальность имеет проблема злокачественных новообразований соответствующей локализации: рак толстой кишки занимает пятое место по заболеваемости среди мужчин (после рака легкого, желудка, кожи и предстательной железы) и четвертое среди женщин (после рака груди, кожи и желудка). Как причина смерти он занимает второе место в России среди женщин (после рака груди) и третье место среди мужчин (после рака легких и желудка).

Цель исследования – сравнить госпитализированную заболеваемость больных колопроктологического профиля в Брянской области за 2018-2019 годы.

Материалы и методы исследования. По данным отчетной документации колопроктологического отделения Брянской областной больницы было проанализировано 966 и 945 больных с патологией толстого кишечника, прямой кишки и ануса, проходивших лечение в данном отделении в 2018 и 2019 годах соответственно. Вычислялись экстенсивные показатели структуры госпитализированных больных по нозологиям и структура работы, изначально представленная в койко-днях, как доля работы, приходящейся на лечение каждого заболевания.

Результаты и их обсуждение. В структуре госпитализированной заболеваемости по числу пациентов за 2019 год наиболее распространенными патологиями были геморрой (19,4%), анальные трещины (17,9%), злокачественные (16,6%) и доброкачественные новообразования толстого кишечника, прямой кишки и заднего прохода (15,2%), свищи прямой кишки (10,5%). 5-10% составили абсцессы области заднего прохода и прямой кишки (острые парапроктиты) (5,7%), пилонидальные кисты без абсцессов (5,1%). Прочие

нозологические формы составили менее 5 % пациентов.

В структуре онкологической патологии в 2019 году злокачественные новообразования прямой кишки составили 54,8%, ободочной кишки – 32,5%, ректосигмоидного отдела – 11,5%. Новообразований, локализованных в заднем проходе и анальном канале было пролечено всего 2 случая, что составило 1,2%.

Средняя длительность пребывания больных в стационаре составила 10,43 суток в 2018 и 10,45 суток в 2019 году.

Средняя длительность пребывания больных в стационаре в 2018 и 2019 году по нозологиям существенно не отличается. Наибольшее количество койко-дней (18 и более) имели случаи злокачественных новообразований, дивертикулярной болезни толстой кишки, врожденных аномалий и травм кишечника.

Более 11 дней в стационаре находились пациенты с грыжами брюшной полости, инородными телами в ободочной кишке, кишечной непроходимостью.

Длительность лечения, близкая к среднему показателю за два года по отделению имела место для пациентов с болезнью Крона, язвенным колитом, полипами прямой кишки, стенозом заднего прохода и прямой кишки, дисфункцией после колостомии и энтеростомии, свищевой болезнью, а также доброкачественными новообразованиями толстого кишечника, прямой кишки и аноректальной области, соединительной и других мягких тканей.

В среднем менее 10 дней в стационаре проводили пациенты с острым парапроктитом, пилонидальными кистами без абсцессов, геморроем, анальными трещинами, функциональными кишечными нарушениями, ректальным кровотечением.

Пациенты с прочими нозологиями находились в стационаре в среднем менее 8 койко-дней.

Наибольшую суммарную нагрузку на отделение в 2018 году дало лечение анальных трещин, геморроя и злокачественных и доброкачественных новообразований толстого кишечника и прямой кишки. В 2019 г. количество койко-дней, проведенных больными с геморроем, увеличилось незначительно – на 0,8% - и составило 1575. По поводу злокачественных новообразований прямой кишки объем работы составил 1502 койко-дней, что на 3%, а толстого кишечника – 934 койко-дня, что на 27,4% меньше, чем в 2018 г. Суммарная длительность лечения больных с анальными трещинами снизилась на 14,7% и составила 1394 койко-дней. Продолжительность пребывания больных доброкачественными новообразованиями ободочной, прямой кишки и аноректального отдела увеличилась до 1162 койко-дней - на 27,2%. Количество койко-дней, проведенных больными в стационаре по поводу свищевой болезни прямой кишки несущественно снизилось – на 2,5% - до 887. По поводу острых парапроктитов в 2019 г. проведено 513 койко-дней, что на 26,1% больше, а по поводу пилонидальных кист без абсцессов – 443 койко-дня, что на 12,8% меньше, чем годом

ранее.

Выводы.

1. Наибольший вклад в структуру госпитализированной заболеваемости как в 2018, так и в 2019 году вносят геморрой, анальные трещины, злокачественные и доброкачественные новообразования толстого кишечника, прямой кишки и заднего прохода, достоверно увеличилась лишь доля травм толстого кишечника.

2. Наибольшую нагрузку на отделение в абсолютном выражении дало лечение геморроя, злокачественных новообразований прямой кишки и толстого кишечника, анальных трещин и доброкачественных новообразований ободочной и прямой кишки, заднего прохода, анального канала.

3. Наибольшую длительность пребывания пациентов в стационаре в среднем имели случаи злокачественных новообразований, дивертикулярной болезни толстой кишки, врожденных аномалий и травм кишечника.

АНАЛИЗ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В НЕКОТОРЫХ ВОПРОСАХ БИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ

У.С. Ефремова – студентка 101А гр. лечебного факультета

Кафедра биологии

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, Уфа, Россия

Научный руководитель – д.м.н., проф. Т.В. Викторова

Актуальность. Нередко в современных средствах массовой информации можно встретить популярные заблуждения, касающиеся различных вопросов биологической безопасности, в частности, относительно вреда генно-модифицированных организмов, неблагоприятных последствий использования антибиотиков, опасности онкологических, инфекционных и паразитарных заболеваний. Мы считаем, что наличие базовых знаний в области биологии может быть важным для понимания этих вопросов, что делает изучение представленной темы актуальным.

Цель. Провести исследование осведомленности населения в вопросах биологической безопасности и выявить наличие распространенных заблуждений относительно вреда генно-модифицированных организмов (ГМО), применения антибиотиков, опасности онкологических, инфекционных и паразитарных заболеваний человека.

Материал и методы исследования. Для достижения поставленной цели были использованы социологический и статистические методы. Нами была составлена анкета, включавшая ряд открытых и закрытых вопросов о биологии.

Выборка была сформирована случайным образом. Для сбора данных применялся метод интервьюирования. Опрос происходил в местах массового скопления людей в городе Уфе в

январе - феврале 2020 года. В опросе приняли участие 52 респондента, среди которых 53,84% (28/52) женщин, 46,16% (24/52) мужчин. Возраст обследованных варьировал от 16 до 54 лет и в среднем составил 19,67±5.82 лет. Среди опрошенных 71,2% (37/52) составили обучающиеся учреждений высшего образования, 21,1% (11/52) – обучающиеся средних образовательных учреждений, остальные – работающие. У 19 опрошенных (36,5%) специальность была связана с биологией или медициной.

Для статистической обработки данных рассчитывались такие показатели, как Хи-квадрат, Хи-квадрат с поправкой Йейтса). Расчеты проводились с использованием пакетов программ: Microsoft Excel, STATISTICA 10.

Результаты исследования. На вопрос: “Могут ли гены передаваться через пищу” – положительный ответ дали 13,46% (7/52). Все участники опроса были уверены, что владеют необходимой информацией о ГМО. В ходе анкетирования нами было установлено, что 46,1% (24/52) считали, что опасно употреблять продукты, которые содержат ГМО, 2 человека (3,8%) ответили, что не знают – опасно или нет, и один респондент (1,9%) ответил, что этот вопрос еще не изучен учеными. Остальные респонденты (25/52 – 48%) считают, что употреблять продукты с ГМО безопасно. Заметим, что можно проследить связь между ответами людей, которые считают реальной возможность генов передаваться через пищу и теми, кто считает ГМО опасным (Критерий Хи-квадрат с поправкой Йейтса<0,001).

Из всех опрошенных 1 человек сказал, что не знает, что такое онкологическое заболевание. На вопрос же: “Опасно ли находиться в одном помещении с онкологическим больным” положительный ответ дали 3 человека в возрасте до 17 лет. 78,8%(41/52) уверены, что в лабораториях можно выявить предрасположенность к онкологическим и другим заболеваниям, 13,5%(7/52) считают это невозможным и 4 человека (7,7%) не смогли ответить на вопрос.

Что такое вирус иммунодефицита человека не знает 1 человек. Считают опасным находиться в одном помещении с ВИЧ-инфицированным человеком 13,5% (7/52). При этом на вопрос: “Согласились бы Вы чтобы Ваш родственник учился или работал с ВИЧ-инфицированным человеком?” положительный ответ дали 61,5% (32/52). Интересно заметить, что 4 человека, которые считают опасным находиться в одном помещении с ВИЧ - инфицированными, при этом согласны, чтобы их родственники учились или работали с такими людьми. Однако следует заметить, что связи между этими ответами проследить не удалось (p>0,05). Передается вирус иммунодефицита человека, по мнению большинства респондентов, через кровь, половым путем, через слюну или шприцы, при татуировках, пирсинге и маникюре; более редкими ответами было – через грудное молоко, наследственным путем и через воздух. Ответим, что есть связь между ответами людей, которые считают опасным находиться в одном

помещении с онологически-больным человеком, и теми, кто считает опасным находиться в одном помещении с ВИЧ-инфицированным ($p<0,05$).

На вопрос: “Может ли у резус-фактор положительных родителей родиться резус-фактор отрицательный ребенок?” – не смогли ответить 13,5% (7/52), ответ “да” дали 57,7% (30/52), “нет” – 28,8% (15/52). При этом 71,1% (37/52) сказали, что при беременности могут возникнуть сложности, если у мамы отрицательный резус, а у ребенка положительный, 15,3% (8/52) не смогли дать ответ на этот вопрос, а 13,5% (7/52) уверены, что сложности возникнуть не могут.

Далее респондентов попросили вспомнить по несколько примеров бактериальных, вирусных и паразитарных заболеваний. Бактериальными чаще чего называли ангину, герпес, туберкулез и пневмонию, сифилис, чуму и оспу; 30,76%(16/52) не смогли назвать ни одного заболевания. Вирусными респонденты признали грипп, ОРЗ, ОРВИ, ВИЧ, оспу, гепатит, ветрянку и сифилис. К тому же, несколько человек упомянули чуму, герпес, простуду и корь. Паразитарные заболевания при опросе вызывали наибольшие сложности, 4 человека ограничились ответом “черви”, 9 человек – не знают ни одного такого заболевания. Из остальных ответов самыми популярными стали такие, как глисты, аскаридоз, бычий цепень, лямблиоз, вши и острицы. Кроме того, встречались такие ответы, как тиф, туберкулез и сибирская язва.

Антибиотики будут принимать 55,8% (29/52) при бактериальных заболеваниях, 30,1% (16/52) при вирусных, 1 человек при всех, 1 человек “при инфекционных”, остальные респонденты 9,6%(5/52) не смогли ответить на этот вопрос.

Выводы. Большинство людей на достаточном уровне знают ответы на заданные вопросы. Многие считают опасным употребление ГМО, часто встречаются ошибки в понимании источника заболевания, соответственно, понимания, в каких случаях могли бы быть необходимы антибиотики. В целом, нами не было выявлено стойких и очень распространенных предубеждений (где больше половины ответов были бы неверны). Однако в каждой группе вопросов находились люди, которые давали неправильный ответ. Следует отметить, что данные носят предварительный характер и не могут быть применены ко всем людям и группам людей, однако исследование будет продолжено для получения более расширенной и точной информации.

ОРГАНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ИНФЕКЦИОННОГО КОНТРОЛЯ НАСЕЛЕНИЯ, И ДОНОРОВ КРОВИ

В.В. Лычак - студент 1гр. 3 к. медицинского факультета,
Д.И. Хорошун - студентка 22 гр. 4к. медицинского факультета
Кафедра общественного здоровья, здравоохранения и экономики здравоохранения
ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.Горького МЗ ДНР, г. Донецк
Научный руководители - доц. Доценко Т.М., асс. Н.В. Бугашева

Актуальность. По статистике ВОЗ каждый третий человек один раз в течение своей жизни нуждается в переливании крови или ее компонентов. Это травмы, ожоги, тяжелые заболевания (лейкоз, злокачественные, гемофилия), инфекционные болезни и др.

С древних времен человек пытался сохранить жизнь человеку, попавшему в беду и потерявшему большое количество крови. Все попытки не приносили должного результата. И только когда были открыты группы крови австрийским ученым Карлом Ландштейнером в начале 20 века врачи стали практиковать повсеместно гемотрансфузию. Со временем частое проведение гемотрансфузии приводило к появлению большого числа различных заболеваний, причины которых выяснялись по мере развития иммунологии. Сегодня переливание крови практически запрещено из-за опасности заражения СПИДом и гепатитом и может проводиться лишь в экстремальных ситуациях. Перед современной медициной стоит задача правильной организации системы обследования и инфекционного контроля населения и особенно доноров.

Цель исследования. Оценить и показать будущим врачам значимость переливания крови с отсутствием рисков для жизни пациентов, их здоровья.

Материалы и методы исследования. Обобщение данных 250 интернет-источников по риску инфицирования пациентов через гемотрансфузии – занос вирусов ВИЧ, гепатитов С и В; теоретически показаны основные методы определения рисков передачи этих инфекционных заболеваний от донора реципиенту.

Результаты исследования. Потребности в гемотрансфузии огромны. Из всех путей ВИЧ-инфекции и инфекции гепатитами С и В заражается от 90 до 100% реципиентов, ведь перечень показаний к гемотрансфузии огромный: травмы, сильные ожоги, хирургические вмешательства, гемодиализ, тяжёлые роды, лейкоз и злокачественные опухоли и т.д.

В статистике смертности населения 9% составляют умершие именно от гемотрансфузии – переливания крови, недостаточно безопасной по её качеству. И, если ВИЧ-инфекция от внутривенного введения наркотиков составляет 1,4%, то этот тип инфекции от перелитой крови, не прошедший качественный контроль на ВИЧ – составляет 92%. Из общего числа ВИЧ-инфицированных – 5-10% инфицированных - результат гемотрансфузий. Несмотря на все меры качества контроля безопасности, сохраняется остаточный риск передачи инфекции из-за «серонегативного окна» и других особенностей течения инфекционного процесса. Для расчёта «рисков передачи инфекции от донора к реципиенту необходимо использовать превалентность (распространённость) и инцидентность (встречаемость)», а так же продолжительность «периода окна».

Выводы.1.Сохраняется риск передачи инфекции с донорской кровью из-за «серонегативного окна», как особенности течения инфекционного процесса;

2.Необходимо использовать имеющиеся методики для расчёта передачи «риска

инфекции» от донора к реципиенту;

3.В целом, существующая система обследования и инфекционного контроля населения и доноров крови нуждается в совершенствовании: не позволяет оценить «остаточный риск» передачи гемотрансфузионных инфекций реципиенту.

ОБРАЗ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЕ

А.Р.Абдулмеджидова – студентка 1 курса лечебного факультета

Кафедра гуманитарных дисциплин

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Ол\\Россия

Научный руководитель - доцент А.Д. Дибраев

«Здоровье до того перешивает все остальные блага жизни, что поистине здоровый нищий счастливее больного короля.» А.Шопенгауэр.

Здоровье - это бесценный дар, и то, как мы к нему относимся определяет нашу жизнь. Само понятие «здоровье» более широкое, чем мы представляем. Здоровье – состояние полного физического, психического и социального благополучия. Под физическим здоровьем понимается нормальное функционирование систем органов. Психическое здоровье – это состояние душевного благополучия, отсутствие психических отклонений. Социальное здоровье проявляется в способности человека к социализации, его интересу к окружающему миру. Наше здоровье напрямую зависит от нашего образа жизни. Образ жизни- форма человеческой жизнедеятельности в материальных и духовных сферах жизни. Компонентами здорового образа жизни являются: физическая активность, сбалансированное питание, личная гигиена, закаливание, соблюдение режима дня, отказ от вредных привычек, стабильное психоэмоциональное состояние. Ученые провели исследование, в котором выявили влияние групп факторов, влияющих на наше здоровье, результаты показали, что 50-52% приходится на образ жизни, 18-20% на наследственность, 20% влияние окружающей среды, экологии и 10-12% Несмотря на стремительное развитие медицины, она не может избавить каждого от всех болезней. Чтобы сохранить свое здоровье, достаточно соблюдать давно обоснованные наукой нормы здорового образа жизни. Систематическое занятие физической культурой способствует общему укреплению здоровья, снижению риска заболеваний сердечно-сосудистой системы и повышению мозговой активности. Сбалансированное питание, в котором важными составляющими являются химический состав пищи, обеспечивающий рост и развитие организма, а также энергетический баланс, в котором количество теряемой энергии должно приравниваться к получаемой. В случае нарушения данного баланса мы наблюдаем ожирение, от которого умирает в 3 раза больше людей, чем от голода. Полноценный сон 7-8 часов. Специалисты из медицинского колледжа Лондонского университета выяснили, что недостаток сна и его переизбыток удваивают риск смерти. Не стоит забывать и про личную гигиену,

которая является основой в профилактике различных инфекционных заболеваний, а также про закаливание, что является важным составляющим в укреплении иммунитета. Соблюдение режима дня проявляется в правильном чередовании труда и отдыха, и других видов деятельности, что помогает организму восстановить силы в физическом и психологическом плане. Эмоциональные перегрузки могут привести к такому явлению как психоэмоциональное перенапряжению, а это в свою очередь является основой для возникновения многих заболеваний.

Проблема здорового образа жизни актуальна в наше время, она вызвана в связи с увеличением проблем техногенного, экологического, психологического характера. Люди не осознают всю важность сохранения здоровья. Вредные привычки все больше становятся зависимостью, которая далее перерастает в часть неправильного образа жизни. Несмотря на то, что в обществе по всему миру проводится пропаганда здорового образа жизни, люди продолжают пренебрежительно относится к своему здоровью. Многие связывают это с нехваткой времени. К этой группе людей относятся, например, студенты. Студенты-это отдельная социальная группа. Наряду с физическим и личностным ростом, им приходится сталкиваться с различными трудностями, которые они испытывают от отрицательного воздействия окружающей среды. В частности, студенты медицинских образовательных учреждений. С поступлением в медицинский университет меняется ритм жизни. Студенты не высыпаются, ведь нужно столько всего прочитать и выучить. Нехватка сна, в свою очередь, сулит постоянное нервное напряжение и стресс. Питание тоже не сбалансированное, неправильные перекусы на ходу, проблемы с пищеварительной системой не заставят долго ждать. Также можно добавить и низкую физическую активность, ведь студенты целый день сидят на парах, а потом еще учат сидя. Многие студенты думают, что они ведут здоровый образ жизни только из-за того, что они не злоупотребляют вредными привычками, такими как алкоголь, курение и наркотики, пренебрегая остальными его ориентирами, но ведь отказ от вредных привычек — это лишь часть, важное значение имеет также приобретение хороших привычек. Взять хотя бы физическую активность. Студенты занимающийся спортом отличаются высокой выносливостью к стрессовым ситуациям, у них высокая работоспособность, им легко переходить с одного вида деятельности на другой, они лучше организовывают своё времяпрепровождение, как правило, они реже болеют, ведь они прекрасно понимают всю важность соблюдения здорового образа жизни.

Возникает вопрос. Как студенту заботиться своем здоровье? Для решения данной проблемы было предприняты ряд мер, например, для студентов ввели такой предмет как «физическая культура», она помогает поддерживать опорно-двигательную систему студентов. Нередко, мы наблюдаем такую картину, когда у студентов, при подготовке к зачетам и экзаменам, двигательная активность совсем падает. В данном случае студентам советуют

чередовать умственную и физическую работу. При таких активных перерывах мозг будет усиливаться кровообращение, в результате которого мозг получает больше питательных веществ и кислорода, тем самым напрямую улучшая его интеллектуальную деятельность. В качестве небольшого перерыва модно погулять на свежем воздухе или выполнить дыхательную гимнастику. Студентам также стоит обратить свое внимание на качество их питания. Диетологи советуют не пропускать такой важный приём пищи как завтрак. Завтрак-это основа дня. Питательный завтрак обеспечит энергией на весь день. Во многих университетах обучение длится до вечера, поэтому лучше брать с собой что-нибудь в качестве перекуса. Также самым распространенным явлением среди студентов является недосыпание. Студенты медики спят очень мало. Недосып приводит к снижению скорости психомоторных реакций, что приводит к ухудшению успеваемости в учебе. Недостаток сна серьёзнейшим образом отражается на гормонах, которые держат под контролем обмен веществ, аппетит, настроение, способность сконцентрироваться и т. д. Студенты, которые меньше спят, больше подвержены риску ухудшения психоэмоционального и физического состояния, это, в свою очередь, ведет к снижению психического здоровья. Исследования показали — среди тех, кто спит меньше, чем по шесть часов в сутки, больше курящих, крепко выпивающих, не занимающихся спортом и тучных. Несмотря на то что, студент медик должен быть примером для окружающих в соблюдении здорового образа жизни, студенты медики сами нередко являются зависимыми от вредных привычек. Это они чаще всего объясняют тем, что хотят расслабится, отдохнуть от навалившихся проблем, избавиться от напряжения и стресса. Но ведь курение и употребление алкоголя, наоборот усугубляет уже расшатанное положение нервной системы, тем самым снижается работоспособность и устойчивость к стрессам, депрессиям. Со временем, при личностном росте происходит осознание того, что вредные привычки истинное зло. Чтобы избежать проблем со здоровьем, достаточно организовать свой режим дня. Режим дня – нормативная основа жизнедеятельности для всех студентов. Для каждого он индивидуален, при составлении режима дня нужно ориентироваться на свое физическое состояние, личные интересы и т. д. Нужно проанализировать учебное и внеучебное времяпрепровождение. Необходимо обеспечить постоянство того или иного вида деятельности в пределах суток, не допуская значительных отклонений от заданной нормы. Необходимо вести четко организованный образ жизни, соблюдать постоянный режим в учебном труде, отдыхе, питании, сне и заниматься физическими упражнениями. При ежедневном повторении обычного уклада жизни, довольно быстро между этими процессами устанавливается взаимосвязь, закрепленная цепью условных рефлексов. Благодаря этому физиологическому свойству предыдущая деятельность является, как бы, толчком к последующей, подготавливая организм к легкому; и быстрому переключению на новый вид деятельности, что обеспечивает ее лучшее выполнение. Соблюдение такого распорядка дня, способствует эффективности

умственного труд и физической силы, также вырабатывается четкий ритм жизнедеятельности организма.

Студент медик должен быть примером, на которого должны равняться окружающие, чтобы в будущем он смог побуждать пациентов вести здоровый образ жизни. Необходимо подавать положительный пример своим поведением. Не иметь вредных привычек. Главными характеристиками такого врача являются уверенность и стабильность. Он сможет помочь пациенту не только восстановить свое здоровье, но и поддерживать его на постоянном уровне.

В заключение, хочу сказать, что здоровье- это самое главное сокровище человека, которое не купишь ни за какие деньги. Каждый ответственен пред самим собой за сохранность своего здоровья. Михаил Мамчич рассуждал, что, здоровье — это единственное благо, которое каждый отнимает сам у себя. Современная жизнь требует от нас быть активными, появляется все больше факторов, пагубно влияющих на здоровье, поэтому мы должны заботиться о нем. Все радостные моменты нашей жизни связаны с хорошим здоровьем. Если мы не станем обращать внимание на это, то потратим всю свою жизнь на то чтобы его вернуть. Берегите себя и своих близких, ведите здоровый образ жизни и радуйтесь, наслаждаясь каждым ее моментом!

Использованная литература:

1.Физическая культура студента: Учебник/Под ред. В.И. Ильинича. -М.: Гардарака, 2008-448с

2.Путь к здоровью / А. И. Воложин, Ю. К. Субботин, С. Я. Чикин. - М.: Знание, 1989. - 159 с.

3.Космолинский Ф. П. Физическая культура и работоспособность - М.: 1983.

4.https://ru.wikipedia.org/wiki/Здоровье

СЕМЬЯ, КАК ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ОСНОВА СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА

Е.В. Ходюш - студентка 1гр., 3к, лечебного факультета 1,
С.С. Харахордин - студент 1 гр., 3к, лечебного факультета 1
Кафедра общественного здоровья, здравоохранения и экономики здравоохранения
ГОО ВПО ДОННМУ им.М. Горького МЗ ДНР, г. Донецк
Научный руководитель – доц. Т.М. Доценко, асс. Н.В. Бугашева

Актуальность. Семья порождена обществом и поэтому воплощает в себе его нравственные ценности. Это та социальная сила, которая оказывает существенное влияние на общество во всех его сферах и формирует его здоровье. На протяжении жизни человек живет последовательно в трех семьях: родительской, где он учится заботиться о других; собственной, где он заботится о других; и в семье своих детей, где он становится объектом заботы. Неблагополучие на любой из этих стадий, влечет за собой негативные социальные и демографические последствия.

Цель исследования. Оценить основные функции института семьи (репродуктивную и воспитательную) и роль брака в формировании семейных взаимоотношений, как основы здоровья любой нации.

Материалы и методы исследования. Обобщение данный источников литературы за период 19-21 веков (разновидностей типов семьи), интернет – источников в вопросе формировании семей, взаимоотношений в различных формах «брака», типы семей и влияние указанного на здоровье общества. Применен аналитический метод.

Результаты исследования. Интерес общества к понятиям «брак-семья» носит массовый характер. Брак как основа семейных взаимоотношений между мужчиной и женщиной определяет их права и обязанности по отношению друг к другу, детям и обществу в целом. И такие основные функции семьи, как репродуктивная и воспитательная лучше, чем сама семья, не могут реализовывать даже институты семьи. При этом несмотря на множество общего в формировании семьи, взаимоотношений между членами семьи, существующие разновидности «браков» определяют и различия, разновидности именно семейных взаимоотношений.

Для населения большей части современной Европы характерен «европейский тип брачности». Его отличительной чертой является позднее вступление в брак: мужчины после 30 лет, а женщины – после 25 лет. Достаточно большой удельный вес вообще не вступающих в брак (до 14-18 %).

В странах Восточной Европы преобладает простая семья, состоящая из супружеской пары с детьми или без них (80-84% всех семей). Средний размер семьи находится в пределах 3,1-3,7 человек. Однако наиболее часто семья имеет 3,2-3,3 человека. Самые большие семьи отмечаются в Польше (3,72 человека), Болгарии (3,55 человек) и в Молдове (3,44 человек), а самые малые в некоторых прибалтийских странах (Эстония). В странах этого региона идет активный процесс нуклеаризации семей, то есть дробление сложной семьи на две простые. Это явление ведет к увеличению семей и уменьшению их среднего размера.

Для стран Западной Европы характерны такие размеры семьи: от 3,08 человек в Германии до 3,42 человек во Франции. Доля одиноких людей стран Западной Европы очень велика. Основная причина одиночества – нуклеаризация семьи.

Семейный состав населения в странах Восточной Азии наиболее характерно отражают три экономически развитых страны: Китай, Южная Корея, Япония.

В Китае одинокие люди составляют менее 2%, семьи из двух человек – 11%, из трех 17%, из четырех- 21%, из пяти – 20%, из шести – 14%. Средний состав семьи – 4-5 человек (4,75). Семьи с четырьмя детьми стали для современного Китая нетипичными. Около 70% семей в Китае являются простыми полными. Наблюдается довольно высокая степень нуклеаризации семьи.

Удельный вес одиноких людей в Японии близок к европейской и составляет 7,3%. Доля

семей из 2-3 человек ниже, чем в Западной Европе и намного выше, чем в других странах Восточной Азии. Средней является семья из 4 человек (3,77 человек). Семей из пяти человек в 2,3 раза меньше, чем из четырех. Достаточно большой удельный вес сложных семей (20,3%). Среди этих семей преобладают патриархальные, то есть семьи с родителями мужа. Однако такая закономерность семейного состава уходит в прошлое. В настоящее время уже отмечается большое число семей без детей (около 21%) за счет, прежде всего, ухода детей и формирования семей типа «пустого гнезда». В Японии довольно много неполных семей (9,5%).

Средний размер семьи в странах Юго-Восточной Азии находится в пределах 5-6 человек, незначительна доля одиноких людей -0,6 – 2,4%. Малая удельная величина сложных семей (9-11%). Близкие закономерности семейного состава характерны и для стран Южной Азии: очень мало одиноких людей, малая доля семей из 2-х человек, высокий средний размер семьи (Афганистан – 6,32, Иран – 5,16, Индия – 5,6, Шри-Ланка – 5,46 человек).

В странах Юго-Западной Азии преобладают большие семьи (исключение Каир и Израиль). Средний размер семьи находится в пределах 6-7 человек. Преобладающими являются простые семьи (Сирия – 15%). В отдельных странах этого региона отмечается большая доля одиноких людей (Кувейт – 8%).

В арабских странах Северной Африки высокий средний размер семьи -5-6 человек. Отмечается тенденция роста, среднего состава семьи в странах «черной Африки» за счет снижения смертности.

В странах Северной Америки (США, Канада) семейный состав населения очень близок к такому в Западной и Северной Европе. Здесь высокая доля одиноких людей, как среди пожилых, так и среди молодежи, очень большая доля семей состоящих из двух человек и неполных семей. В этих странах растет доля неполных семей (в США около 23%). Особенно высок удельный вес неполных семей среди негритянского населения в США, где это число находится на уровне 60% (преимущественно за счет внебрачных родов). Показатель неполных семей в странах Северной Америки самый высокий среди экономически развитых стран.

В странах Латинской Америки (Карибский район) средний состав семьи находится в пределах 4 человек при высокой доле одиноких людей.

Для стран Центральной Америки характерны достаточно большой средний размер семьи (5-6 человек), большое число сложных семей (30-35 %), очень малая доля одиноких людей.

Несколько меньший состав семьи отмечается в странах тропической зоны Южной Америки. Для этих стран свойственен европейский тип распределения семей по величине: преобладание семьи из двух человек и достаточно высокая доля одиноких людей (4,3%). Здесь очень активны процессы нуклеаризации и уменьшения размера семьи преимущественно за счет быстрого падения рождаемости.

Выводы. Семья – источник социальных идеалов, критериев поведения, духовных

ценностей, любви супругов друг к другу, к детям, родителям. 1.Существует 6 типов семей: по форме браков, по числу поколений в семье, по наличию супругов, по экономическому уровню супругов в семье, по количеству детей в семье, по главенству детей в семье, по главенству супругов в семье.

МОНИТОРИНГ РАЗВИТИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У СТУДЕНТОВ НАО «МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ СЕМЕЙ»

Т.Е. Кажибекова, А.Ә. Кабдулинова - студенты, Н.Г. Разакова - ассистент

Кафедра молекулярной биологии и медицинской генетики имени академика НАН РК Т.К.Раисова НАО «Медицинский университет Семей», Семей, Казахстан

Научный руководитель – доцент А.С. Оразалина

Актуальность: Дефицит железа является одной из распространённых проблем на современном этапе. На сегодняшний день анемий страдают 2 миллиарда человек, что составляет около 30% от общего количества людей на Земле, но самым распространенным типом анемий является железодефицитная анемия. В Республике Казахстан статистика заболеваемости составляет 3849,9 на 100 000 населения.

Цель: *Мониторинг развития железодефицитной анемии и оценка её влияния на качество жизни у студентов «Медицинского университета Семей».*

Задачи:

1. Провести анкетирование среди студентов нашего университета и проанализировать полученные данные;

2. Выявить основные способы профилактики железодефицитной анемии;

3. Составить рекомендации для обучающихся.

Методы исследования: *сбор и анализ информации относительно заболевания, опрос обучающихся анкетированием.*

Результаты исследования: Всего было опрошено 100 человек. Среди них 77 - женского пола, что составляет 77%, 23-мужского пола, что составляет 23%. При этом студентов 1 курса - 45%, 2 курса - 38%, 3 курса - 14%, 4 курса - 3%. Из них болели раньше анемией - 35%, не болели - 65%. На вопрос по рациону питания «как часто употребляют мясные продукты» 5-7 раз в неделю - 62%, 2-3 раза в неделю - 33%, не употребляют - 2%. Из опрошенных, сидели на диете -10%, не сидели - 90%; перенесли заболевания, связанные с ЖКТ (например, гастрит, колит, язва) - 31%, не болели - 66%; носовыми кровотечениями (1-2 раза в неделю) страдают - 7%. Из опрошенных женского пола обильная и длительная менструация у 39 человек, что составляет 49%. На вопрос «как давно сдавали анализ крови на гемоглобин»: год назад - 37%, полгода назад - 28%, месяц назад - 16%, никогда - 14%. Низкая успеваемость у студентов может развиться вследствие анемии. Чем тяжелее степень заболевания, тем ниже оценки.

Выводы: В результате исследования показано, что 1/3 наших студентов болели анемией.

На развитие железодефицитной анемии влияют сразу несколько факторов. Из анкетирования в группу риска входят те, кто сидели на диете, кто редко или вообще не употребляет мясные продукты, так как идёт недостаточное поступление с пищей железа в организм; те, кто перенесли заболевания, связанные с ЖКТ, так как нарушается процесс всасывания железа; у женского пола в связи с потерей гемоглобина во время обильной и длительной менструации или же во время беременности.

Студенты находятся в группе риска по развитию железодефицитной анемии по многим причинам, поэтому основной задачей является разработка программ скрининга дефицита железа у студентов с целью своевременной ее коррекции, что является важным направлением проведения научных исследований, имеющих практическое значение для современного здравоохранения.

Устранение причин, вызывающих развитие анемии, является очень важным фактором при лечении: обращение к специалисту, соблюдение активного образа жизни, ежедневные прогулки на свежем воздухе, соблюдение сбалансированной диеты, богатой железом, потребление витамина С и фолиевой кислоты, продуктов, содержащих витамин В12.

На сегодняшний день рефракторная железодефицитная анемия остается, как правило, вне поля зрения врачей. Это связано с пробелами в диагностике. Таким образом, пациенты годами получают неэффективную терапию, и страдает качество их жизни. Поэтому внедрение генетического тестирования, разработка новой адекватной терапии позволят пациентам с самого раннего возраста избежать железодефицитного состояния, ведь железо обеспечивает физическое и психическое здоровье, интеллектуальное развитие и активную полноценную жизнь.

Все перечисленные нами меры значительно уменьшат риск появления или развития заболевания, а также помогут за кратчайшие сроки избавиться от железодефицитной анемии. Всегда следите за своим здоровьем и будьте внимательны к своему рациону питания!

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА СИЛУ УРОВНЯ БИОЛОГИЧЕСКОЙ НАДЕЖНОСТИ ОРГАНИЗМА

Е.Р. Александрова - студентка 1гр. 1к педиатрического факультета,
В.А. Котилевская студентка 4 гр. 1к педиатрического факультета
Кафедра общественного здоровья, здравоохранения и экономики здравоохранения
ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М. Горького МЗ ДНР, г. Донецк, ДНР
Научные руководители - доц. Т.М. Доценко, асс. Н.В. Бугашева

Актуальность. Образ жизни людей зависит от тех ценностей, приоритетов, практических возможностей и трудностей, которые являются неотъемлемым элементом их повседневной жизни. И при всем этом здоровый образ жизни должен пропагандироваться, как

реалистическая и привлекательная альтернатива, и этой альтернативой люди могут и должны пользоваться в ходе всей своей повседневной жизни. С позиции философии – достижения здоровья – это необходимость «сделать выбор в пользу здорового образа жизни, сделать эту необходимость более простым выбором». При этом нужно знать, что здоровье человека определяется, как «особое биологическое состояние, которое формируется в филогенезе, воспроизводится в онтогенезе. Но уже в условиях взаимодействия организма с внешней средой, в частности, с поведением человека в этой среде со всеми ее сложностями и именно «поведение» в этой среде является основной детерминантой здоровья, степень влияния которой значительно превышает влияние многих других детерминант. И вместе с биологией человека, уровнем его биологической возможности, медицинской помощью, окружающим миром являются характеристиками, определяющими уровень здоровья.

Цель исследования. Охарактеризовать и оценить здоровый образ жизни молодежи по конкретным его элементам, свойственным молодежи и его влияние на защитные свойства организма, связанные с уровнем биологической надежности именно этого контингента.

Материал и методы исследования. Использован метод экспертных оценок по специально разработанной для указанной цели программы. Выкопировка материала производилась из Ф-025 соответствующих поликлиник, а так же применением «интервьюирования», когда ответ на конкретный вопрос носил «личностный характер». Статистическая обработка производилась применением относительных величин с расчетом интенсивных и экстенсивных показателей. Оценкой их достоверности. Репрезентативная совокупность представлена 150 лицами от 17 до 20 лет.

Результаты исследования. Взятые для исследования указанные возрастные группы с одной стороны это лица с высокой степенью биологической надежности, которая проявляется, в частности, их быстрой и пока еще прочной силой адаптации, что проявляется с биологической точки зрения развития достаточно сильными компенсаторными возможностями к окружающему. С другой стороны, именно у молодежи эффективность обучения и воспитания всегда выше, чем «переобучение и перевоспитание» лиц старших возрастных групп. Однако, несмотря на указанное эта та категория, которая достаточно часто не управляя своим поведением в социуме, склонна к употреблению алкоголя, наркотиков, курению, отклонению в сексуальном поведении. При наличии этого уровень биологической надежности работает с большим напряжением и потому достаточно часть не может быть сильным «защитные фактором». Отсюда ЧДБ, ранняя хронизация заболеваний. Наши исследования показали, что только 18,7% лиц указанного возраста вели здоровый образ жизни, 44,7% и 47,6% их ведут слабо удовлетворительный и просто неудовлетворительный образ жизни. И поэтому 3 группа здоровья, пока еще не так велика, но уже выше 12,6% исследуемых лиц. При этом следует отметить, что, чем ближе к подростковому периоду тем больше этих ребят не в состоянии

удержаться от курения, только 19% их с огромным трудом сдерживают себя от употребления алкоголя. Ближе к 20 годам в состоянии сдержать себя от употребления алкоголя 25%. 48% исследуемых курит, 80% исследуемых, как основную причину дальнейшего систематического курения, достаточно частого употребления алкоголя определили, как «пусковую причину» интерес и не отстать от других.

Выводы. 1. «Ближайшее окружение», его особенности является практически основной средой «пускового механизма» в несоблюдении ЗОЖ.

2. Сила уровня биологической надежности, как защитная характеристика, работая с большим напряжением в условиях не соблюдения ЗОЖ, не в состоянии должной степени защиты от воздействия указанных факторов.

3. Следствие не соблюдения, не понимания значимости ЗОЖ связано с возрастом, возрастом «трудного» управления поведением молодежи является основной части и длительности заболеваний, их ранней хронизации.

COMPARATIVE CHARACTERISTIC OF ANTROPOMETRIC INDICATORS OF ATHLETES INVOLVED IN RHYTHMIC GYMNASTICS

Ismatova M.I.- basic doctoral student

Anatomy, clinics anatomy (OKTA)

Abu Ali Ibn Sino Bukhara State Medical Institute, Bukhara, Uzbekistan

Scientific director- doctor of medical sciences, professor Sh.Zh. Teshayev

Relevance. Anthropometric parameters of the human body and their study is one of the options for the relationship of anatomical studies with clinical practice, as they are one of the factors determining the risk of various pathological conditions [5].

These studies attract the attention of representatives of various areas of medicine: pediatricians, endocrinologists, neurotraumatologists, gynecologists, etc. Detailed monitoring of the growth and development of children and youth will help to study this problem, which in turn is aimed at creating ways to improve physical health indicators [6].

Such a sporting quality as fitness depends on the characteristics of the somatotype and the body proportions of young gymnasts, which actualizes the study of the physique of athletes involved in gymnastics. [2]. The structural parameters of the body directly affect sports achievements in gymnastics.

Studies conducted in the field of sports morphology prove that sports achievements require a whole range of innate qualities, such as anthropometric indicators, which create benefits for an athlete in sports of a certain specialization [3]. They, in turn, affect the functionality of the whole organism [4].

Constant monitoring of physical development will reveal the characteristics of the growth and development of children involved in rhythmic gymnastics and changes that have developed in a particular lifestyle and environment. This will allow timely detection of deviations from the normal level of physical development and the development of preventive measures and elimination of violations in their development [1].

An in-depth and detailed study of the anthropometric parameters of girls involved in rhythmic gymnastics will allow scientifically sound correction of pathological changes and timely diagnose various deviations in the early stages. In addition, such a comparative analysis lets us know how useful sports are, especially rhythmic gymnastics.

The purpose of the study is to conduct a comparative description of the anthropometric parameters of girls 9 and 10 years old engaged in rhythmic gymnastics and girls not involved in any kind of sport.

Material and methods: The study involved 80 girls; 40 of them are athletes of 9 and 10 years of age engaged in rhythmic gymnastics, 40 girls of the same age who are not involved in sports. Each age group included 20 girls (n = 20).

Anthropometric studies of children were carried out according to the methodological recommendations of N.Kh. Shomirzaeva, S.A. Ten and I. Tukhtanazarova [1998]. The measurements were carried out with a centimeter tape, stadiometer, scales.

The results of the study and their discussion: Athletes involved in rhythmic gymnastics have lower growth and weight indicators compared to those not involved in sports. As a result of studies, it was found that the growth in girls of 9-year-old athletes varied from 118 cm to 139 cm, an average of 128.9 ± 1.30 cm, and body weight ranged from 20.0 kg to 30.0 kg, an average of 24 , 9 ± 0.62 kg.

The body length of girls of 9 year olds who are not involved in sports ranges from 122 cm to 148 cm, averaging 131.9 ± 1.60 cm, and body weight from 18 kg to 53 kg, on average, is 27.2 ± 2 , 17kg.

Studying the body length of 9-year-old girls engaged in rhythmic gymnastics showed that it ranges from 28.0 cm to 40.0 cm, and an average of 32.5 ± 0.74 cm. The body length of a girl of the same age, control groups ranged from 25.0 cm to 36.0 cm, averaging 31.5 ± 0.68 cm.

The waist circumference of 9 year old athletes ranged from 52.0 cm to 62.0 cm, averaging 56.8 ± 0.62 cm, the waist circumference of 9 year old girls not involved in rhythmic gymnasts ranged from 46.0 cm to 81 , 5 cm, averaging 60.13 ± 2.20 cm.

The abdominal circumference of 9 year old gymnasts is in the range of 53.0 -65.0 cm, on average - 58.7 ± 0.74 cm, and for 9 year-old girls who are not involved in rhythmic gymnasts from 46.0 - 88.0 cm, average 61.6 ± 2.60 cm.

The body length of the girls of 10 year old athletes ranges from 122 cm to 149 cm, an average of 133.15 ± 1.67 cm. At the same time, body weight ranged from 21.0 kg to 39.0 kg, on average it was 27.8 ± 1.12 kg, and the growth in 10 year old girls in the control group ranged from 126 cm to 150 cm, on average 137 , 2 ± 1.48, and body weight ranged from 21.0 kg to 44.5 kg, an average of 30.03 ± 1.46 kg.

The body length of 10-year-old girls engaged in rhythmic gymnastics ranged from 28.0 cm to 42.0 cm, averaging 33.5 ± 0.87 cm, and for girls who were not involved in sports, ranged from 25.0 cm to 56.5 cm, an average of 33.15 ± 1.95 cm.

The waist circumference was detected in 10 flying girls-athletes ranged from 53.0 cm to 66.0 cm, on average - 58.38 ± 0.81 cm, and among non-female athletes peers ranged from 50.0 cm to 74.0 cm, on average - 60.35 ± 1.49 cm.

The abdominal circumference of 10-year-old girls engaged in rhythmic gymnastics ranged from 54.0 cm to 67.0 cm, an average of 60.18 ± 0.81 cm, and for non-female athletes, the same age ranged from 51.0 cm up to 83.5 cm, on average - 62.15 ± 2.015 cm.

Conclusions. Based on the data obtained, it was found that gymnasts have less body weight than those not involved in rhythmic gymnastics of this age. It is noticed that gymnasts are significantly behind in growth from their peers. A tight diet of gymnasts is called one of the reasons for the slowdown in girls. Another reason for slowing growth can be high-intensity stress. The fact that low growth is due to the high strength of the loads on the skeletal system, especially on the lower parts of the spine.

Girls engaged in rhythmic gymnastics have longer body lengths than non-female athletes.
The waist and abdominal circumference of girls of 9 and 10 year old girls gymnasts are less than those of the same age who are not involved in sports.

LITERATURE

1. Кирилова Ирина Анатольевна. Оценка физического развития как популяционной характеристики детского населения Иркутской области: диссертация ... кандидата Биологических наук: 03.02.08 / Кирилова Ирина Анатольевна; 2017.- С.135
2. Кокорина Е. А. Морфофункциональные характеристики как критерии спортивного отбора в аэробике: дис. ... канд. пед. наук. — СПб., 2007. — С.123
3. Мандриков В. Б. Зависимость проявления морфологических признаков маскулинизации спортсменок от типа конституции / В. Б. Мандриков, Е. В. Зубарева, Е. С. Рудаскова, Г. А. Адельшина, В. Р Самусева // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. — 2014. — Вып. 1 (49). — С. 40—43.
4. Мандриков В. Б. Сравнительная характеристика антропометрических показателей спортсменок высокой квалификации, занимающихся спортивной и художественной гимнастикой / В.Б. Мандриков, Р.П. Самусев, Е.В. Зубарева, Е. С. Рудаскова, Г. А.

Адельшина // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета.- 2015. Выпуск 1(53). С 40-42

5. Lipsberga G. Review of different anthropometric and nutritional measurements in children with bronchial asthma / G.Lipsberga, D. Kažoka// Papers of Anthropology. – 2015. – Vol.24. – №1. – P.104-106.
6. Srivastava A. Nutritional status of school-age children - A scenario of urban slums in India / A. Srivastava, S.E. Mahmood, P.M. Srivastava, V.P. Shrotriya, 141 B. Kumar // Arch Public Health. – 2012. – Vol.70 (1). – P.8-10.

АНАТОМИЯ ЧЕЛОВЕКА

СИНДРОМ ЗАЩЕМЛЕНИЯ ПУДЕНДАЛЬНОГО НЕРВА У МУЖЧИН - АНАТОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

П.М. Будайчиева – студентка 205 гр. лечебного факультета,
С.Т. Гусейнова – д.м.н., профессор, Т.С. Гусейнов – д.м.н., профессор
Кафедра анатомии человека

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия.

Актуальность. Ущемление пудендального канала (ПК) у мужчин обусловливается комбинацией различных внешних факторов и анатомических особенностей пациентов: синдром велосипедиста, защемления канала вследствие длительного нахождения на велосипедном седле, травматизм при резком поднятии тяжелого или растяжение при, например, занятиях альпинизмом.

Цель работы: обобщить и упорядочить анатомический опыт строения ПК и продемонстрировать его особенности на примере собственных исследований на трупном материале. Определить наиболее оптимальный путь доступа к ПК и хирургический метод устранения его защемления у мужчин.

Материал и методы. Мы обобщили и привели в порядок литературный анатомический опыт строения ПК и продемонстрировали его особенности на примере собственных исследований на трупном материале 10 нефиксированных трупов (20 тазовых половин). Мы смоделировали доступы к ПК через ишиоректальное пространство и ягодичную область и оценили сложность их выполнения.

Результаты. ПК образованный двумя листками фасции внутренней запирательной мышцы (Musculus obturatorius internus), в котором проходят внутренние половые сосуды и нервы к промежности. Нарушение иннервации и кровоснабжения промежности часто приводит к проблемам с потенцией, удержанию мочи, вызывает болевые синдромы, которые способны значительно затруднить жизнь пациента. Большое значение для лечения проблем с половой системой у мужчин имеет понимание анатомических аспектов ПК. Механическое защемление ПК имеет весьма разнообразную симптоматику, которую можно легко спутать с другими распространенными заболеваниями, такими как простатит, поэтому особенно важно знать анатомическую составляющую синдрома для правильной постановки диагноза. Мы рассмотрели основные подходы к устранению механического защемления ПК. На трупном материале мы оценили основные способы доступа к каналу и способы устранения защемления: рассечение крестцово-остистой и крестцово-бугристой связки, декомпрессию канала через его рассечения, высвобождение канала по методике Бишофа, а также рассечение канала по методике Шафикова. Доступ через ишиоректальное пространство менее травматичен, однако декомпрессия канала при этом менее контролируемая.

Выводы. Гистоморфологическое изучение ПК как в норме, так и при наличии признаков его дисфункции, играет важную роль для совершенствования существующих и для разработки новых терапевтических, неврологических и хирургических методов лечения.

МАКРО - И МИКРОСКОПИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ СУХОЖИЛЬНЫХ СТРУН ПРЕДСЕРДНО-ЖЕЛУДОЧКОВЫХ КЛАПАННЫХ АППАРАТОВ СЕРДЕЦ ПЛОДОВ

П.М. Будайчиева– студентка 205 гр. лечебного факультета,
Ф.С. Мамедов– студент 203 гр. лечебного факультета,
С.Т. Гусейнова – д.м.н., профессор, Т.С. Гусейнов – д.м.н., профессор
Кафедра анатомии человека

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия.

Актуальность. Несмотря на большое количество морфологических исследований, посвященных развитию и структурной организации сердца в пренатальном периоде онтогенеза, на сегодняшний день остается еще много спорных вопросов, которые связаны с макро - и микроскопическим строением сухожильных струн, как одного из компонентов клапанного аппарата сердца.

Цель исследования. Установить морфологические особенности строения сухожильных струн предсердно-желудочковых клапанов сердец плодов.

Материалы и методы. Исследование проводилось на трехстворчатых и митральных клапанах 8 сердец плодов. При исследовании использовали макроскопический и метод световой микроскопии.

Результаты исследования. По результатам макроскопического исследования было установлено, что левый предсердно-желудочковый клапан состоит, в основном, из двух створок: передней и задней; правый, в основном, из трех: передней, перегородочной и задней. При этом каждая створка была связана с сосцевидной мышцей с помощью сухожильных струн, которые являются одним из компонентов предсердно-желудочковых клапанных аппаратов сердца. Сухожильные струны имели вид тонких нитей, неодинаковой длины и толщины и начинались, обычно, от верхушек сосцевидных мышц и фиксировались к створкам предсердно-желудочковых клапанов. Максимальное количество сухожильных струн в левом желудочке плодов составляло 49, в правом желудочке – 36. Минимальное их количество в левом желудочке – 24, в правом желудочке – 19.

Исследования, выполненные с помощью светооптической микроскопии, показали, что при окраске продольных срезов сухожильных струн гематоксилином-эозином их поверхность выглядит ровной и покрыта одним слоем плоских клеток – эндотелиоцитов. Основу сухожильной струны составляют плотно упакованные пучки коллагеновых волокон, между которыми залегает большое количество клеток фибробластического ряда.

Выводы. Морфологический анализ клапанов сердца показал, что левый предсердно-желудочковый клапан состоит, в основном, из двух створок, а правый – из трех. Максимальное количество сухожильных струн в обоих желудочках - 85, минимальная - 43. Основу сухожильной струны составляют плотно упакованные пучки коллагеновых волокон.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И ПОЛЯРИЗАЦИОННЫЕ СВОЙСТВА СУХОЖИЛЬНЫХ СТРУН СЕРДЕЦ ПЛОДОВ

П.М. Будайчиева – студентка 205 гр. лечебного факультета,
Ф.С. Мамедов – студент 203 гр. лечебного факультета,
С.Т. Гусейнова – д.м.н., профессор, Т.С. Гусейнов – д.м.н., профессор
Кафедра анатомии человека

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия.

Актуальность. За последние 5 лет методы и средства лазерной поляриметрии начали широко внедрять для исследования структурных свойств биологических тканей, которые являются оптически неоднородными структурами. Лазерная поляриметрия это один из методов, который позволяет выявить пространственно распределенные свойства объекта, определить наличие распределения участков рассеивания, получить локальную информацию о ткани, которая является актуальной для дифференциальной диагностики ее патологических процессов.

Целью является изучение гистологических препаратов с помощью световой микроскопии, а также с помощью метода лазерной поляриметрии.

Материалы и методы. Исследование проводилось на сухожильных струнах трехстворчатых и митральных клапанов, взятых из 8 сердец плодов.

Для изучения морфологического строения сухожильных струн полученный материал фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина, обезвоживали, после чего материал заключали в парафин и изготавливали гистологические срезы толщиной 10 мкм, окрашивали гематоксилином и эозином по стандартным методикам. Поляризационные изображения ткани сухожильных струн клапанного аппарата сердца получали с помощью микрообъектива. Для оценки диагностических возможностей статистического анализа изображений ткани сухожильных струн клапанного аппарата сердца исследовались депарафинированные неокрашенные гистологические срезы (15 препаратов), толщиной 20-40 мкм.

Результаты исследования. По данным световой микроскопии сухожильные струны плодов поделили на фиброзные и фиброзно-мышечные. Сухожильные струны фиброзного типа состояли из плотно упакованных пучков коллагеновых волокон, между которыми залегало большое количество клеток фибробластического ряда. Сухожильные струны фиброзно-мышечного типа, в основном, состояли из пучков коллагеновых волокон и небольшого числа сердечных мышечных клеток, которые размещались преимущественно у верхушки

сосцевидных мышц.

Морфологическое строение ткани сухожильных струн клапанного аппарата сердца плодов с точки зрения лазерной оптики рассматривалась как двухкомпонентная аморфно-кристаллическая структура - матрица. Аморфный компонент-неструктурированные белки, поляризационно-изотропные (оптически неактивные). Кристаллический компонент-коллагеновые и миозиновые белки – являются пространственно ориентированными двулучепреломляемыми протеиновыми фибриллами. Метод поляризационной визуализации архитектонической структуры биологической ткани морфологического типа позволяет внедрить статистический анализ координатных распределений поляризационных параметров поля рассеянного лазерного излучения.

Выводы. Выполненные светооптические и поляризационные исследования сухожильных струн клапанов сердца плодов позволившие установить параметры нормы поляризационных свойств ткани сухожильных струн клапанного аппарата сердца.

МОРФОЛОГИЯ ЛИМФОИДНЫХ УЗЕЛКОВ И ЛИМФАТИЧЕСКОГО РУСЛА ТОНКОЙ КИШКИ У ЧЕЛОВЕКА В ОНТОГЕНЕЗЕ

А. С. Шахбанова – студентка 225 гр. лечебного факультета, Ф.С. Мамедов - студент 203 гр. лечебного факультета, П.М. Будайчиева – студентка 205 гр. лечебного факультета, С.Т. Гусейнова – д.м.н., профессор, Т.С. Гусейнов – д.м.н., профессор

Кафедра анатомии человека

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Актуальность. Весьма заметное место в общей иммунной системе слизистых оболочек (ОИССО) внутренних органов занимают лимфоидные образования тонкой и толстой кишки. Значение их и лимфатического русла возрастает при патологии в гастроэнтерологии.

Цель работы: описать макро- и микроскопическую анатомию лимфоидных узелков и их лимфатического русла.

Материал и методы исследования. Изучение приведено на 15 органокомплексах анатомическими, гистологическими, цитологическими и морфометрическими методами.

Результаты исследования. Установлено, что при обобщении собственных результатов исследования о строении лимфатических капилляров и сосудов одиночных и групповых лимфоидных узелков тонкой кишки человека отмечаются их изменения в онтогенезе.

Изменения лимфатического русла лимфоидных узелков связаны с укрупнением и перемещениями последних от подслизистой основы к слизистой оболочке. Данные собственных исследований о размерах одиночных и групповых лимфоидных узелков тонкой кишки человека и их глубины залегания от кишечных эпителиоцитов между лимфатическими капиллярами и краем узелков меняются с возрастом.

Следует указать, что с возрастом как одиночные, так и групповые узелки увеличиваются

и подвергаются обратному развитию в пожилом и старческом возрастах. На поверхность слизистой оболочки узелки выступают, как маленькие бугорки, особенно у детей и лиц юношеского и зрелого возрастов. Узелки локализованы как в подслизистой, так и в слизистой оболочке.

В онтогенезе у человека меняется макро- и микроскопическое строение стромы одиночных и групповых узелков и их соединительной ткани вместе с лимфатическим и кровеносным руслом и клеточным составом. Так, у плодов 4-5 месяцев у одиночных и групповых узелков форма округлая, овальная и веретенообразная. По периферии узелков границы их четко не отделяются от окружающей слизистой оболочки. Вокруг узелков много лимфоцитов в подслизистой основе и слизистой оболочке. В просвет тонкой кишки узелки не вдаются. На гистологических срезах узелков ретикулярные волокна разделены одинаково, как в центре, так и на периферии. Вокруг узелков имеются тонкие пучки коллагеновых волокон, а эластические волокна не обнаруживаются.

Одиночные лимфатические узелки появляются в стенке тонкой кишки у плода на 5 месяце в виде мелких скоплений формирующейся лимфоидной ткани. На 6 месяце узелки имеют округлую, овальную форму и довольно четкие контуры. Их плотность на 1 см² в тонкой кишке от 13-14 до 18-19 узелков.

Среди иммунных образований особое место занимают скопления лимфоидной ткани в стенках полых внутренних органов. Лимфоидные узелки, расположенные одиночно или группами, лимфоидные клетки, находящиеся в толще слизистой оболочки, даже внутри покровного эпителия, осуществляют иммунный контроль.

Выводы. Углубленные исследования лимфоидных узелков и сосудистого тонкой кишки животных и человека в онтогенезе позволят ускорить решение важнейших медико-биологических проблем борьбы с сердечно-сосудистыми, иммунными и желудочно-кишечными заболеваниями, а также решения вопросов рационального питания. Принимая во внимание актуальность анатомии лимфоидных структур в пищеварительном и иммунном процессах, мы детально исследовали морфологию лимфоидных узелков тонкой кишки в онтогенезе человека.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ВНУТРИТАЗОВЫХ ВЕТВЕЙ НИЖНЕЙ ЯГОДИЧНОЙ АРТЕРИИ У МУЖЧИН ДОЛИХОМОРФНОГО СОМАТОТИПА

В.Г. Балашова, З.А. Цейко – студенты 212 гр. лечебного факультета

Кафедра анатомии человека с курсом топографической анатомии и оперативной хирургии

УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Республика Беларусь

Научный руководитель - доц. А.В. Кузьменко

Актуальность. При различного рода хирургических операциях, необходимо четко знать особенности сосудистого русла. При анализе современных литературных источников мы смогли получить лишь поверхностные сведения, касающиеся анатомии и топографии данных сосудов. Это послужило причиной для детального изучения анатомии и морфометрических параметров нижней ягодичной артерии (НЯА).

Цель исследования. Основной целью исследования было получения сравнительной характеристики о диаметрах мышечных ветвей на левой и правой половинах таза с помощью критерия Стьюдента. Мы отслеживали наличие корреляционной связи между увеличением значений диаметров НЯА и увеличением диаметров ее мышечных ветвей на двух половинах таза. Для установления данного критерия мы использовали коэффициент корреляции Пирсона.

Материалы и методы исследования. Для проведения исследования нами были отобраны 18 трупов мужчин долихоморфного телосложения. Для получения доступа к сосудам малого таза была выполнена срединная лапаротомия. Методом инъекции вводили раствор туши, который необходим для выделения артерий и вен. Измерение длины артерий проводили штангенциркулем с диапазоном измерений от 0 до 160 мм и ценой деления 0,01 мм. Величина диаметров устанавливалась с помощью микрометра МК- 63. В работе использовали метод Никитюка-Козлова, чтобы определить соматотип конкретного трупа.

Результаты исследования. Средняя длина НЯА равна 4,1 см при доверительном интервале (ДИ) = (3,5; 5,1) см. Величина среднего диаметра a. glutea inferior составила 4,2 мм при ДИ = (4,1; 5,2) мм. НЯА образовывала на правой половине таза мышечные ветви в 22,2 % (4 препарата) и — на левой половине таза — в 33, 3% случаев (6 препаратов). Запирательная артерия (ЗА) формировала ветви от НЯА в 11,1 % случаев (2 препарата) справа и в 5,56 % случаев (2 препарат) — слева. Известно, что нижняя мочепузырная артерия (НМА) отходила от a. glutea inferior — в 5,56 % случаев (2 препарата) справа Нами был рассчитан критерий Стьюдента для двух независимых выборок для проведения сравнительной характеристики между значениями среднего диаметра мышечных ветвей на правой и левой половине таза. Критерий Стьюдента составил: T = 0,72, при p = 0,598. Различия средних вариационных рядов не является статистически значимым. Это свидетельствует о том, что величины диаметров мышечных ветвей на правой и левой половине таза практически не отличаются.

Нами был рассчитан коэффициент корреляции Пирсона с целью выявить связь между увеличением значений диаметров НЯА и увеличением величин диаметров мышечных ветвей этой артерии на правой и левой половинах таза. Значение этого коэффициента корреляции для сосудов на правой половине cavitas pelvis составило: R = 0,62, при p = 0,086. Можно сделать вывод, что линейная корреляционная связь между значениями исследуемых признаков отсутствует. Связь между НЯА и мышечными ветвями, а также линейная корреляционная связь между увеличением значения диаметра НЯА и значением диметра мышечных ветвей на

левой половине таза не выявлена. При этом коэффициент корреляции Пирсона равен: R = 0,44, при p = 0,167.

Выводы. Установлено, что наиболее частым местом формирования внутритазовых ветвей НЯА является средняя треть этой артерии. Выявлено, что на правой и левой половинах таза отсутствует линейная корреляционная связь между увеличением значения диаметра НЯА и значениям диаметров её мышечных ветвей. Отсюда следует, что визуализация величины диаметра НЯА не позволяет прогнозировать величину диаметров её внутритазовых мышечных ветвей.

КЛИНИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ГАЙМОРОВОЙ ПАЗУХИ

В.И. Попова – студентка 2 группы лечебного факультета

Кафедра анатомии

ФГБОУ ВО РязГМУ им. академика И.П. Павлова Минздрава России, Рязань, Россия

Научный руководитель - к.м.н., доцент Н.В. Овчинникова

Актуальность. В последние десятилетия большое внимание уделяется вопросам диагностики и лечения верхнечелюстных синуситов. Так, по данным международной медицинской статистики, острым гайморитом и другими синуситами ежегодно заболевает около 10% населения развитых стран. К тому же у больных с хронической формой гайморита, прошедших полный курс консервативного лечения, полное выздоровление наступает только в 14% случаев, в остальных – проявляется повторно.

Цель исследования. Изучить строение и параметры гайморовых пазух, установить степени пневматизации этих синусов, определить взаимосвязь строения и предрасположенности к различным заболеваниям верхнечелюстной пазухи.

Материалы и методы исследования. Используя натуральные препараты (пять распилов черепов во фронтальной плоскости) и результаты МРТ (25 томограмм во фронтальной и саггитальной плоскостях), мы провели исследование линейных параметров верхнечелюстных пазух с помощью штангенциркуля и компьютерной программы EFilm4.1 соответственно.

Измерялись следующие показатели:

1) высота и ширина - наибольшие размеры во фронтальной плоскости;

2) глубина - переднезадний размер - наибольший переднезадний размер в сагиттальной плоскости;

3) расстояние от пазухи до дна луночки первого верхнего моляра во фронтальной плоскости;

4) толщина верхней стенки пазухи в сагиттальной плоскости.

С помощью классификации А.В. Гайворонскоого определили формы верхнечелюстных пазух. Использовали натуральные препараты и результаты МРТ (есть возможность

просмотреть сагиттальную плоскость).

С помощью классификации Г.В. Кручинского и В.И. Филиппенко нами были установлены степень пневматизации верхнечелюстных пазух. Использовались натуральные препараты, рентгенограммы (25 рентгенограмм) и результаты МРТ.

Материалы были предоставлены кафедрой анатомии и кафедрой сердечно-сосудистой, рентгенэндоваскулярной, оперативной хирургии и топографической анатомии РязГМУ.

Результаты и их обсуждение. При измерении линейных параметров верхнечелюстных пазух были получены средние результаты:

1) высота - 29,5 мм;

2) ширина - 22,9 мм;

3) глубина – 32,9 мм;

4) расстояние от пазухи до дна луночки первого верхнего моляра - 3,9 мм;

5) толщина верхней стенки пазухи в сагиттальной плоскости – 1,8 мм;

6) объем пазухи – 22,4 $см^2$.

В результате исследования форм верхнечелюстных были получены следующие данные: трехгранная форма пазух встречается в 27,5% случаев, четырехгранная в - 27,5%, а многогранная - в 45%.

Установили процентное соотношение верхнечелюстных пазух различных степеней пневматизации: гиперпневматизированные - 53,3%, гипопневматизированные 30%, умеренно пневматизированные пазухи - 16,7%.

Была выявлена взаимосвязь между строением верхнечелюстных пазух и вероятностью возникновения патологий синусов: например, чем меньше расстояние от пазухи до дна луночки первого верхнего моляра верхней челюсти, а также толщина верхней стенки, тем больше вероятность проникновения инфекции и развития заболевания (в частности, гайморита).

При проведении анкетирования среди студентов РязГМУ получили результаты: основная возрастная категория – 17-18 лет (66,7%); из общего числа опрошенных (70% девушек, 30% юношей) 19,2% не страдают заложенностью носа; 17,5% опрошенных переносили гайморит, причем в 5% случаев заболевание проявилось повторно.

Выводы. Было изучено строение верхнечелюстных пазух. Установленный нами средний объем 22,4 $см^3$ при измерении параметров синуса совпадает с литературными данными. При этом можно проследить, что у женщин объем пазух меньше. Также размеры синусов увеличиваются с возрастом, а именно после 60 лет наблюдается вторичное увеличение размеров в своей работе, что связано с явлениями остеопороза костей черепа.

В ходе исследования степени пневматизации синусов было установлено, что чаще всего встречаются гиперпневматизированные пазухи (в среднем 52%), реже –

гипопневматизированные (28%), еще реже – умеренно пневматизированные (20%). Форма и объем так же влияют на вероятность воспалительного процесса в синусе, так как определяют положение пазухи в верхнечелюстной кости.

Строение верхнечелюстной пазухи напрямую связано с вероятностью заболевания гайморитом. Так, толщина верхней и нижней стенок синуса определяет возможность распространения инфекции из пазухи в глазницу, а также альвеолу первого верхнего моляра.

В ходе анкетирования была установлена частота встречаемости гайморита среди студентов РязГМУ - данная патология в хронической форме встречается у 14% опрошенных, что подтверждает общую статистику.

ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ ВНУТРЕННЕЙ ПОДВЗДОШНОЙ И МОЧЕПУЗЫРНОЙ ВЕН У МУЖЧИН ДОЛИХОМОРФНОГО СОМАТОТИПА

З.А. Цейко, В.Г. Балашова – студенты 212 гр. лечебного факультета

Кафедра анатомии человека с курсом топографической анатомии и оперативной хирургии

УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Республика Беларусь

Научный руководитель - доц. А.В. Кузьменко

Актуальность исследования. В настоящее время большой интерес представляют оперативные вмешательства на полости малого таза. Противоречивые данные о вариантах ветвления внутритазовых сосудов усложняют различного рода хирургические вмешательства. Следует отметить, что в литературе имеются лишь поверхностные сведения об анатомии данных артерий и вен, что стало причиной для подробного изучения морфометрических параметров нижней ягодичной артерии (НЯА) и прилежащих к ней вен.

Цель исследования. Главной целью исследования являлось получение сравнительной характеристики о диаметрах мышечных ветвей на правой и левой половинах таза с использованием критерия Стьюдента. После чего мы устанавливали наличие корреляционной связи между увеличением диаметров ее мышечных ветвей и увеличением значений диаметров на двух половинах таза. Устанавливали данный критерий с помощью коэффициента корреляции Пирсона. Также выявили особенности отхождения внутренней подвздошной вены (ВПВ) и мочепузырной вены (МочВ) от НЯА и наиболее частые места прилежания к ней.

Материалы и методы исследования. Для проведения исследования нами были отобраны 18 трупов мужчин долихоморфного телосложения. Нами была выполнена срединная лапаротомия с целью получения доступа к общей подвздошной артерии, а затем к наружной и внутренней подвздошным артериям Рассечение кожи выполнялось от мечевидного отростка до лобкового симфиза. Для дальнейшего выделения артерий и вен полости таза в просвет сосудов

был введен раствор туши инъекционным методом для улучшения визуализации. Инъекция выполнялась вблизи бифуркации аорты. Наружные подвздошные артерии и вены выделяли до входа в сосудистую лакуну. Затем выделяли на всем протяжении из соединительной ткани правые внутренние подвздошные артерию и вену. После чего обнажали их ветви для установления места отхождения нижней ягодичной артерии. Измерение длины arteriae et venae gluteae inferiores проводили штангенциркулем с диапазоном измерений от 0 до 160 мм и ценой деления 0,01 мм. Величина диаметров вышеуказанных артерий и вен устанавливалась с помощью микрометра МК- 63 с диапазоном измерений от 0 до 25 мм и ценой деления 0,01 мм. То же самое выполнили на левой половине таза. В работе использовали метод Никитюка-Козлова, чтобы определить соматотип конкретного трупа.

Результаты исследования и их обсуждение. Средняя длина НЯА составила 4,1 см при доверительном интервале (ДИ) = (3,5; 5,1) см. Значение среднего диаметра a. glutea inferior составило 4,2 мм при ДИ = (4,1; 5,2) мм. На правой половине таза мышечные ветви отходили от НЯА в 22,2 % случаев (4 препарата) и — на левой половине таза — в 33, 3% случаев (6 препаратов). Запирательная артерия (ЗА) формировала ветви от НЯА в 11,1 % случаев (2 препарата) справа и в 5,56 % случаев (2 препарат) — слева. В ходе исследования было установлено, что нижняя мочепузырная артерия (НМА) отходила от a. glutea inferior — в 5,56 % случаев (2 препарата) справа. Для сравнения средних диаметров мышечных ветвей на двух половинах таза нами был рассчитан критерий Стьюдента, значение которого составило: T = 0,72, при p = 0,598. Различия средних вариационных рядов не является статистически значимым. Отсюда можно сделать вывод, что величины диаметров мышечных ветвей на правой и левой половине таза практически не отличаются.

В нашей работе мы рассчитали коэффициент корреляции Пирсона, который необходим, чтобы установить наличие связи между увеличением значений диаметров НЯА и увеличением величин диаметров мышечных ветвей этой артерии на правой и левой половинах таза. Значение данного коэффициента корреляции для сосудов на правой половине cavitas pelvis составило: R = 0,62, при p = 0,086. Учитывая полученное значение, можно сделать вывод, что линейная корреляционная связь между значениями исследуемых признаков отсутствует. Связь между НЯА и мышечными ветвями, а также линейная корреляционная связь между увеличением значения диаметра НЯА и значением диметра мышечных ветвей на левой половине таза не выявлена. При этом коэффициент корреляции Пирсона равен: R = 0,44, при p = 0,167.

Дистально ВПВ прилежала к НЯА на правой половине таза в 16,7% (3 препаратов), на левой – 5,6% (1 препарат). Справа НЯА прикрывала V. iliaca interna в ее 2/3 в 44,4 % (8 препаратов), в 27,7 % случаев (5 препаратов) – слева. ВПВ не прилежала к НЯА наблюдалось в 33,3 % (6 препаратов) на правой половине cavitas pelvis, в 66,7% (12 препаратов) – на левой.

Прилежание МВ к НЯА было обнаружено только в средней трети в 27,7% (5 препарата) случаев - справа, в 16,7 % (3 препарата) – слева.

Выводы. В ходе работы установили, что средние диаметры мышечных ветвей нижней ягодичной артерии не имеют между собой линейной корреляционной связи. Благодаря этому можно сделать вывод, что прогнозирование диаметра мышечных ветвей невозможно при визуализации и измерении диаметра НЯА. В большинстве случаев прилегание ВПВ к НЯА отсутствует. Однако, в большинстве тех случаев, когда ВПВ прикрывала НЯА, местом ее прилегания была отмечена дистальная треть.

НОРМАЛЬНАЯ ФИЗИОЛОГИЯ

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ГРУПП КРОВИ И ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ УСТОЙЧИВОСТИ В ПЕРИОД КОРОНОВИРУСНОЙ ПАНДЕМИИ

З. М. Асадулаева – судентка 1 курса лечебного факультета, З.М. Кухмазова – студентка 2 курса
лечебного факультета, Н.М. Абдулаева – студентка 4 курса лечебного факультета
Кафедра нормальной физиологии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала
Научные руководители - д.м.н., проф. Р.М. Рагимов и к.б.н., доцент Н.М. Абдуллаева

«Кровь – сок совсем особенного свойства».
Johan Wolfgang von Goethe

Актуальность. Для каждого из нас группа крови является четким идентификатором, так как изоантигены, которые обусловливают групповую принадлежность крови, как известно, передаются по наследству и постоянны в течение всей жизни. А главными носителями антигенных свойств являются эритроциты. У человека описано около 200 эритроцитарных изоантигенов. Они объединяются в групповые антигенные системы. В настоящее время в медицинской сфере признано около 36 систем групп крови, в частности AB0, Rh-hr, MNss и др., которые имеют существенные отличия друг от друга.

К вопросам о взаимосвязи групп крови и психоэмоционального состояния человека не раз обращались исследователи в прошлом столетии. Так, в 1927 году профессор Университета Отяномидзу Такэдзи Фурукава в научном журнале «Синригаку кэнкю» издал статью «Исследование темперамента по группе крови» (Nuwer, Rachel, 2005). Согласно результату эксперимента, носители I-группы были генетически более предрасположены к жестокости и являлись, как считал автор, отличным материалом для создания армии.

Базируясь на данных этого исследования, в 1971 были выдвинуты следующие теории (А.Т. Губко, 1968):

1. Люди с I группой крови (0, αβ) обладают высокой энергетикой, коммуникабельны, целеустремлены, независимы в принятии решений и составляют категорию «охотников»
2. Люди со II группой (A, β) обладают спокойным нравом, избегают конфронтации и составляют категорию «земледельцев», которые погружаются в дело и абстрагируются от собственных интересов.
3. Люди с III группой (B, α) непостоянны в принятых решениях, прагматичны и легко приспосабливаются к смене условий, составляя категорию «кочевников»
4. Люди с IV группой (AB), согласно японской теории, – трудно характеризуемая категория (https://www.japanvisitor.com/japanese-culture/culture-blood-types).

Учитывая исследования Такэдзи Фурукава, мы сочти необходимым ответить на вопрос: нет ли какой-либо связи между группой крови и эмоциональной устойчивостью организма?

Очевидно, что в период пандемии Covid-19 обучающиеся выпускных классов

общеобразовательных школ и студенты высших учебных заведений находятся под прессингом сложившейся ситуации и влиянием особенного стресса, обусловленного не только ограничениями, утратой привычного образа жизни, но и следующими факторами:

1) необходимостью выбора будущей профессии;

2) повышенной учебной нагрузкой;

3) сложившейся ситуацией, введенными ограничениями и переносом сроков сдачи выпускных экзаменов и экзаменов летней сессии;

4) ответственностью за успешную сдачу ЕГЭ и промежуточной аттестации.

Цель исследования: проследить возможную взаимосвязь между группой крови и эмоциональной устойчивостью в период короновирусной пандемии, изучив данные анкет on-line опроса абитуриентов и студентов 1 курса ДГМУ.

Материалы и методы исследования. Исследования проводились в форме дистанционного тестирования на основе анкеты, разработанной В.В. Суворовой с внесением дополнительных(https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeTBYLxpTQdzXqNsi5Y7Ikjpl4_c0XysPkyVtzd_LS8Ihxa1g/viewform) изменений. Субъект исследования – обучающиеся выпускных классов общеобразовательных школ г. Махачкалы и студенты 1 курса ДГМУ в весенне-летний период коронавирусной пандемии (за май-июнь 2020 года) в количестве 400 человек без учета гендерных различий; возраст – 16-18 лет. Опрос проводился в on-line режиме с информированного согласия, анкету каждый участник заполнял в компьютерной программе анонимно (кроме возраста, группы крови (по системе АВ0) и пола в анкете никакие другие данные не указывались). Те обучающиеся, которые в анкете не указали группу крови, в исследование не включались.

Результаты исследования. Общим критерием оценивания уровня эмоциональной устойчивости выступала балльная система с его средним показателем от 8 до 10 утвердительных ответов (Н. В. Ротманова, 2005). Если участник набирал выше указанной максимальной границы, он зачислялся в зону эмоционально неустойчивой категории. Если же участник набирал меньше минимальной заданной границы, то наоборот, – в зону эмоционально устойчивой категории. Таким образом, за каждый ответ «да» зачислялся 1 балл. Далее результаты подвергались статистической обработке в соответствии с группой крови респондента.

84 человека (21%), из опрошенных 400, имели I группу крови (0, αβ). У обладателей данной группы крови наблюдалась следующая картина:

32 участника из них (38,1%) имели показатели высокой эмоциональной устойчивости; 24 участника (28,6%) имели средние показатели; 28 человек (33,3%) оказались с низкой эмоциональной устойчивостью.

188 (47%) из 400 опрошенных оказались обладателями II группы (А, β) и по шкале эмоциональной устойчивости распределились следующим образом:

64 респондента (34%) обладали показателями высокой эмоциональной устойчивости; 58 человек (30,9%) имели средние показатели; 66 (35,1%) показали низкую эмоциональную устойчивость.

Среди 98 (24,5%) из 400 опрошенных, имели III группу (B, α), среди них оказалось:

27 человек (27,6%) с показателем высокой эмоциональной устойчивости; 44 выпускника (44,8%) со средним показателем; и еще 27 (27,6%) – с показателем низкой эмоциональной устойчивости.

Среди опрошенных еще 30 человек (7,5%) имели IV группу (AB), среди них:

8 выпускников (26,7%) оказались с показателем высокой эмоциональной устойчивости; 5 (16,7%) – со средним показателем и 17 человек (56,6%) – с показателем низкой эмоциональной устойчивости

Выводы. Полученные нами в исследовании данные схожи с показателями японских исследований. Так, среди опрошенных с I группой крови мы наблюдаем преобладание людей с высокой степени стрессоустойчивостью. Среди респондентов со II группой не улавливается преобладание людей с высокой, средней или же низкой стрессоустойчивостью.

Среди обладателей III группы крови встречались в равной степени (по 26,7%) – люди с высокими и низкие показателями, но среди обладателей этой группы крови около 45% из числа опрошенных имели среднюю степень стрессоустойчивости. Такие люди тяжело представляют свое будущее, так как имеют тенденцию к частым сменам интересов. Учитывая, что IV группа крови редкая, невозможно делать однозначные выводы в отношении стрессоустойчивости среди обладателей данной группы крови. В целом показатель стрессоустойчивости оценивается выше среднего (около 65,5%), что говорит о способности учащихся гибко реагировать на возникающие отрицательные факторы. Неустойчивость к стрессовым ситуациям порождают проблемы со здоровьем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Губко, А.Т. Группы крови и типы нервной системы // III Всесоюзный съезд общества психологов СССР. Тезисы докладов. Том 1. Общая психология и физиология /под ред. Зинченко – М.: МГУ,1968,-С. 257-258.

2. Ротманова, Н. В. Некоторые особенности интегральной индивидуальности студентов с различными группами крови // Образование и наука. 2005. №3. – С. 112-118 - URL: https://cyberleninka.ru/article/n/nekotorye-osobennosti-integralnoy-individualnosti-studentov-s-razlichnymi-gruppami-krovi (15.06.2020).

3. Nuwer, Rachel. You are what you bleed: In Japan and other east Asian countries some believe blood type dictates personality//Scientific American. 2005-21feb.- URL: https://blogs.scientificamerican.com/guest-blog/you-are-what-you-bleed-in-japan-and-other-east-asian-countries-some-believe-blood-type-dictates-personality/ (16.02.2011).

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СТУДЕНТОВ ДГМУ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19 (предварительные результаты)

Э. Г. Рамазанова – студентка 2 курса лечебного факультета,
Д. А. Абдуселимова – студентка 3 курса лечебного факультета
Кафедра нормальной физиологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научные руководители - д.м.н., проф. Р.М. Рагимов и к.б.н., доцент Н.М. Абдуллаева

Актуальность. Пандемия Covid-19 стала краш-тестом не только для экономики, здравоохранения и науки, но и серьезным испытанием для простых людей. Психические расстройства затрагивали не только тех, кто сам заболел или пережил болезнь близких. Период пандемии и связанные с ним карантинные меры также привели к росту беспокойства и депрессии среди всех групп населения. Эти беспокойства были связаны как с неопределенностью продолжительности карантинных мер, противоречивой и недостаточной информацией в СМИ, так и с утратой привычного образа жизни и проблемой в реализации базовых потребностей (покупка продуктов питания, питьевой воды, одежды, получение медицинского обслуживания).

С целью изучения данной проблемы был проведен ряд исследований в период пандемии COVID-19 (апрель-май).

Первые исследования, проведенные в Китае, продемонстрировали, что эпидемия коронавируса и связанные с ней карантинные меры привели к росту беспокойства, расстройству сна и депрессивным симптомам во всех группах населения.

Не случайно в ходе исследования, в котором принимали участие около 7000 взрослого населения США и Канады, был введен новый термин «синдром COVID-стресса» (COVID stress syndrome). Как стало известно, на сегодняшний день он проявляется уже почти у 25% испытуемых. Эта категория людей сталкивается с сильными страхами подхватить инфекцию, беспокоится по поводу социальных и экономических последствий COVID-19. Им снятся кошмары, связанные с коронавирусом (Филиппов, Д.С. 2020). Они постоянно мониторят новости на эту тему, что еще сильнее усиливает их тревожность.

На данный момент китайскими учеными были проведены исследования, посвященные выявлению влияния нынешней пандемии на подверженность к тревожным и стрессовым состояниям. В ходе исследования было выявлено, что более 35% респондентов подвержены психологическому дистрессу (М.В. Селина, 2020). Они находятся в возрастной группе от 18 до 30 лет. В основном это обусловлено большим объемом информации о нынешней обстановке в социальных сетях.

Для изучения этой проблемы в нашем регионе нами было проведено исследование, **целью** которого явилось**:** определение психоэмоционального состояния студентов Дагестан-

ского государственного медицинского университета в период пандемии COVID-19.

Материалы и методы исследования. Наше исследование проводилось в виде дистанционного тестирования с использованием двух анкет-опросников, разработанных И. Паустовской (2020) и Н.Г. Орешкиной (2020). Субъект исследования – студенты 1-3 курсов лечебного факультета в количестве 807 человек в возрасте от 18 до 21 года. Опрос студентов проводился в on-line режиме с информированного их согласия, анкету заполняли в программе анонимно (кроме возраста и пола в анкете никакие другие данные не указывались).

Результаты исследования. По результатам первого тестирования, направленного на оценку уровня паники студентов в условиях пандемии Covid-19, получены следующие результаты:

–13,9% респондентов (112 человек) подвержены тревогам и стрессам и очень впечатлительны. Любая негативная информация выбивает их из равновесия. Они отмечают усталость, вызванную стрессом и паникой, а также ощущают недомогание и даже ищут у себя несуществующие симптомы;

–29,5% студентов (238 человек) стрессу подвержены, но стараются не поддаваться панике. Они следуют всем предписаниям и правилам и следят, чтобы им следовали и другие. Придерживаются правила, что перестраховка никогда не бывает лишней. Время от времени возникают страхи, с которыми они стараются справляться;

–39,6% опрошенных (255 человек) стараются трезво смотреть на вещи и оценивать ситуацию. Они соблюдают меры безопасности, и при этом не падают духом. Данная группа студентов способна поддержать как себя, так и других, особенно тех, кто поддался панике. Они также находят позитив во всём, но при этом не теряют бдительности;

–25% респондентов (202 человека) находятся в состоянии отрицания и скептицизма, что может быть также защитной реакцией. Они считают всё мировой аферой и хотят оставить всё как прежде, не желая замечать и принимать изменений во внешнем мире.

По результатам второго тестирования, направленного на оценку адаптивности студентов в период пандемии Covid-19, получены следующие результаты:

–62,7% студентов (506 человека) обладают высокой адаптивностью к изменившимся условиям жизни, связанных с пандемий и используют кризис как возможность для личностного роста;

–37,3% респондентов (301 человек) очень низко оценивают свой потенциал, скорее всего из-за дезориентации в общей ситуации и нервного перенапряжения.

Выводы. На основании результатов проведённого исследования можно прийти к выводу о том, что у большинства студентов Дагестанского государственного медицинского университета, которые участвовали в проведенном нами исследовании, отмечается стабильное психоэмоциональное состояние. Выработанная ими тактика поведения и дальше будет

помогать им сохранить здоровье как физическое, так и психическое.

Однако группе студентов, подверженных тревогам и стрессам, стоит внимательнее относиться к той информации, которую они получают. Нужно ограничить себя от большого количества негативной информации. Помнить, что стресс снижает иммунитет, отражается как на здоровье, так и на отношениях с близкими!

Студентам, находящимся в состоянии отрицания, стоит проявить большую гибкость, которая поможет им быть более эффективными и легко принимать меняющиеся условия вокруг, нежели отрицать их наличие. Им следует проявить чуть больше внимания и бдительности, усмирив личный эгоизм и подумав о близких людях вокруг, которые могут оказаться в зоне риска и пострадать.

Литература

1. Селина, М.В. Ужас невидимого. Как пандемия влияет на психику // [Электронный ресурс] / М. В. Селина // Национальный исследовательский университет. Научно-образовательный портал IQ-URL: https://iq.hse.ru/news/366225935.html (дата обращения: 20.05.2020).

2. Филиппов, Д.С. Психологический дистресс из-за эпидемии COVID-19 // [Электронный ресурс] / Д.С. Филиппов // Образовательный проект.Психиатрия и нейронауки.-URL: http://psyandneuro.ru/novosti/covid-19/ (дата обращения: 21.03.2020).

3. Орешкина, Н. Г. Тест на адаптивность в кризисе в связи с пандемией COVID-19 // [Электронный ресурс]/ Н.Г.Орешкина// Тестометрика-URL: https://testometrika.com/depression-and-stress/a-test-for-agility-in-the-crisis-in-pandemic-covid-19/ (дата обращения: 13.04.2020)

4. Паустовская, И. Тест: Каков ваш уровень паники в условиях пандемии коронавируса? // [Электронныйресурс]/И.Паустовская//Метро-URL:https://metronews-ru.turbopages.org/s/metronews.ru/novosti/russia/reviews/test-kakov-vash-uroven-paniki-v-usloviyah-pandemii-koronavirusa-1658584/ (дата обращения: 01.04.2020)

ИЗУЧЕНИЕ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ УЧЕНИКОВ 8-11 КЛАСОВ ГИМНАЗИИ О ГИГИЕНИЧЕСКИХ ТРЕБОВАНИЯХ К РАБОТЕ С ЭЛЕКТРОННЫМИ УСТРОЙСТВАМИ

Н.М. Абдуллаева – студентка 3 курса лечебного факультета
Кафедра нормальной физиологии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России

Научный руководитель - д.м.н., профессор Р.М. Рагимов

Актуальность. Жизнь современного поколения, в отличие от прошлого, изменилась кардинально в том числе и появлением гаджетов. Несоблюдение гигиенических требований к использованию электронных устройств может нести опасность как для физического, так и социально-психологического здоровья школьников.

Целью научной работы явилось определение информированности школьников 8-11х

классов в сфере гигиенических рекомендаций по использованию электронных устройств.

Материал и методы. Исследование проводилось с помощью, разработанной мною анкеты среди 167 учеников МБОУ «Гимназия №4» города Махачкала в возрасте 14-17 лет. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием компьютерной программы «BioStat, версии 4.03 [1].

Результаты исследования. Ежедневно используют мобильные телефоны 98,3% опрошенных; стационарные компьютеры 24%; электронные книги 3,3%, ноутбуки 18,1%; планшет 5,6%. Мобильные телефоны 69,7% опрошенных школьников используют для подготовки домашнего задания, 98,3% опрошенных школьников в основном используют для общения с друзьями и только 88,3% для поиска информации. Электронные книги 11,5% опрошенных используют для чтения художественной литературы. Стационарные компьютеры используют для подготовки домашнего задания, а также поиска информации 39,0% учащихся, а планшеты 21,3% используют для просмотра видеоматериалов и фильмов. На выполнение домашнего задания 1,5-2 часа уходит у 39,9% опрошенных, от 2,5-3 часов у 35%, более 3 часов у 27,6%. Отмечено, что долгое использование гаджетов у 63% опрошенных школьников вызывает боли, усталость и ощущение песка в глазах, а у 34,9% усталость, онемение в пальцах и боли в шее и спине. Также собрана следующая информация по количеству времени школьников: у 33,6% опрошенных ночной сон длиться 6-7 часов, 7-8 часов у 28,2%. Каждый день на свежем воздухе до 1 часа находятся 37,1%, до 1,5 часа 34,3% и до 2 часов 21,3%. В спортивных секциях занимаются 76,3%, школьников.

26,3% опрошенных ничего не знают о гигиенических рекомендациях, 22,3% знают об этом из занятий в школе, о гигиенических рекомендациях по использованию электронных устройств из интернета знают 49,8%. 77,9% школьников знают о том, что наиболее значимым фактором от электронных устройств является электромагнитное излучение. Знают о необходимости соблюдения расстояния до видеомонитора 93,5% опрошенных [2,3].

22,4% считают, что для профилактики нарушений зрения при работе с электронными устройствами необходим достаточный размер шрифта на экране и его контрастность с фоном. 29,6% считают, что необходимы перерывы в работе. О необходимости перерывов при работе с электронными устройствами знают 95,7% школьников, 79,4% считают, что работать с экранами электронных устройств необходимо при хорошем общем освещении, 71,4% считают гимнастику для глаз в перерывах при работе с электронными устройствами нужной, но не делают ее регулярно. Менее половины школьников (48,8%) знают, что суммарная продолжительность работы с электронными устройствами в день для старших школьников должно быть не более 2 часов [3], всего 30,9% знают, что продолжительность непрерывной работы с электронными устройствами для старших школьников должна быть не более 45 минут [4].

Вывод. По результатам данного опроса среди школьников выявлен недостаточный уровень информированности о гигиенических рекомендациях по использованию электронных устройств.

Список литературы:

1) BioStat // AnalystSoft Inc.

2) Методические рекомендации об использовании устройств мобильной связи в общеобразовательных организациях. МР 2.40150-19 от 14.08.2019;

3) СанПиН 2.2.2/2.4.1340-03 Гигиенические требования к персональным электронновычислительным машинам и организации работы;

4) СанПиН 2.4.2.2821-10 Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения в общеобразовательных учреждениях.

ИЗУЧЕНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ НЕУСТОЙЧИВОСТИ СТУДЕНТОВ В МЕЖСЕССИОННЫЙ И ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ ПЕРИОДЫ В УСЛОВИЯХ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ

С.Ш. Магомедова – студентка 4 курса лечебного факультета,
Н.М. Абдуллаева – студентка 4 курса лечебного факультета
Кафедра нормальной физиологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научные руководители: к.м.н., доц. Н.М. Абдуллаева

Актуальность. Сложная эпидемиологическая ситуация и прогрессирующее количество инфицированных COVID -19 на территории РФ, и в особенности, в республике Дагестан побудило ВУЗы всей страны к своевременным мерам предосторожности и переходу на дистанционную форму обучения.

Последствиями таких мер стало ожидаемое увеличение продолжительности использования студентами ноутбуков, планшетов и телефонов. Влияние последних в совокупности с вынужденным сидячим образом жизни привело к ряду негативных последствий, таких как повышенная утомляемость, головная боль, нарушение режима питания, сухость и перенапряжение зрительного аппарата, искривление позвоночника, которые на фоне стресса, испытываемого во время сессии, приводят к учащению тревоги и эмоциональной неустойчивости студентов.

Целью данной научной работы явилось сравнение тревожно-депрессивных состояний у студентов в межсессионный период и во время экзаменационной сессии в условиях дистанционного обучения.

Задачи исследования:

1) изучить эмоциональное состояние у студентов в межсессионный период;

2) провести анализ тревожно-депрессивных состояний студентов в период экзаменационной сессии;

3) сравнить уровень тревожно-депрессивных состояний у студентов в межсессионный период и при прохождении экзаменационной сессии в условиях дистанционного обучения.

Материалы и методы. В исследовании, в качестве респондентов, приняло участие 45 студентов **2**-3 курсов лечебного, педиатрического и стоматологического факультетов ДГМУ в возрасте 19-21 года (средний возраст – 19,92±0,11). Оценка эмоционального состояния проводилась в межсессионный период и во время экзаменационной сессии в условиях дистанционного обучения. Проведено психологическое тестирование, которое выявляет уровень ситуационной тревожности и депрессии с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии Хадса [3] 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 [1].

Результаты исследования и их обсуждение.

Полученные данные (табл. 1) свидетельствуют о том, что в условиях дистанционного обучения уровень тревоги в межсессионный период колеблется в пределах от 3 до 5 баллов (в среднем 3,58 ±0,66), что говорит об отсутствии выраженных симптомов тревоги. В период экзаменационной сессии показатели колеблются в пределах от 10 до 13 баллов; полученные данные демонстрируют о наличие у большинства респондентов этой группы «субклинически выраженной тревоги» (10,89±1y2), а у отдельных – «клинически выраженной тревоги» (37,7%).

Таблица №1

Показатели тревожности в баллах (среднее ±стандартное откл., p< 0,05)

Студенты во время дист/обучения	**Показатели**
В межсессионный период	3.58±0.66
В период экзаменационной сессии	10.89±1.28

Показатели уровня депрессии в межсессионный период колеблется в пределах от 1 до 5 баллов (в среднем 2.36±1.17) говорит об отсутствии симптомов депрессии. В период экзаменационной сессии результаты оценки уровня депрессии 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.

Таблица №2

Показатели депрессии в баллах (среднее ±стандартное откл., p< 0,05)

Студенты во время дист/обучения	Показатели
В межсессионный период	2.36±1.17
В здоровые в период экзаменационной сессии	11.36±1.71

Таким образом, у студентов в условиях дистанционного обучения 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 межсессионный период.

Вывод. Увеличение продолжительности использования студентами ноутбуков, планшетов и телефонов неблаготворно 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.

Список литературы:

1) BioStat // AnalystSoft Inc.

2) Homma, I. Breathing rhythms and emotions / I. Homma, Y. Masaoka // Exp. Physiol. – 2008, V.93, № 9. – P. 1011-1021;

3) Zigmond A.S., Snaith R.P. Hospital Anxiety and Depression Scale — HADS – 1983.

АНАЛИЗ ГРУППОВОЙ И РЕЗУСНОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ СТУДЕНТОВ 1 КУРСА НАО «МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ СЕМЕЙ»

А.С. Садыкова, Ж.А. Айдосов, А.Д. Изгуттинова - студенты, Г.Р. Ибраева - ассистент

Кафедра молекулярной биологии и медицинской генетики имени академика НАН РК

Т.К.Раисова НАО «Медицинский университет Семей», Семей, Казахстан

Научный руководитель – доцент А.С. Оразалина

Актуальность. Одной из важных проблем современной иммуногематологии является изучение иммуногенетических маркеров групп крови человека. Важно знать собственную группу крови и резус-фактор, так как это имеет практическую значимость в переливании крови, в судебной медицине, при установлении отцовства, при беременности. Так же знание собственной группы крови и резус-фактора является необходимым в повседневной жизни, и в экстренной ситуации может спасти человека.

Цель работы. Провести мониторинг студентов первого курса НАО "Медицинский Университет Семей" по группам крови и резус-фактору

Материалы и методы исследования. Было проведено поперченное исследование. Был проведен опрос среди 352 студентов первого курса специальности «Общая медицина».

Материалами исследований служили образцы крови студентов нашего университета. Проанализированы результаты 352 студентов.

Результаты исследования. Первый этап. На основе данного научного исследования был проведен опрос среди студентов первого курса НАО "МУС". Опрос состоял из вопросов касающихся групп крови и резус-фактора. Всего приняли участие 352 человека (абсолютно все студенты 1 курса), из которых 105 парней и 247 девушек. Согласно полученным данным из 352 студентов свою группу крови и резус-фактор знали 134 студента (38%), 218 студентов (62%) не знали собственную группу крови и резус-фактор.

Второй этап. Проведен статистический анализ по группам крови и резус-фактору. Результаты принадлежности групп крови показали, что I-ой группой крови обладают 92 студента (26.14%), II-ой группой крови - 139 (39.49%), III-ей группой крови - 92 (26.14%) , IV-ой группой крови - 29 (8.24%). По результатам отрицательной резусной принадлежности выявлено 3 студента I группы крови, 6 студентов - II-ой, 4 студента - III-ей, 2 студента - IV-ой.

Выводы: 1) Опрос среди студентов на знание собственной группы крови и резус-фактора показал, что более 60% студентов первого курса не знали собственную группу крови и резус-фактор.

2) С помощью анализа данных полученных при определении групп крови и резус-фактора мы выделили студентов с редкими AB(IV) - 8.24% и часто встречаемыми A(II) 39.49% группами крови.

3) Проведенное исследование позволило выработать практические рекомендации о важности групп крови и резус-фактора в жизни населения.

ТАБАКОКУРЕНИЕ КАК ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА ПОКАЗАТЕЛИ СВЕТОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ СЕТЧАТКИ И ЕЕ СВЯЗЬ СО СРЕДНИМ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИМ ДАВЛЕНИЕМ

Е. М. О. Корниенко – студентка 2409 гр. педиатрического факультета

Кафедра нормальной физиологии

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

Научный руководитель – канд. мед., наук, доц. Д.А. Александров

Актуальность. В связи с относительным постоянством по сравнению с систолическим и диастолическим артериальным давлением (АД) среднее гемодинамическое давление ($АД_{сгд}$) является одним из наиболее важных интегральных показателей, характеризующих работу системы кровообращения, косвенно характеризующим условия кровотока в сосудах микроциркуляторного русла (МЦР) и, соответственно, перфузии периферических тканей. Хорошо известно влияние курения на изменение тонуса сосудов и реактивности сердечно-сосудистой системы в связи с изменением показателей пульса, систолического и

диастолического АД, что влияет на состояние кровотока и доставку кислорода и питательных веществ ко всем органам. Таким образом, актуальными представляются задачи: выявление зависимости показателей СЧ сетчатки и ССС от частоты табакокурения; поиск формулы $АД_{сгд}$, наиболее адекватно отражающей характер кровотока в МЦР, у некурящих и курящих испытуемых в контексте ее связи с влиянием на показатели световой чувствительности (СЧ) зрительной системы.

Цель: охарактеризовать световую чувствительность (СЧ) центральных областей поля зрения (ЦОПЗ) в покое и при функциональной нагрузке (ФН) и сопоставить ее изменения с величиной $АД_{сгд}$, рассчитанной по разным формулам, у некурящих и курящих испытуемых.

Материалы и методы. Было обследовано 20 испытуемых (10 мужчин и 10 женщин). Средний возраст всех испытуемых: 19,7 ± 1, 72, Мо=19 (средний возраст практически здоровых испытуемых: 19,3 ± 1,49, Мо=19; средний возраст курящих испытуемых: 20,1 ± 1,91, Мо=19). Исследование проводилось в светоизолированной камере после 20-минутной темновой адаптации. Исследование проводилось в 3 этапа: 1-ый – контрольное исследование, 2-ой – при выполнении ФН, 3-ий – после периода восстановления, равного 6-ти минутам (для определения времени восстановительного периода была взята отдельная группа испытуемых, которые выполнили холодовую пробу (ХП); по результатам данного исследования было определено, что у большей части испытуемых артериальное давление (АД) восстанавливалось до исходного уровня в течении 6 минут).Величина $АД_{сгд}$ рассчитывалась по результатам измерения АД и частоты сердечных сокращений на всех этапах с помощью традиционных формул (Савицкого (САВ), Хикема (Х), Вецлера-Богера (ВБ), Роднея (Р)) и формул, разработанных в последние годы, учитывающих ЧСС и функциональное состояние организма (Семеновича-Комяковича (СК), 2016; Семеновича (С), 2018). В качестве ФН была выбрана ХП, известная как мощный активатор центров симпатического отдела автономной нервной системы. Определение СЧ центральных областей сетчатки правого глаза на всех 3-х этапах осуществлялось с помощью программы Lines, разработанной на кафедре нормальной физиологии БГМУ под руководством проф. Кубарко А.И. Для анализа данных поле зрения было разделено на 14 полей: 1 – все поле зрения, 2 – верхний назальный квадрант, 3 – верхний темпоральный квадрант, 4 – нижний темпоральный квадрант, 5 – нижний назальный квадрант, 6 – центральная область, 7 – периферическая область, 8 – макула, 9 –зеркальное отражение перипапиллярной область (ПО), 10 – ПО, 11 – супратемпоральная часть ПО, 12 – инфратемпоральная часть ПО, 13 – проекция верхней ветви центральной артерии сетчатки (ЦАС), 14 – проекция нижней ветви ЦАС. Деление поля зрения на данные сегменты обусловлено особенностями кровоснабжения и иннервации сетчатки, а именно наличием крупных сосудов вблизи диска зрительного нерва (ДЗН) и расположением нервных волокон, в связи с наибольшей вероятностью влияния системных факторов на локальный кровоток на

уровне сетчатки глаза вблизи ДЗН и в окружающих его структурах. Для оценки частоты табакокурения использовался индекс курильщика (ИК). Полученные результаты обработаны методами вариационной статистики с помощью программы STATISTICA 12.

Результаты и их обсуждение. В обеих группах наименьшие пороги СЧ наблюдались в области макулы (поле 8), наибольшие – в ПО (поля 10-12), что можно объяснить особенностями кровоснабжения сетчатки. Стрессорный фактор в виде ХП приводил к разнонаправленным изменениям СЧ у испытуемых: у некурящих испытуемых наблюдались незначительные разнонаправленные колебания порогов СЧ, за исключением проекции макулы (поле 8) и зеркального отражения ПО (поле 9), где произошло значительное ухудшение СЧ; у курящих испытуемых наблюдалось снижение порогов СЧ во всех областях. После 6-минутного восстановительного периода наблюдались следующие изменения СЧ сетчатки: у некурящих испытуемых значения порогов СЧ приблизились к значениям контрольного исследования, за исключением областей макулы (поле 8), где произошло значительное увеличение порогов СЧ данной области, и ПО (поля 10-12), где наблюдалось значительное уменьшение порогов СЧ; у курящих испытуемых наблюдалось снижение порогов СЧ во всех областях по сравнению с контрольным исследованием.

Дополнительно во время исследования, основываясь на данных анкетирования, группа курящих испытуемых была разделена на две подгруппы в зависимости от ИК: те, у кого ИК <2, и те, у кого ИК >2. У курящих испытуемых с ИК <2 как во время проведения ХП, так и после периода восстановления наблюдалось значительное улучшение СЧ по сравнению с контрольным. Тогда как у курящих испытуемых с ИК >2 наблюдались незначительные колебания СЧ кроме областей, проецирующихся на суперотемпоральную (поле 11, значительное ухудшение) и инферотемпоральную (поле 12, значительное улучшение) половины ПО. Данный факт можно объяснить анатомическими особенностями кровоснабжения и иннервации сетчатки, а также влиянием курения на тонус центров, регулирующих функции сердечно-сосудистой и автономной нервной системы.

Для выявления зависимости величины СЧ ЦОПЗ от показателя $АД_{сгд}$, рассчитанного по разным формулам, был проведен корреляционный анализ.

У некурящих испытуемых в контрольном исследовании достоверная сильная положительная корреляционная связь наблюдалась между показателем $АД_{сгд}$, рассчитанным с использованием формулы ВБ, и величинами порогов СЧ во всех полях кроме проекции верхней ветви ЦАС. В исследовании при выполнении ХП достоверная сильная положительная корреляционная связь отмечалась между показателем $АД_{сгд}$, рассчитанным с использованием всех формул кроме ВБ, и величинами порогов СЧ супратемпоральной половины ПО. Во время исследования после периода восстановления достоверная положительная сильная связь между показателем $АД_{сгд}$, рассчитанным с использованием всех формул кроме ВБ, и величинами

порогов СЧ всех областей кроме инфратемпоральной половины ПО.

У курящих испытуемых с ИК <2 положительная достоверная сильная связь наблюдалась в контрольном исследовании между показателем $АД_{сгд}$, рассчитанным с использованием формул САВ и Р, и величинами порогов СЧ верхнего темпорального квадранта (поле 3) и ПО (поля 10-12), между показателем $АД_{сгд}$, рассчитанным с использованием формулы Х, и величинами порогов СЧ ПО (поле 10), между показателем $АД_{сгд}$, рассчитанным с использованием формулы ВБ, и величинами порогов СЧ супратемпоральной половины ПО (поле 11), между показателем $АД_{сгд}$, рассчитанным с использованием формул СК и С, и величинами порогов СЧ верхнего назального квадранта (поле 2) и инфратемпоральной половины ПО (поле 12). У курящих испытуемых с ИК >2 сильная положительная достоверная связь наблюдалась в исследовании при выполнении ХП между показателем $АД_{сгд}$, рассчитанным с использованием формулы ВБ, и величинами порогов СЧ ПО (поля 10, 12),

Выводы. 1. У курящих студентов с ИК <2 пороги СЧ сетчатки во всех исследуемых областях ЦОПЗ были наибольшими, в то время как пороги СЧ у курящих испытуемых с ИК >2 были наименьшими. 2. У практически здоровых людей рекомендуется использовать формулу ВБ для оценки показателей перфузии сетчатой оболочки глаза в состоянии покоя, но не рекомендуется использовать в условиях выполнения ФН. 3. У курящих испытуемых независимо от ИК рекомендуется использовать формулу ВБ для оценки показателей СЧ ЦОПЗ.

ОПЕРАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ И ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

ХИРУРГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ВНУТРИТАЗОВЫХ ВЕТВЕЙ НИЖНЕЙ ЯГОДИЧНОЙ АРТЕРИИ У МУЖЧИН ДОЛИХОМОРФНОГО СОМАТОТИПА

В.Г. Балашова, З.А. Цейко – студенты 212 гр. лечебного факультета

Кафедра анатомии человека

с курсом топографической анатомии и оперативной хирургии

УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь

Научный руководитель - доц. А.В. Кузьменко

Актуальность. При различного рода хирургических операциях, необходимо четко знать особенности сосудистого русла. При анализе современных литературных источников мы смогли получить лишь поверхностные сведения, касающиеся анатомии и топографии данных сосудов. Это послужило причиной для детального изучения анатомии и морфометрических параметров нижней ягодичной артерии (НЯА).

Цель исследования. Основной целью исследования было получения сравнительной характеристики о диаметрах мышечных ветвей на левой и правой половинах таза с помощью критерия Стьюдента. Мы отслеживали наличие корреляционной связи между увеличением значений диаметров НЯА и увеличением диаметров ее мышечных ветвей на двух половинах таза. Для установления данного критерия мы использовали коэффициент корреляции Пирсона.

Материалы и методы исследования. Для проведения исследования нами были отобраны 18 трупов мужчин долихоморфного телосложения. Для получения доступа к сосудам малого таза была выполнена срединная лапаротомия. Методом инъекции вводили раствор туши, который необходим для выделения артерий и вен. Измерение длины артерий проводили штангенциркулем с диапазоном измерений от 0 до 160 мм и ценой деления 0,01 мм. Величина диаметров устанавливалась с помощью микрометра МК- 63. В работе использовали метод Никитюка-Козлова, чтобы определить соматотип конкретного трупа.

Результаты исследования. Средняя длина НЯА равна 4,1 см при доверительном интервале (ДИ) = (3,5; 5,1) см. Величина среднего диаметра a. glutea inferior составила 4,2 мм при ДИ = (4,1; 5,2) мм. НЯА образовывала на правой половине таза мышечные ветви в 22,2 % (4 препарата) и — на левой половине таза — в 33, 3% случаев (6 препаратов). Запирательная артерия (ЗА) формировала ветви от НЯА в 11,1 % случаев (2 препарата) справа и в 5,56 % случаев (2 препарат) — слева. Известно, что нижняя мочепузырная артерия (НМА) отходила от a. glutea inferior — в 5,56 % случаев (2 препарата) справа Нами был рассчитан критерий Стьюдента для двух независимых выборок для проведения сравнительной характеристики между значениями среднего диаметра мышечных ветвей на правой и левой половине таза. Критерий Стьюдента составил: T = 0,72, при p = 0,598. Различия средних вариационных рядов

не является статистически значимым. Это свидетельствует о том, что величины диаметров мышечных ветвей на правой и левой половине таза практически не отличаются. Нами был рассчитан коэффициент корреляции Пирсона с целью выявить связь между увеличением значений диаметров НЯА и увеличением величин диаметров мышечных ветвей этой артерии на правой и левой половинах таза. Значение этого коэффициента корреляции для сосудов на правой половине cavitas pelvis составило: R = 0,62, при p = 0,086. Можно сделать вывод, что линейная корреляционная связь между значениями исследуемых признаков отсутствует. Связь между НЯА и мышечными ветвями, а также линейная корреляционная связь между увеличением значения диаметра НЯА и значением диметра мышечных ветвей на левой половине таза не выявлена. При этом коэффициент корреляции Пирсона равен: R = 0,44, при p = 0,167.

Выводы. Установлено, что наиболее частым местом формирования внутритазовых ветвей НЯА является средняя треть этой артерии. Выявлено, что на правой и левой половинах таза отсутствует линейная корреляционная связь между увеличением значения диаметра НЯА и значениям диаметров её мышечных ветвей. Отсюда следует, что визуализация величины диаметра НЯА не позволяет прогнозировать величину диаметров её внутритазовых мышечных ветвей.

ОБЩАЯ ГИГИЕНА И ЭКОЛОГИЯ ЧЕЛОВЕКА

ОСОБЕННОСТИ ПОТРЕБЛЕНИЯ ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖЬЮ

П.М. Будайчиева– студентка 205 гр. лечебного факультета,
Ф.С. Мамедов – студент 203 гр. лечебного факультета, Магомедова У.А. – ассистент
Кафедра общей гигиены и экологии человека

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Актуальность. Вода является необходимой составляющей всего живого на Земле. Общее содержание воды в организме человека составляет около 65%, в частности в стекловидном теле глаз – 99%, в плазме крови и лимфе – 93-94%, в почках – 83%, легких – 79%, мышечной ткани – 75%. Поэтому важным является употребление доброкачественной питьевой воды.

Известно, что качество воды зависит от источника ее получения, способа добывания, применяемых методов обработки, особенностей тары, срока и условий хранения.

Целью работы было изучить особенности культуры потребления питьевой воды студенческой молодежью.

Материал и методы. Исследования проводились анкетно-опросным методом среди 85 студентов-добровольцев ДГМУ.

Результаты исследования. Данные анонимного анкетирования свидетельствуют, что большинство студентов (71%) потребляют 1,5-2 л воды в сутки, хотя общий рекомендуемый объем жидкости составляет 1-1,2 л (включает, кроме питьевой воды, другие напитки, жидкие блюда, воду как составляющую пищевых продуктов).

Предпочтение минеральным газированным водам отдают 58% студентов, минеральным негазированным-22%, сладким газированным и негазированным водам-20%. При этом 60% потребителей негазированных вод не знают, что такая вода может содержать антибиотики в качестве консервантов.

Сладкие газированные воды употребляют ежедневно 35% респондентов, 45% – 1-2 раза в неделю. Сладкие воды могут содержать пищевые добавки (красители, ароматизаторы, подсластители, консерванты). Но, 44% потребителей не знают о возможном негативном влиянии указанных компонентов на здоровье (аллергенное и канцерогенное действие, повышение уровня холестерола в крови, содействие развитию заболеваний кожи, желудочно-кишечного тракта, печени, почек).

Стеклянная тара лучше пластиковой – с которой в воду могут мигрировать токсичные вещества (пластификаторы – производные фталевой и ортофосфорной кислот, стабилизаторы – амины и фенолы, катализаторы – соли и окиси тяжелых металлов, остатки исходных мономеров – фенола, формальдегида, капролактама, стирола). Этот процесс активизируется при употреблении из полимерных стаканов горячих напитков (чая, кофе). Однако большинство

студентов предпочитают именно пластиковую тару.

Выводы. Недостаточная осведомленность молодых людей в вопросах культуры потребления питьевой воды может привести к негативным изменениям в состоянии их здоровья.

ДВИГАТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

П.М. Будайчиева– студентка 205 гр. лечебного факультета,
Ф.С. Мамедов – студент 203 гр. лечебного факультета, У.А. Магомедова– ассистент
Кафедра общей гигиены и экологии человека

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Актуальность. По данным ВОЗ, ежедневная физическая активность снижает риск развития таких неинфекционных заболеваний, как гипертония, ишемическая болезнь сердца, атеросклероз, ожирение, сахарный диабет II типа. Вместе с тем, только 13% Россиян имеют достаточный уровень двигательной активности, в то время, как в странах Европы этот уровень имеет 40-60% населения, а в Японии – 70-80%.

Целью работы было изучение влияния физических упражнений на самочувствие людей зрелого возраста, которые в связи с особенностями профессии, ведут малоподвижный образ жизни.

Материал и методы. В добровольном исследовании приняли участие 35 врачей-терапевтов (в возрасте 35-60 лет). Эксперимент заключался в том, что исследуемые должны были выполнять физические упражнения на протяжении 15-20 минут 2-3 раза в день. Упражнения подбирались индивидуально с учетом уровня общей физической подготовки, возраста человека и особенностей хронических заболеваний. Рекомендовалось также, по возможности, постепенно увеличивать интенсивность физических нагрузок. Исследование длилось 30 дней.

Результаты исследования. В анкетах все участники эксперимента отметили улучшение общего самочувствия, 30 человек (85,71%) – улучшение эмоционального состояния. 28 респондентов (80,0%) указали на уменьшение нервного напряжения, улучшения работоспособности и качества выполняемой работы, у 20 больных (57,14%) уменьшилось ощущение напряжения и боли в мышцах шеи, спины, ног. На вопрос относительно планирования продолжать выполнение физических упражнений в будущем, 8 человек (22,86%) выразили желание придерживаться схемы, примененной в эксперименте, отметив, что именно такой подход является оптимальным для профилактики развития нервно-эмоционального и мышечного напряжения во время выполнения различных видов работ. 12 больных (34,29%) планируют заниматься физкультурой систематически 2-4 раза в неделю в свободное от работы

время. 10 опрошенных (28,57%) отметили, что режим занятий физкультурой будет зависеть от особенностей загрузки делами в течение рабочего дня и недели. 5 респондентов (14,29%) не уверены в том, что будут продолжать выполнение физических упражнений в связи с напряженным рабочим графиком.

Выводы. Выполнение физических упражнений способствует предупреждению развития нервно-эмоционального и мышечного напряжения, улучшению общего самочувствия, повышению работоспособности и качества выполняемой работы. Поэтому систематическое занятие физкультурой рекомендовано людям, которые в связи с особенностями профессиональной деятельности ведут малоподвижный образ жизни.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ОБРАЗА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

А. Р. Сулейманов – студент 322 гр. лечебного факультета, С. О. Омарова – ассистент Х. Н. Абдуразакова – ассистент, М. Г. Магомедов– д.м.н., профессор

Кафедра общей гигиены и экологии человека

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Введение. Здоровый образ жизни считается одним из базовых критериев успешной учебы молодежи и последующей профессиональной деятельности, активной жизненной позиции человека. Сохранение здоровья- личное дело каждого из нас, однако, принимая во внимание социальное предназначение молодежи как основного трудового потенциала общества в ближайшем будущем, данная проблема имеет общенациональное значение. Среди факторов, влияющих на здоровье учащейся молодежи, заметный вклад составляет образ жизни [1, 2,7]. Авторы исследований в области здорового образа жизни молодежи выделяют ряд факторов риска развития заболеваний и снижения функциональных возможностей студентов и школьников, связанных с нарушением гигиенических принципов организации жизнедеятельности. Это, прежде всего, касается режима сна, питания, двигательной активности, а также наличия вредных привычек [3,4,6,7]. Данная проблема предполагает необходимость комплексного и всестороннего изучения возрастных, гендерных и социальных особенностей образа жизни учащейся молодежи, определяемых общей культурой, социально-экономическими условиями, уровнем общего и гигиенического образования молодых людей нашего общества [5].

Цель исследования изучение образа жизни студентов и выявление взаимосвязи между факторами риска с результатами самооценки здоровья изучаемого контингента молодежи.

Материал и методы исследования. Работа проводилась в городе Махачкала, среди студентов ДГМУ. В обследовании принимали участие 100 человек в возрасте 19-20 лет. Применялся метод анкетирования с последующей статистической обработкой полученных

данных. Данный метод был проведен с помощью специального опросника, который выявлял жалобы обследуемых на нарушение здоровья, самочувствия, работоспособности, а также опросник содержал в себе широкий спектр вопросов по социально-гигиенической характеристике жизнедеятельности и образа жизни.

Результаты и их обсуждение. Исследование образа жизни студентов показало, что у 21% студентов имеется индекс массы тела (ИМТ) выше нормы, у мужчин этот показатель в 3,5 раза выше, чем у женщин. ИМТ ниже нормы отмечается только у женщин (7%). Нерегулярный режим питания также отмечается больше у мужчин (64% - М, 31% - Ж), что, возможно влияет и на ИМТ, который также выше у представителей мужского пола. Калорийность рациона выше у женщин, чем у мужчин (М- 60%, Ж – 69%). Спортом регулярно занимаются больше мужчины (М- 30%, Ж – 14%). Вообще не занимается спортом 51% мужчин и 72% женщин (табл. 1.). При расчете корреляции между занятиями сортом и индексом Кетле у студентов, обнаружилась отрицательная коррелятивная связь (Rxy =-0,056).

Таблица 1. Результаты анализа гигиенической оценки образа жизни студентов ДГМУ

Кол-во студентов, абс.ч		Индекс массы тела, кг/м^2 (%)			Режим питания (%)		Калорийность рациона (%)		Занятия спортом (%)		
		N	(18,5-24,99)	N	регулярный	нерегулярный	высокая	низкая	систематические	случайные	Не занимается
Всего	00	%	7%	1%	45%	55%	63%	7%	26%	17%	57%
муж	1	%	1%	6%	35%	64%	60%	9%	30%	18%	51%
жен	9	%	6%	%	69%	31%	69%	1%	14%	14%	72%

Как мы видим из таблицы 2, глубокий сон имеется у 68% студентов, а поверхностный у 32%. Большинство студентов отмечают у себя дефицит сна, 47% спят менее 6 часов в сутки.

Таблица 2. Результаты оценки продолжительности сна студентов

Кол-во студентов		Сон				
		глубокий	поверхностный	Часов в сутки, %		
				<6 ч	6-8	>8
всего	100	68 %	32%	47%	26%	27%
муж	71	67%	33%	44%	25%	31%
жен	29	68%	32%	55%	27%	18%

Более 8 часов в сутки спят только 27% опрошенных студентов. При расчёте корреляции между сном и индексом Кетле у студентов, выявилась положительная коррелятивная связь (Rxy =0,17). Между индексом Кетле и ростом студентов также отмечается положительная коррелятивная связь (Rxy =0,38). Между ростом и весом студентом имеется корреляция (Rxy =0,56).

Выводы.

1. У 21% студентов имеется индекс массы тела выше нормы, у мужчин этот показатель в 3,5 раза выше, чем у женщин.

2. Нерегулярный режим питания отмечается больше у мужчин (64% - М, 31% - Ж), что, возможно, влияет на ИМТ, который также выше у представителей мужского пола.

3. Большинство студентов отмечают у себя дефицит сна, 47% спят менее 6 часов в сутки.

Литература

1. Баль Л. В. О мотивациях подростков к здоровому образу жизни /Л. В. Баль, А. Н. Михайлов, И. А. Гундаров //Гигиена и санитария. - 2014. - №4. - С. 70-72.

2. Блинова Е. Г. Причинно-следственные связи в системе потери здоровья студентов и факторы из формирующие //Матер. Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием «Гигиена детей и подростков история и современность (проблемы и пути решения)». - М.: Научный центр здоровья детей РАМН, 2009. -С. 57-59.

3. Винярская И. В. Показатели качества жизни здоровых подростков, проживающих в разных регионах России //Общественное здоровье и здравоохранение. - 2007. - №3. -С. 37-40.

4. Горбач Н. А. Перспективы использования метода оценки качества жизни в формировании здоровья студентов вузов /Н. А. Горбач, А. В. Жаров, М. А. Лисняк //Здравоохранение Рос. Федерации. - 2007. - № 2. - С. 43-46.

5. Кузнецов В. Д. Гигиеническая оценка образа жизни учащейся молодежи в современных условиях / В. Д. Кузнецов, Ю. Н. Зубцов, С. П. Терехин, М. Г. Калишев // Экология и гигиена. – 2017. С. 78-81.

6. Струева Н. В. Влияние нарушений сна на динамику массы тела у больных ожирением: афтореф. дисс. канд. мед. Наук. М., 2015.

7. Струева Н. В. Ожирение и сон // Метаболизм и ожирение. – 2013. - №3. -С. 11-17.

ИССЛЕДОВАНИЯ НА ЙОДОДЕФИЦИТ У СТУДЕНТОК ВОЛГГМУ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

А.В. Баюров – студент 203 гр. педиатрического факультета,
Д.В.Журкина - студент 203 гр. педиатрического факультета
Кафедра общей гигиены и экологии

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, Волгоград, Россия

Научный руководитель - доцент, к.б.н. Беляева А.В.

Актуальность. По статистическим данным за 2019 год, в городе Волгоград заболевания связанные с микронутриентной недостаточностью у человека возросла на 8 процентов.

Главной причиной различных заболеваний, таких как, эндемический зоб, тиреотоксикоз, нетоксический зоб и др. связаны с недостатком йода в питании, так же, известно, что Волгоградская область является местом со значительным дефицитом йода у людей разных возрастов. Важно отметить, что девушки репродуктивного возраста должны тщательно следить за поступлением йода в организм, ведь снижения йода в организме приводит к снижению репродуктивного возраста, а также, влечет за собой мертворождение и к другим серьезным патологиям. Были проведены разного рода исследования, и выяснилось, что более половины женщин, планирующие беременность, наблюдались с учетом бесплодия, по причине снижения функций щитовидной железы.

Цель исследования. Целью нашей научной работы составил обзор на литературные источники, так же проведение анкетирования среди студенток ВолгГМУ репродуктивного возраста с целью сбора статистических данных по дефициту йода в организме.

Материалы и методы исследования. В нашем исследовании проведено авторское анкетирование, среди 30 студенток ВолгГМУ в возрасте от 20-24 лет. В данную анкету были включены вопросы о важности йода в организма, на функцию каких органов и систем йод влияет ,в каких продуктах питания по их мнению наибольшее содержания йода.Так же было проведена проба на йод у студентов методом йодной сетки .

Результаты и обсуждение. При анализе полученных результатов анкетирования установлено что из 60 девушек, в анамнезе установлено, что в роду были родственники с заболеваниями щитовидной железы (в основном ее увеличение,) составила 21,8%. Так же было установлено что 50% анкетированных осведомлены о мерах профилактики йододефицита и употребляют в пищу продукты богатые йодом.

При проведении метода йодной сетки из 15 исследуемых студенток было отмечено что у 4 людей были отмечены признаки гипотиреоза, так как йодная сетка пропала спустя 4 часа, у 11 людей выявлено нормальное содержание йода в организме, людей с признаками гипертиреоза не выявлено.

Выводы. Данное исследование позволило нам определить, что уже у девушек репродуктивного возраста выявлено значительный дефицит йода в организме, это связано, не только с наследственными заболеваниями, а также с экологической обстановкой в городе Волгоград.Недостаточное поступление йода в организм, приводит к различным заболеваниям.Для профилактики необходимо скорректировать правильное поступление йода в организм, а также регулярно посещать врача эндокринолога.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПИТАНИЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Е.Е. Барабашова, Е.А. Ерыгина, Р.М. Казаков, Т.А. Кочеткова – ст. 316 группы лечебного факультета

Кафедра гигиены

ФГБОУ ВО ЧГМА Минздрава России, Чита, Россия

Научный руководитель - к.м.н., доцент Л.А. Михайлова

Актуальность. Старение – это тот естественный процесс, в основе которого лежит медленное накопление возрастных изменений, проявляющихся на всех уровнях организма, в том числе и пищеварительной системы. Основными особенностями организма пожилого человека являются замедленный метаболизм, сниженный аппетит, различные побочные эффекты от лекарств, поэтому несбалансированное питание в данном возрасте является одной из весомых причин физиологических изменений и риска обострения хронических заболеваний.

Цель работы. Изучение характера питания людей пожилого возраста.

Материалы и методы. Исследование проведено среди пожилых людей, находящихся на лечении в ГБУЗ «Забайкальский краевой клинический госпиталь для ветеранов войн», и проживающих дома, в возрастной группе 72±3 года. Количество респондентов составило 50 человек, по 25 человек в каждой группе наблюдения. Для изучения характера питания проведены расчеты пищевой и энергетической ценности на основе анкет 24-часового воспроизведения питания, при опросе пользовались данными «Альбома порций продуктов и блюд» и методическими рекомендациями «Способ оценки индивидуального потребления пищи методом 24-часового (суточного) воспроизведения питания» (2016 г.). Для анализа потребности пожилых в основных питательных веществах и энергии использовались МР 2.3.1.2432-08 «Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации». Химический состав и энергетическая ценность рациона питания оценивалась в соответствие с руководством «Химический состав пищевых продуктов» под ред. проф. И. М. Скурихина (1987 г.). Статистическая обработка данных проводилась путем расчета среднего арифметического значения (M±m) с использованием MS Excel 2010, достоверность различий определялась с помощью критерия Стьюдента.

Результаты. Согласно полученным данным у всех исследуемых выявлена низкая калорийность пищевого рациона, в среднем в 2,5 раза ниже потребности, при этом количество потребляемых белков меньше нормы в 1,5 раза, жиров в 3,5 раза и углеводов в 2,1 раза, достоверных различий в сравниваемых группах выявлено не было. Среди пациентов госпиталя в рационе установлено содержание белков, жиров, углеводов ниже нормы в 1,7, 3,8 и 1,4 раза, а среди пожилых, проживающих дома - в 1,8, в 1,8 и 2,7 раза соответственно. Поступление

большинства изучаемых витаминов не соответствует физиологической потребности, за исключением витамина РР, содержание которого в рационе в 2,2 раза выше нормы. Среди определяемых макро- и микроэлементов наибольший дефицит приходится на наличие Са – в 4,5 раза, Р – в 1,2 раза и Fe – в 1,2 раза ниже потребности. Питание в сравниваемых группах сбалансированное, соотношение белков: жиров: углеводов составило 1:0,6,:2,9. При оценке режима питания, его несоблюдение выявлено только у респондентов, проживающих дома - в данной группе 28% опрашиваемых его придерживаются, в то время как 100% пациентов госпиталя соблюдают. Все опрашиваемые были разделены на 5 групп в соответствие с ведущим заболеванием, согласно которому был назначен вариант стандартной диеты. Из всех респондентов 52% придерживаются назначенной диеты, 36% не полностью ограничивают себя в наборе продуктов, не рекомендованных к употреблению, и 12% не соблюдают диету.

Вывод.

1. Питание пожилых, находящихся дома является нерациональным и питание пожилых, находящихся в стационаре, не соответствует нормам лечебного питания.

2. Достоверных различий в содержании макро- и микронутриентов в рационе питания пациентов стационара и пожилых, находящихся дома, не выявлено.

3. Лечебное питание назначено в соответствии с заболеванием, но соблюдается менее чем половиной опрашиваемых.

ВЛИЯНИЕ ВРЕДНЫХ ФАКТОРОВ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДАХ

И.В. Кривяков, Д.А. Аргынгазина, А.Н. Толеухан, Ж.К. Турсынова – студенты

Кафедра молекулярной биологии и медицинской генетики имени академика НАН РК

Т.К.Раисова НАО «Медицинский университет Семей», Семей, Казахстан

Научный руководитель – доцент А.С. Оразалина

Актуальность. Согласно научным данным, вероятность родить здорового ребенка у матерей, имеющих вредные привычки в 15 раз меньше, чем у здоровых матерей.Дети рожденные от родителей-наркоманов доживают максимум до 4х месяцев.У трети всех детей рожденных от матерей наркоманок, алкоголичек и курильщиц обнаруживается олигофрения.

Возрастающее число данных свидетельствует о важности данной проблемы для будущих родителей.

Цель. Проанализировать вредные факторы (алкоголь, табак и наркотики), как следствие рождения детей с пороками развития. Задачами нашего исследования являются:

1. Изучить причины использования вредных факторов женщинами, планирующих стать мамами или уже беременных.

2. Провести опрос среди женщин и проанализировать результаты исследования

3. Сформировать рекомендации на основе результатов проведенного анкетирования.

Материал и методы исследования. 1.Провести литературный обзор, анализ интернет-ресурсов, книг, журналов и научных статей на данную тему.

2. Группа из 169 женщин возрастом от 18 до 25 лет прошли анкетирование на платформе Google.Форма и в социальной сети в Контакте.

3.Основные методы заключались в сборе данных с помощью анкетирования женщин, а также в мониторинге и анализе данных для составления дальнейших статистик и рекомендаций.

Результаты исследования. По результатам проведенного нами анкетирования, из 169 опрошенных женщин 93, что составляет 55% не употребляют алкоголь, 76(45%) употребляют. 37 опрошенных женщин, употребляя алкоголь ставят перед собой цель-снять стресс, 19-поднятие настроения, 13-за кампанию, 7 женщин указали другие причины.

Первым вопросом в теме (влияние табакокурения) был «Курите ли вы?». 108(64%) дали отрицательный ответ и 61(36%) ответили ДА. Второй вопрос среди женщин, ответивших ДА показал, что 30 из них курят для снятия стресса, 17 - для поднятия настроения, 11- за кампанию, 3 - другие причины. На вопрос: «Продолжаете ли вы курить во время беременности?» были получены следующие ответы: 4(7%) – «Да, стабильно выкуриваю 1-2 сигареты в день», 41(67%) – «Нет, я забочусь о здоровье ребенка», 16(26%) – «Иногда я могу выкурить сигарету, но стараюсь избавиться от этой привычки».

Следующий раздел касался влияния наркотиков. Опрошенные нами женщины на вопрос: «употребляли ли вы когда-нибудь хотя бы слабый наркотик?» отметили, что 143(85%) из них никогда не употребляли наркотические средства и только 26(15%) ответили ДА. Из числа ответивших положительно следующим вопросом стал «Для чего вы это делали?»: 7 отметили-для новых ощущений, 4- влияние других людей, 10 -снять стресс и 5- другие причины.

Большинство 137 человек (81%) из опрошенных на вопрос: «Как часто вы используете медикаменты?» ответили: «Только по назначению врача», 23(14%) предпочитают народные средства, а 9(5%)-ежедневно. Наиболее частным используемым медикаментом стали витамины (их использование отметили 140 женщин (83%)). Употреблять антигистаминные препараты решились 12% опрошенных. Самыми редко используемыми стали антибиотики3(2%) и антидепрессанты 6(3%).

На вопрос анкетирования «Наблюдали ли вы какие-нибудь изменения после употребления вышеописанных средств (алкоголь, табак, наркотики, медикаменты)?» Большое количество, а точнее 95% опрошенных ответили «нет», 5% ответили «да».

Выводы.

1. По результатам анкетирования наиболее частным вредным фактором является алкоголь. На вопрос об употреблении спиртных напитков из 169 женщин, 76 опрошенных, что составляет 45% ответили положительно.

2. Проанализированные причины и следствия вредных факторов доказывают, что это глобальная проблема для родителей, будущих детей и мира в целом.Статистика ответивших на наши вопросы в возрасте от 18-25 показывает, что в столь раннем возрасте опрошенные имеют вредные привычки (76-пьют, 61-курят и 26 употребляли хоть когда-то наркотические средства.)

3.Таким образом, беременность у женщин, курящих, употребляющих алкоголь и наркотики до и во время беременности, отличалась более осложненным течением, в результате беременности встречались часто преждевременные роды, новорожденные имели низкий вес и рост по сравнению с беременными, которые не касались данных вредных факторов до и во время беременности.

ЭТНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВОГО СТАТУСА ЖЕНЩИН МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Л.Ш. Назарова – к.м.н., научный сотрудник[1]; Д.О. Каримов – к.м.н., заведующий отделом[1];
Д.Э. Мусабиров – младший научный сотрудник[2]; Д.Д. Каримов – младший научный сотрудник[1]; Э.Р. Кудояров – младший научный сотрудник[1];
М.В. Курилов – младший научный сотрудник[2]

[1] Отдел токсикологии и генетики с экспериментальной клиникой лабораторных животных

[2] Химико-аналитический отдел

ФБУН «Уфимский НИИ медицины труда и экологии человека», Уфа, Россия

Научные руководители – д.м.н., проф. А.Б. Бакиров; к.б.н. Р.А. Даукаев

Актуальность. Рост распространенности алиментарно-зависимых заболеваний в Российской Федерации требует тщательного анализа закономерностей их развития, в том числе с учетом этнических и половозрастных характеристик.

Цель исследования заключалась в изучении этнических особенностей пищевого статуса у женщин молодого и среднего возраста, проживающих в Республике Башкортостан.

Материалы и методы исследования. Выполнено анкетирование 245 жительниц Республики Башкортостан в возрасте от 27 до 56 лет, включавшее вопросы об их этнической принадлежности, а также росте и весе. После обработки анкет проводился расчет индекса массы тела участниц исследования с определением пищевого статуса.

Результаты исследования. Соотношение женщин молодого (от 27 до 43 лет) и среднего (от 44 до 56 лет) возраста в рассматриваемой выборке составило 80,0% к 20,0%. По этническому составу преобладали представительницы славянского (42,9%), татарского (31,4%) и башкирского (13,5%) этносов; 10,6% участниц отнесли себя к метискам, а 1,6% – к группе «другие». В ходе последующего анализа (без учета группы «другие» во всех случаях) истощение и пониженный вес были отмечены только у женщин молодого возраста, имевших

татарское (3,3% и 6,7%, соответственно) и славянское (2,3% и 4,5%, соответственно) происхождение. Нормальный вес в молодом возрасте чаще всего встречался у представительниц башкирского этноса (73,1%), а в среднем возрасте – у метисок (57,1%). В то же время, метиски оказались лидерами по частоте избыточного веса и ожирения в молодом возрасте (36,8% и 15,8%, соответственно), а башкирки – по частоте ожирения в среднем возрасте (42,9%); избыточный вес в среднем возрасте был наиболее распространен среди татарок (64,7%).

Выводы. Полученные данные позволяют предположить наличие этнических особенностей, определяющих формирование того или иного пищевого статуса у женщин молодого и среднего возраста, что требует дальнейшего изучения.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО СТАТУСА СРЕДИ ШКОЛЬНИКОВ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Л.Ш. Назарова – к.м.н., научный сотрудник[1]; Д.О. Каримов – к.м.н., заведующий отделом[1];
Д.Э. Мусабиров – младший научный сотрудник[2]; Д.А. Смолянкин – младший научный сотрудник[1]; Э.Н. Усманова – младший научный сотрудник[2];
А.С. Фазлыева – младший научный сотрудник[2]

[1] Отдел токсикологии и генетики с экспериментальной клиникой лабораторных животных

[2] Химико-аналитический отдел

ФБУН «Уфимский НИИ медицины труда и экологии человека», Уфа, Россия

Научные руководители – д.м.н., проф. А.Б. Бакиров; к.б.н. Р.А. Даукаев

Актуальность. Детальное изучение различных эпидемиологических аспектов алиментарно-зависимых заболеваний является одной из актуальных задач современного здравоохранения и служит основой для разработки и внедрения эффективных мер профилактики.

Цель исследования заключалась в анализе распространенности нарушений пищевого статуса среди школьников разных возрастных групп, проживающих на территории Республики Башкортостан.

Материалы и методы. В исследование было включено 272 школьника из Республики Башкортостан. Дети были подразделены на группы согласно их возрасту: 1 группа – 7-8 лет, 2 группа – 9-11 лет, 3 группа – 12-14 лет, 4 группа – 15-17 лет; определение пищевого статуса проводилось с учетом центильных шкал индекса массы тела (z-score: истощение: менее -2; избыточный вес: от +1 до +2; ожирение: более +2).

Результаты. В исследуемой выборке доля детей 1-й возрастной группы составила – 32,4%, 2-й – 34,2%, 3-й – 6,3%, 4-й – 27,2%. При анализе распределения частот нарушений пищевого статуса оказалось, что распространенность крайних вариантов расстройств –

истощения и ожирения – была максимальной в 3-й группе (17,6% и 11,8%, соответственно) и минимальной – в 4-й группе (6,8% и 0,0%, соответственно). В то же время, избыточный вес чаще всего встречался во 2-й группе (20,4%).

Выводы. Установленные возрастные пики нарушений пищевого статуса свидетельствуют о необходимости выявления и коррекции модифицируемых факторов риска, а также проведения более тщательной санитарно-просветительской работы среди детей в возрасте 9-14 лет и их родителей.

ХАРАКТЕР ПИТАНИЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЛАДШИХ И СТАРШИХ КУРСОВ И ЖИВУЩИХ С РОДИТЕЛЯМИ И ОТДЕЛЬНО

Е.С. Путинцева, Ю.В. Шмакова – молодые ученые

Кафедра гигиены ФГБОУ ВО ЧГМА Минздрава России, Чита, Россия

Научный руководитель - заведующая кафедрой Л.А. Михайлова

Как мы знаем, на сегодняшний день, очень актуальна тема питания. Ведь именно это-залог хорошего здоровья. Но как же питаются студенты обучающиеся на младших и старших курсах, живущие с родителями и отдельно? Здоровое питание конечно же очень важно для студента, так как оно обеспечивает организм необходимыми веществами для умственной и физической работоспособности. Что безусловно, необходимо студентам, обучающимся в нашем вузе.

Цель работы. Характеристика питания студентов среди старших и младших курсов, и проживающих с родителями и отдельно.

Материалы и методы. В исследовании был использован анкетный метод. Этот метод прошли 234 студента с трех факультетов, среди них обучающиеся 1(34,3%) ,3(41,6%),4(6,4%),5(1,7%) и 6(15,9%) курсов. Анкетирование проходили студенты онлайн на сайте. Различия считались достоверным при $p < 0,05$.Анкета состояла из 21 вопроса. Она была разделена на 3 блока, посвященных режиму питания, сбалансированности рациона и предпочтения. По результатам анкетирования, студенты младших курсов-1 курс(80 чел.),3 курс(97чел.) и студенты старших курсов-4курс(15 чел.),5 курс(4чел.),6 курс(37чел.)приняли участие в исследовании. Студенты проживающие отдельно, среди младших курсов-69,9%.Среди старших курсов, проживающих отдельно-63,6%.

Результаты. Анализ полученных данных показал, что большинство студентов, среди младших и старших курсов питаются 3-5 раз в день (80,7%). Касаемо завтрака практически половина студентов младших курсов иногда не успевают позавтракать (40%). Значительная часть студентов, проживающие с родителями завтракают каждый день (61%). Половина студентов на старших и младших курсах ужинают поздно (50,9%). Практически такая же ситуация в зависимости от условий проживаний (61,2%). Так же большая часть студентов

редко употребляет овощи (45,5%). А студенты живущие с родителями употребляют больше овощей, чем студенты живущие отдельно (50%). По кратности употребления молочных и кисломолочных продуктов- практически половина студентов стараются употреблять молочные продукты 1 -2 раза в неделю (51,7%). А студенты, проживающее с родителями, употребляют их чаще (55,2%). По частоте употребления рыбы большое количество студентов редко употребляют рыбу (только 7 % еженедельно). А студенты, проживающие с родителями употребляют её чаще (52,2%). По предпочтениям к способу приготовления- практически 50% употребляют пищу в вареном виде. И с родителями и отдельно такая же картина (42,42%). Большая часть студентов предпочитают полноценный прием пищи (94,7%). И с родителями и отдельно такие же результаты (86,2%). По употреблению биологически активных добавок значительных различий среди курсов не было выявлено. Их употребляет только одна треть студентов (8,62%). И с родителями и отдельно практически такие же результаты (14,7%). По характеру перекуса значительных различий среди курсов не было выявлено. Значительно число студентов перекусывают бутербродами (56,9%). И с родителями и отдельно такие же результаты (57,2%).

Выводы.1.Характер питания студентов на старших курсах более рационален, чем на младших.

2.Студенты, обучающиеся на младших курсах и живущие с родителями, питаются лучше, чем студенты живущие отдельно.

3.Студенты, обучающиеся на старших курсах, живущие с родителями, питаются лучше, чем студенты живущие отдельно.

БИОТЕСТИРОВАНИЕ КАЧЕСТВА ПОЧВ С ПОМОЩЬЮ ДАФНИЙ

М.М. Меджидов – студент 1 курса стоматологического факультета

Кафедра медицинской биологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – д.б.н., профессор А.М. Магомедов

Актуальность исследования. Антропогенное воздействие на объекты окружающей среды (добыча твёрдых и горючих полезных ископаемых, производство энергии, транспорт и др.) приводит к загрязнению почв тяжёлыми металлами, которые влияют на экологическую обстановку.[3] Для мониторинга загрязнений необходимы методы, позволяющие проводить диагностику на ранних стадиях антропогенных воздействий до появления видимых нарушений экосистемы. Степень загрязнения объектов окружающей среды оценивается преимущественно путём определения содержания в них отдельных токсических веществ аналитическими методами и сравнения его с предельно допустимыми концентрациями (ПДК) законодательно установленными для этих веществ. Однако контроль загрязнения среды с помощью этих

методов имеет ряд недостатков: во-первых, ПДК рассчитана только для незначительной части из многих химических соединений, содержащихся в промышленных выбросах; во-вторых, даже сведения о концентрации абсолютно всех загрязняющих веществ не дадут информации о биологических эффектах, которые они смогут вызвать. Нормативы ПДК не учитывают изменение токсичности загрязнителей за счёт эффекта синергизма при действии нескольких загрязнителей, зависимость токсичности загрязнителей от физических факторов среды и процессы химической трансформации загрязнителей в окружающей среде.[1] Кроме того, многие загрязнители накапливаются в организме, и длительное воздействие даже малых концентраций этих веществ вызывает патологические изменения в организме. Наконец, известен парадоксальный эффект малых доз многих биологически активных соединений, когда сверхслабые дозы (ниже ПДК) оказывают на организм более сильное действие, чем средние дозы и концентрации. [2] Интегральную информацию о токсичности среды могут дать только методы биотестирования и биоиндикации, основанные на регистрации ответов биологических систем (живых организмов и их сообществ), которые могут использоваться, в частности, и для непрерывного мониторинга качества воды и для быстрого обнаружения появления в среде токсических загрязнений. После получения положительного сигнала при биотестировании среды на интегральную токсичность для выявления химической природы загрязнений могут привлекаться аналитические методы.

Методы биотестирования должны быть информативными, высокочувствительными и работать в режиме реального времени. В качестве индикаторов водных сред могут быть использованы дафнии.

Цель и задачи исследования. Целью нашего исследования было изучение влияние различных водных вытяжек из почв различных по интенсивности антропогенной нагрузки почв на жизнедеятельность дафний, как тест-объектов биотестирования.

Для достижения поставленной цели были сформулированы следующие задачи:

1. Произвести наблюдения за жизнедеятельностью, поведением, выживаемостью (в течение 5-10 суток) дафний в водных вытяжках почвы, различающихся степенью антропогенного воздействия;
2. Сделать выводы о экологическом благополучии той или иной почвы.

Материалы и методы исследования. Эксперимент был проведен в период с 10 по 30 сентября 2019 года. Определение токсичности каждой пробы проводят в трех параллельных сериях.

Биотестирование проводили в литровых баллонах, которые заполняли водой, содержащей исходную культуру дафний. В каждый из них помещали по 20 дафний в возрасте 6-24 ч. Дафний переносили стеклянной трубочкой диаметром 6-7 мм. Осуществляли наблюдение за поведением дафний в первые часы, а затем – через 24, 48 и 96 часов.

Daphnia pulex и *Daphnia magna* относятся к сем. Daphnidae и являются одной из обычнейших форм в небольших пресноводных водоемах. Встречается по всей территории нашей страны. Зиму хорошо выживает в аквариумах при условии равномерной комнатной температуры и наличии пищи. Для питания дафний рекомендуется периодически прибавлять в аквариум небольшие количества бульона, наличие которого способствует развитию бактерий.

Движение осуществляется характерными скачками, органом поступательного движения является вторая пара антенн. При каждом ударе антенн дафния перемещается вверх и вперед, поэтому её называют «водяная блоха».

Дафнии питаются мельчайшими органическими частицами, взвешенными в воде (бактерии, детрит, мелкие водоросли и простейшие и т. п.), которые попадают в кишечник благодаря деятельности ротовых частей и грудных конечностей, обусловливающих своими движениями постоянный ток воды и создающих фильтр, удерживающий взвешенные в воде частицы.

Летние яйца дафний относительно мельче зимних, они более прозрачны, так как содержат многочисленные капельки жира, тогда как зимние яйца более темные, благодаря наличию значительного количества желтка. В яичнике, где происходит формирование летних яиц, клетки располагаются характерными четверными группами. В пределах каждой такой группы лишь одна клетка заканчивает свой рост и превращается в яйцо, способное к дальнейшему развитию. Остальные три по мере роста собственно яйцевой клетки постепенно уменьшаются в размерах, так как их цитоплазма поглощается растущим яйцом. При образовании зимних яиц также образуются четверные группы. Но кроме трех клеток растущим ооцитом поглощаются клетки и соседних с нею четверных групп, что связано с большими размерами зимних яиц по сравнению с летними. Оплодотворение зимнего яйца происходит уже после выхода его из яичника. Размеры зрелых яиц у D. pulex следующие: зимнее яйцо –380-210 мкм, летнее яйцо 250-190 мкм.

У самок, продуцирующих зимние яйца, на спинной стороне вокруг выводковой камеры образуется темнопигментированное седлышко, или эфиппий, внутри которого и помещаются яйца. Одновременно в эфиппий у D. pulex имеются два яйца. Седлышко сбрасывается дафнией во время линьки. Оно не опускается на дно, а плавает в воде благодаря наличию в стенке эфиппия особых наполненных газом хитиновых камер. Строение эфиппия довольно сложно. Он представляет собой видоизмененную часть обеих створок раковины, прилежащих к выводковой камере. Наружная стенка раковинки при образовании эфиппия сильно утолщается благодаря деятельности подлежащих эпителиальных покровных клеток. В стенке эфиппия имеется множество мелких камер, причем каждая камера образуется одной покровной клеткой. Внутренняя полость камер заполняется газом. Благодаря наличию указанной структуры, при рассматривании эфиппия сбоку, стенки его кажутся мелкоячеистыми. Сбрасывание эфиппия

необязательно сопровождается гибелью самки, которая может последовательно образовать несколько седлышек.

Когда условия жизни данного рода ракообразных достаточно благоприятны, самки дафнии размножаются посредством партеногенеза, рождая при этом только особей женского пола. В среднем одна особь дает потомство в количестве 10 науплий, которые в свою очередь становятся способными к размножению уже на 4 день после рождения. За период жизни самка дафнии приносит потомство до 25 раз. При ухудшении окружающих условий рождаются и самцы, и следующее поколение рачков будет воспроизводить яйца, которые нужно оплодотворять. Яйца дафнии, сформировавшиеся в такой период, вырастают в эмбрионы небольших размеров, они покрываются специальной защитной раковиной и уходят в спячку. В таком виде эмбрионы дафнии способны пережить и засуху, и лютый мороз. Когда условия окружающей среды приходят в норму, они развиваются во взрослых особей. Следующее поколение вновь воспроизведет на свет только самок, которые будут способны к партеногенезу.

Было приготовлено 5 водных вытяжек почвы, приготовленных по ГОСТ 26483-85.

Образцы почвы брали из 5 точек г. Махачкалы (рис 1), отличающихся степенью антропогенной нагрузки:

1 точка - Парк 50-летия Октября 60 м (**А**); **2 точка** - Парк Борцов революции 50 м от памятника (**Б**); **3 точка** - Проспект Акушинского 100, 2 м от проезда (**В**); **4 точка** - Автозаправка рядом с Северной автостанции 10 м от ул. Акушинского (**Г**); **5 точка** - Автозаправка по пр. И.Шамиля 29, 3 м от проезда (**Д**).

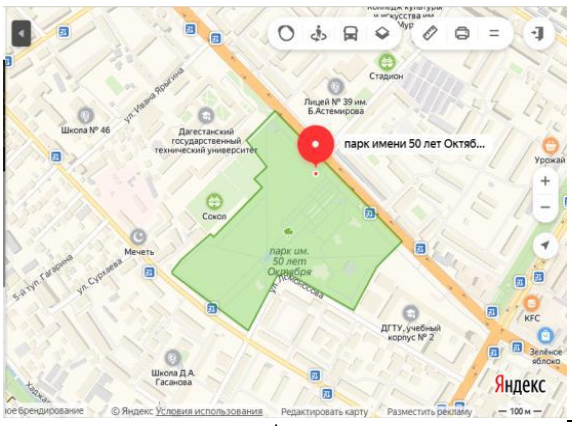
Контрольной почвой служила земля, купленная в цветочном магазине.

Дафний во время эксперимента кормили одинаковыми объемами настоя на банановой кожуре. В ходе эксперимента велось наблюдение за поведением особей и подсчет погибших дафний в тестовых и контрольных пробах. Выжившими считают дафнии, которые свободно плавают в воде или всплывают со дна сосуда не позднее 15 с после его легкого покачивания.

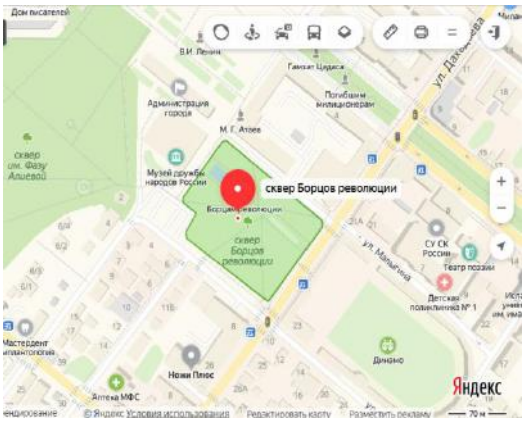
Подсчитывают среднее арифметическое число выживших дафний в контроле и опыте. Расчет процента гибели дафний в опыте по отношению к контролю проводят по формуле:

$$\frac{X_1 - X_2}{X_1} * 100$$

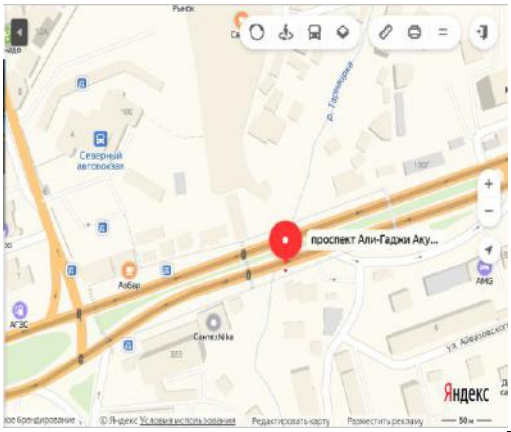
где X_1 – среднее арифметическое число дафний, выживших в контроле; X_2 - среднее арифметическое число дафний, выживших в опыте.



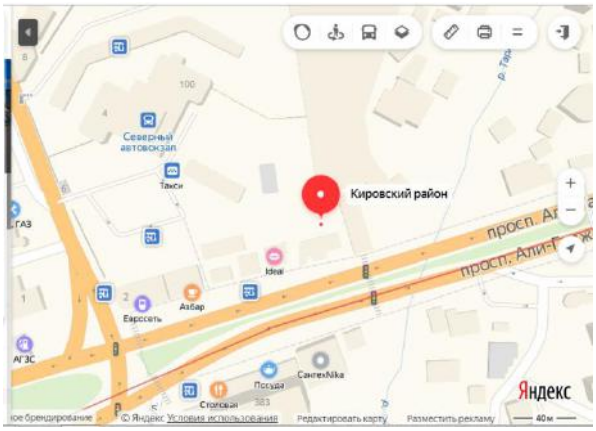
А



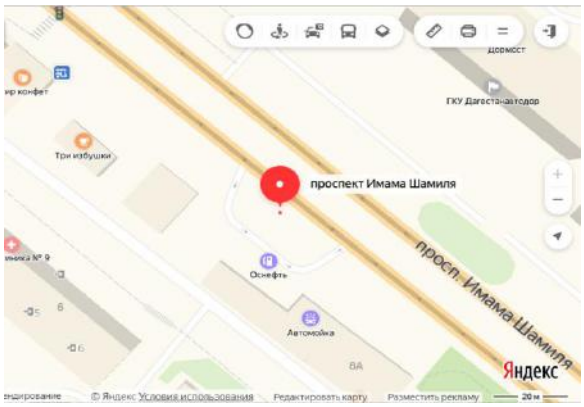
Б



В



Г



Д

Рис. 3. Точки взятия образцов почв для исследования на карте г. Махачкалы: А) точка 1; Б) точка 2; В) точка 3; Г) точка 4; Д) точка 5.

Оценка качества окружающей среды методом биотестирования общепринято считается интегральным показателем, отражающим комплексное воздействие загрязнителей. Метод биотестирования с помощью дафний широко применяется как в нашей стране, так и за рубежом. Дафнии как обязательный тест-объект включены в схему установления ПДК веществ загрязнителей в России.

Водная вытяжка признается нетоксичной, если ни в одной из серий опытов не отмечено нарушения поведения тест-объектов или отклонений показателей смертности от контроля. Водная вытяжка оценивается как остротоксичная, если гибель животных происходит в первые часы опыта. Проба оценивается как токсичная, если за 24 ч опыта в ней гибнет более 50%

дафний по сравнению с контрольной пробой воды. При меньшей смертности водная вытяжка считается слаботоксичной (таблица 1). Каждый эксперимент проводился в трех повторностях, затем вычисляли среднее арифметическое. Результаты наблюдений записывали в таблицу. В зависимости от результатов опыта почвам присваивают один из четырех уровней токсичности.

Таблица 1.

Оценка токсичности водной вытяжки по выживаемости и поведенческим реакциям дафний (Мелехова, Егорова и др., 2007)

Степень токсичности воды	**Индикационные изменения у дафний**	**Выживаемость**
нетоксичная	не отмечено нарушения поведения тест-объектов	100%
слаботоксичная	у отдельных особей наблюдается повышенная активность, у остальных – периоды активности сменяются нормальным состоянием	за 24 ч опыта в ней гибнет менее 50% дафний по сравнению с контрольной пробой воды.
токсичная	повышение активности сменяется угнетением, дафнии периодически залегают на дно	за 24 ч опыта в ней гибнет более 50% дафний по сравнению с контрольной пробой воды.
остротоксичная	часть особей теряет активность, наблюдаются случаи «вертячки»	гибель животных происходит в первые часы опыта

Результаты исследования и их обсуждение. Как видно из данных таблицы 2, наиболее выраженная смертность дафний на всем протяжении экспозиции отмечена для точек 4 и 5. При этом смертность тест-объектов отмечалась уже в первые часы опыта. Также в данных пробах на вторые сутки эксперимента (48 ч) отмечалась потеря активности дафний, случаи «вертячки» – нарушение координации, проявляющиеся в том, что животное совершает вращательные движения.

Таблица 2.

Оценка токсичности водных вытяжек почвы по смертности (%) и поведенческим реакциям дафний

Группа	**Смертность за время экспозиции, %**				**Индикационные изменения у дафний**	**Степень токсичности**
	6 ч	**24 ч**	**48 ч**	**96 ч**		
Контроль (почва садовая)		0	0	0	не отмечено нарушения поведения тест-объектов	**нетоксичная**
1 точка (Парк 50-летия Октября 60 м**)**		10	30	40	у отдельных особей наблюдается повышенная активность	**слаботоксичная**
2 точка (Парк Борцов революции 50 м от		0	30	40	у отдельных особей наблюдается повышенная активность	**слаботоксичная**

памятника**)**						
3 точка (Проспект Акушинского 100, 2 м от проезда**)**		50	60	100	повышение активности сменяется угнетением, дафнии периодически залегают на дно	**токсичная**
4 точка (Автозаправка рядом с Северной автостанции 10 м от ул. Акушинского**)**	0	50	80	100	часть особей теряет активность, наблюдаются случаи «вертячки»	**остротоксичная**
5 точка (Автозаправка по пр. И.Шамиля 29, 3 м от проезда**)**	0	60	80	100	часть особей теряет активность, наблюдаются случаи «вертячки»	**остротоксичная**

Из других показателей жизнедеятельности дафний было отмечено, что в точках 2,3,4,5 все дафнии становились бурыми, вследствие накопления гемоглобина, в то время как контрольные дафнии и дафнии группы 1 были почти бесцветными. В данном случае повышение содержания гемоглобина можно рассматривать как адаптивную реакцию на содержание загрязнителей почвы. Такой эффект связан с гипоксией, вследствие образования метгемоглобина под действием токсикантов почв.

Ещё одним последствием воздействия токсичных веществ почв является повышение откладки зимующих яиц на стенках баллонов. Как известно, в благоприятных условиях дафнии размножаются партеногенезом, а при наступлении неблагоприятных условий переходят к откладке оплодотворенных яиц. В нашем эксперименте у контрольных дафний не обнаружено зимующих яиц, они размножались только партеногенезом.

Заключение. Индикаторные возможности животных с давних пор используются в решении прикладных задач. Тест-объекты чутко реагирует на изменение природных факторов окружающей среды и антропогенное влияние.

Одним из наиболее чувствительных маркеров токсичности воды может стать выживаемость и поведенческие реакции рачков дафний, вследствие их более высокой чувствительности. Зависимость данных параметров от токсичности исследуемых образцов делает возможным использование метода в системе мониторинга воды и почвы.

Выводы:

1. Наибольшая токсичность выявлена для образцов почвы, взятых с автомобильных заправок по проспектам И. Шамиля и А. Акушинского;
2. В парках г. Махачкалы токсичность почв слабая;

3. Жизнедеятельность дафний является чувствительным маркером воздействия поллютантов.

Литература

1. Маторин Д.Н. Оценка качества среды инструментальными методами с использованием фототрофных организмов / Д.Н. Маторин, С.И. Погосян, А.В. Смуров// Биологический контроль окружающей среды. Биоиндикация и биотестирование / Под ред. О.П. Мелехова, Е.И. Егорова - М.: Изд-во Академия, 2007. - с.243-246.

2. Мелехова О. П., Егорова Е. И., Евсеева Т. И. и др. Биологический контроль окружающей среды. Биоиндикация и биотестирование». М.: Издательский центр «Академия», 2010. 288 с.

3. Полякова Н.О. Земли поселений: оценка их состояния и создание единого экологического каркаса города. Автореферат дисс..….к.г.н.. Воронеж, 2010. – С. 24.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНТЕНСИВНОСТИ РАЗЛОЖЕНИЯ ЦЕЛЛЮЛОЗЫ В ПОЧВАХ, ПОДВЕРГАЮЩИХСЯ АНТРОПОГЕННОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ

М.М. Меджидов – студент 1 курса стоматологического факультета

Кафедра медицинской биологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – д.б.н., профессор А.М. Магомедов

Актуальность. Методы почвенной микробиологии и биохимии широко используются для характеристики биологической активности почв и ее изменений под действием антропогенных факторов, что приобретает особое значение, поскольку необходимо решение проблемы борьбы с загрязнением окружающей среды. [4]

В условиях крупных мегаполисов почвенный покров представляет собой сложную смесь типов почв, подвергающихся антропогенному воздействию: загрязнению разными видами отходов, ввозу почв из других регионов в целях озеленения территории, перемешиванию почвенных горизонтов при строительстве крупных объектов, а также изменению уровня грунтовых вод вследствие мелиоративных мероприятий. [1] В связи с этим для составления кадастра городских почв и оценки кадастровой стоимости почв недостаточно знать тип и происхождение почвы для данного географического участка. В каждом конкретном случае свойства почвы могут сильно отличаться от фоновых свойств.

Значительное время контроль над загрязнением окружающей среды осуществлялся только физико-химическими методами, путем определения концентраций загрязнителей и соблюдением соответствия величин измеренных концентраций нормированных показателей предельно-допустимым концентрациям (ПДК).

Информация физико-химических показателей не позволяет в принципе сделать вывод о

совокупном воздействии загрязняющих веществ различной природы на живые организмы и степени их опасности. [3]

Заполнить информационный аналитический вакуум о комбинационном воздействии загрязнителей признаны методы биотестирования.

Особенность информации, получаемой с помощью методов биотестирования состоит в интегральном характере отражения всей совокупности свойств испытуемой среды с позиции восприятия ее живых объектом.

Для биотестирования используются самые различные организмы (растения, водоросли, ракообразные, моллюски и рыбы), в том числе и микроорганизмы.

Одной из задач биомониторинга и биотестирования является поиск наиболее подходящих методов, которые должны быть удобны в практике эксперимента, недороги в использовании и чувствительны к изучаемым воздействиям.

Одним из таких методов изучения состояния почв является метод измерения интенсивности разложения целлюлозы в почвах, который отражает состояние микроценоза почвы, его биологическую активность и уровень антропогенного воздействия.

Целью нашего исследования было определение интенсивности разложения целлюлозы в почвах с разной степенью антропогенного воздействия.

Для достижения этой цели были поставлены следующие **задачи:**

3. Произвести измерение интенсивности разложения целлюлозы в сквере Борцов Революции и сквере им. Ф. Алиевой г. Махачкалы на улицах им. Коркмасова, им. Дзержинского и им. Дахадаева, примыкающих к ним.
4. Измерить и рассчитать среднесуточную автомобильную нагрузку на улицах им. Коркмасова, им. Дзержинского и им. Дахадаева, примыкающих к скверу Борцов Революции и скверу им. Ф. Алиевой г. Махачкалы.
5. Проанализировать связь между среднесуточной автомобильной нагрузкой и интенсивности разложения целлюлозы, которая отражает состояние микроорганизмов почвы.

Материалы и методы исследования. Эксперимент проводили в марте-апреле 2019 года в сквере Борцов Революции и сквере им. Ф. Алиевой г. Махачкалы на улицах им. Коркмасова, им. Дзержинского и им. Дахадаева, примыкающих к выбранным участкам.

На исследуемом участке почва однородна как по составу, так и по гидрологическому режиму. Преобладающими на территории г. Махачкалы являются светло-каштановые почвы [2], таким образом, почва в сквере относится к данному типу почв и выявленные нами различия могут быть связаны с антропогенной нагрузкой.

На расстоянии от проезжей части улиц им. Коркмасова, им. Дзержинского и им. Дахадаева (вблизи проезжей части, на расстоянии 10 м) были заложены экспериментальные площадки для определения интенсивности разложения целлюлозы.

Исходные образцы хлопчатобумажной ткани автоклавировали и закапывали в почву по специальной методике. [5] Начальную массу ткани взвешивали на аналитических весах после высушивания до постоянного веса в сушильном шкафу. После 4 недель эксперимента проводили повторное взвешивание.

Интенсивность движения автотранспорта определяли методом подсчёта автомобилей разных типов 3 раза в день с замерами в 8, 13 и 21 часов по 20 минут, затем переводили на час.[7] По полученным данным проводилась оценка суммарной загруженности улиц автотранспортом, согласно ГОСТ – 17.2.2.03–77.[6]

Согласно ГОСТ-17.2.2.03-77, низкая интенсивность движения – 2,7-3,6 тыс. автомобилей в сутки, средняя – 8-17 тысяч и высокая – 18-27 тысяч.

Полученные нами данные о интенсивности разложения целлюлозы в почвах отражены в таблице 1.

Таблица 1

Интенсивность разложения целлюлозы в почвах сквера Борцов Революции г. Махачкалы

Точка сбора	Начальная масса ткани, г	Масса ткани после экспозиции в почвах, г	Δm	% разложения целлюлозы	Степень автомобильной нагрузки, автом./сут. (кроме ночного времени)
Ул. Дзержинского	26,507	25,204	1,303	4,9	≈19000
Ул. Дахадаева	25,843	24, 675	1,168	4,5	≈24000
Ул. Коркмасова	26, 792	26, 709	0,083	0,3	≈29000

Как показали результаты нашего эксперимента, во всех образцах наблюдалась очень слабая интенсивность разложения целлюлозы (менее 10%), что связано с относительно низкими в марте-апреле среднесуточными температурами.

Однако, при сравнении интенсивности разложения целлюлозы в разных участках скверов Борцов Революции и им. Ф. Алиевой наблюдалась зависимость между интенсивностью автомобильного движения и степенью разложения образцов целлюлозы. Так, наименьшая степень разложения наблюдалась на участке, прилегающем к ул. Коркмасова (0,3%) с самой большой автомобильной нагрузкой.

Наибольшая степень разложения целлюлозы (4,9%) наблюдалась на участке ул.

Дзержинского с наименьшей интенсивностью движения транспорта. И наконец, на ул. Дахадаева, со средней интенсивностью транспортного потока степень разложения целлюлозы наблюдалась на уровне 4,5%.

Экспериментальные площадки были расположены в центре города и с трех сторон окружены улицами с интенсивным движением. Загрязняющими воздух и почву веществами, выделяемыми автомобилями, являются не только выхлопные газы, содержащие оксиды серы и азота, угарный газ, но и микрочастицы, аэрозоли, выделяющиеся от трущихся деталей автомобиля (например от тормозных колодок). Эти детали содержат в качестве легирующих добавок различные тяжелые металлы, в частности кадмий, медь, которые также аккумулируются в почвах.

Таким образом, интенсивность разложения целлюлозы может являться важной составной частью мониторинга загрязнения почв.

ВЫВОДЫ:

1. Наибольшая степень разложения целлюлозы (4,9%) наблюдалась на участке почвы ул. Дзержинского.
2. В почве на ул. Дахадаева степень разложения целлюлозы наблюдалась на уровне 4,5%.
3. Наименьшая степень разложения целлюлозы наблюдалась в почве на участке, прилегающем к ул. Коркмасова (0,3%).
4. Установлена связь между степенью разложения целлюлозы и интенсивностью транспортного потока на исследованных участках.
5. Изучение интенсивности разложения целлюлозы в почвах может являться важной составной частью экологического мониторинга, составления кадастра и рыночной стоимости почв.

ЛИТЕРАТУРА

1. Забелина О.Н. Оценка экологического состояния почвы городских рекреационных территорий на основании показателей биологической активности (на примере г. Владимира). Автореф. дисс……...к.б.н. Владимир 2014. – 24 с.

2. Залибеков З.Г., Мамаев С.А. Почвенные ресурсы и их роль в создании продовольственной безопасности /Почвенные ресурсы и проблемы продольственной безопасности. Сборник статей по материалам научно-практической конференции (4-6 декабря 2015 г.), посвященный Международному году почв, провозглашенному Генеральной ассамблеей Организации объединенных наций. АЛЕФ. Махачкала, 2015. – С. 3 – 11. ISBN 978-5-4242-0387-9

3. Пименова, Е. В. Гигиеническое и экологическое нормирование качества окружающей среды: учебное пособие / Е. В. Пименова, Т. Ю. Насртдинова, С. В. Лихачѐв; М-во с.-х. РФ, Федеральное гос. бюдж. образ. учреждение высшего образ. «Пермский гос. аграрно-

технологический ун-т им. акад. Д.Н. Прянишникова». – Пермь: ИПЦ «Прокростъ», 2017.- 151 с. ISBN 978-5-94279-366-1

4. Практикум по биологии почв: Учеб, пособие / Зенова Г.М., Степанов А.Л., Лихачева А.А., Манучарова Н. А. - М.: Издательство МГУ, 2002. - 120 с.

5. Пряженникова О.Е. Целлюлозолитическая активность почв в условиях городской среды / Вестник Кемеровского государственного университета. 2011. - № 3 (47). – С. 10 -13.

6. Федорова А.И., Никольская А.Н. Практикум по экологии и охране окружающей среды: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. — М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2001. - 288 с: ил. ISBN 5-691-00309-7.

7. Экология человека, Практикум/ Губарева Л.И., Мизирева О.М., Чурилова Т.М.. Москва, 2005. – 122 с.

БИОЛОГИЧЕСКАЯ ХИМИЯ

ЦИРКАДИАННЫЕ РИТМЫ АКТИВНОСИ АЛЬФА-АМИЛАЗЫ В РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ

П.М. Будайчиева– студентка 205 гр. лечебного факультета,
Ф.С. Мамедов– студент 203 гр. лечебного факультета
Кафедра общей и биологической химии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия.

Научный руководитель – д.м.н. профессор – Нагиев Э.Р.

Научный руководитель - Г.М-А. Будайчиев

Актуальность. Альфа-амилаза - фермент, который продуцируется слюнными железами (почти 70% фермента синтезируется околоушными слюнными железами). Альфа-амилаза слюны катализирует в ротовой полости реакцию эндогидролиза внутренних альфа-1,4-гликозидных связей в структуре пищевых гомополисахаридов (крахмал, гликоген).

Активность ферментов организма человека в течение суток несколько колеблется. Знание естественных циркадианных ритмов колебания активностей альфа-амилазы в ротовой жидкости необходимо для правильного оценивания степени переваривания углеводов в ротовой полости в разное время суток, оценки изменений данного показателя в ротовой жидкости пациентов с определенными стоматологическими заболеваниями при их сравнении с показателями здоровых людей, а также для определения оптимального времени для забора ротовой жидкости для определения активности данного фермента.

Целью данного исследования было изучение циркадианных ритмов активности альфа-амилазы в ротовой жидкости соматически здоровых людей с санированной полостью рта.

Материал и методы. Активность альфа-амилазы определяли в ротовой жидкости 10 соматически здоровых людей с санированной полостью рта. Ротовую жидкость отбирали после очистки ротовой полости в 8.00, 12.00, 16.00 и 20.00. Определение активности альфа-амилазы в опытных образцах проводили фотоколориметрическим методом (по Каравею) с использованием наборов фирмы «Филисит-Диагностика». Принцип метода заключается в том, что в присутствии альфа - амилазы крахмал гидролизуется до производных, не дающих цветной реакции с йодом; изменение интенсивности окраски йод - крахмального комплекса прямо пропорционально активности фермента в опытной пробе.

Результаты исследования. Исследования показали, что минимальная активность альфа-амилазы в ротовой жидкости отмечается в 20.00. (показатель на 19,6% ниже среднесуточного). С 8.00 час. до 12.00 час. активность фермента стремительно растет и в 12.00 час. достигает максимума (показатель на 30% превышает среднесуточный). После 12.00 час. показатель постепенно снижается и в 16.00 час. достигает показателя практически аналогичному показателю, полученному в 8 часов утра. В период между 16.00 и 20.00 часами активность

альфа-амилазы в исследуемых образцах ротовой жидкости несколько снижалась и была соответственно на 13% и 19,6% ниже среднесуточного показателя. Минимальное значение активности альфа-амилазы в ротовой жидкости отмечено в 20.00 часов. С 20.00 часов до 8.00 часов активность данного фермента в ротовой жидкости возрастает незначительно (на 12,9%).

Выводы. Таким образом, активность альфа-амилазы ротовой жидкости в течение суток меняется: минимальная активность фермента имеет место в 20.00 ч., а наивысшую активность фермент проявляет в 12.00 ч.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

КОРРЕКЦИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ДЕСНЫ ПРИ ЛИМФОТРОПНОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

М. М. Гаджимурадова - студентка 321 гр. лечебного факультета,
Ш. З. Магомедова - студентка 321 гр. лечебного факультета
Кафедра патологической анатомии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - к.м.н., доцент Б.Г. Магомедгаджиев

Актуальность. Как известно, большинство переломов нижней челюсти сопровождается нарушением кровоснабжения в месте повреждения и формированием гематомы, что, безусловно, представляет собой среду, подходящую для размножения бактерий, возникновения различных инфекций. В ее кровоснабжении важная роль принадлежит жевательным мышцам, являющимся своеобразным «насосом», перекачивающим часть крови через систему капилляров надкостницы в поврежденную кость, а также сосудистым анастомозам тканей пародонта.

При комплексных инфекционно-воспалительных поражениях, сопровождающих переломы нижней челюсти, активно применяются методы антибактериальной терапии, вводимые эндолимфатически.

Основной идеей лимфотропной терапии является создание высокой концентрации лекарственного препарата непосредственно в очаге повреждения. Введение лекарственного вещества непосредственно в лимфатическую систему даёт возможность создавать большие концентрации вводимого препарата в очаге повреждения при снижении дозы и кратности введения препарата.

Цель исследования. Исследование состояния микроциркуляции пародонта при осложнённых переломах нижней челюсти с ведением антибиотиков лимфотропно.

Материалы и методы исследования. Эксперименты осуществлялись на 120 белых крысах, весивших около 190 граммов (по методу Морозовой М.В), которые впоследствии разделялись на две группы (по 40 крыс): 1-я группа – испытала на себе ангулярное повреждение нижней челюсти, лечение которого осуществлялось традиционным методом - внутримышечное введение антибиотиков. 2-я группа – перенесла осложнённые переломы нижней челюсти с последующими однократными лимфотропными инъекциями антибиотиков под кожу несколько латеральнее сосцевидного отростка височной области на протяжении десяти дней. Далее: через 4 дня, неделю, две недели - соответственно проводилось определение интенсивности кровотока в сосудах микроциркуляторного русла слизистой оболочки десны в месте перелома посредством биомикроскопии и с использованием лазерного анализатора.

Результаты исследования. При анализе результатов биомикроскопии (на четвертый

день) у крыс, относящихся к 1 группе, выявлены патологические изменения сосудов микроциркуляторного русла, а именно сокращение артериол и прекапилляров и частичное увеличение извилитости на уровне венул, посткапилляров. Кровоток в капиллярах приобретает зернистый, прерывистый характер. На фоне визуального снижения скорости кровотока обнаруживается общее уменьшение количества функционирующих капилляров с формированием бессосудистых зон за счёт выключения отдельных капилляров. Лазерная доплеровская флоуметрия (ЛДФ) зарегистрировала уменьшение скорости кровотока–13,0 ± 1,5 усл. ед.

При дальнейшем анализе (в конце первой недели) этой же группы крыс выявляется изменение микроциркуляции в лучшую сторону (кровоток в артериолах и прекапилярах однородный, не прерывается, а контуры самих сосудов выровнялись), а также уменьшение силы воспалительного процесса в них. Тем не менее продолжали присутствовать признаки, свидетельствующие о патологическом изменении ангиоархитектоники сети сосудов из-за отека, локализующегося вокруг них и очагов малососудистых областей. Скорость кровотока по-прежнему не увеличивалась, могли присутствовать признаки стаза. Параллельно ЛДФ зарегистрировала некоторое увеличение интенсивности кровотока: до 14,0± 0,50 усл. ед. По итогу оценки состояния в конце второй недели отмечалось снижение силы воспалительного процесса, улучшение микроциркуляции (18,7± 0,20 усл. ед в 1 серии) и уменьшение отечности.

Несколько иные изменения в микроциркулятоном русле наблюдались у крыс второй группы, которым осуществлялось введение антибиотиков лимфотропным путем. По истечении 4-го дня определялось более выраженное уменьшение отечности, воспаления в области десны и увеличение в значительной степени числа функционирующих сосудов.

Хотя некоторые изменения в области повреждения сохраняются, капилляры этой зоны несколько расширены и в единичных венулах непосредственно в области раны сохраняют зернистый кровоток. Однако в целом скорость кровотока выросла, он приобрел гомогенность. Признаки геморрагий в контурах капилляров отсутствуют, сами контуры ровные, а капилляроскопический фон чистый, прозрачный. Морфометрия зарегистрировала расширение микрососудов примерно на 8-14%. ЛДФ установила повышение скорости кровотока: 17± 0,65 усл. ед.

На 7 сутки после лечения в данной опытной группе наблюдается дальнейшая прогрессивная перестройка микроциркуляторного русла со значительным снижением воспалительного процесса и отёка, общее снижение извитости сосудов и деформаций их контуров. Параллельно наблюдалось повышение количества сосудов, беспрепятственно выполняющих свою функцию, течение крови в них было преимущественно сплошным, гомогенным. Однако необходимо учесть, что в посткапиллярах и венулах сохранялся замедленный кровоток с признаками зернистости. Морфометрический анализ установил

уменьшение калибра микрососудов на 3-10% (по отношению к предыдущим срокам наблюдения). ЛДФ подтвердила значительное повышение скорости кровотока 19,0± 0,20 усл. ед.

В конце второй недели при биомикроскопии определилась полная коррекция расстройств микроциркуляции десны, сопровождающейся значительной ликвидацией воспаления и отеков. ЛДФ выявила максимальное повышение скорости кровотока до 21,5 ± 0,11 усл. ед.

Общеизвестно, что образование первичной костной мозоли зависит от уровня кровообращения. Развёртывание репаративного остеогенеза у экспериментальной группы животных происходило в более благоприятных условиях кровообращения, что способствовало быстрому восстановлению микроциркуляции за счёт улучшения реологических свойств крови и увеличение количества функционирующих капилляров. Установление высокого уровня кровоснабжения клеток в области дефекта резко повышает эффективность действия естественных активаторов миоостеогенеза и обеспечивает интенсивный синтез белков и ферментов. В этих условиях и проявлялась большая костеобразовательная функция остеобластов. В связи с чем процесс образования костной мозоли протекал в более совершенной форме.

Выводы. Лимфотропное использование антибиотиков при осложнённых переломах нижней челюсти снижает воспалительную реакцию пародонта, способствует восстановлению регионарного кровообращения, усилению метаболических процессов в области перелома и благоприятно влияет на течение раневого процесса.

EXPERIMENTAL PROTEIN-LIPID BLOOD PROFILE AT AUTOIMMUNE CONDITIONS

M.M. Boboev - student 315 gr. Faculty of Medicine

Department of Outpatient pediatrics and propaedeutics of childhood diseases,

Andijan State Medical Institute, Andijan, Uzbekistan

Scientific adviser - assistant R.A. Turdibaeva

Relevanc: A significant step forward in resolving the issue was the identification of the important role of the autoimmune component [1,3] consisting of << β >> and with << β >> lipoproteins. The accumulated data led to the statement of an autoimmune theory of the mechanism of development of atherosclerosis, requiring further experimental justification. Modeling of the atherosclerotic process has its own history, nevertheless, conducting research in this direction to search for models as close as possible to the natural pathology of a person is necessary.

Material and research methods: Following the previously developed principle [2] of reproducing the pathological processes of various organs according to the autoimmune type of organ-specific sensitization, we simulated vascular damage by specific immunization with tissue

homoantigen. The task was to identify the possibility of determining the formation of symptoms corresponding to the atherosclerotic process. Considering that in the development of the last change in the protein-lipid profile of the blood is characteristic, we have undertaken in this direction to study their changes in dynamics.Chronic experiments were conducted on 10 dogs immunized with a vascular-tissue homoantigen prepared according to the method developed at our department.

Vascular tissue homoantigen was administered subcutaneously five times with an interval of 2 days at the rate of 0.5 ml per 1 kg of animal weight. Fractions of lipids and phospholipids were determined, separated by thin layer chromatography, the concentration of total protein was refractometric, protein fractions of blood serum, lipoproteins by electrophoresis on paper and in polyacrylamide gel. Studies were carried out in dynamics after the last immunization with a vascular-tissue homoantigen, and later on the 15th, 30th, 45th, 60th, 75th, 90th days in the dynamics of the development of functional shifts.

Results and discussion: In the report of immunization with vascular tissue homoantigen in the content of blood lipids there were distinct shifts that revealed certain patterns.There is an increase in phospholipids and SFAs after homoantigenic stimulation /P <0.01/. The concentration of free cholesterol and triglycerides, starting from the period of homoantigenic stimulation and during the entire period of research, is characterized by a gradual increase in their number, reaching its maximum by the end of the study / P <0.001/. Cholesterol esters show slight fluctuations in their amount during homoantigenic stimulation, on the 15th and 30th days after the last administration of antigen. Starting from the 45th day of the study, the concentration of cholesterol esters gradually increases, reaching its maximum on the 90th day.

Total lipids are characterized by a gradual increase throughout the study period / P <0.001/. Violation of lipid metabolism and fluctuations of its individual tests in the initial periods of sensitization can be considered as one of the manifestations of the general reaction of the body that occurs during the development of the disease, or a protective mechanism of the vascular wall in response to antigenic effects, possibly causing some increase in intravascular lipolysis and an increase in the amount of heparin . An increase in lipid concentration in the second half of the experimental autoimmune process is probably due to a decrease in the activity of the enzymatic vascular wall as a result of the development of degenerative processes in them. Studies have shown that the level of total serum protein, starting after the last injection of homoantigen and throughout the study period, tends to increase its amount, reaching its maximum on the 90th day / P <0.001/.

This increase in the total amount of protein is possibly caused not by a true increase in blood proteins, but to a certain extent by hyperlipemia [3,5] as a result of a violation of the formation of a complex of cholesterol with proteins in the direction of its effort. This gives grounds to consider the change in protein synthesis as one of the components of the compensatory reaction of the body that ensures, at a certain time interval, the normalization of disturbed metabolic processes during the

development of the autoimmune atherosclerotic process. It is possible that one of the manifestations of changes in the protein biosynthesis of homoantigenic sensitization is the appearance of certain antigenic changes in the blood vessels, which in turn can lead to the appearance of immunological reactions that occur during the development of at rosklerotícheskogo process.

It should also be noted that the increase in the synthesis of the total amount of protein is probably closely related to the increase in the content of individual fractions of globulins (α, β) as a result of their enhanced synthesis. On the part of the protein fractions, a slight decrease in the albumin α1, α2 of the globulin fraction, which was retained to the end, of the study / P <0.001 /, a gradual increase during the entire period of the study of the α, β globulin fraction / P <0.001 / was revealed. The relative or absolute decrease in albumin and the α1, α2 fraction of globulins is probably due to a decrease in the rate of their synthesis of the liver during sensitization with angioantigen. In addition, a decrease in the amount of albumin is probably due to their accelerated breakdown - hypercatabal hypoproteinemia.

The increase in the content of α, β fraction of globulins against the background of hypoalbuminemia in the early stages of homoantigenic sensitization can be estimated as a compensatory acceleration of their synthesis, caused by an initial decrease in oncotic pressure. A further increase in the content of α and β globulins is closely associated with an increase in synt esa of antivascular antibodies, or with increased formation of nonspecific gamma globulins.

Studies have revealed the following changes in serum lipoproteins. After homoantigenic stimulation, a slight increase in α and a decrease in β fraction are observed, which again return to the background level on the 15th day of the study after the last injection of antigen. Starting from the 45th day of the study, the concentration of the β fraction of lipoproteins gradually increases, and the α fraction decreases, reaching its maximums at the end of the study / P <0.001/. Changes in lipoproteins separated on a polyacrylamide gel are also characterized by a slight increase in the α fraction, which continues on the 60th day of the study / P <0.02/.

Starting from the 75th day of the study, the concentration (activity) of the α fraction begins to decrease, with a gradual increase in the β fraction, which reaches its maximum on the 90th day of the study / P <0.001/. The tendency toward a decrease in the content of β lipoproteins in the early days of sensitization with a vascular tissue homoantigen can be explained by a sharp increase in the concentration of heparin in the blood, activating lipoprotein lipase, which translate large lipoprotein molecules into finer ones.

The persistent increase in the content of blood β-lipoproteins in the late stages of the experimental autoimmune atherosclerotic process is based on many factors, including disturbances in the biosynthesis and transformation of lipoprotein complexes that constantly occur in the body, as a result of inhibition of the decay of β-lipoproteins due to a slowdown in their circulation, a decrease in lipoprotein lipase activity, which may be due to both a deficiency of heparin, which is a co-factor of

this enzyme, and the presence of its inhibitors.

The above indicates that the blood lipoprotein spectrum increases due to the same reasons that cause hypercholesterolemia and hypertriglyceridemia, since most of these components are part of β - lipoproteins. Thus, the conducted studies indicate that elevated levels of free cholesterol, triglycerides, total blood serum protein, a shift in protein fractions and β - lipoproteins are higher than normal, primarily about their accelerated endogenous synthesis in the autoimmune atherosclerotic process.

Conclusions:

1. Autoimmune damage to the vascular wall contributes to the disruption of lipid metabolism

2. An increase in the amount of total protein and shifts in the protein fractions (α, β) are indirect evidence of the formation and presence of antivascular antibodies that play an important role in damage to the vascular wall.

3. Reflection of the increasing deposition of the circulating immune complex in the vascular wall may be parallelism in increasing the concentration of total protein and β - lipoproteins.

ВЛИЯНИЕ ГЛЮКОЗАМИНОСУЛЬФАТА НА МИКРОЦИРКУЛЯЦИЮ В КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ МОДЕЛИРОВАННЫХ ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМАХ

Д.И. Гаврикова, А.К.Гавриков – студенты

Кафедра травматологии и ортопедии

ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, Курск, Россия

Научный руководитель – д.м.н., проф. Файтельсон А.В.

Актуальность. По данным ВОЗ, остеопороз занимает четвертое место среди хронических неинфекционных заболеваний после болезней сердечно-сосудистой системы, онкологических заболеваний и сахарного диабета, что свидетельствует о высокой медико-социальной значимости данной проблемы [1]. Частота переломов, ассоциированных с остеопорозом, имеет явную тенденцию к увеличению. Так, к 2035 г. в России общее число переломов на фоне остеопороза увеличится с 590 тыс. до 730 тыс. случаев в год [2]. Рост числа переломов на фоне остеопороза доказывает, что на текущий момент нет доступных каждому и эффективных средств медикаментозной коррекции данного заболевания. Это обстоятельство заставляет искать новые пути и методы лекарственной терапии генерализованного остеопороза и, в том числе, замедленной консолидации и несращений переломов на его фоне [3].

Цель исследования - оценить влияние глюкозаминосульфата на репаративный остеогенез при моделированных остеопоротических переломах проксимального метаэпифиза бедренной кости крыс линии Wistar.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено на 60 самках белых крыс линии Wistar с массой тела 250±50 г. Инвазивные манипуляции с лабораторными животными проводились под общим наркозом. Типичные остеопоротические изменения костей скелета

были воссозданы посредством двухсторонней овариэктомии. Остеотомия метафизарной области бедренной кости выполнялась через 8 недель после удаления обоих яичников, переломы фиксировались путем закрытого миниинвазивного интрамедуллярного остеосинтеза спицами Киршнера, затем животные содержались в лаборатории еще 4 недели, в течение которых проводилась лекарственная терапия.

Для выполнения эксперимента животные были разделены на 3 группы: I (контрольная) - ложная овариэктомия, через 8 недель - межвертельная остеотомия вертельного отдела правого бедра (n – 20); II - билатеральная овариэктомия, через 8 недель – моделирование перелома проксимального метафиза правого бедра (n – 20), в течение 4 недель ежедневно внутрижелудочно плацебо – 1% крахмальный клейстер; III (исследуемая) - билатеральная овариэктомия, через 8 недель – моделирование перелома проксимального метафиза правого бедра (n – 20), в течение 4 недель ежедневное введение внутрижелудочно глюкозаминосульфата в дозе 128,57 мг/кг однократно в сутки.

Через 29 дней после моделирования и остеосинтеза переломов у животных в случае сращения перелома выполнялось измерение уровня микроциркуляции в зоне костной мозоли. Качество консолидации переломов оценивалось макроскопическим и рентгенологическим методами. Для оценки микроциркуляции в области костной мозоли использовалась ЛДФ (лазерная доплеровская флоуметрия) лазерным доплеровским флоуметром Biopac systems MP-100 с игольчатым датчиком TSD-144. Также производилась цифровая рентгеновская денситометрия с использованием системы молекулярной визуализации In-Vivo FX Pro производства компании Bruker (США) при помощи лицензированного программного обеспечения - Bone Density Software.

Результаты исследования. В соответствии с данными ЛДФ, средний уровень микроциркуляции составил: в I контрольной группе (ложная овариэктомия с моделью перелома бедра) – 92,08±3,66 ПЕ; во II группе (модель остеопоротических переломов без лечения) – 71,81±3,31 ПЕ; в III группе (модель остеопоротических переломов, животным проводилась терапия глюкозаминсульфатом) – 85.53±3,83 ПЕ (табл. 1).

При выполнении цифровой рентгеновской денситометрии средний показатель костной плотности в I группе составил 2,97 г/см^3, во II группе – 2,66 г/см^3, в III группе – 2,83 г/см^3.

Таблица 1

Влияние глюкозаминасульфата на показатели репаративного остеогенеза в проксимальном метаэпифизе бедренной кости у крыс

	I группа	II группа	III группа
Лазерная доплеровская флоуметрия (ПЕ)	92,08±3,66	71,81±3,31	85.53±3,83

Рентгеновская Денситометрия (г/см^3)	2,97	2,66	2,83

Выводы. Полученные данные свидетельствуют, что глюкозаминосульфат действенно повышает уровень микроциркуляции и плотность костной ткани у крыс с моделированным остеопорозом.

ИЗМЕНЕНИЕ ИНТЕГРАЛЬНОЙ ОПТИЧЕСКОЙ ПЛОТНОСТИ ГЛИКОГЕНА И МОРФОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕПАТОЦИТОВ ПРИ ЭКСТРЕМАЛЬНОЙ ГИПОТЕРМИИ

Ю.С. Оловянников – студент 310 гр. лечебного факультета

Кафедры судебной медицины им. проф. В.Н. Крюкова и патологической анатомии с курсом ДПО ФГБОУ ВО АлтГМУ Минздрава России, Барнаул, Россия

Научные руководители - д.м.н., профессор А. В. Лепилов, д.м.н., профессор И. П. Бобров, к.м.н., доцент А. Ю. Долгатов

Актуальность. В ответ на сверхсильный внешний раздражитель – холод, происходит усиление нейроэндокринной регуляции обмена веществ и функционирования тканей, органов и их систем.

Изменения теплового баланса организма – гипотермическое состояние является одним из важнейших факторов, воздействующих на организм человека. Одной из фундаментальных задач медицины, безусловно, является изучение закономерностей приспособления организма к факторам окружающей среды. Так как, адаптационные процессы организма обеспечиваются, главным образом, путем соответствующих изменений, колебаний функциональной активности систем органов и тканей. Вместе с тем, клинические наблюдения с использованием функциональных методов исследования, только усугубляют расхождения во взглядах на роль холодового фактора. Поэтому, важное значение имеют результаты экспериментальных морфологических исследований по изучению реакции тканей организма на гипотермию .

Цель исследования - изучить динамику изменения морфометрических и плоидометрических параметров ядер гепатоцитов после воздействия гипотермии. Изучить количественные характеристики гликогена в гепатоцитах белых крыс после экспериментальной гипотермии на разных этапах регенерации

Задачи исследования:

1. Высчитать индекс накопления ДНК при плоидометрическом исследовании (ИНДНК). На основании этого изучить распределение популяций по ИНДНК.
2. Рассчитать количество гликогена путем определения интегральной оптической плотности (ИОП) полисахарида в условных единицах.

Материалы и методы исследования. Исследование выполнено на 25 крысах линии Wistar. Гипотермию моделировали путем помещения животных, находящихся в индивидуальных клетках, в воду температурой 5 °С, при температуре окружающего воздуха 7 °С. Критерием прекращения воздействия служило достижение животными ректальной температуры 20-25 °С (что соответствовало глубокой степени гипотермии) Время экспозиции было индивидуальным (в среднем составляло 40 ± 5 мин). Животные умерщвлялись сразу после прекращения охлаждения, через 2 суток, 5 суток и через 14 суток после прекращения охлаждения. Материал фиксировали в 10 % нейтральном формалине забуференном по Лилли. Проводку материала осуществляли по изопропиловому спирту, заливали в парафин. Гистологические срезы толщиной 4-7 мкм окрашивали гематоксилином и эозином, а на гликоген по Шабадашу. Для определения плоидности после стандартной гистологической проводки депарафинизированные срезы толщиной 4 мкм окрашивали методом Фельгена с использованием холодного гидролиза в течении 1 часа 30 минут

При плоидометрическом исследовании высчитывали индекс накопления ДНК (ИНДНК), равный среднему взвешенному показателю ДНК исследуемых клеток. Для того, чтобы изучить распределение популяций по ИНДНК строили гистограммы гетерогенности клонов клеток. Количество гликогена высчитывали путем определения интегральной оптической плотности (ИОП) полисахарида в условных единицах. В морфометрической программе UTHSCSA Image Tool 3.0 (разработанной в University of the Texas Health Science Center of San Antonio, Texas). В обоих случаях проводили статистическую обработку данных

Результаты исследования

В ходе исследования мы наблюдали, что у животных забитых сразу после проведения гипотермии ядра гепатоцитов вокруг центральных вен были уменьшены в размерах, некоторые печеночные клетки находились в состоянии пикноза, в то время как в периферийных отделах печеночных балок ядра клеток были увеличены в размерах. Средняя площадь ядра составила – 16,6±0,7 мкм2, периметр – 19,4±1,7 мкм. Площадь сечения цитоплазмы составила 193,2±18,1 мкм2, ядерно-цитоплазматическое соотношение – 0,11±0,01. ИНДНК ядра составил 3,9с±0,2, пределы колебаний ИНДНК составили от 3с до 6,2с, при модальном значении 4,4с. Гистограмма распределения ИНДНК имела одиночный пик в области 4с и сдвиг влево.

На 2 сутки после глубокой гипотермии ткань печени была в состоянии сильного отека, отдельные гепатоциты находились в состоянии некроза. Гепатоциты полиморфной формы. Средняя площадь ядра составила – 49,5±2,9 мкм2, периметр - 26,5±0,8 мкм. Площадь сечения цитоплазмы составила 260±7,1 мкм2, соотношение ядра и цитоплазмы – 0,19±0,01. ИНДНК составил 5,1с±0,2, пределы колебаний составили от 3,65с до 6,8с, при модальном значении 6с. Гистограмма распределения ИНДНК имела сдвиг вправо, наиболее высокий пик находился в области 6с.

На 5 сутки после глубокой гипотермии ткань печени умеренно отечна. Гепатоциты полиморфной формы. Ядра гепатоцитов увеличены в размерах. Средняя площадь ядра составила – 72,7±4,5 мкм2, периметр – 32,1±0,9 мкм. Площадь сечения цитоплазмы составила – 436,4±34,9 мкм2, ядерно-цитоплазматическое соотношение – 0,17±0,01. ИНДНК составил 7,8с±0,4, пределы колебаний составили от 4,75с до 11с, при модальном значении 9,1с. Гистограмма распределения ИНДНК характеризовалась широкой гетерогенностью показателя ИНДНК, сдвигом вправо и наиболее высокий пик был области 8с.

На 14 сутки после глубокой гипотермии ткань печени отмечали явления слабо выраженного отека. Ядра гепатоцитов по сравнению с предыдущем сроком эксперимента уменьшались в размерах. Средняя площадь ядра составила – 28,5±1,1 мкм2, периметр – 20,2±0,4 мкм.

Площадь сечения цитоплазмы составила – 204,7±10,5 мкм2, соотношение ядра и цитоплазмы – 0,14±0,01. ИНДНК составил 4,1с ± 0,3, пределы колебаний составили от 2,4 с до 4 с, при модальном значении 3,9 с. Гистограмма распределения ИНДНК характеризовалась сдвигом вправо, наиболее высокий пик отмечали в области 4 с.

При изучении количественной характеристики гликогена в гепатоцитах белых крыс были получены следующие данные:

Гликоген в гепатоцитах сразу после проведения гипотермии определяется в виде светло-фиолетовой («пылевидной) зернистости

Через 2 дня после гипотермии отмечали неравномерное распределение гликогена в цитоплазме почечных клеток. Наблюдали в виде крупно – и мелкоглыбчатых темно-фиолетовых скоплений

Через 5 дней после гипотермии большинство гепатоцитов печени крыс были переполнены гликогеном. Наблюдали в виде крупных зерен темно – фиолетово -вишневой окраски

На 14ый день после проведения гипотермии гликоген определяется в виде светло-фиолетовой мелкой зернистости в цитоплазмах печеночных клеток

Выводы

1. Гипотермия приводит к уменьшению плоидности ядер и морфометрических параметров гепатоцитов у экспериментальных животных. К уменьшению количества гликогена в клетках печени

2. В отсроченные сроки после гипотермии, в период адаптации и регенерации клеток печени плоидность, морфометрические параметры ядра и цитоплазмы (площадь и периметр ядра, площадь цитоплазмы, ядерно-цитоплазматическое соотношение) увеличиваются. Так же в период регенерации клеток печени после гипотермии синтез гликогена возрастал

3. К 14 дню после воздействия гипотермии морфометрические и плоидометрические

параметры гепатоцитов, а также количество гликогена приближается к норме.

ДИСТАНТНОЕ ИШЕМИЧЕСКОЕ ПОСТКОНДИЦИОНИРОВАНИЕ – ИННОВАЦИОННАЯ МЕТОДИКА КАРДИОПРОТЕКЦИИ

В. В. Севрукевич – студент 1324 гр. лечебного факультета
Кафедра патологической физиологии
УО БГМУ Минздрава Беларуси, Минск, Беларусь
Научный руководитель – д.м.н., проф. Ф.И. Висмонт

Актуальность. В настоящее время в Республике Беларусь различные патологии сердечно-сосудистой системы являются основной причиной смерти среди населения. В структуре сердечно-сосудистой патологии одним из самых распространенных заболеваний является ишемическая болезнь сердца (ИБС). Акцентируя внимание на высокой распространенности, а также опасности данной патологии, мировая наука активно ведет поиск методик, способных минимизировать степень ишемического поражения миокарда. Одними из наиболее перспективных методик кардиопротекции в настоящее время принято считать методики дистантного ишемического кондиционирования (ДИК) миокарда, различающиеся в зависимости от времени воздействия относительно периода продолжительной ишемии миокарда.

Цель исследования. Оценить противоишемическую эффективность дистантного ишемического посткондиционирования (ДИПостК) при экспериментальной ишемии/реперфузии миокарда у крыс.

Материалы и методы исследования. Исследование выполнено на 18 белых крысах-самцах, массой 250±20 г, возрастом – 4±1 мес. Животные были разделены на 2 группы: Контроль (n=8), ДИПостК (n=10). Животных наркотизировали путем внутрибрюшинной инъекции тиопентала натрия в дозировке 50 мг/кг, с поддерживающей дозой 10 мг/кг/ч. Для контроля уровня артериального давления, а также внутривенного введения веществ, производилась катетеризация правой общей сонной артерии и левой наружной яремной мены соответственно. Всех животных переводили на аппарат ИВЛ. В ходе эксперимента производилось непрерывное снятие ЭКГ в 3 стандартных отведениях. Вскрытие грудной клетки производилось в области 4 межреберья. Ишемию/реперфузию миокарда у крыс моделировали путем 30-минутной окклюзии нисходящей ветви левой коронарной артерии (ЛКА) с последующим 120-минутным периодом реперфузии. Животным групы ДИПостК, предварительно производилась 15-минутная окклюзия обеих бедренных артерий в период после периода 30 минутной ишемии миокарда. После 120-минутного периода реперфузии животным производилось внутривенное введение 1 мл 1% р-ра синьки Эванса, после чего сердце извлекалось из грудной клетки и нарезалось на 6 срезов. В дальнейшем срезы помещали

на 15 мин. в 1% р-р 2,3,5-трифенилтетразолия хлорида, а затем на 24 ч. в 4% р-р формалина в термостат при температуре 37 °С градусов. После этого срезы сканировались и производилась оценка степени некротизации миокарда. Статистическая значимость различий оценивалась при помощи теста множественных сравнений Данна и дисперсионного анализа ANOVA. Данные представлены в виде M±m. Значения $p<0,05$ рассматривались как достоверные.

Результаты исследования. Размеры зоны некроза в срезах миокарда по данным сканирования были следующими: в группе Контроль – 41±2%, ДИПостК – 18,3±3%.

Выводы. Дистантное ишемическое посткондиционирование вызывает выраженный кардиопротектерный эффект, значительно снижая зону некроза миокарда при экспериментальной ишемии/реперфузии относительно контрольной группы. Данное обстоятельство позволяет отнести методику ДИПостК к одним из наиболее эффективных методик кардиопротекции.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЙ АУТОИММУННЫЙ ТИРЕОИДИТ

Т.М. Дибиров - ассистент, М.М. Бакуев – зав. кафедрой, профессор, Р.К. Шахбанов - доцент,
У.Б. Алиева - доцент, А.З. Алиева – ассистент, М.Н. Асадулаева - доцент
Кафедра гистологии
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Актуальность. Аутоиммунные заболевания щитовидной железы (ЩЖ) образуют одну из самых распространенных групп тиреоидной патологии, в которую входит и аутоиммунный тиреоидит (АИТ). По литературным данным последним страдает 3-4% населения всего мира [6,3]. По современным представлениям заболевание обусловлено дефектом иммунологического надзора, а конкретно, специфическим дефицитом Т- супрессоров, в связи с чем сохраняются органоспецифические Т-лимфоциты. Как считают, этот клон лимфоцитов взаимодействует с органными антигенами и оказывают повреждающее действие на клетки-мишени, т.е. на фолликулярные тиреоциты. Далее Т-хелперы, получив информацию об антигене, передают ее В-лимфоцитам, которые затем превращаются в плазматические клетки, синтезирующие в последующем антитела к внутриклеточным антигенам - тиреоглобулину и тиреопероксидазе [1,2]. В ответ на это вначале наблюдается гиперплазия фолликулярного эпителия, что иногда сопровождается гиперфункцией органа.

Таким образом, на основании представленных данных вытекает, что аутоиммунный процесс начинается с контакта «дефектных» Т-лимфоцитов с внутриклеточными антигенами, который возможен лишь при нарушении целостности тиреоидного эпителия. Исходя из приведенного механизма развития АИТ логично высказать мнение, что любое оперативное вмешательство на ЩЖ, так или иначе приводящее к нарушению целостности тиреоцитов на

определенном участке, служит толчком к развитию аутоиммунного процесса [4,5].

Цель исследования. Выяснить возможность создания модели аутоиммунного тиреоидита путем оперативного удаления части щитовидная железа.

Материалы и методы исследования.

Исследования проведены на 46 крысах линии Вистар массой 120-140г (по 4 животных в группе, включая и контрольной). Под кетаминовым наркозом у животных удаляли часть (1/3 с каждой доли) ЩЖ. Животных забивали через 2, 4 и 6 мес. после операции. Для микроскопического исследования кусочки железы фиксировались в 10%-ном формалине. После проводки в спиртах и заливки в парафин изготавливали гистологические срезы с окраской их гематоксилином и эозином. Морфометрические исследования включали определение соотношения фолликулов и относительного объема компонентов (эпителия, коллоида и стромы) железы. У всех животных исходно и в конце эксперимента определялись показатели сывороточного уровня свободных T_3 и T_4. При статистической обработке вычисляли среднее арифметическое абсолютных значений и среднюю ошибку. Данные морфометрического анализа обрабатывали методом вариационной статистики, с использованием t-критерия Стьюдента (различия считали достоверными при значениях $P \leq 0,05$).

Результаты исследования.

У крыс ЩЖ имеет типичное фолликулярное строение: тиреоциты преимущественно кубической формы с центрально расположенным ядром. В некоторых фолликулах эпителий неравномерно уплощен. Паренхима железы представлена фолликулами разных размеров: малого - 27%; среднего – 52%, большого – 6% и микрофолликулами – 15%. Большую часть (72%) относительного объема органа занимает коллоид.

Морфологическая картина ЩЖ у животных через 2 мес. после операции имеет ряд особенностей. Фолликулы преимущественно среднего и малого размеров. Некоторые из них паренхиматозного типа: эпителий местами многослойный, без видимого просвета, выявляются очаги с вновь сформированными мелкими фолликулами. Морфометрические исследования показывают увеличение высоты тиреоцитов и уменьшение общего объема коллоида. Некоторые малоактивные фолликулы больших размеров с уплощенным эпителием; местами выявляются очаги дегенеративно и дистрофически измененного эпителия. Межфолликулярные соединительнотканные прослойки расширены, в них выраженные очаги лимфоцитарной инфильтрации.

Через 4 мес. после оперативного вмешательства в ЩЖ отмечается достоверное уменьшение общего количества фолликулов с наличием лишь среднего и малого размеров с неравномерно уплощенным эпителием и локальными участками деструкции. Выраженные атрофические изменения паренхимы железы чередуются с фокусами гемосидерина и мелкими

участками пролиферирующего эпителия.

На препаратах ЩЖ через 6 мес. после операции между крупными скоплениями лимфоцитов просматриваются единичные фолликулы в основном малого размера (75%). Наряду с этим для этой стадии морфологических изменений следует считать характерным то, что на фоне значительного уменьшения размеров и количества фолликулов, с уплотненным коллоидом и кистозными расширениями в некоторых из них, определяется резко выраженный склероз стромы. Указанные морфологические сдвиги подтверждаются и результатами морфометрических исследований: на препаратах почти все поле зрения занято компонентами стромы (80%), а относительный объем эпителия и коллоида занимает соответственно 9 и 11%.

Таким образом, полученные в работе результаты указывают на существенные морфологические изменения ЩЖ в различные сроки послеоперационного периода. Они отмечаются уже на 2-м месяце наблюдения и выражаются в структурных перестройках гиперпластического типа, что по клинической терминологии соответствует состоянию тиреоидита Хашимото. Однако в последующие периоды их направленности меняются с преобладанием и постепенным ростом признаков характерных для аутоиммунного процесса и, в частности, его основных морфологических признаков - деструкция паренхимы и лимфоидная инфильтрация.

Выводы:

1. Выяснена возможность создания модели АИТ путем оперативного удаления части ЩЖ.
2. Установлена стадийность развития морфологических изменений в различные сроки послеоперационного периода: через 2 мес. выявлены признаки некоторого роста пролиферативной активности паренхимы органа; через 4 и 6 мес. отмечается появление и постепенный рост признаков развития аутоиммунного процесса (деструкция фолликулов, наличие очагов лимфоцитарной инфильтрации).

Литература.

1. Бакуев М.М., Дибиров Т.М., Шахбанов Р.К., Алиева У.Б. Особенности морфометрических показателей паренхимы щитовидной железы при синдроме тиреотоксикоза // Морфология. – 2019. – Т.155. - №2. – С.30.
2. Белоусова С.В., Манчук В.Т., Савченко А.А. Параметры иммунного статуса у женщин с аутоиммунным тиреоидитом с различным состоянием функции щитовидной железы // Медицинская иммунология. – 2007. - Т.9. - №2-3. - С.192-197.
3. Вачев А.Н., Сахипов Д.Р., Фролова Е.В. Взаимосвязь морфологических изменений ткани щитовидной железы с уровнем ее аутоиммунной стимуляции у больных диффузным токсическим зобом // Морфологические ведомости. – 2014. - №4. - С.49-52.

4. Герасимов Г.А., Петунина Н.А. Йод и аутоиммунные заболевания щитовидной железы // Проблемы эндокринологии. – 1993. - Т.39. - С.52-56.

5. Гусева Е.Ю., Черешнев В.А., Гусев Е.Ю. Сравнительная оценка иммунологического профиля у больных с заболеваниями щитовидной железы разного генеза. // Российский иммунологический журнал. – 2008. - Т.2(11). - №2-3. - С.25-30.

6. Дедов И.И., Герасимов Г.А. Алгоритмы диагностики, профилактики и лечения заболеваний щитовидной железы. - М., 1994.

ЮРИДИЧЕСКИЕ НАУКИ

ЮРИДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ФЕЙК-НЬЮС О НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

Н.С. Певцова – магистр гр. КМП-21юридического факультета

Кафедра конституционного и муниципального права

Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова

Научный руководитель – д.ю.н., заслуженный деятель науки РФ, заслуженный юрист РФ, проф. С.А. Авакьян

Актуальность. Вспышка COVID-19 в конце 2019 года бала зафиксирована в Китае (г. Ухань), а уже 11 марта 2020 г. Всемирная организация здравоохранения объявила о начале пандемии новой коронавирусной инфекции, обозначив высокий риск ее распространения. Несмотря на то, что коронавирусы (Coronaviridae) как семейство РНК-содержащих вирусов, способных инфицировать человека и некоторых животных были известны в медицине и ранее, например, до 2002 г. под ними понимали агенты, способные вызвать заболевания верхних дыхательных путей, характеризующиеся незначительной степенью тяжести, а также крайне редкими летальными случаями, коронавирус SARS-CoV стал причиной эпидемии с многочисленными очагами. Международный масштаб трагедии, отсутствие лекарств, вакцины, а также атипичный характер пневмонии, вызванной новой инфекцией стали причиной паники населения. В результате чего массовый характер приобрело распространение фейковых новостей (англ. fake news) или медиафейков, то есть ложной информации о ситуации с новой коронавирусной инфекцией в России, дестабилизирующей общество и подрывающей авторитет власти. «Информационная война», хотя является и не новым явлением, однако именно в сложные периоды для общества и государства способна создать революционные настроения, стать причиной преступлений и даже трагедий мирового масштаба. Несмотря на то, что по данным социологического опроса 86% респондентов указали, что смогут отличить ложную информацию от достоверной, масштабы распространения фейков в Информационно-коммуникационной сети Интернет (о чем свидетельствуют количество просмотров, лайков, комментариев и перепостов записи), доказывают, что в условиях пандемии, подобные креативные и сенсационные новости распространяются молниеносно, дезориентируют население и препятствуют правовым и медицинским мерам по борьбе с инфекцией.

Цель. Целью работы выступает исследование проблемы распространения фейковых новостей о COVID-19 для выявления пробелов в законодательном регулировании распространения ложной информации, касающейся жизни и здоровья населения, а также формирование предложений по внесению изменений в законодательство с учетом сложившейся практики.

Материал и методы исследования. В работе использован системный метод, сравнительно-правой анализ, данные социологического опроса, материалы судебной практики.

Результаты исследования. В результате исследования обнаружены разные вариации двух тенденций: 1. информация о сокрытии властями и медицинскими организациями масштаба бедствия; 2. данные об иллюзорности и ложности существования коронавируса как инфекции, а также излишних законодательных и правоохранительных мерах. Деполяризация общества увеличила панику. Президент РФ В. В. Путин верно заметил, что «подобные «вбросы» запугивают население». Дипломатическая служба Евросоюза (EEAS) даже после сообщения Роскомнадзора об ограничении доступа к Интернет-ресурсам, содержащим ложную информацию о COVID-19, констатировала много теорий заговора и дезинформации в России, противоречащим данным ВОЗ. Новые фейки в Интернете с момента начала пандемии постоянно выявляет Генпрокуратура, а значит, простое удаление Интернет-ресурсов с информацией, содержащей «угрозу жизни и здоровью людей, массового нарушения общественного порядка или общественной безопасности», недостаточно. Так выражение «Фома неверующий» отражает часто встречающийся психотип людей, которым кажется, что их все время обманывают или вводят в заблуждение. Некоторые же люди с советских времён привыкли не доверять власти и информации из официальных источников. Поэтому они склонны искать или создавать альтернативные источники информации.

В качестве наиболее резонансных примеров фейковой информации выступают следующие. Генеральная прокуратура РФ на основе обращения Роскомнадзора по факту нарушения ч. 1 ст. 15.3 Федерального закона «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» признала фейком информацию о том, что коронавирусная инфекция COVID-19 якобы была создана искусственно для чипирования населения. Кроме того, в конце апреля Генпрокуратура признала фейком статью «ВКонтакте» о том, что коронавирус был изобретён в российской лаборатории «Вектор» в качестве биологического оружия. Якобы из-за утечки, ставшей причиной смерти почти 300 человек в Новосибирске вирус специально занесли в Ухань, чтобы «скрыть катастрофу». Однако данная информация противоречит официальной статистике смертей от коронавируса в том регионе. С момента начала распространения COVID-19 также появились фейки не только о самом вирусе, но и о борьбе с ним.

Верховный Суд Российской Федерации в Обзоре судебной практики по вопросам применения законодательства и мер по противодействию распространению новой коронавирусной инфекции подчеркнул, что обстоятельства распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) относятся к «обстоятельствам, представляющим угрозу жизни и безопасности граждан» (ст. 207.1 УК РФ) Возникает вопрос: надо ли удалять информацию, которая такой угрозы не представляет, а также с какого момента? ВС РФ

подчеркнул, что судам следует учитывать мотивы, условия и цель преступления — например, чтобы спровоцировать панику и нарушить правопорядок. Такая информация может распространяться не только через СМИ, но и на собраниях, митингах и т.д. Уголовная ответственность допустима лишь за деяния, совершенные после вступления соответствующих статей УК РФ в силу, то есть с 1 апреля 2020 года. Однако из положений действующего законодательства не ясно, когда налагается ответственность: с момента обнаружения факта распространения недостоверной общественно-значимой информации или с момента наступления негативных последствий? УК РФ предусматривает штрафы от 300 тысяч до 1,5 млн. рублей, исправительные работы, лишение свободы до 3 лет. Если деяние повлекло смерть человека или иные тяжкие последствия, величина штрафа будет достигать 2 млн., а максимальных срок принудительных работ, либо лишения свободы составят 5 лет. В КоАП РФ же ч. 10.1 ст. 13.15. (Злоупотребление свободой массовой информации) представлена такая санкция как конфискация предмета административного правонарушения, однако ее реализации на практике представляется достаточно спорной: получается, нужно будет забрать телефон или иной гаджет за содеянное?

Выводы. Таким образом, в результате исследования были выявлены следующие проблемы и предложены конкретные пути их решения: 1. Проблема цензуры – входит ли ложная информация в пределы права на информацию. 2. В регулировании фейков, закрепленном в КоАП РФ есть простой состав, а есть с наступлением последствий (ч.9 и ч.10 ст. 13.5 соответственно) - возникает неопределенность в привлечении к ответственности. В этой связи предлагается объединить ч. 9 и ч. 10 ст. 13.5 КоАП РФ 3. Не закреплен срок привлечения к ответственности за распространение фейков (относительно максимального срока можно предположить, что применяется общий срок давности в три года, но такой подход не соответствует в полной мере цели вводимого регулирования - своевременного пресечения распространения информации, поэтому предлагается ввести пресекательный срок в виде одного года. 4. Не регламентирован также способ и не обозначен уполномоченный субъект определения причинно-следственной связи между распространителем информации и наступлением негативных последствий, что требует законодательного регулирования данного пробела.

Использованные источники. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) // Собрание законодательства РФ, 04.08.2014, N 31, ст. 4398.

Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 N 63-ФЗ (с изм. и доп., вступ. в силу с 12.04.2020) // Собрание законодательства РФ, 17.06.1996, N 25, ст. 2954.

Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 N 195-ФЗ (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.06.2020) // Собрание законодательства РФ, 07.01.2002, N 1 (ч. 1), ст. 1.

Федеральный закон от 27.07.2006 N 149-ФЗ (ред. от 03.04.2020) «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» // Собрание законодательства РФ, 31.07.2006, N 31 (1 ч.), ст. 3448.

ИССЛЕДОВАНИЕ МОТИВАЦИИ СТУДЕНТОВ ДАГЕСТАНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА К ИЗУЧЕНИЮ АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА

С.А. Хамаев – студент 340 гр. лечебного факультета
Кафедра иностранных и латинского языков
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия
Научный руководитель – к.ф.н., доц. А.Э. Азизханова

Актуальность. На сегодняшний день владение английским языком в профессиональной сфере является крайне необходимым умением для специалиста. Знание иностранного языка открывает множество возможностей перед студентами, начиная от элементарного общения на другом языке и получения ценной профессиональной информации на просторах всемирной паутины до реализации потенциальной возможности трудоустройства на интересную и высокооплачиваемую работу. Также знание английского языка помогает устанавливать огромное количество образовательных, культурных и профессиональных контактов.

Цель исследования. Сравнить уровень мотивации студентов первого и выпускных курсов ДГМУ к изучению английского языка и найти приемы её повышения.

Материалы и методы исследования. Социологический опрос с использованием Google Forms.

Результаты исследования. Исследование было проведено на базе Дагестанского государственного медицинского университета. В анкетировании приняли участие 300 студентов: 247 первокурсников и 53 выпускника (студенты 5 и 6 курсов). Было опрошено 126 студентов лечебного факультета, 62 педиатрического, 35 стоматологического, 44 медико-профилактического и 33 фармацевтического. Гендерная составляющая представлена следующим образом: 71 студент мужского пола (23,7%) и 229 студентов женского пола (76,3%).

Анализ результатов опроса показал, что для большинства студентов (64%) английский язык, в первую очередь, является одной из интереснейших дисциплин, предоставляющей возможность расширения кругозора. Самостоятельно изучают английский язык 48% опрошенных. 73,7% респондентов считают, что для современного человека изучение английского языка является насущной необходимостью. Среди преимуществ, которые дает хорошее знание английского языка, студенты отметили такие варианты, как возможность познания другой культуры через чтение книг и просмотр фильмов на иностранном языке, и возможность получения престижной работы. Чаще всего в качестве мотивации у студентов к изучению английского языка выступает перспектива использования полученных знаний в будущей профессии. Кроме того, 79% респондентов отметили необходимость знания

английского языка в сфере медицины. Однако 74% опрошенных не используют профессиональную литературу на иностранном языке. Большая часть студентов (71%) оценивают свой уровень владения английским языком на «3» и выше (по шкале от 0 до 5). Во время изучения языка студенты чаще всего испытывают трудности в грамматике с лексикой, аудировании и говорении. В качестве факторов, вызывающих эти трудности, большинство респондентов указали недостаточность школьных знаний, незнание грамматики и маленький словарный запас. Чуть больше половины опрошенных (53,3%) считают оптимальным временем, которое нужно уделять изучению языка, до трех часов в день. Студенты выпускных курсов отметили изменение своего интереса при изучении английского языка в положительную сторону с переходом на старшие курсы (71%). Средняя оценка уровня преподавания английского языка в ДГМУ – 3,2 балла (по шкале от 0 до 5). По мнению респондентов, использование преподавателем на занятиях новых учебных материалов и нетрадиционных методик обучения способствует повышению интереса у студентов к изучению английского языка. На занятиях чаще всего студентов привлекают такие формы обучения, как чтение и работа с текстом, говорение, работа в парах, выполнение творческих заданий.

Выводы. На основании всех полученных результатов, можно сформулировать следующие выводы:

1) Большинство студентов мотивированы на изучение английского языка, так как считают, что это может помочь им в освоении выбранной профессии;

2) Среди эффективных путей повышения мотивации к изучению английского языка на аудиторных занятиях можно отметить вариант внедрения в образовательный процесс современных форм обучения с использованием интерактивных и интересных учебных материалов.

ОПЫТ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА НА КАФЕДРЕ ФТИЗИАТРИИ В ЭПОХУ COVID-19

Э.Р. Крюков – студент 347 гр. лечебного факультета, А.Г. Наумов – ассистент

Кафедра фтизиатрии им. И.С. Николаева

ФГБОУ ВО "ПИМУ" Минздрава России, Нижний Новгород, Россия

Научный руководитель – д.м.н., проф. А.С. Шпрыков

Актуальность. Разразившаяся во всём мире эпидемия COVID-19 подтолкнула образовательные организации на переход в режим дистанционной работы с обучающимися. Это позволило многим учебным заведениям провести стресс-ревизию своего технического оборудования и программного обеспечения. К сожалению, при условной программно-технической готовности образовательных организаций к иной модели педагогического

процесса, не все сотрудники подразделений ВУЗ'ов и СУЗ'ов обладали необходимой методологической базой.

Цель исследования. Представить опыт проведения типового занятия со студентами VI курса лечебного факультета на клинической кафедре фтизиатрии им. И.С. Николаева Приволжского исследовательского медицинского университета (ПИМУ) с использованием программного продукта DISCORD.

Материалы и методы исследования. Проведён описательный анализ типового занятия со студентами VI курса лечебного факультета в рамках дистанционного преподавания клинической дисциплины "Фтизиатрия" в медицинском университете.

Результаты исследования. За несколько дней до начала учебного цикла по дисциплине "Фтизиатрия" студенческие группы лечебного факультета получали почтовую рассылку, которая организовывалась с помощью Корпоративного портала ПИМУ, с приглашением присоединиться к серверу кафедры в программе DISCORD. После успешной регистрации студентов в DISCORD и присоединения к серверу кафедры дежурный сотрудник проводил с ними беседу о технических особенностях данной образовательной платформы. Получив вводный инструктаж, студенты выбирали индивидуальную виртуальную комнату с порядковым номером их группы. Для идентификации слушателей в DISCORD каждый студент, в качестве nick-name, использовал свою фамилию и инициалы, а также добавлял фотографию (аватар).

Учебный день начинался в 8:30 по Московскому времени с проведения программ-контроля по теме занятия, представляющего из себя набор билетов по 10 теоретических вопросов в каждом. Отправка билетов и получения на них ответов, осуществлялась с помощью текстового чата индивидуальной виртуальной комнаты. В общении с коллективом студенческой группы доминировал голосовой тип связи. Далее в 9:00 студенты всех групп переключались на виртуальную комнату с названием "Лекция" для прослушивания и просмотра презентации с рабочего стола персонального компьютера лектора (профессора или доцента). По окончанию чтения лекции студенты отдыхали в течение 20-30 минут, затем они продолжали заниматься в своих индивидуальных виртуальных комнатах. Так как обучение по дисциплине "Фтизиатрии" требует изучения большого количества рентгенологических снимков органов грудной клетки с интерпретацией скиалогических особенностей видимой патологии - преподавателями кафедры был использован стандартный графический инструмент Paint, встроенный в операционные системы семейства Windows. Это позволило наносить на оцифрованную рентгенологическую плёнку в формате .JPEG цветные пометки для улучшения восприятия студентами границ патологических изменений.

В последний день учебного цикла по дисциплине "Фтизиатрия" каждый студент сдавал экзамен. Экзамен включал в себя клиническую задачу, чтение рентгенологического снимка

(кейс) и написание итогового тестирования на Портале дистанционного образования ПИМУ (платформа Moodle). Экзаменационные материалы, кроме тестов, отправлялись каждому слушателю в отдельности путём использования программной функции DISCORD “НАПИСАТЬ СООБЩЕНИЕ”. По мере готовности к ответу на экзаменационный кейс, студент присоединялся в виртуальную комнату с тематическим обозначением и припиской фамилии, имени, отчества экзаменатора. Для верификации личности и объективности оценки знаний студент на весь период ответа экзаменатору активировал web-камеру персонального компьютера, ноутбука или фронтальную камеру смартфона с обязательной, кратковременной, демонстрацией первой страницы своего паспорта. Общая оценка по экзамену складывалась из результатов написания итогового тестирования, ответа на клиническую задачу и описания рентгенологического снимка.

Выводы. Воссоздать полноценное занятие по клинической дисциплине, даже при наличии обширного спектра виртуальных инструментов, практически невозможно. Студентам не хватает физического и эмоционального контакта с преподавателем, они не могут отработать практические навыки по дисциплине, они неспособны через экран монитора прикоснуться к пациенту. В настоящее время, дистанционное обучение выступает в качестве экстренной меры, но несомненно является частью, элементом образовательной программы подготовки будущего врача. Медицинские науки не должны подвергнуться экспансии со стороны дистанционных технологий. Однако, перенос лекционного материала в электронные образовательные площадки, высвобождение, за счёт этого, дополнительных часов на проведение практических занятий вероятно поспособствует формированию у слушателей новых профессиональных компетенций.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМПЬЮТЕРНОЙ ПРОГРАММЫ DISCORD В ДИСТАНЦИОННОМ ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА НА КАФЕДРЕ ФТИЗИАТРИИ

А.Г. Наумов – ассистент, Э.Р. Крюков – студент 347 гр. лечебного факультета

Кафедра фтизиатрии им. И.С. Николаева

ФГБОУ ВО “ПИМУ” Минздрава России, Нижний Новгород, Россия

Научный руководитель – д.м.н., проф. А.С. Шпрыков

Актуальность. Эра классического обучения исчерпала себя и требует глубокого переосмысления с полным или частичным внедрением дистанционных технологий. Благодаря неуклонному развитию технической мысли в IT-индустрии появились компании, занимающиеся разработкой и эксплуатацией электронных площадок для проведения вебинаров, конференций и различных онлайн мероприятий. Неблагоприятная эпидемиологическая ситуация по COVID-19 бросила вызов образовательным учреждениям

многих стран мира, в том числе и высшим медицинским учебным заведениям Российской Федерации, которые не были готовы обеспечить непрерывность учебного процесса из-за отсутствия единого программного комплекса, способного удовлетворить возникшие потребности.

Цель исследования. Представить опыт использования программного продукта DISCORD, который был использован для организации дистанционного обучения на кафедре фтизиатрии им. И.С. Николаева Приволжского исследовательского медицинского университета.

Материалы и методы исследования. Проведён описательный анализ основных достоинств и недостатков выбранной, в качестве цифровой образовательной платформы, программы.

Результаты исследования. Компьютерное приложение DISCORD было разработано компанией Hammer & Chisel (Сан-Франциско, штат Калифорния, США) в 2015 году. В настоящий момент в DISCORD зарегистрировано свыше 250 миллионов человек. Основная аудитория программы – молодые люди занятые электронным досугом. DISCORD распространяется бесплатно, однако не относится к программному обеспечению (ПО) с полностью открытым исходным кодом, то есть оно относится к так называемому proprietary software (несвободное ПО).

Программа DISCORD может быть инициализирована на разных операционных системах (ОС), как стационарных (семейство ОС Windows, Linux, macOS), так и мобильных (Android, iOS), а также в популярных браузерах (web-версия). Это позволяет обучающемуся постоянно сохранять связь с кафедрой, где бы он не находился. Языковая локализация программы включает в себя свыше 25 языков, что облегчает работу кафедральных сотрудников с иностранными студентами. Возможность создания отдельного именного сервера в программе DISCORD позволяет предотвратить несанкционированный доступ и локализовать работу в пределах узкого круга лиц, вход которых осуществляется по специально генерируемой ссылке-приглашению. Организация дифференцированных виртуальных комнат с видео-голосовой связью, текстовым чатом и захватом изображения рабочего стола персонального компьютера является мощным инструментом взаимодействия и кооперации тьютора и слушателя. Распределение виртуальных ролей на сервере (лектор, студент и т.д.) способствует сохранению субординации. Отправка учебных заданий и получение на них ответов через текстовый чат виртуальной комнаты каждого преподавателя дисциплинирует и мотивирует студента к образовательной деятельности.

Стоит отметить, что при наличии вышеперечисленных достоинств компьютерное приложение DISCORD не лишено недостатков. К ним необходимо отнести ограниченное количество слотов для демонстрации захвата рабочего стола персонального компьютера

(например, презентации лекции) – 10 человек. В связи с эпидемией COVID-19 компания-разработчик временно увеличила этот лимит до 50 человек. Для улучшения качества связи, трансляции содержимого рабочего стола персонального компьютера, увеличения количества слотов при просмотре презентации требуется ежемесячная плата, зависящая от курса валюты. Отсутствует объективный критерий оценивания знаний студента во время сдачи экзамена, написания контрольной работы из-за невозможности контролировать окружение экзаменуемого.

Выводы. Бесспорно – за дистанционными образовательными технологиями будущее. Однако, при отсутствии единой государственной образовательной цифровой платформы, согласованности в вопросах частичного или, в исключительных случаях, полного перевода образовательной программы дисциплины или специальности на дистанционные “рельсы”, возникнет тенденция к окончательной деструкции отечественной образовательной базы. Только взвешенное, обдуманное, централизованное решение признанных специалистов и чиновников спроецирует курс на успешное модернизирование педагогической среды нашей страны.

ФИЛОСОФИЯ

ЭВТАНАЗИЯ - ДОБРО ИЛИ ЗЛО?

А.А. Загидова - студентка 2 курса лечебного факультета
Кафедра гуманитарных дисциплин
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия.
Научный руководитель- к. ф. н., доцент А.Д. Дибраев

Введение. В наше время современное общество, в частности, медиков, религиоведов, юристов, социологов, волнует ряд вопросов, ответы на которые до сих пор не найдены. Обладает ли человек такими правами относительно своей жизни, которые позволяют ему обращаться к медработнику, с просьбой о прекращении лечения, в случае угрожающего жизни заболевания или состояния? Если же пациент имеет такое право, то может ли врач, профессия которого обязывает его бороться со смертью, а не способствовать ее возникновению, выполнить просьбу больного? Ведь в клятве Гиппократа сказано, что врач не должен давать смертельные лекарства или помогать совершать самоубийство, поэтому сама суть эвтаназии в полной мере ей противоречит. Этично и гуманно ли отказывать больному в его просьбе, прекратить его страдания раз и навсегда? И не будет ли такой отказ расценен как притеснение прав человека? Это лишь малый круг вопросов, ответы на которые нужно найти, чтобы решить такую глобальную проблему как гуманность применения эвтаназии.

Актуальность рассматриваемой проблемы трудно преувеличить из-за того, что она связана с самым дорогим, что есть у человека, с его жизнью. Также проблема эвтаназии представляет собой сложный и недостаточно изученный феномен, который вызывает споры, как в научной практике, так и в повседневной жизни. Возникает необходимость раскрытия этого феномена, рассмотрения его с различных сторон.

Цель: раскрыть сущность проблемы эвтаназии

Материал и методы исследования. Материалом для исследования послужили: различные Интернет-ресурсы; работы исследователей и ученых; литература по биоэтике и психологии; интернет-опрос среди сверстников.

Основными методами данного исследования являются:

-изучение литературы по данной теме

-анкетирование

-анализ

-синтез

Результаты исследования: Понятие «эвтаназия» ввел в XVII веке выдающийся английский философ Френсис Бэкон для обозначения безболезненной и легкой смерти без мучений и страданий. В своей работе «О достоинстве и приумножении наук» Ф. Бэкон

говорит: «Я абсолютно уверен, что обязанность врача состоит не только в том, чтобы облегчать страдания, причиненные болезнями, и это не только тогда, когда такое облегчение может привести к излечению, но даже и в том случае, когда уже нет абсолютно никакой надежды на спасение и можно сделать саму смерть более легкой и спокойной…..»

Рассмотрим термин «эвтаназия» с научной точки зрения. Различают активную и пассивную, добровольную и недобровольную эвтаназии. Активная эвтаназия это введение пациенту каких-либо лекарственных средств, которые влекут за собой наступление быстрой и безболезненной смерти. Под пассивной эвтаназией понимается прекращение оказания медицинской помощи пациенту, направленной на продление его жизни, что ускоряет наступление естественной смерти. Добровольная эвтаназия осуществляется по просьбе больного или с его предварительно согласия, недобровольная эвтаназия осуществляется без непосредственного согласия больного.

В России эвтаназия запрещена статьей 45 закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»: «Медицинским работникам запрещается осуществление эвтаназии, то есть ускорение по просьбе пациента его смерти какими-либо действиями (бездействием) или средствами, в том числе прекращение искусственных мероприятий по поддержанию жизни пациента».

При соблюдении весьма строгих правил, законодательно эвтаназия разрешена в Нидерландах, Бельгии и штате Орегон (США).В Германии, Испании и Франции эвтаназия не запрещена, но возможна лишь пассивная. Реально же, по данным экспертов, она действует практически во всех странах мира, даже там, где она категорически запрещена.

Основным аргументом защитников эвтаназии является право человека на самоопределение, вплоть до того, чтобы самому решать, хочет он жить или нет. Никто не вправе заставлять безнадежных больных испытывать мучительные страдания, поскольку существование как «овощ» и боль лишают человека достоинства.

Противники эвтаназии утверждают, что активная эвтаназия это покушение на жизнь человека. Они учитывают возможность диагностической ошибки врача и появления новых способов лечения.

Рассматривая проблемы эвтаназии, мы находимся на границе двух противоположностей, потому как нельзя однозначно прийти к решению о запрете эвтаназии или ее поощрении. Вернемся к позиции Бэкона. Философ считает обязанностью врача не только излечение, но и умерщвление для облегчения страданий. Да, в определенных случаях рассматривать пассивную эвтаназию - это допустимо. Согласитесь, умирать в адских мучениях участь не самая желанная. Но с другой стороны, хочется вступить в противостояние. Показать свое несогласие, ведь каждому дано его главное право-право на жизнь.

Но главная проблема встает в отношении тех больных, которые не в состоянии самостоятельно принимать решение, относительно своей жизни: умственно неполноценные,

находящиеся в коме, а также совсем маленькие дети. За них сделать выбор должен кто-то другой. Это будут родители или медицинские представители. Но где 100%-я уверенность в том, что их решение окажется верным? Ведь на данный момент медицина развивается очень быстро. Сегодня найдены способы лечения болезней, которые совсем недавно считались безнадежными. Таким образом, прекращая то или иное лечение пациента, мы лишаем его шанса дождаться появления лекарства от его болезни.

В ходе исследования был проведен интернет-опрос среди сверстников, по результатам которого выяснилось, что около 37%опрошенных считают эвтаназию допустимой мерой, 24 % затруднились ответить, 29% ответили отрицательно.

На вопрос «Нужно ли легализовать эвтаназию?» большинство 41% затруднились ответить, 36% ответили отрицательно, 23%ответили положительно.

На вопрос «Эвтаназия – «милосердие» или «преступление?» 11% затруднились ответить, 47% ответили «преступление», 42% ответили «милосердие».

На вопрос «Могли бы вы согласиться на эвтаназию для себя при определенных обстоятельствах» 34 % ответили «да»,42 % затруднились ответить, 24 % ответили «нет».

На вопрос «Необходимо ли обсуждать тему эвтаназии открыто или лучше оставить этот вопрос для обсуждения за закрытыми дверями» 53% ответили, что «это вопрос узкого круга людей», 47% ответили, что данную проблему «необходимо обсуждать открыто».

Выводы. Все вышеизложенное говорит о сложности и неоднозначности подходов к изучению и решению проблемы эвтаназии. Безусловно, результаты предоставленного исследования являются скромными, ограничены узкой выборкой, однако состоятельность инструментария в общем подтверждена, а основные выводы могут распространяться и на более широкую выборку: вопрос о том, нужна ли человечеству эвтаназия остается открытым. Современное общество, на мой взгляд, еще не готово к решению данной биоэтической проблемы, поскольку религиозные представления, нормы медицинской этики, принципы гуманистической морали, имеют определяющее значение в сознании людей, и не позволяют однозначно решить проблему эвтаназии (особенно, если речь идет о других). В настоящее же время парадоксальным образом в общественном сознании сочетается двойственность восприятия эвтаназии: как формы милосердия и как узаконенного убийства.

Список литературы

Электронный научно-практический журнал «МОЛОДЕЖНЫЙ НАУЧНЫЙ ВЕСТНИК»
http://www.mnvnauka.ru/2016/05/Kienko2.pdf
«Этические проблемы эвтаназии» Любовь Воробьева
https://razumru.ru/humanism/journal/41/vorobyova.htm
А также следующие сайты:
https://psihomed.com/evtanaziya/

https://thewallmagazine.ru/euthanasia/

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ СУРРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА

М. В. Смоляков - студент 13 гр. лечебного факультета
Кафедра философии
ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, Курск, Россия
Научный руководитель - к.ф.н., доцент Т. Г. Кульсеева

Актуальность. Семья является важнейшим общественным институтом, ячейкой, которая осуществляет воспроизводство членов этого общества, передавая и меняя в зависимости от социально-экономических, исторических условий культурный код ментальности и национальности народа к которому она принадлежит. Нарушение функций этой важной составляющей социума, в частности репродуктивной, может иметь негативные последствия. Однако существующие на данный момент репродуктивные технологии и право дают возможность выносить плод вне организма биологической матери, в силу определенных причин, решая, таким образом, проблему бездетности. Такой способ завести ребенка имеет целый ряд проблем связанных с этическим восприятием разных групп людей в обществе.

Цель исследования. Изучить этические аспекты использования репродуктивной технологии суррогатного материнства.

Материалы и методы исследования. Для изучения данной проблемы использовался анализ документов и литературы, анкетирование и статистическая обработка данных. Общий объем опрошенных составил 100 человек. Опрос проводился среди студентов Курского государственного медицинского университета, средний возраст которых составил 20-22 года.

Результаты исследования. С мнением, что суррогатное материнство способно решить проблему бесплодия согласны 81% респондентов, при этом 78% подчеркнули, что такой способ воспроизводства рода не сможет вытеснить естественный репродуктивный процесс. Согласно позиции 69% студентов, сфера суррогатного материнства должна быть в ведомстве государственных органов и под контролем государства. Примерно у половины сложилось впечатление, что такая услуга предоставляемая женщиной является больше бизнесом, чем медицинской помощью в сфере репродуктологии. Около 39% считают, что подобные отношения между биологическими родителями и суррогатной матерью превращают ребенка в товар, а женщину в «инкубатор» в процессе ее эксплуатации, формируя потребительские отношения. Более трех четвертей опрошенных против применения такой технологии гомосексуальными парами. Для себя бы выбрали суррогатное материнство в случае невозможности выносить ребенка около 10%, 40% не прибегли бы к такому способу, у 50% возникли затруднения с ответом. Как альтернативу такого рода материнству можно рассматривать усыновления детей. Необходимость пересмотра и доработки правового

регулирования в этом вопросе отметили 86% студентов. При этом около 70% считают, что использование услуг суррогатных матерей не разрушают, оказывают негативного влияния на брак, если это был осознанный выбор пары.

Выводы. Большинство опрошенных студентов не рассматривает суррогатное материнство как чужеродное явление для общественной жизни, на это могла повлиять профессиональная деформация в процессе учебы, принятие новых методов репродукции человека как обыденность на фоне множества других медико-биологических открытий и инноваций. Однако несмотря на понимание положительных сторон, респонденты отмечают также возможность развития ситуации товарно-денежных отношений и недостаточность правового взаимодействия.

ВЛИЯНИЕ ИЛЛЮЗИИ ВОСПРИЯТИЯ НА ЧАСТОТУ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

М.В. Хачатрян - студентка 212 гр. лечебного факультета

Кафедра философии и гуманитарных дисциплин

ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, Ставрополь, Россия

Научный руководитель - к.п.н., доцент Э.Г. Абакарова

Актуальность. Перцептивные механизмы телесных ощущений представляют огромный научный интерес в русле феноменов, возникающих в соматосенсорной сфере. Современные технологические инновации ставят перед психологической наукой ряд вопросов относительно механизмов адаптации человека к новым возможностям своего тела. Изучение телесных иллюзий, закономерностей их возникновения, особенностей воспиряития тела и последующих физиологических изменений организма, сформировали наш интерес к данной проблеме. Выбранная тема находится на границе психологии восприятия, нейрофизиологии и психосоматики, и непосредсвенно важна в диагностике причин нарушений восприятия собственного тела у пациентов, страдающих неврологической, психической или физической патологией. Помимо нейробиологии и медицины, иллюзии восприятия затрагивают и философские аспекты, что может в будущем изменить наши представления о мире. В своем исследовании мы опираемся на методологическую базу проведенных ранее экспериментов по зрительным иллюзиям [2], [3], [4].

Цель исследования: диагностика изменений частоты сердечных сокращений в зависимости от чистоты проведения эксперимента по созданию иллюзии «резиновой руки». Физиологические изменения частоты сердечных сокращений (далее ЧСС) могут зависеть от временных рамок, синхронности, анатомических критериев и в случае нарушения одного из перечисленных признаков.

Материалы и методы исследования. В эксперименте приняли добровольное участие студенты 2 курса лечебного факультета Ставропольского государственного медицинского

университета. Для опыта понадобились: модель резиновой руки; медицинская перчатка; ширма; художественные кисти; молоток; мерная линейка; специально разработанный авторский опросник направленный на диагностику перцептивных ощущений.

Ход эксперимента. В экспериментальной группе исследование проводилось с соблюдением вышеперечисленных признаков. В контрольной группе нарушались: интервал времени нанесения кисточек, направление движения кисточек, а также несоответствие по анатомическим критериям. В обеих группах измерялась частота сердечных сокращений и определялось положение руки в пространстве с помощью мерной линейки.

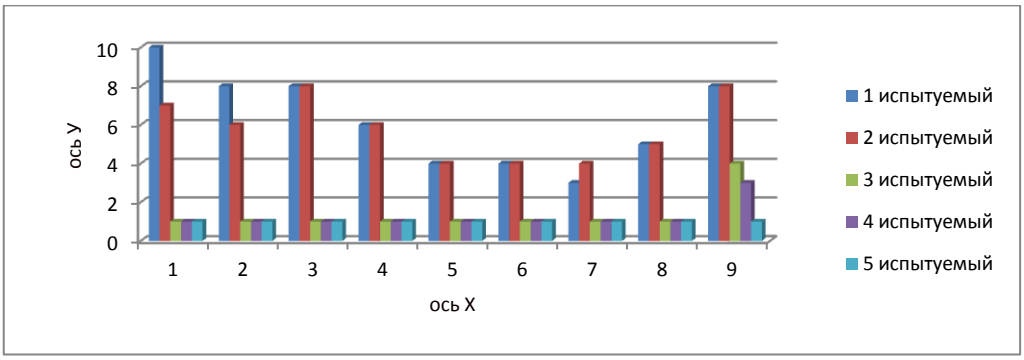
Таблица 1. Результаты ЧСС

Количество участников	*ЧСС до эксперимента*	*ЧСС после эксперимнента*
1 испытуемый	68	80
2 испытуемый	64	68
3 испытуемый	72	72
4 испытуемый	64	64
5 испытуемый	76	76

В экспериментальной группе испытуемых левая рука в перчатке лежала вне зоны видимости (за ширмой), вместо нее была представлена восприятию левая резиновая рука. В течение 10 минут внимательного наблюдения и синхронных касаний кисточками по левой руке и резиновой руке, испытуемый воспринимал искусственную конечность, как свою. Затем экспериментатор производил удар по резиновой руке, что сопровождалось отдергиванием левой руки испытуемого и изменением ЧСС. В контрольной группе испытуемых с нарушением синхронности движений, интервала времени между прикосновениями кисточек и несоответствием руки по анатомическим критериям - иллюзия отсутствовала, ЧСС не изменялась.

Результаты исследования: После завершения экспериментальной части исследования испытуемым предлагалось заполнить опросник состоящий из 9 утверждений относительно перцептивных ощущений испытуемого и определения места положения его руки в пространстве, с помощью мерной линейки.

Таблица 2. Результаты опроса



Результаты опроса представлены в таблице 2, где по оси Х - 9 утверждений, по оси У - ответы испытуемых по шкале от 1 (полностью не согласен) до 10 (полностью согласен).

Во второй части опросника испытуемые обеих групп должны были определить положение руки, закрытыми глазами проводя указательным пальцем правой руки по растянутой над столом мерной линейке, и остановиться на той точке, где предположительно находится их средний палец левой руки, опираясь на проприоцептивные ощущения. Разница между точками, до эксперимента и после эксперимента, является проприоцептивным смещением. Мы выяснили, что положение руки смещалось вправо, к резиновой руке, а степень смещения была пропорциональна длительности иллюзии и силе ее восприятия [1]. В экспериментальной группе испытуемых смещение составило от 6,0 до 6,5 сантиметров, в контрольной группе от 0,1 до 0,2 см.

Выводы: Согласно представленным результатам очевидна корреляция между перцептивными ощущениями и увеличением ЧСС. В группе испытуемых, «поверивших», что лежащая рука принадлежит им, пульс участился, в контрольной группе, где ощущение иллюзии не наступило - пульс не изменился. При анализе ЧСС со смещением руки, у первого испытуемого частота пульса изменилась больше, чем у второго (табл.1), аналогично смещению. Также, у первого испытуемого ответы в первой части опросника отличаются от второго более высокими баллами (табл.2). Таким образом, изменение величины пульса прямо пропорционально смещению руки и прямо пропорционально перцептивным ощущениям. Чем больше смещение и чем сильнее чувство обладания искусственной конечностью, тем больше изменится величина ЧСС [5].

В ходе исследования нам удалось изучить причины и физиологические аспекты иллюзии резиновой руки. Изучена корреляция между чистотой эксперимента и частотой сердечных сокращений. Обнаружены причины, приводящие к отсутствию иллюзии - нарушение согласования временной, пространственной и иных составляющих со зрительными, тактильными и проприоцептивными ощущениями.

Список литературы

1. Botvinick M., Cohen J.D. Rubber hand “feels” what eyes see // Nature. 1998.Т. 391. С. 756. URL: http://dx.doi.org/10.1038/35784 (дата обращения 26.03.20).

2. Н. Хенрик Эрссон. Концепция владения телом и ее связь с мультисенсорной интеграцией. //В новом справочнике по мультисенсорной обработке, B.E.Stein,Ed.(MIT Press,Cambridge,MA,2012),PP.775-792.1.;URL: https://www.researchgate.net/publication/285061312_The_concept_of_body_ownership_and_its_relation_to_multisensory_integration (дата обращения 01.04.20).

3. Tsakiris M. My body in the brain: A neurocognitive model of bodyownership // Neuropsychologia.2010.Vol.48.Iss.P.703—712.URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19819247 (дата обращения 29.03.20).

4. Francesco della Gatta and Francesca Garbarini, Guglielmo Puglisi,Antonella Leonetti, Annamaria Berti, Paola Borroni. Decreased motor cortex excitability mirrors own hand disembodiment during the rubber hand illusion.//eLife 2016;5:e14972 DOI: 10.7554/eLife. 14972; URL: https://doi.org/10.7554/eLife.14972 (дата обращения 30.03.20)

5. Физиология человека. Под редакцией Смирнова В.М. // М.Медицина. – 2002. [Электронный ресурс]. URL: http://bookre.org/reader?file=747237&pg=2 (дата обращения 31.03.20)

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СРЕДА ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА И ЕЕ РОЛЬ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ

К.А. Кайдаш – студентка 323 гр. педиатрического факультета

Кафедра философии и гуманитарных дисциплин

ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, Ставрополь, Россия

Научный руководитель - к.п.н., доцент Э.Г. Абакарова

Терапевтическая среда – это комплексное понятие, включающее в себя все, что окружает пациента (предметы, персонал больницы, другие пациенты, процессы, события). Особенность терапевтической среды в психиатрической больнице заключается в том, что она является фактором лечения и оказывает непосредственное влияние на терапевтический процесс.

Актуальность выбранной темы обусловлена тем, что в настоящее время терапевтическая среда психиатрических стационаров зачастую не соответствует не только гигиеническим стандартам, но и биоэтическим. Поэтому она не только не оказывает влияния на процесс лечения, но и может усугубить его.

Цель: анализ терапевтического потенциала среды, в которой находится больной во время пребывания в стационаре и ее роль в лечении больных. **Материалы и методы**: анализ научной литературы и результатов опроса пациентов СККПБ №1 г. Ставрополя

Результаты исследования. Одной из особенностей психиатрического стационара

является более длительный срок пребывания в нем больных (не менее двух-трех месяцев), поэтому важным компонентом терапевтической среды является предметы и планировка палат и здания. Обычные «белые» палаты будут только обострять желание пациента вернуться в привычную среду. Поэтому необходимо создать максимально комфортные коммунальные условия на период пребывания пациента в стационаре. Во многом, эта проблема зависит от финансирования психиатрических больниц. Однако есть вещи, которые могут быть осуществлены и в условиях недостаточного финансирования. Цвет обоев, мебели, постельное белье, разрешение носить свою одежду, декорации. Чем больше условия приближены к «не стационарным» тем быстрее пациент может адаптироваться к новым условиям, что необходимо для начала лечения. В настоящее время установлено, что цвета разного спектра оказывают определенное влияние на психику человека. Таким образом, цветовая гамма в палатах должна быть подобрана, исходя из особенностей заболевания пациентов.

Еще одним компонентом терапевтической среды являются процессы и события, происходящие в стационаре. Под этим подразумевается организация досуга и занятости больных.

В психиатрических больницах существуют различные кружки, отделения трудотерапии, арттерапии.

Одним из первых психиатров, уделявших внимание окружающей в стационаре пациента среде, был французский психиатр Пол Сивадон. Сивадон создал во Франции больницу, непохожую на остальные. В ней уделялось внимание не только бытовым условиям, которые максимально были приближены к нормальным (парикмахерские, комнаты досуга, цветы повсюду и т.д.), но и отношению персонала к пациентам. Каждый сотрудник должен был быть учтив и вежлив. Во Франции Пола Сивадона называют отцом современной французской психиатрии, и по сей день его идеи положены в основу устройства психиатрических больниц. В настоящее время в СККПБ №1 реализуются множество программ: тренинг навыков творческой активности, арттерапия, коммуникативный тренинг, отделение трудотерапии групповое психологическое консультирование, тренинг ЗОЖ и др. Однако эти программы реализуются во многих отечественных психиатрических больницах в качестве реабилитации, но не терапии.

Третьим компонентом терапевтической среды являются сами отношения психиатра с пациентом. Рассмотрим его на примере клинического случая, приведенного в 1905 немецким психиатром Эмилем Крепелином на лекции по психиатрии своим студентам: «Пациент М. 18 лет, студент с «признаками» кататонического расстройства. Входит в аудиторию, широко расставив ноги. Когда его спросили, где он находится, он ответил: «Вы тоже это хотите узнать? Я расскажу вам, кто измеряется, кто измерен и будет измеряться…» [1] Когда его спросили, как его зовут, он кричал «Как его зовут? Что он закрывает? Он закрывает глаза. Он ничего не

понимает. Что он имеет в виду?»» Крепелин отметил полную недоступность пациента: несмотря на то, что он слышал все вопросы, он не дал никакой полезной информации, его речь представляла собой последовательность бессвязных фраз, что являлась для Крепелина лишь дополнительными «признаками» болезни. Однако спустя 55 лет этот клинический случай был проанализирован шотландским психиатром Рональдом Лэнгом. Лэнг детально изучил ответы на каждый вопрос Крепелина и сделал вывод о том, что поведение этого пациента можно рассмотреть как выражение его отношения к самому психиатру и к происходящему на лекции. Слова: «Вы тоже это хотите узнать? Я расскажу вам, кто измеряется, кто измерен и будет измеряться…» означают, что пациенту не нравится демонстративное изучение его на лекции перед большой аудиторией. [5, с. 22] Ему хочется быть услышанным, а не измеренным. Так же для Лэнга было очевидно, что ответ: «Как его зовут? Что он закрывает? Он закрывает глаза. Он ничего не понимает. Что он имеет в виду? Когда я велю ему смотреть, он смотрит не надлежащим образом…» является лишь пародией пациента на психиатра, своеобразный протест против такой формы взаимоотношений врача и пациента, при которой пациент лишь объект, который нужно описать и измерить. Проблема, с которой сталкивается отечественная психиатрия, заключается в том, что психиатры смотрят на пациентов как на объект лечения, ограничиваясь лишь наблюдением за поведением больных. Преодолеть «недоступность» психически больных стало возможным после того, как психиатры обратили внимание на диалогическую модель философа Мартина Бубера. По Буберу, существует 2 вида диалогической связки: Я-Оно (что-то) и Я-Ты (кто-то). [3] Если психиатр воспринимает пациента как бездушный объект изучения, то между ними возникает связь «Я – Оно», а если психиатр смотрит на поведение пациента как на его отношение к себе и тому, что его окружает, то возникает связь «Я-Ты», которая позволяет психиатру установить более надежный контакт с пациентом, а пациенту – чувствовать себя равноправным партнером в лечении, которого стараются услышать. Независимый психиатрический журнал провел многоцентровой анонимный социологический опрос, в ходе которого была проведена оценка качества оказания психиатрической помощи и выяснены пожелания пациентов СККПБ №1: визиты родных в течение всего дня; сохранение передач близких в запирающихся тумбочках; больше прогулок; взаимопонимание с врачом, медперсоналом; улучшение питания; ослабление ограничений курения; стол для настольного тенниса; улучшение качества питьевой воды. [2, с. 59] Как видно из этого социологического опроса, пожелания больных связаны с коммуникативными и социальными потребностями и даже не требуют дополнительного финансирования (за исключением улучшения качества питания и питьевой воды).

Выводы. Таким образом, можно сделать вывод о том, что терапевтическая среда в психиатрическом стационаре – это сложная система, в которой каждый из компонентов является фактором, оказывающим влияние на состояние психического здоровья пациента и

процесс лечения. Как сказал французский психиатр Пол Сивадон: «Больница сама является средством терапии, и если оно холодное, трудно добиться успеха».

Список литературы:

1. Kraepelin.E. Lectures on Clinical Psychiatry. L, 1905.
2. Былим И.А., Любов Е.Б. Пациенты и их близкие: оценка качества психиатрической помощи // Психическое здоровье. 2010. Т. 51, № 8. С. 56–71.
3. Мартин Бубер «Я и Ты», [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://lib.ru/FILOSOF/BUBER/ihunddu1.txt
4. Музей истории СтГМУ. Фонд А.Я. Доршта. Рукопись «О показательном эксперименте в новой организации психиатрического дела…» на 5 л
5. Р.Д. Лэйнг, Расколотое «Я». Феноменология переживания и Райская птичка – М.: ИОИ,2017 – 350 с.

ПРОБЛЕМА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭЛЕКТРОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЕТЬМИ И ПОДРОСТКАМИ В КУРСКЕ

М. В. Смоляков – студент 13 гр. лечебного факультета

Кафедра философии

ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, Курск, Россия

Научный руководитель - к.ф.н., доцент Т. Г. Кульсеева

Актуальность. В эпоху глобализации и развития цифровых технологий, происходит логичный процесс углубленной интеграции между человеком и девайсами обеспечивающими удобное социальное, экономическое и культурное взаимодействие, что в немалой степени отражается на институте семьи. Регулярное использование технических устройств, таких как мобильные телефоны, планшеты, ноутбуки уменьшают время вербального, живого общения среди людей. Такое социальное поведение зачастую перенимается младшими поколениями, что способно вызывать опасение в плане когнитивного, психологического, физического развития.

Цель исследования. Изучить мнение жителей города Курска по проблеме применения электронных технологий детьми и подростками

Материалы и методы исследования. В процессе изучения проблемы данной тематики использовался анализ документов и литературы, анкетирование и статистическая обработка данных. Для работы было опрошено 120 респондентов. Опрос проводился среди жителей Курска старше 20 лет, у которых есть дети. Статистическая обработка результатов исследования проводилась при помощи программ Microsoft Excel и «Статистика».

Результаты исследования. Среди опрошенных было выявлено, что родители чаще всего

позволяют пользоваться своим мобильным телефоном для развлекательных целей в возрасте от 4-5 лет, при этом 44,5% детей респондентов уже в 6-7 лет владеют своим телефоном. У 95,6% подростков 10-15 лет, чьи родители проходили опрос, имеется свой мобильный девайс или планшет. Более 50% родителей активно используют электронные приспособления для развития своих детей, особенно в возрасте до 7 лет, в этот же возрастной промежуток идет максимальный контроль над временем использования устройств и посещаемых ресурсов. Отмечается, что больше 36,6% родителей хотели бы иметь возможность для более расширенного контроля, но имеют значительный дефицит времени. По мнению двух третей анкетируемых их дети и подростки скрывают свою жизнь в интернете и социальных сетях, посещение контента который имеет возрастные ограничения. Около 25% родителей считают, что ребенок имеет компьютерную зависимость, и столько же взрослых имели проблемы с детьми возраста 10-15 лет связанные с компьютерной жизнью. Данная группа имеет наибольший процент конфликтности. Выяснилось, что имеет место быть обеспокоенность в отношении неврологического и психологического развития, а также когнитивных функций, при этом большинство опрошенных считают, что при умеренном и рациональном использовании гаджетов и сети интернет, это может способствовать развитию возможностей ребенка.

Выводы. Выявлена тенденция к увеличению частоты взаимодействий детей и подростков с электронными технологиями и устройствами для выхода в интернет. Как правило дети не обладают достаточно эффективным самоконтролем чтобы ограничить время пребывания за своим или родительским девайсом, что может вести к переносу своей социально-познавательной активности в сеть, пытаясь выйти из под наблюдения родителей, создавая тем самым конфликтную ситуацию.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ТЕРАПИЯ..... 6

ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ В ГОРОДЕ: СЕЗОННОСТЬ ОБРАЩАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ П.Я. Гамзатова - аспирант 6

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ПОЧКИ: ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭНДОТЕЛИНА-1 С СУБКЛИНИЧЕСКИМИ МАРКЕРАМИ ПОРАЖЕНИЯ ФУНКЦИИ ПОЧЕК А.Т. Бейбалаева – старший лаборант, З.М.Саидова - ассистент 8

МЕЛАТОНИН И ЕГО РОЛЬ В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ Л.Н. Мусаева - аспирант 10

МНОГОФАКТОРНАЯ ОЦЕНКА РАБОТЫ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ А. М. Гаджиева - студентка 4-го курса лечебного факультета 12

ПАРАМЕТРЫ ВДОХА СПИРОМЕТРИИ А.А. Шахмилов – студент 313 гр. лечебного факультета, М.М. Омаров – врач функциональной диагностики МКБ ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России 14

ОСОБЕННОСТИ ДЕБЮТА НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО АОРТОАРТЕРИИТА ПРИ ПЕРВИЧНО ВЫЯВЛЕННОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА Н.С. Быстрицкая - студентка 1 гр. лечебного факультета, Д.К. Волобуев - студент 1 гр. лечебного факультета 16

АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ ОТ ИНФЕКЦИИ COVID-19 В ГОРОДСКОМ СТАЦИОНАРЕ А. М. Газалиева - студентка 4-го курса фармацевтического факультета 17

МАРКЕРЫ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ Р.Р. Жданов – студент 516 группы лечебного факультета, Д.А. Резбаева, Т.К. Шагарова – студентки 313 группы лечебного факультета ... 20

ОСМОЛЯРНЫЙ КЛИРЕНС И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА И.Х. Адамокова – студент 9Б гр. лечебно-профилактического факультета 23

ЛИПИДНЫЙ ПРОФИЛЬ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ПНЕВМОНИИ Д. Н. Вашкова, Т. В. Черенкевич – студенты 1321 гр. лечебного факультета 24

НЕКОТОРЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПО ДАННЫМ АНАЛИЗА ИСТОРИЙ БОЛЕЗНИ СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА ОБУЗ КГК БСМП Г. КУРСКА А.Ю. Ляшев – студент 5 курса 4 группы лечебного факультета 26

ОЦЕНКА ВОЗРАСТА ЛЁГКИХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВИТАЛОГРАФА У КУРЯЩЕГО И НЕКУРЯЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ В ДАГЕСТАНЕ Э.М. Меджидова - студентка 3 курса 40 группы лечебного факультета 27

ЗНАЧИМОСТЬ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ ТРЕВОЖНОСТИ И ДЕПРЕССИИ В РАЗВИТИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ Д.С. Подкопаева – студент лечебного факультета 30

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГЕМОБЛАСТОЗОВ В РД А.А. Будаг-заде - студент 313 гр. лечебного факультета, Р.М. Магомедов - студент 316 гр. лечебного факультета, А.Г. Абдуллаев - студент 334 гр. лечебного факультета 33

ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В.И. Шевцова – ассистент, к.м.н., Ю.А. Котова – доцент, к.м.н., А.Н. Шевцов – доцент, к.м.н., Е.А. Тимошина – студентка 604 группы лечебного факультета 35

ТИП ПОСТОКЛЮЗИОННОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ И НЕОБХОДИМОСТЬ

МЕХАНИЧЕСКОЙ РЕКАНАЛИЗАЦИИ В ПРОГНОЗЕ ПАЦИЕТА С ХОКА Д.Н. Гарань, студент 4 курса лечебного факультета, Е.В. Бережная, студент 3 курса лечебного факультета 37

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОМЕЗА И НЕКСИУМА В РАЗЛИЧНЫХ СХЕМАХ ЭРАДИКАЦИИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ Ляшев А.Ю. – студент 5 курса 4 группы лечебного факультета Проняева Т.В. – студентка 5 курса 2 группы педиатрического факультета 39

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ Н. Н. Велиханова – студентка 418 гр. лечебного факультета, К.А. Магомедова – ассистент кафедры факультетской терапии 41

АНАЛИЗ СЕРДЕЧНОСОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ЗА 2017-2019 ГГ. В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА М. Г. Анфилова – студент 1 гр. лечебного факультета, П. П. Востриков – студент 2 гр. лечебного факультета 43

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАНИЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА И ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ М.Г. Анфилова – студент 1 гр. лечебного факультета, П.П. Востриков – студент 2 гр. лечебного факультета 44

КЛИНИЧЕСКОЕ СРАВНЕНИЕ ТЕРАПИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НЕИНВАЗИВНОГО МЕТОДА ДИСТАНЦИОННОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ Д.М. Абдуллаева – студентка 526 гр. лечебного факультета, Б.С. Абдуллаева – ассистент 45

ХИРУРГИЯ 47

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОСТРЫХ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ М.А. Ахмедова – студентка 305 гр. стоматологического факультета 47

ОБУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ ТЕХНОЛОГИЯМ С.С. Бурмистрова – студентка 16 гр. лечебного факультета 48

МЕТОДИКА NOSES, КАК СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД ХИРУРГИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА Ф.Д. Кочетков - студент 50

ПРИЧИНЫ ДОСУТОЧНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В ГКБ-1 ГОРОДА МАХАЧКАЛЫ Д. Г. Хайбулаева - студентка 413 группы педиатрического факультета, З. К. Гереева - ассистент 52

НОВЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСТПУНКЦИОННОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ ПРИ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ М. М. Исагаджиева – студентка 511 группы педиатрического факультета 53

ПОКАЗАНИЯ К ОТСЕЧЕНИЮ ЕДИНСТВЕННОЙ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ А.И. Юсупова - студентка 312 гр. стоматологического факультета 56

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ЛАКТАЦИОННОГО МАСТИТА М.П. Султанова - студентка, Османов Р. С. - к.м.н., доцент 58

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЭКТОМИИ А. А. Татамов– студент 309 группы лечебного факультета 59

СТОМАТОЛОГИЯ 62

АНТЕНАТАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ М.О. Рамазанова[1] – клинический ординатор, М.А. Ахмедова[2] – студентка 305 гр.стоматологического факультета,

К.М. Ильясов² - студент 510 гр. стоматологического факультета 62

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА Г.М-А. Будайчиев– молодой ученый, М.Н. Меджидов - д.м.н., доцент 63

АНАЛИЗ ПРИЧИН НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА М.А. Ахмедова – студентка 305 гр. стоматологического факультета, К.М. Ильясов - студент 510 гр. стоматологического факультета, Г.М-А. Будайчиев – молодой ученый, М.Н. Меджидов – д.м.н., доцент 64

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И АКТУАЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ВИНИРОВ В СОВРЕМЕННОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ Г.М-А. Будайчиев – молодой ученый, Т.А. Абакаров – к.м.н., доцент, Э.А. Ахмедова – к.м.н., доцент 65

МЕТОДЫ ПРОВЕДЕНИЯ ПРЯМОЙ КОМПОЗИТНОЙ РЕСТАВРАЦИИ ФРОНТАЛЬНОЙ ГРУППЫ ЗУБОВ Д.М. Иналов – студент 410 гр. стоматологического факультета, М.А. Ахмедова – студентка 305 гр.стоматологического факультета, П.Д. Кудаева – молодой ученый 66

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ, НЕ СОДЕРЖАЩИХ ФТОР У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА Д.М. Иналов– студент 410 гр. стоматологического факультета М.А Ахмедова. – студентка 305 гр. стоматологического факультета З.Т. Хижалова – молодой ученый 67

ВЛИЯНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН НА РАЗВИТИЕ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ М.О. Рамазанова¹ – клинический ординатор, М.А. Ахмедова² – студентка 305 гр.стоматологического факультета, К.М. Ильясов² - студент 510 гр. стоматологического факультета 68

ВЫБОР ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗНОГО СТОМАТИТА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА М.А. Ахмедова - студентка 305 гр. стоматологического факультета, Г.М-А. Будайчиев – молодой ученый, М.Н. Меджидов – д.м.н., доцент 69

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ДЕСНАХ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИМ ГИНГИВИТОМ Г.М-А. Будайчиев, Р.Т. Кафаров – молодые ученые, М.Н. Меджидов – д.м.н., доцент 71

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЗУБНЫХ ПАСТ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРЕСТЕЗИИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ Н.М. Меджидова– ассистент, Г.М-А. Будайчиев– ассистент, Х.О. Омарова – к.м.н., доцент 72

ПРОФИЛАКТИКА ГИПЕРЕСТЕЗИИ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ И ЛИЦ МОЛОДОГО 73

ВОЗРАСТА Г.М-А. Будайчиев– ассистент, П.Д. Кудаева– молодой ученый, Х.О. Омарова – к.м.н., доцент 73

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ РЕАКЦИИ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА НА ПРЕПАРИРОВАНИЕ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ Г.Р. Гусенов – студент 405 группы стоматологического факультета 74

ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИСТОПИИ ОТДЕЛЬНЫХ ЗУБОВ Г.Р. Гусенов – студент стоматологического факультета 405 группы 76

A RETROSPECTIVE STUDY OF COMPLICATIONS AFTER IMPLANTATION IN DENTAL CLINICS OF TASHKENT CITY B.A. Batirov, N.B. Sofieva, B.Y. Bafoev (students) 77

РАЗРАБОТКА МЕТОДИКИ АНАЛИЗА КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ Б.М. Муртазалиева – студентка 405 гр. стоматологического факультета 81

PROPHYLAXIS OF THE ALVEOLITIS AT THE PATIENTS SUFFERING FROM THE DIABETES MELLITUS OF SECOND TYPE Sofieva N.B., Batirov B.A.. (students) 83

ПОВЫШЕНИЕ УСТОЙЧИВОСТИ ЭМАЛИ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ К ВОЗНИКНОВЕНИЮ И РАЗВИТИЮ КАРИЕСА ПУТЕМ ОБРАБОТКИ ЭМАЛИ ФТОРСОДЕРЖАЩИМИ ЛАКАМИ И ГЕЛЯМИ Т.Е. Соколова – клинический ординатор 84

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СТОМАТОФИТ® ЭКСПЕРТА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СТОМАТИТА РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ Н.Д. Меджидова[1] - врач-педиатр, М.Н. Меджидов[2] - д.м.н., доцент 86

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕМИНЕРАЛИЗУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ РАЗВИТИЯ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ЗУБОВ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОФИСНОГО ОТБЕЛИВАНИЯ Ю.О. Чен – ординатор 1 года, Я.Б. Перов – ординатор 2 года 88

РАЗВИТИЕ БАКТЕРИЕМИИ ПОСЛЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ РАЗЛИЧНОМ СОСТОЯНИИ ПАРОДОНТА И. С. Сулейманов[1] - студент 410 группы стоматологического факультета, А.А.Тимофеев[2] - ассистент, Ю. Н. Кажлаев[1] - доцент....89

ОСНАЩЕНИЕ ФАНТОМНОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА БЛОЧНО-СОПРЯЖЕННЫМИ ПНЕВМОГИДРОКОМПЛЕКСАМИ И.С. Сулейманов - студент 410 группы стоматологического факультета, Ю.Н. Кажлаев - доцент 91

УСОВЕРШЕНСТВОВАННАЯ МЕТОДИКА ФИКСАЦИИ ИНТРАДЕНТАЛЬНЫХ ШТИФТОВЫХ КОНСТРУКЦИЙ И.С. Сулейманов - студент 410 группы стоматологического факультета, Ю.Н. Кажлаев - доцент 93

К ВОПРОСУ О ВЛИЯНИИ ОСТРОГО ПАРОДОНТИТА НА СОЕДИНИТЕЛЬНО-ТКАННЫЙ МАТРИКС ПАРОДОНТА А.Ю. Ляшев – студент 5 курса 4 группы лечебного факультета, Т.В. Проняева – студентка 5 курса 2 группы педиатрического факультета, В.С. Сериков - кандидат медицинских наук, доцент кафедры стоматологии детского возраста 95

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН А.А. Гафурова – ассистент, М.Н. Меджидов – д.м.н., доцент 97

МЕЛАТОНИН И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА СОЕДИНИТЕЛЬНО-ТКАННЫЙ МАТРИКС ПАРОДОНТА ПРИ ОСТРОМ ПАРОДОНТИТЕ А.Ю. Ляшев – студент 5 курса 4 группы лечебного факультета, Т.В. Проняева – студентка 5 курса 2 группы педиатрического факультета, В.С. Сериков - кандидат медицинских наук, доцент кафедры стоматологии детского возраста 100

ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ БАЛЬНЕОТЕРАПИИ ПАРОДОНТИТА НА МОРФОЛОГИЧЕСКУЮ КАРТИНУ КРОВИ К.А. Байрамов – ассистент, М.Н. Меджидов – д.м.н., доцент 102

ХАРАКТЕРИСТИКА МИКРОБИОТЫ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА А.В. Разилова – аспирант кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии 105

ПЕДИАТРИЯ И ДЕТСКИЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ 107

АУТОИММУННЫЙ ПОЛИГЛАНДУЛЯРНЫЙ СИНДРОМ 1 ТИПА Е.С. Козлова, Р.Д. Агишев, Д.К. Базарбаев - студенты 32 гр. педиатрического факультета 107

МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ СИНДРОМ ИЦЕНКО-КУШИНГА У ДЕТЕЙ А.П. Пахомов - студент 108

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЭКССУДАТИВНОГО ПЕРИКАРДИТА (ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ) Д.К. Волобуев – студент 1 гр. лечебного факультета, А.А. Гусева – ассистент кафедры педиатрии, Н.Д. Кривдина – ассистент кафедры педиатрии, М.Г. Анфилова – студентка 1 гр. лечебного факультета 111

ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ 114

ГЕМАНГИОМЫ РЕКТОСИГМОИДНОГО ОТДЕЛА ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ А.Т. Егорская - студент 317 группы педиатрического факультета 114

ГЛАЗНЫЕ БОЛЕЗНИ 116

ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 У БОЛЬНЫХ И МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА COVID-ГОСПИТАЛЯ А.О. Магомедова, А.М. Гасанова, А.Э. Салаватова, З.М. Исмаилова – молодын ученые 116

ТАБАКОКУРЕНИЕ КАК ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА ПОКАЗАТЕЛИ СВЕТОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ СЕТЧАТКИ И ЕЕ СВЯЗЬ СО СРЕДНИМ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИМ ДАВЛЕНИЕМ Е. М. О. Корниенко – студентка 2409 гр. педиатрического факультета 119

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТАВА МИКРОФЛОРЫ КОНЪЮНКТИВЫ ГЛАЗА ПРИ НОШЕНИИ КОНТАКТНЫХ ЛИНЗ Е. К. Гасанов – студент 3 курса Школы Общей Медицины 122

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ 124

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ: НОВЫЙ ТРИГГЕР В РАЗВИТИИ ОСТЕОПЕНИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В МЕНОПАУЗЕ Р.Ш. Абдулаева - студентка 5 курса лечебного факультета 124

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И СПОСОБ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ У ЖЕНЩИН С АНОМАЛИЯМИ СТРОЕНИЯ МАТКИ Рамазанова М.О. - клинический ординатор 125

НОВЫЙ ПРЕДИКТОР ПРЕЭКЛАМПСИИ С.М. Ибрагимова - аспирант 126

СТАДИИ РАЗВИТИЯ СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА В ПОЛОСТИ МАЛОГО ТАЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭТИОЛОГИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С.А. Погосян - студентка лечебного факультета, 5 курса, 10 группы, А.А. Шарапов - студент стоматологического факультета, 5 курса, 15 группы 127

РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ПУТЕМ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В ГБУ РО «ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ РОДИЛЬНЫЙ ДОМ №1» ЗА 2019 Г. АНАЛИЗ ПО МЕТОДИКЕ РОБСОНА С.Р. Агафонов - студент 17 группы 4 курса лечебного факультета 129

АНАЛИЗ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ И ДАННЫХ АНАМНЕЗА У ПАЦИЕНТОК С НЕСОСТОЯТЕЛЬНЫМ РУБЦОМ НА МАТКЕ Е.С. Чечулин – студент 515 гр. лечебного факультета 131

НЕРВНЫЕ БОЛЕЗНИ 134

СИНДРОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ С ЭПИЛЕПСИЕЙ М.Д. Шанавазова, М.А. Аскевова, М.Д. Абдулкадырова – молодые ученые 134

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ: ИШЕМИЧЕСКОГО И ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТОВ К.А. Исмаилова - студентка 330 группы лечебного факультета 136

ПЕРИОДИЧЕСКИЕ ДВИЖЕНИЯ КОНЕЧНОСТЕЙ ВО СНЕ И ТЕЧЕНИЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ МИКРОАНГИОПАТИИ: ПРОТОКОЛ КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ Е.Д. Болотина - аспирант 142

ГИПОВОЛЕМИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ А.А. Чечулин – студент 1429 гр. лечебного факультета 144

ПСИХИАТРИЯ И НАРКОЛОГИЯ 147

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РЕКУРРЕНТНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ Т.В. Проняева – студентка 2 группы педиатрического факультета 147

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ 149

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОБСТАНОВКА С ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ В Г. МАХАЧКАЛЕ К.С. Сулейманова, З.З. Магомедова – студентки 5 курса лечебного факультета 149

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ С ФЕТАЛЬНЫМ АЛКОГОЛЬНЫМ СИНДРОМОМ ПЛОДА А.К. Салманова, М.Е. Груббэ - студенты 634 гр. педиатрического факультета 151

ПОДОЗРИТЕЛЬНЫЙ СЛУЧАЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ С.С. Каримова, С.Н. Битимиров, А.Ж. Киебаева - резиденты, Маукаева С.Б. - ассистент 153

COVID-19 В КАЗАХСТАНЕ М.Б. Мусабеков, Д. Балтабай, Л. Камзина - студенты, С.С. Каримова, А.Ж. Киебаева, С.Н. Битимиров, - резиденты, Маукаева С.Б. - ассистент 156

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ СТУДЕНТОВ КУРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА О МЕРАХ ПРОФИЛАКТИКИ ГРИППА И ОРВИ Д.С. Подкопаева – студент лечебного факультета 157

ТРАВМАТОЛОГИЯ, ОРТОПЕДИЯ И ВОЕННО-ПОЛЕВАЯ ХИРУРГИЯ 161

ОСОБЕННОСТИ ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ РАН ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ КОНЕЧНОСТЕЙ М.Н. Нурмагомедов – студент 514 гр. лечебного факультета 161

КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ 165

ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ТОПИЧЕСКИХ СРЕДСТВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПСОРИАЗА М.А. Ахмедова – студентка 3 курса стоматологичесмкого факультета 165

ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИЯ..... 167

ОПТИМИЗАЦИЯ ВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ С ОСТАТОЧНЫМИ ТУБЕРКУЛЕЗНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ В ЛЕГКИХ П.Э. Шейхмагомедова, Г.М. Магомедова, С.М. Бабаева, Х.И. Абдулаева, А.М. Исакова - клинические ординаторы 167

УРОЛОГИЯ 169

О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ОДНОВРЕМЕННОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ СУПРУЖЕСКОЙ ПАРЫ НА ИНФЕКЦИИ ПЕРЕДАЮЩИЕСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЁМ М.А. Абдуллаев - клинический ординатор, Р.Т. Савзиханов - к.м.н., ассистент 169

ОНКОЛОГИЯ, ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ..... 170

СКРИНИНГ РАКА МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН Х.Ш. Джалаева - студентка 2 курса педиатрического факультета, Р.Ш. Абдулаева - студентка 5 курса лечебного факультета 170

АНАЛИЗ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ И ХРОНИЧЕСКИМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН ПО РЕЗУЛЬТАТАМ СТАЦИОНАРА ОТДЕЛЕНИЯ ОНКОГЕМАТОЛОГИИ ГБУ РД «РЕСПУБЛИКАНСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА» А.М. Гаджиева - студентка 426 группы лечебного факультета, З.З. Аскерова - студентка 426 группы лечебного факультета 170

СПЛЕНЭКТОМИЯ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ СЕРОЗНО-ПАПИЛЛЯРНОЙ АДЕНОКАРЦИНОМЕ ЯИЧНИКОВ Е.В. Бережная - студент 3 курса лечебного факультета,

А.П. Чернышова - студент 3 курса лечебного факультета 174

ЗНАЧЕНИЕ ИНФИЛЬТРИРУЮЩИХ ОПУХОЛЬ ЛИМФОЦИТОВ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Т. В. Черенкевич, Д. Н. Вашкова – студенты 1321 гр. лечебного факультета.....176

ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА, СПОРТИВНАЯ МЕДИЦИНА И МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ 178

ТРАВМАТИЗМ В КИКБОКСИНГЕ А. Н. Мамедов – студент группы 1206 2 курса лечебного факультета 178

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ А.Н. Гращенкова – аспирант 179

THE ROLE OF EXERCISES IN THE REHABILITATION PERIOD Е. К. Гасанов – студент 3 курса Школы Общей Медицины, С. Булегенова – студент 3 курса Школы Общей Медицины, А. Жакан – студент 3 курса Школы Общей Медицины 181

ФАРМАКОЛОГИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ, ФАРМАКОЭКОНОМИКА И ФАРМАЦИЯ 184

ВЛИЯНИЕ АЗИТРОМИЦИНА НА АДГЕЗИВНЫЕ СВОЙСТВА STAPHYLOCOCCUS AUREUS А.А. Курбанов - студент 5 курса лечебного факультета Сеченовского университета, М.А. Ахмедова– студентка 305 гр. стоматологического факультета.....184

РОЛЬ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ДОБАВОК К ПИЩЕ В ОЗДОРОВЛЕНИИ НАСЕЛЕНИЯ Э.Р. Шабанова - студентка 3 курса 36 гр. лечебного факультета.....185

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БЛОКАТОРОВ КАЛЬЦИЕВЫХ КАНАЛОВ (БКК) ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ. СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ БКК РАЗНЫХ ПОКОЛЕНИЙ К.А. Исмаилова - студентка 330 гр. лечебного факультета.....187

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОТИВОГРИБКОВЫХ СВОЙСТВ ПИРАЗОЛСОДЕРЖАЩИХ СОЕДИНЕНИЙ С МОЧЕВИННЫМ ФРАГМЕНТОМ В ПОЛОЖЕНИИ 3 ПИРАЗОЛЬНОГО ЦИКЛА А.А. Курбанов - студент 5 курса лечебного факультета Сеченовского университета, М.А. Ахмедова– студентка 305 гр. стоматологического факультета.....192

NASONEX IN THE TREATMENT OF COMPLICATIONS OF ALLERGIC RHINITIS AFTER RHINOPLASTY B. I. Dzhantemirov - 5th year student of the faculty of medicine, M.A. Akhmedova – 305-group student of the dental faculty.....193

ANIDULAFUNGIN (АНИДУЛАФУНГИН) - СОВРЕМЕННЫЙ ПРЕПАРАТ В ЛЕЧЕНИИ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОГО КАНДИДОЗА. КРАТКИЙ КЛИНИКО-ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЙ ОБЗОР Э.Р. Шабанова - студентка 3 курса 36 гр. лечебного факультета 196

TREATMENT OF EPILEPSY IN PREGNANT WOMEN AND THE PHYSICAL HEALTH OF THE CHILD B. S. Sultanmatova - student of 301 gr. pharmaceutical faculty.....199

ГЕСТАГЕНЫ МЕСТНОГО ДЕЙСТВИЯ, КАК ПРЕПАРАТ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ МАСТОПАТИИ Ш.Г. Лабазанова – студентка 303 гр. лечебного факультета 200

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ Н.Х. Назарова - студентка 301группы медико-профилактического факультета 203

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ПРЕПАРАТА «СТОПАНГИН» В ФОРМЕ АЭРОЗОЛЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОРЛА И ПОЛОСТИ РТА М.Г. Гаджиев – студент 305гр. педиатрического факультета 206

ВОСТРЕБОВАННОСТЬ И ДОСТУПНОСТЬ ПРОТИВОЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В Г.МАХАЧКАЛЕ И Г. КАСПИЙСКЕ Б.С. Султанматова – студентка 301 гр. фармацевтического факультета 207

О ВАЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ДИУРЕТИКОВ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ

СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ А.М. Абдулкеримов – студент 303 гр. леченого факультета 209

СИРИМОЛ – ПОДДЕРЖКА ПРИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ НАГРУЗКЕ Б.Ш. Самадов - ассистент, Ш.Ш. Мелибоева - ассистент, О.З. Шарипова - ассистент 211

КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ АЛЮМИНИЯ И МАГНИЯ В ПРЕПАРАТАХ «МААЛОКС» КОМПЛЕКСОНОМЕТРИЧЕСКИМ ТИТРОВАНИЕМ Э. А. Деникаева – студентка 2 гр. 2 курса фармацевтического факультета, Д. А. Савинова– студентка 2 гр, 2 курса фармацевтического факультета 212

ИССЛЕДОВАНИЕ СПРОСА НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН А.Х. Алибеккадиев - студент 3 курса 305 группы лечебного факультета 213

ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ СТРЕПТОКИНАЗОЙ И ТЕНЕКТЕПЛАЗОЙ. ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ ДАННЫХ ПРЕПАРАТОВ М. Ф. Гаджиев – студент 303 гр. лечебного факультета 215

ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕНОТОКСИЧНОСТИ АМОКСИЦИЛЛИНА, ЦИПРОФЛОКСАЦИНА, ПАРАЦЕТАМОЛА И АСПИРИНА МЕТОДОМ ALLIUM TEST А. А. Аминов, М. Ш. Шихмурадов, И. И. Эскендаров, А.А. Аль-тамари - студенты 3 курса лечебного факультета; С. Ш. Алиева - студент 3 курса педиатрического факультета 217

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ 220

ИЗУЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ НАСЕЛЕНИЯ О.А. Омарова – аспирант, С.Р. Гаджиев – студент 410 гр. стоматологического факультета 220

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ УЧАСТКОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ГОРОДСКИХ ПОЛИКЛИНИК ПО ВОПРОСАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ О.А. Омарова - аспирант 222

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОТРАВЛЕНИЙ УГАРНЫМ ГАЗОМ А.А. Ким - ассистент (соискатель) 225

ВЛИЯНИЕ ВООРУЖЕННОГО КОНФЛИКТА НА ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ Е.А. Абрамова - студентка 1гр. лечебного факультета 1, М.А. Мартынова - студентка 1гр. лечебного факультета 1 226

ЗАБВЕНИЮ НЕ ПОДЛЕЖИТ Е.А. Абрамова – студентка 1 группы 1 Лечебного факультета 227

БАРЬЕРЫ СВЯЗАННЫЕ С ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНЫМ ОПЛОДОТВОРЕНИЕМ А.Қ. Байқадамова - студент 229

ЧАСТОТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ СРЕДИ ПОДРОСТКОВОГО НАСЕЛЕНИЯ ДНР И ФАКТОРЫ ЕЕ ФОРМИРУЮЩИЕ В.К. Бочерова – студентка 1гр. 3 курса лечебного факультета 1, Д.М. Моисеенко – студент 4 гр. 2 курса педиатрического факультета 230

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ А.Н. Дуйсембаева – аспирант 1 года 232

СРАВНЕНИЕ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В БРЯНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2018-2019 ГОДЫ А.К. Гавриков, Д.И. Гаврикова – студенты 235

АНАЛИЗ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В НЕКОТОРЫХ ВОПРОСАХ БИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ У.С. Ефремова – студентка 101А гр. лечебного факультета 237

ОРГАНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ИНФЕКЦИОННОГО КОНТРОЛЯ НАСЕЛЕНИЯ, И ДОНОРОВ КРОВИ В.В. Лычак - студент 1гр. 3 к. медицинского факультета, Д.И. Хорошун - студентка 22 гр. 4к. медицинского факультета 239

ОБРАЗ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЕ А.Р.Абдулмеджидова – студентка 1 курса лечебного факультета 241

СЕМЬЯ, КАК ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ОСНОВА СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА Е.В. Ходюш - студентка 1гр., 3к, лечебного факультета 1, С.С. Харахордин - студент 1 гр., 3к, лечебного факультета 1 244

МОНИТОРИНГ РАЗВИТИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У СТУДЕНТОВ НАО «МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ СЕМЕЙ» Т.Е. Кажибекова, А.Ә. Кабдулинова - студенты, Н.Г. Разакова - ассистент 247

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА СИЛУ УРОВНЯ БИОЛОГИЧЕСКОЙ НАДЕЖНОСТИ ОРГАНИЗМА Е.Р. Александрова - студентка 1гр. 1к педиатрического факультета, В.А. Котилевская студентка 4 гр. 1к педиатрического факультета.....248

COMPARATIVE CHARACTERISTIC OF ANTROPOMETRIC INDICATORS OF ATHLETES INVOLVED IN RHYTHMIC GYMNASTICS Ismatova M.I.- basic doctoral student.....250

АНАТОМИЯ ЧЕЛОВЕКА..... 254

СИНДРОМ ЗАЩЕМЛЕНИЯ ПУДЕНДАЛЬНОГО НЕРВА У МУЖЧИН - АНАТОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ П.М. Будайчиева – студентка 205 гр. лечебного факультета, С.Т. Гусейнова – д.м.н., профессор, Т.С. Гусейнов – д.м.н., профессор.....254

МАКРО - И МИКРОСКОПИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ СУХОЖИЛЬНЫХ СТРУН ПРЕДСЕРДНО-ЖЕЛУДОЧКОВЫХ КЛАПАННЫХ АППАРАТОВ СЕРДЕЦ ПЛОДОВ П.М. Будайчиева– студентка 205 гр. лечебного факультета, Ф.С. Мамедов– студент 203 гр. лечебного факультета, С.Т. Гусейнова – д.м.н., профессор, Т.С. Гусейнов – д.м.н., профессор 255

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И ПОЛЯРИЗАЦИОННЫЕ СВОЙСТВА СУХОЖИЛЬНЫХ СТРУН СЕРДЕЦ ПЛОДОВ П.М. Будайчиева – студентка 205 гр. лечебного факультета, Ф.С. Мамедов – студент 203 гр. лечебного факультета, С.Т. Гусейнова – д.м.н., профессор, Т.С. Гусейнов – д.м.н., профессор.....256

МОРФОЛОГИЯ ЛИМФОИДНЫХ УЗЕЛКОВ И ЛИМФАТИЧЕСКОГО РУСЛА ТОНКОЙ КИШКИ У ЧЕЛОВЕКА В ОНТОГЕНЕЗЕ А. С. Шахбанова – студентка 225 гр. лечебного факультета, Ф.С. Мамедов - студент 203 гр. лечебного факультета, П.М. Будайчиева – студентка 205 гр. лечебного факультета, С.Т. Гусейнова – д.м.н., профессор, Т.С. Гусейнов – д.м.н., профессор.....257

ХИРУРГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ВНУТРИТАЗОВЫХ ВЕТВЕЙ НИЖНЕЙ ЯГОДИЧНОЙ АРТЕРИИ У МУЖЧИН ДОЛИХОМОРФНОГО СОМАТОТИПА В.Г. Балашова, З.А. Цейко – студенты 212 гр. лечебного факультета 258

КЛИНИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ГАЙМОРОВОЙ ПАЗУХИ В.И. Попова – студентка 2 группы лечебного факультета.....260

ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ ВНУТРЕННЕЙ ПОДВЗДОШНОЙ И МОЧЕПУЗЫРНОЙ ВЕН У МУЖЧИН ДОЛИХОМОРФНОГО СОМАТОТИПА З.А. Цейко, В.Г. Балашова – студенты 212 гр. лечебного факультета 262

НОРМАЛЬНАЯ ФИЗИОЛОГИЯ 265

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ГРУПП КРОВИ И ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ УСТОЙЧИВОСТИ В ПЕРИОД КОРОНОВИРУСНОЙ ПАНДЕМИИ З. М. Асадулаева – судентка 1 курса лечебного факультета, З.М. Кухмазова – студентка 2 курса лечебного факультета, Н.М. Абдулаева – студентка 4 курса лечебного факультета.....265

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СТУДЕНТОВ ДГМУ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19 (предварительные результаты) Э. Г. Рамазанова – студентка 2 курса лечебного факультета, Д. А. Абдуселимова – студентка 3 курса лечебного факультета.....268

ИЗУЧЕНИЕ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ УЧЕНИКОВ 8-11 КЛАСОВ ГИМНАЗИИ О ГИГИЕНИЧЕСКИХ ТРЕБОВАНИЯХ К РАБОТЕ С ЭЛЕКТРОННЫМИ УСТРОЙСТВАМИ *Н.М. Абдуллаева – студентка 3 курса лечебного факультета* 270

ИЗУЧЕНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ НЕУСТОЙЧИВОСТИ СТУДЕНТОВ В МЕЖСЕССИОННЫЙ И ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ ПЕРИОДЫ В УСЛОВИЯХ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ *С.Ш. Магомедова – студентка 4 курса лечебного факультета, Н.М. Абдуллаева – студентка 4 курса лечебного факультета*.....272

АНАЛИЗ ГРУППОВОЙ И РЕЗУСНОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ СТУДЕНТОВ 1 КУРСА НАО «МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ СЕМЕЙ» А.С. Садыкова, Ж.А. Айдосов, А.Д. Изгуттинова - студенты, Г.Р. Ибраева - ассистент 274

ТАБАКОКУРЕНИЕ КАК ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА ПОКАЗАТЕЛИ СВЕТОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ СЕТЧАТКИ И ЕЕ СВЯЗЬ СО СРЕДНИМ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИМ ДАВЛЕНИЕМ Е. М. О. Корниенко – студентка 2409 гр. педиатрического факультета 275

ОПЕРАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ И ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ 279

ХИРУРГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ВНУТРИТАЗОВЫХ ВЕТВЕЙ НИЖНЕЙ ЯГОДИЧНОЙ АРТЕРИИ У МУЖЧИН ДОЛИХОМОРФНОГО СОМАТОТИПА В.Г. Балашова, З.А. Цейко – студенты 212 гр. лечебного факультета 279

ОБЩАЯ ГИГИЕНА И ЭКОЛОГИЯ ЧЕЛОВЕКА 281

ОСОБЕННОСТИ ПОТРЕБЛЕНИЯ ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖЬЮ П.М. Будайчиева– студентка 205 гр. лечебного факультета, Ф.С. Мамедов – студент 203 гр. лечебного факультета, Магомедова У.А. – ассистент.....281

ДВИГАТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ П.М. Будайчиева– студентка 205 гр. лечебного факультета, Ф.С. Мамедов – студент 203 гр. лечебного факультета, У.А. Магомедова– ассистент 282

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ОБРАЗА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА А. Р. Сулейманов – студент 322 гр. лечебного факультета, С. О. Омарова – ассистент Х. Н. Абдуразакова – ассистент, М. Г. Магомедов– д.м.н., профессор 283

ИССЛЕДОВАНИЯ НА ЙОДОДЕФИЦИТ У СТУДЕНТОК ВОЛГГМУ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА А.В. Баюров – студент 203 гр. педиатрического факультета, Д.В.Журкина - студент 203 гр. педиатрического факультета 285

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПИТАНИЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ Е.Е. Барабашова, Е.А. Ерыгина, Р.М. Казаков, Т.А. Кочеткова – ст. 316 группы лечебного факультета 287

ВЛИЯНИЕ ВРЕДНЫХ ФАКТОРОВ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДАХ И.В. Кривяков, Д.А. Аргынгазина, А.Н. Толеухан, Ж.К. Турсынова – студенты 288

ЭТНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВОГО СТАТУСА ЖЕНЩИН МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА Л.Ш. Назарова – к.м.н., научный сотрудник[1]; Д.О. Каримов – к.м.н., заведующий отделом[1]; Д.Э. Мусабиров – младший научный сотрудник[2]; Д.Д. Каримов – младший научный сотрудник[1]; Э.Р. Кудояров – младший научный сотрудник[1]; М.В. Курилов – младший научный сотрудник[2] 290

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО СТАТУСА СРЕДИ ШКОЛЬНИКОВ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП Л.Ш. Назарова – к.м.н., научный сотрудник[1]; Д.О. Каримов – к.м.н., заведующий отделом[1]; Д.Э. Мусабиров – младший научный сотрудник[2]; Д.А. Смолянкин – младший научный сотрудник[1]; Э.Н. Усманова –

младший научный сотрудник[2]; А.С. Фазлыева – младший научный сотрудник[2] 291

ХАРАКТЕР ПИТАНИЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЛАДШИХ И СТАРШИХ КУРСОВ И ЖИВУЩИХ С РОДИТЕЛЯМИ И ОТДЕЛЬНО Е.С. Путинцева, Ю.В. Шмакова – молодые ученые 292

БИОТЕСТИРОВАНИЕ КАЧЕСТВА ПОЧВ С ПОМОЩЬЮ ДАФНИЙ М.М. Меджидов – студент 1 курса стоматологического факультета 293

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНТЕНСИВНОСТИ РАЗЛОЖЕНИЯ ЦЕЛЛЮЛОЗЫ В ПОЧВАХ, ПОДВЕРГАЮЩИХСЯ АНТРОПОГЕННОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ М.М. Меджидов – студент 1 курса стоматологического факультета 300

БИОЛОГИЧЕСКАЯ ХИМИЯ..... 305

ЦИРКАДИАННЫЕ РИТМЫ АКТИВНОСИ АЛЬФА-АМИЛАЗЫ В РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ П.М. Будайчиева– студентка 205 гр. лечебного факультета, Ф.С. Мамедов– студент 203 гр. лечебного факультета 305

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА 307

КОРРЕКЦИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ДЕСНЫ ПРИ ЛИМФОТРОПНОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ М. М. Гаджимурадова - студентка 321 гр. лечебного факультета, Ш. З. Магомедова - студентка 321 гр. лечебного факультета 307

EXPERIMENTAL PROTEIN-LIPID BLOOD PROFILE AT AUTOIMMUNE CONDITIONS M.M. Boboev - student 315 gr. Faculty of Medicine 309

ВЛИЯНИЕ ГЛЮКОЗАМИНОСУЛЬФАТА НА МИКРОЦИРКУЛЯЦИЮ В КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ МОДЕЛИРОВАННЫХ ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМАХ Д.И. Гаврикова, А.К.Гавриков – студенты 312

ИЗМЕНЕНИЕ ИНТЕГРАЛЬНОЙ ОПТИЧЕСКОЙ ПЛОТНОСТИ ГЛИКОГЕНА И МОРФОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕПАТОЦИТОВ ПРИ ЭКСТРЕМАЛЬНОЙ ГИПОТЕРМИИ Ю.С. Оловянников – студент 310 гр. лечебного факультета 314

ДИСТАНТНОЕ ИШЕМИЧЕСКОЕ ПОСТКОНДИЦИОНИРОВАНИЕ – ИННОВАЦИОННАЯ МЕТОДИКА КАРДИОПРОТЕКЦИИ В. В. Севрукевич – студент 1324 гр. лечебного факультета 317

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЙ АУТОИММУННЫЙ ТИРЕОИДИТ Т.М. Дибиров - ассистент, М.М. Бакуев – зав. кафедрой, профессор, Р.К. Шахбанов - доцент, У.Б. Алиева - доцент, А.З. Алиева – ассистент, М.Н. Асадулаева - доцент 318

ЮРИДИЧЕСКИЕ НАУКИ..... 322

ЮРИДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ФЕЙК-НЬЮС О НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 Н.С. Певцова – магистр гр. КМП-21юридического факультета 322

ИННОВАЦИИ В ОБРАЗОВАНИИ..... 326

ИССЛЕДОВАНИЕ МОТИВАЦИИ СТУДЕНТОВ ДАГЕСТАНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА К ИЗУЧЕНИЮ АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА С.А. Хамаев – студент 340 гр. лечебного факультета 326

ОПЫТ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА НА КАФЕДРЕ ФТИЗИАТРИИ В ЭПОХУ COVID-19 Э.Р. Крюков – студент 347 гр. лечебного факультета, А.Г. Наумов – ассистент 327

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМПЬЮТЕРНОЙ ПРОГРАММЫ DISCORD В ДИСТАНЦИОННОМ ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА НА КАФЕДРЕ ФТИЗИАТРИИ А.Г. Наумов – ассистент, Э.Р. Крюков – студент 347 гр.

лечебного факультета 329

ФИЛОСОФИЯ 332

ЭВТАНАЗИЯ - ДОБРО ИЛИ ЗЛО? А.А. Загидова - студентка 2 курса лечебного факультета 332

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ СУРРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА М. В. Смоляков - студент 13 гр. лечебного факультета 335

ВЛИЯНИЕ ИЛЛЮЗИИ ВОСПРИЯТИЯ НА ЧАСТОТУ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ М.В. Хачатрян - студентка 212 гр. лечебного факультета 336

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СРЕДА ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА И ЕЕ РОЛЬ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ *К.А. Кайдаш – студентка 323 гр. педиатрического факультета* 339

ПРОБЛЕМА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭЛЕКТРОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЕТЬМИ И ПОДРОСТКАМИ В КУРСКЕ М. В. Смоляков – студент 13 гр. лечебного факультета 342

М А Т Е Р И А Л Ы

68-й
ВСЕРОССИЙСКОЙ
НАУЧНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ И СТУДЕНТОВ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

ISBN 978-5-00128-550-2