ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России
Совет молодых ученых и студентов

МОЛОДЕЖЬ, НАУКА, МЕДИЦИНА

СТАТЬИ
64-й Всероссийской межвузовской студенческой научной конференции с международным участием
ТОМ 2
Россия, г. Тверь, 19-20 апреля 2018 г.

Тверь 2018 г.

УДК 378.2:61

ББК 51.1 (2)
М755

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:
М. Н. Калинкин, И. А. Жмакин, Д. В. Килейников, И. Ю. Колесникова,
Е. С. Михайлова

РЕЦЕНЗЕНТЫ:
Евстифеева Е. А., проректор по научной работе ФГБОУ ВО ТвГТУ, д-р философ. наук, профессор;
Мазур Е. С., заведующий кафедрой госпитальной терапии и профессиональных болезней ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, д-р мед. наук, профессор.

М755 Молодежь, наука, медицина [Текст]: статьи 64-й Всероссийской межвузовской студенческой научной конференции с международным участием / Твер. гос. мед. ун-т; редкол.: М. Н. Калиникин [и др.]. – Тверь: Твер. гос. мед. ун-т, 2018. – в 2-х томах, 2-й том, 447 с.

В сборнике статей конференции опубликованы работы студентов, аспирантов и преподавателей из медицинских и других учебных заведений России, Белоруссии, Казахстана, Таджикистана, Узбекистана и Украины.

В нем представлены как результаты экспериментальных исследований, так и публикации по клинической тематике различных направлений: неврология, педиатрия, хирургия, терапия, гинекология и др. В материалах конференции рассмотрены актуальные вопросы современной медицины.

Сборник предназначен для широкого круга читателей.

УДК 378.2:61
ББК 51.1 (2)

© ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, 2018

УДК 613.2:546.175

Д. Ю. Котова, Л. А. Петрова, Т. О. Салихова, 3 курс, лечебный факультет;
А. В. Смирнов
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра гигиены и экологии
Научный руководитель: ассистент А. В. Смирнов

ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ НИТРАТОВ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

На увеличение запросов человечества на продукты питания научный прогресс отвечает интенсификацией сельскохозяйственного производства. Использование удобрений – это один из наиболее простых способов повысить урожайность. Он распространен как на сельскохозяйственных предприятиях, так и в частных хозяйствах, что приводит к увеличению нитратов в воде и растительных продуктах. В связи с этим возрастает химическая нагрузка на организм человека.

Цель исследования: провести сравнительный анализ литературных источников, систематизировать знания о влиянии нитратов на здоровье человека.

Материалы и методы

Анализ литературных источников, содержащих сведения о нитратах, их негативном воздействии на организм человека и методах уменьшения их количества в плодоовощной продукции.

Результаты и обсуждение

Нитраты – природные компоненты живых организмов. Для растений нитраты – это соединения азота в виде солей азотной кислоты, хорошо усваивающиеся и используемые ими для образования белков. Если растение не использует весь объем нитратов, поступающих из почвы, то они накапливаются в листьях, клубнях, корнеплодах и долгое время не наносят вреда растению, являясь резервным источником азота для синтеза аминокислот.

Для человека ограниченное количество поступающих в организм нитратов не является токсичным. Нитраты обеспечивают образование монооксида азота, который улучшает кровообращение в желудке и снижает артериальное давление, способствует защите организма от свободных радикалов и является вторичным посредником, участвуя во внеклеточной и внутриклеточной передаче сигналов в организме. Но для человека – в отличие от растения – последствия избыточного поступления нитратов в организм весьма негативны. Основные пути поступления – с водой и продуктами растительного происхождения.

Причина отрицательного воздействия нитратов заключается в том, что в желудочно-кишечном тракте человека они под действием нитратредуктазной кишечной микрофлоры могут восстановиться до нитритов. Превращение в нитриты происходит и в сырых продуктах, что обусловлено высокой активностью нитратредуктазы растений, а также действием микроорганизмов при хранении овощей и продуктов их переработки при комнатной температуре.

Нитриты взаимодействуют с вторичными и третичными аминами в кислой среде желудка, в результате чего образуются N-нитрозамины, обладающие канцерогенными, мутагенными и тератогенными свойствами, вызывающие повреждение эндоплазматического ретикулума клеток и ингибирующие синтез белка в печени. Попадая из кишечника в кровь, нитриты превращают гемоглобин путем окисления двухвалентного железа в трехвалентное в метгемоглобин, который не способен переносить кислород – это причина нарушения дыхательной функции крови. Возникает тканевая гипоксия, может развиться анемия и поражение центральной нервной системы. Также отмечается нарушение функции ферментативных систем, иммунного статуса, отрицательное влияние на функцию сердечно-сосудистой, эндокринной систем, нефротоксическое действие.

Всемирная Организация Здравоохранения установила суточное потребление нитратов до 5 мг/кг массы тела. Допустимая суточная доза для нитритов 0,15 мг/кг массы тела в расчете на ион нитрита или 0,2 мг/кг массы тела – нитрита натрия. Острое отравление может наступить уже при потреблении 1 г нитратов или при одноразовом потреблении 200–300 мг нитритов. Также важно, что в условиях сочетанного воздействия на организм радиационного и химического факторов порог токсического действия нитрата натрия снижается наполовину.

Особо опасно повышенное содержание нитратов в продуктах детского питания (свежевыжатых соках, пюре, протертых овощах), так как ферментные системы детей до года несовершенны – есть недостаточность метгемоглобиновой редуктазы, участвующей в обратном превращении метгемоглобина в гемоглобин; кислотность желудочного сока детей снижена, что способствует развитию в их желудке микроорганизмов, содержащих ферменты для восстановления нитратов в нитриты. Опасен избыток нитратов для лиц пожилого возраста, беременных женщин, больных, страдающих заболеваниями сердечно-сосудистой, дыхательной систем и язвенной болезнью желудка.

Хроническое воздействие нитритов ведет к снижению содержания в организме витаминов А, Е, С, B_1, B_6. Кроме того, нитраты и нитриты оказывают тормозящее действие на выработку пищеварительных ферментов: панкреатической липазы, щелочной фосфатазы и энтерокиназы – нарушается всасывание жиров и в меньшей степени - белков.

Повышенное содержание нитратов ухудшает качество продуктов: в них уменьшается содержание витаминов С, РР, B_2, Е, незаменимых аминокислот, углеводов, снижаются органолептические свойства [1].

В соответствии с СанПиН 2.3.2.1078-01 «Гигиенические требования безопасности и пищевой ценности пищевых продуктов» определены допустимые уровни нитратов в плодоовощной продукции. Овощи, способные накопить наибольшее количество нитратов, – это свекла, зеленные (сельдерей, петрушка, укроп и другие), пекинская капуста, редис, кабачок, ранние сорта капусты, морковь, тыква, картофель [6]. Большинство фруктов и ягод содержат намного меньше нитратов, поэтому яблоки, груши и виноград не подлежат на сегодняшний день обязательному контролю на содержание нитратов. Нитраты распределены в растении неравномерно. Больше всего нитратов содержится в проводящих органах – стебле, черешках, жилках, корнях, меньше – в пластинках листов, плодах и семенах.

Наиболее распространенными методами измерения концентрации нитратов являются ионометрический, хроматографический и колориметрический. В последнее время распространенными средствами измерения концентрации нитратов стали «нитратомеры». Но они являются солемерами, определяющими общую концентрацию солей, а не только нитрат-ионов [4].

Для сравнительной оценки содержания нитратов в продуктах растительного происхождения было проведено исследование корнеплодов свеклы. Экстракция нитратов из проб проводилась по ГОСТ 29270-95 [5]. При определении концентрации нитратов использовался готовый реактив для установления концентрации нитрат-ионов, а также цветовая шкала. В ходе исследования сравнивалось содержание нитратов в одном корнеплоде до и после кулинарной обработки. В результате было выявлено, что содержание нитратов уменьшается с 2000 мг/кг в сырой свекле до 500 мг/кг в отварной.

Несмотря на то, что сами нитраты почти не оказывают влияния на организм человека, снижение содержания их в продуктах может быть полезно, так как вместе с этим уменьшится количество образующихся в организме токсичных нитритов и нитрозаминов, опосредующих негативное воздействие нитратов.

От 19–49 % нитратов можно избавиться при чистке, тщательном мытье, замачивании и удалении, в зависимости от вида растения, стебля, корней или сердцевины.

При кулинарной обработке количество нитратов также снижается: при консервировании, квашении, солении, при жарке, варке на пару и отваривании – примерно на 40–50 %. Однако необходимо помнить, что до 10–15 дня после соления или квашения происходит образование нитритов из нитратов. Также не следует оставлять овощи в отваре и употреблять сам отвар. Стоит обратить внимание на то, что длительная и интенсивная обработка приводит не только к удалению большей части нитратов, но и витаминов, микро- и макроэлементов.

В высушенных продуктах концентрация нитратов, увеличивается многократно.

Салаты, овощные соки и пюре лучше готовить непосредственно перед их употреблением, так как при измельчении и хранении в них увеличивается переход нитратов в нитриты.

Не следует разогревать повторно пищу, ингредиенты которой содержат много нитратов и нитритов – может увеличиться количество нитрозосоединений.

Кисломолочные продукты, полученные в результате молочнокислого или смешанного брожения (кефир, сметана), при смешивании с нарезанными овощами предотвращают образование нитритов в овощах, а кисломолочные продукты произвольного сквашивания (простокваша) – способствуют восстановлению нитратов в нитриты.

Употребление содержащих селен продуктов уменьшает образование N-нитрозаминов в желудке, а токоферол (витамин Е), как и аскорбиновая кислота (витамин С), тормозят восстановление нитратов в нитриты.

Заключение

Влияние нитратов на организм человека неоднозначно, так как из них образуются не только опасные нитриты и нитрозамины, но и полезный монооксид азота. Снижение уровня нитратов в продуктах необходимо в случае употребления большого количестваовощей,

способных накопить нитраты в высоких дозах, или для категорий населения, на которых избыток нитратов может оказать опасное воздействие.

Литература

1. Диетология: руководство / под ред. А. Ю. Барановского. — СПб.: Питер, 2012.
2. Рогов, И. А. Химия пищи: учебники и учеб. пособия для студентов высш. учеб. заведений / И. А. Рогов, Л. В. Антипова, Н. И. Дунченко — М.: КолосС, 2007.
3. Гигиена: в 2 т.: учеб. для студ. учреждений высш. мед. проф. образования / под ред. Ю. П. Пивоварова. — М.: Издательский центр «Академия», 2013.
4. Гельгор В. «Нитрат-тест» стандарты и качество на здравый смысл // Стандарты и качество. – 2013. – № 4 (910).
5. ГОСТ 29270-95 Продукты переработки плодов и овощей. Методы определения нитратов. — М.: Стандартинформ, 2010.
6. СанПиН 2.3.2.1078-01 Гигиенические требования безопасности и пищевой ценности пищевых продуктов.

УДК 614.253

К. А. Котова, 2 курс, лечебный факультет
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра философии и психологии с курсами биоэтики и истории Отечества
Научный руководитель: к.п.н., доцент Л. А. Мурашова

АКЦЕНТУАЦИЯ ХАРАКТЕРА КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ЗРЕЛОСТИ БУДУЩЕГО ВРАЧА

Каждая из сфер труда врача предъявляет особые требования к его личностным качествам. Именно уровень развития личностных качеств является показателем зрелости доктора, влияет на осуществление им врачебной деятельности, сформированности ее компонентов. Вся деятельность врача формируется не только под влиянием внешних (социальных) факторов, но и внутренних (личностных) характеристик, которые в нашем исследовании интерпретируются как акцентуации характера. Акцентуация характера — это крайний вариант нормы, при котором отдельные черты характера чрезмерно усилены, вследствие чего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определенного рода психогенных воздействий при хорошей устойчивости к другим. Иными словами, акцентуация представляет собой вариант психического здоровья (нормы), который характеризуется особой выраженностью, заостренностью, непропорциональностью некоторых черт характера всему складу личности и приводит ее к определенной дисгармонии [1]. Андрей Личко выделял две степени проявления акцентуированых черт, а именно: явную и скрытую. Явная акцентуация относится к крайним вариантам нормы. Она отличается наличием довольно постоянных черт определенного типа характера. Скрытая акцентуация должна быть отнесена не к крайним, а к обычным вариантам нормы. В обыденных, привычных условиях, черты определенного типа характера выражены слабо или не проявляются совсем. Проявление скрытых акцентуаций обычно связано с какими-либо психотравмирующими обстоятельствами [3].

Цель исследования: провести эмпирическое исследование и выявить особенности акцентуаций характера у студентов-медиков.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие студенты Тверского государственного медицинского университета 2 курса лечебного факультета в количестве 30 человек в возрасте от 18 до 24 лет.

Психодиагностическое исследование было проведено при помощи Методики изучения акцентуаций личности Г. Шмишека, К. Леонгарда, которая предназначена для диагностики акцентуаций характера и темперамента [4]. Теоретической основой опросника является концепция «акцентуированных личностей» К. Леонгарда, который считает, что присущие личности черты могут быть разделены на основные и дополнительные. Основные черты составляют стержень, ядро личности. В случае яркой выраженности (акцента) основные черты становятся акцентуациями характера. Соответственно личности, у которых основные черты ярко выражены, названы Леонгардом «акцентуированными» [2].

Результаты и обсуждение

Получены данные о том, что высокую степень выраженности у наших испытуемых в 7 % случаев имеют застревающая, возбудимая и дистимная акцентуации, в 4 % - тревожная, 15 % - эмотивная, в 27 % - гипертимная и циклоидная акцентуации, в 35 % - циклоидная (рисунок 1).

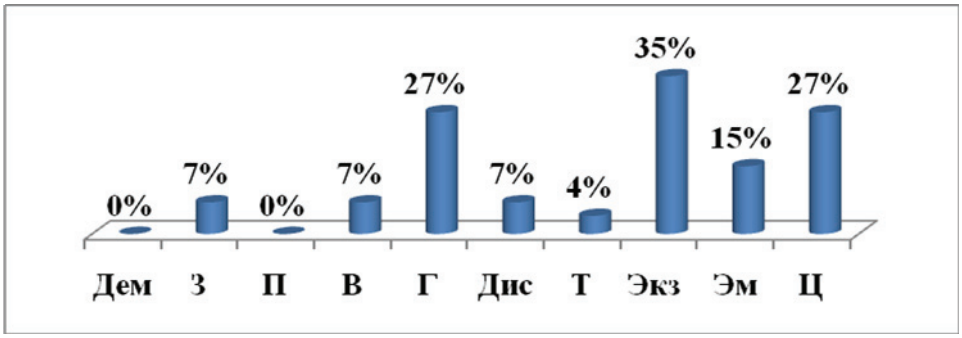


Рисунок 1 – Частота встречаемости высокой степени выраженности акцентуаций характера у студентов ТГМУ

Примечание: Дем – демонстративный тип акцентуации; З – застревающий тип акцентуации; П – педантичный тип акцентуации; В – возбудимый тип акцентуации; Г – гипертимный тип акцентуации; Дис – дистимный тип акцентуации; Т – тревожный тип акцентуации; Экз – экзальтированный тип акцентуации; Эм – эмотивный тип акцентуации; Ц – циклотимный тип акцентуации

В результате анализа средних значений было выявлено, что наиболее часто встречающимися типами акцентуаций характера у студентов-медиков являются экзальтированный, циклоидный, гипертимный и эмотивный типы (рисунок 2).

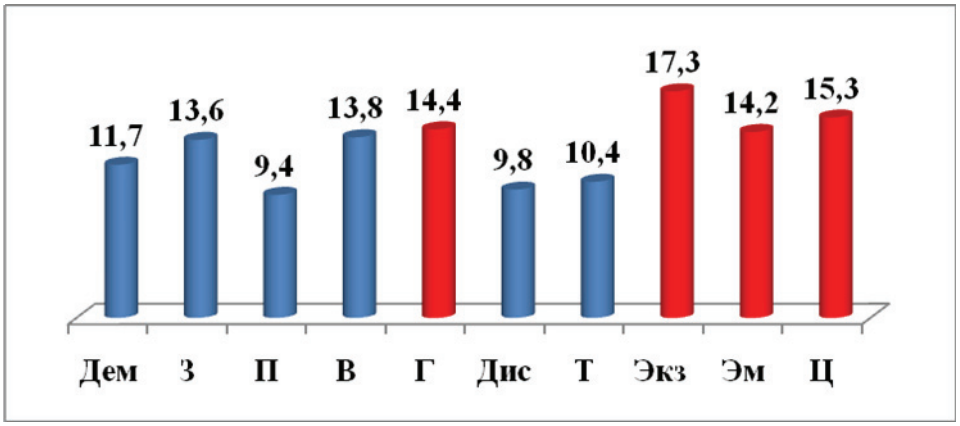


Рисунок 2 – Среднегрупповые показатели акцентуаций характера студентов-медиков

Люди экзальтированного типа акцентуации реагируют на жизнь более бурно, чем остальные. Темп нарастания реакций, их внешние проявления отмечаются большой интенсивностью. Они одинаково легко приходят в восторг от радостных событий и в отчаяние - от печальных. Отталкивающие черты: паникерство, подверженность сиюминутным настроениям. Для гармоничного развития экзальтированного типа необходимо закреплять у него устойчивое и продолжительное оптимистическое настроение.

Люди, относящиеся к циклоидному, типу личности, отличаются волнообразной сменой настроения и поведения. Радостное событие пробуждает у них жажду деятельности, рождает яркие эмоции, порождает словоохотливость. Что-то печальное приводит к грусти и подавленности, к замедлению реакции и заторможенности. Работают и учатся циклоиды неровно — по настроению и вдохновению. В заключение заметим, что часто меняющиеся состояния утомляют человека, а также его окружение.

Гипертимный тип - доминирует оптимистическое настроение, контактен, словоохотлив, с жаждой деятельности, выразительной мимикой, пантомимикой, но легко отвлекаем, недостаточно серьезен к своим служебным и семейным обязанностям. Привлекает к себе своим оптимизмом, инициативностью, но вместе с тем отталкивает легкомыслием, прожектерством, склонностью к аморальным поступкам, раздражительностью. Плохо переносит твердую дисциплину, одиночество и монотонную работу.

Эмотивный тип характеризуется тем, что эмоции доминируют в мотивации поведения. Человек предпочитает общаться с ограниченным числом избранных лиц, с которыми у него хорошие отношения. Сам редко вступает в конфликты, однако обидчив, но обиды «носит в себе» и старается не показывать их окружающим. Привлекательными чертами являются доброта, сострадательность, альтруизм, обостренное чувство долга, исполнительность. Однако они чрезмерно чувствительны, впечатлительны и слезливы [2].

Заключение

Исследуемые студенты–медики обладают ярко выраженными экзальтированным, циклоидным, гипертимным и эмотивным типами акцентуаций.

Литература

1. Акцентуация характера [Электронный ресурс]: http://www.psychologos.ru/articles/view/akcentuaciya-haraktera. Дата обращения 14.02.2018.
2. Леонгард, К. Акцентуированные личности [Текст] / К. Леонгард. – М.: Эксмо-Пресс, 2001. – 448 с.
3. Личко, А. Е. Типы акцентуаций и психопатий у подростков [Текст] / А. Е. Личко. – М.: ИОИ, 2016. – 336 с.
4. Фетискин, Н. П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп [Текст] / Н. П. Фетискин, В. В. Козлов, Г. М. Мануйлов. – Москва: Изд-во Института Психотерапии, 2014. – 490 с.

УДК 616.13-004.6-089

Ю. И. Краснопеев, 5 курс, лечебный факультет
ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, г. Благовещенск, Россия
Кафедра госпитальной хирургии с курсом детской хирургии
Научный руководитель: к.м.н., ассистент А. А. Мазуренко

ВОЗРАСТНАЯ СТРУКТУРА АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ БРАХИОЦЕФАЛЬНОГО БАССЕЙНА В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ, ПО ДАННЫМ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

В последние десятилетия, по данным клинических наблюдений, атеросклероз по-прежнему является причиной около трети всех инсультов. Атеросклероз сосудов дуги аорты, особенно бифуркации общей сонной артерии, является главной причиной ишемических инсультов, составляя примерно 20 % всех инсультов; в то же время 80 % этих событий могут происходить без предшествующей симптоматики, подчеркивая необходимость превентивного обследования пациентов групп риска. Скорость прогрессирования стенозов сонных артерий непредсказуема. Болезнь может развиваться стремительно, медленно или оставаться стабильной в течение многих лет [1]. В Российской Федерации, несмотря на выраженную тенденцию к снижению смертности населения от цереброваскулярных болезней (ЦВБ), они остаются одной из главных ее причин. Заболеваемость ЦВБ в нашей стране в 2010 г. составила 6058,9 случаев на 100 тыс. взрослого населения, из них 734,2 – впервые выявленных. Количество инфарктов мозга в 2010 г. составило 198 случаев на 100 тыс. взрослого населения. Инфаркт мозга в структуре первичной заболеваемости составляет в среднем 27 % и является одной из главных причин инвалидизации. Количество оперативных вмешательств на артериях, кровоснабжающих головной мозг, неуклонно увеличивается, и к 2010 г. достигло в Российской Федерации почти 18 тыс. [2]. Тем не менее при бессимптомном течении атеросклероза пациенты не обращаются за медицинской помощью. В профилактических целях следует выделять возрастные группы высокого риска, обследование которых будет являться первостепенной задачей, чтобы не допустить прогрессирования заболевания, развития ОНМК, инвалидизации населения.

Цель исследования: изучить возрастную структуру атеросклеротического поражения сонных артерий по данным выполненных оперативных вмешательств в отделении СХО АОКБ, спроецировать полученные данные на население Амурской области и выделить группы пациентов наивысшего риска по данной патологии.

Материалы и методы

В качестве материалов использовались истории болезни, протоколы оперативных вмешательств и операционный журнал плановой операционной отделения СХО АОКБ за 2017 год. В выборку пациентов были включены оперированные в 2017 году по поводу атеросклероза сонных артерий с гемодинамически значимыми стенозами, наличием атероматозных бляшек с изъязвлениями, всего в исследование вошло 118 оперативных вмешательств. Каждому из пациентов была выполнена каротидная эндартерэктомия по

показаниям. Полученные данные были статистически обработаны с использованием программы Excel 7.0.

Результаты и обсуждение

При анализе документации было выделено 4 возрастные группы: группа A от 18 до 24 лет, группа B от 25 до 39 лет, группа C от 40 до 60 лет, группа D старше 60 лет. Каждая группа разделена по половой принадлежности на мужчин и женщин. Анализ распределения по возрасту пациентов с выполненной им каротидной эндартерэктомией показал: в группе A – отсутствуют оперативные вмешательства, количество оперированных пациентов 0, в группе B – выполнено 1 оперативное вмешательство мужчине 38 лет, что составило 0,8 % от всего количества операций. В группе C – выполнено оперативных вмешательств 29 или 24,6 %, в группе D – выполнено оперативных вмешательств 88 или 74,6 %. Анализ по половому соотношению оперированных в группе C: мужчины 15 - 12,71 %, женщины 14 – 11,86 %; в группе D: мужчины 62 – 52,5 %, женщины 26 – 22 % (таблица 1).

Таблица 1 - Возрастная структура каротидной эндартерэктомии за 2017 год, абс. (%)

Группа								Всего
A		B		C		D		
м		ж		м	ж	м	ж	118
0	0	1 (0,8)	0	15 (12,7)	14 (11,9)	62 (52,6)	26 (22,0)	(100)

Полученные в ходе исследования данные выявили преобладание оперативных вмешательств по поводу атеросклероза брахиоцефального бассейна у лиц группы D в возрасте старше 60 лет, значительный процент операций в группе C – лица от 40 до 60 лет – зрелые и пожилые люди. При этом данная патология преобладает у лиц мужского пола. Необходимо продолжить исследование с целью выявления тенденции роста заболеваемости атеросклерозом у лиц более молодого возраста.

Выводы

1. Основная масса пациентов в Амурской области, которым была выполнена каротидная эндартерэктомия в 2017 году, относятся к мужчинам старше 60 лет, при этом выявленные результаты не разнятся с таковыми в других регионах.
2. К группе наивысшего риска по атеросклеротическому поражению сонных артерий относятся мужчины и женщины старше 60 лет. При этом значительный процент данной патологии выявлен у лиц трудоспособного возраста.

Литература

1. Bogousslavsky, J. The Lausanne Stroke Registry: analysis of 1,000.consecutive patients with firststroke/ J. Bogousslavsky, M.G. Van, F. Regli / Stroke. – 1988 – V.19. – P. 1083–1092.
2. Бокерия, Л.А. /Сердечно-сосудистая хирургия/ Л. А. Бокерия, Р. Г. Гудкова. –2010.
3. Болезни и врожденные аномалии системы кровообращения. М.: НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН. – 2011.– 192 с.

4. Белов, Ю. В. Руководство по сосудистой хирургии с атласом оперативной техники; 2-е изд., испр. и доп. / Ю. В. Белов / М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2011 – 464 с.

УДК 616.853

Ю. И. Круковская, 6 курс, лечебный факультет
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрав России, г. Тверь, Россия
Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии
Научный руководитель: к.м.н., доцент А. В. Числов

КЛИНИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ НАБЛЮДАЕМЫХ ЭПЕЛЕПТОЛОГОМ В ТВЕРСКОМ ОКПНД

Цель исследования: определение клинико-демографической характеристики больных эпилепсией, находящихся под диспансерным наблюдением, для усовершенствования мероприятий, направленных на оптимизацию их реабилитации.

Материалы и методы

Обследовано 40 больных эпилепсией (20 мужчин и 20 женщин), находящихся под диспансерным наблюдением в Тверском ОКПНД. В качестве основных методов исследования применялись клинико-психопатологический и клинико-динамический – при изучении клинических особенностей течения эпилепсии; математико-статистический – для сбора, обработки и анализа полученной информации и выявления основных закономерностей.

Результаты и обсуждение

В исследование были включены 40 больных в возрасте от 18 до 60 лет (средний возраст 41,5±5 года). Преобладали пациенты в возрасте от 38 до 44 лет. У большинства из них наличие заболевания было установлено в возрасте до 18 лет (средний возраст начала болезни 12±2,5 года). Число пациентов, страдающих данным заболеванием более 15 лет, значительно превышало число пациентов, болеющих менее 15 лет, данная закономерность установлена как для мужчин, так и для женщин.

В ходе исследования выявлены следующие этиологические факторы развития эпилепсии: перинатальная патология (гипоксия, родовая травма), черепно-мозговая травма, сосудистые заболевания головного мозга, инфекции (менингиты, менингоэнцефалиты). В дальнейшем было установлено, что у мужчин с данным заболеванием в 2 раза чаще отмечалась эпилепсия травматического происхождения, в то время как у женщин с аналогичным заболеванием, ведущим этиологическим фактором стало перенесенное ранее инфекционное заболевание.

Преобладали лица с полиморфными припадками. Их было в 2 раза больше, чем больных с мономорфными. Среди полиморфных припадков большую часть составили простые и сложные парциальные с вторичными генерализованными судорожными приступами. Изолированные простые приступы встречались редко, это объясняется длительностью заболевания, превышающей 10 лет и более. По частоте встречаемости различных форм эпилепсии было установлено, что парциальная форма незначительно преобладает над генерализованной. У больных с парциальной формой эпилепсии очаг эпилептической активности чаще располагается в височной доле, а у больных с генерализованной формой чаще наблюдались судорожные приступы. Ауры отмечались у

большинства больных со сложными парциальными приступами и реже с вторично генерализованными. Припадки средней частоты (1-3 в месяц) отмечались у половины мужчин и женщин, в то время как, редкие припадки (1-2 в год) наблюдались у 35 % мужчин и 25 % женщин с данным заболеванием, что говорит о неблагоприятном течение заболевания.

У обследуемых больных были выявлены различные психопатологические изменения. На первом месте среди психопатологических изменений стоит замедление и тугоподвижность психических процессов. Второе место занимает наличие астенических состояний. Помимо вышеперечисленных изменений также наблюдались характерологические изменения личности, депрессивные состояния, истерические проявления и лабильность психических процессов. Среди женщин в 2,5 раза больше было лиц с депрессивными состояниями и в 1,5 раза больше – лиц с лабильностью психических процессов.

Пациентов, имеющих группу инвалидности свыше 10 лет, значительно больше, чем пациентов, имеющих группу инвалидности менее 10 лет. II группа инвалидности встречалась чаще остальных.

Заключение

Ведущее значение в этиологии больных эпилепсией наблюдаемых эпилептологом в Тверском ОКПНД, среди обоих полов, имеют постнатальные черепно-мозговые травмы и различные нейроинфекции: эпилепсия травматического происхождения встречалась у мужчин в два раза чаще: у женщин в 1,5 чаще развивалась эпилепсия инфекционной природы. Число больных заболеванием более 15 лет, значительно превышало число больных, болеющих менее 15 лет, данная закономерность установлена как для мужчин, так и для женщин. По частоте встречаемости у данных больных различных форм эпилепсии было установлено, что парциальная форма преобладает над генерализованной. Среди основных психических особенностей обследуемых больных на первом месте стоит замедление и тугоподвижность психических процессов. Второе место занимает наличие астенических состояний.

Литература

1. Казаковцев, Б. Психические расстройства при эпилепсии/ Б. Казаковцев/Издательство Прометей, 2015.
2. Болдырев, А. И. Эпилепсия у взрослых, 2-е изд., перераб. и доп./ А. И. Болдырев
3. Литовченко, Т. А. Эпилепсия: терминология, эпидемиология, классификация, этиология и патогенез/ Т. А. Литовченко / Нейро News. – 2010.
4. Карлов, В. А. Эпилепсия у детей и взрослых, женщин и мужчин: Руководство для врачей / В. А. Карлов / М.: Медицина, 2010.
5. Аванцини, Дж. Клинические формы и классификация эпилепсии/ Дж. Аванцини / Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 2005.

УДК 796.092.1:616-056.266

Е. Е. Кудрова, 2 курс, лечебный факультет
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра физической культуры и физической реабилитации
Научный руководитель: доцент, к.м.н. А. Ф. Бармин

ПАРАЛИМПИЙСКОЕ ДВИЖЕНИЕ: СУЩНОСТЬ И ПРОБЛЕМЫ

Цель исследования: изучить историю зарождения, развития и современного состояния международного Паралимпийского движения.

Материалы и методы

Литературный и компьютерный обзор доступной информации.

Результаты и обсуждение

Паралимпийские игры – это международные спортивные соревнования для людей с ограниченными возможностями. Основателем Паралимпийских игр является немецкий нейрохирург Людвиг Гуттман. Первые соревнования для спортсменов-колясочников – бывших воинов – он провел 28 июля 1948 года по стрельбе из лука. А сами международные игры состоялись в 1960 году в Риме. В летних играх приняли участие спортсмены из 23 стран мира в 8-ми видах спорта. В первых летних играх участие приняли только люди с повреждениями спинного мозга. Зато в V летних играх 1976 года, которые проходили в Торонто, принимали участие уже 3 группы: плохо видящие, слепые и параплегики. Состязались 1600 спортсменов из 40 стран мира. В последних XV летних Паралимпийских играх, которые состоялись в Рио-де-Жанейро в 2016 году, приняли участие уже спортсмены из 176 стран в 22 видах спорта.

Первые зимние игры состоялись в Швеции в 1976 году, в которых приняли участие 198 спортсменов с ампутированными конечностями и нарушениями зрения из 16 стран мира. На тот период спортсмены принимали участие всего в 2-х видах спорта: горнолыжный спорт и лыжные гонки, а также показали выступления в хоккее на санях. Но уже на XI зимних Паралимпийских играх в Сочи в 2014 спортсмены участвовали в пяти видах спорта: биатлон, горнолыжный спорт, керлинг на санях, лыжные гонки и следж-хоккей. Участие приняли 45 стран. С 1988 году принято проводить Паралимпийские игры на олимпийских аренах сразу после олимпийских игр. И в том же году российские спортсмены в составе СССР впервые приняли участие в Паралимпийских играх. Это был первый наш выход на международную арену с участием спортсменов инвалидов.

Проводили летние Паралимпийские игры: I – в 1960 г. в Риме (Италия), II – в 1964 г. в Токио (Япония), III – в 1968 г. в Тель-Авиве (Израиль), IV – в 1972 г. в Гейдельберге (Германия), V – в 1976 г. в Торонто, Онтарио (Канада), VI – в 1980 г. в Арнеме (Нидерланды), VII – в 1984 г. в Сток-Мандевиле (Великобритания) и Нью-Йорке (США), VIII – в 1988 г. в Сеуле (Южная Корея), IX – в 1992 г. в Барселоне (Испания), X - в 1996 в Атланте, Джорджия (США), XI – в 2000 г. в Сиднее (Австралия), XII – в 2004 г. в Афинах (Греция), XIII – в 2008 г. в Пекине (Китай), XIV – в 2012 г. в Лондоне (Великобритания), XV – в 2016 г. в Рио-де-Жанейро (Бразилия).

Зимние игры: I – в 1967 г. в Эрншельдсвике (Швеция), II – в 1980 г. в Гейло (Норвегия), III – в 1984 г. в Инсбруке (Австрия), IV – в 1988 г. в Инсбруке (Австрия), V – в 1992 г. в Тине/Альбервиле (Франция), VI – в 1994 г. в Лиллехамере (Норвегия), VII – в 1998 г. в Нагано (Япония), VIII – в 2002 г. в Солт-Лейк-Сити (США), IX – в 2006 г. в Турине (Италия), X – в 2010 г. в Ванкувере (Канада), XI – в 2014 г. в Сочи (Россия), XII – в 2018 г. в Пхенчхане (Южная Корея).

На XI зимних играх в неофициальном зачете по числу выигранных медалей Россия заняла 1-е место: 80 медалей, в том числе 30 золотых, 28 серебряных и 22 бронзовые. В качестве примера можно отметить такого спортсмена, как Роман Петушков, который за всю историю стал шестикратным паралимпийским чемпионом, завоевав 3 золотые медали в биатлоне и 3 – на лыжных гонках. На XV летних играх в Рио-де-Жанейро первое место занял Китай завоевав 239 медалей, из которых 107 – золотые.

К сожалению, даже в спорт вмешивается политика. Периодически российских паралимпийцев без объективных доказательств и необоснованно отстраняют от участия в соревнованиях, например, как на XV летних играх. Эмблема Паралимпийских игр называется агитоты. С латинского «agito» означает двигать, направлять, устремлять. Эмблема представлена 3 полусферами центральной точки, каждая из которых имеет свой цвет – красный, синий, зеленый. Данные цвета выбраны, потому что они являются часто встречающимися цветовыми комбинациями государственных флагов различных стран. Эмблема Паралимпийских игр символизирует Разум, Тело и Дух, которые помогают людям в трудных жизненных ситуациях. Также эмблема подчеркивает объединение спортсменов с ограниченными физическими способностями по всему миру.

Люди с ограниченными возможностями, которые добились успеха, могут стать примером для каждого из нас. Имея большие барьеры, они не опустили руки, а нашли в себе силы и мужество. Это храбрые, целеустремленные и волевые люди, которые сохранили веру в себя и силу духа.

Заключение

Развитие Паралимпийского движения, появление доступной среды, комфортных условий, специального медицинского обеспечения, изменение психологии здорового человека к инвалидам позволяет развиваться человеку в физическом и гуманитарном направлениях.

Литература

1. https://sputnik-georgia.ru
2. https://ru.wikipedia.org/wiki/Паралимпийские_игры
3. https://ru.wikipedia.org/wiki/Летние_Паралимпийские_игры_2016
4. http://olympicrio.ru/Медальный-зачет-Паралимпиады
5. http://psycabi.net
6. http://fb.ru
7. http://chtooznachaet.ru
8. http://www.e-event.kz

9. http://www.letopis.info
10. http://neinvalid.ru
11. https://ekabu.ru

УДК 613.21:613.96

Т. И. Кудряшова, Л. М. Минасян, 3 курс, лечебный факультет; А. Э. Акайзина
ФГБОУ ВО Ивановская ГМА Минздрава России, г. Иваново, Россия
Кафедра гигиены
Научный руководитель: к.м.н., ст. преподаватель А. Э. Акайзина

ФАКТИЧЕСКАЯ КАЛОРИЙНОСТЬ ПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ В СРАВНЕНИИ С КЛАССИЧЕСКИМИ И СОВРЕМЕННЫМИ СПОСОБАМИ РАСЧЕТА ЭНЕРГОПОТРЕБЛЕНИЯ

Жизнедеятельность организма требует затрат энергии, источником которой является пища. При расщеплении составляющих ее питательных веществ образуется энергия, которую измеряют в калориях. Калорийность питания имеет очень большое значение для жизнедеятельности. Если стараться потреблять меньшее количество калорий, чем необходимо, у человека не окажется достаточной энергии для работы и учебы. Организму придется находить иные способы получения дополнительной энергии или замедлять обмен веществ, что не лучшим образом скажется на самочувствии. Если калорийность питания будет выше энергозатрат, это неминуемо приведет к появлению лишнего веса.

Цель исследования: провести сравнительную оценку фактической калорийности рационов питания студентов с нормативом физиологической полноценности и популярными формулами для подсчета ежедневного энергопотребления.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 100 студентов, обучающихся в Ивановской государственной медицинской академии (ИвГМА). Исследовано 100 рационов молодых людей и девушек 19-21 года, обучающихся в ИвГМА. Им было предложено заполнить анкету, которая включала стандартную информацию по возрасту, полу, биометрическим параметрам, содержала вопросы по блюдам и продуктам, наиболее часто встречающимся в их ежедневном рационе, количеству приемов пищи за сутки. Студентам была предоставлена возможность самостоятельно составить свои индивидуальные суточные рационы питания с указанием наименования продуктов питания, их количества и времени приема пищи.

Участникам опроса были предложены критерии для определения коэффициента физической активности (КФА), исходя из их ежедневного двигательного режима. К полученным данным применяли современные общедоступные принципы расчета суточной нормы калорий: формулу Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) для женщин и мужчин 18-30 лет, формулу подсчета суточной калорийности Миффлина-Сан Жеора (Маффина-Джеора) для женщин и мужчин без и с учетом специфического динамического действия пищи (СДД), формулу Харриса-Бенедикта для мужчин и женщин, смоделировав самостоятельное их использование студентами. На основании данных о ежедневных рационах составляли меню-раскладки с подсчетом энергетической ценности, пользуясь Справочником химического состава пищевых продуктов. Полученную фактическую калорийность сравнивали с Нормами физиологических потребностей в энергии и пищевых

веществах для различных групп населения РФ. Статистическую обработку результатов проводили с помощью стандартного пакета программ MS Office 2007 и BioStat 2008 5.8.4.3.

Результаты и обсуждение

Оценку рационов по количественному показателю физиологической полноценности проводили на соответствие нормам физиологических потребностей в энергии для I категории труда. Количество калорий за сутки в пределах нормативного значения составило 13 %, превышало – в 24 %, было понижено – в 63 % исследованных рационов. Наравне с регламентированными нормами энергетической ценности, утвержденными Роспотребнадзором, существует ряд современных популярных принципов для подсчета потребности в энергии с учетом КФА для массового применения. Они широко распространены среди лиц, которые желают поддерживать свой вес стабильным или похудеть. Существуют калькуляторы-онлайн, которые облегчают пользователю их применение. В ходе анализа интернет-источников было отобрано три наиболее часто встречающихся варианта: формула подсчета суточной калорийности ВОЗ, формула Миффлина-Сан Жеора, формула Харриса-Бенедикта. Для расчета суточной калорийности используется значение КФА, зависящее от индивидуальной физической нагрузки. Число студентов, ведущих физически активный образ жизни, по результатам анкетирования было невелико – 6 %. 94 % из опрошенных оценивали свою физическую активность, как низкую. Сюда включали посещение занятий физической культуры в рамках учебного процесса, однако практически все студенты относились к специальной группе. При определении суточной потребности в калориях по формуле ВОЗ превышение индивидуального нормативного значения наблюдалось в 51 % случаев, понижение – в 40 %, соответствие нормативу калорийности - в 9 % исследуемых рационов. Формулу подсчета суточной калорийности Миффлина-Сан Жеора использовали в двух вариантах: без учета и с учетом СДД, что соответствовало прибавке в 10 % к подсчитанной энергии. Понижение суточной калорийности наблюдалось в 44 % студенческих рационов, повышение – в 46 %, соответствие индивидуальному нормативу - в 10 % случаев. При использовании формулы с учетом СДД понижение энергетической ценности наблюдалось в 46 % рационов, повышение - в 40 %, соответствие индивидуальной норме – в 14 % случаев. Анализ интернет-источников показал, что формула Миффлина-Сан Жеора популярна и встречается на каждом сайте, посвященном вопросам питания. Большинство ресурсов предоставляет ее без учета параметра СДД. Применение неполного варианта формулы приводит к получению недостоверных результатов и ограничению в калориях, что может отрицательно повлиять на здоровье. Сравнив результаты расчетов по формуле без и с учетом СДД, увеличился процент рационов с нормальным индивидуальным значением суточной калорийности и уменьшился – с повышенным. При определении суточной потребности в калориях по формуле Харриса-Бенедикта было получено превышение индивидуального нормативного значения в 59 %, понижение – в 29 %, соответствие нормативу калорийности – в 12 % исследуемых рационов.

Была проведена сравнительная оценка процентного содержания рационов с нормальным, повышенным и пониженным значением суточной калорийности, рассчитанной по всем изученным формулам. Разница в значениях энергетической ценности была существенна. Количество рационов с калорийностью, соответствующей индивидуальному

нормативному значению, оказалось наибольшим при использовании формулы Миффлина-Сан Жеора с учетом СДД – 14 %, рационов с энергетической ценностью соразмерной физиологическим потребностям было 13 %, при использовании формулы Харисса-Бенедикта – 12 %. Соответствовало индивидуальному нормативу при использовании формулы Миффлина-Сан Жеора без учета СДД – 10 %. Наименьшее количество рационов, калорийность которых была приближена к индивидуальному нормативному значению, оказалось при подсчете энергетической ценности с использованием формулы ВОЗ – 9 %.

Рационов с энергетической ценностью, превышающей индивидуальный норматив, было наибольшее количество при использовании формулы Харисса-Бенедикта – 59 %, формулы ВОЗ – 51 %. При подсчете энергетической ценности с использованием формулы Миффлина-Сан Жеора без учета СДД, рационов, калорийность которых превышала индивидуальное нормативное значение, было 46 %, а с учетом СДД – 40 %. Наименьшее количество рационов, энергетическая ценность которых превышала нормативное значение, оказалось при использовании норм физиологических потребностей в энергии – 24 %.

Рационов со сниженной энергетической ценностью больше всего было выявлено при использовании физиологических потребностей в энергии – 63 %, при расчете по формуле Миффлина-Сан Жеора с учетом СДД – 46 %, без учета СДД – 44 %, при использовании формулы ВОЗ – 40 %. Наименьшее количество рационов со сниженной калорийностью наблюдалось при использовании формулы Харисса-Бенедикта – 29 %.

Выводы

1. Сравнительная оценка фактической суточной калорийности рационов питания студентов с нормативом физиологической полноценности и популярными формулами для подсчета калорийности рациона показала, что значения энергетической ценности существенно отличались.
2. Изолированный подсчет калорийности суточного рациона без учета критериев физиологической полноценности недостаточно эффективен и неинформативен для соблюдения принципов правильного питания.
3. Интернет-источники дают недостаточную информацию для соблюдения норм рационального питания, уделяя внимание суточной калорийности без учета нутриентного состава, сбалансированности и режима.

Литература

1. Бочкова, А. Р. Оценка информированности молодежи о влиянии продуктов фастфуд на образ жизни и здоровье/ А. Р. Бочкова, Д. В. Егорычева, А. Э. Акайзина//Молодежь, наука, медицина: материалы 63-й Всероссийской межвузовской студенческой научной конференции с международным участием. – Тверь: Редакционно-издательский центр Тверского государственного медицинского университета, 2017. – С. 303-306.
2. Демина, Е. И. Влияние рационального питания на здоровье и качество жизни человека/ Е. И. Демина, О. В. Гатаулина // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. – 2010. – №1 – С. 420.

3. Егорычева, Д. В. Изменение энергетической ценности рационов питания студентов под влиянием продуктов фастфуд индустрии/ Д. В. Егорычева, А. Р. Бочкова, А. Э. Акайзина// Молодежь, наука, медицина: материалы 63-й Всероссийской межвузовской студенческой научной конференции с международным участием. – Тверь: Редакционно-издательский центр Тверского государственного медицинского университета, 2017. – С. 316-319.
4. Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации: методические рекомендации от 18 декабря 2008 г. № 2.3.1.2432 //Роспотребнадзор. – 2008. – 18 декабря.
5. Петров, В.И. Рациональное питание как основа качества жизни человека/ В. И. Петров/ Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 250 с.
6. Скурихин, И. М. Таблицы химического состава и калорийности российских продуктов питания: справочник / И. М. Скурихин, В. А. Тутельян. – М.: ДеЛи принт, 2007. – 275с.

УДК 616.211-002+616.216-002:616.322-002.2

В. С. Кузнецова, 6 курс, лечебный факультет; Г. М. Портенко
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра оториноларингологии
Научный руководитель: д.м.н., профессор Г. М. Портенко

РЕЗУЛЬТАТ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НОСА, ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ И ГЛОТКИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ ПУТЕМ КОНСЕРВАТИВНОЙ САНАЦИИ НЕБНЫХ МИНДАЛИН

Тонзиллярная система является центром, организующим естественную резистентность и специфическую иммунную защиту дыхательных путей, конъюктивального мешка и орально-фарингеального пространства (Л. Е. Пономарев, М. Г. Шубич, 1998). В настоящее время принято считать миндалины лимфоидного кольца Вальдеера - Пирогова центральными органами в системе мукозального иммунитета. Доказано, что устойчивость к инфицированию слизистых оболочек носа (СОН), околоносовых пазух (ОНП) и глотки обеспечивается механизмами специфического иммунитета, вырабатываемыми лимфоидной тканью, ассоциированной с СОН и ОНП (В. П. Быкова,1993). Доказано полное соответствие количественного соотношения IgA и IgG в слизистой оболочке полости носа, трахеи, бронхов, в слюнных и слезных железах таковому в миндалинах.

Цель исследования: повышение эффективности лечения хронической воспалительной патологии СОН, ОНП и глотки у больных хроническим тонзиллитом путем иммунокоррекции небных миндалин.

Материалы и методы

Пролечены 30 больных хроническим тонзиллитом в возрасте от 6 до 55 лет с сопутствующей хронической воспалительной патологий СОН, ОНП и глотки (10 – с компенсированной формой и 20 – с декомпенсированной формой хронического тонзиллита).

У 30 взрослых больных хроническим тонзиллитом была диагностирована следующая хроническая воспалительная патология СОН и ОНП: аллергический ринит (8), аллергическая риносинусопатия (10), хронический гнойный гайморит (9) и рецидивирующий грибковый гайморит после гайморотомии по поводу мицетомы (3).

Сопутствующая патология выявлена в виде хронического гранулезного фарингита у 12 больных, частые ОРВИ (2 и более раз в год) – у 24 человек.

Больным проводились различные виды консервативного лечения хронической воспалительной патологии СОН, ОНП и глотки без должного эффекта. На состояние глотки внимание ЛОР - врачами не обращалось. 16 человек указывали на наличие у них якобы хронического тонзиллита, не подтвержденного в амбулаторной карте ЛОР – врачом.

При обследовании больных на предмет наличия у них хронического тонзиллита, данный диагноз был подтвержден как клиническими данными, так и данными исследования слюны с помощью инфракрасного анализатора «ИКАР», разработанного в Тверской

государственной медицинской академии. Была разработана к нему компьюторная программа для объективной диагностики хронического тонзиллита (Е. Г. Портенко и др., 2005).

Для контроля за эффективностью нормализации функции небных миндалин (повышение местного иммунитета) мы использовали концентрацию лизоцима и SIgA в слюне (Ю. П. Тымчишина, 2003), а также последнего и в отделяемом из носа (О. Ф. Мельников, Д. И. Заболотный, 2004).

Всем 30 больным было проведено только комплексное лечение хронического тонзиллита, сочетающее местное (промывание лакун миндалин 0,01 % раствором мирамистина через день № 3-4, ультрафиолетовое облучение (УФО) миндалин ежедневно № 6, УВЧ на регионарные лимфоузлы ежедневно № 6-8) с одновременным орошением глотки путем двух впрыскиваний два раза в день бактериального лизата ИРС-19 в течение 10 дней с перерывом 10 дней до 3-х курсов и приемом вовнутрь рибомунила по схеме: по 3 таблетки утром натощак в течение 4-х дней в неделю первые три недели, а затем по 4 дня каждого последующего месяца в течение 5 – 6 месяцев. Больным хроническим гнойным гайморитом при необходимости проводились пункции верхнечелюстных пазух с промыванием их антисептиками.

После 1-го курса лечение 30 больных хроническим тонзиллитом с сопутствующей хронической патологией СОН, ОНП и глотки выздоровление в отношении хронического тонзиллита наступило у 16 человек (все 10 больных с компенсированной формой и 6 – с декомпенсированной формой), улучшение – у 10 и без эффекта – у 4. После проведения через 3 месяца повторного курса комплексного лечения хронического тонзиллита 10 больным с улучшение после 1-го курса, у них наступило выздоровление.

За выздоровление принимали исчезновение жалоб, нормализацию фарингоскопической картины, данные исследования слюны с помощью инфракрасного анализатора «ИКАР» и нормализацию или повышение местного иммунитета слизистых оболочек полости рта по концентрации лизоцима в слюне, в среднем, до 14,6±0,04 мкг/л при исходных данных 3,8±0,08 мкг/л ($p<0,05$), SIgA, в среднем, до 241±0,06 мг/л при исходных данных 83±0,07 мг/л ($p<0,05$).

За улучшение – уменьшение жалоб при нормализации фарингоскопической картины или при исчезновении жалоб, но при сохранении некоторых местных признаков хронического тонзиллита и повышении местного иммунитета слизистых оболочек полости рта по исследованию содержания в слюне лизоцима и SIgA.

Отдаленные результаты прослежены в течение 1,5-2 лет. Рецидив заболевания хроническим тонзиллитом наступил у 6 из 26 пролеченных больных (26,9 %), причем они не получали повторных курсов комплексного лечения.

Результаты и обсуждение

Отмечено, что после успешного комплексного лечения хронического тонзиллита у взрослых больных (26 выздоровевших) с сопутствующей хронической воспалительной патологией СОН, ОНП и глотки наступала положительная динамика и в их течении. Так, у всех 12 больных хроническим гранулезным фарингитом резко уменьшилось количество лимфоидных гранул на задней стенке глотки, исчезли жалобы, а у 7 из 24 больных не было ни одного ОРВИ за 1,5–2 года. У 4 из 8 больных круглогодичным аллергическим ринитом

исчезли симптомы ринита, а у остальных 4 – осталась только периодическая заложенность носа в горизонтальном положении по ночам; из 10 больных хронической аллергической риносинусопатией у 6 симптомы исчезли, нормализовалась риноскопическая картина и рентгенограмма ОНП, а у 4 – резко уменьшилась ринорея и заложенность носа, что позволило им обходиться без сосудосуживающих капель; из 9 больных хроническим гнойным гайморитом у 6 наступило выздоровление, а у 3 – улучшение в виде исчезновения гнойных выделений из носа и улучшения носового дыхания, при сохранении вуали верхнечелюстной пазухи; хронический рецидивирующий грибковый гайморит у всех 3 больных удалось вылечить: прекратились локальные боли, заложенность носа, исчезли тягучие слизистые выделения из носа и нормализовалось общее самочувствие. При этом отмечена нормализация SIgA в отделяемом из носа: при аллергическом рините и риносинусите в виде снижения его концентрации до 310±0,02 мг/л при исходных повышенных данных (858±0,04 мг/л, $P<0,05$), а у больных хроническим гнойным гайморитом и грибковым синуситом в виде повышения его концентрации до нормы (145±0,08 мг/л) при сниженных исходных данных (75±0,06 мг/л, $P<0,05$).

Иммунокоррегирующее лечение хронического тонзиллита с применением бактериальных лизатов ИРС-19 и рибомунила восстанавливает иммунологическую функцию небных миндалин как центрального органа мукозального иммунитета и тем самым приводит к санации хронической воспалительной патологии СОН, ОНП и глотки.

Заключение

Комплексное лечение хронического тонзиллита с применением бактериальных лизатов приводит к сохранению функции небных миндалин как центрального органа мукозального иммунитета, к нормализации биоциноза слизистой оболочки носа, околоносовых пазух и глотки и тем самым приводит к санации, сопутствующей хронической воспалительной патологии верхних дыхательных путей.

Литература

1. Быкова, В. П. Слизистая оболочка носа и околоносовых пазух как иммунный барьер верхних дыхательных путей / В. П. Быкова // Рос. ринол. – № 3. – 1993. – С. 40-42.
2. Мельников, О. Ф. Концепция диагностики вторичных иммунодефицитов на основе определения иммуноглобулинов в секретах/ О. Ф. Мельников, Д. И. Заболотный // II Всемирный конгресс по иммунопатологии и аллергии. – Москва, 14-17 мая 2004 г. / Аллергология и иммунология. – 2004. – Том 5. – № 1. – С. 42.
3. Пономарев, Л. Е. Актуальные вопросы тонзиллярной иммунологии / Л. Е. Пономарев, М. Г. Шубич / Новости оториноларин. и логопатологии. –1998. – № 2 (14). – С. 105-106.
4. Портенко, Е. Г. А.с. 2251107 РФ. Способ диагностики хронического тонзиллита по исследованию слюны/ Е. Г. Портенко, Г. М. Портенко, А. В. Каргаполов / Изобретения. Полезные модели. – М., 2005. – № 12 (11 ч.). – С. 367.

5. Тымчишина, Ю. П. Клинико-иммунологическая эффективность мукозальной вакцины в комплексной терапии хронического декомпенсированного тонзиллита/ Тымчишина Ю. П.: автореф. дис…. канд. мед. наук.- Томск, 2003.-17с.

УДК 616.379 -008.64 -06: 616.718.9

Н. А. Кузнеченкова, А. В. Звонарева, 3 курс, педиатрический факультет;
А. М. Морозов
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра общей хирургии
Научный руководитель: ассистент А. М. Морозов

СИНДРОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

В настоящее время, по данным ВОЗ, сахарным диабетом (СД) 2 типа страдает 371 млн. человек во всем мире. Россия находится на 4 месте по количеству людей с этим диагнозом. Это число достигает 9,6 млн. Социальную значимость проблемы увеличивает то обстоятельство, что СД приводит к ранней инвалидизации и смертности в связи с развитием полиорганной сопутствующей патологии.

Синдром диабетической стопы (СДС) – это тяжелое осложнение СД, которое встречается в различной форме у 40–60 % больных, проявляющееся в виде гнойно-деструктивных поражений нижних конечностей (трофические язвы, абсцесс, флегмона, гнойный артрит и т. д.). Ампутации нижних конечностей у данной группы пациентов производятся в 20–30 раз чаще, чем у остального населения. В мире СД провоцирует ежегодно 1 млн. ампутаций: по данным исследователей, от 50 до 70 % общего количества всех выполненных ампутаций нижних конечностей приходится на долю больных сахарным диабетом. В России этот показатель достигает более 50 % случаев. Причина в том, что, по меньшей мере, у 47 % больных лечение начинается позднее возможного. Поэтому крайне важно понять причину такого осложнения, его патогенетические механизмы с целью проведения ранней профилактики раннюю профилактику.

Цель исследования: выявление факторов, приводящих к развитию синдрома диабетической стопы.

Материалы и методы: в данной работе представлен ретроспективный статистический анализ 72 историй болезни пациентов с сахарным диабетом 2 типа, находившихся на лечении в 2015-2017 году в хирургическом отделении ГБУЗ «Городской клинической больницы» №7 г. Твери.

Результаты и обсуждение

Синдромом диабетической стопы страдает преимущественно пациенты пожилого возраста: 50-60 лет – 38 %, 61-70 лет – 16 %, с 71 и далее – 46 %. Встречаемость СДС у женщин и мужчин одинакова (51 % женщины, 49 % мужчины). Длительность СД у пациентов 2 типа в целом составляет от 15 лет и выше. Основные причины обращения пациентов к врачу – это боль, онемение, гиперемия, а также трофическая язва стопы. Боли, перемежающаяся хромота могут быть следствием хронической артериальной недостаточностью сосудов нижних конечностей.

98 % пациентов жаловались на боли, у 69 % пациентов наблюдались раны (язвы), онемение – у 85 %, почернение конечности – у 19 %, гиперемия – у 65 %. У большинства

пациентов обнаруживалась сниженная чувствительность (55 %) нижних конечностей, чем соответствует диабетической нейропатии (ДН), которая является осложнением СД.

Отсутствие (ослабление) пульсации артерий нижних конечностей считается показателем нарушенного кровотока. Состояние кровотока магистральных сосудов: пульсация на всех уровнях конечности – 19 %, ослаблена ниже бедренной артерии – 15 %, ниже подколенной артерии – 7%, не определяется ниже подколенной артерии – 48 %, нет данных – 11 %.

Наличие сопутствующей патологии не являются причиной СДС, но могут способствовать прогрессированию заболевания. У большинства пациентов отмечаются заболевания сердечно-сосудистой системы, такие как гипертоническая болезнь (78 %), ишемическая болезнь сердца (46 %), атеросклероз (69 %), анемия (52 %).

Помимо сопутствующих патологий отмечаются заболевания, которые являются осложнением СД и способствуют развитию СДС. ДН (26 %), диабетическая ангиопатия (47 %), диабетическая нефропатия (34 %) – основные механизмы поздних осложнений СД. Данные анализов пациентов: у 56 % отмечается лейкоцитоз, у 15 % протеинурия, глюкозурия у 24 %, уровень глюкозы в крови 4-8 ммоль/л – 52 %, 8-12 ммоль/л – 32 %, 12 ммоль/л и выше – 4 %, все остальные показатели (уровень эритроцитов, холестерин, ПТИ, МНО, ФНГ, креатинин, мочевина) в переделах нормы за некоторым исключением.

Данные допплерографии: окклюзия передней и (или) задней большеберцовых артерий (ПББА, ЗББА) – 81 %, окклюзия правой (левой) бедренной артерии (ПБА, ЛБА) – 8,3 %, окклюзия ПББА (ЗББА)+ТАС (тыльная артерия стопы) – 10,7 %.

Выявлено 31 случаев ампутаций нижних конечностей на разных уровнях. Все пациенты обращались в больницу с запущенной формой СДС, поэтому больным в 43 % случаев проводилась ампутация. Помимо ампутации проводились вскрытие флегмоны (32 %), иссечение некротических масс, а также на фоне гнойно-воспалительного процесса стопы антибактериальная, сосудистая, инфузионная терапия (25 % в сумме). Также по полученным данным было выявлено поступление пациента в больницу после уже случившейся ампутации (рецидив СДС).

Заключение

С целью предотвращения развития СДС, следует обучать врачей ранней диагностики данного осложнения, умению правильно назначать дополнительные исследования. Врачам необходимо оценивать не только лабораторные методы исследования, но и клиническую картину, главным образом проводить тщательный осмотр и пальпаторное обследование, чтобы вовремя выявить предъязвенные стадии и направить пациента на дальнейшее лечение, тем самым предотвратив нежелательные последствия. В диагностике СДС важно использование таких дополнительных методов, как УЗДГ, дуплексное УЗ-сканирование, контрастная ангиография, оценка различных видов чувствительности (вибрационной, тактильной, температурной), рентгенография (суставов) и т. д.

Литература

1. Давыдовский, И. В. Патологическая анатомия и патогенез болезней человека/ И. В. Давыдовский / М.: Медицина, 1985. – С. 342-410.
2. Ерошкин, И. А. Особенности окклюзионно-стенотических поражений артерий нижних конечностей при критической ишемии у больных сахарным диабетом / И. А. Ерошкин, М. А. Зеленов, А. В. Ерошенко // Патология кровообращения и кардиохирургии. – 2009. – №4. – С.58-62.
3. Комелягина, Е. Ю. Система профилактики ампутаций нижних конечностей у больных сахарным диабетом и преспективы ее внедрения в Москве / Е. Ю. Комелягина, М. Б. Анциферов // Проблемы эндокринологии. – 2007. – Т.53. – № 5. – С.74-76.
4. Морозов, А. М. О возможностях определения актуальности темы научного исследования / А. М. Морозов, В. А. Кадыков, О. В. Пельтихина, Э. М. Аскеров, А. Д. Морозова // Синергия наук. – 2018. – № 19. – С. 1018-1024.
5. Удовиченко, О. В. Диабетическая стопа: Руководство для врачей / О. В. Удовиченко, Н. М. Грекова // М.: Практическая медицина, 2010. – 272 с.
6. Федорович, А. А. Хирургическое лечение больных с хронической критической ишемией нижних конечностей при поражении артерий дистальнее паховой связки/ А. А. Федорович / М., 2000. – 220 с.

УДК 81:616.921.5

И. С. Кузьмин, А. А. Мамазаитова, 2 курс, лечебный факультет;
Е. В. Виноградова
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра иностранных и латинского языков
Научный руководитель: к. филол. н., доцент Е. В. Виноградова

К ЭТИМОЛОГИИ НАИМЕНОВАНИЯ «ГРИПП»

Цель исследования: изучение по этимологическим словарям и источникам особенностей образования основных структурно-семантических моделей наименований заболеваний и выявление слов, не имеющих однозначной этимологической трактовки.

Названия заболеваний и болезненных состояний представляют собой один из наиболее интересных разделов клинической терминологии. Многие наименования болезней, пограничных и патологических состояний, воспринимаемые большинством рядовых носителей языка как магически звучащие, непонятные и немотивированные, зачастую имеют вполне прозрачную этимологию. Чаще всего смысл клинического термина становится понятен при осознанной понятийной ориентации в базовых компонентах латино-греческого языкового фонда (отдельные лексемы и терминоэлемены), образующих основу обширного пласта интернациональной клинической терминологии, закрепившейся в профессиональном подъязыке современной медицины. Если проанализировать используемые в клинической терминологии названия заболеваний, то можно условно выделить несколько основных подгрупп, объединяющих именования по способу образования. К первой, наиболее репрезентативной группе следует отнести обозначения, совпадающие по признаку схожести словообразовательной модели, включающей название органа/анатомического образования/ткани и основную характеристику заболевания (вид патологии*)*. Например: артр-ит, артр-оз; спондил-ит, спондил-оз, нефр-ит, нефр-оз, гепат-ит, гепат-оз, невр-ит-, невр-оз, нефр-ома, невр-ома, гепат-ома; фибр-ома, аден-ома, ми-ома, гемат-ома. В данных наименованиях присутствуют корневые морфемы (терминоэлементы), представляющие собой семантическое ядро термина и суффиксы, характеризующие заболевание в целом. Соответственно, греческий по происхождению отрезок «артр-» обозначает сустав, «спондил-» -позвонок, «нефр-» - почка, «невр-» - нерв, «гепат-» - печень, «фибр-» - волокно, «аден-» - железа, «ми-» - мышца, «гемат-» - кровь. Суффиксальная морфема «-ит» указывает на воспаление, «-ома» - на наличие опухолевого характера поражения, «-оз» - дегенеративные хронические патологии.В эту группу, наряду с суффиксальными образованиями входит значительное количество терминов с конечным терминоэлементом: артр-одиния, гепато-рексис, невр-астения, нефро-птоз («-одиния» - боль, «-рексис» - разрыв, «-астения»-слабость, «-птоз» -смещение вниз). Следующую значительную группу образуют наименования, в основу которых положен метафорический признак, отмечающий характерное сходство с этимоном по внешнему признаку, например: канцер (рак), инсульт (удар), кариес (гниение), инфаркт (закупорка), инфекция (заражение), тиф (чад), карбункул (уголек), пролапс (выпадение), пустула (пузырек, гнойничок). Как правило, названия,

включенные в эту группу, имеют дублеты в обиходном языке, которые также выделяют признаки, отмеченные в классическом названии рубеола - краснуха, скабиес - чесотка, пестис - чума (то есть, «нарыв»), люпус - волчанка (по сходству с укусами на коже), гордеолум – ячмень (деминутив), уртикария - крапивница (волдыри, подобные ожоговым). Обиходный дублет может выделять отличительный признак, метафорически несовпадающий с признаком, закрепленном в классическом термине: эпилепсия - (припадок) - падучая, туберкулез (от tuberculum, лат. «бугорок») - чахотка. Определенный интерес представляет собой бытовое наименование туберкулеза, относящееся к числу устаревших, которое буквально восходит к латинскому эквиваленту - «бугорчатка». Стоит отметить, что обиходные дублеты имеются не только для терминологических обозначений, в основе которых лежит метафорический признак. Они отмечаются и в первой подгруппе названий, образованных при посредстве терминоэлементов: паротит (воспаление околоушной железы) - свинка, заушница, мастит (воспаление молочных желез) - грудница, остеомиелит (воспаление кости и костного мозга) - костоеда, анемия - малокровие (уменьшение количества и содержания определенных фракций в объемной единице крови), субфебрилитет (от горячки, лихорадка), экзофтальм - пучеглазие.

К наименованиям, не отражающим специфику болезни, а основанным на ассоциативном признаке, относится, например, собирательное название группы заболеваний «венерические болезни», восходящее к имени древнеримской богини любви Венеры, и введенное в обиход в 1527 году французским врачом Жаком де Бетанкуром. Название «сифилис» получило распространение после выхода поэмы венецианского врача и поэта Дхироламо Фракасторо «Сифилис, или О галльской болезни», повествующей о пастухе по имени Сифилус, прогневавшем богов Олимпа, и наказанном болезнью, покрывшей все его тело сыпью и язвами.

К следующей группе можно отнести названия патологий, также не содержащих указаний на характер заболевания или его основной признак. Это названия, включающие эпонимы, то есть имена ученых, впервые описавших недуг: болезнь Бехтерева, болезнь Альцгеймера, Базедова болезнь, болезнь Паркинсона; а также топонимы, то есть названия мест, связанных с появлением болезни: лихорадка Эбола, болезнь Окельбао, лихорадка Ласса, болезнь Лайма и многие другие. Хотя в последние годы появились возражения ВОЗ относительно использования эпонимов и топонимов в номинации вновь наблюдаемых заболеваний, так как они не содержат никаких указаний на специфику заболеваний, ученые выступают за их сохранение. Они мотивируют это тем, что эпонимы и топонимы способствуют дифференциации недугов и ассоциативному запоминанию специфики последних. К этому разряду можно отнести и немногочисленные названия, связанные с родом деятельности заболевшего: «Легкое фермера», «Легкие виноградарей», а также со стечением обстоятельств при возникновении заболевания: «Болезнь легионеров». Большинство представленных в подгруппах названий в плане этимологии не вызывают у специалистов и лингвистов-этимологов вопросов.

Однако существуют наименования, для которых нет однозначной этимологической трактовки. К ним относится, например, хорошо известное и используемое в профессиональном и обиходном пластах культурных языков многих стран обозначение

заболевания вирусной этиологии «грипп».

Известное на протяжении тысячелетий гриппоподобное недомогание, симптомы которого были описаны еще римским историком Титом Ливием, в средние века получило название «coeli influencia», объяснявшее появление болезни воздействием определенного стояния звезд (звездной карой), вызывающего потоки холодного воздуха, который обусловливает развитие заболевания и способствует его распространению. Позднее, в XVIII веке, переохлаждение как причина болезни закрепилось в итальянском этимоне «influenza difreddo» - «влияние холода». Это значение сохранилось по сей день в английском обиходном названии заболевания «cold», существующем параллельно с официальными клиническими обозначениями недуга: «influenza», «flu».

Наряду с закрепившимся в европейских языках названием «инфлуенца» в Европе использовались и именования, указывавшиеся на характерные признаки заболевания: «malemattone» - «свирепствующая болезнь», «malladelazucha» (1580, итал.) - «болезнь тыквы» из-за сильных головных болей; «Brustkrankheit» (нем.) - «грудная болезнь», «Schlafkrankheit» (нем.) - «сонная болезнь», и на географию распространения: «maladierusse», «китайская болезнь».

Начиная с XVIII века, наряду с названием этого протекающего с лихорадкой простудного заболевания «influenza» во многих европейских языках получило официальное распространение обозначение «грипп», относительно этимологии которого по сегодняшний день не существует единого мнения. В некоторых справочных изданиях в качестве первоисточника называется французский язык, из которого слово через немецкий как язык-посредник вошло в другие европейские языки, включая русский и другие языки славянской группы, а также языки стран Балтии.

Следует отметить, что вариант названия болезни «грипп» стал преобладающим, вытеснив слово «инфлюэнция», сохранившееся на европейской территории в немногих языках: английском, венгерском, итальянском, исландском, норвежском, шведском.

В русском языке слово «грипп» является на сегодняшний день единственным официально используемым обозначением недуга. Впервые слово в написании «грип» было зафиксировано в конце восемнадцатого века в юношеских дневниках русского филолога и поэта А. Х. Востокова. Лексикографическое закрепление в словарях русского языка новое и, как видно из литературных произведений А. С. Пушкина, Л. Н. Толстого, ставшее модным слово нашло к середине XIXвека. Оно трактовалось как заимствование из немецкого, восходящее к французскому этимону «lagrippe»: «приступ, припадок», представляющему собой девербатив от глагола «gripper» - «что-то страстно хватать, поймать, скрутить». Глагол восходил к реконструированной форме из старофранцузского языка gripan — хватать (нем. - greifen, англ. - gripe). Претерпевшее в истории своего развития во французском языке ряд семантических изменений слово «grippe», означавшее «прихоть, каприз, настроение, злоключение», так или иначе означало состояния, внезапно «охватывающие» человека: например, возникшее к 1770 году выражение «prendreengrippe» - внезапное увлечение, привязанность.

Близкое по звучанию и значению слово «grüppi» отмечается и источниках XVI века в швейцарском диалекте немецкого языка в значении «насморк», а также в современном языке

«grupi» в значении «ригидность затылка».

Следующая распространенная версия возникновения названия, также отмечаемая в современных российских и зарубежных этимологических словарях, называет в качестве языка-источника русский язык. Она основывается на фонетическом сходстве слова «грипп» с русским словом «хрип», «хрипеть» [1, 2]. В пользу этой версии говорит и именование болезни в славянских языках: chripka (чешск., словацк.). Близко по произношению название заболевания в болгарском: грып, польском: grypa - языках. Отнесение названия к славянским корням послужило основанием для именования заболевания в некоторых европейских словарях» русской болезнью».

Заключение

Как видно из приведенных примеров, однозначного взгляда на этимологию слова «грипп» не существует. Представляется, что в рассматриваемом случае могут иметь место обе трактовки. Не пересекаясь семантически и лексико-исторически, оба слова-этимона отражают характерные признаки этого вирусного заболевания. В случае с этимоном, восходящим к французскому языку, отмечается свойство заболевания поражать (охватывать) внезапно и тяжело весь организм. Во втором случае акцент делается на одном из основных симптомов. Таким образом, оба исходных слова из разных языковых групп в семантическом плане дополняют друг друга, что служит интересным примером бытования клинического термина в современных культурных языках.

Литература

1. Этимологический словарь русского языка/ М.: Русский язык от А до Я. - Москва: «ЮНВЕС». – 2003.
2. Kleines etymologisches Wörterbuch der deutschen Sprache. - VEB: Bibliographisches Institut Leipzig. - 1975.
3. https://www.dwds.de/wb/Grippe#et-1.
4. https://lexicography.online/etymology
5. https://historytime.ru/istoriya-slova/po-sledam-grippa/
6. https://massimoling.ru/2012/07/31/etimologicheskie-slovari/

УДК 611.36

Т. Н. Кузьмина, Н. С. Новикова, 2 курс, педиатрический факультет
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра анатомии
Научный руководитель: к.м.н., ассистент А. А. Бибикова

ВОЗРАСТНАЯ АНАТОМИЯ ПЕЧЕНИ

Печень – объемистый железистый орган, самая крупная железа в организме человека. Серозная оболочка, tunica serosa, покрывающая печень, подстилается подсерозной основой, tela subserosa, а затем — фиброзной оболочкой, tunica fibrosa. Через ворота печени и задний конец щели круглой связки вместе с сосудами в паренхиму проникает соединительная ткань (околососудистая фиброзная капсула, capsula fibrosa perivascularis). Образуется соединительнотканный каркас, в ячейках которого находятся печеночные дольки.

Закладка печени происходит на 4 неделе развития эмбриона в виде выроста передней стенки энтодермальной трубки впереди от желчного пузыря на месте будущей двенадцатиперстной кишки.

Печень составляет 4,3 % массы тела ребенка и участвует в процессах пищеварения, обмена веществ, кровообращения. В период полового созревания отмечается нарастание веса печени. Желчный пузырь расположен под печенью и не выступает из-под ребер, потому и прощупать его у детей трудно. Нормальная печень у новорожденных детей имеет большие размеры по сравнению с величиной тела. Нижний край расположен ниже реберной дуги на 3 см, 6-8 годам подходит под край ребер. У плода печень является важным органом кроветворения. Микроскопическое строение печени у плодов и детей раннего возраста со слабой выраженностью границ между дольками и наличием очагов эритропоэза.

Цель исследования: изучение особенностей строения печени у детей в возрастном аспекте.

Материалы и методы: макропрепараты печени детей разных возрастов: 1 месяц, 2 месяца, 9 лет, 16 лет. Методы: макроскопический, микроскопический с применением гистохимических методик, антропометрический.

Результаты и обсуждение

Получены данные, которые отличаются от среднестатистических. Так, вес печени у месячного ребенка составил 142 г, что немного ниже нормы, у ребенка 2 месяцев – 165 г, что тоже немного ниже нормы. У ребенка 9 лет вес печени составил 975 г, что немного больше нормы, у ребенка 16 лет вес печени составил 1360 г, что тоже немного больше нормы (рисунок 1, 2, 3, 4, 5).

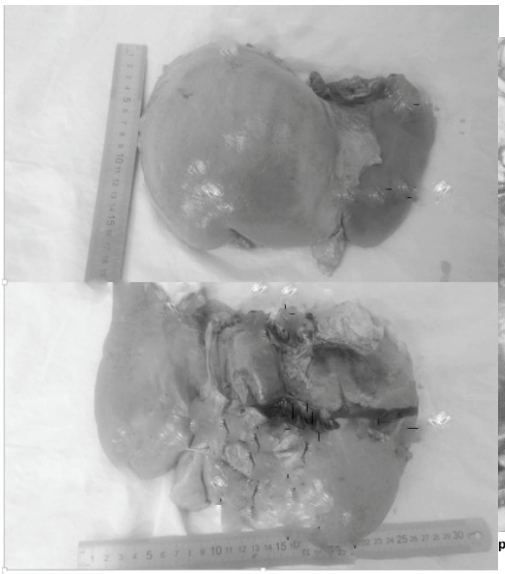


рис.1 Фотография печени ребенка-16 лет. Вес - 1360 г.

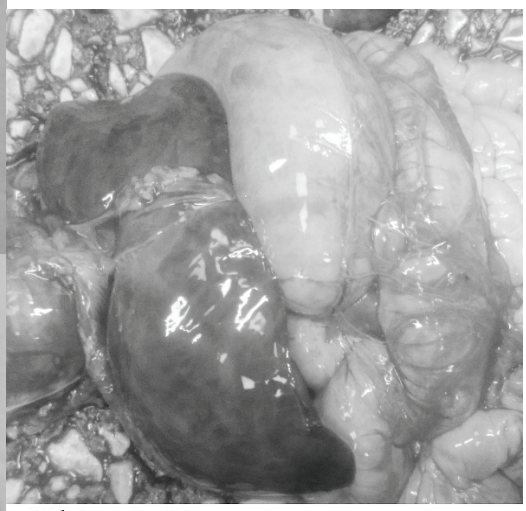


рис.2 Реб. - 1 месяц. Вес - 142 г.

рис.3 Реб. - 2 месяца. Вес - 165 г.

рис.4 Реб. - 9 лет. Вес - 975 г.

Рисунок 5 – Зависимость веса печени ребенка от его возраста

Заключение

Вес печени у детей разных возрастов зависит от индивидуальных особенностей ребенка, его физического развития и общего состояния.

УДК36-17

М. А. Купцова, Н. А. Суббота, 3 курс, лечебный факультет; А. М. Морозов
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра общей хирургии
Научный руководитель: ассистент А. М. Морозов

СОВРЕМЕННАЯ АНТИСЕПТИКА

Успехи современной хирургии были бы невозможны, если бы в свое время не были разработаны приемы борьбы с микроорганизмами, вызывающими развитие тяжелейших гнойных процессов в ране. В настоящее время ученые занимаются разработкой новых более эффективных антисептиков, которые имели бы меньше негативных влияний на организм человека и обладали новыми полезными свойствами.

Цель исследования: изучить достижения в разработке современных антисептиков.

Материалы и методы

Фармакологическая документация и сравнительный анализ лекарственных препаратов, статистические методы, данные литературы и интернет-ресурсы.

Результаты и обсуждение

Американские биологи нашли в крови комодских варанов необычно мощный антисептик, убивающий многих опасных бактерий, в том числе и некоторых неуязвимых «супер-микробов» (бактерии с множественной лекарственной устойчивостью: Escherichia coli, Klebsiella pneumonia и др.) стойких к действию антибиотиков, говорится в статье, опубликованной в журнале «Biofilms and Microbiomes»: «Данное вещество является большим, чем просто антисептик или антибиотик – белок VK25 и его синтетический аналог DRGN-1 не только убивают множество разных микробов, но и помогают затягиваться ранам, стимулируя рост клеток кожи и уничтожая бактериальные пленки. Все это указывает на то, что данный белок можно использовать в качестве основы для крема для лечения ран».

Комодские вараны (Varanus komodoensis), или «драконы», как их называют местные жители (Индонезия), являются крупнейшим видом ящериц на Земле. Слюна и рот варанов, как обнаружили биологи около десяти лет назад, содержат в себе целый букет различных смертоносных бактерий, вызывающих сепсис и гангрену при попадании в тело человека или животных. Эти бактерии, несмотря на их опасность, никак не мешают жизни самого хищника, что заставило ученых искать в крови варанов и в их слюне вещества, защищающие их от атак микроорганизмов.

Для поиска таких секретов ученые несколько лет назад разработали специальные наночастицы, которые позволяют «вылавливать» различные белки из образцов крови или клеток, размножать их и изучать их структуру. Используя эти частицы, они нашли четыре десятка белков-антисептиков в крови аллигаторов, и сейчас они проверили их работу на варанах.

Оказалось, что кровь варанов содержит в себе единственный, но очень мощный белок-антисептик VK25. Это вещество, как показали эксперименты на мышах, зараженных разными видами опасных микробов, может уничтожать сразу несколько видов патогенов,

ослабляя их клеточные стенки и разрушая пленки из бактерий, формирующиеся на краях раны.

В частности, VK25 успешно уничтожил колонии золотистого стафилококка, синегнойной палочки, бактерию-«киллер» Burkholderia thailandensis, убивающую человека за 24 часа, а также возбудителей туляремии и ряда других опасных болезней.

Помимо этого, данное вещество имеет еще одно полезное свойство – оно стимулирует миграцию клеток кожи и тем самым ускоряет затягивание раны даже в тех случаях, когда в ней отсутствуют микробы и связанные с ними воспалительные процессы.

Открыв столь интересное вещество, ученые попытались сделать его еще более эффективным, внося случайные мутации в структуру белка VK25. Продуктом этих усилий стало создание вещества DRGN-1 — более эффективной синтетической версии VK25, отличающейся от прародителя всего на две аминокислоты.

В ближайшее время ученые планируют проверить, будет ли DRGN-1 подавлять четырех других опасных микробов, заражающих раны, и приступят к доклиническим испытаниям на крысах и других животных.

В настоящее время лечебно-профилактические учреждения пользуются большим выбором современных антисептиков («Дезиптол», «Альтсепт», «Мирамистин», «Октенисепт» и др.).

Для всех них характерны общие черты:

1. Активность в отношении большого числа различных бактерий (грамотрицательные бактерии, грамположительные бактерии), вирусов (аденовирусы, ВИЧ, герпеса, грипп, коксаки, ECHO, парентеральных гепатитов, полиомиелит, прочие возбудители ОРВИ, птичьего гриппа (H_5N_1), ротавирусы, свиной грипп (H_1N_1), Энтеральных гепатитов), патогенных грибов (дерматофитон, кандида).
2. Возможность применения данных препаратов для обработки различных объектов: изделий медицинского назначения, обработки инъекционного поля, обработки кожи ног, обработки локтевых сгибов доноров, обработки операционного поля, обработки рук операционных медицинских сестер, акушерок и других лиц, участвующих в операциях и приеме родов, обработки рук хирургов, перчаток (из каучука, латекса, неопрена и т. д.), санитарной обработки кожных покровов, в том числе у лежачих и тяжелобольных, для лечения ожогов и трофических язв, эрозий шейки матки, для санации кишечника при стафилококконосительстве.
3. К особым свойствам современных антисептиков относится их невысокая агрессивность по отношению к объектам обработки, пролонгированный антимикробный эффект, стимуляция регенерации поврежденных тканей. Например, «Октенисепт» ускоряет эпителизацию травмированных тканей и тем самым способствует восстановлению их структуры и функций. Помимо этого, препарат обладает продолжительной антимикробной активностью, что объясняется содержанием в каждой молекуле двух катион-активных центров. В результате, разрушая структуры стенок клеток и клеточных мембран, угнетая функции микроорганизмов, «Октенисепт» вызывает их гибель.

Также, наряду с разработкой новых химических антисептиков, в медицине большой интерес вызывает возможность исследования бактериофагов в качестве антимикробных агентов. Современные биотехнологии позволяют использовать бактериофаговую терапию против большинства бактериальных инфекций, что может стать хорошей заменой антибиотиков.

Преимущества над антибиотиками выражаются в следующих свойствах бактериофагов:

1. Эффективная борьба с бактериальными инфекциями без риска развития осложнений на печень, почки и другие жизненно важные органы, подвергающиеся повреждающему действию обычных антибактериальных средств.
2. При совместном применении с антибиотиком могут усиливать эффективность последнего.
3. Уничтожают только вредоносные бактерии и сохраняют собственные, «полезные» для нас бактерии (кишечную микрофлору, микрофлору половых органов), не вызывая дисбактериоз.
4. При отсутствии эффекта от применения антибиотиков (при устойчивости бактерий к антибиотикам) и наличии хронической, рецидивирующей инфекции, бактериофаги являются отличным выбором в качестве препаратов антибактериальной терапии.
5. При наличии противопоказаний к применению антибиотиков (при антибиотико-ассоциированных диареях, нарушении работы печени и почек и др.) — бактериофаги незаменимы.
6. Бактериофаги могут применяться как внутрь, так и использоваться для наружного применения, что решает проблему не только на уровне всего организма, но и местно в месте локализации инфекции.

Заключение

Современные антисептики имеют ряд преимуществ по сравнению с предшественниками. Это более широкий спектр действия в отношении патогенных микроорганизмов, вирусов, патогенных грибов, более высокая скорость обеззараживания, щадящее действие на кожу, а самое главное – появление новых полезных эффектов. Раньше единственной целью антисептики было полное уничтожение, «выжигание» микрофлоры, теперь же наравне с такой функцией вводится способность заживлять раны. Внимательное отношение к своему здоровью привело к острой потребности клиник в щадящих дезинфицирующих средствах, поэтому при создании современных антисептиков ученые руководствуются новой целью - ускорять эпителизацию травмированных тканей и тем самым способствовать восстановлению их структуры и функций.

Литература

1. Chung, E. M. C. Komodo dragon-inspired synthetic peptide DRGN-1 promotes wound-healing of a mixed-biofilm infected wound / E. M. C. Chung, S. N. Dean, C. N. Propst, B. M. Bishop & Monique L. van Hoek // Biofilms and Microbiomes 3. – Article number: 9. – 2017. – [Электронный ресурс] – Htps://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28649410

2. Каздым, А. А. Дезинфекционные препараты и стойкие органические загрязнители / А. А. Каздым / Дезинфекция. Антисептика – №4. – С. 22-30.
3. Машковский, М. Д. Лекарственные средства: Руководство для врачей. 16-е издание/ М. Д. Машковский / 2012. – С. 373-404.
4. Морозов, А. М. О возможностях определения актуальности темы научного исследования / А. М. Морозов, В. А. Кадыков, О. В. Пельтихина, Э. М. Аскеров, А. Д. Морозова // Синергия наук. – 2018. – № 19. – С. 1018-1024.
5. Реестр дезинфицирующих средств. Форма распространения: Сетевое издание. ЭЛ № ФС 77 - 61614 - 2015. - [Электронный ресурс] - http://dezr.ru/o-sajte/o-smi-reestr-dezsredstv
6. Шандала, М. Г. Перечень отечественных и зарубежных дезинфекционных средств, разрешенных к применению на территории российской федерации/ М. Г. Шандала / 2013. - [Электронный ресурс] - [http://base.garant.ru/71314776/]
7. Юргель, Н. В. Федеральная служба в сфере здравоохранения и социального развития. Научный центр экспертизы средств медицинского применения, Государственный реестр лекарственных средств / Н. В. Юргель / Медицинский совет. – Москва. – 2015. – №1-2 [Электронный ресурс] – [http://www.roszdravnadzor.ru/i/upload/old_files/1200559288.09793-9761.pdf]

УДК 616.348-089

В. С. Куров, 4 курс, стоматологический факультет;
Т. Ш. Халилов, М. С. Шестаков, хирурги ЦРКБ Калининского района; Ю. А. Исаев
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра хирургических болезней
Научный руководитель: к.м.н., ассистент Ю. А. Исаев

АНОМАЛИИ ФИКСАЦИИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ И СПОСОБЫ ЕЕ ОПЕРАТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ

В основе заболевания лежит аномалия фиксации толстого кишечника в брюшной полости, проявляющаяся патологической подвижностью преимущественно слепой и правой половины ободочной кишки с нарушением моторной функции кишечника и последующими органическими изменениями слепой и восходящей кишок. Диагностика caecum mobile в дооперационном периоде возможна и должна основываться на совокупности данных анамнеза, жалоб, клинического и рентгенологического исследований. Лечение данной патологии – оперативное и основано на различных способах фиксации слепой и восходящей ободочной кишок.

Цель исследования: предложить собственные методики оперативного лечения в зависимости от анатомического варианта патологии, преимущественно с хорошими и удовлетворительными результатами.

Материалы и методы

Оперировано 52 больных с аномалиями фиксации ободочной кишки. Операции выполнялись с учетом анатомического варианта нарушений фиксации кишки. Дана оценка отдаленных результатов лечения.

Результаты и обсуждение

При наличии клинических проявлений аномалии фиксации ободочной кишки показано оперативное лечение. Операция должна выполняться с учетом анатомического варианта имеющейся патологии.

Положение и прикрепление толстой кишки в брюшной полости представлены большим количеством вариантов [1, 2]. Наиболее частым является нарушение прикрепления и развития правой половины ободочной кишки, известное в литературе, как «подвижная слепая кишка» или caecum mobile [3].

В ряде случаев патология не ограничивается подвижностью только слепой кишки и сочетается с нарушением фиксации восходящей ободочной, отсутствием прикрепления печеночного и, реже, селезеночного углов, опущением всей правой половины ободочной кишки или тотальным колоноптозом.

Причиной патологической подвижности является наличие общей илеоцекальной брыжейки, длинной собственной брыжейки слепой кишки, отсутствием или функциональной неполноценностью связочного аппарата в области печеночного и селезеночного изгибов.

Патологические девиации, в основном, правой половины ободочной кишки приводят к ее опущению, перегибам, заворотам, подкрутам, нарушению крово- и лимфообращения.

Кроме того, отсутствие опоры для задней стенки восходящей кишки и перегибы самой кишечной трубки способствуют застою кишечного содержимого, развитию воспалительных процессов преимущественно в области слепой кишки. Наличие илеоцекальной брыжейки может явиться фактором, предрасполагающим к заворотам или илеоцекальной инвагинации [4].

Данные изменения со стороны толстого кишечника могут проявлять себя определенной клинической картиной. Наиболее характерным симптомом являются боли, преимущественно в правой подвздошной области. Длительный стаз содержимого в ободочной кишке, неизбежные при этом процессы гниения и брожения приводят ко вторичному воспалению [5].

Диагностика патологии основывается на данных анамнеза, объективного и рентгенологического исследований. Достаточно достоверным является исследование пассажа бария по кишечнику, выполненное через 12 часов от приема бария per os в положении больного стоя и лежа на левом боку. Основными рентгенологическими признаками принято считать смещаемость слепой кишки (как мануальная, так и под действием собственной тяжести в положении на левом боку), опущение слепой кишки, низкое положение печеночного и селезеночного изгибов, несформированный печеночный угол, расширение и длительный застой контраста в слепой кишке.

Анализируя анатомический, собственный операционный материал и литературные данные, определены три наиболее часто встречающихся варианта патологической фиксации толстой кишки, играющих роль в выборе способа оперативной коррекции.

Первый – изолированная подвижность слепой и восходящей ободочной кишок, при сохраненной фиксации печеночного угла (собственно caecum mobile).

Второй – подвижность и опущение всей правой половины ободочной кишки (правосторонний колоноптоз).

Третий – подвижность и опущение восходящего и нисходящего отделов ободочной кишки с отсутствием прикрепления в области печеночного и селезеночного углов (тотальный колоноптоз).

Лечение аномалий фиксации толстой кишки – оперативное [5, 6, 7]. В связи с этим на анатомическом материале разработаны и применены в клинике с хорошими ближайшими и отдаленными результатами способы хирургической коррекции патологической подвижности различных отделов ободочной кишки, предусматривающие индивидуальный, более физиологичный и наименее травматичный метод оперативного вмешательства.

Для хирургического лечения пациентов с первым вариантом патологии предложен способ фиксации слепой и подвижной части восходящей ободочной кишки (рацпредложение № 1416 от 05.04.1990 г).

Способ коррекции при втором варианте предполагает фиксацию всей правой половины с формированием и фиксацией печеночного угла ободочной кишки (авторское свидетельство на изобретение №1780720 от 15 08.1992 г).

За основу предлагаемой операции при третьем варианте аномалии фиксации (тотальный колоноптоз), взята методика лечения правостороннего колоноптоза дополненная

формированием селезеночного угла (рацпредложение №1489 от 07.02.1991 г.). В этом случае оптимальный доступ – срединная лапаротомия.

Следует отметить, что при всех вариантах оперативного лечения первым этапом операции является удаление червеобразного отростка слепой кишки, поскольку выведение фиксированного купола слепой кишки и выполнение аппендэктомии в случае возникновения у пациента острого аппендицита будет затруднительным.

По предлагаемым методикам нами оперировано 52 больных. Отдаленные результаты лечения прослеживались через 3, 6, и 12 месяцев от момента операции. В указанные сроки пациенты осматривались амбулаторно, а в некоторых случаях выполнялось контрольное рентгенологическое исследование положения и моторной функции толстой кишки методом исследования пассажа бария. На контрольных рентгенограммах положение фиксированных отделов ободочной кишки было стабильным. Смещение в горизонтальной плоскости отсутствовало. Оценку результатов мы проводили по трем критериям:

- хорошее – отсутствие болей в животе, нормализация стула, полное восстановление трудоспособности;
- удовлетворительное – уменьшаются и становятся более редкими болевые приступы (в основном при физических нагрузках), улучшается моторная функция кишечника;
- неудовлетворительные – отсутствие положительного эффекта от операции.

Хорошие и удовлетворительные результаты отмечены у 96 % пациентов.

Заключение

Предлагаемые методики хирургического лечения аномалий положения и прикрепления толстой кишки в брюшной полости позволяют осуществить достаточно прочную, близкую к физиологической, фиксацию подвижных отделов ободочной кишки при сравнительно небольшой травматичности операции.

Литература

1. Романов П.А. Клиническая анатомия вариантов и аномалий толстого кишечника //Москва, 1987
2. Сендерович И. Л. К вариантам топографии ободочной кишки //Сборник работ Одесского мед. института Киев 1985г. С 30-36
3. Герцен П.А. О расширенной и подвижной слепой кишке //Избр. труды. Москва 1956г. С 320-332.
4. Витебский Я.Д. Заворот слепой кишки (патогенез, клиника, лечение) // Дисс. 1951г.
5. Ильин А.И. Значение фиксации цекум мобиле при оперативном лечении тифлоколитов Соврем. Хирургия 1927г. N4 С 643-660.
6. Матяшин И.М., Глузман А.М. Справочник хирургических операций // 1979г. С. 183, 187, 189, 191, 192, 194-197, 204, 207, 213.
7. Neil D.A.H., Reasbeck Ph.G., Reasbeck I.C., Effeney D. I. Caecal volvulus // Ten year experience in an Australian teaching hospital. Ann Roy Coll Surg. Eugl 1987, 69, 6, P.283-285/

УДК 615.281

Е. Д. Курочкина, В. М. Журавлева, 2 курс, фармацевтический факультет;
Г. М. Зубарева
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра химии
Научный руководитель: д.б.н., профессор Г. М. Зубарева

ВЗАИМОЗАМЕНЯЕМОСТЬ АЗИТРОМИЦИНА И ХЕМОМИЦИНА

Из-за сложившейся обстановки в мировой экономике возникла необходимость предоставления населению лекарственных препаратов отечественного производства. В связи с этим в нашей стране разработана политика импортозамещения, которая направлена на обеспечение жителей Российской Федерации медикаментами отечественного производства.

Цель исследования: сравнить химическое строение лекарственных препаратов: Азитромицина (Вертекс, Россия) и Хемомицина (Hemofarminfecto Logica, Сербия). Доказать, что Азитромицин в рамках экономической программы страны об импортозамещении является достойной заменой дорогостоящему Хемомицину.

Материалы и методы

С помощью ИК-спектрофотометра с Фурье преобразованием «Nicoleti S10» с применением приставки НПВО сняты спектры лекарственных препаратов Азитромицин и Хемомицин [1, 2].

Результаты и обсуждение

Препараты Азитромицин и Хемомицин разных производителей имеют в своем составе единое действующее начало – азитромицин. Азитромицин является полусинтетическим макролидом – бактериостатический антибиотик широкого спектра действия [3]. Антимикробное действие обусловлено нарушением синтеза белка на рибосомах микробной клетки. Проявляет активность в отношении грамположительных кокков и внутриклеточных возбудителей. Основа химической структуры – макроциклическое лактонное 15-ти членное кольцо, содержащее азот. Наличие азота обусловливает повышение кислотоустойчивости препарата по сравнению с эритромицином [3, 4].

При сравнении состава Азитромицина и Хемомицина, выявлены различия, связанные с наличием вспомогательных веществ и наполнителей: кросповидон, лактозы моногидрат, натрия лаурилсульфат (в Азитромицине) и карбоксиметилкрахмал натрия, тальк (в Хемомицине) (таблица 1).

Для анализа использованы препараты в оболочке. Анализ ИК-спектров позволил определить наличие всех ожидаемых функциональных групп в составе препаратов и показал достоверное сходство в исследуемых объектах.

Отличия, связанные с сопутствующими веществами, обнаружены в пике 1540,4 $см^{-1}$, соответствующему валентному колебанию ароматического кольца карбоксиметилкрахмала натрия и 3626,5 $см^{-1}$, соответствующей валентным колебаниям свободных –ОН групп талька [2, 5] (рисунок 1).

Таблица 1 – Качественный состав лекарственных препаратов (согласно аннотации)

Компоненты	Азитромицин	Хемомицин
Активное вещество	азитромицин (в форме дигидрата)	азитромицин (в форме дигидрата)
Вспомогательные вещества	целлюлоза микрокристаллическая, лактозы моногидрат, повидон (К-30), кросповидон, натрия лаурилсульфат, кремния диоксид коллоидный, магния стеарат	целлюлоза микрокристаллическая силикатная, целлюлоза микрокристаллическая, карбоксиметилкрахмал натрия (тип А), повидон, магния стеарат, тальк, кремния диоксид коллоидный
Состав пленочной оболочки	гипромеллоза, тальк, титана диоксид, макрогол 4000	титана диоксид, тальк, коповидон, этилцеллюлоза, макрогол 6000, индигокармин (индиготин) Е132, краситель лак зеленый 8% (индигокармин (индиготин) Е132, хинолиновый желтый Е104).

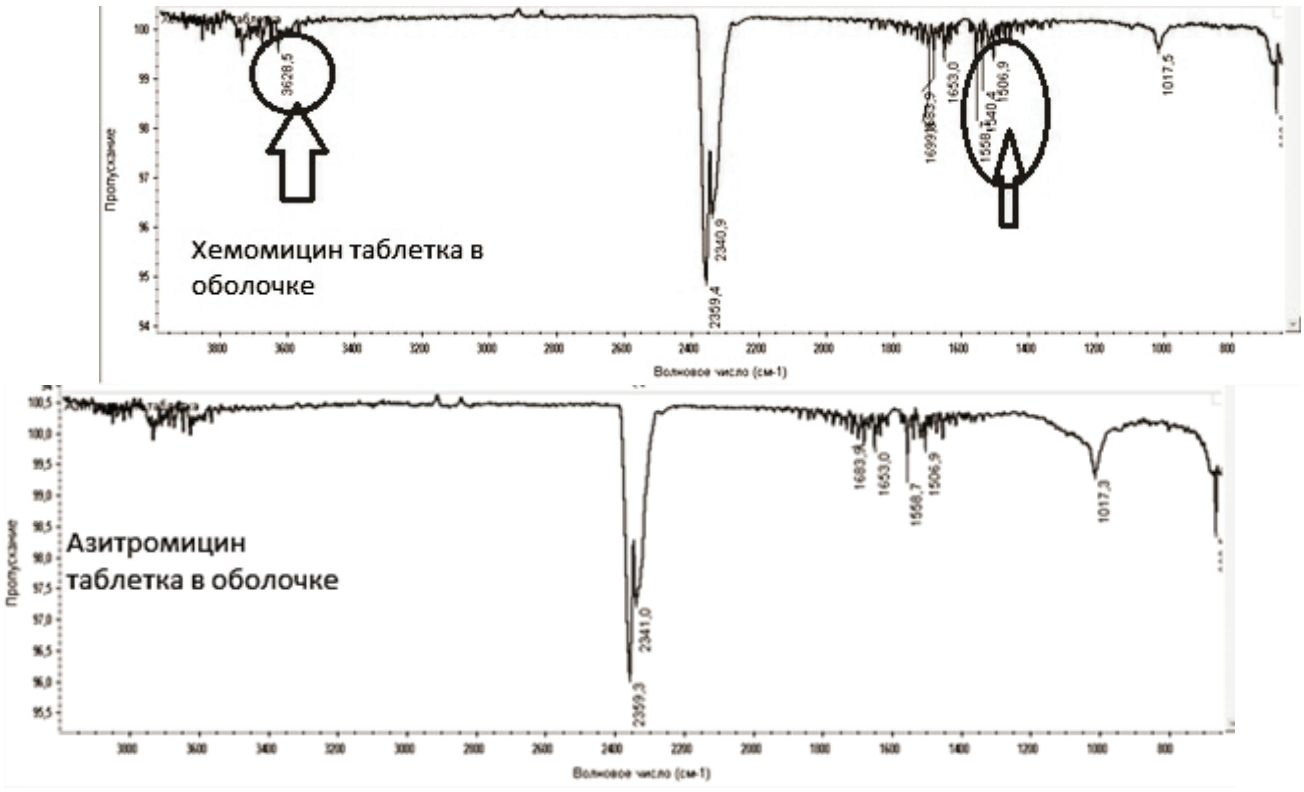


Рисунок 1 – Инфракрасный спектр Азитромицина и Хемомицина

Затем был проведен анализ прейскуранта цен данных препаратов. Согласно прайсу онлайн-магазина «Аптека.ру», стоимость Азитромицина 130,00 рублей, Хемомицина – 303,00 рублей в дозировке 500 мг, 3 таблетки, то есть цена последнего практически в 2,5 раза выше, чем российского препарата. Стоит учитывать, что курс лечения в некоторых случаях достигает 2 недель, и покупать необходимо не 1 пачку. В данной ситуации разница в цене значительна.

На последующем этапе был проведен опрос 26 человек, принимающих или принимавших препарат. На вопрос: «Чем вы предпочитаете лечиться Азитромицином российского производства или Хемомицином сербского производства?» 14 человек ответили, что предпочитают Азитромицин, а 8 – выберут Хемомицин, так как считают, что Азитромицин произведен из некачественного сырья и имеет опасные для здоровья примеси. Четверо опрошенных отказываются от приема антибиотиков.

Заключение

Незаявленных в аннотации веществ в лекарстве не было обнаружено. Согласно опросу, большинство потребителей предпочитают более дешевый аналог дорогому. При этом есть те, кто выберет дорогой аналог, так как боятся примесей в лекарстве, опасных для здоровья, наличие которых мы полностью исключаем в ходе наших исследований. Азитромицин является качественным аналогом отечественного производства, способным заменить импортный препарат.

Литература

1. Введение в практическую инфракрасную спектроскопию. А.Д. Кросс; перевод с англ. канд. хим. наук Ю.А. Пентина. Москва: Издательство иностранной литературы, 1961.
2. Тарасевич, Б. Н. ИК-спектры основных классов органических соединений. Справочные материалы; МГУ им. Ломоносова, Москва 2012 г.
3. Клиническая фармакология: учебник. Под ред. В. Г. Кукеса. - 4-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.
4. Микробиология, вирусология: руководство к практическим занятиям: учеб. Пособие. Под ред. В. В. Зверева, М. Н. Бойченко - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.
5. Г. Е. Бордина, С. А. Максименко, Д. А. Бордин. ИК-спектроскопия в анализе препаратов варфарина отечественного и зарубежного производства // Сборник статей по материалам XXII международной заочно научно-практической конференции «Научная дискуссия: вопросы медицины» - Москва, №2 (18) 2014, С. 162-165

УДК 611.142

П. А. Лаврентьев; Р. Р. Багдасарян, И. С. Шматов, 3 курс, лечебный факультет
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии
Научный руководитель: к.м.н., доцент П. А. Лаврентьев

ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ ВЕН СЕРДЦА

Цель исследования: изучить индивидуальные особенности топографической анатомии вен сердца человека.

Материалы и методы

Проведено изучение методом анатомического макро- и микропрепарирования под бинокулярной лупой МБС-2 вен сердца, их диаметра, угла и места впадения, а также зоны венозного оттока на 10 препаратах сердца человека.

Результаты и обсуждение

Большая вена сердца на всех препаратах формировалась из двух основных притоков, объединяющихся под левым ушком сердца. Большая вена сердца формировалась у верхушки сердца слиянием вен от передней стенки левого и правого желудочков, верхушки сердца, межжелудочковой перегородки. Вена располагалась на передней поверхности сердца в передней межжелудочковой борозде поверхностнее и слева от передней межжелудочковой ветви левой венечной артерии. В верхнем отделе борозды левее артериального конуса вена образовывала пологий изгиб под углом 90—140° и ложилась в венечную борозду, по которой переходила на заднюю поверхность сердца, где продолжалась в венечный синус. В венечной борозде вена располагалась глубже огибающей ветви левой венечной артерии.

Среди подэпикардиальных вен большая вена сердца является самым крупным сосудом. На исследованных препаратах ее диаметр колебался в значительных пределах — от 1,5 до 9 мм. Средний калибр вены составлял 6 мм.

На протяжении ствола в большую вену сердца впадали вены от стенок левого и правого желудочков, а также от межжелудочковой перегородки. Их количество колебалось в пределах от 5 до 13, диаметр данных вен составлял 0,8—1,0 мм. Одним из притоков большой вены сердца являлась непостоянная левая краевая вена, наблюдавшаяся только на 6 препаратах и отводящая кровь от боковой стенки левого желудочка. В конечный отрезок вены впадали 3 вены левого ушка, непостоянно — задняя вена левого желудочка и косая вена левого предсердия. Первый приток проходил от верхушки сердца по передней межжелудочковой борозде, имел диаметр в средней части 4 мм, длину – около 90 мм. Второй приток проходил из глубины миокарда правого желудочка и имел косо вертикальное направление, диаметр составлял 2-3 мм и длину 60 мм. В месте слияния двух притоков, диметр большой вены сердца составлял в среднем 5-6 мм, угол слияния вен 50-55º.

Второй по величине крупной веной являлась средняя вена сердца. Она формировалась на всех препаратах у верхушки сердца на его диафрагмальной, а иногда передней поверхности слиянием двух притоков. Вена располагалась в задней межжелудочковой борозде поверхностнее и левее задней межжелудочковой ветви правой венечной артерии.

Диаметр вены колебался в пределах от 3 до 10 мм. На 8 препаратах вена впадала в венечный синус, а на 2-х препаратах непосредственно в правое предсердие. В среднюю вену сердца впадали вены левого и правого желудочков, вены межжелудочковой перегородки. Среди притоков вены отмечалось 8-10 относительно крупных вен калибром до 1 мм.

Зона дренирования средней вены сердца включала заднюю стенку правого и небольшую часть задней стенки левого желудочка, область верхушки сердца, заднюю треть межжелудочковой перегородки. Средняя вена сердца начиналась от верхушки сердца и проходила по задней межжелудочковой борозде, где анастомозировала с большой веной сердца. Диаметр вены у верхушки сердца варьировал от 3,5 мм до 4 мм, в средней части задней межжелудочковой борозды – 6-7 мм, в месте впадения в венечный синус – 7-7,5 мм. Угол впадения средней вены сердца в венечный синус составлял в среднем 150°.

Малая вена сердца на всех препаратах формировалась из вен передней и частично задней поверхности правого желудочка и правого предсердия. Ствол вены проходил по венечной борозде на заднюю поверхность, располагаясь выше и поверхностнее правой венечной артерии. Вена впадала в конечный отдел венечного синуса сверху или справа, значительно реже в среднюю вену сердца или самостоятельно в правое предсердие.

Диаметр вены на изученных препаратах сердца людей составлял в среднем 2,4-2,7 мм. Одним из ее крупных притоков была правая краевая вена, идущая по правому краю сердца и связывающая притоки средней и большой вен сердца.

Косая вена левого предсердия в отличие от других подэпикардиальных вен имела извилистый ход и расширенное воронкообразное устье. Вена являлась непостоянным сосудом и наблюдалась на 7 препаратах, находилась на задней стенке левого предсердия, проходила косо вниз и вправо и впадала в начало венечного синуса под углом 30-50° или в конечный отдел большой вены сердца. Диаметр вены при впадении составлял 1,3 мм. По данной вене осуществлялся венозный отток от задней стенки левого предсердия.

Задняя вена левого желудочка на всех препаратах была представлена 1-4 стволиками. Вена вариабельна по внешнему строению и расположению. Диаметр вены колебался от 2 до 6 мм. Вена располагалась на задней стенке левого желудочка, имела вертикальное или косое положение. Задняя вена левого желудочка впадала в венечный синус сердца.

Задняя вена левого желудочка начиналась на середине левого края сердца, проходила по задней стенке левого желудочка косо вверх. Диаметр вены в начальном отделе равнялся 2-2,5 мм, в среднем отделе – 4,5-5 мм, перед местом впадения в венечный синус делал S-образный изгиб и в месте впадения имел диаметр 8-9 мм, а угол впадения 115°. Задняя вена левого желудочка имела 5-6 мелких притоков диаметром 1-2,5 мм. Данные вены располагались параллельно друг другу. Средняя длина их колебалась от 12 до 24 мм, угол впадения варьировал от 90 до 130º.

Венечный синус на 9 препаратах имел горизонтальное направление и конусовидную форму, и формировался из трех основных притоков - большой, средней вены и задней вены левого желудочка. Длина его составляла 42-45 мм, диаметр колебался от 9 мм до 18-19 мм.

Передние вены сердца самостоятельно впадали в правое предсердие, являясь, таким образом, вторым путем венозного оттока из стенки сердца. Число передних вен колебалось от 1 до 7, диаметр от 1 до 3 мм. Передние вены сердца располагались на передней стенке

правого желудочка, непосредственно на миокарде или в его толще. Данные вены имели вертикальное направление и открывались в правое предсердие на его передней стенке или в основание правого ушка. Значительно реже они впадали в устье верхней полой вены. Уровень впадения передних вен в правое предсердие находилось на 0,3-0,4 см выше края правого предсердно-желудочкового отверстия. К группе передних вен сердца обычно относятся малая вена сердца и правая краевая вена.

Заключение

Вены сердца выражены хорошо, из наиболее крупных вен следует отметить большую вену сердца, среднюю вену сердца и малую вену сердца, а также венечный синус. Менее крупными венами сердца являются правая краевая вена, косая вена левого предсердия, задняя вена левого желудочка, и непостоянные передние вены сердца. Все вены сердца широко анастомозируют между собой на всех уровнях венозного русла.

Литература

1. Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс]: учебное пособие. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015.
2. Лаврентьев, П. А. Вариантная анатомия сосудов сердца / П. А. Лаврентьев, Г. Е. Цай, Т. П. Лаврентьева // Сб. научных трудов № 7. Неотложная хирургия. – Тверь, 1999. – С. 42-43.
3. Лаврентьев, П. А. Хирургическая анатомия венечных артерий сердца / П. А. Лаврентьев, С. И. Волков, Г. Е. Цай, Т. П. Лаврентьева // Вопросы интеграции здравоохранения, клиники и теории медицины. – Тверь, 2002. – С. 245-246.
4. Fuster V. Hurst's The Heart. — 10th. — McGraw-Hill, 2001. — P. 53. — ISBN 0-07-135694-0.

УДК 616.314-77:678.5

С. В. Лагутенков, 5 курс, стоматологический факультет; Э. А. Змеева, ординатор;
Д. В.Трапезников, ассистент
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра ортопедической стоматологии
Научный руководитель: д.м.н., профессор О. А. Петрикас

ЛАБОРАТОРНОЕ ИЗУЧЕНИЕ СПОСОБА УПРОЧНЕНИЯ БИСАКРИЛОВОЙ КОМПОЗИЦИОННОЙ ПЛАСТМАССЫ

Ортопеды-стоматологи в своей каждодневной деятельности облигатно используют временные или провизорные несъемные конструкции. Это объясняется широким распространением металлокерамических либо цельнокерамических мостовидных протезов, требующих защиты препарированных зубов и зубных рядов на период изготовления постоянных конструкций. Разработка новых бисакриловых композиционных пластмасс, благодаря повышенной твердости, меньшей аллергенности, высокой точности и удобства применения, во многом решила проблемы временного протезирования. Однако стоматологи часто сталкиваются с проблемой поломки временных конструкций, особенно, в условиях с повышенной функциональной нагрузки на опорные зубы. Это включенные дефекты средней и большой протяженности или подвижные опорные зубы, когда необходимо сохранить провизорные мостовидные протезы (пМП) в течение продолжительного времени.

Для повышения прочности временных мостовидных протезов из бисакриловой пластмассы был запатентован «Способ изготовления временных несъемных зубных протезов» № 2544098 от 04.02.2015, где предлагается бисакриловую композиционную пластмассу армировать стекловолокном во время изготовления провизорного мостовидного протеза.

Цель исследования: изучить путем механического испытания прочность на изгиб балок из бисакриловой композиционной пластмассы, армированных стекловолокном.

Материалы и методы

Лабораторное исследование представляло собой определение усилий разрушения балок-образцов методом 3-точечного изгиба (соответствующий ГОСТ Р51202-98 пункт 6.1; ISO 10477-92). Методика исследования такова. С помощью специальной формы, состоящей из нескольких элементов, изготавливали экспериментальные образцы размерами 2,0±0,1×2,0±0,1×25±2 мм из самотвердеющей бисакриловой пластмассы Protemp^{TM}4 (3M) с помещенной внутрь стеклолентой Glas Span либо без стеклоленты (контроль). Сущность дальнейших испытаний заключалась в нагружении балок до появления видимых разрушений. При этом фиксировали максимальную нагрузку, которую выдерживал образец. Расстояние между центрами опор составляло 20±0,1 мм. Нагрузку прикладывали на одинаковом расстоянии от центров опор. Механические исследования проводили на испытательной машине FPZ 10-1 «Fritz-Heskert» (Германия), обеспечивающей скорость перемещения траверсы 0,75±0,25 мм/сек. На циферблате машины фиксировалась максимальная нагрузка в ньютонах (Н), соответствующая усилию разрушения образца.

Высчитывали среднеарифметические значения разрушающих усилий (М) и отклонение средней (m) с переводом Н в МПа, с последующим статистическим сравнением групп с использованием параметрического критерия Стьюдента (Т).

Для проведения данного эксперимента всего было изготовлено 28 балок-образцов, среди которых выделили 4 группы: по 10 образцов в группах 1 и 2 и по 4 образца в группах 3 и 4.

Изучаемые группы: 1) Protemp 4 (контроль); 2) Protemp 4 + стеклолента (GlasSpan) + адгезив (Single–bond) + жидкотекучий СТК (Filtekflow);3) Protemp 4+ стеклолента (GlasSpan)+ адгезив (Single –bond, 3M); 4) Protemp 4 + стеклолента (GlasSpan) + ангидрин + жидкотекучий СТК (Filtekflow).

Результаты и обсуждение

Удельная сила разрушения на изгиб балок для указанных групп указана в таблице 1.

Таблица 1 – Прочность на изгиб балок из бисакриловой пластмассы Protemp4

№ группы	Число образцов	Средняя сила (М) Разрушения, МПа	Отклонение средней (m)
1	10	130,1	2,6
2	10	278,3	2,6
3	4	177,4	9,4
4	4	228,0	6,4

Наименьшие значения прочности на изгиб показали образцы контрольной группы (№ 1) - 130,1±2,6 МПа. Наибольшие – группы №2 с полноценной пропиткой армирующей стеклоленты адгезивом и жидкотекучим композитом - 278,3±2,6 МПа.

Сравнение значений, полученных в группах, показывает статистически значимые различия по критерию Стьюдента (Т) между всеми группами. Так, Т (1-2) = 40,0; Т (1-3) = 4,8; Т (2-3) = 10,3; Т (2-4) = 7,3(различия достоверны при $p<0,001$). Между группами №3 и №4 Т (3-4) = 4,3 (здесь различия достоверны при $p<0,01$).

Сравнение результатов прочности на изгиб между первой контрольной группой (бисакриловая пластмасса) и другими группами (армирование стеклолентой) выявило существенное упрочнение пластмассы после армирования. Использование армирующей стеклоленты с полноценной пропиткой адгезивом и жидкотекучим композитом повышает прочность бисакриловорй пластмассы более чем в 2 раза.

Заключение

Известный эффект армирования полимеров может быть применим для бисакриловой композиционной пластмассы, но требует дальнейшего изучения в плане материалов и методики армирования.

Литература

1. Ортопедическая стоматология. Национальное руководство. Под редакцией проф. И. Ю. Лебеденко, проф. С. Д. Арутюнова, проф. А. Н. Ряховского. Москва: «ГЭОТАР-Медиа», 2016.
2. Смит Б., Хоу Л. Коронки и мостовидные протезы в ортопедической стоматологии/ Москва: «МЕДпресс-информ», 2010.
3. Zuccari A., Oshida Y., Miyazaki M., Reinforcement of acrylic resins for provisional fixed restorations. Part 2: Changes in mechanical properties as a function of time and physical properties// Biomed . Mater.Eng. – 1997. – Vol.7. – P. 345-355.

УДК 616.24-008.4-053.32

Л. Р. Лалаева, В. С. Кокорина, 4 курс, педиатрический факультет; И. В. Фомина
ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, г. Тюмень, Россия
Кафедра акушерства и гинекологии
Научный руководитель: к.м.н., доцент И. В. Фомина

АНАЛИЗ ПРОФИЛАКТИКИ СИНДРОМА ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ НОВОРОЖДЕННОГО

Основное число случаев развития синдрома дыхательных расстройств новорожденного связано с рождением ребенка в сроке гестации 22-36,6 недель беременности [1]. Количество же преждевременных родов во всех странах мира, к сожалению, не имеет тенденции к снижению и остается на высоком уровне, что приводит к повышению перинатальной заболеваемости [4, 5]. В структуре заболеваемости у недоношенных новорожденных на втором месте находятся респираторные заболевания, более чем у половины из них - синдромом дыхательных расстройств (СДР) [3]. Отмечается закономерность между сроком гестации и частотой развития СДР: чем ниже срок гестации, тем выше риск развития у новорожденного респираторных расстройств. В связи с этим, необходимо проведение профилактики как дыхательных расстройств новорожденных, так и преждевременных родов в целом [2, 5].

Цель исследования: выявить эффективность проведения профилактики СДР плода дексаметазоном при преждевременных родах.

Материалы и методы

На базе ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» (г. Тюмень) (ПЦ) проведено сплошное ретроспективное исследование случаев оказания помощи недоношенным новорожденным с октября по декабрь 2017 года. Материалом послужили 33 истории развития новорожденных гестационного возраста 25-33,6 недель, получивших лечение в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН) ПЦ. Для обработки материала использована программы Micrisoft Exel и Statistica 6.0.

Результаты и обсуждение

Все новорожденные были разделены на три группы:

- 1 группа новорожденных антенатально получила полный курс профилактики СДР дексаметазоном;
- во 2 группе профилактика СДР проведена, но не в полном объеме;
- в 3 группе профилактика СДР по каким-либо причинам не проводилась (чаще всего по причине преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты и необходимости родоразрешения путем операции кесарева сечения в экстренном порядке, либо при поступлении роженицы в потужном периоде).

Согласно клиническим протоколам [2] схема профилактики СДР плода включает в себя назначение беременной инъекций дексаметазона по 6 мг через 12 часов №4 (всего на курс 24 мг).

К первой группе было отнесено 19 пациентов, что составило 57,6 %, их гестационный возраст колебался в пределах 25-32 недель. Подавляющее большинство из них были родоразрешены путем операции кесарева сечения в плановом порядке, при этом через естественные родовые пути родились 26,3 % детей, Всем была проведена профилактика СДР в полном объеме, вследствие риска развития преждевременных родов по схеме, рекомендованной клиническими протоколами [3]. Оценка по шкале Апгар новорожденных в конце первой минуты составляла от 4 до 7 баллов, через 5 минут у всех 7 баллов. Масса тела при рождении в данной группе составила 551-1670 грамм, при росте 30-45 см. Всем пациентам после рождения потребовалась дополнительная вентиляционная поддержка, но различной степени. Так, лишь 31,6 % находились на ИВЛ, остальным же 68,4 % потребовался только назальный CPAP. Помимо этого, все 100 % пациентов данной группы после рождения пребывали в отделении реанимации от 7 до 60 койко-дней, лишь один новорожденный с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ), рожденный в 26 недель гестации ввиду исхода СДР в бронхолегочную дисплазию провел в ОАРИТ 320 койко-дней. При рождении 47,4 % детей потребовалось дополнительное введение препарата «Куросурф»: 7 (36,8%) в дозе 200 мг, 1 (5,3%) – 220 мг, 1 (5,3%) – 120 мг. В данной группе основной диагноз СДР был поставлен 4 (21 %) новорожденным, у 3 (15,8 %) пациентов в качестве основного диагноза выступила бронхолегочная дисплазия, некротизирующий энтероколит у 6 (31,6 %) новорожденных. У 2 (10,5 %) детей с ЭНМТ зафиксирован летальный исход (данные новорожденные родились в сроке гестации 25,1 и 26 недель), причина их смерти – внутриутробный сепсис.

Ко второй группе были отнесены 3 (9,1 %) пациента с гестационным возрастом 25,4-27,2 недели. Все рождены через естественные родовые пути. Профилактика СДР была начата в связи с угрожающими преждевремеными родами, но ввиду развития регулярной родовой деятельности на фоне проводимого токолиза не завершена в полном объеме. Так, 2 новорожденным антенатально успели ввести 2 дозы дексаметазона по 6 мг с интервалом 12 часов, одному однократно 6 мг дексаметазона. Оценка по шкале Апгар в данной группе была 4-6 баллов в конце 1 минуты. Масса тела при рождении составила 630-1230 грамм, при росте 34-43 см. Всем новорожденным потребовалась респираторная поддержка: одному в виде ИВЛ, двоим - назальный CPAP. В отделении реанимации находились 14-32 койко-дня. «Куросурф» в дозе 200 мг вводился только одному новорожденному. В качестве основного диагноза у 2 новорожденных был поставлен некротизирующий энтероколит.

К третьей группе относилось 11 (33,3 %) детей, чей гестационный возраст составил 25,3-32,3 недели. Родились через естественные родовые пути 6 (54,5 %) новорожденных, остальные 5 (45,5 %) путем операции кесарева сечения в экстренном порядке. Рожденные через естественные родовые пути не получили профилактику антенатально ввиду того, что их матери были доставлены в потужном периоде в стационар. Показанием к кесареву сечению служила преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Оценка по шкале Апгар по сравнению с группами 1 и 2 была ниже и в конце 1 минуты колебалась от 2 до 5 баллов. Масса тела новорожденных составляла 810- 2140 грамм, рост 32-46 см. При этом инвазивная вентиляционная поддержка в виде ИВЛ потребовалась 6 (54,5 %) детям, а остальным 5 (45,5 %) – назальный CPAP. «Куросурф» вводили 6 (54,5 %) пациентам: 5 из

них в дозе 200 мг, 1 в дозе 240 мг. Новорожденные получили лечение в ОРИТН от 3 до 146 койко-дней. В данной группе зафиксирован один летальный исход. В качестве основного диагноза СДР и бронхолегочной дисплазии был поставлен равному числу (18,2 %) новорожденных, а 54,5 % детей из данной группы получали лечение некротизирующего энтероколита.

Заключение

Своевременное проведение полной профилактики СДР в антенатальном периоде существенно улучшает прогноз недоношенных новорожденных: снижается длительность проведения ИВЛ, CPAP, уменьшается продолжительность пребывания новорожденных в отделении реанимации. Раннее применение сурфактанта («Куросурф») при начальных клинических проявлениях СДР позволяет быстрее и эффективнее стабилизировать состояние новорожденных, уменьшить количество времени респираторной поддержки. Наиболее часто встречающимися осложнениями у недоношенных новорожденных, находящихся на респираторной поддержке, являются бронхолегочная дисплазия и некротизирующий энтероколит.

Литература

1. Акушерство. Национальное руководство / ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова, В. Е Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. / Москва: «ГЭОТАР-Медиа», 2015. - 264 с.
2. Преждевременные роды. Клинические рекомендации (протокол) [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://www.trmo.ru/media/cms-page-media/46 (дата обращения 21.01.2018).
3. Скрипниченко Ю. П., Баранов И. И., Токова З. З. Статистика преждевременных родов [Электронный ресурс]. - Режим доступа: https://www.mediasphera.ru/issues/problemy-reproduktsii/2014/4/031025-7217201444 (дата обращения 11.02.2018).
4. Фомина И.В., Полякова В.А., Кукарская И.И., Кукарская Е.Ю. Преждевременные роды: изменения к лучшему // Современные проблемы науки и образования. - 2017. - №5.
5. Фомина И.В., Полякова В.А., Пыленко Н.В., Абукеримова А.К. Преждевременные роды: куда двигаться дальше // Международный научно-исследовательский журнал. - 2017. - №12 (66) Ч.4. - С. 124-127.URL:https://research-journal.org/wp-content/uploads/2011/10/1246.pdf?utm_source=sendinblue&utm_campaign=Pdf__&utm_medium=email(дата обращения: 16.02.2018).

УДК 616.379 – 008.64 – 06: 616.718 – 07 – 08

Г. А. Лебедев, 2 курс, педиатрический факультет, А. М. Морозов
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра общей хирургии
Научный руководитель: ассистент А. М. Морозов

СИНДРОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ – АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ

На симпозиуме ВОЗ «Сахарный диабет» (Женева, 1987) синдром диабетической стопы (СДС) был определен как патологическое состояние стопы при сахарном диабете (СД), возникающее на фоне патологии периферических нервов и сосудов, характеризующееся поражением кожи и мягких тканей, костей и суставов, проявляющееся в виде трофических язв, костно-суставных изменений и гнойно-некротических процессов. С СДС связано около трети всех госпитализаций больных диабетом. Каждый час в мире происходит около 55-ти ампутаций нижних конечностей у больных диабетом и, несмотря на значительные достижения в области изучения патогенеза диабета и его осложнений, количество ампутаций продолжает оставаться высоким. Возникая у 80 % больных, СДС в половине случаев приводит к ампутации одной или обеих нижних конечностей, при этом две трети больных погибают вследствие гангрены. СДС требует дорогостоящего лечения, длительной госпитализации, реабилитации, а также дополнительных расходов, связанных с осуществлением ухода в домашних условиях.

Цель исследования: на основании систематического обзора современных клинических рекомендаций по диагностике и лечению синдрома диабетической стопы синтезировать существующие данные по этому вопросу, расширить доступ к информации из международных клинических рекомендаций для практикующих отечественных специалистов.

Результаты и обсуждение

Формы СДС:

1. Нейропатическая форма:
   - трофическая язва стопы*;*
   - диабетическая остеоартропатия (стопа Шарко).
2. Ишемическая форма.
3. Нейроишемическая форма.

Используются также такие классификации СДС:

- F. Wagner (учитывает глубину гнойно-некро-тического процесса);
- PEDIS (характеризует глубину поражения мягких тканей, состояние периферического кровотока, иннервации, тяжесть, инфекционного процесса);
- классификация Техасского университета (сочетает характеристику глубины, инфекционного и ишемического процессов при наличии трофической язвы, может быть использована для оценки динамики лечебного процесса).

Субъективная симптоматика пациентов может быть весьма разнообразной в зависимости от преобладания периферической сенсомоторной нейропатии, микро-, макроангиопатии и остеоартропатии.

Сбор анамнеза: длительность СД, длительность гипергликемии, характер лекарственной терапии, наличие в анамнезе язв на стопах и хирургических вмешательств, сердечно-сосудистых заболеваний, артериальной гипертонии, дислипидемии, нефропатии и ретинопатии, условия и образ жизни, злоупотребление алкоголем и курение, характер обуви

Оценка состояния углеводного обмена, определение выраженности других осложнений СД и сопутствующих заболеваний. Оценка состояния углеводного и липидного обмена является абсолютно необходимым компонентом обследования.

Оценка неврологического статуса: для выявления сенсорного дефицита наиболее информативным является определение тактильной чувствительности при помощи 10 г (5.07 Semmes-Weinstein) монофиламента. Отсутствие чувствительности более чем в 4 точках из 9 говорит о потере тактильной чувствительности. Снижение вибрационной чувствительности и сухожильных рефлексов дополняют диагноз нейропатии и говорят о нарушении моторной иннервации.

Оценка состояния артериального кровотока нижних конечностей: измерение лодыжечно-плечевого индекса (ABI). Лодыжечно-плечевой индекс имеет диагностическое значение только в отсутствие медиокальциноза артерий. При ригидности артериальной стенки состояние артериального кровотока должно быть подтверждено уровнем артериального давления в пальцевой артерии(величиной пальце-плечевого индекса); транскутанная оксиметрия; ультразвуковое дуплексное сканирование артерий; рентгенконтрастная и КТ-ангиография.

Предиктором ампутации будет являться снижение показателей:

- ЛПИ < 0,8* и/или
- систолического давления в артериях голени < 90 мм рт. ст. * и/или
- давления в артерии 1 пальца < 50 мм рт. ст. * и/или
- показателя транскутанной оксиметрии < 35 мм рт. ст.

*При отсутствии признаков медиокальциноза артерий.

Лечение. Общие принципы лечения больных с СДС включают в себя: коррекцию органной дисфункции, по показаниям – детоксикацию (ОРИТ); компенсацию углеводного обмена; рациональную антибактериальную терапию; фармакотерапию ангиопатии и нейропатии; применение препаратов метаболического действия; иммобилизацию (разгрузку) конечности; уменьшение отека и ишемии конечности; своевременное необходимое и достаточное хирургическое вмешательство; местное лечение раны (язвы).

Лечение нейропатической формы СДС.

С язвой стопы:

- компенсация углеводного обмена (НвА1с<7 %);
- разгрузка пораженной конечности (лечебно-разгрузочная обувь, индивидуальная разгрузочная повязка, кресло-каталка);

- первичная обработка раневого дефекта с полным удалением некротизированных и нежизнеспособных тканей хирургическим, ферментным или механическим путем; системная антибиотикотерапия при наличии признаков активного инфекционного процесса и раневых дефектах 2 ст. и глубже;
- при выявлении остеомиелита — удаление пораженной кости с последующей антибактериальной терапией; использование современных атравматичных перевязочных средств, соответствующих стадии раневого процесса

С остеоартропатией (стопа Шарко):

- компенсация углеводного обмена (НвА1с<7 %), разгрузка пораженной конечности (индивидуальная разгрузочная повязка) на острой и подострой стадиях. Длительность использования повязки — 6 месяцев, частота замены — каждые 3-4 недели;
- системная при язвенных дефектах с признаками инфекции и ранах 2 ст. и глубже;
- при наличии раневых дефектов — использование современных атравматических перевязочных средств, соответствующих стадии раневого процесса;
- при использовании индивидуальной разгрузочной повязки противопоказаны перевязочные средства, увеличивающие количество раневого экссудата и препятствующие его эвакуации (гидроколлоидные и пленочные повязки).

Лечение ишемической формы СДС.

1. Консервативная терапия: компенсация углеводного обмена (HbA1c<7 %), своевременный перевод на инсулинотерапию; отказ от курения; коррекция артериальной гипертензии (<130/80мм рт. ст.); лечение дислипидемии; антикоагулянты и антиагреганты под контролем коагулограммы и состояния глазного дна.
2. Хирургическая реваскуляризация (баллонная ангиопластика, стентирование, эндартерэктомия, дистальное шунтирование).
3. Антибактериальная терапия — при наличии раневых дефектов, с использованием

При ишемической форме в первую очередь решают вопрос о необходимости и возможности реконструктивной сосудистой операции. В тяжелых случаях диабетической гангрены ввиду риска развития сепсиса в максимально ранние сроки показано расширенное оперативное вмешательство вплоть до ампутации.

Альтернативные методы лечения: при отсутствии заживления на фоне стандартной терапии можно использовать адъювантные методы лечения. Были получены доказательства эффективности гидрогелей (стимулируют аутолитическое очищение раны), вакуумной терапии, ускоряющей заживление послеоперационных ран, действие гипербарической оксигенации. Получены сведения об эффективности применяемой местно тромбоцитарной суспензии, эффективности биоинженерных аналогов кожи, тромбоцитарного и других факторов роста, однако, все указанные методы, выходят за рамки данного обзора и требуют продолжения исследований.

Заключение

В настоящее время комплексное лечение синдрома диабетической стопы является многоэтапным, а успешность его зависит от решения целого ряда проблем. Однако, применяя в последние годы, изложенную в мировых клинических рекомендациях стратегию, удается предотвратить выполнение высокой ампутации у 94,5 % больных. При этом пластическая реконструкция стопы выполняется в 73,7 % случаев, что позволяет завершить лечение этих пациентов заживлением по типу первичного натяжения, наиболее благоприятному варианту в плане профилактики развития рецидивов язвенно-некротических процессов на этой стопе. Таким образом, снижение процента высоких ампутаций нижних конечностей и госпитальной летальности пациентов синдромом диабетической стопы возможно только при разработке индивидуальной стратегии комплексного хирургического лечения, включающей современные способы реваскуляризации нижних конечностей при критической ишемии и операций на тканях стопы. Лечение больных синдромом диабетической стопы должна осуществлять мультидисциплинарная команда специалистов, включающая гнойного хирурга, сосудистого хирурга, эндоваскулярного хирурга, ортопеда, эндокринолога, терапевта, кардиолога и анестезиолога-реаниматолога.

Литература

1. Морозов А. М. О возможностях определения актуальности темы научного исследования / Морозов А. М., Кадыков В. А., Пельтихина О. В., Аскеров Э. М., Морозова А. Д. // Синергия наук. - 2018. - № 19. - С. 1018-1024. - URL: http://synergy-journal.ru/archive/article1670
2. Prevention and Management of Foot Problems in Diabetes: a Summary Guidance for Daily Practice 2015, based on the IWGDF Guidance Documents - the International Working Group on the Diabetic Foot. – 2015. [Электронный ресурс] - http://iwgdf.org/guidelines/summary-guidance-for-the-daily-practice-2015/
3. Standards of Medical Care in Diabetes-2017. - American Diabetes Association. - 2017. [Электронный ресурс] - http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/suppl/2016/12/15/40.Supplement_1.DC1/DC_40_S1_final.pdf
4. Diabetic Foot Syndrome. Clinical Practice Guidelines - German Diabetes Association - 2014. - [Электронный ресурс] - https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/fileadmin/Redakteur/Leitlinien/Englische_Leitlinien/Practice_Guideline_Diabetic_Foot_Syndrome_032014.pdf
5. Foot Care. Clinical Practice Guidelines - Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee. - 2013. - [Электронный ресурс] - http://diabetes.acponline.org/archives/2016/03/11/1.htm
6. Best practice guidelines: wound management in diabetic foot ulcer - Wounds International. - 2013. - [Электронный ресурс] - http://www.woundsinternational.com/media/issues/673/files/content_10803.pdf

УДК 616.33/.34:616.71-007.234

А. К. Лелявина, 4 курс, лечебный факультет
ФГБОУ ВО Иркутский ГМУ Минздрава России, г. Иркутск, Россия
Кафедра факультетской терапии
Научный руководитель: ассистент И. А. Филатова

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ИНФЕКЦИЕЙ HELICOBACTER PYLORI И ОСТЕОПОРОЗОМ

На сегодняшний день инфекция Helicobacter pylori (H. pylori) является одним из наиболее распространенных и изученных заболеваний человека во всем мире (Циммерман Я. С., 2013; Корниенко Е. А., Паролова Н. И., 2017; Brown L. M., 2000; Pellicano R., 2018).Частота инфицирования H. pylori в различных регионах планеты, по разным данным, составляет от 40 до 90 % (Шептулин А. А., 2014; Brown L. M., 2000). Обладая способностью к адгезии на поверхности эпителия желудка, H. pylori вызывает его повреждение, что в дальнейшем становится причиной развития локального воспалительного ответа и системной иммунной реакции (Piyumali S., 2017). Специфическая колонизация H. pylori желудочного эпителия способствует развитию атрофического гастрита, язвенной болезни и злокачественных опухолей желудка (Циммерман Я. С., 2013; Шептулин А. А., 2014). При этом следует признать, что последствия колонизации H. pylori не ограничиваются пищеварительным трактом (Платицына Н. Г. и соавт., 2013; Шептулин А. А., 2014). Доказано, что инфекция H. pylori патофизиологически связана с развитием внежелудочных заболеваний (Платицына Н. Г. и соавт., 2013; Miyakoshi N.et al., 2009; Yi H.et al., 2017). Остеопороз (ОП) - это «бесшумная эпидемия», характеризующаяся постепенным уменьшением плотности костной ткани, поздней диагностикой и высоким риском возникновения: перелома позвоночника при минимальной травме; проксимального отдела бедренной кости (межвертельного и шейки) и дистального отдела костей предплечья (перелом Колеса). Остеопороз по-прежнему занимает лидирующие позиции в структуре смертности от неинфекционных заболеваний (Лесняк О. М., 2009; Меньшикова Л. В., Варавко Ю. О., 2011). Смертность в течение первого года после перелома проксимального отдела бедра составляет от 30 до 35 %, причем более половины выживших становятся инвалидами и нуждаются в дополнительном уходе (Меньшикова Л. В., Варавко Ю. О., 2011; Платицына Н. Г. и соавт., 2013). В последние годы в зарубежных исследованиях высказано предположение о роли грыж пищеводного отверстия диафрагмы (Yamaguchi T. Et al., 2002), рефлюкс-эзофагита (Miyakoshi N., et al., 2009) и ингибиторов протонного насоса (Yu E.W., et al., 2011) в качестве возможных факторов риска развития остеопороза. В доступной отечественной литературе мы не нашли работ, направленных на исследование взаимосвязи между инфекцией H. pylori и остеопорозом. Актуальность затронутых выше вопросов, отсутствие единых подходов к формированию групп высокого риска с целью проведения своевременной комплексной профилактики остеопороза послужили побудительным мотивом для проведения настоящего исследования.

Цель исследования: оценить частоту и риск возникновения остеопороза у пациентов, инфицированных Helicobacter pylori. Проанализировать клинико-функциональные особенности остеопенического синдрома у пациентов, инфицированных Helicobacter pylori.

Материалы и методы

Выполнено перекрестное кросс-секционное исследование, в котором приняли участие 95 пациентов, проходивших амбулаторное обследование и лечение на базе ОГБУЗ «Иркутская городская клиническая больница №3» за период с 2016-2018 гг. Источниками информации были «Медицинские карты амбулаторного больного» (учетная форма № 025/у) и электронная отчетно-статистическая информация. Предметом исследования были изучаемые признаки: возраст; пол; индекс массы тела (ИМТ); вредные привычки (алкоголь и курение); сопутствующая патология (сахарный диабет, тип 2 и артериальная гипертония); лекарственная терапия (ингибиторами протонного насоса); результаты эндоскопического исследования верхних отделов желудочно-кишечного тракта; контаминация слизистой оболочки желудка H.pylori (по результатам биопсии); результаты остеоденситометрии (костный денситометр EXELL-XR-46 фирмы Norland, США). Остеоденситометрическое исследование (ОДМ) проводилось на базе ОГАУЗ «Иркутский областной клинический консультативно-диагностический центр», а также рентгенологическое исследование позвоночника с количественной оценкой выраженности ОП. При ОДМ, поясничного отдела позвоночника и левого тазобедренного сустава оценивали костную массу по содержанию минералов на единицу площади кости, г/см^2.

Были использованы следующие критерии отбора больных в исследование: возраст старше 50 лет; цитологически/гистологическиверифицированнаяH. pylori; пройденные исследования (ФЭГДС, остеоденситометрия).

Критерии исключения: сопутствующие заболевания (все онкологические заболевания; сахарный диабет 1 типа; гипо/гипертиреоз; ревматоидный артрит; гастрэктомия и резекция желудка, все хронические заболевания почек), а также препараты, которые влияют на метаболизм костей (психотропные, противосудорожные, избирательные модуляторы рецепторов эстрогенов, препараты щитовидной/паращитовидной желез). Обследование и лечение проводилось в соответствии с клиническими рекомендациями. Для оценки факторов риска развития остеопороза исследуемая выборка пациентов была разделена на две группы: основную (ОГ) – с наличием остеопороза и группу клинического сравнения (ГКС) – без остеопороза. Статистический анализ проводился дифференцированно с учетом статистических характеристик изучаемой выборки. Характер распределения количественных признаков определяли несколькими способами с помощью построения гистограмм и с использованием критерия Колмогорова-Смирнова (Реброва О. Ю., 2002). Использовали доверительные интервалы, включающие истинное значение рассматриваемого параметра с вероятностью 95 % и многофакторный логистический регрессионный анализ. Все показатели были сгруппированы в единую электронную базу данных, обработка проводилась с использованием программ: Microsoft Excel 2003 и Statistica 6.0.

Результаты и обсуждение

Средний возраст пациентов включенных в исследование составил 67,2±6,6 года (мода 60; минимум 52; максимум 84). Среди 95 пациентов, мужчин было 36/37,9 % и 59/62,1 % женщин. Подавляющее большинство пациентов не курили – 74,7 % (n=71) и не употребляли алкоголь – 57,9 % (n=55). Средний показатель индекса массы тела и плотности костной ткани составили 23,2±3,1 кг/м^2 и 22,5±6,5 г/см^2, соответственно. Выявленные клинико-функциональные особенности среди включенных в исследование пациентов представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Клиническая характеристика пациентов

№	Критерии	Пол		p-value	Всего (n=95)
		мужчины (n=36)	женщины (n=59)		
1.	Возраст (лет), M±SD	64,8±2,2	68,1±7,6	0,647	67,2±6,6
2.	ИМТ (кг/м^2), M±SD	23,6±2,6	22,2±2,8	0,002	23,2±3,1
3.	Плотность костной ткани (г/см^2), M±SD	21,4/±5,0	23,4/±6,6	0,025	22,5/±6,5
Вредные привычки, абс./%					
4.	Курят	19/52,8	5/8,5	<0,001	24/25,3
5.	Употребляют алкоголь	19/52,8	21/35,6	<0,001	40/42,1
Инфекция Helicobacterpylori, абс./%					
6.	Наличие	21/58,3	33/55,9	0,782	54/56,8
7.	Отсутствие	15/41,7	26/44,1		41/43,2
Сопутствующая патология, абс./%					
8.	Сахарный диабет (II тип)	5/13,9	5/8,5	0,364	10/10,5
9.	Артериальная гипертония	13/36,1	14/23,7	0,044	27/28,4
Лекарственная терапияингибиторами протонной помпы, абс./%					
10.	принимают	11/30,6	14/23,7	0,165	25/26,3
Эндоскопические признаки, абс./%					
11.	Рефлюкс-эзофагит	3/8,3	2/3,4	0,313	5/5,3
12.	Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы	19/52,8	25/42,4	0,175	44/46,3
13.	Язвенная болезнь:	5/13,9	9/15,3	0,883	14/14,7
14.	язва желудка	4/11,1	4/6,8	-	8/8,4
15.	язва ДПК	1/2,8	5/8,5	-	6/6,3
16.	Признаки атрофического гастрита	17/47,2	29/49,2	0,811	46/48,4

После разделения на группы средний возраст пациентов, включенных в ОГ (n=27) составил 68,9±7,3 года и в ГКС (n=68) 61,7±8,5 года; женщин было – 88,9 % (n=24) и 51,5 % (n=35), соответственно. Выявлен более низкий ИМТ в ОГ – 21,0±3,1 кг/м^2 по сравнению с

ГКС – 23,4±3,3 кг/м^2 (p<0,001); алкоголь потребляли в ОГ реже – в 18,5 % случаев по сравнению с ГКС – 51,5 % (p=0,035); курили 22,2 % и 26,5 % (p=0,006) пациентов, соответственно.

Значительно чаще пациенты, страдающие остеопорозом, были инфицированы H. pylori: ОГ – 70,4 % и ГКС – 32,4 % (p=0,002). Сопутствующая патология, включающая сахарный диабет (тип 2) была зарегистрирована в ОГ у 7,4 % (n=2) и в ГКС у 11,8 % (n=8) пациентов и гипертония у 22,2 % (n=6) и 30,9 % (n=21) пациентов, соответственно (различия признаны статистически незначимыми, p=0,234 и p=0,467). Ингибиторы протонной помпы принимали в ОГ - 29,6 % и 25,5 % (p=0,669) пациентов. По данным эндоскопического исследования верхних отделов ЖКТ, рефлюкс-эзофагит был выявлен в ОГ у 3,7 % и в ГКС у 5,9 % (p=0,485); грыжа пищеводного отверстия в 33,3 % и 51,5 % (p=0,201) случаев, соответственно. Условия применимости дисперсионного анализа были соблюдены. Результаты проведенного дисперсионного анализа представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Результаты двумерного анализа

№	Критерии	Группы		Двумерный анализ		
		ОГ, n=27	ГКС, n=68	ß*	95% ДИ	p
1.	Возраст (лет), M±SD	68,9±7,3	61,7±8,5	0,098	1,1[1,06; 1,15]	<0,001
2.	Женщины	24/88,9	35/51,5	1,606	4,98[2,17; 11,47]	<0,001
3.	ИМТ (кг/м^2), M±SD	21,0±3,1	23,4±3,3	-0,244	0,78[0,69; 0,89]	<0,001
4.	Плотность костной ткани (г/см$^{2)}$, M±SD	0,65±0,07	0,94±0,13	-	-	-
Вредные привычки, абс./%						
5.	Курят	6/22,2	18/26,5	-1,392	0,25[0,09; 0,67]	0,006
6.	Употребляют алкоголь	5/18,5	35/51,5	-0,841	0,43[0,20; 0,94]	0,035
Инфекция Helicobacterpylori, абс./%						
7.	Отсутствие	8/29,6	46/67,6	1,132	-	0,002
8.	Наличие	19/70,4	22/32,4		3,10[1,52; 6,33]	
Сопутствующая патология, абс./%						
9.	Сахарный диабет (II тип)	2/7,4	8/11,8	-0,912	0,40[0,09; 1,81]	0,234
10.	Артериальная гипертония	6/22,2	21/30,9	-0,293	0,75[0,34; 1,64]	0,467
Лекарственная терапияингибиторами протонной помпы, абс./%						
11.	принимают	8/29,6	17/25,0	0,162	1,18[0,56; 2,47]	0,669
Эндоскопические признаки, абс./%						
12.	Рефлюкс-эзофагит	1/3,7	4/5,9	-0,751	0,47[0,06; 3,88]	0,485

13.	Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы	9/33,3	35/51,5	-0,462	0,63[0,31; 1,28]	0,201
Примечание: ß – стандартизированный коэффициент регрессии; различия между сравниваемыми группами статистически значимы при p<0,01; дискриминантный коэффициент = 86 %.						

На следующем этапе был проведен многофакторный анализ логистической регрессии, который показал, что возраст старше 50 лет (ОШ - 1,13; 95% ДИ [1,07-1,20], *p*<0,001), женский пол (ОШ – 4,77; 95% ДИ [1,78-12,77], *p*=0,002); более низкий ИМТ (ОШ - 0,79; 95%ДИ [0,68-0,92], *p*=0,002), инфицирование H. pylori (ОШ - 5,33; 95% ДИ [1,73-16,42], *p*=0,004) ассоциированы с риском развития остеопороза. Полученные результаты можно интерпретировать следующим образом. Статистически значимыми факторами, ассоциированными с остеопорозом, были: возраст старше 50 лет (p<0,001); женский пол (p<0,001); более низкий ИМТ (*p*<0,001); потребление алкоголя (p=0,035); курение (p= 0,006) и инфицирование H. pylori (p=0,002). Другие исследуемые факторы не были ассоциированы с остеопорозом.

Заключение

Настоящее исследование установило статистически значимую связь между инфицированием Helicobacter pylori и повышенным риском развития остеопороза. В связи с этим инфицирование H. pylori можно рассматривать как ранний предиктор остеопороза. У людей старше 50 лет частота инфицирования H. pylori составила 43,2 %. Известно, что возраст (старше 50 лет) и принадлежность к женскому полу являются значимыми факторами риска развития остеопороза. Поэтому перечисленной категории лиц инфицированных H. pylori необходимо своевременно проводить остеоденситометрию и комплексную профилактику остеопороза.

Литература

1. Корниенко Е. А. Helicobacter pylori и нехеликобактерная микробиота желудка [Текст] / Е. А. Корниенко, Н. И. Паролова // Доктор.ру. – 2017. -№12 (14). – С. 7-11.
2. Меньшикова Л. В., Варавко Ю. О. Качество жизни больных с остеопоротическим переломом позвоночника [Текст] / Л. В. Меньшикова, Варавко Ю. О. // Сибирский медицинский журнал. – 2011. - №6. – С.220-222.
3. Остеопороз: диагностика, профилактика и лечение [Текст]: клинические рекомендации / под ред. О. М. Лесняк, Л. И. Беневоленской. – 2-е изд., перераб. и доп. – М: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 272 с.
4. Реброва, О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA [Текст]: монография / О. Ю. Реброва. - М., МедиаСфера, 2002. - 312 с.

5. Циммерман, Я. С. Helicobacter pylori-инфекция: внежелудочные эффекты и заболевания (критический анализ). [Текст] //В кн.: Циммерман Я. С. Нерешенные и спорные проблемы современной гастроэнтерологии. М.; 2013: 187-99.
6. Шептулин, А. А. Инфекция Helicobacterpylori: что еще кроме заболеваний желудка? [Текст] / А. А. Шептулин //Клиническая медицина. – 2014. – Т. 92.-№5. – С. 33-39.
7. Pellicano, R. Helicobacter pylori: what are the challenges of today and in the years to come? [Text] /R. Pellicano, C. A. Fallone//Minerva Gastroenterol Dietol. - 2018 Feb 14. doi: 10.23736/S1121-421X.18.02482-0.
8. Brown, L. M. Helicobacter pylori: epidemiology and routes of transmission [Text] / L. M. Brown //Epidemiol Rev. - 2000; 22: 283–297.
9. Miyakoshi, N. Impact of spinal kyphosis on gastroesophageal reflux disease symptoms in patients with osteoporosis [Text] / N. Miyakoshi, Y.Kasukawa, H. Sasaki et al. //Osteoporos Int. - 2009; 20: 1193–1198.
10. StatSoft. Inc. Электронный учебник по статистике [Online]. - M., 2001. - StatSoft. WEB: http://www. StatSoft.ru/home/textbook/default.htm.
11. Yamaguchi, T. The presence and severity of vertebral fractures is associated with the presence of esophageal hiatal hernia in postmenopausal women [Text] / T. Yamaguchi, T. Sugimoto, H. Yamada et al. // Osteoporos Int. - 2002;13:331–336.
12. Yu, E.W., Bauer S.R., Bain P.A., Bauer D.C. Proton pump inhibitors and risk of fractures: a meta-analysis of 11 international studies[Text] / E.W. Yu, S.R. Bauer, P.A. Bain, Bauer D.C. //Am. J. Med. - 2011;124:519–526.
13. Piyumali, S. A. Proinflammatorycytokine IL-17 shows a significant association with helicobacter pylori infection and disease severity[Online] / S.A.Piyumali et al. //Gastroenterol Res. Pract. -2017; 2017: 6265150. doi: 10.1155/2017/6265150
14. Yi, H. Meta-analysis of the correlation between Helicobacter pylori infection and autoimmune thyroid diseases [Text] / H.Yi et al. //Oncotarget. - 2017 Dec 29; 8(70): 115691–115700.

УДК 616.344-002-031.84:615.015.25

В. А. Леонтьева, И. Ю. Колесникова, И. В. Егорова, А. С. Соколова
ГБУЗ Тверской области Областная клиническая больница, г. Тверь, Россия
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра госпитальной терапии и профессиональных болезней
Научный руководитель: д.м.н., доцент И. Ю. Колесникова

БОЛЕЗНЬ КРОНА ТОЛСТОЙ КИШКИ С НЕПРЕРЫВНО РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ ПЕРИАНАЛЬНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ И НЕПЕРЕНОСИМОСТЬЮ ДВУХ ПРЕПАРАТОВ АНТИ-ФНО

Цель исследования: клиническое наблюдение пациента с тяжелой стероидозависимой и стероидорезистентной болезнью Крона (БК) и непереносимостью азатиоприна (АЗА), с непрерывно рецидивирующими перианальными поражениями, с наличием очаговых образований легких, с гепатитом TTV в анамнезе и непереносимостью двух препаратов анти-ФНО.

Пациент Г., 66 лет. Впервые БК диагностирована 28 лет назад. Течение заболевание непрерывно рецидивирующее. Атаки заболевания средней тяжести. Дважды добавление к базисной терапии сульфасалазином 4,0 г/сутки препарата АЗА 100 мг/сутки сопровождалось развитием панцитопении и лекарственного холестатического гепатита.

В 2005 году диагностирован гепатит TTV, реконвалесценция на фоне терапии препаратами урсодезоксихолевой кислоты. С 2006 по 2009 гг. – стероидозависимость – постоянный прием преднизолона 10 мг/сутки, месалазина 3-4 г/сутки.

В 2010 году – флеботромбоз вен левой нижней конечности (варфарин+операция Троянова-Тренделенбурга). Ежегодные колоноскопии подтверждали БК в форме колита, тотальное поражение (отсутствие эндоскопической ремиссии).

С 2015 года рецидидивируют перианальные поражения БК - экстрасфинктерные свищи прямой кишки с наличием затеков в клетчатку. Трижды (2014, 2016, 2017 гг.) оперирован на базе ГНЦК им. А. Н. Рыжих - иссечение бокового неполного внутреннего свища в просвет кишки, вскрытие и дренирование ишиоанального, ретроректального и межсфинктерных затеков, проведение дренирующих латексных лигатур.

В 2015 году последовательная терапия препаратами анти-ФНО в стандартных дозах (цертолизумаба пегол 2 инъекции, адалимумаб 5 инъекций п/к) привела к развитию генерализованного дерматита. На фоне краткосрочной терапии препаратами анти-ФНО с 2015 года отменен преднизолон. Была рекомендована смена терапии на инфликсимаб, однако, пациент отказался. В мае 2016 года развился серонегативный полиартрит. К терапии месалазином добавлен метотрексат 25 мг/неделю п/к, фолиевая кислота 5 мг/сутки. В это время диагностированы два очаговых образования в правом легком. Консультирован онкологом, фтизиатром – пневмофиброз. В январе 2018 года проведена контрольная колоноскопия - БК, тотальное поражение, в нисходящей, сигмовидной и прямой кишке - минимальная активность воспаления, в остальных отделах – ремиссия. УЗИ трансректальным датчиком – высокий боковой экстрасфинктерный свищ прямой кишки. С

этого времени получает базисную терапию месалазином 2,0 г/сутки перорально + 4,0 г/сутки ректально (1 месяц, далее «терапия выходного дня»), метотрексат 25 мг/неделю п/к, фолиевая кислота 5 мг/сутки. Атаки заболевания отсутствуют. Планируется очередное плановое оперативное лечение перианального поражения БК.

Непереносимость пациентом азатиоприна привела к формированию стероидозависимости, а в последующем – стероидорезистентности БК, что потребовало проведения антицитокиновой терапии. Последовательная терапия двумя препаратами анти-ФНО выявила непереносимость данной группы препаратов и не позволила достичь клинической ремиссии, однако, удалось уменьшить эндоскопическую активность заболевания, отменить преднизолон, остановить прогрессию перианальных поражений.

Заключение

Кратковременная последовательная терапия у пациента с БК, непрерывно рецидивирующими перианальными поражениями, двумя препаратами анти-ФНО позволяет уменьшить активность заболевания купировать стероидозависимость и стероидорезистентность. Вероятно, для достижения клинической и эндоскопической ремиссии БК необходимо усиление стандартной двухкомпонентной терапии селективными неиммуногенными биологическими препаратами.

УДК 616.36-002

А. А. Лобарева, А. В. Кошко, 6 курс, лечебный факультет
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра госпитальной терапии и профессиональных болезней
Научный руководитель: д.м.н., доцент И. Ю. Колесникова

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОТИВОВИРУСНОГО ПРЕПАРАТА ВИКЕЙРА ПАК В СЛУЧАЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С НА СТАДИИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

Хронический вирусный гепатит С (ХВГС) — заболевание, приводящее к циррозу печени (ЦП) и гепатоцеллюлярной карциноме [1]. В настоящее время быстро совершенствуются технологии прямой противовирусной терапии (ППВТ). Конечной точкой лечения является неопределяемость РНК HCV при определении чувствительным методом (<15 МЕ/мл) через 12 недель и 24 недели после завершения лечения [2]. У пациентов с выраженным фиброзом и циррозом элиминация HCV снижает скорость декомпенсации и может уменьшить, хотя и не исключает, вероятность развития ГЦК. У таких пациентов наблюдение за ГЦК должно быть продолжено после элиминации ХГС. У пациентов с декомпенсированным циррозом элиминация ХГС снижает необходимость трансплантации печени [3]. Влияние элиминации ХГС на среднесрочную и долгосрочную выживаемость у таких пациентов неизвестно [4].

Клиническое наблюдение.

Пациентка, 49 лет, в 33 года выявлены antiHCV во время беременности, наблюдалась у инфекциониста. Через 5 лет – умеренная гепатомегалия, тромбоцитопения, АСТ, АЛТ 2-3 N. В 40 лет – выраженная тромбоцитопения и спленомегалия, геморрагические высыпания на коже. При эластометрии диагностирован F_4 (фиброз печени 4 стадии).

При обследовании в гематологическом научном центре г. Москвы установлен диагноз лимфомы селезенки. В 42 года выполнена спленэктомия, при гистологическом исследовании селезенки, печени - картина В-клеточной лимфомы из мелких клеток (маргинальной) с поражением селезенки, лимфоузлов ворот селезенки и печени, с минимальным вовлечением в процесс печени и костного мозга, протекающей с моноклональной секрецией IgMk, картина биоптата также свидетельствует о циррозе печени. Наблюдалась в гематологическом научном центре (госпитализация 1 раз в год), системная химиотерапия лимфомы не потребовалась.

После операции отмечалась нормализация картины периферической крови, количественная ПЦР на HCV RNA $1{,}07\times10^6$ МЕ/мл, через 2 года – $2{,}6\times10^6$ МЕ/мл. По рекомендации профессора М. В. Маевской (ПМГМУ им. Сеченова, г. Москва) с 44 лет стала получать противовирусную терапию по поводу хронического вирусного гепатита С: Пегасис 180 мг 1 раз в неделю + рибавирин 1000 мг/сутки. Через 3 мес. отмечено снижение вирусной нагрузки в 2 раза (количественная ПЦР на HCV RNA $2{,}77\times10^3$ МЕ/мл). Первые месяцы противовирусную терапию переносила хорошо, однако через 6 мес. от начала лечения развилась анемия (гемоглобин 74-89 г/л), тромбоцитопения (64-82), появился асцит, отеки

голеней, геморрагические высыпания на коже бедер, одышка. В это же время количественная ПЦР на HCV RNA $3{,}9\times10^3$ МЕ/мл. В печеночных пробах: билирубин 57 мкМ/л, АЛТ до двух верхних границ нормы (ВГН), ПТИ 94%, общий белок 70 г/л, альбумин 32 г/л. При УЗИ ОБП: асцит. ЭГДС: без патологии.

В связи с неэффективностью и плохой переносимостью противовирусная терапия была отменена, подозревалось прогрессирование лимфомы. Обследована в гепатологическом отделении ПМГМУ им. И. М. Сеченова и в гематологическом научном центре, выполнена трепанобиопсия (признаков поражения костного мозга при лимфоме нет) и биопсия печени (убедительных данных за поражение печени субстратом лимфомы не обнаружено; морфологическая картина мелкоузлового цирроза печени на фоне хронического гепатита С).

Амбулаторно принимала спиронолактон, урсодезоксихилевую кислоту, периодически – фуросемид. В 45 лет отмечено нарастание асцита, печеночно-клеточной недостаточности, анемия 3 степени, высокая активность цитолиза. Получала базисную терапию, в связи с эпизодами декомпенсации госпитализировалась в гастроэнтерологическое отделение ГБУЗ Тверской области ОКБ 2-3 раза в год.

В 48 лет направлена на консультацию в гепатологический центр ПМГМУ им. Сеченова, профессором М. В. Маевской рекомендовано проведение противовирусной терапии безинтерфероновой схемой.

Начата терапия противовирусным препаратом прямого действия «Викейра Пак» курсом 12 недель. Через 3 недели от начала терапии гемоглобин 56 г/л, однако отмечена нормализация трансаминаз.

Через 6 недель достигнуто уменьшение астенического, анемического синдромов. Через 12 недель генетически материал ВГС в крови не определяется, достигнута компенсация ЦП.

Через 1 год динамического наблюдения – ПЦР отрицательная, нормальные значения печеночных проб и клинического анализа крови, эпизодов асцита, желтухи, энцефалопатии не отмечалось.

Заключение

В сложной ситуации тяжелой коморбидности – ХВГС на стадии цирроза печени в сочетании с лимфомой селезенки, при непереносимости интерфероновой ПВТ удалось достичь успеха в лечении. Прямая противовирусная терапия не только хорошо переносилась, но и позволила достичь элиминации вируса, достижения компенсации цирроза печени.

Литература

1. Клинические рекомендации Российского общества по изучению печени и Российской гастроэнтерологической ассоциации по лечению осложнение цирроза/ В. Т. Ивашкин и соавт.//Рос. журнал гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2016. – Т.26, №4. – С.71-102.
2. Вирусные гепатиты: клиника, диагностика, лечение [Текст] / Н. Д. Ющук и соавт./ Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 160 с.
3. Понежева, Ж. Б. Безинтерфероновая терапия хронического гепатита С [Текст] / Ж. Б.

Понежева, И. В. Семенова // Лечащий врач. – 2017. – № 2. – С. 24-28.
4. Полуэктова, В. Б. Комбинированная противовирусная терапия вирусного гепатита С на фоне вирусного гепатита В и множественных соматических заболеваний у пациентки с отягощенным онкоанамнезом [Текст] / В. Б. Полуэктова, Е. В. Волчкова // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2017. – № 1. – С. 31-35.

УДК 612.392.9

Д. С. Лютин, М. Н. Комарова, 3 курс, педиатрический факультет, П. В. Васильев
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь
Кафедра гигиены и экологии
Научный руководитель: к.м.н., доцент П. В. Васильев

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ПО ВОПРОСУ ПИЩЕВЫХ ДОБАВОК И ИХ СВОЙСТВ

Активное развитие науки и широкое внедрение все новых и новых технологий в нашу жизнь приводит к тому, что образ жизни человека постоянно меняется. В том числе, меняется и характер питания.

Питание является одним из важнейших факторов, определяющих здоровье населения. Правильное питание обеспечивает нормальный рост и развитие детей, способствует профилактике заболеваний, продлению жизни людей, повышению работоспособности и создает условия для адекватной адаптации их к окружающей среде [1].

Сосредоточение большого количества людей в городах, а также рост численности мирового населения привели к увеличению спроса на большой ассортимент аппетитных, долго хранящихся и при этом менее трудоемких в производстве продуктов. Со всеми этими задачами отлично справились пищевые добавки (ПД). ПД – это вещества, добавляемые в технологических целях в пищевые продукты в процессе производства, упаковки, транспортировки или хранения для придания им желаемых свойств, например, определенного аромата (ароматизаторы), цвета (красители), длительности хранения (консерванты), вкуса, консистенции и так далее [2].

Несмотря на то, что первые ПД, консерванты, усилители вкуса и аромата появились давно, именно в последние годы они получили наибольшее распространение и стали применяться практически во всех продуктах. Однако на сегодняшний день существует важная и серьезная проблема – не все ПД, используемые в промышленности, хорошо изучены. Также в процессе более детального изучения различных ПД было выявлено, что весомая их доля является вредной для употребления: они могут быть как причиной пищевых аллергий, так и усугублять синдром раздраженной толстой кишки, и, что самое опасное, могут способствовать образованию злокачественных опухолей [3]. Наиболее уязвимой категорией населения являются дети и подростки. На активный рост и развитие организма, а так же усиленную умственную деятельность затрачивается значительная часть энергетических ресурсов ребенка. Поэтому особенно важно соблюдение гигиены питания для предотвращения целого ряда заболеваний иммунной, кроветворной, эндокринной, желудочно-кишечной и костно-мышечной систем. Для формирования оптимального пищевого статуса населения необходим контроль за осведомленностью людей о гигиене питания, а так же проведение санитарно-просветительских работ.

Цель исследования: изучить информированность школьников и взрослых о ПД, их свойствах и их влияния на здоровье.

Материалы и методы

Основные методы, примененные в ходе исследования: анализ научной литературы, анкетирование учеников 5-11 классов (175 человек), их родителей и преподавателей (52 человека) МОУ Профильная школа №4 г. Клин, статистическая обработка результатов. В анкету были включены вопросы, направленные на изучение количества потребляемых жевательных резинок, газировки, чипсов, леденцов, осведомленность учеников и родителей о понятии «пищевые добавки», их пользе, вреде, канцерогенном действии и др.

Основные вопросы анкеты:

- Знакомо ли Вам понятие «пищевые добавки»?
- Из какого источника вы получаете информацию о пищевых добавках?
- Изучаете ли Вы описание состава продуктов до их покупки?
- Что означает маркировка «Е…» на этикетке при описании состава продукта?
- Для чего используют пищевые добавки при изготовлении продуктов питания?
- Знаете ли Вы о наличии аллергической реакции у Вас на некоторые пищевые продукты?
- Знакомы ли Вам такие слова как «консерваторы», «стабилизаторы», «эмульгаторы»?
- Знаком ли Вам «черный список» пищевых добавок?
- Для чего Вам нужна информация о пищевых добавках?

Также в ходе исследования был проведен контроль использования запрещенных к применению ПД по составу, указанному на этикетках продуктов питания в магазинах г. Твери.

Результаты и обсуждение

Анализ анкет показал, что продукты, содержащие большое количество ПД, ежедневно потребляет 51 % детей и 15 % взрослых. С понятием «пищевые добавки» незнакомы 46 % детей и 10 % взрослых, они не знают этого термина, как следствие – дети не следят за своим питанием. На сегодняшний день в СМИ часто упоминают о ПД, однако лишь 45 % детей интересуются этим вопросом, взрослые осведомлены шире – 92%. 93% детей и 56% взрослых не уделяют внимания описанию состава покупаемого продукта, отдавая предпочтение яркой упаковке и низким ценам. Располагая информацией о ПД, об их не всегда полезных свойствах не знают 71 % детей и 33 % взрослых. Цель использования ПД 58% взрослых респондентов понимают – «для улучшения потребительских свойств продукта», а 61 % детей не знает цели их использования. Стоит упомянуть и о пищевой аллергии, проявления которой участились среди населения нашей страны. Населению важно знать об индивидуальных проявлениях аллергии на конкретные пищевые продукты. По результатам опроса, 83 % детей и 48 % взрослых отрицают наличие у них пищевой аллергии. Некоторые ПД могут вызывать канцерогенный эффект, о чем знают лишь 39 % взрослых и 28 % детей. Перечень разрешенных на территории России ПД содержится в СанПиН 2.3.2.1293-03 «Гигиенические требования по применению пищевых добавок» [4]. Существует список ПД, запрещенных к применению в пищевой промышленности РФ: Е121 – Цитрусовый красный 2, Е123 – Красный амарант, Е216 – Парагидроксибензойной кислоты

пропиловый эфир, Е217 – Парагидроксибензойной кислоты пропилового эфира натриевая соль, Е240 – Формальдегид. Использование указанных запрещенных ПД в ходе проведения исследований не выявлено.

Заключение

Учащиеся и взрослые недостаточно информированы о ПД и их свойствах. Большинство респондентов при покупке продуктов не обращает внимание на состав продуктов, многие из них не знают, как ПД обозначаются на этикетках продуктов. Опрошенные не имеют информации о последствиях постоянного употребления ПД. Основную информацию о ПД опрошенные получают из СМИ и сети Интернет, где информация может значительно отличаться от истины с целью рекламы и привлечения большего количества покупателей. Многие респонденты уверены, что ПД не оказывают никакого неблагоприятного влияния на здоровье.

Литература

1. Жмакин, И. А. Обоснование межведомственного подхода к формированию здорового образа жизни школьников/ И. А. Жмакин, А. Б. Барашкова, П. В. Васильев // Международная научно-практич. конф. «Формирование социокультурных компетенций в непрерывном образовательном процессе». - Москва, 2009. – С. 200-201.
2. Сергачева, Е. С. Пищевые и биологически активные добавки. Лабораторные работы: Учеб.-метод. пособие. – СПб.: НИУ ИТМО; ИХиБТ, 2013. – 37 с.
3. Пищевая химия/ А. П. Нечаев, С. Е. Траубенберг, А. А. Кочеткова и др. СПб.: ГИОРД, 2007. – 640 с.
4. СанПиН 2.3.2.1293-03 «Гигиенические требования по применению пищевых добавок».

УДК 611.8

Д. С. Лютин, М. Н. Комарова, 3 курс, педиатрический факультет; И. Н. Шабанова
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра анатомии
Научный руководитель: ассистент И. Н. Шабанова

ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ, ВАРИАНТЫ РАЗВИТИЯ И ЗНАЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО КРУГА БОЛЬШОГО МОЗГА

Всестороннее знание анатомии является основой для понимания и лечения различных заболеваний. Поражение интракраниальных артерий присутствует при многих неврологических расстройствах, возникающих у человека [1]. Знание анатомии кровеносной системы, вариантов ее строения, областей кровоснабжения, ее топографии позволяет врачу точно диагностировать заболевание, составить тактику лечения и провести его. Виллизиев круг в мозговой сосудистой системе был описан более трехсот лет назад английским врачом Т. Уиллисом [2]. Строение этого артериального кольца имеет большое значение в условиях патологии, когда определенные отделы нервной ткани испытывают недостаточный приток артериальной крови по причине закупорки или стеноза артерий. В норме даже при аномально развитых сосудах этого круга человек не ощущает имеющихся особенностей ввиду полноценности функционирования других артерий.

Цель исследования: изучить строение артериального круга большого мозга, его варианты развития и аномалии, а также выявить зависимость типа артериального круга и возможных патологий, связанных с ним.

Материалы и методы

Трупный материал, анализ научной литературы, мануальные навыки вскрытия полости черепа с последующим извлечением головного мозга с артериальным кругом и его структурами, математический анализ полученных данных.

Результаты и обсуждение

Артериальный круг большого мозга является наиболее важным, постоянно действующим анастомозом между системами внутренних сонных артерий и вертебробазилярной системой, а также между обеими внутренними сонными артериями, обеспечивающим распределение крови в мозговых полушариях [3]. Благодаря артериальному кругу при необходимости (например, сдавление сосудов на шее при резком повороте головы, спазм сосуда или его обтурация), происходит перераспределение крови, обеспечивающее адекватное кровообращение функционирующего мозга человека. Однако эта важная функция артериального круга осуществляется не всегда в полной мере [4].

Имеются работы, где показано, что в основе сосудистых расстройств в головном мозге важное место занимают вариации его артериальной сети [5]. При этом большинство исследований свидетельствует о влиянии вариаций и аномалий Виллизиева круга на регуляцию гемодинамики. Неравномерное распределение тока крови при некоторых вариациях строения артериального круга может привести к возникновению аневризм сосудов, разрыв которых заканчивается таким грозным осложнением как геморрагический

инсульт. Однако, несмотря на относительно большое число работ, посвященных особенностям морфологии артериального русла головного мозга у человека, основная масса их направлена на освещение вопросов строения отдельных вариаций круга, причем, как правило, у людей с нарушением мозгового кровообращения [2]. В настоящее время мало сведений об имеющихся вариантах виллизиева круга у лиц, причина смерти которых не связана с цереброваскулярной патологией.

Углубившись в проблематику темы, было выяснено, что основными вариантами деления внутренней сонной артерии являются: трифуркация, ложная бифуркация (отходящая от средней мозговой артерии лобно-глазничная артерия). Чаще всего артериальный круг большого мозга отличается от нормального, что выражается в атипичном строении артерий в виде их гипоплазии, полного отсутствия, атипичного отхождения от основного ствола. Варианты артерий, образующих Виллизиев круг: классическое строение (более 75 % случаев), гипоплазия, удвоение, утроение, плексиформное строение, точечное слияние передней мозговой артерии, вертикальная передняя соединительная артерия, раздвоение вилкой вправо, раздвоение вилкой влево, островковое деление [6]. Среди патологических типов удлинения сонных артерий выделяют три разновидности: извитость или дегенеративные изменения (артерии изгибаются и приобретают S-образную форму); перегибы (под острым углом); петли (перегибы образуют кольцо).

При изучении 4 анатомических препаратов головного мозга с артериальным кругом и его структурами были выявлены следующие особенности строения:

1. При внешнем осмотре головного мозга следов патологических процессов не обнаружено на препаратах №2, №4, на препарате №1 обнаружен очаг геморрагического инфаркта с зоной некроза на теменно-затылочной области.
2. Артериальный круг замкнут на всех четырех препаратах: присутствуют как передняя соединительная, так и задние соединительные артерии (левая и правая).
3. Сосуды всех препаратов ветвятся симметрично как с левой и правой стороны относительно a. basillaris, так и с передней и задними частями относительно a. carotis interna.
4. На препарате №1 выявлена гипоплазия левой задней соединительной артерии и передней соединительной артерии, что не позволяет при гипертоническом кризе в полной мере компенсировать нормальное перераспределение крови по анастомотическим артериям.
5. На препарате №2 имеется гипоплазия передней соединительной артерии.

Заключение

Одной из причин ишемических нарушений мозгового кровоснабжения являются патологические извитости, перегибы и петли внечерепных отделов сонных артерий. Частота таких поражений среди населения 5 % от общего числа обследуемых по причине острого нарушения кровообращения и у 24 % пациентов, которым ангиография выполнялась при наличии симптомов атеросклеротического поражения сонных артерий. Вариабельное строение артериального круга большого мозга имеет диагностическое и прогностическое значение при диагностике заболеваний, оперативных вмешательствах, например, на

селлярнохиазмальной области, а также в судебно-медицинской и патологоанатомической практике.

Литература

1. Гладилин, Ю. А. Анатомические особенности внутренних сонных артерий и артериального круга большого мозга / Ю. А. Гладилин. – Саратов, 1999. – 130 с.
2. Трушель Н. А. Варианты строения Виллизиева круга у людей с расстройствами мозгового кровообращения и умерших от других причин //Вестник ВГМУ. – 2014. – Том 13, №2.
3. Крылов В. В., Ткачев В. В., Добровольский Г. Ф. Микрохирургия аневризм виллизиевого многоугольника. – М.: Антидор, 2004. – 160 с.
4. Беков, Д. Б. Атлас артерий и вен головного мозга человека / Д. Б. Беков, С. С. Михайлов. – М.: Медицина, 1979. – 288 с.
5. Клиническая морфология головы и шеи /А. С. Оправин, С. А. Ульяновская, В. А. Болдуев. Ч. II: Сосуды, нервы, вегетативные ганглии. – 2015.
6. Варианты строения артериального и венозного кругов основания головного мозга у лиц с разной формой черепа /П. Г. Шнякин, П. А. Самотесов, А. В. Евсеев, И. Е. Ермакова, А. Н. Русских, И. В. Кан, Н. В. Исаева. – г. Красноярск.

УДК 616.31-089.5-031.84

М. А. Ляпин, 5 курс, стоматологический факультет
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра терапевтической стоматологии
Научный руководитель: д.м.н., профессор А. Ж. Петрикас

ВОЗМОЖНОСТИ МЕПИВАКАИНА ПРИ ИНТРАЛИГАМЕНТАРНОЙ ИНЪЕКЦИИ

Интралигаментарная анестезия, рассматривается в классической дентальной систематике, как дополнительная или пародонтальная [5]. Ее часто объединяют с вариантами инфильтрационных инъекций (Malamed, 2004). Работами А. Ж. Петрикаса (1987) [1], Л. А. Якуповой (2006) [2], Д. В. Медведева (2013) [4], О. Е. Ефимовой (2013) было доказано, что в механизме инъекционного распределения анестетика при внутрикостной, интралигаментарной, интрасептальной анестезии состоит как сосудистый, так и диффузный соединительнотканный компонент.

В представленной (Петрикас А. Ж., Медведев Д. В., Ольховская Е. Б., 2016) новой классификации местного обезболивания методы дентальной анестезии разделены на диффузные и сосудистые [3]. В механизмах сосудистых выделяется два ведущих момента: наличие положительной или отрицательной аспирации при инъекции и присутствие в анестетическом растворе адреналина. Мы убеждены, что адреналин при спонгиозных васкулярных анестезиях играет роль турникета, жгута. Он организует и создает ограниченное депо в зоне инъекции. Адреналин обеспечивает блокаду α-адреноэргических рецепторов в артериолах инъецированной области, формирует пространственное и временное депо в венозном отделе анестезированного участка.

Мепивакаин единственный местный анестетик, который может работать без вазоконстриктора. Возникает вопрос: как будет действовать мепивакаин без адреналина при интралигаментарной анестезии, имеющей выраженный сосудистый компонент. Естественно, что традиционная инфильтрационная анестезия в аналогичных условиях будет сопоставлена с интралигаментарной.

Цель исследования: провести сравнительное клинико-лабораторное исследование на добровольцах инфильтрационной и интралигаментарной анестезии 3 % мепивакаином без адреналина на болевые пороги пульпы верхних передних зубов с помощью электроодонтометрии.

Материалы и методы

Проспективное контролируемое исследование выполнено на добровольцах: 118 студентах в возрасте 19-23 года, 65 мужчинах и 53 женщинах с уровнем здоровья 1 класса. Использовался 3 % мепивакаин без эпинефрина в единой автоматической дозе 0,5 мл.

Инъекция проводилась компьютерным шприцем Sleeper One (DHT–Франция) с дозированной скоростью 1/4 картриджа в 30 сек, давлением и возможностью проведения аспирации.

В контрольной группе 30 человек проводилась инфильтрационная анестезия.

В главной группе из 88 субъектов выполнилась в тех же условиях интралигаментарная инъекция. В отличие от инфильтрационной анестезии, где положительная аспирация наблюдалась только в 2 случаях, при интралигаментарной аспирация наблюдалась чаще: с положительной аспирацией – 53 (в 61 % случаев) и с отрицательной – 35 (в 39 % случаев) субъекта. Объектом исследования были передние зубы верхней челюсти почти всегда правые: 1.1; 1.2; и 1.3. Эталонным объектом был верхний боковой резец (1.2), в области которого проводилась инъекция.

Оценка обезболивания проводилась исходно, после инъекции через 2, 5, 10, 15 и 20 мин. электроодонтометрически с помощью аппарата «ИВН-01Пульпотест-Про», где в качестве стимулятора применялся постепенно нарастающий переменный ток в микроамперах (мкА). Субъект отключал шкалу аппарата при появлении болевого ощущения, фиксируя его.

Результаты и обсуждение

Исходный уровень у 118 субъектов у всех исследуемых зубов колебался в пределах от 1 до 10 мкА. При инфильтрационной анестезии наблюдалось равномерное повышение болевого порога в среднем до 95±20 мкА к 5 мин., которое постепенно плавно снижалось к исходному уровню к 20 минуте. При интралигаментарной анестезии имело место на 2 минуте пиковое однократное повышение болевого порога сразу после инъекции до 56,74±7,28 мкА, с последующим падением до уровня в 19 мкА к 20 мин. Различие между группой инфильтрационной и интралигаментарной анестезий представлено на рисунке 1. Согласно критерию Стьюдента t= 2,5; p< 0,05 различие является существенным.

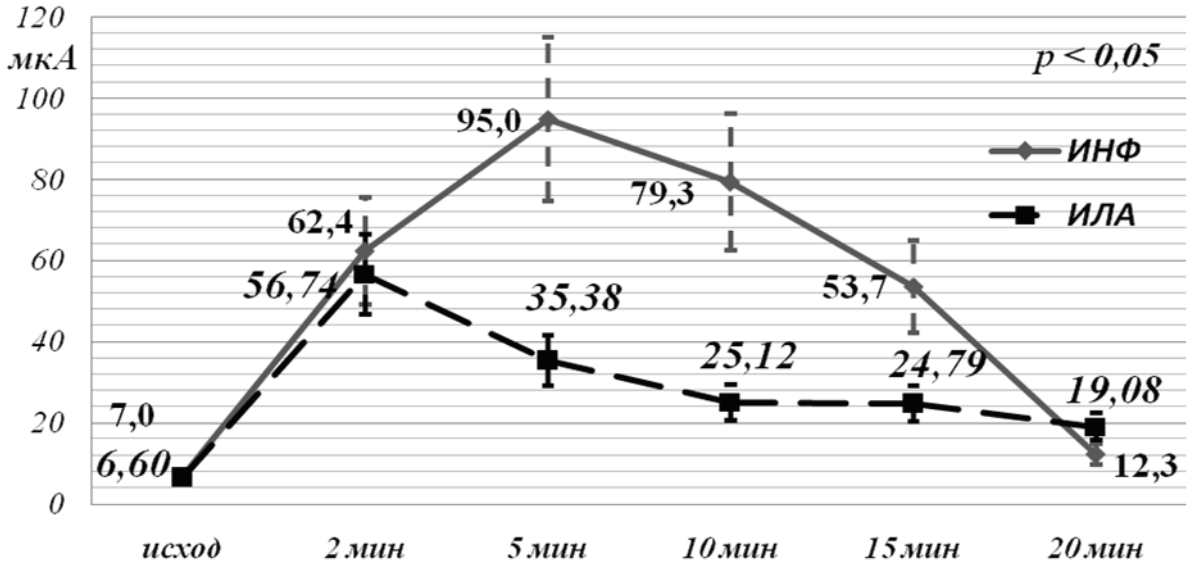


Рисунок 1 – Средние величины болевых порогов (мкА) сравниваемых кривых эффект/времяпосле инфильтрационной (ИНФ) и интралигаментарной (ИЛА) инъекции

При интралигаментарной анестезиибыло прослежено разделение субъектов на 2 группы: с положительной аспирацией и с отрицательной. Полученные результаты представлены рисунком 2.

Различия между интралигаментарными кривыми обусловлены сложным распределением в тканях анестетитка. Особенно это относится к группе с широким разбросом кривых, где имеет место инфильтрационное распределение анестетика. Мы отнесли их к группе с несосудистым распределением (аспирация отрицательная «-»). При положительной «+» аспирации этот путь анестетика не был сложным. Инъекция выходила на главный пучок вен, заканчиваясь положительной аспирацией.

Интралигаментарная анестезия с отрицательной аспирацией на вершине эффекта на 2-й минуте составила, в среднем, 61,2±12 мкА, с положительной аспирацией – 53,92±9,23 мкА. Различие между этими показателями согласно критерию Стьюдента t= 0,5; p>0,05 является несущественным (рисунок 2).

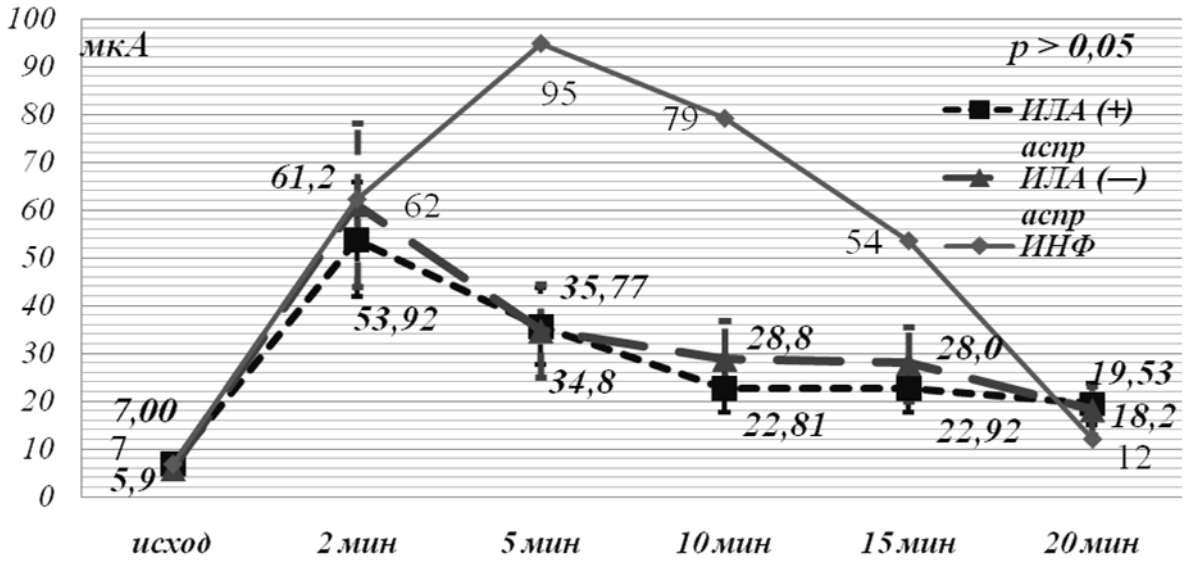


Рисунок 2 – Средние величины болевых порогов 1.2 зуба после интралигаментарной анестезии с положительной аспирацией (+) и с отрицательной аспирацией (-)

Показатели сердечно-сосудистой системы при проведении интралигаментарных анестезий мепивакаином без адреналина представлены рисунком 3. Частота пульса, в целом, значительно не изменялась, со 2-й (75 уд/мин) по 20 минуту опустилась до 70 уд./мин. Артериальное давление аналогично, в среднем, повысилось с 15 минуты (121/69 мм.рт.ст.) к 20 мин. до 130/73 мм.рт.ст.

Таким образом, инфильтрационная и интралигаментарная с отрицательной аспирацией имеют единый диффузный механизм действия. На второй минуте, когда еще происходил поиск мишени для перфорации тонких вен возможно близкое совмещение кончика иглы с общим сосудистым направлением. Это совмещение характеризует попадание анестетика в кровоток (t=2,5). Одновременно это является доказательством сквозного неэффективного движения жидкости, минуя депо.

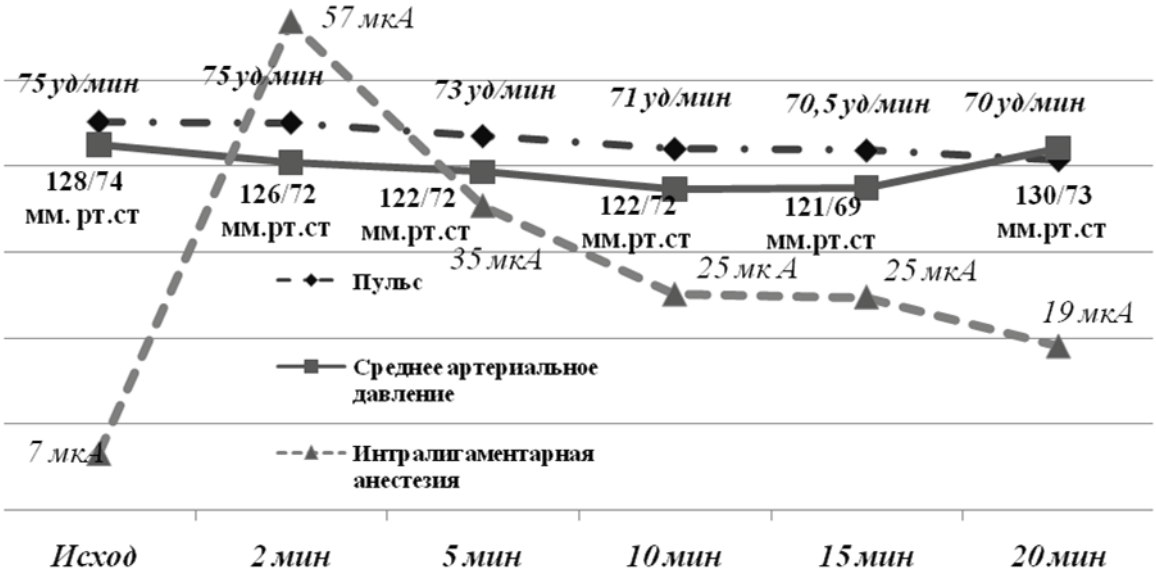


Рисунок 3 – Средние величины частоты пульса (уд/мин) и артериального давления (среднее АД) при проведении интралигаментарных анестезий 3 % мепивакаином без адреналина

Введенный интралигаментарно мепивакаин не всегда нашел возможность прорваться в васкулярную сеть. Инфильтрационная анестезия, являясь чисто диффузной, четко отличается от интралигаментарной. Это свидетельство разных механизмов самой анестезии. Целевой зуб однозначно продемонстрировал свое превосходство над контрольными смежными зубами.

Выводы

1. Инфильтрационная анестезия 3 % мепивакаином без адреналина превосходила интралигаментарную по величине болевого порога. Она демонстрировала плавную постепенно нарастающую и постепенно равномерно угасающую кривую эффект/время. Она обеспечивала достаточную рабочую величину (95 мкА).
2. Кривая эффект/время сопоставляемой интралигаментарной анестезии 3 % мепивакаином без адреналина была представлена однократным пиковым повышением болевого порога сразу после инъекции с недостаточной рабочей величиной (56,7 мкА).
3. Интралигаментарная анестезия с отрицательной аспирацией демонстрирует соединительнотканный механизм распределения анестетика. Интралигаментарная анестезия четко делима на диффузный и сосудистый компонент.

Литература

1. Петрикас А. Ж. Местная анестезия пульпы и твердых тканей зубов: дисс. д.м.н. Калинин – 1987. – 413 с.
2. Петрикас А. Ж., Медведев Д. В., Ефимова О. Е., Якупова Л. А., Честных Е. В. Дентальные региональные спонгиозные (внутрикостные) сосудистые анестезии

[Электронный ресурс]: монография / А.Ж. Петрикас [и др.]. – Электрон. Дан. – Тверь, 2013.
3. Петрикас А. Ж., Медведев Д. В., Ольховская Е. Б., Классификации способов местного обезболивания. Стоматология. – 2016. – №4. – С. 4-8.
4. Медведев Д. В. Эффективность и безопасность интралигаментарной анестезии пульпы и твердых тканей зуба: автореф. дис. … канд. мед.наук: 14.01.14. / Д. В. Медведев – Тверь, 2011. – 27 с.
5. Рабинович С. А. Современные технологии обезболивания в амбулаторной стоматологической практике/ С. А. Рабинович. — М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 2000. — 144 с.

УДК 615.453.7.014.2:615.322

Е. И. Майорова, М. В. Воронкова, В. В. Иванова, 4 курс, фармацевтический факультет
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра управления и экономики фармации с курсами фармакогнозии, фармацевтической технологии, фармацевтической и токсикологической химии
Научный руководитель: ассистент И. А. Савчук

РАЗРАБОТКА ОПТИМАЛЬНОГО СОСТАВА И ТЕХНОЛОГИИ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ЛЕДЕНЦОВ НА РАСТИТЕЛЬНОЙ ОСНОВЕ

Массовая распространенность стрессовых ситуаций в сочетании с острыми респираторными заболеваниями требуют поиска новых эффективных и безопасных средств для их лечения и профилактики. Многие лекарственные препараты, используемые в качестве седативных и противовоспалительных средств, не лишены побочных эффектов, что особенно опасно при длительном приеме. Поэтому создание лекарственных средств растительного происхождения, обладающих седативными и противомикробными свойствами, является актуальным. В качестве лекарственной формы комбинированного состава большой интерес представляют леденцы, вспомогательные вещества и специальная технология которых способствуют длительному терапевтическому эффекту активных компонентов в полости рта.

Цель исследования: выбор оптимального состава и разработка технологии изготовления твердой дозированной лекарственной формы леденцы на основе лекарственного растительного сырья.

Материалы и методы

Было предложено несколько вариантов изготовления леденцов на растительной основе с целью выявления наиболее оптимального состава и технологии изготовления.

В качестве основных компонентов для изготовления леденцов использовались настои из двух успокоительных сборов: Фитоседан № 2 (пустырника трава, хмеля соплодия, мяты перечной листья, валерианы корневища с корнями, солодки корни) и Фитоседан № 3 (валерианы корневища с корнями, душицы трава, донника трава, чабреца трава, пустырника трава). Также в технологии изготовления использовали сахар, мед пчелиный, лимонную кислоту, пищевой краситель (крем-брюле).

Методы исследования: органолептические свойства (цвет, вкус, клейкость), распадаемость (растворение) при комнатной температуре, определение средней массы леденцов и отклонений от нее.

Леденцы изготавливали путем выливания в предварительно калиброванные по массе силиконовые формы.

Основные этапы в технологии изготовления леденцов: приготовление крепкого настоя из успокоительных сборов и сахарного сиропа, добавление к сиропу лимонной кислоты, смешивание карамельной массы и действующего вещества (по прописи: сиропа сахарного – 150,0 г; настоя – 200 мл; меда пчелиного – 14,0 г; кислоты лимонной – 4,0 г; красителя пищевого «крем-брюле» – 5,0 г), кристаллизация смеси, добавление пищевого красителя (крем-брюле) к смеси, розлив карамельной массы в силиконовые формы, охлаждение

леденцов в холодильнике, стандартизация леденцов, упаковка леденцов (леденцы помещали в целлофановую пленку и хранили в сухом темном месте).

Результаты и обсуждение

В процессе исследования были разработаны три варианта состава леденцов, по 20 опытных образцов на каждый сбор – Фитоседан № 2 и Фитоседан № 3 (таблица 1). Показателями определения оптимального состава леденцов были органолептические (вкус, цвет, клейкость) и структурно-механические свойства, устойчивость при комнатной температуре, малая гигроскопичность.

Таблица 1 – Соотношение компонентов, взятых для изготовления опытных образцов леденцов

Компоненты		№ образца		
		1	2	3
Настой сбора Фитоседан № 2, № 3, мл		200	200	200
Компоненты инвертного сиропа	Сахарный сироп, г	150,0	150,0	150,0
	Мед пчелиный, г	7,0	14,0	14,0
	Лимонная кислота, г	-	4,0	4,0
Пищевой краситель (крем-брюле), г		-	-	5,0

В первом случае в качестве действующих веществ было решено взять 200 мл сбора и 150,0 г сахарного сиропа, чтобы в итоге получилось 20 образцов леденцов на каждый сбор. Однако леденцы были неустойчивы при хранении, быстро теряли форму, что было обусловлено недостатком стабилизаторов (лимонная кислота и мед пчелиный) в сахарном сиропе, а также обладали неприятным вкусом и запахом.

Во втором случае инвертный сироп получали путем нагревания водного раствора сахара и меда пчелиного с лимонной кислотой, при этом происходил процесс инверсии, заключающийся в расщеплении сахарозы на фруктозу и глюкозу. Для усиления вкусовых качеств леденцов было решено увеличить количество вводимого меда пчелиного в 2 раза (14,0 г – 2 чайные ложки), для достижения инверсии взяли 4,0 г лимонной кислоты (это количество достаточно для достижения инверсии). В результате леденцы после увеличения содержания стабилизаторов сохраняли оптимальную консистенцию и структурно-механические свойства, но обладали неудовлетворительными органолептическими свойствами.

В третьем случае в качестве корригирующего средства было решено взять 5,0 г пищевого красителя «крем-брюле» для придания леденцам натурального оттенка. После добавления пищевого красителя образцы леденцов удовлетворяли всем требованиям.

Изготовленные леденцы обладали приятными органолептическими свойствами, стабильностью при комнатной температуре и малой гигроскопичностью. Инвертный сироп, как формообразующий компонент, обладает антикристаллизационными и влагосвязывающими свойствами, что увеличивает срок хранения леденцов без потери качества. Для обеспечения стабильности и оптимальных физико-химических свойств леденцы были упакованы в полиэтиленовую пленку и первые сутки после изготовления хранились в холодильнике.

Для оценки качества леденцов использовались органолептические методы, определение средней массы и отклонения от нее, определение растворимости.

Полученные леденцы имели округлую форму, золотисто-коричневый цвет, сладко-горьковатый вкус, гладкие на ощупь. В течение 45 минут в воде комнатной температуры растворяется не менее 80 % карамельной массы, что соответствует требованиям фармакопейной статьи на твердые лекарственные формы. При растворении визуально заметны пятна эфирного масла, извлеченного при нагревании из лекарственного растительного сырья.

Определение массы 20 опытных образцов леденцов проводилось путем взвешивания образцов вместе с силиконовыми формами и последующего вычитания из полученного значения массы форм. Средняя масса одного леденца составила около 8,0 г. Только две индивидуальные массы леденцов отклоняются от средней массы на величину, превышающую допустимое значение (более 5 %). При этом ни одна индивидуальная масса не отклоняется от средней массы на величину, в два раза превышающую нормативное значение, что свидетельствует о том, что лекарственная форма выдержала испытание.

Полученные леденцы рекомендуется использовать в качестве седативного, противовоспалительного и бактерицидного средства.

Выводы

1. Подобран оптимальный состав лекарственной формы леденцы на основе лекарственного растительного сырья, входящего в состав сборов Фитоседан № 2 и Фитоседан № 3.
2. Разработана технология получения леденцов.
3. Установлено, что леденцы обладают оптимальными органолептическими и структурно-механическими свойствами, высокой растворимостью и малой гигроскопичностью, устойчивостью при комнатной температуре на протяжении длительного времени.
4. Данная лекарственная форма может использоваться в качестве общего успокаивающего средства, при укачивании в транспорте и при инфекционно-воспалительных заболеваниях ротовой полости, особенно в педиатрической практике.

Литература

1. Государственная фармакопея Российской Федерации [Текст] / МЗ РФ. — XIII изд. — Т.1. — Москва, 2015. — 1470 с.

2. Аллен, Лойд В. Фармацевтическая технология. Изготовление лекарственных препаратов [Текст]: учебн. пособие / Лойд В. Аллен, А. С. Гаврилов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 512 с.
3. Варина, Н. Р. Обоснование состава и разработка технологии изготовления леденцов на основе фитопрепарата «Дентос» [Текст] / Н. Р. Варина, В. А. Куркин, Е. В. Авдеева, Л. Д. Климова, С. В. Первушкин // Международный журнал экспериментального образования. – 2015. – № 12. – С. 492-495.
4. Зубченко, А. В. Физико-химические основы технологии кондитерских изделий [Текст] / А. В. Зубченко. – Воронежская гос. технол. акад. – Воронеж, 2001. – 389 с.
5. Митрофанова, И. Ю. Методологические основы выбора растительных объектов в качестве источников фитопрепаратов [Текст] / И. Ю. Митрофанова, А. В. Яницкая, Д. В. Бутенко // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 10. – С. 405-408.

УДК 616.995.42

А. И. Макарова, Т. С. Мареева, Г. В. Потемкина, 3 курс, лечебный факультет;
А. В. Смирнов
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра гигиены и экологии
Научный руководитель: ассистент А. В. Смирнов

ОПАСНЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЧЕЛОВЕКА, ПЕРЕНОСИМЫЕ КЛЕЩАМИ

Россия — один из самых больших в мире ареалов инфекционных заболеваний, передающихся клещами. Ежегодно к врачам различных специальностей по поводу укуса клеща обращается несколько сотен тысяч пациентов. Кровососущие клещи – потенциальные переносчики возбудителей инфекций, опасных для человека, самые известные в Тверской области – это клещевой энцефалит (КЭ) и клещевой боррелиоз (болезнь Лайма).

Цель исследования: провести сравнительный анализ данных различных источников информации по инфекционным заболеваниям, переносимым клещами.

Материалы и методы

Изучение и анализ данных научных публикаций и различных источников информации.

Результаты и обсуждение

С начала сезона активности клещей и по состоянию на 22.06.2017 года в Тверской области зарегистрировано 3493 обращения за медицинской помощью по поводу укусов клещей, в т.ч. укушен 1201 ребенок. Количество обратившихся за медицинской помощью меньше на 12 % аналогичного периода 2016 года. С начала сезона на экспертизу поступило 1053 насекомых. По результатам исследования 210 из них являлись переносчиками заболеваний, таких как КЭ и клещевой боррелиоз (энцефалит - 2 экземпляра, боррелиоз - 185 экземпляров) [7].

При укусе клещ впрыскивает в кожу человека обезболивающие, сосудорасширяющие и другие вещества, а вместе с ними и возбудителей, которые находятся в кишечнике и слюнных железах клещей. Присасывание клеща, как правило, не вызывает боли и проходит незаметно. Наиболее распространенные места укусов клещей: шея, подмышечные впадины, грудная клетка и паховые складки [4].

КЭ – это специфическое вирусное заболевание с одновременным поражением центральной и периферической нервной системы.

Природные очаги КЭ зарегистрированы во всех лесных и таежных зонах России, в том числе и в Тверской области. Инкубационный период заболевания — от 5 до 25 дней. В течение энцефалита различают несколько стадий: острую, восстановления, резидуальную, т. е. период стойких последствий. Выделяют несколько форм заболевания.

Лихорадочная форма не сопровождается проникновением вируса в нервную систему: характерны проявления тяжелой вирусной инфекции с лихорадкой, сильной слабостью и

ломотой тела, симптомы сильно похожи на грипп. Длятся они до 10 суток, изменений ликвора (мозговой жидкости) нет. Больные всегда выздоравливают [5].

Менингеальная форма: после периода лихорадки происходит снижение температуры, вирус в это время проникает в нервную систему, и вновь резко повышается температура, возникают признаки неврологических нарушений, продолжительность заболевания при менингеальной форме не превышает 2-3 недели. После выздоровления некоторое время могут наблюдаться симптомы вегетососудистой дистонии.

Энцефалитическая форма во всех случаях заболевания сопровождается поражением вещества мозга с формированием очаговых знаков. Ко всем вышеперечисленным симптомам присоединяются психические расстройства, нарушения сознания, парезы и параличи, судороги. Эта форма самая тяжелая, дает высокую летальность.

Полиомиелитная форма встречается у 1,5-2,5 % больных. Типичные для этой формы симптомы - парезы и атрофии мышц шеи и плечевого пояса составляют характерный для клинической картины КЭ симптомокомплекс: «свисающая голова», проксимальные парезы или параличи рук с гипотонией и арефлексией [5].Тяжесть энцефалитов во многом зависит от патогенных свойств возбудителя, защитных сил организма и возраста больного.

При КЭ симптомы хронического периода носят название «кожевниковской» эпилепсии. Она характеризуется постоянными непроизвольными подергиваниями мышц лица, шеи, плечевого пояса [6].

На долю лихорадочной и менингеальной формы заболевания приходится до 80-90 % заболеваний.

Единственным реальным методом предупреждения развития тяжелых и летальных последствий при КЭ остается профилактика — введение вакцины против клещевого энцефалита. В России иммуноглобулин применялся и применяется в профилактических и лечебных целях. Для лечения иммуноглобулин против КЭ вводят внутримышечно, дозы и схемы введения зависят от клинической формы.

Не менее опасным заболеванием, передающимся клещами, является иксодовый клещевой боррелиоз (ИКБ, синоним: Лайм-боррелиоз). Это широко распространенное инфекционное природно-очаговое, бактериальное заболевание с трансмиссивным путем передачи, нередко принимающее хроническое, рецидивирующее течение и поражающее ряд систем организма.

Первый пик заболеваемости наблюдается в весенне-летний период (апрель-июнь), второй - на конец лета, начало осени (август-октябрь). Попадая со слюной клеща в общий кровоток, боррелии разносятся по всему организму, оседая в различных органах (мозг, сердце, суставы, глаза, печень) и вызывая в них воспалительные изменения [3]. В соответствии с периодами инфекции и признаками их клинического проявления выделяют три стадии болезни: первую — локальной инфекции, вторую — диссеминированной инфекции (острого поражения органов), третью — персистирующей инфекции (хронического поражения органов).

Для отнесения заболевания к третьей стадии ИКБ длительность воспалительных изменений со стороны пораженного органа должна быть не менее 6 месяцев [6].

При локальной стадии инкубационный период болезни колеблется от 1 до 30 дней, составляя, в среднем, 7–10 суток. На месте присасывания клеща возникает пятно или папула. Это первичное покраснение в течение нескольких дней расширяется и увеличивается в размерах, формируясь в эритему со средним диаметром 10–15 см. Эритема может быть в любой части тела, но чаще на туловище, бедрах или подмышечных областях, за присущее ей свойство увеличиваться в размерах ее называют «мигрирующей клещевой эритемой». Эритема может быть единственным признаком острого периода, но чаще ей сопутствуют другие симптомы заболевания: региональная лимфаденопатия, недомогание, слабость, миалгии, артралгии, респираторные проявления, повышение температуры до 37–38°С, озноб, головная боль, тошнота и рвота, у части больных заболевание может закончиться на этом этапе и эритема может исчезать спонтанно. У другой части эритема сохраняется в течение недель и даже месяцев и на ее фоне появляются признаки поражения других органов.

Вторая стадия ИКБ развивается через 2–10 недель после острого периода. Для второй стадии заболевания (диссеминированной инфекции) характерно острое органное поражение нервной системы (нейроборрелиоз); внутренних органов (сердца, суставов, печени) и органа зрения (офтальмоборрелиоз). Неврологические проявления при ИКБ различны, но большинство исследователей указывает на три частых вида поражений нервной системы: радикулоневриты, невриты черепных (лицевых) нервов, менингит.

Основными формами третьей стадии ИКБ принято считать: нейроборрелиоз (прогрессирующий энцефаломиелит; цереброваскулярный нейроборрелиоз; моно- или полиневрит), сочетающийся с хроническим атрофическим акродерматитом (дерматоборрелиоз, доброкачественный лимфаденоз кожи); моно- и полиартриты.

Решающую помощь в диагностике ИКБ, особенно его вариантов, протекающих без эритемы, оказывает серологическое исследование на наличие антител к B. Burgdorferi.

Лечение ИКБ проводится этиотропно, с помощью антибиотиков широкого спектра действия. Они назначаются перорально в стадии эритемы и парентерально внутривенно при нейроборрелиозе во второй и третьей стадиях ИКБ, также проводится симптоматическое лечение.

Чтобы избежать укуса клеща и развития последствий, необходимо применять методы индивидуальной защиты. Лучший метод защиты от КЭ - это вакцинация. Следует использовать репелленты и при походах в лес надевать соответствующую одежду: следует носить закрытую обувь (ботинки или сапоги, а не сандалии), длинные брюки с затяжками на штанинах или аправлять штанины в носки (чтобы клещ не мог заползти под брюки), куртка должна быть с затяжками на рукавах. Можно использовать специальные защитные костюмы. Нужно помнить, что клеща гораздо проще заметить на светлой одежде. Для защиты от клещей одежду обрабатывают препаратами на основе акарицидов – веществ, убивающих клещей. Наносить их можно только на одежду, но не на кожу. После контакта с обработанной одеждой клещ погибает через несколько минут. Сейчас в аптеках можно купить различные противоклещевые репелленты с перметином (наиболее распространенный акарицид). Такие препараты защищают от клещей неделю и более.

Заключение

Информированность населения является важной составляющей индивидуальной

профилактики данных заболеваний. Многие люди даже не догадываются, что клещи являются переносчиками опасных инфекционных заболеваний человека - клещевого энцефалита и иксодового клещевого боррелиоза.

Литература

1. Злобин В. И. Эпидемиологический мониторинг и профилактика иксодовых клещевых инфекций в условиях сочетанных природных и антропургических очагов // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. – 2008. - № 2. - С. 10–14.
2. Деконенко Е. П. Клинико-эпидемиологические особенности Лайм-боррелиоза // Врач. – 2004. - № 2. - С. 24–28.
3. Бадалян Л. О. Детская неврология. – 3-е изд. М., 1984. - С. 421-442.
4. Бадалян Л. О. Невропатология: Учебник для студ. дефектол. фак. высш. пед. учеб. заведений /М., 2003. - С. 276–280.
5. Шаповал А. Н. Клещевой энцефаломиелит/Л.: Медицина, 1980. - С. 256.
6. Oschmann P., Kraiczy P., Halperin J., Brade V. (Eds) Lyme Borreliosis and Tick-borne Encephalitis / UNI-MED Verlag A. G., Bremen, 1999. – P. 16–141.

УДК 616 – 003.826

А. И. Макарова, Г. В. Потемкина, 3 курс, лечебный факультет; А. М. Морозов
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра общей хирургии
Научный руководитель: ассистент А. М. Морозов

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛИПОМАТОЗА

У множества людей можно обнаружить на теле своеобразные, концентрированные в одной области, отложения жира, называемые липомами. Заболевание наиболее часто диагностируется у женщин и мужчин в возрасте от 30 до 55 лет [1]. Липома представляет собой доброкачественное новообразование, материалом для формирования которой служит жировая ткань. По структуре мягкие, подвижные, покрытые неизмененной кожей, округлые или дольчатые, опухоли, как правило, локализуются на туловище и достигают в диаметре нескольких сантиметров. Данное образование представлено типичными адипоцитами, которые тесно связаны с капиллярной сетью. С помощью электронно-микроскопической радиоавтографии можно выявить зону преимущественной локализации клеток, обладающих пролиферативной активностью «зоны роста», что данной особенностью отличается от злокачественной опухоли [2].

Липоматоз - это появление в подкожной клетчатке многочисленных липом, обладающих соединительнотканной капсулой или переходящих в область нормальной жировой ткани без четкой границы.

Заболевание диагностируется на основании определенных проявлений, формирующих следующие признаки:

- расположение в местах скопления жира;
- подвижность при пальпации;
- мягкая или слегка уплотненная консистенция;
- отсутствие болевых ощущений при пальпации;

Дополнительные методы диагностики:

- УЗИ [3]

Лечение липоматоза оперативное [4], после операции могут быть рецидивы. При диффузно-узловых формах развитая сосудистая сеть в липоматозных разрастаниях может явиться причиной кровотечений при операции. При симптомах гипофункции отдельных эндокринных желез применяют соответствующие гормональные препараты. Назначают диету, препятствующую прогрессированию ожирения, а при нервно-психических нарушениях - психофармакологические средства. Хирургическое удаление отдельных узлов неэффективно, так как они обычно рецидивируют вблизи места операции или в других областях тела. Безотлагательная операция проводится при резкой болезненности и сдавлении сосудисто-нервного пучка липоматозным узлом.

Цель исследования: изучение клинического случая липоматоза в городе Твери [5].

Материалы и методы

Мужчина, 34 года, находившийся на лечении в хирургическом отделении ГБУЗ ГКБ№7 г. Твери, при поступлении предъявлвл жалобы на безболезненные подкожные новообразования на обоих предплечьях. На момент осмотра температура тела 36,7ºС; анализ крови: гемоглобин - 149 г/л; эритроциты - $4,5\times10^{12}$; лейкоциты – $5,5\times10^{9}$. Содержание сахара в крови натощак не превышает норму. Больной плотного телосложения. В рационе питания преобладает жирная пища. Сопутствующих патология у пациента не выявлена [6].

В ходе осмотра методом пальпации было выявлено 5 липом на правой руке и 1 – на левой руке. При ультразвуковом исследовании на внутренних органах липом не обнаружено.

При УЗИ предплечья кожа визуализируется в виде однородной структуры повышенной эхогенности, подкожно-жировой слой определяется гипоэхогенной неоднородной структурой. Внутри мышцы определяется изоэхогенное образование 40×10 мм, которое имеет форму эллипса, четкий контур, поддается сжатию, содержит короткие, гиперэхогенные прослойки в толще, которые располагаются параллельно поверхности кожи, допплеровские сигналы внутри не проходят.

Результаты и обсуждение

При подготовке к операции операционное поле обработано водным раствором йода. Для местной анестезией использован препарат «Новокаин» в концентрации 0,25%. В ходе операции хирург делает разрез над областью липомы и вылущивает ее вместе с капсулой. После полного удаления новообразования операционная рана ушивается, а поверх накладывается антисептическая повязка. Таким методом были удалены 5 новообразований на правой руке, диаметр удаленных липом: 45×40 мм; 25×20 мм; 10×15 мм; 15×20 мм; 10×10 мм.

Гистологический анализ: в поле зрения обнаружены жировые клетки различной величины, среди которых встречаются единичные мультилокулярные клетки. Окраска используемая при исследовании - гематоксилин-эозин. Окончательный диагноз: липома.

Пациент наблюдался в течение года, появление новых подкожных новообразований не зафиксировано. На левой руке размер липомы не изменился. Рецидивов данного заболевания нет.

Заключение

Представленный случай позволил изучить такое заболевание как липома, способы его лечения, подробно изучить ход операции и наблюдать изменения в послеоперационном периоде, возможность рецидивирования.

Литература

1. Малышев А. В. Множественный симметричный липоматоз (болезнь Маделунга): клинические наблюдения // Медицинская визуализация. - 2014. - № 3. - С. 59-68.
2. Краевский Н. А. Патологоанатомическая диагностика опухолей / Краевский Н. А., Смольянников А. В., Саркисов Д. С. // М.: Медицина. - 1993. - С. 390-391.
3. Вецмадян Е. А. Ультразвуковая диагностика липом мягких тканей с использованием методик цветного доплеровского картирования и эластографии / Вецмадян Е. А.,

Труфанов Г. Е., Рязанов В. В., Мостовая О. Т., Новиков К. В., Караиванов Н. С. // Вестник Российской военно-медицинской академии. - 2012. - № 2 (38). - С. 43-50.
4. Занкевич А. А. Морфофункциональное обоснование оперативных доступов при энуклеации глубоко расположенных липом / Занкевич А. А., Капустин Р. Ф. // Морфология. - 2014. - Т. 145. - № 3. - С. 77.
5. Морозов А. М. О возможностях определения актуальности темы научного исследования / Морозов А. М., Кадыков В. А., Пельтихина О. В., Аскеров Э. М., Морозова А. Д. // Синергия наук. - 2018. - № 19. - С. 1018-1024.
6. Ramos S. Madelung Disease / Ramos S., Pinheiro S., Diogo C. et al. // Ann. Plast. Surg. - 2009. - 4.- P. 87- 94.

УДК 616.12-008.331.1

М. Е. Малыхина, 6 курс лечебный факультет; И. С. Добрынина, доцент
ФГБОУ ВО Воронежский ГМУ им. Н. Н. Бурденко Минздрава России,
г. Воронеж, Россия
Кафедра поликлинической терапии и общей врачебной практики
Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. В. Страхова

ПАЦИЕНТ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЕМЕ: ОСОБЕННОСТИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Гипертоническая болезнь (ГБ) в силу ее повсеместного распространения и значимости медико-социальных последствий является одной из ведущих проблем современного здравоохранения в России и во всем цивилизованном мире. По данным выборочных исследований Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины Российской Федерации, более 40 % населения России страдает ГБ [1,2]. Эта патология непосредственно связана с современной эпидемией сердечно-сосудистых заболеваний. Артериальная гипертензия в РФ, как и во всех странах с развитой экономикой, является одной из актуальных медико-социальных проблем, что обусловлено высоким риском осложнений данной патологии, широкой распространенностью и недостаточным контролем в масштабе популяции. В странах Запада АД должным образом контролируется менее чем у 30 % населения, а в России – у 17,5 % женщин и 5,7 % мужчин больных АГ.

Цель исследования: анализ факторов риска у больных ГБ в ходе диспансерного наблюдения, оценка суммарного уровня риска сердечно-сосудистых осложнений при помощи шкалы SCORE.

Материалы и методы

Выполнен ретроспективный анализ диспансерных карт 52 пациентов (учетная форма N 131/у), состоящих на диспансерном учете по ГБ на терапевтическом участке №2 БУЗ ВО «Нижнедевицкая РБ» в 2017 году. Численность прикрепленного населения на территориальном врачебном участке №2 составляет 1680 человек. Критерием включения в исследование и учетными признаками являлись диагноз гипертоническая болезнь, выставленный пациенту участковым терапевтом (врачом общей практики). Для каждого пациента проведен анализ следующих показателей по разработанной анкете: пол, возраст, дата постановки диагноза ГБ, относительный, абсолютный и суммарный 10-летний сердечно-сосудистый риск по шкале SCORE, факторы риска (работа, курение, гиподинамия, алкоголь, наркотики, питание, наследственность, стресс), антропометрические данные, результаты лабораторных и инструментальных методов обследования. Статистическая обработка материала проведена с использованием программы Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение

Средний возраст обследованных пациентов составил: 60,51±1,63 года. Большая часть пациентов была представлена лицами женского пола (63,5 %). Из них лиц трудоспособного возраста – 43 %. Возрастной состав пациентов: от 30 до 45 лет – 6 человек (12 %), 46-60 лет –

23 человека (44 %), 61 и выше лет – 23 человека (44 %). Средняя длительность ГБ у исследуемых составила 13 лет.

По степени артериальной гипертензии (АГ) пациенты были распределены на 3 группы: первую группу составили 15 пациентов (28,8 %) с АГ 1 степени, вторую – 35 пациентов (67,3 %) с АГ 2 степени, третью – 2 пациента (3,9 %) с АГ 3 степени.

Проанализировав данные, полученные в ходе диспансеризации, были выявлены факторы риска у 9 из 52 человек (17%), из них: аномальная прибавка массы тела - 1 человек (средний ИМТ составил 23,86±2,12 кг/м^2), гипергликемия (6,45±3,86 ммоль/л) – 11 человек, употребление табака – 4 человека, недостаток физической активности – 2 человека, неприемлемый пищевой рацион – 1 человек. Уровень общего холестерина> 5 ммоль/л на терапевтическом участке имели 40 % изученных больных (в среднем 5,38±0,17 ммоль/л).

При оценке суммарного риска осложнений в ближайшие 10 лет по данным шкалы SCORE среднее значение составило 15,09±1,46 %.

Был произведен анализ сопутствующих заболеваний у 52 больных ГБ. 96 % пациентов имели сочетанную патологию. Чаще всего встречались комбинации заболеваний с нарушением обмена веществ, в том числе нарушения обмена липопротеидов и углеводов (27 человек – 52 %), достаточно часто встречаются такие заболевания, как ИБС (12 человек – 23 %), цереброваскулярные болезни(13 человек – 25 %), болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки (11 человек – 21 %), сахарный диабет (10 человек – 19 %), болезни молочной железы, болезни желчного пузыря, желчевыводящих путей, поджелудочной железы, печени, болезни суставов (по 8 человек – 24 %), дисплазия предстательной железы (ДГПЖ) (3 человека – 16 %), остеохондроз позвоночника (7 человек - 13 %),ожирение (5 человек – 10 %), болезни вен (3 человека – 6 %), болезни почек, глаукома, ХОБЛ (по одному человеку из 52 обследуемых – по 2 %). В ходе диспансеризации у 5,8 % пациентов впервые были выявлены следующие заболевания: ДГПЖ, нарушение толерантности к глюкозе, ожирение 1 ст., холестеринемия.

Данные сведения говорят о том, что для лиц, имеющих доказанные хронические неинфекционные заболевания, диспансерное наблюдение заключается не только в достижении заданных значений параметров физикального, лабораторного и инструментального обследования, коррекции факторов риска развития данных заболеваний, снижения числа госпитализаций и осложнений, но и в раннем выявлении другой сопутствующей патологии.

Выводы

1. Среди больных гипертонической болезнью отмечено частое сочетание АГ, гиперхолестеринемии, повышенного ИМТ и уровня глюкозы натощак, что можно расценить как наличие признаков метаболического синдрома, значительно усугубляющего прогноз больных по риску сердечно-сосудистых осложнений.
2. Риск фатальных осложнений в ближайшие 10 лет по данным шкалы SCORE имел среднее значение 15,09±1,46 % (категория очень высокого риска).
3. Коморбидная патология сопутствовала основному заболеванию в 96% случаев, что утяжеляет течение по основной патологии и требует особого персонифицированного

подхода к лечению сопутствующей патологии для улучшения прогноза и качества жизни пациентов.

Литература

1. Выявление болезней системы кровообращения и риска их развития при диспансеризации взрослого населения: методологические аспекты / А. М. Калинина [и др.] // Терапевтический архив. – 2015. – № 1. – С. 31-37.
2. Краснорцкая О. Н. Типы ремоделирования левого желудочка сердца у больных с гипертонической болезнью на амбулаторно-поликлиническом приеме: связь с полом, возрастом и метаболическими нарушениями/О. Н. Краснорцкая, И. С. Добрынина, У. С. Труфанова//Кардиоваскулярная терапия и профилактика. -2015. - Т. 14, № S2. - С. 59.

УДК 615.256.3:616-005.6

Э. И. Мамедова, Е. К. Немцева, 4 курс, лечебный факультет
ФГБОУ ВО Оренбургский ГМУ Минздрава России, г. Оренбург, Россия
Кафедра фармакологии[1], кафедра акушерства и гинекологии[2]
Научные руководители: к.м.н., доцент Л. Н. Ландарь[1], ассистент Г. О. Махалова[2]

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯДЫ НА ПРИЕМ КОМБИНИРОВАННЫХ ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ В АСПЕКТЕ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗОВ

Создатель первого контрацептива Грегори Пинкус в 1960 г. сказал: «Пройдет полвека, и люди забудут о первой таблетке, потому что у них будут тысячи других таблеток и сотни других возможностей». Прошло чуть больше 50 лет, современная контрацептивная индустрия предоставляет женщинам большой выбор гормональных контрацептивов (ОК). В России – стране, которую традиционно отличает выраженная гормонофобическая ментальность, по данным официальной статистики, в 2010 г. ОК принимали 4 млн 658 тыс. женщин [1].

С самого начала истории создания ОК беспокойство выражалось в отношении сердечно-сосудистых заболеваний и риска рака, но каждая публикация в мировых СМИ о предполагаемом риске создавала панику и значительно преувеличивала размер риска в соответствии с принципом: «хорошие новости, это когда нет новостей, а плохие новости – это то, что лучше всего продается».

Сам Грегори Пинкус описал первые случаи осложнения приема ОК со стороны сердечно-сосудистой системы, описав случай тромбоэмболии легочной артерии. И на сегодняшний день нет сомнений, что ОК увеличивают риск тромботических осложнений.

Цель исследования: оценить актуальность данных о взаимосвязи приема КОК и развития венозных тромбозов.

Материалы и методы

Изучены данные федеральной службы государственной статистики, исследования O. Lidegaard, проведенного в Дании, исследования IngenixDatabase проведенного в США, исследования MEGA, проведенного в Голландии.

Результаты и обсуждение

Осложнения приема ОК можно разделить на 3 группы:

- венозные – тромбоз глубоких вен, тромбоэмболия легочной артерии;
- артериальные – острый инфаркт миокарда;
- церебральные – инсульт.

В отличие от артериальных и церебральных осложнений частота венозных тромбозов на фоне приема ОК увеличивается. В этой связи большинство исследований, посвященных изучению влияния синтетических аналогов половых гормонов на систему свертывания крови, ограничивается областью венозных тромбоэмболических осложнений – тромбоэмболией легочной артерии и тромбозом глубоких вен [9]. К значимым факторам

риска тромбозов, которые обозначены в отечественных и международных руководствах [3, 7, 9], традиционно относят:

- возраст старше 35 лет;
- антифосфолипидный синдром;
- наследственные тромбофилии;
- курение;
- хирургические манипуляции;
- малоподвижный образ жизни;
- ожирение;
- беременность;
- послеродовый период.

Согласно данным современных исследований, наряду с сохранением коэффициента риска развития тромбофилических осложнений в пределах 2-2,5, уровень распространенности тромбозов как в популяции в целом, так и среди пользователей ОК возрос в 4 раза. Среди небеременных женщин, не принимавших ОК, риск развития составляет 4-5 на 10 000 женщин в год с двукратным его увеличением среди женщин, принимающих ОК до 9-10 на 10 000 женщин в год [5]. Возможно, это связано с эпидемическим распространением в настоящее время среди женщин репродуктивного возраста таких доказанных факторов риска, как курение, ожирение и гиподинамия. Вместе с тем не стоит забывать, что риск возникновения венозного тромбоза во время беременности составляет 29 на 10 000 женщин в год, а в раннем послеродовом периоде увеличивается, достигая 300-400 на 10 000 женщин в год [8]. В конечном счете, как один из наиболее широко применяемых и эффективных контрацептивных методов, ОК, уменьшая частоту незапланированных беременностей, в социальном масштабе снижают ассоциированный с беременностью общий популяционный риск развития венозных тромбозов.

Исследование O. Lidegaard, проведенное в Дании, показало, что уменьшение дозы эстрогена с 0,30-0,40 мг до 0,20 мг в ОК, содержащих дезогестрел или гестоден, сопровождается снижением частоты возникновения венозных тромбозов на 18 %. Однако в этой работе остались спорными вопросы качества диагностики венозного тромбоза, и ее результаты подверглись реанализу [12].

В США было проведено второе подобное исследование Ingenix Database, в ходе которого также сравнивались ОК, содержащие дроспиренон, и ОК, содержащие другие гестагены. Его результаты также не выявили статистически значимой разницы в частоте возникновения венозных тромбозов при использовании ОК, содержащих разные гестагены [8].

В 2009 г. в Британском медицинском журнале были опубликованы две статьи, в которых было высказано мнение о том, что дроспиренон, по сравнению с другими гестагенами, повышает риск тромбозов. Анализ этих статей показал отсутствие статистической значимости выводов, обусловленное методическими ошибками и/или неправильной интерпретацией результатов [10].

В ходе голландского исследования MEGA [11] было установлено, что различие между дроспиренон-содержащими и другими ОК не имеет статистической значимости. При этом препараты второго поколения (содержащие левоноргестрел) были определены как более безопасные. После нескольких оценок препарата, содержащего 20 мкг этинилэстрадиола (ЭЭ) и 3 мг дроспиренона (ДРСП), FDA заключила, что частота случаев венозных тромбозов у его потребителей в исследовании слишком мала, что не позволяет считать результаты статистически значимыми [8].

Также возник вопрос о вероятности различного влияния препаратов, содержащих ДРСП, у женщин различных этнических групп. С целью его решения было проведено нерандомизированное тройное открытое исследование для изучения фармакокинетики ЭЭ и ДРСП среди представительниц европеоидной и монголоидной рас. Результаты показали отсутствие или незначимые отличия в метаболизме препаратов среди женщин сравниваемых групп [4].

Заключение

Распространенной ошибкой в клинических и обсервационных исследованиях является недооценка факторов риска развития тромботических осложнений [2]. Появление препаратов, содержащих новые гестагены, обладающих неконтрацептивными эффектами, предусматривает их назначение женщинам с высоким риском тромбозов. Этот факт повышает научно-практический интерес для дальнейших исследований, которые должны быть направлены на выявление и реализацию возможностей снижения риска этого заболевания. Основным для практикующего врача является достоверный сбор анамнеза в соответствии с медицинскими критериями приемлемости ВОЗ для класса ОК с целью оценки категорий риска. Женщинам группы риска рекомендуется назначать контрацептивы, содержащие только прогестаген. Перспективно изучение возможных биохимических маркеров риска развития венозных тромбозов у женщин, принимающих ОК, что требует больших рандомизированных клинических исследований.

Литература

1. Здравоохранение в России в 2011 г. Федеральная служба государственной статистики.
2. Руководство по контрацепции/ под ред. В. Н. Прилепской/М.: МЕДпресс-информ, 2010.
3. ACOG practice bulletin. No. 73: Use of hormonal contraception in women with coexisting medical conditions//Obstet. Gynecol. – 2006. – Vol. 107. – № 6.
4. Dinger J. C. Oral contraceptives and venous thromboembolism: old questions revisited // J. Fam. Plann. Reprod. Health care. – 2009. – Vol. 35. – № 4.
5. Grimes D. A. Surrogate end points in women's health research: science, protoscience and pseudoscience / D.A . Grimes, K. A. Schulz, E. G. Raymond // Fertil. Steril. – 2010. – Vol. 93. – № 6.
6. Impact of progestagens on activated protein C (APC) resistance among users of oral contraceptives / M. Alhens-Gelas [et al.] J. Thromb. Haemost. – 2004. – Vol. 2. – № 9.
7. Medical eligibility criteria for contraceptive use/ 4th ed. World Health Organization. – 2010.

8. Oral Contraceptives and Venous Thromboembolizm / R. L. Reid [et al.] // J. Fam. Plann. Reprod. Health Care. – 2010. – Vol. 36. – № 3.
9. Shapiro S. Risk of venous thromboembolism among users of oral contraceptives: a review of two recently published studies / S. Shapir, J. Dinger // J. Fam. Plann. Reprod. Health Care. – 2010. – Vol. 36. – № 1.
10. The venous thrombotic risk of oral contraceptives, effects of oestrogen dose and progestogen type: results of the MEGA case-control study / V. A. van Hylckama [et al.] // BMJ. – 2009. – Vol. 339. – P. 2921.

УДК 159.922:616.89-008.442

Т. С. Мареева, 3 курс, лечебный факультет
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра философии и психологии с курсами биоэтики и истории Отечества
Научный руководитель: к.п.н., доцент Л. А. Мурашова

ФЕНОМЕН ТРАНСГЕНДЕРНОСТИ И ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКУЮ АДАПТАЦИЮ ТРАНСГЕНДЕРНЫХ ЛЮДЕЙ

Есть категория людей, которая глубоко неудовлетворенна своей принадлежностью к гендеру, который предусматривается природой и генетикой, в связи с этим они непохожи на других людей, с точки зрения таких личностных качеств, как воля, решительность, инициативность. Трансгендерами называют всех людей, чье осознание себя и поведение не совпадают с их фактическим полом.

На них оказывается повышенное социальное влияние как внутри семьи, так и в социуме, предрасполагающее к психологической травматизации и снижению переносимости различных негативных состояний.

Цель исследования: изучение феномена трансгендерности и факторов, затрудняющих социальную адаптацию трансгендеров.

Материалы и методы

Изучены данные исследований National Transgender Discrimination Survey, структурно-системный метод, функциональный метод, анализ и синтез.

Результаты и обсуждение

Сопротивление внешним факторам и защита собственного уязвимого «Я» происходят путем развития всех видов мыслительных процессов, таких как восприятие, решение задач, воображение и логика. В связи с этим часто возникают внутриличностные конфликты, которые оказывают сильное негативное влияние на личность, потому что человек несчастлив, в его жизни отсутствует гармония, в результате чего теряется смысл жизни. Это приводит к различным психосоматическим заболеваниям, люди стремятся попасть в более комфортную ситуацию и прибегают к таким методам достижения счастья в своей жизни, как трансгендерный переход, т. е. процесс приведения гендерной роли и тела человека в соответствие с осознанием его гендерной принадлежности.

Данные операции, включающие в себя как гормонотерапию, так и хирургическое вмешательство появились достаточно давно и распространены во всех странах мира, в том числе и в России.

Имеются общие данные о численности трансгендеров в мире. Исследование National Transgender Discrimination Survey за 2011 г. в США показало примерное количество трансгендеров – 700 000 человек. По данным на 2014 год, их 1,5 млн. На сегодняшний день в США ежегодно выполняется около 1000 операций по смене пола у транссексуалов. Часть американских граждан делает операцию за границей, что увеличивает общее количество оперативных вмешательств до 1 500-2 000 в год. В Великобритании в течение 2000-2010 гг. сделано 853 операции по смене пола с мужского на женский и 12 – с женского на мужской, в

2000 году сделано 54 операции по смене пола. Таиланд – лидер по количеству таких операций, поскольку в этой стране самая низкая стоимость операции по смене пола. Официально в стране 15 000 транссексуалов. На сегодняшний день в РФ около 110 000 мужчин, как уже ставших женщинами, так и тех, кто только на пути к этому. Что касается женщин, их в настоящее время насчитывается чуть более 240 000.

Первый случай операции по коррекции пола зафиксирован в 1930-1932 году. Художнику, Эйнару Магнусу, было проведено четыре операции, закончившихся успешно, в результате которых он стал известен как Лили Эльбе, однако операция по вживлению матки прошла неудачно и пациентка скончалась из-за отторжения донорского органа. В 2016 году по одноименному роману Дэвида Эберсхоффа, опубликованному в 2000 году, был снят фильм «Девушка из Дании», который повествует о том, как мужчина понял, что его не удовлетворяет его биологический пол, как мужчина с этим справлялся, через какие испытания прошел и чем закончилась эта захватывающая и трагическая история.

Но, какие бы большие возможности не открывала медицина перед такими людьми, в мире существуют очень острые проблемы трансгендерного перехода, такие как физическое и психологическое насилие, публичные оскорбления, сложности в сфере труда, отказы в предоставлении различных услуг, в том числе медицинских. Трансгендерные подростки подвержены издевательствам в школе, от таких людей отворачиваются родственники и собственные дети.

Трансгендерный переход может включать в себя несколько этапов.

- осознание идентичности, когда пациент в течение 2 и более лет наблюдается у психолога, чтобы понять, нужна ли ему данная операция, после истечения срока и прохождения комиссии пациент получает справку с диагнозом «транссексуализм»;
- социализацию в новой гендерной роли. Обычно подразумевает изменение гендерной экспрессии и социальной гендерной роли. Например, человек начинает говорить о себе в другом роде и называться другим именем, изменяет стиль одежды;
- юридическое признание гендера. Означает изменение гендерного маркера и имени в документах, идентифицирующих личность: паспорт, свидетельство о рождении, водительские права, дипломы;
- медицинские процедуры по коррекции пола.

1. Гормональная терапия. Терапия гормонами, в результате чего изменяется внешний вид человека.
2. Хирургическое вмешательство.

Включает в себя ряд хирургических операций:

a) вагинопластика,
b) маммопластика,
c) мастэкстомия,
d) фаллопластика.

Состояние несчастья и попытки самоубийства у трансгендеров были впервые взяты под наблюдение в 1979 году доктором из гендерной клиники им. Гарри Бенджамина, эндокринологом Чарльзом Иленфелдом. После шести лет предоставления гормональной

терапии пяти сотням пациентов-трансгендеров, доктор Иленфелд заявил, что 80 % людей, желающих сделать операцию по смене пола, не должны ее делать, поскольку процент самоубийств был очень высок, из-за возникающих социальных и психологических проблем после данной операции. Также доктор не рассматривал операцию по коррекции пола в качестве решения проблемы внутреннего гендерного несоответствия.

В 2011 году медики из Каролинского института в Швеции провели исследование, которое показало высокий уровень проблем и самоубийств среди людей, прошедших хирургические процедуры по коррекции пола, по сравнению с обычными людьми. Исследователи наблюдали за 324 людьми, сделавшими операции по коррекции пола, и обнаружили более высокие показатели общей смертности (41 %), попыток самоубийств и госпитализации с психиатрическими диагнозами, чем в контрольной группе обычных людей, связанные с социальной дискриминацией.

В 2010 году National Transgender Discrimination Survey (NTDS) проводило обширное исследование, связанное с факторами дискриминации трансгендерных людей, влияющих на их социальную адаптацию, результаты исследования оказались неутешительными (рисунок 1).

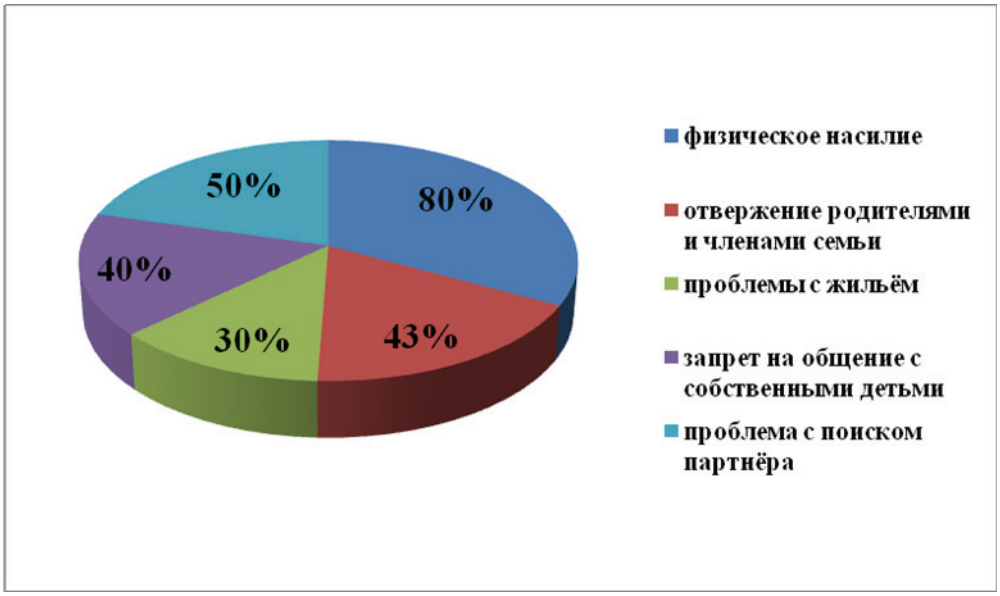


Рисунок 1 – Факторы угнетения социально-психологической адаптации трансгендеров

Трансгендерные люди подвергаются физическому насилию в 80 % случаев. Причина – непонимание желания партнера сменить пол. Оно проявляется в попытках запретить транс-партнеру производить изменения своего тела либо носить одежду, приписываемую желаемому гендеру. Их толкали (32 %), били (25 %), бросали в них предметы (25 %), душили (12 %), использовали против них оружие (10 %).

Отвержение родителями и другими членами семьи, частота встречаемости 43 %. Трансгендерные люди, как правило, встречают непонимание со стороны родных, как минимум, на протяжении некоторого периода жизни, в худшем варианте — в течение всей жизни. Социальная изолированность пагубно влияет на психоэмоциональное состояние личности, особенно непосредственно в процессе трансгендерного перехода. В рамках

«Исследования в сфере наказаний, связанных с гендерной принадлежностью» было установлено, что 41 % подростков-трансмужчин и 16 % трансженщин сталкивались с серьезными оскорблениями со стороны семьи, причем 20 % трансмужчин были лишены наследства и полностью отрезаны от своей семьи.

Трансгендерные люди часто сталкиваются с отказом в аренде жилья, его покупке, если их воспринимаемый гендер отличается от гражданского пола. Такие проблемы возникли у 30 %.

В случае наличия у трансгендерных людей детей или общих детей с партнером, последний при разрыве отношений может угрожать забрать детей себе, так же 29 % бывших партнеров запрещают трансгендерным людям видеться с детьми. В 13 % случаев суды запрещали встречи с детьми.

Проблемы с поиском нового партнера. Многие люди считают неприемлемым связывать себя отношениями с трансгендерными людьми, даже если это происходит, то в 50 % случаев партнер не может этого принять и отношения прекращаются.

Существенной психологической причиной, которая повышает риск попадания в насильственные отношения и повышает риск суицида, является внутренняя трансфобия, то есть неприятие, осуждение трансгендерными людьми своей трансгендерности из-за влияния социума и собственных страхов и переживаний. Данный вид трансфобии приводит к чувству вины, в результате в конфликтных ситуациях жертва ищет причину в себе и считает, что насилие и суицид — это единственное, чего он/а заслуживает.

Если рассматривать статистику в мире, то становится ясно, что трансгендерные люди не являются полноценными членами общества и воспринимаются крайне негативно не только в какой-то определенной стране, а во все мире, происходит ущемление прав и свобод данной группы лиц, что приводит к нарушению их адаптации в обществе и, как следствие, к депрессии и суициду.

Центр по правам человека собрал инициативную группу, которая провела исследование об социоэкономическом положении трансгендерных и квир-людей (люди, не соответствующие традиционной модели поведения) на постсоветском пространстве. Приняли участие 394 человека из 11 постсоветских стран. Большинство респондентов было из России (254), Украины (66), Кыргызстана (30) и Беларуси (16). Возраст участвовавших - от 16 до 53 лет. 38 % респонденток и респондентов имеют высшее образование. 27 % респонденток и респондентов находятся в процессе получения высшего образования. По сообщению центра по правам человека, в постсоветских странах 39 % опрошенных трансгендерных и квир-людей не имеют возможности устроиться на постоянную работу. Согласно исследованию, 24 % респонденток и респондентов вынуждены скрывать факт трансгендерности, это связано с негативным отношением со стороны коллег, а также руководства. Из 394 опрошенных 368 человек выразили стойкую потребность в улучшении собственного положения на рынке труда. Как отмечают в инициативной группе, причина этого – нежелание работодателей принимать на работу или продолжать трудовые отношения с сотрудницей либо сотрудником, внешность которых не соответствует их паспортным документам.

Транс- и квир-люди также зачастую вынуждены вести двойную жизнь – на работе представляться в «паспортном» гендере, в целях сохранения заработка и ощущения безопасности, а вне работы жить приемлемой для них жизнью, согласно исследованию, 288 (73 %) человек в процессе трудоустройства сталкивались с проблемами, связанными с гендерной экспрессией и гендерной идентичностью. 170 представительниц и представителей целевой аудитории сталкивались с негативным отношением на работе, которое в 48 % случаев было выражено в форме угроз, шантажа, физического насилия, коллективной травли, принуждения к «добровольному» увольнению и непосредственно увольнения.

Кроме того, согласно результатам исследования, более 20 % представительниц и представителей целевой группы не имеют свободного доступа к сети Интернет для получения информации о возможностях юридической поддержки защиты трудовых прав.

Заключение

Трансгендерами принято называть всех людей, чье осознание себя и поведение не совпадают с их биологическим полом, предусмотренным природой. Проведенные исследования, а также анализ данных показывает, что подавляющее большинство трансгендерных людей сталкивается с дискриминацией в обществе, во всем мире. Огромное количество факторов оказывает пагубное влияние на социально-психологическую адаптацию трансгендерных людей в обществе, чаще всего они сталкиваются со сложностью трудоустройства, проблемами физического и психического насилия, социальной изолированностью, проблемами поиска партнера. Все это ведет к различным личностным расстройствами, психическим и соматическим заболеваниям.

Литература

1. Демпси Б. Опыт транс народно-бытового насилия. — Изд-во: Scolaglegaljournal, 2010. — С. 4-36.
2. Инициативная группа Adaman Т. Большинство транс- и квир-людей в постсоветских странах имеют временную и низкооплачиваемую работу// Центр информации про права человека (ЦИПЧ) — 2016. — 12 октября [Электронный ресурс], URL: https://humanrights.org.ua. (дата обращения: 30.03.2017).
3. Я. Кирей-Ситникова. Трансгендерность и трансфеминизм. — М.: Саламандра, 2015. — С.116-129.
4. Клецина И. С. Гендерная идентичность и права человека: психологический аспект. — Санкт-Петербург: Изд-во Норма, 2005. — С.167-184.
5. Княгинина И., Демедецкий А., Демедецкая Я., Денисов Б. Трансгендерные условия формирования семейных отношений (на материале выборочного исследования): материалы Пятой международной Конференции по ВИЧ/СПИДу в Восточной Европе и Центральной Азии — Москва: Центр Международной Торговли, 23-25 марта 2016 г. — С. 5.
6. Лили Эльбе. Мужчина в женщину, о первой смене пола, портрет Лили Эльбе, правда и удивительное превращение художника Эйнара Вегенера. - М.: Blue Boat Books, 2004. — С. 1-50.

7. Национальная целевая группа лесбиянок и геев. Несправедливость на каждом шагу: материалы: из отчета национального опроса о дискриминации трансгендеров /под ред. Хайме М. Гранта, Лайзы А. Моттет и Джастина Таниса, Д. Л. Херманома, Дж. Харрисона и Марф Кейслинг. — 2010. — октябрь [Электронный ресурс]. URL: http://www.thetaskforce.org/ downloads/reports/reports/ntds_full.pdf (дата обращения: 1.04.2017).
8. Права человека и гендерная идентичность: тематич. док. / Комиссар по правам человека — Страсбург, 2009 — С. 1-17.
9. Стандарты помощи транссексуальным, трансгендерным и гендерно нонконформным людям сб. / под ред. д.м.н. Бабенко А. Ю. и к.м.н. Исаева Д. Д. — Санкт-Петербург: ЦСИИ «Действие», 2015. — С.25-59.
10. Яшенкова Д., Кириченко К. Нарушения прав трансгендерных людей в России: результаты исследования: материалы исследования проекта правовой помощи трансгендерным людям. — СПб: Проект правовой помощи трансгендерным людям, 2016. — С. 3-5.

УДК 616.12-008.311

К. А. Мартынова, 5 курс, лечебный факультет
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра госпитальной терапии и профессиональных болезней
Научный руководитель: д.м.н., доцент В. В. Мазур

ТРУДНОСТИ И ОШИБКИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТАХИКАРДИЙ С ШИРОКИМИ КОМПЛЕКСАМИ QRS

Лечение пароксизмальных тахикардий (ПТ), сопровождающихся нарушением системной гемодинамики, является одной из наиболее сложных задач, встречающихся в кардиологической практике. Примером этому может служить следующее клиническое наблюдение.

Мужчина пятидесяти четырех лет был госпитализирован в региональный сосудистый центр с диагнозом заднебокового инфаркта миокарда. При коронароангиографии выявлена острая тромботическая окклюзия огибающей ветви левой коронарной артерии и проведено ее стентирование. На пятые сутки заболевания возникла ПТ тахикардия с частотой сердечных сокращений 159 в 1 минуту и снижением АД до 90/70 мм рт. ст. На ЭКГ (рисунок 1) выявлена пароксизмальная тахикардия с широкими комплексами QRS (ПТШК), которая была расценена как антидромная наджелудочковая тахикардия у больного со скрытым синдромом WPW. Начата инфузия амиодарона, на фоне которой тахикардия трансформировалась в фибрилляцию желудочков, что потребовало проведения реанимационных мероприятий. После электрической дефибрилляции восстановился синусовый ритм.

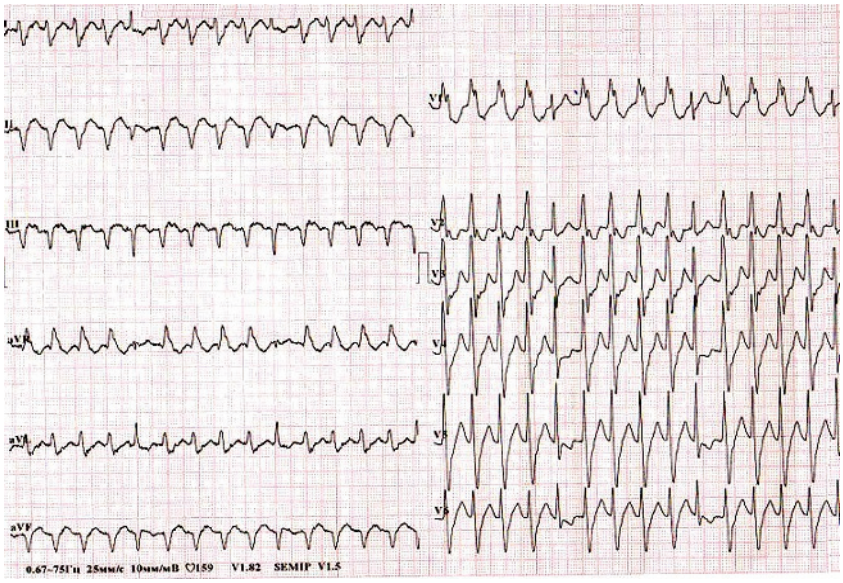


Рисунок 1 – Пароксизмальная тахикардия с широкими комплексами QRS

ПТ, приведшие к нарушению гемодинамики, подлежат немедленному купированию путем электрической или медикаментозной кардиоверсии. При этом показанием к электрической кардиоверсии служат тяжелые гемодинамические расстройства, а именно: шок или отек легких. При менее тяжелых нарушения гемодинамики, таких как артериальная гипотензия, сердечная астма, коронарная или церебральная недостаточность, возможна как электрическая, так и медикаментозная кардиоверсия.

В рассматриваемом случае у пациента имелась артериальная гипотензия без признаков шока, то есть выбор медикаментозной кардиоверсии был вполне оправдан. Оправдан был и выбор антиаритмического средства, поскольку именно амиодарон является средством выбора при ПТШК. Но почему предпочтение было отдано медикаментозной, а не электрической кардиоверсии? Последняя, как показало дальнейшее развитие событий, сразу привела бы к восстановлению синусового ритма.

Дело в том, что за ПТШК кроются три варианта нарушения ритма: в 70 % случаев — желудочковая тахикардия, в 30 % —антидромная наджелудочковая тахикардия при синдроме WPW или наджелудочковая тахикардия с постоянной или преходящей блокадой ножек пучка Гиса [1]. Поскольку в прогностическом и гемодинамическом отношении желудочковая тахикардия более опасна, при ней, как правило, проводится электрическая кардиоверсия. Таким образом, если бы у больного была диагностирована желудочковая тахикардия, то выбор был бы сделан в пользу электрической кардиоверсии, что позволило бы избежать драматического развития событий.

В 2016 году M. Jastrzebski и P. Kukla предложили алгоритм дифференциальной диагностики тахикардий с широкими комплексами QRS [2, 3], в котором выделены 5 характерных ЭКГ-признаков желудочковой тахикардии [4]. Наличие 3 или более признаков позволяет диагностировать желудочковую тахикардию. В данном случае на ЭКГ имеются 3 признака желудочковой тахикардии: доминирующий зубец R в отведении V_1, доминирующий зубец R отведении aVR, «захваты» желудочковых комплексов (в данном случае каждый пятый желудочковый комплекс является «захваченным»).

Таким образом, использование алгоритма M. Jastrzebski и P. Kukla позволило бы в данном случае диагностировать желудочковую тахикардию и выбрать адекватный метод ее купирования.

Литература

1. Sandler I. A., Marriott H. J. The differential morphology of anomalous ventricular complexes of RBBB-type in lead V_1: ventricular ectopy versus aberration. Circulation 1965; 31: 551–556.
2. Jastrzebski M., Kukla P., Czarnecka D. Ventricular tachycardia score – a novel method for wide QRS complex tachycardia differentiation – explained. J of Electrocardiol 2017; 50: 704–709.
3. Jastrzebski M., Sasaki K., Kukla P., Fijorek K., Stec S., Czarnecka D. Ventricular tachycardia score: a novel approach to electrocardiographic diagnosis of ventricular tachycardia. Europace 2016; 18: 578–584.

4. Jastrzebski M., Kukla P., Czarnecka D., Kawecka-Jaszcz K. Comparison of five electrocardiographic methods for differentiation of wide QRS complex tachycardias.Europace 2012; 14: 1165–1171.

УДК 81: 655.533

В. П. Матерн, О. А. Смилянская, 4 курс, факультет бизнеса, образования и права
Инновационный Евразийский университет (ИнЕУ), г. Павлодар, Республика Казахстан
Кафедра журналистики и филологии
Научный руководитель: к.филол.н., профессор Ж. Б. Ибраева

ИЛЛЮСТРАЦИЯ КАК ФАКТОР ПРИВЛЕЧЕНИЯ ЧИТАТЕЛЬСКОЙ АУДИТОРИИ (НА ПРИМЕРЕ САЙТА ИНЕУ)

В настоящее время в сфере высшего образования действует рыночный механизм. Следовательно, для занятия лидирующих позиций на рынке высшего образования вузы используют различные методы продвижения своих услуг, в том числе и с помощью современных информационных технологий – интернет-маркетинга [13]. Поскольку XXI век характеризуется бурным развитием телекоммуникационных технологий, в том числе сети Интернет, посредством которой различные пользователи получают большую часть необходимой им информации. А потребителями услуг вузов, в основном, являются молодые люди, в первую очередь, использующие информационные потоки всемирной сети [14].

В связи с этим, интернет-маркетинг в настоящее время является одним из главных инструментов привлечения клиентов вузов. Соответственно важным моментом для руководства образовательного учреждения является вопрос о результативности интернет-маркетинга вуза, что позволит администрации вуза увидеть свои недостатки и, устранив их, занять более высокое место в рейтинге вузов, тем самым привлечь к себе большее число обучающихся [15].

Сайт — веб-ресурс, представляющий в Сети интересы и результаты какой-либо структуры, организации.

Корпоративный сайт подразумевает единую информационную систему организации, которая включает множество других сайтов, и интегрирована с внешними и внутренними приложениями [17].

В этом отношении сайт ИнЕУ должен стать общей платформой для перехода к факультетским сайтам, которые могут существовать вполне автономно, но могут и быть интегрированы в единую систему навигации.

Сайт становится частью общей инфраструктуры организации. Это интеграция со всеми сайтами и приложениями, типами документов через гибкую систему управления контентом.

Традиционно маркетинговые коммуникации вуза состоят из следующих элементов: рекламы, стимулирования сбыта, связей с общественностью, личной продажи. Ряд маркетологов добавляют пятый элемент – прямой маркетинг.

Иллюстрация — невероятно универсальный инструмент, который можно найти в дизайне любого сайта, а благодаря разнообразию в выборе техник, стилей и подходов получается очень широкий спектр применения и возможных реализаций. Сегодня мы расскажем о некоторых ключевых направлениях, чтобы вы могли найти новые идеи, а также

с легкостью разбираться в видах и применяемых техниках при виде иллюстраций на разных сайтах [18].

Начнем с основных задач, которые ставятся перед иллюстрацией:

1. Графическая составляющая сайта или сервиса.
2. Примеры работ, объектов или каких-либо вещей.
3. Визуальное пояснение и украшение данных.

Можно перечислить еще несколько задач, но они, так или иначе, будут пересекаться с теми, что мы описали выше. Так же, как правило, при разработке дизайна, эти задачи совмещаются и объединяются для большей эффективности. Если вы зададите себе вопрос о роли иллюстрации на странице, то, в большинстве случаев, вы назовете как минимум две, из указанных задач. Тем не менее, это не означает, что дизайн не может быть успешным и функциональным, если выполняется только одна задача [19].

Тематические иллюстрации. Первая категория — создание иллюстраций, которые будут связаны с деятельностью человека, продукта или сайта в целом. Из этого предложения уже понятны главные цели, которые преследуются при создании таких иллюстраций. Нельзя не отметить, что эту категория чаще всего комбинируют с другими, тем самым, внося разнообразие во внешний облик сайта.

Иллюстрации талисманов. Талисман, как правило, олицетворяет сайт или продукт, являясь его главным героем. Очень часто название сайта схоже с именем персонажа, а его использование помогает сделать дизайн более запоминающимся и уникальным. Сочетание персонажа с дополнительными иллюстрациями способно еще более ярко подчеркнуть его роль.

Иллюстрированные украшения. Это достаточно неоднозначная категория, так как многие примеры можно отнести к тематическим иллюстрациям. Тем не менее, она имеет право на жизнь, отличаясь, главным образом, большим разнообразием в выборе объектов и техник. В ней используются как большие декоративные элементы (фоны или подложки), так и мелкие, порой незаметные с первого взгляда, украшения (иллюстрации людей, животных, различных мест или объектов любых размеров) [20].

Иллюстрация применяется для создания максимально приятного и красивого фона. В том случае, когда этот прием используется исключительно грамотно и корректно – все элементы от шрифтов до фона, иконок и текстов очень хорошо подобраны и прекрасно дополняют друг друга.

Иллюстрированный текст. Использование оригинального, нестандартного текста, отнюдь не новшество и не является чем-то выдающимся. Но именно этот прием используется на множестве ресурсов, причем на большинстве из них, эта деталь первая и единственная. Основная задача при внесении этого элемента в дизайн — добавление уникальности. Ведь именно текст как нельзя лучше подходит для этого. Шрифт, который был нарисован руками, никогда не может сравниваться с обыкновенным «машинным». Рукописные предложения и фразы постоянно уникальны по-своему, чем грамотно и пользуется большое количество современных веб-дизайнеров [21].

Информационные иллюстрации. Примеры в этой категории мы считаем самыми красивыми, креативными и технически сложными. Здесь сочетается грамотное расположение элементов, понятное/короткое описание и, самое главное, запоминающиеся и красивые иллюстрации. Взглянув на примеры, вы сразу поймете, что мы хотели сказать.

Последний, крайне интересный тип иллюстрации – иллюстрация-противоядие. Иногда нужно, чтобы иллюстрация каким-либо образом отвлекала, в первую очередь, от технической сути самого интерфейса и позволяла думать более интуитивно. Именно в этом состоит задача «иллюстрации-противоядия».

Отметим одну отличительную черту и несомненный плюс любой иллюстрации — разноплановость. Благодаря этой черте иллюстрация может сочетать в себе несколько техник и стилей, например, таких как гранж или акварель. За счет такого комбинирования дизайнеры получают большое разнообразие выбора, что позволяет реализовать любую задумку и задачу под разными «углами».

Качественное создание сайтов – только половина успеха электронной коммерции. Конечно, оригинальный, яркий, удобный ресурс пользователи интернета полюбят, но чтобы он приносил прибыль необходимо привлечь большое их количество. Поэтому, заказывая создание сайтов, поинтересуйтесь, осуществляет ли исполнитель продвижение. Если да, то доверьтесь профессионалу, оставив за собой лишь контроль хода процесса [23].

До сих пор вопросы SEO активно обсуждаются с целью выявить самый эффективный метод. Рассмотрим основные тенденции в области позиционирования сайта в поисковых системах.

Все большее число веб-сайтов, обновление алгоритмов поиска постоянно ставят перед оптимизаторами новые задачи. Это приводит к тому, что образуются новые, невиданные до сих пор возможности продвижения сайтов и нужно держать руку на пульсе событий.

Поисковые системы постоянно изменяются, оптимизируя свои алгоритмы и критерии, определяющие качественный контент, становятся все более строгими. Кроме того в последнее время основное внимание уделяется оптимизации ресурсов для работы на мобильных устройствах, что накладывает дополнительные ограничения на продвижение сайта.

Многие успешные SEO - специалисты определяют для себя ключевые тенденции в развитии поисковой оптимизации. Повышение рентабельности видео-контента. На данный момент ключевые позиции удерживает текстовый контент, являющийся ядром, практически для всех поисковиков [24]. Однако время, когда инфографика и различные изображения были простым дополнением, заканчивается. Секрет успешного продвижения сайта кроется в разнообразии способов предоставления информации.

В плане эффективности взаимодействия с пользователем видео все больше теснит текст, становясь более рентабельным. Это происходит благодаря стремительному распространению приложений, связанных с видео. К примеру, Periscope, VineSnapchat и т. п. Тем более разработчики Google активно работают над внедрением элементов видеорекламы на поисковых страницах.

Оптимизация сайта для продвижения на мобильных устройствах. Данное направление становиться более приоритетным, чем аналогичные действия для ПК. Количество запросов с

мобильных устройств (смартфонов и планшетов) превысило количество запросов со стационарных ПК еще в начале 2016 года. С тех пор тенденция только усилилась, поэтому при SEO оптимизации и продвижении сайта необходимо, прежде всего, учитывать возможности алгоритма Mobilegeddon, разработанного Google специально для мобильных приложений [25].

Использование цифровых помощников. Голосовые запросы, сделанные при помощи цифровых помощников GoogleNow, Siri или Cortana, значительно отличаются по своей структуре и семантике от текстовых. Тем не менее, уже сегодня они сформировали довольно значительную прослойку в структуре поиска, которую нельзя игнорировать при оптимизации контента. К тому же можно с пользой использовать такие различия для продвижении сайта значительную часть которого составляет разговорный контент.

Агрегаторы контента. Такая функция есть практически во всех ведущих ресурсах социальных сетей. Ее суть заключается в выведении новостного контента за рамки обычного поиска. К примеру, функция Twitter «Моменты» формирует единый канал для новостных постов независимо от их наполненности, текстом, видео или изображением. Таким образом, ценность новостного контента для продвижения ресурса, не имеющего отношение к СМИ, несколько снизится [2].

Социальные сети. Заключив соглашения с Facebook, Twitter и другими социальными ресурсами, Google начал индексировать их новостные сообщения, что в значительной мере подняло ценность постов из социальных сетей. Фактически в данный момент идет приравнивание личных страничек к классическим WEB сайтам.

Приложения и «глубокие» ссылки. Роль глубоких ссылок в приложениях значительно увеличится. Специалисты Google предвидят, что в скором будущем популярность приложений сравнится с классическими интернет ресурсами, так что их оптимизация является также чрезвычайно важной составляющей продвижения.

Все перечисленные изменения поисковой оптимизации в значительной мере изменят подходы к продвижению ресурса в поисковых системах. Создание новых алгоритмов приводит к необходимости постоянной модернизации собственных ресурсов, динамическое развитие необходимо для поддержания сайта на лидирующих позициях.

Все большее число веб-сайтов, обновление алгоритмов поиска постоянно ставят перед оптимизаторами новые задачи. Это приводит к тому, что образуются новые, невиданные до сих пор возможности продвижения сайтов и нужно держать руку на пульсе событий.

Опыт многих оптимизаторов показывает, что роботы поисковых систем чаще посещают сайты с оповещением RSS. Поскольку RSS сводится практически к чистому тексту (XML-документ, являющийся ярлыком новой информации на сайте), стоимость входа робота ниже, он посещает ленты чаще.

Еще одной тенденцией является развитие блогов. Блог - это форма общения автора с читателями. Последние имеют возможность комментировать записи. Как правило, возникают небольшие сообщества людей с похожими интересами. Запись на одной площадке вызывает реакцию других блоггеров, они ссылаются они на этот пост.

В последнее время многие люди начали использовать бесплатные скрипты блогов для ведения обычных страниц (например на WordPress). Связано это с большой легкостью и

скоростью создания новых сервисов, а также техническую поддержку и целым рядом устройств, доступных для блога. Конечным результатом является значительно более быстрое позиционирование элементов данного типа.

Последнее из наблюдаемых изменений - повышенная забота о коде страницы. Валидация (проверка наличия ошибок, допущенных при верстке и создании сайтов) и удаление лишнего кода позволяют избежать ошибок. Ошибки этого типа часто приводили к тому, что страница хуже оценивалась роботом, чем позволял контент.

Еще одна тенденция - использования социальных сетей для ускорения процесса индексации контента и продвижения сайта. Владельцы ресурсов создают сообщество, которое влияет на рост позиций, но, чтобы на своих страницах профильных/обычных продвигать различные службы.

Все большее число веб-сайтов, обновление алгоритмов поиска постоянно ставят перед оптимизаторами новые задачи. Это приводит к тому, что образуются новые, невиданные до сих пор возможности продвижения сайтов и нужно держать руку на пульсе событий [3].

Литература

1. Фрезоргер Л. А., Абушахманова С. А. WEB-сайт как основной инструмент электронного маркетинга вуза. Электронный ресурс. //Режим доступа: http://scienceproblems.ru/web-sajt-kak-osnovnoj-instrument.html
2. Неретина Е.А., Макарец А.Б. WEB-сайт вуза как важный инструмент маркетинговых коммуникаций. // Вестник ЮУрГУ. – 2009. - № 41.
3. Синяева И. М., Земляк С. В., Синяев В. В. Маркетинговые коммуникации: учебник / М.: Дашков и К, 2005.
4. Кметь Е. Б. Формирование эффективной коммуникативной политики высшего учебного заведения: дис. ... канд. экон. наук. – Владивосток, 2006.

УДК-81

В. П. Матерн, О. А. Смилянская, 4 курс, факультет бизнеса, образования и права
Инновационный Евразийский университет (ИнЕУ), г. Павлодар, Республика Казахстан
Кафедра журналистики и филологии
Научный руководитель: к.филол.н., профессор Ж. Б. Ибраева

ЭФФЕКТИВНЫЕ СПОСОБЫ РАБОТЫ С ЦЕЛЕВОЙ АУДИТОРИЕЙ В СОЦИАЛЬНОЙ СЕТИ FACEEBOOK. ФОРМИРОВАНИЕ ИМИДЖА КАФЕДР ИНЕУ

Термин «социальная сеть» был введен в 1954 году социологом из «Манчестерской школы» Джеймсом Барнсом в работе «Классы и собрания в норвежском островном приходе», которая вошла в сборник «Человеческие отношения». Он развил и дополнил изобретенный в 30-е годы подход к исследованию взаимосвязей между людьми с помощью социограмм, то есть визуальных диаграмм, в которых отдельные лица представлены в виде точек, а связи между ними — в виде линий [7]. Однако идею социальной сети как структуры, элементами которой являются действующие лица (индивидуумы или организации), ученые предвосхитили еще в конце восьмидесятых – французский социолог Давид Эмиль Дюркгейм и его немецкий коллега Фердинанд Теннис практически описали природу этого явления в своих теориях и исследованиях социальных групп [8].

Понимание социальной сети с того времени, безусловно, изменилось, немалую роль в этом сыграло развитие технологий, благодаря которым появились онлайн сети. В данной работе под социальной сетью мы будем понимать платформу (онлайн сервис или веб-сайт) для построения социальных сетей или социальных отношений между людьми, которые, например, имеют общие интересы, опыт, связи из реальной жизни или принадлежат к одной сфере деятельности. Социальная сеть состоит из персональных каналов каждого пользователя (обычно они называются профили), их социальных связей, а также ряда дополнительных сервисов [9].

Первой социальной сетью в современном понимании этого термина принято считать сайт «Одноклассники» (Classmates), появившийся в 1995 г., созданный Рэнди Конрадом, инженером компании «Боинг», который очень хотел найти своего одноклассника [11].

Как и современный российский аналог, сайт помогал зарегистрированным пользователям находить и поддерживать связь с друзьями и знакомыми, с теми, с кем человек имел дело в течение всей своей жизни - в детском саду, школе, вузе, на работе или находясь на военной службе [12]. Он существует до сих пор. Однако американский сервис для одноклассников достаточно долго не поддерживал создание личных страниц (профилей) и добавление друзей, ограничивался возможностью соединения человека с его учебным заведением и поиском по списку людей, учившихся там же [13], поэтому существует другое мнение на тему, какую социальную сеть считать первой, и оно имеет право на существование.

Исследователи выделяют среди других сайт знакомств SixDegrees.com, созданный в 1997 г. Правда, в отличие от «Одноклассников», данный ресурс просуществовал только до

2000 года. Особенным этот сайт сделал ряд инструментов, позволяющий пользователям создавать личные страницы, добавлять друзей, а с 1998 года и совершать поиск по страницам друзей.

Хотя на тот момент многие известные сайты знакомств и сайты, объединявшие представителей одного сообщества, предлагали подобные сервисы по отдельности: личные страницы можно было создавать практически на всех сервисах, а мессенджеры ICQ и AIM поддерживали списки друзей – только соцсеть SixDegrees.com соединила все эти возможности [15].

Естественно, сайты с такими целями и функциями появились в Сети не на пустом месте. Созданию во всемирной паутине столь похожих на современные сервисов предшествует история перехода социальных сетей из оффлайна в онлайн и последующего развития их на новой площадке.

В эпоху оффлайна люди активно использовали для связи другую сеть – телефонную. Именно в ней и благодаря ей и зародились соцсети [16]. Потому в качестве первого этапа их формирования можно рассматривать «Эру телефонных взломщиков» (1950-е – начало 1990-х) [17]. На взгляд автора, об этом пункте имеет смысл рассказать подробнее, чем об остальных, поскольку данный этап развития социальной сети наиболее далек и отличен от ее современного состояния. Первое, на что стоит обратить внимание, – мотивы взломщиков: их целью было не получение выгоды от мошенничества, они, скорее, были своего рода «технофилами» и «телефоноголиками» – технически подкованными людьми, страдавшими зависимостью от общения по телефону.

Эти «исследователи» телефонной сети создавали самодельные электронные устройства, при помощи которых звонили бесплатно и получали доступ к существовавшей уже тогда экспериментальной базе данных телефонной системы. Они вышли на тестовые линии, которые использовали для проведения телефонных семинаров и конференций.

Во взломанных корпоративных системах голосовой почты существовало то, что сейчас мы можем назвать первыми «аудиоблогами» или «подкастами» [18]. Для того чтобы их послушать, нужно было после выхода на корпоративную линию (набора 1-800) ввести правильный добавочный номер. Как и в современных блогах, к «аудиопостам» того времени можно было оставлять комментарии, правда, только в виде голосовых сообщений. Создатели телефонных «аудиоблогов», как правило, отвечали своим слушателям в следующих выпусках.

Как и многие члены тематических сообществ социальных сетей, телефонные хакеры не ограничивались телефонным общением, они организовывали встречи в реальности (сегодня для обозначения встреч пользователей твиттера «в реале» появился даже специальный термин –tweetup) [19].

В онлайн оффлайновые сети переходили по мере распространения персональных компьютеров и модемов. Первый этап перехода логично связать с периодом широкого распространения электронных досок объявлений (англ. Bulletin Board Systems (Би-би-си)) (1979-1995) [20]. Это сайты, где можно было вывесить свое объявление и прочитать объявления других пользователей. На них существовали секции сообщений, где разворачивались дискуссии, была возможность скачивания файлов и даже онлайн игры – по

словам, они действительно имели много общего с современными соцсетями. Первый такой сайт появился в открытом доступе в 1979 году [21]. В этот же период появилась международная любительская компьютерная сеть «Фидонет» (FidoNet), которую тоже иногда называют первой соцсетью (кстати, в русской версии сама сеть именно так себя и позиционирует) [22]. Она была создана американским программистом Томом Дженнингсом в 1984 году [23] и служила для передачи сообщений с электронных досок объявлений друг на друга. Изначально он сделал ее для передачи сообщений со своей электронной доски на электронную доску своего друга, и структура сети была линейной: каждый узел связывался с другим напрямую. С ростом числа узлов структуру пришлось изменить на древовидную. Однако ее функционал оставался достаточно специфичен и ограничен: например, обмениваться почтой с другим узлом сети можно было только в специально отведенный для этого час ночью, когда стоимость телефонных звонков была ниже [24].

Следующим шагом социальной сети от истоков к современному состоянию было появление и распространение коммерческих онлайн сервисов в интернете (1979-2001) [25], которые принесли интерактивный и социальный интернет в массы. В США особенно большую роль в этом сыграл сервис «АОЛ» (AOL), выросший сначала в большой портал с различными форумами, почтой, онлайн играми, а затем в медиа-корпорацию [26]. В целом онлайн сервисы служили модерируемой площадкой для общения – в некоторых случаях даже в режиме реального времени (CompuServe.com предложил своим пользователям систему онлайн чатов в 1980 году) [27].

После появления всемирной паутины в 1991 году [28] первое время пользовалась популярностью система «Юзнет» (Usenet (от англ. User Network)) [29] – компьютерная сеть, используемая для общения и публикации файлов. Она появилась в 1980 году, т.е. до появления всемирной паутины, однако в сентябре 1993 года интернет провайдер «АОЛ» предоставил своим пользователям доступ к ней, [30] и она стала частью интернета и первой интернет-площадкой для дискуссий [31]. Однако вскоре и она, и электронные доски объявлений не смогли выдержать конкуренцию с набиравшими популярность форумами [32]. Параллельно с ними (год создания – 1988) [33] развивался IRC (англ. Internet Relay Chat) - протокол, позволявший общаться в онлайне в режиме реального времени - а затем (после запуска в 1996 году) [34] ICQ (от англ. I seek you – «я ищу тебя») и другие сервисы для обмена сообщениями. И в это же время стали появляться первые соцсети практически современного формата.

Социальные сети уже давно прошли первый этап своей эволюции, прочно заняв свое место в мировосприятии человека. «Сетевое» восприятие во многом повлияло на психологию человека, создав ряд устойчивых феноменов, ранее не известных, либо нераспространенных в психологии.

Подробно стоит остановиться на нескольких психологических особенностях, во многом изменивших восприятие социальных сетей. Наверное, каждый из нас носит «маску», отыгрывая, благодаря ее наличию, какие-либо социальные роли. Иными словами, человек стремится продемонстрировать те свои качества, которых на самом деле лишен. Так некомпетентный сотрудник стремится создать видимость специалиста, аполитичный партиец - видимость преданного идеям партии соратника, безразличная женщина - примеряет на себя

роль любящей супруги. В жизни все это происходит либо в рамках устоявшихся стереотипов поведения, либо с целью приобретения материальных выгод. На первый взгляд может показаться, что социальные сети должны быть свободны от масок - люди должны быть более открыты. Люди могут скрываться под чужими именами и фотографиями, зачастую заводят по несколько страниц и так далее. К примеру, в друзьях у человека могут числиться сотни пользователей, которых он никогда в жизни не видел и не знал. Эта тенденция негативно влияет на маркетинг в социальных сетях, так как для его эффективности требуется реальная информация о человеке.

Вторая тенденция - это возросшая готовность людей тратить деньги в социальных сетях. К примеру, оплата разного рода игровых приложений «ВКонтакте» - это лишь начало. В ближайшем будущем финансовые операции, производящиеся через социальные сети, должны стать ещё более крупными - через социальную сеть можно будет напрямую приобрести абсолютно всё, начиная от компакт-диска любимого музыкального исполнителя, заканчивая автомобилем. Маркетологи крупных компаний должны предвидеть это, разрабатывая новые, более эффективные способы повлиять на потребителя в социальной сети [4].

Третья, заслуживающая внимания тенденция - повышение информатизации социальных сетей. По сути, социальные сети стали совмещать в себе все основные виды коммуникации и подтипы сайтов. Так, социальная сеть «ВКонтакте» совместила в себе чат, микроблог, электронную почту, видеообменник, а также множество других функций. Пользователи положительно отнеслись к самой идее подобной интеграции, что сразу же отразилось на посещаемости профильных сайтов. К примеру, с введением функции чата на сайте «ВКонтакте» - сервис ICQ понес значимые потери из числа своих активных пользователей.

Исходя из выше написанного, спрогнозируем факторы, которые будут влиять на повышение аудитории социальных сетей.

Появление интегрированной интерактивной связи в социальных сетях. Развитие технологий потребует от социальных сетей быстрой модернизации: чтобы удержаться на вершине технологического прогресса социальным сетям придется быстро обновляться, интегрируя новые решения. В частности, можно привести в пример появление в «ВКонтакте» сервиса, позволяющего производить видеозвонки, по аналогии Skype.

Адаптация социальных сетей под сенсорные компьютеры и телефоны. Люди всё чаще посещают свой профиль в социальных сетях через мобильные устройства. Социальные сети должны различать, что человек находится онлайн не через компьютер, адаптируя интернет-страницу под то устройство, с которого человек находится в сети.

Ужесточение регистрационной политики. Эфемерность социальных сетей создает серьезные неудобства: искаженная информация, которую предоставляют пользователи, не дает в полной мере пользоваться возможностями таргетинговой рекламы. Различного рода экстремисты активно используют социальные сети для организации подрывной деятельности. В частности, переворот в Египте и погромы в Лондоне были во многом спровоцированы призывами, распространявшимися через социальные сети. Одним из требований к социальным сетям станет ужесточение политики регистрации.

Пока сложно однозначно представить, в какой форме это будет осуществлено - в любом случае, регистрация через предоставление телефонного номера, как это в данный момент происходит в социальной сети «ВКонтакте» - полумера. Не исключено, что в будущем регистрация может осуществляться через предоставление паспортных данных, либо в качестве личного кода будет использоваться отпечаток пальца (такая технология уже теперь активно используется на продвинутых ноутбуках). Всё это положительно повлияет на эффективность использования маркетинга в социальных сетях.

Возрастание экономической роли социальных сетей. Уже сейчас через социальные сети проходит значительный финансовый поток: это как использование условной внутренней валюты (голоса «ВКонтакте»), так и непосредственные доходы от продажи таргетинговой рекламы. В ближайшем будущем предполагается значительное увеличение экономической роли социальных сетей. В частности, может появиться способность создания магазинов в социальных сетях, через которые любой пользователь сможет приобрести заинтересовавший его товар. Вполне возможно, что через социальные сети будет возможно оплачивать коммунальные платежи, брать кредиты и прочее - т.е. произойдет интеграция официальных групп различных финансовых структур. Возрастут также возможности таргетинговой рекламы. Если сейчас можно выбирать пользователей живущих возле определенной станции метро, то в ближайшем будущем станет возможным ориентировать рекламу на различные поведенческие типы аудитории, определять интересы и предпочтения. В свою очередь, государственными структурами будут предприняты шаги для обеспечения контроля над финансовыми потоками, проходящими через социальные сети [1].

Литература

1. Ермолаев Ю. В. Некоторые проблемы технического образования // Современные наукоемкие технологии. – 2005. – №1. – С. 53-54.
2. Воробьева А. М. Модели продвижения образовательных услуг в системе интернет-маркетинга//Журнал СевКавГТИ. – 2012. – Вып. 12. – С. 57-62.
3. Лухменева Е. П., Калиева О. М. Особенности формирования и продвижения бренда вуза // Вестник ОГУ. – 2012. – №13 (149). – С. 228-231.
4. Бакланова Е. М. Эффективный маркетинг образовательных услуг в социальных сетях / Вопросы современной науки и практики. – 2011. – №3 (34). – С. 111-115.
5. Сайт «Бизнес и интернет» [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.bizhit.ru/index/users_count/0-151, свободный. – Загл. с экрана.
6. Менеджмент имиджа образовательного учреждения — [Электронный ресурс] // Некоммерческое партнерство гильдии маркетологов marketologi.ru. Режим доступа: http://www.marketologi.ru/publikatsii/stati/menedzhment-imidzha-obrazovatelnogo-uchrezhdenija/ (Дата обращения: 24.11.2014).
7. Халилов Д., Маркетинг в социальных сетях / М.: Манн, Иванов и Фербер, 2013. - 240 с.
8. Котлер Ф., Основы маркетинга. Краткий курс / М., 2012. - 496 с.

УДК 616.248-06:616.127-005.4

О. Ю. Махова, Д. Е. Миленин
ФГБОУ ВО Курский ГМУ Минздрава России, г. Курск, Россия
Научный руководитель: д.м.н., профессор Н. Н. Прибылова

ВЛИЯНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НА ТЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

В настоящее время растет удельный вес больных бронхиальной астмой (БА), которые страдают заболеваниями органов внелегочной сферы. Сопутствующие заболевания оказывают значимое влияние на течение БА. Это особенно важно по отношению к широко распространенным и социально значимым заболеваниям, к которым относятся в первую очередь заболевания сердечно-сосудистой системы.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является одним из наиболее распространенных и тяжелых заболеваний сердечно-сосудистой системы. Более 10 млн трудоспособного населения РФ страдает ИБС, ежегодно 2–3 % из них умирают.

Подобное сочетание заболеваний все чаще встречается в клинической практике, что обусловлено как повышением заболеваемости ИБС и БА, так и увеличением гериатрической популяции больных, у которых подобное сочетание весьма распространено.

Изучение вариантов сочетанной патологии может способствовать более глубокому пониманию патогенеза болезней и разработке патогенетически обоснованной терапии.

Цель исследования: изучить влияние ИБС на течение и степень тяжести БА.

Материалы и методы

Проанализированы данные 117 историй болезни больных БА находившихся на стационарном лечении в отделении пульмонологии БМУ КОКБ г. Курска за период с января 2017 г. по февраль 2018 г. Пациенты были разделены на две группы: 1 группа – больные с БА без ИБС (38 человек), 2 группа – БА в сочетании с ИБС (79 человек). Средний возраст пациентов составил 59,1±0,3 года. Большинство пациентов имели возраст старше 50 лет – 61 %, из них доля пациентов старше 60 лет составила 39,5 %.

При отборе больных учитывались критерии включения и исключения из исследования.

Критерии включения пациентов в исследование: верифицированный на момент включения в исследование диагноз БА, согласно критериям GINA [3]; сопутствующие заболевания, такие как ИБС, артериальная гипертензия (АГ), хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ).

Критерии исключения: несоответствие пациента критериям включения, наличие алкогольной и наркотической зависимости, клинически значимые соматические заболевания других органов, требующие фармакологической коррекции.

Использованы данные инструментального и лабораторного обследования, включающие исследование функции вентиляции легких с помощью спирометрии, определение объема форсированного выдоха за 1-ю секунду, индекса Тиффно, пикфлоуметрии, ЭКГ, ЭхоКГ.

Статистическая обработка результатов была проведена с помощью программы Statistica-6,1 forWindows.

Результаты и обсуждение

У пациентов, имеющих ИБС, наиболее часто длительность течения БА составляла 7-10 лет. По формам БА, согласно МКБ-Х, при сопутствующей ИБС у 100 % преобладала смешанная форма БА, что свидетельствует о преобладании триггеров неаллергенной природы. Большинство больных с сочетанием БА и ИБС имели группу инвалидности (58,3 %).

Распределение по основным нозологическим формам было следующим: ИБС: стенокардия, зарегистрирована у 84,8 % больных; ИБС: инфаркт миокарда — у 6 %; ИБС: нарушение ритма — у 20 %; гипертоническая болезнь — у 77,7 %; хроническая сердечная недостаточность (ХСН) диагностирована у 51,5 %. Наиболее часто встречалась комбинация - ГБ, ИБС и ХСН — у 34,6 % больных.

По стадиям гипертонической болезни пациенты распределились следующим образом: I степень — у 12,8 %, II степень — у 58,4 % и III степень — у 28,8 %. Проявления ХСН по классификации NYHA диагностированы у 12 % — I степени, II степени у — 71,6 %, III степени — у 16,4 %, IV степень - 0.

В обеих группах проводилось цитологическое исследование индуцированной мокроты, различия недостоверны: альвеолярные макрофаги 1 группа – 48,6±2,8 %, 2 группа – 48,9 ±3,2 %; нейтрофилы 42,3±3,8 % и 43,6±3,9 %, соответственно; эозинофилы 7,1±0,4 % и 6,8±0,2 %; лимфоциты 2,0±0,3 % и 3,1±0,4 %. Цитологический состав мокроты в большей мере отражает степень выраженности воспаления в респираторном тракте.

Данные полученные при проведении спирометрии представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Показатели ФВД у пациентов с БА без ИБС и БА в сочетании с ИБС

Показатели ФВД в % от должного	БА, n=38	БА и ИБС, n=79
ЖЕЛ	77,3±5,5	62,2±1,8
ОФВ1	67,2±4,8	56,2±3,9
ОФВ1/ЖЕЛ	94,4±3,2	88,6±5,4
Примечание: * - различие между группами статистически значимо ($p<0,05$)		

Основные показатели ФВД в группе БА и ИБС достоверно хуже, чем в группе без ИБС. Данные нарушения ФВД мы можем трактовать как смешанные с преобладанием обструкции.

При проведении ЭКГ у больных с БА и ИБС средняя ЧСС (76,27±1,49 ударов в минуту), достоверно выше, чем в группе с БА без ИБС (68,31±2,40 ударов в минуту), что связано с гипоксическим состоянием при обострении БА, также влиянием базисной терапии БА. Во 2 группе достоверно чаще фиксировались наджелудочковые нарушения ритма сердца ($p<0,05$) по сравнению с 1 группой.

При изучении осложнений БА выяснилось, что наиболее часто встречаемым осложнением была эмфизема легких — 80 %, пневмосклероз –27,6 %, хроническое легочное

сердце (ХЛС) - в 6,9 %, астматический статус – 3 %. ХЛС у больных БА можно объяснить наличием оверлап-синдрома, сопутствующей хронической обструктивной болезни легких.

Анализ списка лекарственных препаратов, назначаемых пациентам с БА, показал, что 88,4 % больных получали базисную противовоспалительную терапию астмы и только 11,6 % - симптоматическое лечение: β_2-агонисты короткого действия или эуфиллин, что недопустимо, так как эти препараты не только не оказывают противовоспалительного действия, но и у лиц с сочетанием ИБС оказывают выраженный кардиотоксический эффект. Назначение β_2-агонистов короткого действия должно быть только по потребности. Анализ показал, что 43 % пациентов получали фиксированные комбинации ИГКС и β_2-агонистов длительного действия (серетид или симбикорт). 15 % лиц принимали системные глюкокортикостероиды, что тоже нежелательно, так как они вызывают побочные эффекты со стороны сердечно-сосудистой системы (аритмии, брадикардия; усиление выраженности сердечной недостаточности; изменения на электрокардиограмме; повышение артериального давления; гиперкоагуляция, тромбозы).

В результате анализа терапии ИБС у больных в сочетании с БА были получены следующие данные: 13,8 % пациентов получали β-адреноблокаторы, которые будучи средством выбора при лечении ИБС противопоказаны при астме. Блокаторы медленных кальциевых каналов (верапамил, дилтиазем) получали 30,7 % лиц, блокаторы If-каналов (ивабрадин) только 13,8 %. Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ) - 6,9 %, которые могут вызывать сухой кашель. Диуретики принимали 23 %, что было связано с наличием ХСН. Назначались антагонисты кальция – 46 %; сартаны – 60 %; нитраты — 8 %; антиагреганты, в первую очередь ацетилсалициловая кислота (кардиомагнил), прием которой мог привести к обострению БА - 48,4 %; антикоагулянты – 11,5 %, сердечные гликозиды – 3 %, блокаторы К-каналов (кордарон) — 8,5 %.

Заключение

Полученные результаты анализа подтверждают, что пациенты, страдающие сочетанной патологией заболеваний ИБС и БА, имеют более тяжелое течение астмы. Базисная терапия БА в большинстве случаев соответствовала степени тяжести астмы и рекомендациям GINA. Наличие БА и заболеваний ССС требует назначения не только терапии астмы, но и регулярное мониторирование и лечение кардиальной патологии препаратами, не вызывающие бронхоспазм и кашель.

Литература

1. Легочная гипертензия и диастолическая дисфункция сердца у больных бронхиальной астмой и ХОБЛ пожилого возраста / С. А. Прибылов, Б. Д. Жидких, О. Ю. Прусакова, А. Мустак // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2009. – № 4. – С. 80–89.
2. Прибылов С. А., Прибылова Н. Н., Махова О. Ю., Барбашина Т. А., Красовская А. О. Антигипертензивная терапия у больных с сочетанием гипертонической болезни и бронхиальной астмы. Артериальная гипертензия. 2016. – 22 (3). – 274-281.

3. Прибылов С. А., Прибылова Н. Н., Махова О. Ю., Барбашина Т. А., Самосудова Л. В. Современный подход к оценке контроля и терапии различных фенотипов бронхиальной астмы по данным показателей эндотелиальной дисфункции // Архивъ внутренней медицины. - 2017. - №1. - С. 35-40.
4. Прибылов С. А., Самосудова Л. В., Прибылова Н. Н., Махова О. Ю. Фенотипическая гетерогенность тяжелой бронхиальной астмы и анализ ее лечения в Курской области // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2016. - №3. – С. 33-39.
5. Прусакова О. Ю. Коррекция эндотелиальной дисфункции, легочной гипертензии у больных с артериальной гипертонией в сочетании с бронхиальной астмой [Internet]. Современные проблемы науки и образования. 2011;6. URL: http://www.science-education.ru/100–4957.
6. Global Initiative for asthma. NHLB/WHO Workshop Report. National Heart Lung Blood Institute, updated 2016//www.ginasthma.org. Доступ 11.07.2016.

УДК 611.94+611.95+611.1

Д. С. Медведева, А. М. Оверченко, А. С. Сорокопудова,
2 курс, педиатрический факультет; В. М. Калиниченко
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра анатомии
Научный руководитель: к.м.н., доцент В. М. Калиниченко

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ИЗМЕНЧИВОСТЬ КРОВОСНАБЖЕНИЯ НЕКОТОРЫХ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ

Цель исследования: изучить индивидуальные особенности строения и топографии сосудов органов грудной и брюшной полостей.

Материалы и методы

Исследование проведено на органокомплексе грудной и брюшной полостей трупа женского пола в возрасте 78 лет без признаков патологий и оперативных вмешательств методами анатомического препарирования сосудов и органов, их морфометрии, последовательного фотографирования.

Результаты и обсуждение

Правая венечная артерия располагается в венечной борозде, идет сверху-вниз из-за увеличенных размеров правого ушка (6×6см), огибает его, и переходит на диафрагмальную поверхность. Правая краевая ветвь проходит по передней стенке артериального конуса, а не по правому краю сердца, как это описано в одной из монографий [3].

Задняя межжелудочковая ветвь направляется в задней межжелудочковой борозде на диафрагмальной поверхности сердца, где образует анастомоз с передней межжелудочковой ветвью левой венечной артерии. Анастомоз локализуется не в области верхушки сердца [4, 5, 6], а на 2 см правее ее.
В ходе работы было выявлено, что на данном препарате отсутствует задняя вена левого желудочка, что встречается в 22,7 % наблюдений [3].
По распределению ветвей коронарных артерий на поверхности сердца было выявлено, что для исследуемого органа характерна равномерная форма кровоснабжения, при которой обе венечные артерии имеют примерно одинаковые территории распространения, что наблюдается наиболее часто; правовенечная форма встречается в 5 %, а левовенечная – в 10 % исследований [3].

Ветви брюшной части аорты. Чревный ствол располагается позади тела поджелудочной железы, и для его нахождения часть тела железы была резецирована. Это является особенностью данного препарата, т. к. по данным учебной литературы, чревный ствол располагается над верхним краем тела поджелудочной железы [1, 4, 5, 6]. Ветви чревного ствола:

1. Общая печеночная артерия отходит от чревного ствола, идет вправо вдоль верхнего края поджелудочной железы и делится на собственную печеночную и желудочно-двенадцатиперстную артерии. Желудочно-двенадцатиперстная артерия делится на правую желудочно-сальниковую и верхнюю поджелудочно-двенадцатиперстную

артерии позади нисходящей части двенадцатиперстной кишки, а не позади пилорической части желудка [5].

2. Селезеночная артерия проходит не по верхнему краю тела поджелудочной железы и выше одноименной вены, как это описано и изображено в учебной литературе [1 ,4, 5, 6], а погружается в ее толщу, где, извиваясь, образует две петли. У ворот селезенки селезеночная артерия делится на три селезеночные ветви. Близ разделения на эти конечные ветви селезеночная артерия отдает левую желудочно-сальниковую артерию. Селезеночная вена проходит позади тела поджелудочной железы и выше селезеночной артерии.
   Ветви верхней брыжеечной артерии. Правая ободочная артерия отходит от верхней брыжеечной артерии на 1 см выше подвздошно-ободочной артерии, направляется вправо и вверх, к границе между верхней и средней третями восходящей ободочной кишки. Не доходя до края кишки 4 см, делится на нисходящую и восходящую ветви. Нисходящая ветвь анастомозирует с ободочной ветвью подвздошно-ободочной артерии. Восходящая ветвь направляется в область печеночного изгиба ободочной кишки и анастомозирует с правой ветвью средней ободочной артерии. На исследуемом препарате выявлена особенность средней ободочной артерии. Она отходит не от верхней брыжеечной артерии, а от правой ободочной артерии. Средняя ободочная артерия делится на правую ветвь, которая анастомозирует с восходящей ветвью правой ободочной артерией, и левую ветвь, образующую в области селезеночного изгиба ободочной кишки анастомоз (риоланову дугу) с восходящей ветвью левой ободочной артерии (из нижней брыжеечной артерии).
   В настоящее время вместо авторского названия (эпонима) «риоланова дуга» в МАТ [2] введен термин «A. marginalis coli – краевая артерия ободочной кишки».

Правая и левая почечные ножки. В левой почечной ножке сосуды имеют классическое расположение. Левая почечная артерия идет от аорты к почке не горизонтально, а вниз и латерально, образуя несколько изгибов, и входит в ворота почки, не разделяясь на переднюю и заднюю ветви.
В правой почечной ножке поверхностно залегает артерия, за ней – вена, глубже – мочеточник. Правая почечная артерия, не доходя до ворот почки, делится на заднюю ветвь и переднюю, от которой отходит также дополнительная ветвь к нижнему полюсу почки. Не только передняя, но и задняя ветви, войдя в ворота, располагаются впереди почечной лоханки, что является редким вариантом топографии. Из правой почки выходят две почечные вены: верхняя и нижняя. Верхняя почечная вена идет горизонтально и под прямым углом впадает в нижнюю полую вену. Нижняя почечная вена идет вверх и медиально и впадает в нижнюю полую вену под острым углом.

Нижняя брыжеечная артерия. Нижняя брыжеечная артерия имеет диаметр 4мм, отходит от брюшной части аорты и идет влево и вниз. Отдает тонкую, диаметром 2 мм, левую ободочную артерию, которая имеет необычный ход. Артерия направляется к нисходящей ободочной кишке не горизонтально, а делает дугу, изгибаясь сначала влево, а потом вверх. Следует вверх параллельно брюшной аорте, в области селезеночного изгиба

ободочной кишки разделяясь на восходящую и нисходящую ветви. Восходящая ветвь имеет больший диаметр, что свидетельствует о том, что она преобладает в образовании риолановой дуги. Нисходящая ветвь направляется к середине нисходящей ободочной кишки и анастомозирует с сигмовидной артерией.

Заключение

Строение каждого человека индивидуально и вариабельно, что важно и необходимо учитывать в нашей дальнейшей учебной и медицинской деятельности.

Литература

1. Золотко Ю. Л. Атлас топографической анатомии человека. Часть II. Грудь, живот, таз/ Ю. Л. Золотко. – М.: Медицина, 1967.
2. Международная анатомическая терминология / Под ред. Л. Л. Колесникова – М.: Медицина, 2003.
3. Михайлов С. С. Клиническая анатомия сердца – М.: Медицина, 1987.
4. Привес М. Г., Лысенков Н. К., Бушкович В. И., Анатомия человека. Учебник / М. Г. Привес, Н. К. Лысенков, В. И. Бушкович. – 12-е изд. – Санкт-Петербург: СПбМАПО, 2017.
5. Сапин М. Р., Билич Г. Л. Анатомия человека. Учебник. В 3-х томах. Том 2. – 3-е изд., испр. и доп. / М. Р. Сапин, Г. Л. Билич – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
6. Синельников Р. Д., Синельников Я. Р., Синельников А. Я. Атлас анатомии человека. В 4-х томах. Том третий: Учение о сосудах и лимфоидных органах / Р. Д. Синельников, Я. Р. Синельников, А. Я. Синельников. – 7-е изд., испр. и доп. – М.: Новая волна, 2017.

УДК 616.61

Е. С. Медведева, 5 курс, лечебный факультет
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра госпитальной терапии и профессиональных болезней
Научный руководитель: д.м.н., доцент О. Б. Поселюгина

ИНФЕКЦИЯ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ТАЗОВЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

В последнее время отмечен рост инфекций мочевыводящих путей (ИМВП). Так, по данным Европейской ассоциации урологов, ИМВП являются причиной более 100 тыс. госпитализаций в год, преимущественно по поводу пиелонефрита. На их долю также приходится как минимум 40 % от всех нозокомиальных инфекций [1]. Особую группу представляют пациенты, имеющие при этом еще и тазовые расстройства [1]. Частота эпизодов ИМВП у одного пациента с позвоночно-спинномозговой травмой (ПСМТ) составляет 2,5 эпизода в год [2]. В течение 1-го года после ПСМТ встречаемость ИМВП составляет от 20 до 36 %, а частота обусловленных ею госпитализаций достигает 6,5 % случаев [3].

Цель исследования: изучить особенности диагностики и лечения ИМВП у пациентов с тазовыми расстройствами.

Материалы и методы

Произведен обзор имеющейся научно-медицинской литературы по теме исследования.

Результаты и обсуждение

Под тазовыми расстройствами понимают синдром нарушения функций тазовых органов, что проявляется в виде нарушения мочеиспускания, дефекации и эрекции [4]. Применительно к нашей теме, интерес представляет расстройство мочеиспускания. Различают нарушения по центральному типу (к ним относится острая задержка мочи и императивные позывы на мочеиспускание), и по периферическому типу (к ним относятся истинное и парадоксальное недержание мочи, нейрогенный мочевой пузырь). К развитию ИМВП может привести любой из перечисленных выше вариантов патологии, поскольку работают такие факторы патогенеза, как повышение внутрипузырного давления, пузырно-мочеточниковый рефлюкс и неполное опорожнение, уростаз [4, 5].

ИМВП, в соответствии с Европейской ассоциацией урологов, разделяются на неосложненные и осложненные [1].

У пациентов с тазовыми расстройствами чаще всего встречается осложненная ИМВП, возбудителями которой являются семейства Энтеробактерий (E. coli – 50 %; Enterobacter spp., Proteus vulgaris, Klebsiella spp. – 19 %; P. aeruginosa - 8,7-15 %) и Микрококков (Enterococcu sfaecalis, S.epidermidis, S. saprophyticus, S. aureus).

Среди факторов риска (ФР), обусловливающих развитие осложненной ИМВП, можно выделить наличие постоянного катетера или стента, объем остаточной мочи более 100 мл, обструктивную уропатию любой этиологии, в т.ч. нейрогенный мочевой пузырь, пузырно-

мочеточниковый рефлюкс (ПМР) или другие функциональные нарушения уродинамики, сахарный диабет, иммунодефициты, химические и лучевые поражения уроэпителия.

При лабораторной диагностике ИМВП у пациентов с тазовыми расстройствами большое значение имеет культуральное исследование мочи, при которой значимой бактериурией считается обнаружение уропатогена в концентрации более 10^4 КОЭ/мл. При отсутствии клинических симптомов, значимым считается обнаружение уропатогена в концентрации $>10^5$ КОЭ/мл при исследовании 2-х последовательно взятых образцов (с интервалом не менее 24 часа).

Диагноз устанавливается на основании положительного культурального исследования мочи и наличия 1 и более ФР. При наличии некоррегируемых или неполностью устранимых ФР прогноз значительно ухудшается.

Таким образом, у пациентов с тазовыми расстройствами имеются все предпосылки для развития осложненной ИМВП с модифицируемыми и неполностью устранимыми ФР. Прогноз течения ИМВП у таких пациентов неблагоприятен. ИМВП может отрицательно влиять на исход основного заболевания.

В качестве подтверждения, необходимо привести данные клинического исследования «Гендерные и прогностические особенности распространенности инфекции мочевыводящих путей у больных мозговым инсультом», выполненногоТ. Н. Хайбуллиным, Р. М. Бикбаевым, А. И. Хайбуллиной, А. К. Тусупбековой [2]. В ходе данной работы были сделаны выводы о том, что среди больных с ИМВП, независимо от типа инсульта, доминируют женщины. У мужчин ИМВП оказывает неблагоприятное влияние преимущественно на исход инфаркта мозга [2].

Лечение осложненной ИМВП включает в себя целый комплекс мероприятий [1]. Первоначально необходимо обеспечить адекватное дренирование мочевого пузыря для защиты МВП. При необходимости проводится консервативная или хирургическая коррекция у пациентов с нейрогенным мочевым пузырем [5].

При наличии бессимптомной бактериурии, в настоящее время лечение пациентов с тазовыми расстройствами не рекомендуется [6]. Однако, последняя у такой группы больных встречается лишь в 50 % случаев. Смена парадигмы в сторону нелечения бессимптомной бактериурии обусловлена тем, что антибактериальная терапия не снижает частоту ИМВП, не дает никаких краткосрочных и долгосрочных преимуществ, однако, реинфекция после терапии учащается и ассоциируется с ростом антибиотикорезистентности микробов.

При наличии клинических проявлений в настоящее время разработаны режимы стартовой эмпирической антимикробной терапии (фторхинолоны, ингибитор-защищенные пенициллины) и эмпирической терапии, при неэффективности стартовой или тяжелых инфекциях (фторхинолоны, если не использовались при стартовой; ингибиторозащищенный уреидопенициллин; карбапенем). Длительность терапии в настоящее время составляет 7-10 дней.

При лечении госпитальной ИМВП необходимо делать посев на чувствительность к антибиотикам, для своевременной коррекции антимикробной терапии. Однако в качестве эмпирической могут быть использованы аминопенициллины с ингибиторами бета-лактамаз, цефалоспорины 2-го и 3-го поколения. При наличии микст-инфекции - цефалоспорины 3-4-

го поколения, современные фторхинолоны и карбепенемы, либо используется их комбинация с аминогликозидом.

Многочисленные проведенные исследования демонстрируют важность систематического мониторинга антибиотикочувствительности микроорганизмов, выделяемых в каждом стационаре, для выработки режимов этиотропной терапии [1] .

Таким образом, ИМВП у пациентов с тазовыми расстройствами представляют собой важную медицинскую проблему, требующую постоянного врачебного контроля.

Выводы

1. ИМВП является одним из наиболее частых урологических осложнений среди пациентов с тазовыми расстройствами.
2. Пациенты с тазовыми расстройствами наиболее часто подвержены развитию осложненной инфекции мочевыводящих путей.
3. Воспалительный процесс в мочевых путях не всегда возможно эффективно купировать, поскольку современная флора очень устойчива к антибактериальным препаратам. В связи с этим лечение ИМВП требует грамотного выбора антибактериального препарата с использованием региональных реестров по выбору антимикробной терапии.

Литература

1. Grabe M., Bjerklund-Johansen T. E., Botto H., Wullt B., Cek M, Naber K. G., Pickard R. S., Tenke P., Wagenlehner F. Members of the Urinary Tract Infection (UTI) Working Group of the Health Care Office of the European Association of Urology (EAU). EAU guidelines for the management of urinary and male genital tract infections. – 2011. - 115.
2. Хайбуллин Т. Н., Бикбаев Р. М,. Хайбуллина А. И, Тусупбекова А. К. Гендерные и прогностические особенности распространенности инфекции мочевыводящих путей у больных мозговым инсультом. Нейрохирургия и неврология Казахстана. – 2010. - №3 (20). - 12.
3. Салюков Р. В., Колмаков А. С., Мартов А. Г. Инфекция мочевыводящих путей у больных с позвоночно-спинномозговой травмой: обзор литературы. Consilium Medicum. – 2016. – 7. – С. 60-65.
4. Герасимова М. М. Нервные болезни : Учебник для студентов мед.вузов и врачей-неврологов – 2-е изд., доп . – Тверь: ТРИАДА, 2003. – 512 с.
5. Stöhrer M., Blok B., Castro-Diaz D., Chartier-Kastler E., Popolo G., Kramer G., Pannek J., Radziszewski P., Wyndaele J. J. EAU Guidelines on Neurogenic Lower Urinary Tract Dysfunction. European Urology 2009 July: 56, Issue 1, 81–88.
6. Захарова И. Н., Османов И. М., Мумладзе Э. Б., Мачнева Е. Б., Тамбиев Е. В., Бекмурзаева Г. Б. Бессимптомная бактериурия. Смена общепринятого взгляда. Медицинский совет. – 2017. - С. 162-167.
7. Nicolle L. E. The Paradigm Shift to Non-Treatment of Asymptomatic Bacteriuria. – Pathogens. – 2016. - 5(2): E38.

8. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2004 г. // Здравоохр. РФ 2006; 4:3—32.

УДК 613.96:613.2.03

Л. М. Минасян, Т. И. Кудряшова, 3 курс, лечебный факультет; А. Э. Акайзина
ФГБОУ ВО Ивановская ГМА Минздрава России, г. Иваново, Россия,
Кафедра гигиены
Научный руководитель: к.м.н., старший преподаватель А. Э. Акайзина

АНАЛИЗ УСРЕДНЕННЫХ СУТОЧНЫХ РАЦИОНОВ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Интенсивный темп современной жизни, дефицит времени, некомпетентность в вопросах культуры потребления пищи приводят к неразборчивости молодых людей при выборе продуктов питания для своего ежедневного рациона. Нерациональное питание – это фактор риска ожирения, заболеваний сердечно-сосудистой системы, сахарного диабета. Предотвратить их возникновение и развитие возможно, ведя здоровый образ жизни и, в первую очередь, правильно питаясь.

Цель исследования: проанализировать усредненные суточные рационы питания студентов, обучающихся в медицинском вузе.

Материалы и методы

В ходе исследования было проведено анкетирование 100 студентов 19-21 года, обучающихся в Ивановской государственной медицинской академии (ИвГМА), включавшее стандартную информацию о поле, росте и массе тела опрошенных, вопросы о продуктах и блюдах, которыми они питаются в течение дня, их объеме и количестве, времени употребления и распределении по приемам пищи. Проведен расчет индекса массы тела (ИМТ) по стандартной формуле с интерпретацией результатов: 16 кг/м^2 и менее – наличие выраженного дефицита массы тела, 16 – 18,5 кг/м^2 – недостаточность массы тела, 18,5 – 24,9 кг/м^2 – нормативное значение, 25 – 30 кг/м^2 – избыточная масса тела, 30-35 кг/м^2 – ожирение первой степени, 35-40 кг/м^2 - ожирение второй степени, 40 кг/м^2 и более – ожирение третьей степени. На основании информации об особенностях потребления пищи были составлены индивидуальные усредненные рационы питания с расчетом суточной калорийности, кратности приемов пищи, количества белков, жиров, углеводов и их сбалансированности. Для этого использовали справочник химического состава пищевых продуктов. Сравнивали фактическую калорийность рационов и их качественный состав с Нормами физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах. Режим питания, сбалансированность, нутриентный состав, энергетическую ценность оценивали на соответствие критериям физиологической полноценности. Полученные данные обрабатывали статистически с помощью пакета программ MS Office 2007 и BioStat 2008 5.8.4.3.

Результаты и обсуждение

Подготовительный этап исследования включал оценку индекса массы тела молодых людей и девушек 19-21 года, обучающихся в ИвГМА, в ходе которой было выявлено, что нормальное значение веса наблюдалось у 89 % опрошенных (ИМТ = 18,5-24,9 кг/м^2), избыточный – у 8 % (ИМТ = 25-30 кг/м^2), недостаточность массы тела – у 3% (ИМТ= 16-18,5 кг/м^2). В ходе основного этапа было проанализированы студенческие усредненные рационы

в количестве 100 штук. Суточная калорийность питания превышала нормативное значение в 24 %, была снижена в 63 % и соответствовала нормам физиологических потребностей в энергии в 13 % случаев. Сравнивая результаты, полученные при подсчете ИМТ и суточную калорийность усредненных рационов студентов, можно сказать, что в данном случае влияние калорийности на значение массы тела незначительно. Содержание белка было повышено в 37 % рационов, понижено – в 45 %, соответствовало гигиеническим нормативам в 18 %. Количество жиров было повышено в 45 % случаев, понижено - в 41 %, соответствовало нормативному значению в 14 %. Содержание углеводов было повышено в 29 %, снижено - в 64 %, в 7 % рационов соответствовало физиологическому нормативу. В 25 % случаев сбалансированность по основным нутриентам соответствовала нормальному значению. В 75 % рационов были выявлены отклонения от гигиенического норматива: в 18 % - повышены жиры, в 8 % - белки, в 17 % - снижены углеводы, в 9,5 % – белки, в 13 % - повышены жиры и снижены белки, в 14 % - снижены жиры и углеводы, в 11 % - повышены углеводы и понижены белки. По результатам анкетирования студенты принимали пищу от 3 до 5 раз в день, что соответствует критериям физиологической полноценности. Энергетическая ценность завтрака была превышена в 21 % рационов, снижена - в 52 %, соответствовала норме - в 27 %. Калорийность обеда была превышена в 25 % случаев, снижена - в 5 1%, соответствовала нормативному значению - в 24 %. В 50 % рационов калорийность ужина была повышена, в 18 % - снижена, у трети опрошенных соответствовала гигиеническим нормативам. 85 % опрошенных предпочитают на завтрак геркулес, из них 33 студента употребляют безмолочную кашу, а 52 - молочную. На обед 56 % опрошенных предпочитают картофель в виде различных гарниров, 47 % - курицу в качестве основного блюда. На основе полученных данных, можно предположить, что студенты склоняются к приготовлению блюд, которые требуют меньше временных затрат. На ужин 35 % студентов употребляют творог, 24 % - фрукты: яблоки, бананы, виноград. В 66 % случаев на второй ужин опрошенные предпочитают питьевые йогурты промышленного производств. Студенты не задумываются о своем питании и вместо употребления свежих фруктов и овощей, предпочитают в качестве перекуса печенье, что составляет 41 %. 27 % студентов питаются макаронными изделиями, которые готовятся достаточно просто: 13 человек употребляют их на обед, 14 - на ужин. Двое из опрошенных регулярно питаются фастфудом. Лишь 37 % употребляют в пищу свежие фрукты каждый день, а свежие овощи – 18 %.

Выводы

1. Количественная полноценность усредненных рационов у 87 % студентов не соответствует критериям физиологической полноценности.
2. Режим питания при соблюдении кратности не соответствует адекватному распределение суточной калорийности по приемам пищи.
3. Сбалансированность питания у 75 % студентов не соответствует нормам физиологической потребности.
4. Содержание белков, жиров и углеводов не соответствует критериям качественной полноценности в 82 %, 86 % и 93 %.
5. В рационах студентов понижено употребление свежих фруктов и овощей, присутствуют продукты фастфуда и макаронные изделия, преимущественно в

вечернее время, отсутствуют мясо и рыба, повышено содержание картофеля и простых углеводов.

Литература

1. Богомолов А. Е., Зайков С. В. Влияние здорового образа жизни на иммунитет: миф или реальность?// Клиническая иммунология. Аллергология. Инфектология. – 2013. – №2 (61). – С. 43-48.
2. Егорычева, Д. В. Изменение энергетической ценности рационов питания студентов под влиянием продуктов фастфуд индустрии/ Д. В. Егорычева, А. Р. Бочкова, А. Э. Акайзина// Молодежь, наука, медицина: материалы 63-й Всероссийской межвузовской студенческой научной конференции с международным участием. – Тверь: Редакционно-издательский центр Тверского государственного медицинского университета, 2017. – С. 316-319.
3. Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации: методические рекомендации от 18 декабря 2008 г.№ 2.3.1.2432//Роспотребнадзор. – 2008. – 18 декабря.
4. Петров В. И. Рациональное питание как основа качества жизни человека/ Петров В.И. – Москва. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 250 с.
5. Скурихин, И. М. Таблицы химического состава и калорийности российских продуктов питания: справочник / И. М. Скурихин, В. А. Тутельян. – М.: ДеЛи принт, 2007. – 275с.

УДК 616.379-008.64

Е. Е. Миронова, 1 курс, магистратура
УО Витебский ГУ им. П. М. Машерова, г. Витебск, Беларусь
Кафедра анатомии и физиологии
Научный руководитель: к.б.н., доцент Г. А. Захарова

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА ИНСУЛИНОМ «БЕРЛИНСУЛИН Н БАЗАЛ»

Сахарный диабет (СД) занимает одно из ведущих мест по распространенности среди заболеваний. Ежегодно число больных СД увеличивается на 6-10 %. В основе развития СД лежит недостаточность гормона поджелудочной железы – инсулина. Важнейшей задачей инсулина является регулирование обмена углеводов за счет воздействия на инсулинозависимые ткани организма [1, 3]. Инсулин в организме нужен, для того чтобы обеспечить постоянство уровня сахара в крови.

СД, если его не лечить, приводит к развитию различных осложнений в организме человека. В лечении СД 1 типа применяются разные виды инсулина. Актуальным является выбор инсулинового препарата при лечении. Все имеющиеся инсулиновые препараты, в зависимости от времени действия и наступления терапевтического эффекта, делятся на виды: ультракороткие, короткие, средние, длинные. Для исследования свой выбор мы остановили на человеческом полусинтетическом инсулине – «Берлинсулин Н Базал», со средней продолжительностью действия [1].

Цель исследования: обосновать целесообразность лечения пациентов с СД 1 типа инсулином со средней продолжительностью действия – «Берлинсулин Н Базал».

Материалы и методы

Объектом исследования стали пациенты с СД 1 типа, которые обслуживаются в Учреждении здравоохранения «Витебская городская поликлиника № 6». Для исследования выбраны 12 пациентов с впервые выявленным СД 1 типа, которые стали на учет в поликлинике у врача эндокринолога в период с октября по декабрь 2016 года. Возраст пациентов 21-35 лет. Из них 7 женщин и 5 мужчин. Показатели артериального давления у пациентов в пределах нормы: от 110/60 до 130/90 мм рт. ст. Пациенты не состоят на учете с хроническими заболеваниями у других специалистов.

После установления диагноза пациентам назначался инсулин Берлинсулин Н Базал. Количественное определение глюкозы в крови проводилось натощак с 7:30 до 10:00 в клинико-диагностической лаборатории УЗ «Витебская поликлиника № 6». Уровень глюкозы в крови определялся методом количественного определения глюкозы в биологических жидкостях ферментативным методом на фотометре автоматизированном РА 2600 SOLAR. Концентрация глюкозы измерялась в ммоль/л.

Глюкоза окисляется в присутствии глюкозооксидазы в глюконолактон и перекись водорода. Образовавшаяся перекись водорода под действием пероксидазы окисляет субстрат с образованием окрашенного продукта, концентрация которого определяется фотометрически [2, 4].

Обработка полученных данных проводилась при помощи пакета анализа данных в MS Excel.

Результаты и обсуждение

Для определения эффективности лечения инсулином у пациентов, страдающих СД 1 типа, были проведены определения уровня глюкозы в капиллярной крови в начале заболевания, до лечения инсулином и во время лечения. Данные результатов представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Показатели глюкозы в капиллярной крови, ммоль/л

№	Показатели натощак в начале заболевания до лечения, 2016 год	Показатели во время лечения инсулином «Берлинсулин Н Базал», 2017 год
1	10,3	7,8
2	7,6	6
3	8,1	6,1
4	6,9	5,7
5	7,9	7,1
6	6,7	5,9
7	7,1	6,8
8	6,8	5,6
9	11,5	7,9
10	9,3	7,1
11	10,5	6,9
12	8,6	6,2

Для оценки эффективности действия инсулина был определен парный t-критерий Стьюдента - 5,788; p=0,05.

Сравним полученное значение t-критерия Стьюдента 5,788 с табличным значением, которое при числе степеней свободы f равном 12 - 1 = 11 и уровне значимости p=0,05 составляет 2,201. Так как полученное значение больше критического, то можно сказать о наличии статистически значимых различий содержания глюкозы в капиллярной крови до лечения и во время лечения инсулином «Берлинсулин Н Базал».

Анализ результатов свидетельствует о том, что показатели глюкозы в капиллярной крови во время лечения снижаются. Уменьшение концентрации глюкозы в крови при применении инсулина благоприятно влияет на организм и снижает риск развития осложнений.

Заключение

Исходя из полученных в ходе проведенного исследования данных, можно сделать вывод о целесообразности лечения пациентов с СД 1 типа полусинтетическим инсулином средней продолжительности действия – «Берлинсулин Н Базал».

Литература

1. Бондарь, Т. П. Лабораторно-клиническая диагностика сахарного диабета и его осложнений / Т. П. Бондарь, Г. И. Козинец. – М.: Медицинское информационное агентство, 2003.
2. Голивец, Т. П. Сахарный диабет. Этиология, патогенез, диагностика, лечение / Т. П. Голивец. – Белгород: БелГУ, 2008.
3. Камышников, В. С. Клинико-биохимическая лабораторная диагностика / В. С. Камышников. – Интерпресссервис. Экоперспектива, 2003.
4. Князев, Ю. А. Сахарный диабет / Ю. А. Князев, И. И. Никберг. - М.: Медицина, 2009.
5. Чиркин, А. А. Биохимия: учебное руководство / А. А. Чиркин. - Витебск: Медицинская литература, 2010.

УДК 617.753.2-057.875

А. М. Митрофанов, П. К. Носенко, 3 курс, лечебный факультет, Е. В. Алеева
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра гигиены и экологии
Научный руководитель: старший преподаватель Е. В. Алеева

ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ НА ПРОГРЕССИРОВАНИЕ МИОПИИ У СТУДЕНТОВ ЗА ГОД ОБУЧЕНИЯ В УНИВЕРСИТЕТЕ

Миопия (близорукость) – самая распространенная аномалия рефракции, при которой нарушаются зрительные функции. По статистике почти каждый третий человек страдает миопией одного глаза или обоих. Есть несколько причин, которые могут вызывать такое нарушение зрения. Одной из причин может быть наследственность; если у родителей наблюдается близорукость, то и у ребенка большая вероятность ее развития. Зрительные нагрузки студентов тоже являются причиной появления близорукости. Очень часто она развивается именно в период обучения в ВУЗе, когда нагрузка на зрение максимальная, когда приходится много времени уделять занятиям и долго находиться за компьютером. Со временем близорукость может оставаться на одном уровне или зрение будет ухудшаться.

Цель исследования: изучить факторы и динамику изменения зрения у студентов Тверского государственного медицинского университета (ТГМУ) 2 и 3 курса, выяснить возможные причины изменения и дать практические рекомендации по профилактике миопии у студентов.

Материалы и методы

Проведен опрос-анкетирование 145 студентов 2 и 3 курса ТГМУ по типу заочного контакта с респондентом путем публикации анкеты в интернете. Анкета была создана на базе интернет-ресурса и включала 10 вопросов: «Какова острота острота Вашего зрения?», «Как изменилось зрение за последний год?», «В какое время суток Вы читаете?», «С каких источников Вы обычно читаете?», «Каков уровень освещения при чтении?», «Как много времени Вы проводите за телефоном или компьютером?», «Есть ли у Вас генетическая предрасположенность к ухудшению зрения?», «Делаете ли Вы перерывы во время чтения в течении одного часа?», «Делаете ли Вы гимнастику для глаз?».

Для обработки полученных данных использовались компьютерные программы Microsoft Office. Для анализа информации использовались статистические методы обработки.

Результаты и обсуждение

Для исследования были взяты четыре группы студентов:

- в первую вошли студенты с отличной остротой зрения – 50 (34,7 %) человек;
- во вторую группу вошли студенты со слабой степенью близорукости до (-3) ед.- 62 (43,1 %) человек;
- третья группа включала студентов со средней степенью близорукости от (-3) до (-6) - 27 (18,8 %) человек;

- в четвертую группу вошли студенты с высокой степенью близорукости от (-6) и выше - 4 (2,8 %) человек.

По изменению зрения за год обучения не изменилось у 60 (41,7 %) человек (1-я группа), ухудшилось на 0,25-0,5 единиц у 57 (39,6 %) человек (2-я группа), ухудшилось до единицы у 18 (12,5 %) человек (3-я группа), ухудшилось более единицы у 7 (4,9 %) человек (4-я группа).

При оценке остальных данных были выявлены следующие факторы, влияющие на возникновение и динамику миопии: процент читающих лежа в 1, 2, 3, 4 группах, соответственно, 35,5 %, 29,6 %, 36,3 %, 33,6 %.

Процент читающих с телефона, как носителя информации, в 1 и 2 группах, соответственно, 25 % и 34,5 %.

Процент студентов, читающих ночью, в 1 и 2 группах, соответственно, 12,7 % и 15,9 %.

Процент наследственной предрасположенности к ухудшению зрения, по мнению респондента, в 1 и 2 группах, соответственно, 33,3 % и 66 %.

Процент тех, кто не делает перерывы во время чтения или делает их редко в течение часа, в 1 и 2 группах, соответственно, 41,3 % и 64 %.

Процент тех, кто регулярно делает гимнастику для глаз, в 1, 2, 3, 4 группах, соответственно, 5,3 %, 7,3 %, 0 %, 0 %.

Заключение

В результате статистического анализа всех групп обнаружено плохое зрение у большей части студентов, так же как и снижение остроты зрения за последний год. В результате сравнительного анализа групп выявлены следующие тенденции: снижение остроты зрения вероятнее у студентов, которые больше остальных читают с телефона, компьютера, реже делают перерывы во время чтения и чаще читают ночью.

Литература

1. Архангельский, В. Н. Морфологические основы офтальмологической диагностики / В. Н. Архангельский – М.: Медицина, 2006 – С. 322-453.
2. Драчук, Л. А. Рациональное использование медико-статистических исследований в практическом здравоохранении / Л. А. Драчук, Т. Э. Драчук, М. В. Пешкова // Педиатрический вестник Южного Урала. – 2016. – №2. – С. 78-85.
3. Ходжаян, А. Б. Особенности организации эффективной самообразовательной деятельности студентов в медицинском вузе / А. Б. Ходжаян, Н. В. Агранович // Фундаментальные исследования. – 2011. – М.: Академия естествознания. – №11. – С. 149-153.
4. Шамшинова, Ф. М. Функциональные исследования в офтальмологии / Ф. М. Шамшинова, В. В. Волков – М.: Медицина, 2008. – С. 221-438.

5. Шилкин, Г. А. Физиологическая оптика. Рефракция, аккомодация: учебное пособие для студентов мед. ВУЗов / Г. А. Шилкин, Н. С. Ярцева, Н. С. Гаджиева – М.: Медицина, 2007. – С. 20-45.

УДК 616.12-008.331.1-06:616.6-008.64

М. Н. Мотеркина, В. О. Юрченко, 5 курс,
Л. Н. Аль-Гальбан, 2 курс, лечебный факультет; О. Б. Поселюгина
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь
Кафедра госпитальной терапии и профессиональных болезней
Научный руководитель: д.м.н., доцент О. Б. Поселюгина

ВЗАИМОСВЯЗЬ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Распространенность артериальной гипертонии (АГ) в России составляет около 40 % взрослого населения. У лиц старше 60 лет частота АГ превышает 50 % [2]. Значительную роль в повсеместном возрастании распространенности хронической болезни почек (ХБП) играет рост в структуре нефрологических заболеваний удельного веса сосудистых поражений почек таких, как диабетическая нефропатия и гипертонический нефроангиосклероз, развивающихся в рамках распространенного атеросклероза. Протекая латентно, эти нефропатии усугубляют течение кардиоваскулярной патологии, как следствие, существенно увеличивают риск сердечно-сосудистой смертности.

Таким образом, диагностика ранних стадий почечного поражения при гипертонической нефропатии чрезвычайно актуальна [4]. Уточнение факторов риска развития почечной дисфункции у больных АГ позволит прогнозировать сроки развития и темпы прогрессирования почечной недостаточности, осуществлять индивидуальную помощь и влиять на продолжительность жизни пациентов с поражением почек при АГ.

Цель исследования: изучить патогенетические аспекты гипертонической нефропатии, выяснить ее связь с развитием ХБП у больных АГ.

Материалы и методы

Произведен анализ научной медицинской литературы по заявленной теме.

Результаты и обсуждение

Анализ современных регистров больных, находящихся на заместительной почечной терапии (гемодиализ и перитонеальный диализ) показывает, что среди причин развития терминальной хронической почечной недостаточности (ХПН) второе место после сахарного диабета занимает АГ, опережая первичные болезни почек. По данным Российского регистра заместительной почечной терапии (ЗПТ), гипертонический нефросклероз, как причина терминальной хронической почечной недостаточности (ТХПН), находится на 5-м месте среди других заболевания [3].

Для решения вопросов лечения и профилактики необходим поиск доступных для анализа факторов, способствующих формированию и прогрессированию гипертонической нефропатии. Обнаружение у больного предикторов развития и прогрессирования почечного поражения позволит эффективно осуществлять первичную и вторичную нефропротекцию, замедлить развитие и прогрессирование нефросклероза [4].

Проведение подобного исследования стало возможным после обнаружения универсальных механизмов патогенеза нефросклероза, выявления начальных признаков

гипертонической нефропатии путем определения патологической гиперфильтрации и микроальбуминурии (МАУ). Внедрение в широкую клиническую практику классификации хронической болезни почек по степени почечной дисфункции K-DOQI позволяет по-новому оценить частоту и характер почечного поражения у больных с АГ [4].

В основе формирования гипертонической нефропатии лежит эндотелиальная дисфункция и ремоделирование внутрипочечных сосудов [2].

В последние годы изучение маркеров эндотелиальной дисфункции включало изучение параметров фибриногенеза. Было показано, что у больных АГ при сопоставлении с нормотензивными представителями контрольной группы имело место достоверное повышение экскреции с мочой трансформирующего фактора роста (TGF-P), сосудистого эндотелиального фактора роста (VEGF), ингибитора активатора плазминогена типа 1 (PAM) и коллагена IV типа. Увеличение содержания в моче TGF-P, VEGF и PAI-l может рассматриваться как ранний признак гипертонического поражения почек, рост мочевой экскреции коллагена IV типа ассоциирован с микроальбуминемией и свидетельствует в пользу активации процессов почечного фиброгенеза [2].

Прогрессированию эндотелиальной дисфункции способствует гиперурикемия.

Повышенное пульсовое давление выступает как фактор риска поражения органов-мишеней у больных АГ. Наряду с развитием почечной дисфункции в виде снижения клиренса клубочковой фильтрации параллельно развиваются гипертрофия левого желудочка, повышение жесткости аорты и периферических артерий [4].

Гипертоническая нефропатия является следствием нарушения работы почечных гемодинамических механизмов, защищающих клубочки от повреждающего действия повышенного артериального давления (АД). В результате в почках развиваются два принципиально разных патологических процесса — ишемическое и гипертрофическое повреждение клубочков, которые ведут к формированию фокально-сегментарного гломерулосклероза и нарастающей потере почечной функции. Причиной первого из них служит избыточная ауторегуляторная реакция, осложняющаяся обструктивным гиалинозом афферентных артериол, ишемическим повреждением клубочков, и потерей части функционирующих нефронов. Одновременно с ишемическим поражением почек в сохранившихся нефронах развивается компенсаторный по своей природе феномен гиперфильтрации, ведущий к потере почечной ауторегуляции и стойкой гломерулярной гипертензии. В результате этих гемодинамических нарушений в почках развивается гипертрофический (пролиферативный) гломерулосклероз [4]. Ключевую роль при этом играет гиперактивность клеточной ренин-ангиотензиновой системы подоцитов, которая сопровождается избыточной продукцией. TC, F-Pl, VEC, F и PDC, F, вызывающей профибротическую структурно-функциональную перестройку подоцитов и мезангиальиых клеток клубочков [6].

МАУ является маркером поражения почек и риска сердечно-сосудистых осложнений. Нарастающая МАУ в настоящее время приобрела значение интегрального маркера неблагоприятного прогноза, поскольку отражает генерализованную дисфункцию эндотелия, которая обусловливает поражение органов-мишеней (миокард, сосудистая стенка, почка) и наблюдается уже при незначительном повышении мочевой экскреции альбумина

(«альбуминурия низких величин»). Установлена диагностическая значимость определения показателя функционального почечного резерва.

В процессе лечения трудно контролируемой АГ у пациентов с терминальной стадией хронической почечной недостаточности приобретают диагностическую ценность магнитно-резонансная томография и спиральная компьютерная томография [4].

Показано, что высокое содержание ТОР-р прямо коррелирует с индексом массы тела, средним АД и уровнем экскреции альбумина с мочой у больных АГ, а также, что гиперпродукция цитокина может считаться патофизиологическим механизмом прогрессирования нарушений функции почек у больных АГ, страдающих ожирением. Единичные исследования говорят о том, что у больных АГ на фоне метаболического синдрома микроальбуминурия связана с повышением в плазме крови уровня триглицеридов плазмы крови и снижением содержания холестерина липопротеинов высокой плотности [4].

В начальных стадиях гипертоническая нефропатия (нефроангиосклероз) является обратимой. Если вовремя провести соответствующее медикаментозное лечение, можно предупредить развитие ХБП [3]. Особенно эффективно в этом отношении применение препаратов группы ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента. При этом необходим обязательный контроль МАУ [2]. Для оценки эффективности лечения АГ с поражением органов-мишеней следует контролировать восстановление эндотелиальной дисфункции на уровне микроциркуляторного русла, для чего необходимо использовать индекс сосудистой адаптации, который выступает в качестве интегрального показателя [5].

Заключение

АГ занимает одно из ведущих мест в структуре причин терминальной ХПН. Это свидетельствует об отсутствии эффективной нефропротекции на этапе течения АГ без почечной недостаточности и в начальный период ХБП. Можно полагать, что диагностика ранних стадий почечного поражения при гипертонической нефропатии, уточнение факторов риска развития данной почечной дисфункции, позволят прогнозировать сроки развития и темпы прогрессирования почечной недостаточности, осуществлять индивидуальную помощь и профилактику, а также влиять на продолжительность жизни пациентов с поражением почек при АГ.

Литература

1. Беловол А. Н., Князькова И. И. Неспецифический аортоартериит // Министерство Украины, 2014. – №5–6. – С. 12–14.
2. Добронравов В. А. Фосфат, почки, кости и сердечно-сосудистая система. Нефрология. – 2016. – 72 с.
3. Клинические рекомендации. Диагностика и лечение артериальной гипертонии. Москва, 2013. – 64 с.
4. Николаев, А. Ю. Лечение почечной недостаточности. Руководство для врачей / А. Ю. Николаев, Ю. С. Милованов. - М.: Медицинское информационное агентство, 2011. – 592 с.

5. Сабодаш А. Б., Казанцева Н. С., Земченков А. Ю. и соавт. Артериальная гипертензия и выживаемость у пациентов на гемодиализе/ Нефрология. – 2016. – 20 (4). – С. 62-71.
6. Чихладзе Н. М., Чазова И. Е. Вторичные формы артериальной гипертензии // Кардиология. – 2011. – №1 (60). – С. 5-10.
7. http://journal.nephro.ru/index.php?r=journal/articleView&articleId=2037

УДК 81:61

И. Г. Муминов, И. Пулатов, 4 курс, лечебный факультет; Е. Д. Аксенова
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра русского языка
Научный руководитель: к.ф.н., доцент Е. Д. Аксенова

РОЛЬ ЭПОНИМОВ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ЛЕКСИКЕ

Роль эпонимов в медицинской лексике огромна. Эпонимы – это термины, в состав которых входят фамилии известных ученых, исследователей, врачей, первооткрывателей. Являясь составной частью фразеологии, эпонимы тесно связаны с национальной культурой. Кроме того, данные лексические единицы, их «объем семантики, становление и расширение с течением времени» становятся «манифестациями, которые … наиболее характерны для экспликации» [6] того или иного явления, манипуляции, симптома и др.

Большая часть мифологизмов вошла в медицинскую терминологию в эпоху Возрождения. В составе анатомических терминов часто используются имена богов и богинь: cornu Ammonis (hippocampus) — Аммонов рог, mons Veneris — мост Венеры, umbilicus Veneris — пуп Венеры, tendo Achillis (t. calcaneus) — Ахиллово сухожилие и др. Мифологические эпонимы встречаются и в клинической терминологии: термин psychiatria — психиатрия происходит от имени Психея — олицетворение души человека, hygiena — гигиена от имени дочери Асклепия Гигиейи, caput Medusae — голова Медузы, corona Veneris — корона Венеры, Эдипов комплекс и др. В клинической терминологии особенно часто встречаются эпонимы-мифологизмы в названиях симптомов и синдромов: например, синдром Ио — разновидность хронической тахикинезии (состояния повышенной двигательной активности). Большое количество мифологических эпонимов используются в фармацевтической терминологии в названиях лекарственных растений, например: Artemisia (полынь) — растение богини охоты Артемиды; Adonis — имя греческого юноши, любимца Афродиты, погибшего на охоте и др.

Библеизмы вошли в медицинскую терминологию в Средние Века, когда названия определенных болезней связывали с именами святых: Антонов огонь — гангренозное заболевание, названное по имени святого Антония — египетского монаха, жившего в III–IV веках, к мощам которого прикладывались больные; хворь святого Мавра — подагра; пляска святого Вита — хорея — синдром, характеризующийся беспорядочными, отрывистыми, нерегулярными движениями, часто напоминающие танец. Название возникло от распространившегося в XIV веке в Германии поверья, что болезнь эта излечивается при посещении церквей и часовен, посвященных святому Виту и святой Варваре. В клинической терминологии чаще можно встретить эпонимы в названиях симптомов и синдромов, например, синдром Иова — наследственное заболевание с дефектом гуморального иммунитета и др. Встречаются библеизмы и в анатомической терминологии, например, Pomum Adami (prominentia laryngea) — Адамово яблоко или кадык.

Некоторые медицинские, чаще клинические термины происходят от имен вымышленных художественных персонажей. Например, сифилис — хроническая

венерическая болезнь, получившая свое название по имени пастуха Сифилюса из поэмы Джироламо Фракасторо «Сифилис, или О галльской болезни»; синдром Вертера — предсуицидальное состояние по имени главного героя романа И. В. Гете «Страдания юного Вертера»; синдром Алисы в стране чудес — иллюзорное восприятие пространства и времени, явления деперсонализации и т. д.; синдром Мюнхаузена (син. лапаротомофилия) — психическое расстройство и др. [5].

Имена ученых и врачей, впервые открывших и описавших то или иное явление, составляют наибольшую по количеству группу.

В языке медицины эпонимы используются для обозначения разнообразных понятий: болезней, их симптомов и синдромов, анатомических объектов, научных теорий и клинических классификаций, методов исследования, обследования и лечения, медицинского оборудования и т. д. Широкое употребление эпонимов в терминообразовании объясняется, прежде всего, существующей традицией, стремлением увековечить имена врачей и ученых-первооткрывателей, внесших вклад в развитие медицины. В справочной литературе, регистрирующей медицинские эпонимические термины, приводятся сведения о годах жизни, национальной принадлежности и специальности лица, имя которого легло в основу термина. Эпонимические термины составляют большую часть медицинской терминологии, например, в неврологии эпонимы составляют около 30 % всего терминологического фонда. «В последнем (2003) издании Международной анатомической терминологии с официальным списком русских эквивалентов имеется алфавитный указатель, содержащий более 400 терминов» [4]. Рост эпонимов в современной терминологии объясняется не только желанием увековечить авторство первооткрывателя, но и сложностью сразу образовать или отыскать более краткий и точный термин, чтобы адекватно отобразить нужный предмет, признак или качество. Характерно, что в термине фиксируется имя последнего по хронологии открытия ученого, Например, симптом Адамюка-Рельмана-Гвиста обозначается в англоязычной литературе именем австрийского офтальмолога Г. Гвиста, который описал его в 1931 году, несмотря на то, что более ранее и полное описание дал русский офтальмолог Э. В. Адамюк в 1901 году. Еще раньше, в 1889 году, симптом описал русский офтальмолог Э. Рельман.

Эпонимы можно разделить на следующие группы:

1. Наименование методов исследования. Немецкие врачи открыли методы исследования, при назывании используя ключевые термины – проба, реакция, метод, опыт. Так, Шеллонга проба (F. Schellong, 1891-1953, немецкий врач) – функциональная проба при исследовании кровообращения, Яффе реакция (M. Jaffe, 1841-1911, немецкий врач) – метод определения креатинина в моче и сыворотке крови.
2. Анатомические термины. В XIX в. открытия в области анатомии обозначились в терминах именами немецких анатомов и физиологов – Гиса пучок (W. His, 1831-1904), Гиса треугольная складка, Гиса угол, Людвига ганглий (K. F. W. Ludwig, 1816-1895.), Краузе круг (K. F. T. Krause, 1797-1868), Циннова связка (J. G. Zinn, 1727-1759). В настоящее время эти термины практически не используются. Эпонимы сохранены в тех случаях, когда они служат основой для образования клинических терминов («гайморова пазуха» - «гайморит», «евстахиева труба» - «евстахиит»). После официального утверждения русских эквивалентов Международных

анатомических терминов (1974) эпонимы исчезли из учебников по анатомии, в то время как в клинической практике они широко применяются и в настоящее (пупартова связка, дугласово пространство, виллизиев круг, пахионовы грануляции и др.). Именно в анатомических эпонимах в сконцентрированной форме отразились основные этапы развития науки о строении и функциональных особенностях органов человеческого тела, становления научного миропонимания человека и его места в живой природе. Иногда при образовании терминов-эпонимов фактор авторского приоритета не принимается во внимание. Например, синдром Бонне-Дешома-Бланка в разное время описали вначале М. Мануэль (1899), потом Х. Кушинг и Бейли (1927). Однако именно П. Бонне, Ч. Дешому и Ч. Бланку принадлежит научное открытие о том, что ангиома сетчатки глаза связана с неврологическими проявлениями, о чем они сообщили в своей работе, опубликованной значительно позднее, в 1937 г. В англоязычных странах данная болезнь носит также название синдрома Уайберна-Мейсона, по имени американского врача, подробно исследовавшего этот симптомокомплекс. Иногда в состав эпонимов входит имя пациента, у которого впервые было выявлено какое-либо редкое заболевание или его симптом. Так, болезнь Коппока наблюдалась у всех членов семьи Коппок (описана в 1774 г.). Значительно позднее это наследственное заболевание (врожденная пылевидная катаракта) описали Фогт и Поос.

3. Названия болезней. В названии болезней встречаются фамилии врачей. В таких названиях часто ключевым термином является слово «болезнь». Например, в названии болезней нервной системы запечатлены имена немецких врачей: невропатологов и психиатров – Альцгеймера болезнь (A. Aizheimer, 1864-1915), Крейтцфельдта-Якоба болезнь (H. G. Creutzfeldt, 1885-1964, A. Jakob, 1884-1931), терапевтов – Рейтера болезнь (H. C. J. Reiter, 1881-1969; Рейтера синдром, Рейтера триада; гинекологов – Шультце параметрит (B. S. Schultze, 1827-1919).
4. Названия симптомов болезней – немецкие врачи – оториноларингологии: Авеллиса синдром (G. Avellis, 1864-1916) – сочетание паралича мягкого неба и голосовой мышцы; невропатологи – Бергера парестезия (O. Berger, 1844-1885) – приступообразная парестезия в ногах; Липманна феномен (H. C. Liepmann; син.: Липманна интеллектуальные иллюзии, Липманна симптом) – появление зрительных галлюцинаций.
5. Названия хирургических операций – на основе общих терминов «операция» и «пластика» создавались эпонимы с именами немецких хирургов – Брунса операция (P. E. Bruns, 1846-1916) (операция удаления фибромы); Бергманна операция (E. Bergmann, 1836-1907) (операция иссечения собственной оболочки яичка); Брунса пластика губы (V. Bruns, 1823-1883) (операция восстановления верхней губы); Ривуара операция (J. R. Rivoir) (замещение обширного дефекта мочеиспускательного канала).

6. Названия медицинских инструментов и приборов – фамилии офтальмологов в названии инструментов для глазных операций – Бунге ложка (P. Bunge, 1853-1926), Грефе катарактальный нож, Грефе пинцет (A. Graefe, 1828-1870).
7. Названия родов бактерий, образованных от фамилий исследователей – фамилии немецких бактериологов использованы в названии бактерий – клебсиелла (-ы) (E. Klebs, 1834-1913), клебсиеллез (klebsiellosis) – инфекционная болезнь, Коха палочка (R. Koch, 1843-1910) – возбудитель туберкулеза.

Некоторые эпонимические термины образуют целый словообразовательный ряд – Рентген (по имени немецкого физика К. Рентгена (1845-1923), где рентген – является составной частью сложных слов и означает «относящийся к рентгенологии, к рентгеновскому излучению»: рентгенограмма, рентгенография, рентгенодиагностика, рентгенолог, рентгенологи, рентгеноскопия, рентгенотерапия, рентгеноанатомия, рентгеновский снимок, рентгеновское излучение и т. д.

В научной медицинской литературе анатомические эпонимические термины до сих пор используются, толкование термина-эпонима содержится в специальных справочниках.

Эпонимы представляют медицинскую науку в ее историческом развитии как живую череду ученых, ее создавших. Исследование терминов-эпонимов позволяет сохранить для науки имена не только тех ученых, которые еще остаются в памяти благодарных потомков, но и тех, которые когда-то внесли вклад в науку, а потом были незаслуженно забыты.

Литература

1. Англо-русский медицинский энциклопедический словарь. – М.: ГЭОТАР, 1995.
2. Медицинский словарь. Русско-немецкий. Немецко-русский. – Москва, 2002.
3. Латинско-русский словарь медицинской терминологии. – Москва, 2006.
4. Денисов С. Д., Пивченко П. Г. Эпонимы в анатомии. Минск, 2012. – 83 с.
5. Извекова Т. Ф., Грищенко Е. В., Пуртов А. С. Эпонимы в медицинской терминологии/ Медицина и образование в Сибири. № 3 – 2014.
6. Axenova E. D., Kuznetcova A. A., Mirzoeva V. M. The image of doctor in the texts of the ethical and deontological orientation / Applied and fundamental studies. – St. Louis, 2015, USA, p. 62-68

УДК 159.9.01

А. А. Мурашова, 3 курс, лечебный факультет
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра философии и психологии с курсами биоэтики и истории Отечества
Научный руководитель: к.ф.н., доцент М. И. Михеев

ИНДИВИДУАЛЬНОСТЬ ЛИЧНОСТИ В СОВРЕМЕННЫХ ПРАКТИКАХ ОТЧУЖДЕНИЯ

Мартин Хайдеггер говорил, что человек «приходит в состояние отчуждения» в условиях неподлинного существования и философствования. С неподлинным бытием и соответствующим ему существованием мы имеем дело тогда, когда перевес компонента настоящего в бытии вещей заслоняет от человека его конечность, т. е. когда бытие оказывается целиком поглощенным предметной и социальной средой. Неподлинное существование, по Хайдеггеру, не может быть устранено путем преобразования среды [4].

Мы постоянно хотим что-то потребить: IPhone 7, Vans'ы, наушники Beats Audio, Convers'ы, ювелирные украшения от Pandora, очки Ray-Ban, сумку Prada, кофе из Starbucks. Но, открывая, например, каталог Mac и выбирая все, что хочется, мы с горечью осознаем, что на покупку этого требуется бюджет маленькой банановой республики. Вещи существуют для нас в той мере, в какой они являются объектами нашего внимания и желания. «Но куда деваются книжки, когда они прочитаны, и банки варенья, когда варенье съедено?» [3] Они перестают существовать для нас. Отсюда и получается, что «Существовать – значит, быть воспринятым». Точно так же, как воспринимаем мы, воспринимают и нас, т. е. наша экзистенция зависит от степени объективизации нас другими и, как следствие, нами самих себя. Мы стараемся быть более востребованными, значимыми, авторитетными и… потребленными, как на сознательном, так и на подсознательном уровне.

Другим людям даны факторы восприятия и лишь через аналогизирующую перцепцию или аппрезентацию мы можем предположить наличие существования другого. Таким образом, другие для нас и мы для других зачастую лишь феномены, «вещи в себе» [2].

Жан Бодрияр в «Системе вещей» [1] писал, что вещь нужна, пока она востребована (желанна). То же происходит и с человеком. Это происходит во всех сферах жизни: при приеме на работу, при выстраивании межличностных отношений, в научной деятельности и т. д.

Таким образом, мы постоянно пытаемся привлечь к себе внимание, быть воспринятыми и потребленными. Чтобы по-настоящему обратить на себя внимание, нужно приложить большие старания, обладать какими-то навыками и даже небольшой толикой таланта. Но, к сожалению, учиться не всегда есть желание, таланта может и не быть, а обратить на себя внимание очень хочется.

В наши дни существует прекрасные инструменты, техники позволяющий ярко, броско репрезентировать себя окружающим, вызвать общественный резонанс. И одним из таких инструментов является интернет.

Интернет привнес в социальную жизнь множество различных явлений, которые так быстро, широко и прочно внедрились во все сферы человеческой жизни, что зачастую их влияние и роль до конца не осмыслены. Одним из таких общеиспользуемых феноменов являются социальные сети (Facebook, Twitter, Вконтакте, Одноклассники и т.д.). Это новые способы коммуникации, репрезентации, идентификации и т. д. Страничка, аккаунт являются виртуальным телом человека и зачастую возникает вопрос: «Какая из сущностей значимее: та, что реальна или же та, что находится по ту сторону экрана?»

Броская репрезентация происходит за счет создания нарциссического образа. Получается, что наша «реальная» жизнь направлена на создание своей виртуальной проекции, якобы обладающей теми качествами, которые, как нам кажется, делают нас более социально значимыми и вызывают одобрение общества. Мы продумываем свой образ до мельчайших деталей, включающих в себя поведение, стандартные реплики в диалогах, мимику, интонации, даже сам голос, и кроме всего этого, конечно, внешний вид.

Становится возможным обратить на себя внимание при помощи яркого гипертрофированного образа, который приковывает к себе взгляд. Т.е., при репрезентации внешнему виду отводится ключевая роль. А потому каждая его составляющая – от цвета волос до модели телефона - имеет значение. Аксессуары, одежда, гаджеты – все это, как считается большинством молодых людей, должно быть брендовым. Только в этом случае внешний вид будет повышать статус человека, ведь бренд есть не у каждого, он досягаем далеко не для всех, а потому «возвышает» своего обладателя. Это порождает парадокс, описанный в уже упоминаемой «Системе вещей» [1]: феномен модели и серии. Само понятие модели в конкретном своем воплощении скрывается во все более тонких и неуловимых отличиях – в той или иной длине юбки, в том или ином оттенке красного, в том или ином качестве стереофонического звучания; факторы сугубо эфемерные, но стоят они очень дорого. Привилегии моделей перестали быть институциональными, они как бы внедрились в душу людей, но от этого обрели лишь еще большую устойчивость.

Иллюзией было бы принимать модель за некую идеальную точку, которой серия вот-вот достигнет. Вещи, которыми мы владеем, освобождают нас лишь в качестве владельцев, отсылая к бесконечной свободе владеть другими вещами; нам остается лишь карабкаться вверх по лестнице вещей, но такой подъем не дает никакого выхода, поскольку именно им и питается абстрактная недостижимость модели. Так как модель, по сути своей, лишь идея, то есть некоторая внутрисистемная трансцендентность, она способна к бесконечному прогрессу, всецело и все дальше убегая вперед; отождествляясь со всей системой, она остается неуловима.

Люди готовы менять свою внешность каждый раз, как появляется новое веяние моды. Эмо в 2007, ванильки в 2010, хипстеры в 2011, SWAG в 2012, Tumblergirl в 2015. Молодые люди и девушки копируют элементы внешности с картинок, наиболее часто демонстрируемых в социальных сетях, создавая армии подобных друг другу копий. Однако это не мешает им критиковать тех, кто поступает так же. Более того, чем чаще они поступают таким образом, тем больше и яростнее они критикуют, особенно в социальных сетях. Кстати, это также один из способов «выделения из толпы».

Для достижения данной цели неплохо выбирать стратегию хейтера: подмечать малейшие промахи тех, против кого вы выступаете, как можно чаще делать вбросы с информацией об этих промахах в сообщества, большинство участников которых имеют мнение противоположное вашему, яростно спорить, доказывая, что правы именно вы.

Но еще более эффективна стратегия «троллей». Если хейтеры еще пытаются приводить обоснованные аргументы, подтверждающие их точку зрения, то тролли не загружаются этим. Они просто подтрунивают над своими жертвами, воспламеняя их «души». И, разумеется, это делается либо анонимно, с левого аккаунта, либо данное действо направлено на незнакомых людей из других городов/стран, которые естественно при встрече за такое ничего не сделают, т. к. встреча очень маловероятна. Также такая стратегия называется «рофлинг» (от англ. «Rolling On Floor Laughing»). Рофлить – это троллить кого-то, при этом смеясь над этим и над тем, какие же все люди глупые и ведутся. Но такое, если верить интернету, было модно очень давно.

Кроме того, эффективный способ быть замеченным, создать скандал, или, так сказать, «поднять хайп» вокруг своей личности. Не имеет значения, в какой роли придется выступить – жертвы или героя – главное, чтобы вас как можно дольше и больше обсуждали (в молодежном сленге «хайп» означает истерику вокруг какой-нибудь персоны, сайта, приложения или, на худой конец, девайса. Кстати, глагол «хайпить» означает примерно то же самое, что и слова «пиарить» или «форсить»).

Именно такую модель поведения выбирают многие современные художники, которые проводят перфомансы. Безусловно, среди перфомансов есть достойные и заставляющие задуматься, но помимо них встречается множество бессмысленных, на мой взгляд, которые заставляют задуматься не о цели их создания, а о том, что автору стоит посетить психиатра.

Так, художник Павленский, уже не раз обсуждаемый в прессе и интернете, в очередной раз «поднял хайп» вокруг своей персоны. 19 октября 2016 года он взобрался на крышу Научного Центра им. Сербского и ножом отрезал себе мочку уха. Это была акция против использования психиатрии в политических целях.

В социальных сетях мы создаем улучшенную версию себя, чтобы у каждого, кто увидит наш аккаунт, сложилось наилучшее мнение о его обладателе. Выставляем фотографии в самом удачном ракурсе с большим количеством ретуши, подписываемся на самые популярные паблики, добавляем в аудиозаписи музыку, формирующую идеальный плейлист. Разумеется, и музыка, и группы/паблики, и фотографии будут отличаться у людей из разных кругов общения, разных возрастных групп, т. к. в них статусность будут придавать отличающиеся параметры.

К слову, многие стараются примкнуть к какому-то определенному кругу людей, объединенных общими интересами или целью. Модно быть геймером, сериаломаном, меломаном, книголюбом. Но большинство тех, кто старается примкнуть к данным сообществам, чтобы быть «в тренде», лишь копирует поведение, стиль общения и т.п. представителей данных сообществ, не вникая в их суть. Так, например, некоторое время назад было модно быть рокером, соответственно, многие на каждом углу кричали о своей причастности к данной субкультуре, не зная ни одной музыкальной группы, кроме Nirvana,

не интересуясь историей и традициями самой субкультуры. Главное – заявить: «Вот, я такой же, как они!»

На протяжении времени все мы, в большей или меньшей степени следуя трендам, меняемся. Меняем не свою сущность, но свою оболочку, по которой другие судят о нас, посредством которой мы себя репрезентируем. Знаете ли Вы, почему в Средние Века актеров хоронили за оградой кладбища? Церковь сравнивала их с чертями. Считалось, что у чертей нет лица, они лишь каждый раз меняют свое обличье, меняют маски, а за этими масками – пустота. И они постоянно меняют различные маски, и остановиться нельзя, иначе не останется ничего, кроме этой пустоты. Но не происходит ли то же самое сейчас с нами? Не потому ли мы находимся в вечной погоне за новой маской, что боимся той пустоты, что кроется за ней? Не окажемся ли мы в конечном итоге пустыми означающими?

Литература

1. Бодрияр, Ж. Система вещей [Текст] / Ж. Борияр. – М.: Рудомино, 2001. – 95 с.
2. Кант, И. Критика чистого разума [Текст] / И. Кант. – М.: Мысль, 1994. – 591 с.
3. Кэрол, Л. Алиса в стране чудес [Текст] / Л. Кэрол – М.: Эксмо, 2015. – 224 с.
4. Хайдеггер М. Бытие и время [Текст] / М. Хайдеггер – М.: Ad Marginem, 1997. — 503 с.

УДК 81: 373.31

А. Н. Мусалинова, 1 курс
Инновационный Евразийский университет, г. Павлодар, Республика Казахстан
Кафедра «Журналистика и филология»
Департамент «Журналистика и филология»
Научный руководитель: к.ф.н., профессор Ж. Б. Ибраева

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ОБНОВЛЕНИЮ СОДЕРЖАНИЯ ЧЕРЕЗ НЕТРАДИЦИОННЫЕ УРОКИ РУССКОГО ЯЗЫКА В НАЧАЛЬНОЙ ШКОЛЕ

Обновление содержания образования в Республике Казахстан, следовательно, и совершенствование педагогического мастерства учителей в контексте обновления образовательной программы и внедрение системы критериального оценивания, основана на развитии спиральной формы образования, основанной на когнитивной теории Д. Брунера.

Спиральная форма обучения - это рассмотрение материала, который усложняется на протяжении всего школьного обучения, которое дает большее преимущество в развитии современного учащегося, нежели традиционные формы обучения.Также развитие учащихся проходит путем внедрения активных форм обучения, в ходе которых учащиеся самостоятельно развивают функциональную грамотность, активно «добывают» знания, развивают коммуникативные навыки общения со сверстниками, и творчески подходят к решению проблем.

На сегодняшний день государству необходимо, чтобы мы вырастили активных, самостоятельных, деятельных, предприимчивых граждан, которые будут в будущем и дальше развивать нашу страну, сохранять мир и порядок.

Современная жизнь предъявляет к человеку жесткие требования – это высокое качество образования, коммуникабельность, целеустремленность, креативность, а самое главное – умение ориентироваться в большом потоке информации и умение адаптироваться в любом обществе. Подготовка к будущей жизни закладывается в школе, поэтому требования к образованию сегодня меняют свои приоритеты.

В современном образовании актуальными кажутся вопросы организации учебного процесса: это внедрение новых форм обучения, использование методов проблемно-развивающего обучения. Новое отношение к жизни предъявляет и новые требования к школе. Инновационный подход к обучению позволяет так организовать учебный процесс, что ребенку урок и в радость, и приносит пользу, не превращаясь просто в забаву или игру. И, может быть, именно на таком уроке, как говорил Цицерон, «зажгутся глаза слушающего о глаза говорящего»

Определение «инновация» как педагогический критерий встречается часто и сводится, как правило, к понятию «новшество», «новизна». Между тем инновация в точном переводе с латинского языка обозначает не «новое», а «в новое». Именно эту смысловую нагрузку вложил в термин «инновационное» в конце прошлого века Дж. Боткин. Он и наметил основные черты «дидактического портрета» этого метода, направленного на

развитие способности ученика к самосовершенствованию, самостоятельному поиску решений, к совместной деятельности в новой ситуации.

Цель исследования: выявить новые подходы к обновлению содержания через нетрадиционные уроки русского языка в начальной школе.

Исходя из этого нами поставлены главные педагогические задачи:

1. Изучить научно-методическую литературу по теме исследования ГОСО к обновлению содержания в начальной школе.
2. Проанализировать формы и методы преподавания русского языка в начальной школе.
3. Определить эффективность и значение нетрадиционных уроков

Материалы и методы

Обследовано 23 учащиеся 1 «В» класса Павлодарской средней школы №27. Всем обследуемым проводилось уроки по обучению грамоте с применением новых подходов к обновлению содержания через нетрадиционные уроки.

Результаты и обсуждение

Учащиеся применяют новые подходы к обновлению содержания через нетрадиционные уроки русского языка в начальной школе, а также участвуют в дистанционном олимпиаде по обучению грамоте.

При использовании инновационных технологий в обучении русскому языку успешно применяются следующие приемы:

- кластеры;
- «Толстые» и «Тонкие» вопросы;
- ИНСЕРТ (чтение с остановками);
- мозговая атака;
- синквейн;
- эссе;
- ключевые термины;
- перепутанные логические цепочки;
- дидактическая игра;
- нетрадиционные формы домашнего задания.

Популярно и актуально на сегодняшний день проблемное обучение, в котором существует особый вид урока – урок-исследование. Одним из возможных способов повышения эффективности и выбора проблемы исследования является опорный конспект, который по своей сути представляет вторичный текст, так как в нем в краткой форме передаются основные сведения текста исходного. При этом могут использоваться сокращения, различные знаки, символы, графические выделения. Часто опорный конспект представляет собой рисунок или схему, иногда таблицу.

Психологи отмечают, что преобразование учеником информации, перевод ее в другую, более наглядную форму способствует лучшему пониманию и усвоению знаний. Поэтому важно, чтобы у детей выработалось умение составлять опорные конспекты в

различных формах. Опорный конспект составляется учителем для учеников или детьми или совместными усилиями учителя и детей в диалоге.

Таким образом, умение составлять опорный конспект - одно из важных общеучебных умений, которое подготавливает учеников к презентации своих знаний.

Самой популярной педагогической технологией в современном преподавании становится метод проектов с использованием ИКТ, так как он направлен на повышение эффективности урока. На таких занятиях учитель предъявляет школьникам ту или иную проблему для самостоятельного исследования, хорошо зная ее результат, ход решения и те черты творческой деятельности, которые требуются в ходе ее решения. Тем самым построение системы таких проблем позволяет предусматривать деятельность учащихся, постепенно приводящую к формированию необходимых черт творческой личности.

Новый подход к образованию соответствует современному уроку. Именно такой урок называется современным, где учитель вместе с учащимися на равных ведет работу по поиску и отбору научного содержания знания, подлежащего усвоению; только тогда знание становится личностно значимым, а ученик воспринимается учителем как творец своего знания. А значит, именно такие уроки позволяют сегодня реализовывать новые образовательные стандарты. Развивающее обучение также лежит в основе современного урока, так как урок развивающий – направлен на создание условий, в которых ребенок чувствует себя самим собой, полноценным участником различных форм общественной жизни. Учитель на таком уроке является организатором учебной деятельности.

Особую роль играет итог урока, так называемый этап рефлексии, я использую различные приёмы рефлексии:

- эссе;
- синквейн;
- метод незаконченного предложения;
- свободное высказывание;
- смайлики.

Принцип деятельности заключается в том, что ученик, получая знания не в готовом виде, а добывая их сам, осознает при этом содержание и формы своей учебной деятельности, понимает и принимает систему ее норм, активно участвует в их совершенствовании, что способствует активному успешному формированию его общекультурных и деятельностных способностей, общеучебных умений что и требует время.

Заключение

Именно в начальной школе мы закладываем детям определенные знания и жизненные навыки, которые они будут применять всю жизнь, Такую задачу проще решить путем применения эффективных подходов обучения обновленной программы, которые предусматривают всестороннее развитие учащихся, развивая критическое и творческое мышление, навыки в области информационно-коммуникационных технологий, научно-исследовательских навыков, а также готовность учиться на протяжении всей жизни.

Одна из важных задач обновленной программы – «Научить учиться», учиться на протяжении всей жизни, что будет способствовать развитию новой конкурентоспособной, всесторонне гармонично развитой, функционально грамотной личности.

Литература

1. Козырь Е. А. Характеристика приемов технологии РКМ/ Русский язык. – 2009. - №7.
2. Заир-Бек С. И., Муштавинская И. В. Развитие критического мышления на уроке. Пособие для учителя / М.: Просвещение, 2004.
3. Государственная программа развития образования в Республике Казахстан на 2011-2020 годы / www.edu.gov.kz/ru/zakonodatelstvo
4. Кошкина Э. Е. Нестандартные формы обучения младшего школьника / Курск: Просвещение, 1993. - 44 с.
5. Кульневич С. В. Нетрадиционные уроки в начальной школе / Ростов н/Д.: Учитель, 2002. - 176 с.

УДК 616.34-008.87-057.875

А. Ю. Мынзат, М. Ю. Потапова, Н. В. Решетникова, Г. М. Терехов, Г. И. Фуртикова,
2 курс, стоматологический факультет
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра микробиологии и вирусологии с курсом иммунологии
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом истории медицины
Научные руководители: д.м.н., доцент Ю. В. Червинец,
старший преподаватель Т. Ф. Шматко

АНКЕТИРОВАНИЕ И АНАЛИЗ МИКРОБИОТЫ КИШЕЧНИКА СТУДЕНТОВ СПОРТСМЕНТОВ ТГМУ

Состояние здоровья человека во многом определяется его образом жизни. Многие факторы, такие как физическая нагрузка, питание, водный режим, оказывают непосредственное влияние на весь организм, включая желудочно-кишечный тракт и его микробиоту. Известно, что низкая физическая активность, несбалансированное питание, неправильный режим сна и отдыха могут привести к развитию различных заболеваний, приносящих людям дискомфорт разной степени. Многие люди занимаются спортом. У одних он является неотъемлемой частью жизни, у других –одним из вариантов проведения досуга. У большинства цель одна - достичь желаемой физической формы или поддержать имеющуюся на должном уровне. К сожалению, редко кто приходит в спорт с мыслями об укреплении или улучшении состояния своего здоровья. В настоящее время эта тема является актуальной, т.к. спорт является неотъемлемой составляющей в поддержании крепкого здоровья человека, а хорошая физическая форма - его отражением.

Цель исследования: провести анкетирование и оценить микробиоту кишечника студентов ТГМУ, занимающихся волейболом менее и более 8 лет.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 14 студентов разных курсов и факультетов ТГМУ, занимающиеся волейболом. Было проведено анкетирование, которое включало вопросы о наличии инфекционных и соматических заболеваний, водном и пищевом режимах, физических нагрузках, наличии вредных привычек, использовании лекарственных средств и др. Все респонденты были разделены на 2 группы: первую составили спортсмены со стажем до 8 лет включительно (8 человек - 57 %), вторую – более 8 (6 человек – 43 %).

Материалом служило содержимое кишечника. Микробиоценоз кишечника исследовали классическим развернутым бактериологическим методом в учебно-научной лаборатории ТГМУ. Посевы производили на желточно-солевой агар, среду Эндо, Эритрит агар, Sabour aud Dextrose Agar, MRS Agar, Schaedler Agar с кровью. Культивировали в аэробных, микроаэрофильных и анаэробных условиях в течение 24-72 часов при температуре 37°С. Подсчет числа колониеобразующих единиц (КОЕ) каждого типа колоний проводили в пересчете на 1 мл исследуемого материала.

Результаты и обсуждение

В результате анкетирования 14 студентов были получены следующие результаты. Большинство спортсменов обеих групп (64 %) проявляют работоспособность в первой половине дня, остальные (36 %) - во второй половине. Режим сна и бодрствования соблюдают 43 % студентов обеих групп и не соблюдают – 36 % спортсменов первой группы. Продолжительность сна большинства волейболистов, занимающихся спортом менее 8 лет (75 %), составляет до 5 часов, а более 8 лет (100 %) – от 8 до 9 часов. По данным анкетирования высыпается 43 % спортсменов обеих групп, тогда как регулярный недосып испытывают 57 % студентов, относящихся к первой группе. Все спортсмены ведут активный образ жизни. Частота тренировок у 79 % спортсменов обеих групп, составляет 2 раза в неделю, у 21 % студентов, занимающихся спортом до 8 лет, - от 3 до 4 раз в неделю. У 64 % волейболистов родители занимались спортом профессионально, а у 36 % не имели к нему никакого отношения. Средняя продолжительность тренировок у всех волейболистов составляет 2,5 часа, причем никто из участников не испытывает болезненных ощущений, как во время, так и после занятий. Половина всех студентов проживает в общежитии, остальные – в квартире. Среди физических показателей можно выделить, что у 72 % спортсменов выявлена нормокардия, у 21 % - брадикардия и 7 % - тахикардия. Показатели АД, ИМТ у большинства испытуемых находятся в пределах нормы. Вредные привычки (курение, употребление алкоголя) отсутствуют. Выявлена закономерность в том, что нервное перенапряжение встречается чаще у спортсменов, проживающих в общежитии, а эмоциональный подъем – у студентов, живущих в квартире. Склонность к депрессии отмечена у 15 % спортсменов, занимающихся волейболом менее 8 лет и проживающих в общежитии. Обнаружены проблемы с волосами и кожей: 14 % респондентов, занимающиеся волейболом более 8 лет, жалуются на сухость кожных покровов, а практически половина всех спортсменов имеет сухие, секущиеся и ломкие волосы. Жалобы со стороны ЖКТ предъявляют 79 студентов, причем чаще большая часть от спортсменов первой группы. Никто из волейболистов не страдает сахарным диабетом или непереносимостью лактозы, а аллергия встречается лишь у 14 % респондентов. В среднем, спортсмены питаются 2-5 раз в сутки, причем самый большой прием пищи у волейболистов со стажем более 8 лет в основном приходится на день, а со стажем менее 8 лет - нет постоянной суточной регулярности. Рацион питания у спортсменов смешанный (93 %), за исключением одной волейболистки из 1 группы, не употребляющей продукты животного происхождения (7 %). Никто из испытуемых не досаливает пищу. Регулярное употребление витаминов установлено у 36 % волейболистов первой группы, занимающихся спортом менее 8 лет. Средний объем потребляемой воды составляет от 1 до 2,5 л в сутки. Энергетические напитки изредка себе могут позволить только 2 спортсмена из второй группы. Овощи и фрукты едят все испытуемые с частотой 5-7 раз в неделю, чаще те, кто занимается спортом более 8 лет. Колбасные изделия употребляет 71 % испытуемых 1-й и 2-й групп, в среднем от 1 до 2-х раз в неделю. Большинство употребляют мясо, рыбу, молочные продукты с периодичностью 2-7 раз в неделю. С такой же частотой употребляют каши лишь 78 % студентов, причем чаще студенты 1-й группы, кто занимается спортом менее 8 лет. Макаронные изделия предпочитают также 78 % спортсменов: из 1 группы с периодичностью от 1 до 6 раз в

неделю, из 2 - от 1 до 3 раз в неделю. Картофель употребляют 86 % респондентов 1-6 раз в неделю. Сладкое могут себе позволить все испытуемые от 1 до 7 раз в неделю, причем 50 % общей массы - каждый день. Студенты, занимающиеся спортом менее 8 лет, употребляют хлебобулочные изделия каждый день, а более 8 лет - через день. У 3 студентов из 2 группы данные продукты в рационе отсутствуют. Фастфуд употребляет 71 % испытуемых, причем спортсмены 1-й группы в 2 раза чаще, чем 2-й. Чай/кофе пьют все волейболисты практически каждый день, а газированные напитки - 57 % студентов обеих групп от 1 до 4 раз в неделю.

Наиболее распространенными микроорганизмами (рисунок 1) в кишечнике всех спортсменов были бактерии рода Lactobacillus, Staphylococcus, Enterococcus, Bifidobacterium и семейства Enterobacteriaceae.

В каждой группе были свои особенности. У спортсменов, занимающиеся волейболом менее 8 лет, преобладали аэробы, Lactobacillus spp., Enterococcus, представители семейства Enterobacteriaceae, и немного анаэробы, Bifidobacterium spp.

У воллейболистов со стажем более 8 лет, микрофлора была разнообразней (в равной степени аэробы и анаэробы), чаще встречались Lactobacillus spp., Staphylococcus spp., Bacillus spp., Peptococcus spp. и Peptostreptococcus spp. Остальные микроорганизмы были в небольшом проценте встречаемости.

В большом количестве у студентов, занимающихся спортом более 8 лет, количество микроорганизмов (рисунок 2) было на несколько порядков больше, чем у волейболистов со стажем менее 8 лет. Это касается следующих микроорганизмов: Staphylococcus spp., Bacillus spp., Streptococcus spp., Peptococcus spp., Peptostreptococcus spp., представители семейства Enterobacteriaceae.

Исключение составляют дрожжевые грибы рода Candida, количество которых больше у молодых спортсменов. Остальные микроорганизмы находятся практически в равных значениях.

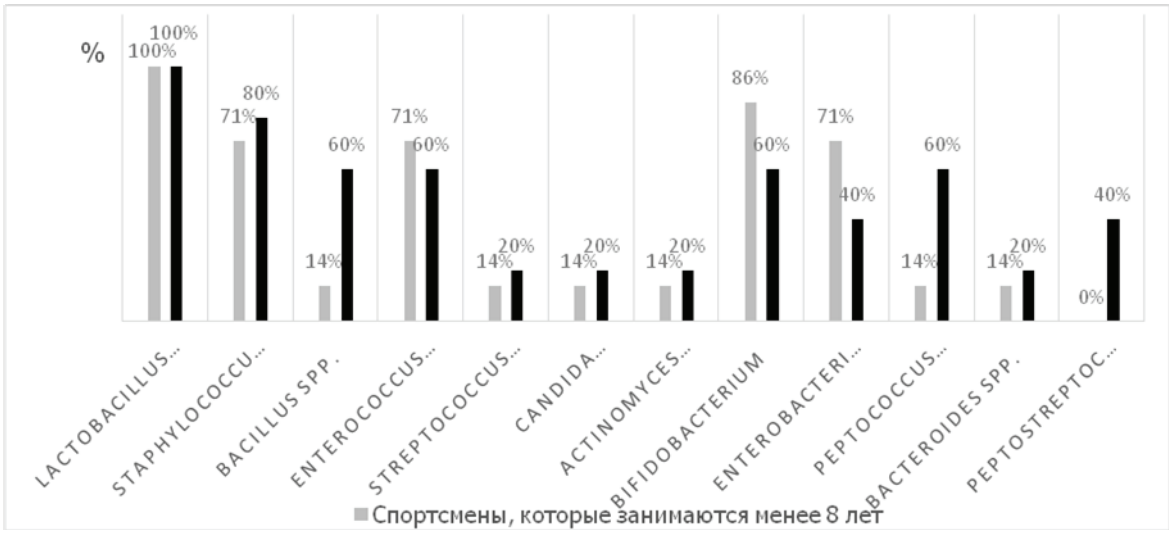


Рисунок 1 – Частота встречаемости микроорганизмов в кишечнике спортсменов, занимающихся волейболом менее и более 8 лет

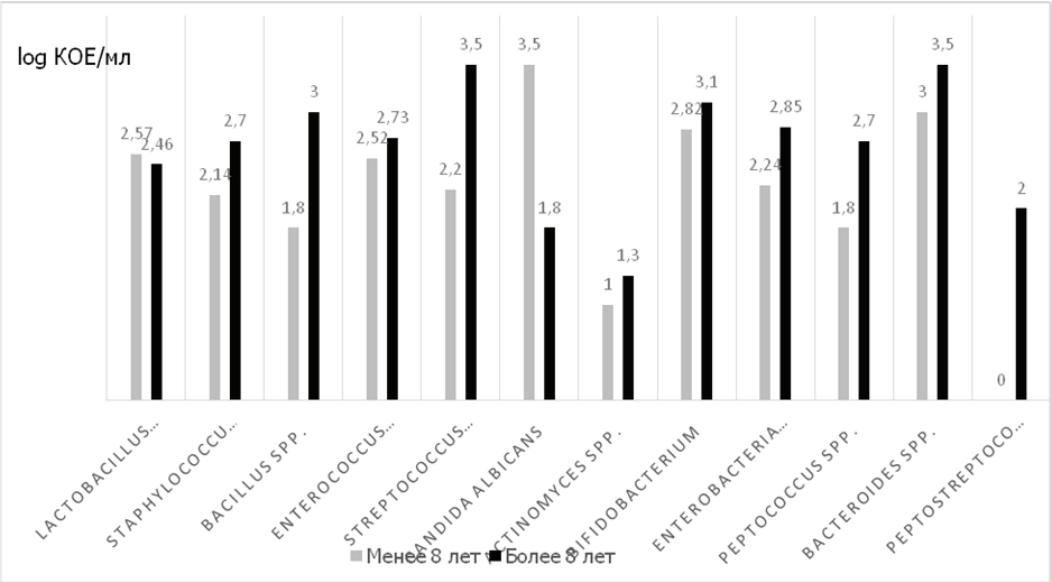


Рисунок 2 – Количество микроорганизмов в кишечнике спортсменов, занимающихся волейболом менее и более 8 лет

Заключение

Анкетирование показало, что у студентов, занимающихся спортом менее 8 лет, по сравнению со 2 группой отсутствует режим сна и отдыха, имеется склонность к депрессии и нервному перенапряжению, они чаще употребляют фастфуд, газированные напитки и предъявляют жалобы со стороны ЖКТ. Студенты, занимающиеся волейболом более 8 лет, уделяют большее внимание режиму сна, отдыха и питания, но реже принимают витамины и жалуются на проблемы с ногтями. Анализ микробиоценоза кишечника показал, что наиболее разнообразная микробиота по спектру и количеству выявлена у студентов, занимающихся спортом более 8 лет.

Литература

1. Оценка микробиоты верхних дыхательных путей у российских и иностранных студентов / Червинец Ю. В., Червинец В. М., Мокробородов А. А., Серегина А. С., Атхрейас В. Ш., Танежа Г., Беляева Е. А., Родионов А. А. //Верхневолжский медицинский журнал. – 2017. – №3. – С. 22-25.
2. Щенникова, М. В. Роль правильного питания и занятий спортом в процессе жизнедеятельности студента / М. В. Щенникова //Современные инновации. – 2017. – № 1 (15). – С. 20-21.
3. Микробиота кишечника: транслокация, эндогенная инфекция и полезные микробы / Осипов Г. А. // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. – 2011. – №4. – С. М25

УДК 616.12-008.33.1-085

Д. С. Мячина, 6 курс, лечебный факультет;
И. С. Добрынина, Ю. А. Котова, ассистент
ФГБОУ ВО Воронежский ГМУ им. Н. Н. Бурденко Минздрава России,
г. Воронеж, Россия
Кафедра поликлинической терапии и общей врачебной практики
Научный руководитель: к.м.н., доцент И. С. Добрынина

ОЦЕНКА ОСОБЕННОСТЕЙ КОМПЛАЕНСА У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЕМЕ

Артериальная гипертензия (АГ) относится к наиболее распространенным синдромам сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в экономически развитых странах [1, 2]. Несмотря на усилия ученых, врачей и организаторов здравоохранения артериальная гипертензия в России продолжает оставаться одной из наиболее значимых медико-социальных проблем медицины [3, 4]. Причинами неадекватного снижения артериального давления (АД) зачастую становится не только неправильно подобранная терапия АГ, но и не соблюдение приверженности пациентов к назначенному лечению [5]. В узком смысле под комплаентностью в лечении артериальной гипертензии понимают корректный прием назначенных врачом антигипертензивных препаратов (не менее 80 % должного).

Цель исследования: оценка в условиях первичного звена здравоохранения приверженности пациентов с гипертонической болезнью (ГБ) к антигипертензивной терапии.

Материалы и методы

В исследование включены 60 пациентов, из них 30 пациентов старше 60 лет и 30 пациентов моложе 60 лет, состоящие на диспансерном учете по поводу АГ в поликлинике №16 БУЗ ВО «ВГБ №16».

С помощью теста Мориски-Грина оценивали приверженность к гипотензивной терапии, анализ коморбидности осуществлялся по индексу коморбидности по Чарлсону. Статистическая обработка полученных результатов была выполнена на персональном компьютере с использованием стандартных статистических методов и пакета программ STATISTICA 6.0. Достоверными считали различия при $p<0,05$.

Результаты и обсуждение

Средний возраст обследованных пациентов составил 58,4±5,6 года. Длительность АГ, в среднем, составила 10,9±7,1 года. Средний показатель уровня систолического АД 150±20 мм рт. ст., диастолического АД 92±1,5 мм рт. ст. Уровень АД > 140/90 мм рт. ст. был диагностирован во время осмотра у 75 % пациентов.

При анализе факторов риска наиболее распространенными были гиперхолестеринемия и избыточная масса тела (рисунок 1).

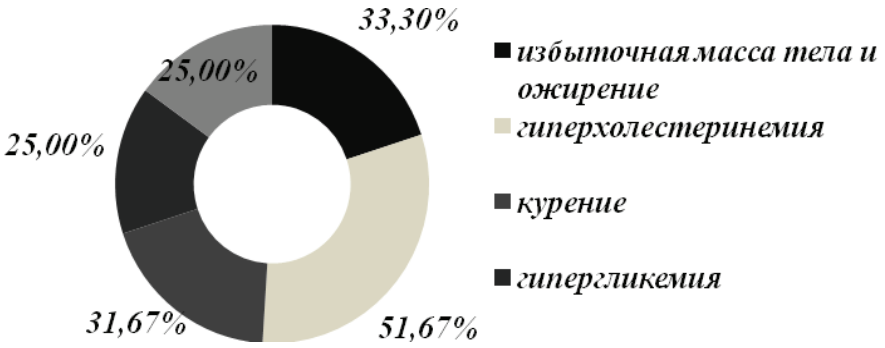


Рисунок 1 – Распространенность факторов риска в исследуемой группе

Среднее значение индекса массы тела составило 30±4,5 кг/м^2, причем у 33,3 % наблюдалась избыточная масса тела.

Среди обследуемых курили более 31% пациентов, из них каждая шестая – женщина трудоспособного возраста.

У женщин наиболее распространенными оказались такие факторы риска, как наследственность, повышенный уровень липидов крови и ожирение.

В группе мужчин преобладающими оказались следующие факторы риска ССЗ: ожирение и курение.

При изучении распространенности ассоциированных клинических состояний в исследуемой популяции наиболее часто встречались ишемическая болезнь сердца (стабильная стенокардия напряжения 1-2 класса (42 %)), ОНМК (13,3 %), у 16 пациентов (26,6 %) - ретинопатия, у 8 пациентов (13,3 %) –диабетическая нефропатия.

Индекс коморбидности Charlson в исследуемой группе составил 3,49±1,50 балла. У больных ГБ I стадии он был 3,76±1,33 балла, при II стадии ГБ - 4,15±1,30 балла, у больных III стадией ГБ - 4,25±1,48 балла.

В таблице 1 представлена частота назначения основных групп антигипертензивных препаратов пациентам на амбулаторном приеме.

Таблица 1 – Основные группы гипотензивных препаратов, назначаемых пациентам с АГ на исследуемом участке

Фармакологическая группа	Частота назначений, %
иАПФ	91,67
Бета-блокаторы	53,3
Диуретика	56,67
Антагонисты кальция (АК)	20
Блокаторы рецепторов ангиотензина (БРА)	11,67

Статины	46,67
Ацетилсалициловая кислота	70

Комплаенс пациентов к назначенной на амбулаторном этапе терапии оценивался согласно валидизированному опроснику Мориски-Грина. В оригинальной шкале каждый пункт оценивается по принципу «Да-Нет», при этом ответ «Да» оценивается в 0 баллов, а ответ «Нет» - в 1 балл. Комплаентными, согласно данному тесту, являются пациенты, набирающие 4 балла (то есть ответившие на данные вопросы «нет» более 3 раз), некомплаентными — менее 2 баллов, больные набравшие 3 балла - недостаточно приверженными. Только 13 (21,6 %) пациентов оказались приверженными по тесту Мориски-Грина (рисунок 2).

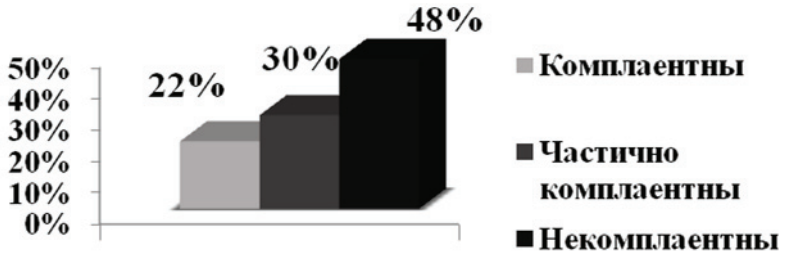


Рисунок 2 – Приверженность исследуемой группы к лечению, по шкале Мориски-Грина

По мнению самих пациентов, основными причинами низкой приверженности к лечению у 46 пациентов (76,6 %) стали финансовые затруднения, у 26 (43,3 %) – пропуск приема препарата по забывчивости.

В ходе работы проведен анализ приверженности пациентов к антигипертензивной терапии в зависимости от возраста. Пациенты в возрасте старше 60 лет оказались менее приверженными к антигипертензивной терапии (НПЛ) в сравнении с лицами в возрасте до 60 лет (p=0,0001). Среди пациентов с НПЛ преобладали мужчины (p=0,001). Уровень АД (как систолического, p=0,0001, так и диастолического p=0,001) у пациентов данной группы был выше, чем в группе высокоприверженных к лечению (ВПЛ). НПЛ реже принимали такие антигипертензивные препараты, как ИАПФ (p=0,08), АРА (p=0,001), АК (p=0,003) в сравнении с пациентами ВПЛ. Исключение составили бета-блокаторы, статины и диуретики, статистически значимых различий по этим фармакологическим группам выявлено не было(p>0,05).

Заключение

При анализе факторов риска наиболее распространенными у обследуемых стали гиперхолестеринемия и избыточная масса тела. У женщин наиболее распространенными оказались такие факторы риска, как наследственность, повышенный уровень липидов крови и ожирение. В группе мужчин преобладающими оказались следующие факторы риска ССЗ:

ожирение и курение. Только 21,6 % пациентов оказались приверженными по тесту Мориски-Грина. Пациенты пожилого возраста относились преимущественно к категории НПЛ. Основными причинами низкой приверженности к лечению у данной категории пациентов стали финансовые затруднения и пропуск приема препарата по забывчивости.

Литература

1. Пашков А. Н. Прогнозирование клинического течения артериальной гипертонии с учетом данных объемной компрессионной осциллометрии в общей врачебной практике / А. Н. Пашков, А. А. Зуйкова, Н. В. Страхова // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2013. – Т.12. - № 1. – С. 15-20.
2. Орлова Е. В. Оценка влияния школы здоровья на модифицируемые факторы риска артериальной гипертонии / Е. В. Орлова, Н. В. Тишкина // Вестник новых медицинских технологий. – 2010. – Т. 17. - № 2. – С. 293-295.
3. Изменение концентрации общего и лабильного цинка у пациентов с артериальной гипертензией на фоне приема препарата «Цинктерал» /Ю. А. Котова //Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 5. – С.114.
4. Возможности использования метода объемной компрессионной осциллометрии при выборе индивидуальной профилактической стратегии у больных артериальной гипертензией/ Н. В. Страхова, А. А. Зуйкова, Ю. А. Котова, Е. Ю. Есина, И. С. Добрынина //Прикладные информационные аспекты медицины. –2016. – Т.19. – № 2. – С.123-127.
5. Краснорцкая О. Н. Типы ремоделирования левого желудочка сердца у больных с гипертонической болезнью на амбулаторно-поликлиническом приеме: связь с полом, возрастом и метаболическими нарушениями/ О. Н. Краснорцкая, И. С. Добрынина, У. С. Труфанова//Кардиоваскулярная терапия и профилактика. –2015. – Т. 14, № S2. – С. 59.

УДК 618.1:616.62-008.22

Н. М. Надеева, Л. Н. Чертовикова, 6 курс, Е. В. Балезина, 5 курс, лечебный факультет
ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, г. Тюмень, Россия
Кафедра акушерства и гинекологии
Научный руководитель: к.м.н., доцент А. П. Горохов

РАССТРОЙСТВА МОЧЕИСПУСКАНИЯ В ДО- И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ЖЕНЩИН С ПРОЛАПСОМ ГЕНИТАЛИЙ

В последние годы наблюдается рост заболеваемости пролапсом гениталий во всем мире, приобретая масштаб скрытой эпидемии. Дизурические расстройства являются одной из основных жалоб, с которыми женщины обращаются за помощью к гинекологу. Пролапс гениталий часто сочетается с функциональными нарушениями со стороны смежных органов. Тесные анатомические связи между мочевым пузырем и стенкой влагалища способствуют влечению стенки мочевого пузыря при опущении передней стенки влагалища.

Цели исследования: изучить связь дизурических расстройств с пролапсом гениталий у женщин в до- и постоперационном периоде; выявить структуру и частоту встречаемости расстройств мочеиспускания, способы их устранения, взаимосвязь с основным диагнозом.

Материалы и методы

На основе ретроспективного анализа 206 историй болезни гинекологического отделения ОКБ №1 г. Тюмени.

Методы: анализ научной литературы по проблеме исследования; анализ статистических данных по заболеваемости АГ; метод математической обработки данных; обобщение.

Результаты и обсуждение

Было исследовано 206 историй болезни за два года (2015, 2016 гг.) с данной патологией и проведенной по ее поводу оперативным лечением, из них 183 (88 %) женщины находится в менопаузе и 23 (12 %) с сохраненной гормональной активностью. В общем, оперативному лечению подвергались женщины от 39 до 87 лет, средний возраст 64,3 года. За 2016 г. в структуре жалоб дизурические расстройства составляют 52,04 %. Из них после оперативного вмешательства от данных жалоб избавились 48,98 % женщин, и у 3,06 % они вновь появились в постоперационном периоде.

Хочется выделить 4,08 % женщин, у которых нарушения мочеиспускания появились только после операции. Задержка либо учащение мочеиспускания после оперативного вмешательства составляла у разных пациенток от 1 до 6 дней. Основную массу дизурических жалоб у пациенток с пролапсом гениталий составляли жалобы на задержку мочеиспускания (53,8 %), 28,8 % на частое мочеиспускание и 17,4 % на недержание мочи. При этих жалобах 41,2 % пациенток оперировались по поводу пролапса стенок влагалища, чаще всего это была передняя стенка в сочетании с цистоцеле; 37,2 % оперировались по поводу неполного пролапса матки и 21,6 % с полным выпадением. Выпадение задней стенки влагалища и ректоцеле в сочетании с жалобами на запоры, выявлено 2 случая.

За 2015 г. в структуре жалоб дизурические расстройства составляют 43,23 % от общего числа. Из них после оперативного вмешательства от данных жалоб избавились 39,8 %, у 2,8 % они вновь появились в постоперационном периоде, у 4,63 % возникли впервые. Так же, как и в 2016 г. наиболее частой жалобой была задержка мочеиспускания (46,94 %), 36,73 % жаловались на недержание мочи, и у 16,33 % оно было учащено.

Интересно, что в 2015 диагноз году опущение стенок влагалища при дизурических явлениях встречалось реже пролапса матки, на этот диагноз пришлось 27,5 %, тогда как на неполное выпадение 33,3 % и на полное 39,2 %.

В общей структуре диагноза без учета нарушения мочеиспускания преобладает неполное выпадение (41,6 %), далее полное выпадение матки (29,7 %) и меньше всего было сделано операций по поводу опущения стенок влагалища (28,7 %). Главной тактикой врача при задержке мочеиспускания в постоперационном периоде было введение катетера для удаления мочи из мочевого пузыря с одновременным введением уросептиков. Как правило, нарушение мочеиспускания имело преходящий характер и через 1-2 дня проходило самостоятельно. Если восстановление затягивалось, то приходилось прибегать к медикаментозной коррекции: удлинять сроки введения прозерина, а так же назначать спазмолитики. Если вышеперечисленного было недостаточно, то добавляли альфа-адреноблокатор тамсулозин, а также назначали физиотерапию. Таким женщинам давались рекомендации в виде приема отваров мочегонных трав, таких как лист брусничника, медвежьи ушки, мочегонные сборы, канефрон 7 дней, омник 2 нед., фурагин 10 дней.

Основной патогенез нарушения мочеиспускания при пролапсе гениталий заключается в том, что при выпадении матки или стенок влагалища, тянется вниз тазовая диафрагма, с которой связаны и матка, и мочевой пузырь. При этом происходит перерастяжение и увеличение в диаметре уретры и внутреннего сфинктера. Поэтому моча удерживается только на уровне наружного сфинктера, что и является причиной неудержания и недержания мочи. Во время оперативного лечения устраняется выпадение, фиксируется матка к передней брюшной стенке при ее наличии, за счет чего вытягивается и мочевой пузырь с уретрой. После этого уретра выглядит длиннее, чем она была в норме, и более растянута вдоль. Таким образом, женщине в постоперационном периоде, чтобы помочиться, приходится сильнее натуживаться, при этом она чувствует боль из-за близости послеоперационной раны.

Заключение

Из вышеуказанных цифр можно сделать вывод, что нарушение мочеиспускания нельзя более плотно связать с каким-либо конкретным диагнозом, будь то полный и неполный пролапс матки или опущение стенок влагалища. Почти каждая вторая женщина, обратившаяся к врачу, с пролапсом гениталий страдает от дизурических нарушений. С данной патологией оперативное вмешательство является наиболее эффективным методом коррекции этих нарушений при неэффективности консервативной терапии, несмотря на остаточные явления в раннем постоперационном периоде, которые можно купировать в первые дни. Таким образом, улучшается качество жизни пациенток, их психологическое состояние.

Литература

1. Камоева С. В., Савченко Т. Н., Иванова А. В., Абаева Х. А. Современные генетические аспекты пролапса тазовых органов у женщин // Акушерство, гинекология, репродукция. – 2013. – Т. 7, № 1. – С. 17-20.
2. Ильина И. Ю., Доброхотова Ю. Э. Нехирургические методы коррекции пролапса гениталий и нарушения мочеиспускания // Гинекология. – 2016. – №2. – С. 28-31.
3. Веропотвелян П. Н., Цехмистренко И. С., Веропотвелян Н. П., Гацелюк С. В. Стратегический взгляд на факторы риска пролапса гениталий и способы их коррекции // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2016. – № 3. – С. 66-74.
4. Перепанова Т. С., Хазан П. Л. Современные подходы к терапии урогенитальных расстройств у женщин в постменопаузе // Акушерство, гинекология, репродукция. – 2011. – Т. 5, №1. – С. 9-13.
5. Царев О. А., Анисимов А. Ю., Захаров Н. Н. Прогнозирование осложненного клинического течения варикозной болезни вен нижних конечностей на основании фенотипических признаков дисплазии соединительной ткани // Saratov Journal of Medical Scientific Research. – 2015. – Т. 4, №4. – С. 587-591.
6. Форстер О. В., Шварц Ю. Г. Существует ли взаимосвязь между степенью дисплазии соединительной ткани, «инфекционным грузом» и фибрилляцией предсердий у больных ишемической болезнью сердца? // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2004. – №3, ч.2.

УДК 616.718.4-001.5(471.331)

Ф. А. Наджафов, Н. В. Поляков, 5 курс, лечебный факультет; Н. С. Марасанов
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра травматологии и ортопедии
Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. С. Марасанов

ПЕРЕЛОМ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ Г. ТВЕРИ

В настоящее время одной из актуальных проблем травматологии остается лечение переломов проксимального отдела бедренной кости. Ежегодно у 1,5 миллионов человек в мире диагностируют переломы этой локализации. Частота данной патологии неуклонно растет как в развитых, так и в развивающихся странах, что связано с урбанизацией и увеличением средней продолжительности жизни. Так по расчетам ВОЗ, к 2025 году ожидается увеличение количества пострадавших с этой локализацией переломов до 2,6 миллионов, а к 2050 году до 4,5 миллионов человек в год. Учитывая, приведенные выше показатели, данная проблема является весьма актуальной.

При прогнозировании возможности перелома у пациента выделают как специфические факторы, обусловленные анатомическими и физиологическими особенностями, так и неспецифическими, связанные с сопутствующей патологией и бытовыми условиями.

К первой группе можно отнести снижение минеральной плотности костной ткани, характерное для лиц пожилого и старческого возраста. При сенильном остеопорозе уменьшается костная масса на единицу объема кости. Такая потеря костной ткани ведет к переломам без травм или после легких травм.

К категории неспецифических, но крайне важных факторов, относят старческую деменцию, снижение или утрату зрения, вестибулопатии, атаксию, возможные побочные эффекты применения ряда препаратов. Существенно повышает риск переломов шейки бедра склонность к падениям из-за мышечной слабости и нарушений координации движения. Так, по данным ЦИТО, у пожилых лиц, имеющих неоднократные падения в анамнезе, риск переломов повышается в 6 раз.

Цель исследования: проанализировать различные методики и алгоритм лечения пострадавших с переломами проксимального отдела бедренной кости для выбора оптимального способа лечения.

Материалы и методы

Проведен анализ 44 историй болезней пациентов с данной патологией, проходивших лечение в травматологическом отделении ГКБ №1 г. Твери с января по апрель 2016 года.

Результаты и обсуждение

В структуре обследуемых больных преобладали женщины – 32 (73 %), количество мужчин составило 12 (27 %). В возрасте до 65 лет было 14 пациентов (32 %), старше 65 лет – 30 человек (68 %), что совпадает с литературными данными, говорящими об увеличении частоты переломов проксимального отдела бедра в пожилом и старческом возрасте.

Оперативное лечение было проведено 17 больным, что составило 38 %. Интрамедуллярный остеосинтез выполнен лишь у одного пациента (6 %), остеосинтез при помощи пластины с угловой стабильностью выполнен у шести пациентов (35 %), применение динамического бедренного винта было выбрано в семи случаях (41 %). Помимо этого, троим пациентам, лечившимся в травматологическом отделении ранее, были удалены металлофиксаторы (18 %).

Консервативно лечились 23 человека – 52 %, 2 человека отказались от лечения – 5 %, а 2 пациента были переведены в другие учреждения – 5 %.

Выбор тактики лечения зависел от того, имелось ли смещение костных отломков. Перелом проксимального отдела бедренной кости без смещения костных отломков был у 19 пострадавших (43 %). При этом варианте травмы в 2 случаях был применен остеосинтез пластиной с угловой стабильностью, в 4 случаях – динамический бедренный винт. 9 пациентов получали консервативное лечение. Трем пациентам было противопоказано оперативное лечение, в связи с сопутствующей патологией. Один пострадавший отказался от лечения.

Перелом проксимального отдела бедренной кости со смещением костных отломков был у 22 больных (50 %). В 4 случаях выполнен остеосинтез пластиной с угловой стабильностью, в 3 случаях – динамическим бедренным винтом. 2 пациента были переведены в другие медицинские учреждения. 12 пациентам было противопоказано оперативное вмешательство в связи с сопутствующей патологией, поэтому они получали консервативное лечение. Один отказался от лечения.

Проведя данное исследование, можно утверждать, что причиной возникновения перелома проксимального отдела бедренной кости всегда является травма. Интенсивность травмирующего фактора, вызвавшего перелом, может быть различной. Так, у лиц пожилого и старческого возраста даже низкоэнергетический травмирующий фактор нередко вызывает перелом.

Данная патология у женщин встречается значительно чаще, чем у мужчин. Ввиду этого, следует проводить профилактическое лечение остеопороза у женщин старше 50 лет.

Оперативный метод лечения переломов проксимального отдела бедренной кости способствует более ранней стабилизации костных отломков, быстрейшей активизации пациента и снижению риска развития осложнений у пациентов пожилого возраста, связанных с неподвижным положением в постели. В то же время не следует забывать о возможности развития послеоперационных осложнений и о рисках, возникающих при проведении общей анестезии.

Заключение

Лечение перелома проксимального отдела бедра зависит от возраста, типа перелома, наличия сопутствующих заболеваний.

Литература

1. Зацепин С. Т. Костная патология взрослых – М.: Медицина, 2001. – 639 с.

2. Неверов В. А. Хирургическое лечение переломов шейки бедренной кости. - 2001. – 247 с.
3. Родионова С. С. Руководство по остеопорозу / Под ред. Беневоленской Л. И. – М.: Бином, 2003. –523 с.
4. Особенности эндопротезирования при переломах шейки бедренной кости / Лазарев А. Ф., Солод Э. И., Рагозин А. О. и др. // Эндопротезирование в России. – 2007. – Вып.3. – С. 236-245.

УДК 616.31-073.75

Е. Д. Наумова, 3 курс, стоматологический факультет
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра лучевой диагностики с курсом лучевой диагностики ФДПО,
интернатуры и ординатуры
Научный руководители: ассистент Е. И. Кочергина

РАДИОВИЗИОГРАФИЯ В СТОМАТОЛОГИИ

Одной из стремительно развивающихся областей медицины является стоматология. Для лечения и диагностики заболеваний зубов применяются новейшие технологии. В настоящее время в стоматологии широкое распространение получил метод цифровой стоматологической рентгенодиагностики – радиовизиография.

Цель исследования: анализ возможностей и перспектив радиовизиографии в стоматологии.

Материалы и методы

Выполнен анализ литературных данных, сравнение радиовизиографии с другими методами компьютерно-дистальной рентгенографии

Результаты и обсуждение

Радиовизиограф – это аппарат, который позволяет делать снимки челюсти отдельных зубов и передавать изображение на компьютер.

Впервые метод получения цифрового (дигитального) рентгеновского изображения был разработан и реализован фирмой «Trophy» в 1987 г. Тогда же было запатентовано и название этого метода. Первая российская публикация, описывающая принципы получения изображения и устройство радиовизиографа, появилась в 1990 г.

Стоматологическая радиовизиография регистрирует снимок на матрице, обладающей высокой чувствительностью к рентгеновским лучам. Полученный снимок переводится на экран компьютера и затем может быть распечатан на бумагу. С помощью этого метода лучевая нагрузка снижается в несколько раз. Но, тем не менее, при исследовании всегда используются средства защиты - специальные фартуки, накидки, отгораживающие ширмы. За счет высокой чувствительности датчика время экспозиции становится минимальным, а значит время воздействия на пациента снижается на 90 %, т. е. 10 снимков на радиовизиографе приравниваются по дозе облучения к 1 снимку на рентгеновской пленке. Исключается необходимость в рентгеновской пленке и химикатах. Моментальное получение изображения на мониторе компьютера позволяет сразу сделать повторный снимок, не затрачивая время на проявление и сушку пленки. Компьютерная обработка изображения позволяет врачу получить всю необходимую информацию и в присутствии больного обсудить ситуацию, наметить ход дальнейших действий.

Кроме того, врач имеет возможность работать с полученным изображением:

- регулировать резкость, яркость, контрастность;
- выделять ткани одинаковой плотности с помощью цветового насыщения снимка;
- измерять расстояние, в том числе по кривой линии, с точностью до 0,1 мм;

- вести картотеку по всем пациентам и сохранять в памяти любое количество снимков;
- прогнозировать и демонстрировать конечный результат лечения, сравнивая предыдущие данные, заложенные в компьютер.

Преимущества компьютерной радиовизиографии при использовании в стоматологической практике:

1. Безопасность. Значительно снижается лучевая нагрузка на пациента по сравнению с пленочной рентгенографией (для дентальных примерно на 95 % , то есть в 17-20 раз).
2. Скорость. Время получения готового изображения сокращается до нескольких секунд, что особенно актуально при проведении эндодонтического вмешательства.
3. Качество. Современные датчики имеют разрешающую способность гораздо выше, чем у пленки. В связи с этим, наличие качественно сделанного RVG-снимка позволяет отказаться от дополнительных уточняющих дентальных снимков, поскольку можно увеличить и выделить любой фрагмент без потери качества.
4. Комфорт. Мобильность аппаратуры, ее размещение в непосредственной близости к стоматологической установке создают дополнительный комфорт для пациента и врача.
5. Наличие цифрового изображения позволяет тиражировать снимки в неограниченном количестве. Цифровая рентгенограмма может быть отредактирована для наилучшего зрительного восприятия изображения (оптимизация изображения).

Просмотр цифрового RVG-снимка осуществляется на мониторе персонального компьютера, что обеспечивает возможность совместной работы сразу нескольких специалистов. Опции программы позволяют прямо на экране осуществлять измерения и планировать лечение с использованием графического редактора.

Часто в противовес радиовизиографии сопоставляют метод ортопантомографии (ОПТГ) – рентгенологическое исследование, позволяющее получать развернутое изображение всех зубов с челюстями, прилежащими отделами лицевого скелета. Суть метода заключается в прохождении рентгеновских лучей через объект при противоположном движении трубки и датчика. На снимке появляется четкое изображение зубочелюстной системы, а другие объекты получаются размытыми. Т.е. данный метод позволяет получить снимок лишь определенного участка, невозможно оценить объемы образований. Существует еще несколько отрицательных аспектов, например:

- неодинаковая степень увеличения получаемого изображения;
- невозможность определения толщины десны;
- деформация анатомических структур по типу наслаивания контуров коронковой части рядом стоящих зубов;
- невозможность определения наличия и размеров мягкотканных образований в верхнечелюстных пазухах;
- невозможность определения толщины, конфигурации и наклона альвеолярных отростков верхней и нижней челюстей;

- невозможность определения наличия поднутрений с язычной и вестибулярной поверхности нижней челюсти;
- невозможность определения расположения нижнечелюстного канала и дна верхнечелюстных пазух в горизонтальной (аксиальной) плоскости в толще кости для представления о взаимоотношении перечисленных анатомических структур и зубов.

Метод радиовизиографии лишен всех недостатков ОПТГ, он дает возможность выявить положение, форму, размеры, строение всех элементов зубочелюстной системы, челюстно-лицевой области.

Относительно стоимости услуги, можно отдать предпочтение ОПТГ. Однако качество рентгеновского снимка намного будет уступать из за немалого количества нюансов в проведении методики, а также, ряда ошибок, искажений изображения, наложений структур и т. д. В таком случае, появляется необходимость в повторном получении изображения исследуемой области, что негативно отразиться на здоровье пациента, так как возрастает доза облучения (повторная процедура при помощи радиовизиографии, так как повторный снимок, как правило, при помощи ОПТГ не проводится, нужна более четкая картина). Кроме того, цифровая обработка изображения на компьютере открывает огромные возможности для диагностики. Например, используя денситометрию на основании гистограмм, можно обнаружить плохо видимые каналы, неопределяемые на рентгеновском снимке, оценить полноценность их пломбирования, отличить обломки металлических инструментов в канале от пломбировочного материала.

Помимо перечисленного, непосредственный плюс радиовизиографа – размещение аппарата в кабинете стоматолога, рядом с креслом пациента, что дает возможность исследовать интересуемый участок в ротовой полости на месте.

Заключение

Развитие радиовизиографии в Тверской области поможет возникновения принципиально нового подхода к диагностике и лечению заболевания. При наличии опыта работы стоматолога с данным аппаратом позволит избежать рецидивов заболеваний, вовремя следить за состоянием полости рта пациента и значительно экономит затраты на лечение в будущем.

Литература

1. Рабухина Н. А. Современное состояние челюстно-лицевой рентгенологии // Новое в стоматологии. – 2008. – № 7. – С. 7-12.
2. Чибисова М. А. Цифровая и пленочная рентгенография в амбулаторной стоматологии/ СПб.: ООО «МЕДИ издательство», 2004. – 150 с.
3. Мчедлидзе Т. Ш., Касумова М. К., Чибисова М. А., Дударев А. Л. Трехмерный дентальный компьютерный томограф 3DX Accuitom/FPD – диагностика XX1 века/ СПб.: ООО «МЕДИ Издательство», 2007. – 144 с.
4. Васильев, А. Ю. Лучевая диагностика в стоматологии / А. Ю. Васильев, Ю. И. Воробьев, В. П. Трутень. — М.: Медицина, 2007. — 125 с.

УДК 616.314-089.28/.29

А. Н. Некрасов, врач; Д. О. Соколов, 5 курс, стоматологический факультет;
А. М. Васильев, ассистент, С. Б. Иванова, доцент
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедры ортопедической и хирургической стоматологии
Научный руководитель: д.м.н., профессор В. Н. Стрельников

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ АНАТОМИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ЗУБОВ И БИОТИПА ПАРОДОНТАДЛЯ ПЛАНИРОВАНИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОТЕРИ ЗУБОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИСКУССТВЕННЫХ ОПОР

После операции удаления зуба неизбежны атрофические изменения слизистой оболочки и альвеолярной кости. Это негативно влияет на условия протезирования, особенно с применением внутрикостных опор. Для прогноза степени атрофии и при необходимости своевременного планирования пластики мягких тканей важно определить биотип пародонта, который влияет на особенности течение воспаления и регенерацию после травмы [3] .

Для риска существенной атрофии имеет значение к тому же топография зубов, которая определяет особенности их кровоснабжения. Наиболее часто атрофия слизистой возникает в области выступающих корней с вестибулярной стороны. При этом важное значение имеют особенности гистологического строения, кровообращения пародонта, т.е. определение пародонтального фенотипа [5, 6]. Прикрепленная десна, которая располагается непосредственно над альвеолярной костью, варьирует по толщине у разных людей и у разных зубов.

Х. П. Мюллер различает два биотипа десны: толстый и тонкий [5].

Толстый биотип. Характерна толстая (1,5 мм) и широкая (3-5 мм) десна, широкие межзубные промежутки, чаще квадратные передние верхние зубы, отсутствует склонность к рецессии. В этом случае толстый слой альвеолярной кости перекрывает корни зубов с губной или щечной стороны, и соответственно перекрывающие его ткани десны будут толстыми. Травма и острое воспаление десны будет скорее приводить к образованию пародонтальных карманов, чем к рецессии десны, в качестве манифестации потери прикрепления, реже десневой край необратимо повреждается и кровоточит. Обычно ему соответствует отсутствие фестончатости десневого края, коронковые части зубов частично прикрыты десной.

Тонкий биотип. При нем узкая и тонкая десна (менее 1 мм), гирляндообразная форма альвеолярного отростка, часто узкие или треугольные передние зубы. Тонкий слой альвеолярной кости располагается с губной стороны зубов, соответственно перекрывающая его прикрепленная десна будет тонкой. В результате травмы десны от процедур будет происходить рецессия десны с обнажением цементно-эмалевой границы и поверхности корня. Для тонкого биотипа характерно значительное обнажение клинических коронок зубов, выраженная фестончатость десны. Тонкая десна часто располагается над щелевидными или окончатыми дефектами кости [5].

Толщину десневого края можно оценить аккуратно вводя пародонтальный зонд в бороздку, отмечая смещение ткани или просвечивание зонда сквозь десну. При наличии толстой десны смещение будет едва заметно или совсем отсутствовать, а зонд – практически невидим [6].

Толщина прикрепленной десны в совокупности со структурой альвеолярной кости позволяют прогнозировать атрофические изменения слизистой и кости [2, 5]. При толщине десны менее 1,5-2,0 мм просвечивает любая конструкция, как на титановых абатментах, так и на оксиде циркония, существенно нарушая эстетику, поэтому толщина кератинизированной десны на этапе протезирования должна быть не менее 1,5 мм. Особенности строения пародонта необходимо учитывать как при планировании комплексного лечения, так и при выполнении врачебных манипуляций на каждом его этапе [7].

Кроме биотипов, выделяют различное расположение альвеолярного костного гребня относительно тканей десны [3, 4].Термин «биологическая ширина» (БШ) обозначает комплекс десневых тканей вокруг зуба, который располагается над альвеолярной костью. Гистологически он включает в себя соединительную ткань и прикрепленный к зубу эпителий. Некоторые исследователи включают в БШ и десневую бороздку со свободным эпителием. Границы и средние размеры БШ установили A.Gargiulo с соавт. в исследовании на удаленных зубах. J. S. Vacek с соавт. [7] определили, что в среднем размер БШ - 2 мм, так же как и в исследовании A. Cargiulo. При этом БШ у некоторых людей может быть узкой (до 0,75 мм) или широкой (до 4,3 мм), а размер БШ у моляров в среднем на 0,33 мм больше, чем у передних зубов. Средние размеры БШ составляют: 1,07 мм (прикрепленная соединительная ткань) + 0,97 мм (прикрепленный эпителий) = 2,04 мм. Размер десневой бороздки - 0,69 мм [7]. Необходимо провести два исследования зубодесневого комплекса с помощью пародонтального зонда. Первое исследование проводят с вестибулярной, а второе – с проксимальной стороны зубов. В идеале для передних зубов должно получиться с вестибулярной стороны 3 мм, а с проксимальных сторон около 4мм при наличии соседних зубов. Такие результаты получаются в 85 % случаев и свидетельствуют о нормальном положении альвеолярного гребня [4]. Низкое положение альвеолярного гребня наблюдается, если расстояние до альвеолярного отростка более 3 мм с вестибулярной стороны и более 4 мм с проксимальных сторон. При сочетании высокого положения альвеолярного гребня и тонкого биотипа тканей пародонта заживление может протекать неполноценно, возможна рецессия маргинальной десны, дефекты десневых сосочков.

При клинических исследованиях была установлена корреляция между анатомической формой зубов и параметрами десны. При прямоугольной форме коронки зуба убыль десневых сосочков происходила гораздо в меньшей степени, чем при треугольной [1, 5]. Значительная атрофия межзубного сосочка существенно нарушает эстетику протезирования, вызывая появление «черных треугольников». Наиболее важные факторы, оказывающие прямое влияние на их появление: скученное положение зубов, высокий десневой контур, треугольная форма коронок, угол наклона корней зубов друг к другу, заболевания пародонта с потерей прикрепления. Пациенты после ортодонтического лечения имеют тонкую вестибулярную компактную пластинку, к тому же ортодонтическое лечение может перевести

толстый тканей биотип в тонкий, усложняя хирургическое лечение. Для предупреждения нарушений эстетики при протезировании на внутрикостных имплантатах нужно планировать пластику мягких тканей, которая в зависимости от клинических условий проводится до имплантации, во время ее или при раскрытии имплантата. В настоящее время десневая и костная пластика не нужна только 10 % пациентов, которым проводится имплантация[1].

Частота разной анатомической формы зубов и ее взаимосвязь с параметрами пародонта как в России, так и Тверской области до сих пор не изучались.

Цель исследования: изучить частоту встречаемости различных форм анатомических коронок передних зубов и биотипов пародонта у пациентов в Твери и Тверской области при подготовке к внутрикостной имплантации.

Результаты и обсуждение

Было обследовано 64 пациента в возрасте от 34 до 68 лет, среди них 39 женщин и 25 мужчин. У 24 пациентов передние зубы имели прямоугольную, у 26 – овальную (бочкообразную) и у 14 – треугольную форму. Среди обследованных пациентов у 34 (53,12 %) был толстый биотип десны по Х. П. Мюллеру, у оставшихся 31 - тонкий (46,88 %) [5]. Аналогичные данные получены и при определении биотипа по М. Уайзу [6]. Расположение вершины альвеолярного гребня относительно поверхности десны по J. C. Kois [4] у 51 (79,67 %) было нормальным (около 3 мм с вестибулярной стороны и 4 мм с проксимальных сторон при наличии соседних зубов), у 8 пациентов низким (более 3 мм и 4 мм соответственно) – 12,51 %, а у оставшихся 5 (7,82 %) высоким (менее 3 и 4 мм). У пациентов с треугольной формой коронок передних зубов наиболее часто встречались тонкий биотип пародонта (13 человек/92,86 %) и высокое положение вершины альвеолярного гребня по J. C. Kois [4] (5 чел/100 %). Но у одного пациента с такими зубами был толстый биотип. При прямоугольной форме зубов у 17 из 24 пациентов (70,83 %) и овальной - у 16 из 26 пациентов (61,54 %) обнаружен толстый биотип пародонта, а тонкий биотип соответственно реже. Расположение вершины альвеолярного гребня относительно поверхности десны по J. C. Kois [4] при такой форме зубов было нормальным и низким.

Заключение

Результаты обследования пациентов с треугольной формой зубов вполне соответствует литературным данным [1, 5], но в других группах обнаружены неоднозначные отличия. Проведенные исследования показали, что в подавляющем большинстве случаев при прямоугольной и овальной форме зубов у пациентов был толстый биотип пародонта в сочетании с нормальным и низким положением вершины альвеолярного гребня. Для пациентов с треугольной формой зубов характерно только высокое положение гребня и преимущественно тонкий биотип. Такие клинические особенности требуют более детального обследования и планирования неизбежной пластики мягких тканей десны для успешного прогноза ортопедического лечения на внутрикостных имплантатах.

Литература

1. Бениашвили Р. М., Кулаков А. А., Гурин А. Н., Григорьянц Л. А., Комлев В. С., Семкин В. А. Десневая и костная пластика в дентальной имплантологии/ М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2017. – 239 с.
2. Грудянов, А. И. Обследование лиц с заболеваниями пародонта [Текст] / А. И. Грудянов // Пародонтология. – 1998. – № 3. – С. 8-13.
3. Kao, R. T. Thick vs. thin gingival biotypes: a key determinant in treatment planning for dental implants [Текст] / R. T. Kao, M. C. Fagan, G. J. Conte // J. Calif. Dent. Assoc. – 2008. – Vol.36. – №3. Mar. – P. 193-198.
4. Kois, J. C. Relationship of the periodontium to impression procedures [Текст] / J. C. Kois, R. T. Vakay // J. Compendium of Continuing Education in Dentistry. – 2000. – Vol.21. – № 8 Aug. – P. 684-692.
5. Мюллер, Ханс-Петер Пародонтология [Текст] / Х.-П. Мюллер. – Львов: ГалДент. – 2004. – 256 с.
6. Уайз, М. Ошибки протезирования. Лечение пациентов с несостоятельностью реставраций зубного ряда [Текст] / М. Уайз. – М.: Азбука. – 2005. – т.1. – С. 28-197.

   Vacek, J. S. The dimensions of the human dentogingival junction [Текст] / J. S. Vacek, M. E. Gher, D. A. Assad // Int. J. Periodontics Restorative Dent. – 1994. – Vol.14. – №2. – P. 154-165.

УДК 616.24-006

А. А. Некрасова, Н. С. Плюхликова, Я. Д. Ушаков, 3 курс, педиатрический факультет
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра патологической анатомии
Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. Е. Серова

ГАМАРТОМА ЛЕГКОГО

Гамартия (перевод с греч. – недостаток, погрешность) – аномалия развития, заключающаяся в неправильном соотношении тканей в анатомических структурах или появлении остатков зародышевых образований, отсутствующих в норме в зрелом организме. Гамартома – частный вид гамартии, представляет собой опухолевое образование, возникающее в результате эмбрионального развития органов и тканей, отличающихся неправильным их расположением и степенью дифференцировки. Хрящевую опухоль легкого впервые описал немецкий врач Германн Леберт в 1845 году. Термин «гамартома» был предложен немецким патологоанатомом Е. Альбрехтом в 1904 г. Гистологическую структуру и макроскопическую картину гамартом изучали Р. Вирхов, Г. Киари. Сообщения о прижизненном обнаружении хрящевых опухолей легких появились в начале XX века, что было связано с развитием рентгенологии, и уже к 1926 году насчитывалось 40 случаев этой патологии. В настоящее время в мировой медицинской литературе термин «гамартома» применяется, как правило, в отношении новообразований легкого.

До настоящего времени открыт вопрос о гистогенезе гамартомы: «что это - опухоль «de novo» или результат дисэмбриопластического процесса?». Ежегодные обследования людей позволяют выявлять гамартомы, которые протекают бессимптомно и случайно обнаруживаются на рентгенограммах (флюорограммах) легкого в виде небольшой округлой тени. У пациентов с гамартомой долгое время не наблюдается клинических симптомов.

Цель исследования: изучить клинические и морфологические проявления гамартомы легкого.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ архивного материала и 76 протоколов патологоанатомических вскрытий за период с 2001 по 2016 гг. на базе патологоанатомического отделения ГБУЗ «ДОКБ».

Результаты и обсуждение

При изучении медицинской документации было обнаружено только одно наблюдение с диагнозом «массивная гамартома из поперечнополосатых мышечных волокон в нижней доле правого легкого».

В данном клиническом случае у мальчика, прожившего 11,5 месяцев, имели место множественные врожденные пороки развития бронхолегочной, сердечно-сосудистой, костно-суставной и центральной нервной системы, а также атрофически-гиперпластические процессы в кроветворной системе. Причиной смерти послужила хроническая сердечно-легочная недостаточность и врожденные пороки развития, несовместимые с жизнью. По литературным данным, гамартома легких в 2-4 раза чаще встречается у лиц мужского пола и

диагностируется в третьем-четвертом десятилетии жизни. Факторами риска выступают генетическая предрасположенность, генные нарушения, длительное воздействие на организм будущих родителей мутагенов. В легких среди доброкачественных новообразований, составляющих от 83,2 % до 92,8 %, в 60 % случаев обнаруживают гамартому различных типов строения. Такой патологический процесс не имеет тенденции к прогрессирующему росту.

Большинство ученых склонны считать гамартому пороком развития легкого, возникающего вследствие нарушения бронхиальной закладки и опухолеподобным ростом тканевых компонентов в эмбриональном периоде. Компоненты гамартомы идентичны тканям легкого, но отличаются степенью дифференцировки и неправильным их расположением. Соединительные, гладкомышечные и хрящевые компоненты гамартомы развиваются из зародышевой ткани (мезенхимы). Эпителиальные структуры могут вовлекаться вторично из окружающей легочной ткани в процессе роста опухоли или из мезодермальных и энтодермальных зачатков бронха. Согласно классификации ВОЗ, гамартома относится к классу «опухолевидные поражения и кисты».

Выделяют эндобронхиальную и периферическую гамартомы. По признаку преобладания ткани в гамартоме различают: хондроматозную (в 50 % случаев), липоматозную, лейомиоматозную, фиброматозную, ангиоматозную и органоидную, в которой сочетаются различные типы тканей. По локализации они бывают субплевральными, внутрилегочными и эндобронхиальными. В источниках литературы описывают типичную макроскопическую картину гамартомы, которая представляет собой одиночный узел округлой формы, размерами от 0,5 до 5 см, с гладкой или мелкобугристой поверхностью, эластичной или плотно-эластичной консистенции, с полупрозрачной псевдокапсулой, на разрезе дольчатого вида, беловато-серого цвета, с желтоватыми прослойками.

Морфологическое строение гамартомы гетерогенно и имеет разноликий гистологический пейзаж: имеет место сочетание хондроидной, жировой, фиброзной, гладкомышечной ткани в различных соотношениях, с наличием железистоподобных, сосудистых и эпителиальных структур. В нашем наблюдении 9/10 объема нижней доли правого легкого было представлено тканью белесоватого цвета однородной консистенции с четкими границами, размерами 5×4 сантиметров. При патогистологическом исследовании материала установлено, что гамартома состояла из поперечнополосатых мышечных волокон, идущих в разных направлениях.

Заключение

Трудность верификации диагноза «гамартома легкого» заключается в отсутствии патогномоничных критериев и указывает на необходимость тщательного обследования больного с использованием дополнительных инструментальных методов. Обязательное морфологическое исследование на дооперационном этапе позволит уточнить имеющуюся патологию в легком.

Литература

1. Васильев С. А., Бурков В. П. Быстрорастущая гамартома легкого // Вопросы онкологии, – 2016. – Т.37. – №4. – С. 500-502.

2. Васильев Н. В., Самцов Е. Н. Гамартома легких: предмет исследования и опыт наблюдения // Сибирский онкологический журнал. – 2008. – №3. – Т. 27.
3. Фалилеев Г. В. Гамартома // Большая медицинская энциклопедия, 2015. – Т. 4. – С. 576.
4. Гамартома, гамартия, гамартобластома // Большая медицинская энциклопедия, 2014. – С. 697.

УДК 616 – 001.17

К. С. Нестеренко, А. В. Василевская, 3 курс, педиатрический факультет;
А. М. Морозов
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра общей хирургии
Научный руководитель: ассистент А. М. Морозов

ОЖОГИ – МИФЫ И РЕАЛЬНОСТЬ

Этиология ожогов различна, однако, самыми распространенными являются термические. Каждый человек хотя бы раз в жизни получал термический ожог.

Главная проблема состоит в том, что пострадавшие не обращаются за медицинской помощью своевременно, получив ожог. Человек предпочитает лечить повреждение дома, используя подручные домашние методы. Итог у такого лечения, как правило, один: самолечение ожогов дома приводит к более серьезным осложнениям.

Как показывает практика, большинство людей, пострадавших от ожогов обращаются за медицинской помощью только тогда, когда самолечение не только не принесло улучшений, но и привело к осложнениям.

Цель исследования: выяснить осведомленность людей о том, как правильно действовать при ожогах различной степени тяжести.

Материалы и методы

В ходе настоящего исследования было проведено анкетирование студентов 3 курса лечебного, стоматологического и педиатрического факультетов Тверского ГМУ. В данном анкетировании приняло участие 150 студентов (99 человек - женщины, 51 человек - мужчины), по 50 человек с каждого из анкетируемых факультетов. Возрастная категория студентов от 18 до 24 лет.

Анкетирование было направлено на выявление знаний и заблуждений о том, как же помочь пострадавшему от ожога, не навредив ему при этом еще больше. Участникам анкетирования было дано единственное задание, которое звучало следующим образом: выберите средства, которые нужно использовать для оказания первой помощи и лечения термических ожогов:

- «Пантенол» (верный ответ)
- Сметана
- Белок сырого яйца
- Холодная вода (верный ответ)
- Тертый картофель
- Растительное масло
- Мед
- Спирт
- Асептические повязки (верный ответ)
- Капустный лист

- Алоэ
- Мази на основе вазелина

Результаты и обсуждение

В результате анкетирования было выяснено, что почти все опрошенные (90 % с лечебного, 86 % с педиатрического и 88 % со стоматологического факультетов) выбрали бы для лечения ожогов «Пантенол».

Холодную воду, как способ первой помощи, выбрало 70 % опрошенных с лечебного, 54 % с педиатрического и 66 % со стоматологического факультетов.

Асептические повязки для лечения ожогов выбрало меньше половины анкетируемых (32 % с лечебного, 34 % с педиатрического и 30 % со стоматологического факультета).

Самое распространенное заблуждение, которое мы выявили в результате анкетирования на всех трех факультетах, это использование при ожогах сметаны (28 % с лечебного, 58 % с педиатрического и 26 % со стоматологического факультетов) и алоэ (24 % с лечебного, 12 % с педиатрического и 22 % со стоматологического факультетов).

Далее идет ответ «мази на основе вазелина» (22 % с лечебного, 18 % с педиатрического и 14 % со стоматологического факультетов). Стоит отметить, что это очень опасное заблуждение, которое может только усугубить ситуацию. Мазь на основе вазелина, покрывающая поврежденную поверхность, способствует распространению ожога вглубь тканей.

Следующее заблуждение - это тертый картофель. Его выбрало 14 % студентов лечебного факультета, 12 % студентов педиатрического факультета и 16 % студентов стоматологического факультета.

Остальные варианты ответа отметило менее 10 % опрошенных на каждом из факультетов.

Сравнивая ответы студентов, принявших участие в анкетировании, с рекомендациями специалистов, мы выяснили: абсолютно все опрошенные заблуждаются в выборе средств для оказания первой помощи и лечения ожогов. Наряду с верными ответами все 150 опрошенных студентов отметили и те, которые могут существенно навредить пострадавшему. Это значит, за неимением под рукой верных средств помощи, они будут использовать те, что не только не помогут пострадавшему, но и усугубят ситуацию.

Заключение

Несмотря на распространенность такой патологии как ожоги, у населения не сформирован алгоритм действий при оказании первой медицинской помощи. Необходимо более внимательно относиться формированию навыков оказания первой помощи как у студентов-медиков, так и у несвязанных с медициной людей.

Литература

1. Алексеев А. А. Местное консервативное лечение ран на этапах оказания помощи пострадавшим от ожогов: клинические рекомендации / Алексеев А. А., Бобровников А. Э., Крутиков М. Г., Тюрников Ю. И., Богданов С. Б. // 2014. – 22 с.

2. Алексеев А. А. Хирургическое лечение пострадавших от ожогов: клинические рекомендации / Алексеев А. А., Бобровников А. Э., Богданов С. Б., Будкевич Л. И., Крутиков М. Г., Тюрников Ю. И. // 2015. – 12 с.
3. Алексеев А. А. Диагностика и лечение ожогового шока: клинические рекомендации / Алексеев А. А., Крутиков М. Г., Шлык И. В., Левин Г. Я., Ушакова Т. А., Тюрников Ю. И., Богданов С. Б., Бобровников А. Э. // 2014. – 17 с.
4. Михин И. В. Ожоги и отморожения: Учебно-методическое пособие / Михин И. В., Кухтенко Ю. В. // Волгоград: Изд-во ВолгГМУ. – 2012. – 87 с.
5. Морозов А. М. О возможностях определения актуальности темы научного исследования / Морозов А. М., Кадыков В. А., Пельтихина О. В., Аскеров Э. М., Морозова А. Д. // Синергия наук. - 2018. - № 19. - С. 1018-1024.
6. Парамонов Б. А. Ожоги: Руководство для врачей / Парамонов Б. А., Порембский Я. О., Яблонский В. Г. / С.-Петербург: Спецлит., 2000. – 467 с.

УДК 61(092)

М. А. Никитушкина, Ю. С. Корытова, 3 курс, лечебный факультет; И. А. Жмакин
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф
Научный руководитель: к.м.н., доцент И. А. Жмакин

БИОГРАФИЯ И ВОСПОМИНАНИЯ ОБ ИНТЕРНИРОВАНИИ В НАЦИСТСКУЮ ГЕРМАНИЮ ВЕТЕРАНА ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ ЭХТЕ АЛЬБЕРТА АВГУСТОВИЧА

Цель исследования: изучить биографию ветерана Великой Отечественной войны Эхте Альберта Августовича для доведения до широкой общественности его личных свидетельств о событиях военных и послевоенных лет.

Материалы и методы

Интервьюирование и анализ биографических данных бывшего сотрудника Тверского ГМУ, ветерана Великой Отечественной войны, доцента, кандидата медицинских наук, Эхте Альберта Августовича, обобщение полученной информации с учетом данных исторической литературы.

Результаты и обсуждение

Эхте Альберт Августович родился 2 января 1938 года в деревне Толстые Оленинского района Калининской области. Отец работал на мельнице, мать вела домашнее хозяйство и занималась тремя детьми. С начала Великой Отечественной войны отец Альберта Августовича ушел на фронт и не вернулся. Мать переключилась на работу в колхозе, а воспитывать двух младших братьев приходилось восьмилетней сестре Маше. Деревня голодала. Содержимое всех колхозных амбаров было заранее вывезено властями, а остальное - разворовано. Приходилось печь хлеб из лебеды и довольствоваться дарами дикой природы.

Несмотря на страшные лишения, дом Эхте всегда был полон беженцев. Над деревней шли воздушные бои. Детям приходилось видеть, как в небе взрываются самолеты и погибают люди. На случай бомбежки или обстрела была вырыта яма – единственная надежда на спасение.

Немецко-фашистские войска наступали на Москву через г. Калинин. Механизированным частям немцев не составило бы труда за один-два дня достичь г. Калинина, если бы не отчаянное, самоотверженное сопротивление врагу малочисленного подразделения красноармейцев в Оленинском районе.

В деревню 01.10.1941 г. без боя вошли немцы [5]. Помещение крахмального завода приспособили под дом отдыха для солдат, прибывавших с передовой. С едой было по-прежнему тяжело. В это время заболела и умерла сестра А. А. Эхте.

Около пяти миллионов советских граждан в годы Великой Отечественной войны были вывезены в качестве рабочей силы в Германию [3, 4], в их числе была семья Эхте. Мать Альберта Августовича с детьми разместили в сельском трудовом лагере. Взрослые с утра до ночи, как и многие интернированные советские граждане, трудились на сельхозработах у немецких хуторян [1]. Они выполняли самые разнообразные обязанности на полях и скотных

дворах. Мама А. А. Эхте на лесоповале получила тяжелую травму ноги – рубленую рану топором. Лагерь не входил в категорию концентрационных, однако подневольные условия жизни были непростыми. Подселили к двум женщинам в небольшую комнату без окон, поэтому дверь днем не закрывалась. Из удобств только двуярусная кровать. Пищу для всего лагеря готовили на кухне. Запомнился А. А. Эхте сероватого цвета гомогенный суп. Мама объяснила, что сварен он из тертой картошки и свеклы. Норма хлеба троим – буханка на неделю. У всех детей, включая дошколят, брали донорскую кровь.

Война постепенно близилась к завершению. На небе ежедневно появлялось бессчетное количество самолетов, вблизи грохотали взрывы бомб. Лагерь освободили американцы. Первое мирное утро было тихим и солнечным. Часть из числа советских граждан отказались вернуться на Родину и остались в Германии, но семья Эхте переехала с большинством солагерников в СССР.

Летом 1945 г. было сложное возвращение в деревню Толстые к разрушенному родному дому. Физическое и душевное напряжение, постоянное переживание за детей сказались на здоровье мамы. После тяжелой болезни весной 1946 г. она скончалась в сельской больнице. У А. А. Эхте пошла долгая, весьма непростая жизнь в детских домах. Он учился в Сосновицкой начальной школе в Лихославльском районе и средней школе №2 в г. Торжке. Навсегда сохранил искреннее признание воспитательницам детских домов и учителям школ за обретенные знания, умения, духовные принципы, позволившие найти надежное место в будущей жизни. Из детских домов на большую дорогу самостоятельной жизни в ту пору выпускали без копейки денег, с одной сменой одежды и обуви. Что крайне важно - всех направляли в учебное заведение, обычно в фабрично-заводские или ремесленные училища.

После окончания школы в 1956г. Альберт Августович поступил в Торжокское педагогическое училище. Окончил его в 1958г. с отличием. В 1957г. в качестве командира целинного отряда от педучилища выезжал на уборку урожая в одно из хозяйств Калачинского района Омской области. Председатель колхоза, приволжский немец, поблагодарил будущих учителей за добросовестную и результативную работу. Колхоз досрочно выполнил план по сдаче государству пшеницы.

С 1958 по 1963 гг. А. А. Эхте – студент стоматологического факультета Калининского государственного медицинского института (КГМИ). На протяжении двух лет учебу совмещал с работой санитара скорой медицинской помощи. Работал сутками, даже по воскресеньям, праздникам, каникулам, не пропуская лекции и практические занятия. Получив диплом врача, летом 1963 г. практиковал участковым врачом в г. Торжке и в сентябре приступил к учебе в ординатуре на кафедре терапевтической стоматологии КГМИ.

С 1964 по 1966 гг. - секретарь комитета ВЛКСМ института. В 1964 г. формировал последний целинный отряд, выезжавший на уборочную страду в Атбасарский район Казахстана. Целина окрепла. Начиналось зарождение студенческих строительных отрядов (ССО).

В 1965 г. комсомольцы института были включены в объединенный с МВТУ им. Н. Э. Баумана целинный стройотряд. В этом же году именно в КГМИ был организован первый в области ССО (командир Валерий Бабанов), отлично отработавший на одной из строек в

Торжокском районе. В 1965 г. комсомольскую организацию КГМИ за успешную работу на целине наградили почетной грамотой ЦК ВЛКСМ. Шли первые годы обучения в институте иностранцев. Проводились интересные интернациональные вечера, ежегодные конкурсы художественной самодеятельности. А. А. Эхте выезжал с неплохой интернациональной футбольной командой в города области. Комсомольцы активно участвовали в субботниках на строительстве общежития №2 и спортлагеря.

В те годы в штате института не было освобожденных сотрудников по воспитательной работе, досугу студентов, специалистов - музыкантов. Внеаудиторная работа полностью возлагалась на комитет ВЛКСМ. Отработав один год стоматологом, Альберт Августович в 1966 г. поступил в аспирантуру на кафедру микробиологии КГМИ, защитил кандидатскую диссертацию (научный руководитель профессор Г. И. Харченко) и до 1974 г. работал ассистентам указанной кафедры. В 1974 г. вернулся на кафедру терапевтической стоматологии в качестве ассистента. В 1989 г. он был избран на должность доцента. Будучи врачом высшей квалификационной категории, принимал больных по всем разделам консервативной стоматологии, консультировал пациентов в стационарах города и направляемых из других лечебных учреждений. Проводил практические занятия и читал лекции студентам 3-го, 4-го и 5-го курсов. Вместе с профессором А. Ж. Петрикасом впервые в истории вуза провел в письменной форме экзамен на третьем курсе. Подготовил методическую разработку «Верхушечный периодонтит», лекции-презентации по апикальному воспалению, проявлением в полости рта лейкозов, анемий, СПИДа, туберкулеза, аллергии и др.

Курировал интернатуру с первых лет ее становления. Научные исследования были связаны с лекарственной устойчивостью бактерий к антибиотикам, применением кальцитрина в стоматологии, антимикробной активностью антисептиков в эндодонтии, местным обезболиванием, особенностями тетрациклин-преднизолоновых конусов при лечении альвеолита и др. Разработал и запатентовал эффективный инструмент для удаления зубных отложений, получили четыре удостоверения на рационализаторские предложения.

В соавторстве с профессором О. А. Дунаевским и др. подготовил методическое пособие для врачей по диагностике и профилактике СПИДа. Два издания пособия быстро разошлись среди специалистов и студентов. Соавтор книги «Лекарственная терапия при оказании неотложной помощи пациентам на приеме стоматологи» (г. Тверь, 2013) и электронного атласа «Частная анатомия зубов в рисунках и цифрах» (г. Тверь, 2015).

Около тридцати лет в приемную комиссию назначался ответственным секретарем или выполнял обязанности ответственного сотрудника за проведение конкурсных вступительных экзаменов. В первый год реализации единого государственного экзамена в вузе руководил пунктом проведения второй волны экзамена. Направлялся в г. Тулу и г. Псков с целью проведения на местах вступительных экзаменов в ТГМА.

С 1981 по 1992 гг. – заместитель декана стоматологического факультета, с 1992 по 2006 гг. – ученый секретарь диссертационного совета. Выезжал со студентами на ознакомительную практику в ГДР и ФРГ. До прекращения существования СССР А. А. Эхте состоял членом Коммунистической партии Советского Союза. С 1961 г. Альберт Августович

женат и вместе с женой Лидией Семеновной воспитал двух дочерей. Обе врачи высокой квалификации, обучались в КГМИ.

А. А. Эхте награжден знаком «Отличник здравоохранения», медалями «За заслуги перед Отечеством» второй степени, «Ветеран труда», памятными медалями в честь победы над Германией в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг., отмечен многими грамотами и благодарностями.

Более 50 лет его судьба была неразрывно связана с Тверским государственным медицинским университетом, и он самыми добрыми словами благодарит преподавателей, которые привели его в мир медицины, коллег по работе на кафедрах, в приемной комиссии, деканате, диссертационном совете, комсомоле, а также ректоров, доверявших ему ответственные поручения.

В 2013 г. А.А. Эхте уволился из вуза по собственному желанию. Биографические данные и личные свидетельства о событиях военных и послевоенных лет ветерана Великой Отечественной войны Эхте Альберта Августовича будут использованы нами при подготовке нового издания Книги памяти ветеранов Великой Отечественной войны 1941-1945годов – сотрудников Тверского государственного медицинского университета «Помним, чтим, гордимся». Эта книга переиздается по мере накопления вновь найденных данных о героических событиях тех давних военных лет [2].

Заключение

Годы Великой Отечественной войны стали тяжелым испытанием для советского народа, который с честью и достоинством их перенес. Ветеран Великой Отечественной войны, доцент, кандидат медицинских наук Эхте Альберт Августович стойко перенес лишения военных лет, интернирование в нацистскую Германию. Он внес значительный вклад в дело обучения и воспитания обучающихся Тверского государственного медицинского университета.

Литература

1. Данченко Е. Л. Принудительный труд восточных рабочих в аграрном секторе экономики нацисткой Германии (1941-1945гг.) [Электронный ресурс] // Электронная библиотека по здоровью, здоровому образу жизни и духовному развитию человека [сайт]. URL: http://www.universalinternetlibrary.ru/book/22980/ogl.shtml (дата обращения: 22.02.2018).
2. История создания «Книга памяти», посвященной сотрудникам Тверской государственной медицинской академии - участникам Великой Отечественной войны / Калинкин М. Н., Жмакин И. А., Виноградова П. А., Гаврашенко Я. Е., Корчагов С. И. // Тверской медицинский журнал. – 2015. – № 3. – С. 9-13.
3. Платошкин Н. Н. Принудительный труд в нацистской Германии [Электронный ресурс]// Военно-исторический журнал: сетевой журнал. Издание МО РФ. 31/03/2012. URL: http://history.milportal.ru/2012/03/prinuditelnyj-trud-germanii/(дата обращения: 22.02.2018).

4. Полян П. М. Жертвы двух диктатур: Остарбайтеры и военнопленные в Третьем рейхе и их репатриация / М.: Ваш выбор ЦИРЗ, 1996. – 442 с.
5. Тверские архивы в годы Великой Отечественной войны. 1941-1945: К 60-летию освобождения г. Калинина / Арх. отд. Администрации Твер. обл.; Твер. отд-ние Рос.о-ва историков-архивистов. Тверь, 2001. – С. 54-55.

УДК 616.345-073

Е. А. Николаева, 4 курс, медико-профилактический факультет
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России, г. Москва, Россия
Кафедра хирургии медико-профилактического факультета
Научный руководитель: д.м.н., профессор Е. М. Липницкий

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРНОЙ ДОППЛЕРОВСКОЙ ФЛОУМЕТРИИ В КОЛОПРОКТОЛОГИИ

Лазерная допплеровская флоуметрия (ЛДФ) – неинвазивный, универсальный и простой способ диагностики нарушений микроциркуляторного русла, который широко распространился в международной медицинской практике: фирмы «Perimed» -Швеция, «Transonic Systems, Inc.» - США, «ЛАЗМА СТ» - Россия и т. д. Суть метода заключается в оценке групповой скорости потока разнородно движущихся частиц крови обобщенным показателем – перфузией (пропорциональной средней скорости эритроцитов), а также в детекции в спектре получаемого многочастотного сигнала характерных закономерностей с помощью математических методов. Измеряется допплеровский сдвиг частот, возникающий при зондировании ткани лазерным излучением, что дает возможность получить отраженный сигнал наибольшей амплитуды от отдельных эритроцитов (Fagrell B., 1994). Показатель перфузии измеряется в относительных единицах (перфузионные единицы), которые зависят от конкретного прибора, особенностей пациента и области исследования и используется врачами, как величина для сравнения разных стадий при исследовании конкретных процессов, но стоит помнить, что он не является показателем абсолютной скорости эритроцита в отдельном микрососуде [1].

В своей практике врач часто сталкивается с необходимостью оценки кровотока. Прежде всего, это актуально в хирургии, где на помощь приходит лазерная допплерофлоуметрия, получившая широкое распространение и в колопроктологии [2] в тех случаях, когда применение таких распространенных методов как допплеровское ангиосканирование, инфракрасная лапароскопия с индоцианином зеленым и иных методов малоинвазивной диагностики невозможно.

В своих работах Eric C. Chu, Andrzej S. Tarnawski [3] небезосновательно заявляют, что чрезвычайно важно отслеживать изменение перфузии и оценивать состояние микроциркуляции в слизистой кишечника интраоперационно, при использовании с эндоскопом для профилактики послеоперационного ишемического колита, для оценки потока крови при раке прямой кишки или диагностики толстокишечной ишемии, описав первое применение ЛДФ для диагностики толстокишечной ишемии у пациента с заворотом сигмовидной кишки. In vitro глубина измерения данного метода при использовании современных зондов до 6 мм в тканях, схожих с человеческой кожей, этого достаточно,

чтобы измерить всю стенку кишечника, так как толщина толстой кишки колеблется от 2 до 6 мм. Была проведена колоноскопия под контролем допплеровского зонда, диаметр которого 1,8 мм и он легко проходит через вспомогательный канал в стандартном эндоскопе (диаметр 2,8 мм). В данном исследовании успешно выявлен трансмуральный некроз, который был подтвержден при исследовании тканей и гистологии. Лазерная допплеровская флоуметрия в режиме реального времени, неинвазивный, непрерывный мониторинг слизистого кровотока в ЖКТ. При вставке через эндоскоп, он предлагает быстрый, количественный, и, таким образом, объективный метод оценки перфузии тканей во время колоноскопии.

В колопроктологии хирурги часто сталкиваются с образованием трансфинктерных свищей, для ликвидации которых проводят их лигирование в межсфинктерном слое с иссечением и перемещением слизистой оболочки или слизисто-мышечного лоскута дистального отдела прямой кишки (TAFR) для ликвидации внутреннего отверстия свища является передовым методом, активно внедряемым в хирургическую практику. Первоначально сообщалось об успешном заживлении после TAFR у 84-100 % пациентов, но последние исследования показывают эффективность только у трети. До сих пор никаких конкретных факторов риска несостоятельности данной операции не было выявлено. Но изучением этого феномена занимаются Litza E. Mitalas, Sander B. Schouten et al. [4], которые выявили значительное снижение кровотока слизистой оболочки прямой кишки после создания лоскута. Выдвинуто предположение, что нарушение артериального потока может привести к некрозу и ретракции низведенного лоскута. В период с августа 2004 года по июнь 2007 года исследовано 54 пациента. Ректальной слизистой поток кровоток определяли с помощью ЛДФ до и после создания лоскута. Используемое устройство (Lone Star Retractor System™, Lone Star Medical Products®, Inc., Stafford, TX) сочетает в себе два оптических метода: лазерная допплерофлоуметрия (LDF) и спектрофотометрия диффузного отражения (RS), в одном оптическом волокне, использован плоский зонд с глубиной проникновения сигнала от 4 до 6 мм. Перед созданием лоскута, кровоток был оценен выше зубчатой линии. Во время каждого измерения (два минуты), для предотвращения окклюзии микрососудов, давления на слизистую оболочку удалось избежать. Определены погрешности измерения по сигналу падения в кривых LDF и RS и изменению в конфигурации сигнала RS. Сразу после помещения зонда на слизистую оболочку, наблюдались изменения в сигнале.

Операция прошла успешно у 34 пациентов (63 %). Среднее время заживления составило 2,2 месяца. Медианный слизистый кровоток до и после низведения лоскута было статистически значимо снижен. Также существует корреляция между перфузией слизистой кишечника у курящих и некурящих еще до проведения операции (существенно снижена у курящих). Хотя в данном исследовании не выявлено статистически значимого влияния курения на скорость заживления после TAFR, стоит помнить, что хроническое курение само по себе вызывает стойкое негативное влияние на микроциркуляцию и весь организм в целом [5].

Также в колоректальной хирургии хорошо известны стратегии “hightie” (HT) и “lowtie” (LT). На сегодняшний день, более чем через 100 лет после введения LT и HT в хирургическую практикуМилесом и Мойниханом соответственно, дискуссия о том, какой метод считать лучшим, до сих пор ведется, как показано на примере двух не так давно

опубликованных обзоров [6, 7]. Titu et al. обобщили литературу, сравнивая технологии и значение “hightie” (HT) и “lowtie” (LT) для колоректальной хирургии, заключив, что нет неоспоримых доказательств в пользу одной из существующих техник. Тем не менее, они пропагандируют HT в виду того, что она обеспечивает более полное извлечение лимфоузла и поэтому более точное удаление опухоли.

В другом обзоре (Lange et al.) выделены три аспекта для дискуссии: онкологический, анатомический и технический. Они заключили, что в пользу одной из техник для каждого аспекта доказательств недостаточно, но признают преимущество LT, обеспечивающей меньшую подвижность, необходимую для адекватной перфузии анастомоза, что является существенным звеном для его заживления. Выполнение HT-техники позволяет осуществлять анастомотическую перфузию только через тканевую. При LT-методике перфузия анастомоза происходит не только через маргинальную артерию, но и через левую прямокишечную артерию и ее восходящую ветвь. Эта анатомическая особенность предполагает, что перфузия анастомоза выше после LT, однако, никаких доказательств, подтверждающих эту гипотезу, не существовало, поэтому Niels Komen, Juliette Slieker, Peterde Kort et al. [8] занялись этой проблемой. В своем исследовании с помощью лазерной допплерометрии измеряли перфузию слизистой прямой кишки у пациентов, перенесших ее резекцию при злокачественных новообразованиях, сразу после лапаротомии на антимезентериальной стороне толстой кишки (измерение A) и повторно – после резекции прямой кишки (измерение B). Соотношение кровотока (A/B) было сопоставлено между группами HT и LT группы. Выборка включала 33

пациента: 16 проведено HT и 17 – LT. Скорость кровотока незначительно снизилась в

группе HT, и увеличилась в группе LT. Соотношение кровотока (A/B) было значительно выше в группе LT независимо от артериального давления. Это исследование показывает, что соотношение кровотока будет выше в группе LT, что говорит о том, что состоятельность анастомозов увеличится от улучшения перфузии при проведении методики “low tie”.

Заключение

Нарушение кровообращения в кишечнике может привести к ишемии тканей, гипоксии и некрозу. Ранняя диагностика необходима для своевременного предотвращения развития некроза и его последствий: перитонита и сепсиса. В зависимости от локализации и объемов тканей, подлежащих удалению, хирург выбирает степень радикализации оперативного вмешательства, проводит резекцию, низведение кишки и образование анастомозов, состоятельность которых во многом зависит от кровообращения в соединяемых отделах кишечника и оценивается, как правило, по субъективным признакам: визуализации кровотока при надрезе, цвету, пульсации и др., что, конечно, требует объективизиции, возможной при применении ЛДФ.

Литература

1. Matsukura I., Inoue Y., Iwai T. Transanal laser Doppler flowmetry to assess microcirculation in the upper rectum during abdominal aortic aneurysmectomy. Surg Today. – 2003. – 33. – P. 812-816.
2. Eric C. Chu, Andrzej S. Tarnawski, Rapid colonoscopic detection and quantification of colonic ischemia by using a laser Doppler flowmeter//Healthcare System and Division of Gastroenterology - 2007. – Vol. 66, No. 3. – P. 630-632.
3. Litza E. Mitalas, Sander B. Schouten, Daniella M. J. Oom, W. Rudolph Schouten, Does Rectal Mucosal Blood Flow Affect the Outcome of Transanal Advancement Flap Repair?//Diseases of the colon & Rectum. – 2009. – 52 (8). – P. 1395-1399.
4. A. F. J. De Bruin, S. B. Schouten, P. P. S. de Kort, M. P. Gosselink The impact of chronic smoking on rectal mucosal blood flow//Tech Coloproctol. – 2009. – 13. – P. 269–272.
5. Titu L. V., Tweedle E., Rooney P. S. High tie of the inferior mesenteric artery in curative surgery for left colonic and rectal cancers: a systematic review / Dig. Surg. – 25 (2). – P. 148-157.
6. Lange M. M. et al. Level of arterial ligation in rectal cancer surgery: low tie preferred over high tie. A review. /Dis. Colon. Rectum. - 51(7). – P. 1139–1145.
7. Niels Komen, Juliette Slieker, Peter de Kort, J. H. W. de Wilt, Erwin van der Harst, Peter-Paul Coene/ High tie versus low tie in rectal surgery: comparison of anastomotic perfusion//Int. J. Colorectal. Dis.- 2011. – 26. – P. 1075–1078.

УДК 616-056.7:576.311.347

Е. А. Николаева[1], П. Г. Цыганкова[2], Е. С.Ершова[2], Н. Н. Вейко[2], Л. В. Каменева[2], Е. М. Малиновская[2], В. А.Сергеева[2], С. В. Костюк[2]

[1] ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава РФ, Москва, Россия (4 курс, медико-профилактический факультет, медицинская биофизика);

[2] ФГБНУ Медико-генетический научный центр, Москва, Россия.

Научный руководитель: д.б.н., зав. лабораторией молекулярной биологии МГНЦ С. В. Костюк

МУТАЦИЯ M14441T>C В ГЕНЕ ND6 МИТОХОНДРИАЛЬНОЙ ДНК ИНГИБИРУЕТ АНТИОКИСЛИТЕЛЬНЫЙ ОТВЕТ В ФИБРОБЛАСТАХ БОЛЬНЫХ С ЛИ-ПОДОБНЫМ СИНДРОМОМ

С 1988 года в результате молекулярных исследований митохондриальных заболеваний (болезни дыхательной цепи митохондрий (БДЦМ)) были определены дефекты в ядерной ДНК, ответственные напрямую или косвенно за нарушения в комплексах дыхательной цепи, в зависимости от локализации, вызывая ту или иную степень полиорганной недостаточности и высокую летальность. Суммарная частота БДЦМ составляет от 1:5000 до 1:10 000 живых новорожденных.Важным является выяснение возможных биологических функций вкДНК, что позволит диагностировать патологии и опасные для генома воздействия по ее количесвенному и качественному изменению.

Цель исследования: определить влияние мутаций в генах митохондриальной ДНК (мтДНК) на функционирование митохондрий фибробластов при воздействии на них окисленной вкДНК (активатор митохондрий у здоровых людей). Выявить корреляцию молекулярных механизмов клеточного ответа на окислительный стресс у пациентов с Ли-подобным синдромом.

Материалы и методы

Исследовали влияние мутаций в генах ND6 и ND1 митохондриальной ДНК (мтДНК) на функционирование митохондрий при воздействии на них окисленной вкДНКна примере ответа фибробластов кожи 2-х пациентов с Ли-подобным синдромом (из коллекции клеточных культур ФГБНУ «МГНЦ»): пациента А с мутацией m14441T>C в гене ND6 мтДНК.

У пациента Б, с генерализованной дистонией, дизартрией и двусторонним поражением базальных ганглиев (т.е. Ли-подобный фенотип), была обнаружена замена 3945C>A в гене, кодирующем первую субъединицу I КДЦМ (ND1). В обоих случаях гетероплазмия 100 %. Данные о функциональной активности митохондрий получены методом проточной цитофлуориметрии и флуоресцентной микроскопии с помощью митохондриального красителя TMRM.

Результаты и обсуждение

Окисленная ДНК может служить индуктором окислительного стресса в фибробластах, стимулируя синтез АФК в фибробластах здорового донора. Однако в фибробластах больных с мутацией в гене ND_6 и в ND_1 синтез активных форм кислорода при действии окисленной

ДНК снижен на 50 и 20 % соответственно. Методом проточной цитофлуориметрии было показано, что функциональная активность митохондрий по сравнению с контролем снижена у пациента А на 40-60 % при действии вкДНК и повышена на 10-20 % у пациента Б. При исследовании с помощью метода флуоресцентной микроскопии было показано, что функциональная активность митохондрий снижена у пациента А, и еще в большей степени снижается при действии на клетки окисленной вкДНК. У пациента Б не обнаружено существенных различий по сравнению с контролем.

Проанализировали активацию NRF_2-сигнального пути при действии на фибробласты больных и здоровых доноров окисленной вкДНК. Активация NRF_2-сигнального пути является адаптивным ответом клеток на эндогенный и экзогенный окислительный стресс и приводит к резистентности против повреждающих и токсических воздействий.

В ходе данных исследований был оценен уровень экспрессии генов NOX_4, NRF_2 и SOD_1. При действии окисленной вкДНК (50 нг/мкл) на фибробласты пациента Б экспрессия генов NRF_2, NOX_4 и SOD_1 снижена по сравнению со здоровым контролем в 2-3 раза. Ответ фибробластов на воздействие окисленной вкДНК пациента А выражен более значительно: экспрессия генов NRF_2 и NOX_4 снижена в 5-8 раз по сравнению со здоровым контролем, и снижается в 2 раза по сравнению с интактными клетками того же донора. Уровень экспрессии гена SOD_1 при этом снижен в 2-3 раза.

Заключение

Данные исследования позволили получить новые данные о реакции клеток больных Ли-подобным синдромом на окислительный стресс: окисленная вкДНК снижает на 40-60 % потенциал митохондрий в клетках с мутацией m14441T>C (ND_6) и повышает на 10-20 % в клетках с мутацией m.3945C>A (ND_1) по сравнению с контролем. Наличие мутации m14441T>C (ND6) коррелирует со значительным снижением в ответ на действие окисленной вкДНК экспрессии антиокислительного транскрипционного фактора NRF_2 и фермента NOX_4, который катализирует синтез супероксиданиона. Мутация m.3945C>A в гене ND_1 оказывает менее выраженный эффект. В прикладном плане может идти речь об элиминации окисленной ДНК (разработка сорбентов, исследование которых также находится в числе наших задач) - для облегчения состояния больных. В далекой перспективе можно предположить, что выявление таких значимых мутаций приведет в разработке методов генокоррекции (по типу CRISPR/Cas9 и РНК-интерференции).

УДК 616.33-006.5-07

А. С. Новикова, аспирант; И. Ю. Колесникова
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра госпитальной терапии и профессиональных болезней
Научный руководитель: д.м.н., доцент И. Ю. Колесникова

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ И ТАКТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БИОПТАТА ПОЛИПА ЖЕЛУДКА

Полипы желудка (ПЖ) − доброкачественные опухоли желудка эпителиального происхождения, выступающие в просвет желудка на ножке или на широком, отчетливо ограниченном, основании [1]. ПЖ являются серьезной клинической проблемой ввиду их высокой распространенности и склонности к злокачественной трансформации некоторых из них. Согласно международной гистологической классификации, все ПЖ разделяют на истинные (аденомы) и опухолеподобные образования (гиперпластические полипы) [2].

Аденомы составляют 16,5 % от общего числа полиповидных образований слизистой оболочки желудка (СОЖ). Благодаря наличию участков интраэпителиальной неоплазии аденома желудка является облигатным предраком. Вероятность малигнизации аденом варьирует в пределах 6-75 % случаев [3]. Все выявленные аденомы подлежат резекции.

Гиперпластические полипы встречаются в 85,1 % всех случаев. Большинство авторов придерживается мнения о том, что гиперпластические полипы не подвержены малигнизации или озлокачествляются крайне редко (0,1-1,3 %) [3], поэтому вопрос о необходимости и целесообразности полипэктомии в этом случае остается дискутабельным.

Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) является наиболее эффективным методом скрининга, диагностики и лечения ПЖ. Диагностические возможности ЭГДС могут быть реализованы в полной мере только при условии выполнения биопсии СОЖ и проведения гистологического исследования. В настоящий момент стандарта качества оказания медицинской помощи больным с полипами верхних отделов пищеварительного тракта в России не имеется. Значительное количество больных, как с аденоматозными, так и с гиперпластическими ПЖ, подвергается полипэктомии. Например, в ГБУЗ Тверская областная клиническая больница (ОКБ) за 2017 год эндоскопическая полипэктомия выполнена 73 пациентам.

Цель исследования: на примере двух клинических случаев ведения больных с эндоскопической полипэктомией оценить возможность выбора тактики ведения на основании гистологического исследования биоптата ПЖ.

Пациентке Л., 67 лет, в феврале 2017 года при подготовке к оперативному вмешательству была выполнена плановая ЭГДС. По результатам исследования, СОЖ рыхлая, с очагами атрофии, мелкими очагами гиперплазии, гиперемии; в антральном отделе, на задней стенке желудка обнаружено полиповидное образование диаметром 0,8 см, СОЖ над ним рыхлая, гиперемирована, при контакте не кровоточила, взята биопсия. Заключение: гиперпластический полип.

Учитывая нормальные клинико-лабораторные показатели, отсутствие отягощенного индивидуального или наследственного анамнеза онкологических заболеваний, доброкачественное макроскопическое описание, и, прежде всего, результаты биопсии, больной было рекомендовано динамическое наблюдение у гастроэнтеролога Областной консультативной поликлиники.

Через 1 месяц пациентка повторно обратилась к гастроэнтерологу с жалобами на дискомфорт в эпигастрии, периодическую тошноту, чувство переполнения и распирания в верхней части живота. Больной была предложена полипэктомия в плановом порядке. В мае 2017 года пациентка была госпитализирована в гастроэнтерологическое отделение ГБУЗ Тверской ОКБ.

По данным ЭГДС, на задней стенке антрального отдела расположен полусферический полип на широком основании, диаметром до 1,0 см, с умеренно гиперемированной поверхностью, захвачен диатермической петлей, удален методом электроэксцизии, извлечен для гистологического исследования.

Данные гистологического исследования удаленного полипа соответствовали тубулярной аденоме с низкой степенью дисплазии. Пациентке рекомендовано динамическое наблюдение с проведением контрольных обследований.

Пациент К., 58 лет, в январе 2018 года обратился к гастроэнтерологу Областной консультативной поликлиники с жалобами на тяжесть и периодические, умеренные боли в верхнем отделе живота, преимущественно, после приема пищи, в связи с чем была проведена ЭГДС. По результатам исследования, СОЖ гиперемирована, в антральном отделе на передней стенке полиповидное образование на широком основании до 0,7 см, слизистая над ним рыхлая, белесоватая, с мелкоточечными эрозиями, взята биопсия. Заключение гистологического препарата: аденоматозный полип с дисплазией 1-2 степени.

Далее больной был проконсультирован врачом-онкологом Тверского областного клинического онкологического диспансера. С учетом повторной оценки гистологического препарата, которая подтвердила прежнее заключение, рекомендована эндоскопическая полипэктомия в ОКБ.

В феврале 2018 года, после курсового приема антисекреторных препаратов, в условиях стационара гастроэнтерологического отделения ГБУЗ Тверской ОКБ пациенту была выполнена эндоскопическая полипэктомия: методом электроэлектроэксцизии удален полип 0,6 см с измененной гиперемированной поверхностью, располагающийся на передней стенке антрального отдела желудка. Данные гистологического исследования удаленного полипа соответствовали гиперпластическому полипу. Пациенту также рекомендовано динамическое наблюдение с проведением контрольных обследований.

Заключение

Результаты, полученные при гистологическом исследовании целиком удаленного полиповидного образования СОЖ, не всегда соответствуют результатам исследования биоптата ПЖ, что может объясняться неоднородностью морфологических изменений СОЖ. Полное удаление ПЖ с последующим морфологическим исследованием с большой долей вероятности дает возможность правильно оценить структуру патологического образования, а также выявить изменения, имеющие прогностическое значение. Ранняя диагностика

предраковых изменений СОЖ является важной задачей в канцеропревенции рака желудка. Это объясняет распространенную агрессивную тактику ведения больных с ПЖ, включая эндоскопическую полипэктомию.

Литература

1. Фирсова, Л. Д. Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки / Л. Д. Фирсова, А. А. Машарова, Д. С. Бордин, О. Е.Янова/ Москва: Планида, 2011. – 52 с.
2. Stanley, R. Tumours of the Digestive System Edited/ R. Stanley, L. Hamilton/ Lyon: Press, 2000. – P. 36.
3. Gregory, Y. Gastric Polyps: Classification and Management/ Y. Gregory, M. D. Lauwers // Archives of Pathology and Laboratory Medicine. – 2001. – V.132, №4. – P. 633–640.
4. Сотников, В. Н. Значение макроскопических признаков в диагностике и прогнозе морфологического типа полипа/ В. Н. Сотников, Дубинская Т. К., Волова А. В., Есенин Д. Ю. // Клиническая медицина. – 2011. – №2. – С.43-45.

УДК 616.831-005.1:616.89-008.454-02

А. Д. Носкова, В. В. Якименко, А. А. Йорданова, 6 курс, лечебный факультет
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра неврологии, медицинской реабилитации и нейрохирургии
Научный руководитель: к.м.н. К. Б. Сорокина

ДИАГНОСТИКА ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОНМК ПО ИШЕМИЧЕСКОМУ ТИПУ. ПЕРСПЕКТИВЫ ТЕРАПИИ РИТМИЧЕСКОЙ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОНМК, С ДИАГНОСТИРОВАННОЙ ПОСТИНСУЛЬТНОЙ ДЕПРЕССИЕЙ

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) занимают лидирующее положение в структуре смертности в РФ. Одним из грозных осложнений ССЗ является инсульт. Интерес к данной проблеме обусловлен не только высокой частотой инсульта, но также и высокой частотой развития постинсультной депрессии, которая в свою очередь затрудняет оценку неврологического статуса больного в клинике, значительно ухудшает качество жизни пациентов с инсультом и достоверно снижает эффективность реабилитационных мероприятий. Одним из основных механизмов отрицательного влияния депрессивных расстройств на успешность восстановительного лечения является снижение мотивации пациента при участии в реабилитационных мероприятиях. Развитие депрессии, по данным литературы, снижает выживаемость пациентов после инсульта.

Цель исследования: исследовать наличие депрессии у пациентов в остром периоде ОНМК по ишемическому типу и выяснить эффективность терапии депрессивных нарушений ритмической транскраниальной магнитной стимуляцией (рТМС).

Материалы и методы

Обследовано 80 пациентов в остром периоде ишемического инсульта на базе ГБУЗ «ГКБ №6», 43 женщины и 37 мужчин. Все обследуемые прошли тестирование по шкале депрессии Бека с учетом изменения их психоэмоционального статуса непосредственно после возникновения болезни. В дальнейшем часть пациентов с выявленной депрессией по шкале Бека (30 человек) были направлены на терапию рТМС, контрольная группа (14 человек) с выявленной депрессией по шкале Бека терапию рТМС не получала. Лечебную рТМС проводили в области левой дорсолатеральной префронтальной коры. Использовались следующие параметры рТМС: Интенсивность стимула – 110 % порога ВМО; частота стимуляции – 10 Гц; Длительность пачки – 8 сек; Интервал между пачками – 52 сек; Число пачек в лечебной сессии – 20; Длительность лечебной сессии – 1200 сек. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью программы Excel.

Результаты и обсуждение

По результатам анкетирования по шкале депрессии Бека, из 80 исследуемых 44 (55,5 %) имели депрессию разной степени тяжести.

Результаты рТМС: результаты оценивались сразу после завершения лечения, через 1 и 2 недели после окончания курса лечебной рТМС по динамике уровня депрессии по шкале Бека, динамике клинико-психопатологических проявлений.

Установлено, что на монотерапии рТМС к концу 2-й недели терапии наблюдалось снижение уровня как ситуативно обусловленных, так и беспредметных, тревожных и тоскливых реакций. Также уменьшилась представленность и выраженность дисфорических и астеноподобных состояний. Пациенты легче концентрировали внимание, лучше переносили повседневные нагрузки, наблюдалось некоторое оживление потребностно-мотивационной сферы, сглаживалась ангедоническая симптоматика, улучшался самоотчет. В 30 % случаев нормализовался сон, восстановился аппетит. Указанную динамику можно расценивать как наличие клинического ответа на проводимую процедуру в 83,3 % случаев (у 25 пациентов из 30). Достигнутый эффект сохранялся спустя 1 и 2 недели после завершения курса соответственно 20 и 17 пациентов.

Оценка динамики уровня депрессии по шкале Бека продемонстрировала, что он снижался с 22,8±4,3 баллов до начала терапии до 12,5±4,9 баллов ($p<0,001$) через 1 неделю после окончания курса и до 11,5±4,5 баллов ($p<0,001$) через 2 недели после окончания курса лечебной рТМС. В процессе курса лечения рТМС и всего периода катамнестического наблюдения осложнений не отмечалось.

Среди нежелательных явлений отмечалась кратковременная легкая диффузная головная боль, возникшая в день проведения процедуры. Головные боли отмечались у 4 пациентов (13,3 %), были преходящими, не требовали дополнительного лечения.

Контрольная группа: оценка динамики уровня депрессии по шкале Бека продемонстрировала, что он снижался с 23,3±4,6 баллов ($p<0,001$) до 18,4±4,0 ($p<0,001$) через 2 недели после выписки. Положительная динамика отмечалась у 57 % пациентов (8 случаев из 14).

Выводы

1. Постинсультная депрессия имеет место в 55,5 % случаев, что подтверждает актуальность данной проблемы и данные литературных источников.
2. рТМС показала свою эффективность в 83,3 % случаев по сравнению с контрольной группой (57%),что говорит о том, что данный вид лечения имеет место у таких пациентов и уменьшает симптомы проявления и тяжесть депрессии, что в свою очередь повышает их мотивацию к реабилитации, а следовательно улучшает качество их жизни и повышает выживаемость.

Литература

1. Белова А. Н., Балдова С.Н. Транскраниальная магнитная стимуляция: клиническое применение и научные перспективы // Успехи современного естествознания. – 2015. – № 9-1. – С. 34-42.
2. Вахнина Н. В. Депрессия после инсульта: причины, диагностика и лечение// Эффективная фармакотерапия. Неврология и психиатрия. – 2013. – №4 (45).

3. Вейн А. М., Вознесенская Т. Г., Голубев В. Л., Дюкова Г. М. Депрессия в неврологической практике. – М.,1998.
4. Mark S. George, Sarah H. Lisanby, Harold A. Sackeim Транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС). Применение в психоневрологии/ Arch. Gen. Psychiatry. – 1999. – 56. – P. 300-311.

УДК 617.7-089.843

М. Р. Образцова, 5 курс, лечебный факультет
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра офтальмологии
Научный руководитель: к.м.н., доцент М. Д. Антонова

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ИМПЛАНТАТОВ С МЕДИКАМЕНТОЗНЫМИ ПРОПИТКАМИ В ОФТАЛЬМОХИРУРГИИ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

На сегодняшний день, основными причинами энуклеации глаза служат травмы, сопровождающиеся разрушением органа зрения, бактериальные эндофтальмиты, злокачественные опухоли глаза, терминальная стадия глаукомы. Энуклеация глазного яблока, являясь радикальным оперативным вмешательством, способствует возникновению у пациента чувства безвозвратной потери зрения, формируя тем самым ряд социально-косметических комплексов, отражающихся в личной и профессиональной деятельности. В связи с этим, наиболее важным и целесообразным аспектом в полноценном функционировании человека в обществе является грамотное реконструктивно-хирургическое вмешательство на органе зрения и его придаточном аппарате. Как правило, основным моментом залога успеха в проведении данного вмешательства служит формирование опорно-двигательной культи после удаления глаза с использованием орбитальных имплантатов.

Цель исследования: изучение применения и проведение микробиологического исследования полиэфирного имплантата, пропитанного антибиотиком (доксициклином гидрохлорида) и иммуномодулятором (панакселом), для формирования опорно-двигательной культи после энуклеации глаза в экспериментальной группе животных – кроликов породы Шиншилла.

Материалы и методы

Микробиологическое исследование проводилось на определение антимикробной активности полиэфирных полотен, пропитанных доксициклином гидрохлоридом и панакселом, методом диффузии в плотную питательную среду на тестах-штаммах: Staphylococcus aureus ATCC 25923, Candida albicans ATCC 885-653, Pseudomonas aeruginosa ATCC 27853, Shigella sonnei I фазы 941, Bacillus subtillis 534, Escherichia coli ATCC 25922, Klebsiella pneumonia K1 5054. Также на базе экспериментальной операционной вивария ТГМУ использовалась экспериментальная группа животных – кроликов породы Шиншилла, которым на одном глазу было проведено хирургическое вмешательство: энуклеация глаза с последующим формированием опорно-двигательной культи полиэфирным имплантатом, пропитанного антибиотиком (доксициклином гидрохлоридом) и иммуномодулятором (панакселом). Контролем служили парные глаза животных. Сроки наблюдения за исследуемой группой кроликов составили 3, 6 и 10 месяцев. В дальнейшем экспериментальные животные выводились из эксперимента путем воздушной эмболии.

Далее готовились макропрепараты для дальнейшего исследования свойств полиэфирных волокон.

Результаты и обсуждение

В результате проведения микробиологического исследования полиэфирного полотна площадью 20×20 мм^2, пропитанного антибиотиком (доксициклином гидрохлоридом) и иммуномодулятором (панакселом) в терапевтических дозах, была установлена антибактериальная активность по отношению к следующим микроорганизмам: B. subtillis, S. aureus, Salmonella typhimurium, E. coli, Sh. sonnei. В отношении псевдомонад и дрожжеподобных грибов рода Candida медикаментозные пропитки неактивны.

Результаты исследования макропрепаратов показали, что среди исследуемой группы кроликов породы Шиншилла, отсутствуют признаки инфицирования, миграции и отторжения имплантата.

В целом, определяется положительная динамика в прорастании соединительной ткани и развитии сосудистой системы имплантата.

Установили, что сформированная опорно-двигательная культя имеет стабильный объем и хорошую подвижность, и предназначена для дальнейшей установки глазного протеза.

Заключение

При проведении экспериментальной части работы на 6 кроликах породы Шиншилла по поводу оперативного вмешательства-энуклеации глаза с последующим внедрением имплантата из полиэфирного волокна, пропитанного антибиотиком (доксициклином гидрохлоридом) и иммуномодулятором (панакселом), была сформирована объемная и подвижная опорно-двигательная культя, предназначенная для дальнейшего протезирования.

Литература

1. Вериго Е. Н., Гундорова Р. А., Садовская Е. П. Сравнительная характеристика подвижности культи и протеза в зависимости от метода удаления глазного яблока. Российский офтальмологический журнал. – 2012. – №5 (2). – С. 14-19.
2. Гундорова Р. А., Нероев В. В., Кашников В. В. Учебное пособие. Травмы глаза. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – С. 323-346.
3. Егоров Е. А., Епифанова Л. М. Учебник для медицинских училищ и колледжей. Глазные болезни. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – С. 79-86.
4. Катаев М. Г., Филатова И. А., Харлампиди М. П. Новые способы измерения подвижности глазного протеза при анофтальме и их сравнительная оценка/ Вестник офтальмологии. – 2001. – №3. – С. 23-26.
5. Сапин М. Р. Учебное пособие. Атлас нормальной анатомии человека. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – С. 464-473.
6. Филатова И. А., Вериго Е. Н., Пряхина И. А., Садовская Е. П. Роль анатомоклинических проявлений травмы в выборе метода удаления глаза/ Российский офтальмологический журнал. – 2014. – № 7(4). – С. 52-59.

УДК 611.389:611.13

А. Ш. Окулбекова, Д. Ю. Савицкая, 2 курс, лечебный факультет; В. М. Калиниченко
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра анатомии
Научный руководитель: к.м.н., доцент В. М. Калиниченко

ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОСУДОВ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Цель исследования: выявить отличительные от описаний и иллюстраций в учебной литературе особенности строения, топографии артерий брюшной полости и кровоснабжаемых ими органов.

Материалы и методы

Работа выполнена на органокомплексе брюшной полости трупа женского пола (возраст 72 г.) без признаков патологии и оперативных вмешательств; методы исследования: анатомическое препарирование сосудов и органов, их морфометрия, последовательное фотографирование препаратов.

Результаты и обсуждение

Чревный ствол, truncus celiacus, является одной из непарных висцеральных ветвей брюшной части аорты. Наиболее часто он представляет собой короткий сосуд, длиной 1,5- 2 см, который отходит от передней полуокружности аорты на уровне XII грудного – I поясничного позвонка и лежит в сагиттальной плоскости. На нашем препарате чревный ствол ответвляется от передней полуокружности аорты сразу под диафрагмой, идет горизонтально вправо, что не соответствует его классическому ходу, описанному в учебной литературе [4, 5, 6], и разделяется на свои конечные ветви: левую желудочную, общую печеночную и селезеночную артерии.

Левая желудочная артерия, диаметром 3 мм, ответвляется от чревного ствола и, имея извилистый ход, направляется вверх и влево. Артерия отдает только одну пищеводную ветвь к брюшной части пищевода, а не несколько, как описано в учебных пособиях. Не достигая малой кривизны, артерия разделяется на верхнюю и нижнюю ветви. Верхняя ветвь делится на восходящую и нисходящую ветви. Ветви левой желудочной артерии идут вдоль малой кривизны только в области кардиальной части желудка, кровоснабжают ее. На малой кривизне нижняя ветвь левой желудочной артерии анастомозирует с правой желудочной артерией (ветвью собственной печеночной артерии).

На препарате общая печеночная артерия диаметром 5 мм и длиной 6,2 см идет вниз и вправо, что отличается от классического варианта ее горизонтального направления хода, но описывается некоторыми исследователями [1]. Артерия делится на собственную печеночную артерию (a. hepatica propria) и гастродуоденальную артерию (a. gastroduodenalis).

Гастродуоденальная артерия, имея диаметр 5 мм, ответвляется от общей печеночной артерии в области верхнего изгиба двенадцатиперстной кишки, а не позади привратника желудка, как это описано в учебной литературе, и, пройдя всего 5 мм, делится на свои

конечные ветви: правую желудочно-сальниковую и верхнюю панкреатодуоденальную артерии.

Верхняя панкреатодуоденальная артерия диаметром 2 мм проходит позади верхнего двенадцатиперстного изгиба. Далее направляется в толщу головки поджелудочной железы.

Правая желудочно-сальниковая артерия, диаметр которой 3 мм, имеет извилистый ход, направляется к желудку позади верхнего двенадцатиперстного изгиба, а затем ложится вдоль большой кривизны желудка, где заменяет отсутствующую левую желудочно-сальниковую (от селезеночной артерии).

Собственная печеночная артерия имеет диаметр 3 мм, сразу отдает правую желудочную артерию диаметром 2 мм, которая ложится вдоль малой кривизны, где и анастомозирует с нижней ветвью левой желудочной артерии. Правая желудочная артерия кровоснабжает большую часть желудка в области его малой кривизны, однако, имеются данные литературы [1, 2], что эта артерия кровоснабжает только верхнюю половину пилорической части желудка.

Селезеночная артерия, a. lienalis, наиболее крупная ветвь чревного ствола, имеет диаметр 6 мм и направляется влево, входит в толщу поджелудочной железы, а не идет по ее верхнему краю, как описано в учебниках. Распрепарировав тело и хвост поджелудочной железы, мы обнаружили, что селезеночная артерия в толще железы идет к воротам селезенки не прямолинейно, а образуя крутые изгибы, и располагается ниже селезеночной вены, а не выше ее (по данным учебников).

Кроме этого отсутствовали ветви селезеночной артерии: короткие желудочные артерии и левая желудочно-сальниковая артерия, которую заменяет хорошо выраженная правая желудочно-сальниковая артерия (из желудочно-двенадцатиперстной артерии). Из этого можно сделать вывод, что селезеночная артерия не принимала участия в кровоснабжении желудка, что в изученной нами литературе не описано.

Верхняя брыжеечная артерия.

Препарирование этой артерии не выявило значительных отклонений ее топографии и ветвления от описаний в учебниках. При этом обнаружено, что каждая из тоще- и подвздошно-кишечных артерий, направляясь от верхней брыжеечной артерии к соответствующим отделам тонкой кишки, Т-образно делится на восходящую и нисходящую ветви. Соединяясь между собой, они образуют в брыжейке тонкой кишки цепочку (ряд) анастомозов – аркад I порядка. Отходящие от них ветви делятся и соединяются подобным же образом и формируют ряд аркад II порядка, от которых отходят прямые артерии, проникающие по брыжеечному краю тонкой кишки в толщу ее стенки.

Ветви верхней брыжеечной артерии – правая и средняя ободочные артерии и ветвь нижней брыжеечной артерии – левая ободочная артерия, направляясь к соответствующим отделам ободочной кишки, делятся на ветви, анастомозирующие: нисходящая ветвь правой ободочной артерии – с ободочной ветвью подвздошно- ободочной артерии; восходящая ветвь правой ободочной артерии – с правой ветвью средней ободочной артерии; левая ветвь средней ободочной артерии – с восходящей ветвью левой ободочной артерии (из системы нижней брыжеечной артерии; этот анастомоз известен в анатомии и хирургии как

«риоланова дуга»); нисходящая ветвь левой ободочной артерии – с верхней сигмовидной артерией.

В настоящее время вместо неофициального авторского названия (эпонима) «риоланова дуга» в Международную анатомическую терминологию [3] введен термин «A. marginalis coli – краевая артерия ободочной кишки», и его синонимы:

1. A. juxtacolica – околоободочная артерия;
2. Arcus marginalis coli – краевая дуга ободочной кишки.

Под этими названиями понимается артерия, образованная вышеназванными анастомозами, проходящая в брюшине вдоль внутреннего контура ободочной кишки в 1-2 см от нее.

Эта артерия, как и артериальные аркады в брыжейке тощей и подвздошной кишок имеют важное функциональное и клиническое значение: они являются сосудами заместительного компенсаторного коллатерального кровотока при его затруднении по основному руслу.

Нижняя брыжеечная артерия.

При препарировании выявлена необычная топография ее ветви — левой ободочной артерии. Отойдя от нижней брыжеечной артерии, она направлялась не горизонтально влево к средней трети нисходящей ободочной кишки, как это изображено в учебной литературе [6], а пошла вверх параллельно аорте (в 3 см от ее левой поверхности), затем смещалась влево к селезеночному изгибу ободочной кишки. Не доходя до него, она разделилась на две ветви: короткую восходящую, анастомозирующую с левой ветвью средней ободочной артерии (из верхней брыжеечной артерии), и длинную нисходящую, анастомозирующую с сигмовидной артерией.

Правая и левая почечные ножки.

Сравнение правой и левой почек и топографии элементов их распрепарированных ножек выявило несколько особенностей. Левая почка имела обычное фронтальное положение, а правая почка располагалась сагиттально, с воротами, обращенными кпереди. Несмотря на это топография элементов правой почечной ножки соответствовала классической: поверхностно — почечная вена, за ней — почечная артерия, позади — мочеточник. В левой почечной ножке поверхностное положение занимала извилистая почечная артерия диаметром 9 мм, которая в воротах почки делилась на две ветви: верхнюю (длиной 2 см) и нижнюю (длиной 1 см) (такой вариант ветвления встречается в 21 % случаев [1]); значительно чаще она делится на переднюю и заднюю ветви. Из ворот левой почки выходили 2 почечные вены: верхняя (длиной 18 мм) и нижняя (длиной 13 мм), которые сливались в единый ствол у левого края брюшной аорты.

Заключение

Строение организма каждого человека индивидуально, и это необходимо учитывать в нашей будущей медицинской практике.

Литература

1. Золотко, Ю. Л. Атлас топографической анатомии человека. Часть II. Грудь, живот, таз / Ю. Л. Золотко.– М.: Медицина, 1967. – С. 176-215, 224-235.
2. Кирпатовский, И. Д. Клиническая анатомия. Учебное пособие. В 2-х книгах. Кн. 1: Голова, шея, торс / И. Д. Кирпатовский, Э. Д. Смирнова. – М.: Медицинское информативное агентство, 2003. – С. 239-292, 295-307.
3. Международная анатомическая терминология / Под ред. Л. Л. Колесникова. – М.: Медицина, 2003. – С. 114.
4. Привес М. Г. Анатомия человека. Учебник / М. Г. Привес, Н. К. Лысенков, В. И. Бушкович. – 12-е изд. – Санкт-Петербург: СПбМАПО, 2017. – С. 457-459
5. Сапин М. Р. Анатомия человека. Учебник. В 3-х томах. Том 2. – 3-е изд., испр. и доп. / М. Р. Сапин, Г. Л. Билич. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – С. 423
6. Синельников Р. Д. Атлас анатомии человека. В 4-х томах. Том третий: Учение о сосудах и лимфоидных органах / Р. Д. Синельников, Я. Р. Синельников, А. Я. Синельников. – 7-е изд., испр. и доп. – М.: Новая Волна, 2017. – С. 87-89, 92-93.

УДК 616.36-008.5-053.2

Д. И. Орехова, П. В. Пшеничная, 6 курс, лечебный факультет
ФГБОУ ВО Ивановская ГМА Минздрава России, г. Иваново, Россия
Кафедра детских болезней лечебного факультета
Научный руководитель: д.м.н., профессор Е. В. Шниткова

ФАКТОРЫ, СПОСОБСТРУЮЩИЕ ПРОЛОНГИРОВАННОМУ ТЕЧЕНИЮ КОНЪЮГАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХИ У ДЕТЕЙ

В педиатрической практике конъюгационная желтуха детей остается одной из ведущих причин обращения за консультативной помощью. Более того, в последние годы ее частота значительно возросла [1, 3, 5]. Конъюгационная желтуха детей приобретает новую актуальность в связи с наблюдающимся патоморфозом перинатальной патологии [2, 4].

Цель исследования: изучить особенности антенатального, интранатального и неонатального периодов жизни детей с конъюгационной желтухой, структуру сопутствующих заболеваний и оценить факторы, способствующие возникновению данной патологии.

Материалы и методы

Было изучено состояние здоровья 103 детей с конъюгационной желтухой. Из них 78 (75,73 %) новорожденных детей и 25 (24,27 %) младенцев, находящихся на стационарном лечении в ОБУЗ ДГКБ № 5 в отделении патологии новорожденных и педиатрическом отделении № 1, которым проведено всестороннее клиническое, лабораторное и инструментальное обследование. Причиной поступления в стационар была затянувшаяся физиологическая желтуха. Новорожденные дети поступили в возрасте 20-28 дней жизни. Грудные дети – в возрасте 1-3 месяцев жизни.

Результаты и обсуждение

Конъюгационная желтуха легкой степени тяжести регистрировалась у 43 (41,8 %) детей, средней степени у 46 (44,7 %) детей, тяжелой - у 14 (13,6 %) младенцев. Все дети были доношенными. От первой беременности родилось 35 (34,0 %) детей, от второй-третьей беременности 44 (42,7 %) ребенка, от четвертой и более беременности - 9 (11,65 %) детей.

Изучение состояния здоровья матерей, детей страдающих конъюгационной желтухой показало, что у трети матерей (31-30,1 %) во время беременности диагностировали анемию. Заболевания мочевыделительной системы (пиелонефрит, дисметаболическая нефропатия, мочекаменная болезнь, аномалии развития почек: пиелэктазия, удвоение почки) встречались у 10 матерей (9,71 %); заболевания половых органов (кольпит, бактериальный вагинит, молочница) – у четверти матерей (26-25,2 %). Гепатит, гестационный сахарный диабет, ожирение и варикозная болезнь вен нижних конечностей регистрировались по одному случаю (0,97 %); острые респираторные заболевания (острые респираторно вирусные заболевания и бронхит) регистрировались практически у половины матерей (47-45,6 %). Инфекции, передающиеся половым путем (герпетическая инфекция, микоплазмоз, уреплазмоз, хламидиоз и другие) диагностированы у 9 (8,74 %) матерей.

Изучение антенатального анамнеза показало, что отягощенное течение беременности выявлено у всех матерей. Выявляли: гестоз - у 26 (25,24 %) матерей; токсикоз у 19 (18,45 %); угроза прерывания отмечена у 24 (23,3 %) матерей. На фоне фетоплацентарной недостаточности беременность протекала у 78 женщин (75,7 %). Отслойку плаценты диагностировали у 6 (5,83 %) матерей Многоводие отмечалось в 4-х (3,88 %) случаях.

Все дети родились от срочных родов. От первых родов появились на свет 49 (47,57 %) детей от вторых-третьих родов — 52 (50,5 %) ребенка, от четвертых и более родов 2 (1,94 %) детей. Длительный безводный период отмечен у 5 (4,9 %) матерей. Острая гипоксия выявлена у 11 (10,7 %) детей. Реанимационные мероприятия проводились в периоде новорожденности у 11 (10,7 %) детей. Задержка внутриутробного развития выявлена у 18 (17,5 %) детей. Нормальное физическое развитие при рождении зарегистрировано у 62 (60,2 %) новорожденных, сниженная масса тела при нормальной длине – у 10 (9,7 %), низкая масса тела при нормальной длине - у 14 (13,6 %), низкая длина тела - у 4 (4,9 %) и высокая масса тела при нормальной длине – у 13 (12,6 %) детей. С рождения на грудном вскармливании находились 69 (67,00 %) детей, на смешанном — 23 (22,3 %) ребенка, на искусственном - 11 (10,7 %) младенцев.

Изучение состояния здоровья новорожденных детей с конъюгационной желтухой показало, что перенесенная внутриутробно хроническая гипоксия у всех детей реализовалась в гипоксически-ишемическое поражение центральной нервной системы. Церебральная ишемия средней тяжести зарегистрирована у всех детей. У них выявлялись синдромы повышенной нервно-рефлекторной возбудимости (26–25,2 %) гипертензивный (39-37,9 %), угнетения (18-17,5 %), синдром вегето-висцеральных дисфункций (6-5,83 %), двигательных нарушений (7-6,8 %), гипертензивно-гидроцефальный синдром (7-6,80 %). Синдромы двигательных, вегето-висцеральных нарушений гипертензивно-гидроцефальный синдромы зарегистрированы только у детей первых 3-х месяцев жизни. Функционирующие фетальные коммуникации (открытое овальное окно) выявлено у 81 (78,6 %) ребенка. Малые аномалии развития (пиелоэктазия) отмечены у 19 (18,5 %) детей.

При анализе данных биохимического анализа крови гипопротеинемия отмечена у 32 (31,1 %) детей, повышение непрямого билирубина до 149 мкмоль/л зарегистрировано у 27 (26,2 %), от 150-199 мкмоль/л у 12 (11,7 %), от 200 до 299 мкмоль/л у 39ти (37,9 %), от 300 до 399 мкмоль/л у 17 (16,50 %) и более 400 мкмоль/л у 8 (7,8 %) младенцев. Повышение уровня прямого билирубина отмечено у 95 (92,23 %) детей; повышение АЛТ у 71 (68,9 %) ребенка, повышение АСТ – у 67 (65,05 %) детей; повышение щелочной фосфатазы - у 60 (58,3 %) младенцев.

Заключение

Все дети, реализовавшие длительную коньюгационную желтуху в анте- и интранатальном периоде испытали хроническую или сочетанную гипоксию, что способствовало снижению функциональной способности ферментов, играющих важную роль в переводе непрямого токсичного билирубина в прямой – нетоксичный.

В подавляющем числе случаев коньюгационная желтуха сочетается с гипоксически-ишемическим поражением центральной нервной системы или последствиями этого поражения.

Затяжное течение коньюгационной желтухи протекает на фоне синдрома цитолиза – результата гипоксического повреждения печени у этих детей.

Необходимо рекомендовать более раннее направление детей на госпитализацию по поводу затянувшейся желтухи, после двух недель жизни, т.к. непрямой токсичный билирубин неблагоприятно влияет на функциональную способность центральной нервной системы у детей и организма в целом.

Литература

1. Анастасевич Л. А., Симонова Л. В. Желтухи у новорожденных // Лечащий врач: научно-практический журнал. – 2006. – №12. – С. 66-68.
2. Беляева И. А., Яцык Г. В., Бомбардирова Е. П.Функциональные состояния основных систем жизнедеятельности организма новорожденных // Российский педиатрический журнал. – 2007. – №3. – С. 49-54.
3. Ботвиньев О. К., Колотилина А. И., Разумовская А. В., Еремеева А. В. / Фено-генотипические особенности доношенных новорожденных с затянувшимися конъюгационными желтухами в зависимости от пола ребенка // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии: научно-практический журнал. – 2013. – №6. – С. 29-31.
4. Каганова Т. И., Логинова А. А. Этиопатогенетические механизмы возникновения затяжной неонатальной желтухи. Прогнозирование и дифференцированная тактика ведения детей с гипербилирубинемией / Вопросы современной педиатрии: научно-практический журнал Союза педиатров России. – 2012. – №5. – С. 29-31.
5. Соболева Н., Первишко О. Комплексная терапия неонатальной желтухи / Н. Соболева, О. Первишко / Врач. – 2014. – №7. – С.42-43.

УДК 613.99:618.179

М. В. Паклева, 6 курс, педиатрический факультет;
А. И. Цыганкова, 4 курс, лечебный факультет; Э. В. Буланова
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра физической культуры и физической реабилитации
Научный руководитель: старший преподаватель Э. В. Буланова

ДИНАМИКА ПАРАМЕТРОВ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОК МЛАДШИХ КУРСОВ ТГМУ В ПРОЦЕССЕ ЗАНЯТИЙ ПО ПРОГРАММЕ «ЗДОРОВАЯ И СЧАСТЛИВАЯ»

Как известно, будущее страны напрямую зависит от состояния здоровья детей и подростков. Особого внимания в этой ситуации заслуживает здоровье женщины, так как оно напрямую влияет на здоровье следующих поколений. Исследованиями ряда авторов показана зависимость функции репродуктивной системы женщины от ее состояния в детском и пубертатном возрасте. Так, более чем у 20 % женщин, имевших в пубертатном возрасте ювенильные кровотечения, в дальнейшем наблюдались дисфункциональные маточные кровотечения, почти у 40 % - другие формы нарушения менструальной функции, у 30 % - бесплодие в браке (Калинина О. В. с соавт, 2007). Огромное значение в обеспечении здоровья будущей матери, а, следовательно, и будущего поколения играет профилактика развития нарушений на этапе формирования репродуктивной системы девочек. Чаще авторы указывают на необходимость устранения воздействия на организм девочки таких неблагоприятных факторов, как алкоголь, никотин, наркотики, ранние половые связи (Казаишвили Т. Н. с соавт, 2007). Однако формирование здоровья, как комплекса адаптационных возможностей организма, осуществляется не столько в условиях устранения действия неблагоприятных факторов, сколько в условиях обеспечения действия здоровьеобразующих факторов. Основным из них является образ жизни. К параметрам репродуктивного здоровья девочек/девушек относится время становления и качество менструальной функции, уровень и характер соматического развития, формирование таза по женскому типу, симметричное взаиморасположение костей таза. Исследователи указывают на определенные составляющие образа жизни, которые могут негативно сказаться на формировании менструальной функции девочек/девушек: интенсивные умственные нагрузки, чрезмерное занятие спортом нарушение пищевого режима, длительно голодание, нервная анорексия (Раскуратов Ю. В. с соавт., 2000). Тип конституции девочки/девушки является одной из основных фенотипических характеристик правильного гормонального созревания. Известно, что женский тип пропорций тела – это преобладание ширины таза над шириной плеч, что определяется уровнем женских половых гормонов в крови (Никитюк Б. А., 1991). Нормальный эстрогенный фон способствует формированию таза и всего опорно-двигательного аппарата девочки по женскому типу. Эстрогенный дефицит, который может развиться в силу ряда причин (высокие физические нагрузки, несбалансированное питание, перенесенные тяжелые заболевания), приводит к формированию аномальных форм таза: общеравномерносуженный таз, поперечно-суженный таз, простой плоский таз,

плоскорахитический, мужской таз (Бодяжина В. И. с соавт, 1986; Сидорова И. С. с соавт., 1989). Определяющим при оценке репродуктивного здоровья женщины в отношении состояния таза является момент родов (Азатян К. А с соавт, 2013). Спиралевидное движение плода и узость костного прохода приводят к спиралевидному смещению костей черепа у ребенка – конфигурации головки, что самопроизвольно устраняется в обратном (спиралевидном) направлении после родов. Нормальное восстановление взаиморасположения костей черепа малыша возможно, если таз у мамы был ровный. В случае недоразвития таза, аномальной его формы или асимметричной позиции костей таза у роженицы, происходит нарушение в биомеханике родов, значительное смещение отдельных костей черепа малыша с формированием патологии ЦНС.

Цель исследования: оценить динамику параметров репродуктивного здоровья студенток младших курсов в процессе занятий по программе «Здоровая и счастливая».

Рабочая гипотеза: коррекция образа жизни приводит к нормализации параметров репродуктивного здоровья у девушек-подростков и девушек фертильного возраста.

Задачи исследования:

1. Оценить исходный уровень знаний студенток младших курсов по вопросам образа жизни, способствующего формированию здорового женского организма.
2. Изучить исходный уровень репродуктивного здоровья.
3. Провести со студентками теоретические, методические и практические занятия по программе «Здоровая и счастливая» (авторы – Э. В. Буланова, М. В. Паклева)
4. Проанализировать динамику уровня знаний по вопросам образа жизни, способствующего формированию здорового женского организма, и уровня репродуктивного здоровья.

Материалы и методы

Объект исследования: девушки-студентки ТГМУ в количестве 394 человек, средний возраст 17,5±0,5 лет. Материал исследования: уровень полового созревания, уровень соматического развития, состояние опорно-двигательного аппарата (ОДА) в репродуктивной зоне.

Методы исследования:

- тестирование уровня знаний по вопросам здорового образа жизни (ЗОЖ), оценка осуществлялась по 50-бальной шкале;
- опрос с целью установления степени формирования менструальной функции (Me; соматоскопия с оценкой степени развития вторичных половых признаков (Ma, Pb, Ax), оценка уровня полового созревания проведена по стандартам полового развития;
- морфометрия с определением массы тела, процентного содержания жировой ткани (ПЖТ), роста стоя (Рс), роста сидя (Рси), окружности грудной клетки под бюстом (ОГ), окружности бедер (ОБ), бакромиального (БА), битрохантерного (БТ), бикристарного (БК) размеров и расчетом индексов соматического развития (весоростового коэффициента (ВРК), разностного индекса (РИ), пропорциональности развития плеч (ПРП), пропорциональности развития таза (ПРТ), трохантерного индекса (ТрИ), тазово-плечевой индекс (Т/П), индекс Таннера – индекс полового диморфизма (ИПД)), оценка осуществлялась на основании возрастных стандартов;

- измерение таза, с определением типа таза по акушерским размерам (оценка осуществлялась на основании возрастных стандартов) и симметричности взаиморасположения костей таза по дополнительным измерениям между передними верхними подвздошными остями (ПВПО), задними верхними подвздошными остями (ЗВПО), лонным сочленением (ЛС), остистым отростком 5-го поясничного позвонка (L5);
- тестирование статической выносливости мышц, прикрепляющихся к костям таза, оценивалось время удержания в тестируемой позиции (сек).

Со всеми девушками проведены занятия по программе «Здоровая и счастливая»:

- теоретические по основам образа жизни, способствующего формированию здорового женского организма;
- методические по обучению тестированию параметров репродуктивного здоровья, по обучению основам правильного питания, подбора одежды без функциональных ограничений и перегрузок, по особенностям физкультурно-оздоровительных занятий (ФОЗ) для девушек;
- практические ФОЗ по системе «Синтез-тренинг» (Буланова Э. В., 2014), по формированию навыка правильной походки, занятия по коррекции психоэмоционального состояния и формированию навыков релаксации.

Контрольное обследование проведено через 16 месяцев. Статистическая обработка данных осуществлялась путем расчета средней арифметической и ошибки средней арифметической (M±m), достоверность различий устанавливалась на основании критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение

При исходном тестировании уровня знаний по вопросам ЗОЖ у девушек-студенток он установлен как ниже среднего (таблица 1).

«Здоровый образ жизни» девушки понимали как: отсутствие вредных привычек – 62,1 % опрошенных, занятие спортом – 59,8 %, особое состояние психики – 13,8 %, необходимость правильно организовать свой образ жизни – 1,1 %; то есть, у большинства респонденток сформировано понимание, что чтобы было здоровье, нужно только исключить вредные привычки и заняться спортом. У девушек отсутствовали знания об особенностях организации физкультурных занятий для девушек, были выявлены низкие знания по основам питания и влиянию его на формирование женского организма. Правильно организованный образ жизни диагностирован только у 4,9 % студенток. Контрольное тестирование уровня знаний девушек показало его достоверное увеличение.

Таблица 1 – Динамика параметров репродуктивного здоровья студенток в процессе занятий по программе «Здоровая и счастливая» (M±m)

Параметр	Результаты обследования		
	исходный	контрольный	p<

Уровень знаний	35,5±2,0	47,0±1,0	<0,001
Ма	2,6±0,03	2,7±0,03	<0,01
Pb	3,0±0,03	3,0±0,03	>0,05
Ах	3,1±0,0	3,1±0,03	>0,05
Ме	2,9±0,03	3,0±0,03	<0,05
Уровень полового созревания	11,4±0,1	11,8±0,1	<0,01
Отсутствие менструаций (% лиц от общего кол-ва в группе)	13,4	1,7	<0,05
Масса тела	57,7±0,9	58,2±1,5	>0,05
ПЖТ	20,8±0,2	21,3±1,0	>0,05
Рс	165,85±1,2	168,4±1,25	>0,05
Рси	87,5±0,25	89,85±0,6	<0,001
ОГ	73,6±1,4	74,3±1,0	>0,05
ОБ	93,3±0,6	94,9±1,1	>0,05
БА	35,9±0,1	37,0±0,5	>0,05
БТ	30,7±0,4	31,9±0,3	<0,05
БК	26,8±0,9	27,5±0,3	>0,05
ВРК	21,0±0,5	20,5±0,6	>0,05
РИ	9,2±0,65	11,3±0,8	<0,05
ТрИ	1,93±0,01	1,95±0,01	>0,05
ПРП	21,65±0,6	21,9±0,9	>0,05
ПРТ	16,2±0,1	16,3±0,3	>0,05
Т/П	85,5±1,5	86,2±0,4	>0,05
ИПД	80,8±1,3	83,5±1,2	>0,05
d. spinatum	24,7±0,4	25,7±0,5	>0,05
d. cristarum	26,8±0,4	27,4±0,35	>0,05
d. trochanterica	30,7±0,4	32,0±0,45	<0,05
coniugata externa	17,9±0,2	18,4±0,3	>0,05
ПВПОправ. – ЗВПОлев.	22,8±0,4	23,7±0,3	>0,05
ПВПОлев. – ЗВПОправ.	22,7±0,3	23,8±0,3	<0,01
ЛС – ЗВПОправ.	18,7±0,4	19,7±0,3	<0,05
ЛС – ЗВПОлев	18,6±0,4	19,8±0,2	<0,01
L5 – ПВПОправ.	18,9±0,35	19,8±0,2	<0,05
L5 – ПВПОлев.	18,7±0,3	19,7±0,2	<0,01
Асимметрия таза (% лиц от общего числа в группе)	53,0	34,8	<0,05
Прямая мышца брюшного пресса	59,1±5,5	83,8±4,4	<0,001
Вн. косая брюшн. пресса (верх) право	83,4±10,	137,4±9,9	<0,001
Вн. косая брюшн. пресса (верх) лево	80,1±7,0	138,1±3,0	<0,001
Вн. косая брюшн. пресса (низ) право	7,3±1,8	68,3±6,5	<0,001
Вн. косая брюшн. пресса (низ) лево	6,4±1,8	68,8±8,8	<0,001

Нар. косая брюшн. пресса (верх) право	75,5±8,8	150,5±13,2	<0,001
Нар. косая брюшн. пресса (верх) лево	65,5±8,8	149,5±8,7	<0,001
Нар. косая брюшн. пресса (низ) право	43,3±8,8	82,3±6,6	<0,001
Нар. косая брюшн. пресса (низ) лево	43,25±8,8	82,3±8,8	<0,01
Подвздошно-поясничная мышца право	22,7±2,9	77,3±0,9	<0,001
Подвздошно-поясничная мышца лево	25,7±2,9	79,3±1,9	<0,001
Напр. широкой фасции бедра право	34,4±4,4	56,5±5,5	<0,01
Напр. широкой фасции бедра лево	34,35±4,8	56,4±4,8	<0,01
Большая ягодичная мышца	66,6±5,9	208,3±10,0	<0,001
Средняя ягодичная мышца право	0,0	1,9±2,2	>0,05
Средняя ягодичная мышца лево	0,0	1,7±2,3	>0,05
Диафрагма таза	7,7±1,7	27,0±4,4	<0,001
Приводящие мышцы бедра право	41,8±8,3	113,8±3,2	<0,001
Приводящие мышцы бедра лево	37,2±8,8	112,2±5,1	<0,001
Прямая мышца бедра	61,9±5,1	220,5±10,9	<0,001

При исходном обследовании установлено отставание полового созревания у 59,8 %: выявлена задержка формирования молочных желез и становления менструальной функции. При контрольном обследовании выявлено, что у 14 % нормализовалась менструальная функция. Анализ конкретных ситуаций позволил установить, что эти студентки смогли нормализовать образ своего питания и режим дня. По данным морфометрии у них определена нормализация содержания жировой ткани: у 9,0 %, имевших избыточное содержание на начало занятий, – ее снижение до нормальных показателей, у 5,0 %, имевших недостаток на начало занятий, – ее повышение до нормальных показателей.

Данные морфометрии показали, что ниже возрастных границ у студенток находились показатели ОГ, ОБ, БК, ПРП, ПРТ, что свидетельствует об отставании соматического развития и полового созревания. По ИПД гинекоморфия установлена только у 5,4 % девушек-студенток, андроморфия у 31 %, мезоморфия у 63,6 %. То есть, на начало занятий преобладали мезоморфный и андроморфный типы конституции. Это также свидетельствует об отставании полового созревания и нарушении гормонального фона. На начало занятий 39,6 % студенток имели вес ниже средних показателей, 23,8 % недостаток веса по отношению к росту. При контрольном обследовании установлено увеличение всех показателей соматического развития, кроме ВРК. Достоверно увеличились Рси, БТ, РИ, что свидетельствует об изменении параметров соматического развития девушек в сторону «дозревания». ВРК уменьшился. Во-первых, причина снижения ВРК связана с тем, что скорость увеличения роста превысила скорость увеличения массы. Во-вторых, с тем, что у 9,0 % девушек-студенток произошла нормализация веса. Количество лиц с недостатком веса уменьшилось с 23,8 % на 19,35 %, с избытком веса – с 28,4 % на 19,35 %. Достоверно уменьшилось число девушек с узким тазом (с 69,6 % на 41,9 %) и широкими плечами по отношению к росту (с 63,6 % на 44,5 %). Однако число лиц андроморфного конституционального типа увеличилось.

По результатам определения акушерских размеров таза установлено, что у девушек-студенток возрастным границам соответствовала только d. trochanterica, d. spinarum находилась на нижней границе возрастной нормы, d. cristarum и conjugate externa были значительно уменьшены. При сопоставлении между собой акушерских размеров таза установлено, что у девушек-студенток чаще встречается простой плоский таз – 59,8 %, 13,5 % составили недоразвитые типы таза, женский тип таза зарегистрирован только у 19,1 %, в 5,4 % установлен мужской тип таза. Асимметричное взаиморасположение костей таза было у 53,0 %: у 34,1 % асимметрия по одной паре косых размеров, у 17,4 % по двум, у 1,5 % по трем. Все это является прогностически неблагоприятным и свидетельствует о нарушении у девушек-студенток репродуктивного здоровья. При контрольном обследовании выявлено достоверное увеличение d. trochanterica; недостоверно увеличились d. spinarum, d. cristarum, conjugata externa; произошло достоверное изменение косых размеров таза; достоверно уменьшилось число лиц с асимметричным взаиморасположением костей таза.

Тестирование статической выносливости мышц, прикрепляющихся к костям таза, показало, что у девушек-студенток ни одна мышца не обладает статической выносливостью в пределах функциональной нормы. Оказались резко сниженными статическая выносливость таких мышц, как нижняя часть внутренней и наружной косых мышц живота, диафрагма таза, подвздошно-поясничная мышца, напрягатель широкой фасции бедра, приводящие мышцы, а при тестировании средней ягодичной мышцы девушки даже не смогли вывести сегмент ОДА в исходное положение. Хорошая статическая выносливость установлена только у 11,2 % студенток при тестировании верхней части наружной косой мышцы живота, у 3,2 % при тестировании нижней части наружной косой мышцы живота и у 3,1 % при тестировании приводящих мышц бедра. У 92,9 % выявлена асимметрия статической выносливости мышц на разных половинах туловища. В процессе занятий по программе «Здоровая и счастливая» достоверно увеличилась статическая выносливость всех мышц, кроме средней ягодичной мышцы, с уменьшением степени асимметрии.

Заключение

Девушки, окончившие средние учебные заведения, имеют низкие знания по вопросам образа жизни, способствующего формированию здорового женского организма. Большой процент девушек к 17 годам имеют нарушения репродуктивного здоровья, составляя группу риска по развитию патологии беременности и родов и формированию натальных травм ОДА И ЦНС у новорожденных. Специальные занятия по программам обучения правильному образу жизни вызывают большой интерес у девушек 17-18 лет, формируют стойкую мотивацию к ведению ЗОЖ. В процессе занятий по программе «Здоровая и счастливая» достоверно улучшились параметры репродуктивного здоровья у девушек-студенток младших курсов ТГМУ и повысился уровень знаний по вопросам ЗОЖ.

Литература

1. Азатян, К. А. Анализ влияния асимметричного взаиморасположения костей таза матери на последствия конфигурации головки новорожденного [Текст] / К. А. Азатян, О. Т. Саарян, С. В. Саакян // Молодое поколение XXI века: актуальные

проблемы социально-психологического здоровья: материалы V Международного Конгресса, (24-27 сент. 2013 г.). – Москва, 2013. – С. 152-153.
2. Бодяжина, В. И. Акушерство [Текст]: учебник для вузов / В. И. Бодяжина, К. Н. Жмакин, А. П. Кирющенкова. – М.: Медицина, 1986. – 496с., ил.
3. Казаишвили, Т. Н. Состояние репродуктивного здоровья девочек Тверской области и мероприятия по улучшению демографической ситуации [Текст] / Т. Н. Казаишвили, В. М. Брянцева // Репродуктивное здоровье молодежи: сборник научных трудов – Тверь: ООО «Издательство Герс», 2007. – С. 7-14.
4. Калинина, О. В. Пути улучшения репродуктивного здоровья девочек-подростков [Текст] / О. В. Калинина, Ю. В. Раскуратов // Репродуктивное здоровье молодежи: сборник научных трудов – Тверь: ООО «Издательство Герс», 2007. – С.14-16.
5. Никитюк, Б. А. Конституции человека [Текст] / Б. А. Никитюк // Итоги науки и техники. Антропология. Т.4. - М.: ВИНИТИ, 1991. – 150 с.
6. Осипов, В. Г. Технология физкультурно-оздоровительных занятий для девочек и девушек [Текст]: монография / В. Г. Осипов, Э. В. Буланова. – Тверь: Ред. – изд. Центр Твер. гос. мед. акад., 2014. – 233с.: ил.
7. Раскуратов, Ю. В. Становление менструальной функции у девочек-подростков как показатель состояния репродуктивной системы [Текст]: пособие для врачей / Ю. В. Раскуратов, О. В. Калинина/ Тверь: «Губернская медицина», 2000. – 104 с.
8. Сидорова, И. С. Узкий таз в современном акушерстве [Текст] / И. С.Сидорова, М. А. Ботвин // Советская медицина. – 1989. – №10. – С. 44-49.
9. Таннер, Дж. Рост и конституция человека [Текст] / Дж. Таннер [и др.] // Биология человека: пер. с англ. - М., 1979. – С. 366-471.
10. Физическое развитие детей и подростков Российской Федерации [Текст] / под ред. акад. РАН и РАМН А. А. Баранова, член-корр. РАМН В. Р. Кучмы: сб. мат-лов (выпуск VI). - М.: Издательство «ПедиатрЪ», 2013. – 192 с.

УДК 616.98-022.6-002.151:355.21(470.56)

К. А. Пархета, А. Ю. Зубкова, 5 курс, медико-профилактический факультет
ФГБОУ ВО Оренбургский ГМУ Минздрава России, г. Оренбург, Россия
Кафедра эпидемиологии и инфекционных болезней
Научный руководитель: к.б.н., доцент А. Г. Корнеев

ТОЦКИЙ ПОЛИГОН: ГРУППЫ РИСКА ИНФИЦИРОВАНИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ХАНТАВИРУСАМИ ПУУМАЛА

Эпидемическая ситуация по геморрагической лихорадке с почечным синдромом (ГЛПС) в Российской Федерации характеризуется ростом заболеваемости и расширения ареала природных очагов, связанных с распространением грызунов (источников ГЛПС), являющихся основным резервуаром хантавирусом [1, 2]

По условиям заражения человека возбудителя зоонозных инфекций, в том числе ГЛПС, различают несколько типов заражения, из которых основными являются природный, сельскохозяйственный, садово-огородный, бытовой [3]. Однако данное деление не характеризует особые условия и обстоятельства заражения военнослужащих (в/с) при участии в полевых выходах. Сравнительное изучение различных факторов риска заражения ГЛПС в/с, вызванной вирусом Пуумала, представлено лишь в единичных исследованиях [4, 5, 6].

Цель исследования: выявить группы риска инфицирования хантавирусами Пуумала военнослужащих, участвующих в полевых учениях на Тоцком полигоне Центрального военного округа (ЦВО).

Материалы и методы

Материалы предоставлены Центром Государственного санитарно-эпидемиологического надзора ЦВО (г. Екатеринбург) с 2005 г. по настоящее время. Из 6500 в/с, проходивших полевые учения на Тоцком полигоне, в полевых выходах участвовало 2000 человек. За период исследования было инфицировано ханатавирусами и заболело ГЛПС 40 в/с. Все заболевшие принимали участие в полевых выходах.

Место проведения полевых учений (Тоцкий полигон) расположен в западной части Оренбургской области в степной ландшафтной зоне, где существование основного источника инфекции ГЛПС-Пуумала – рыжей полевки, возможно только в пойме мелких рек.

Проводилось когортное исследование. Рассчитывались абсолютный риск (Rэ) в группе подергавшихся фактору риска и не подвергавшихся (Rнэ), а также относительный риск (RR), отношение шансов (ОШ) и его доверительные интервалы (ДИ). Достоверность полученных результатов оценивали с помощью критерия Пирсона (χ^2) при $p \leq 0{,}05$. При $n<30$ использовался критерий Фишера.

Результаты и обсуждение

Все случаи инфицирования ГЛПС в/с связаны с полевым выходом. Во время полевого выхода в/с участвовали в разведывательных операциях, в создании огневой позиции для артиллерийских орудий и стрелкового вооружения, а также в устройстве

фортификационных сооружений. При устройстве в/с фортификационных сооружений проводилось рытье траншей, укрепление стен сооружения с помощью лесоматериала, маскировка сооружения с помощью подручных средств.

Участие в рытье траншей принимало 157 в/с, из них 7 были инфицированы хантавирусами против заразившихся 33 в/с из 1810, не участвующих в рытье траншей. При этом риск инфицирования хантавирусами среди принимавших участие в рытье траншей (Rэ=0,04) был достоверно больше, чем среди лиц, не участвующих в рытье траншей (Rнэ=0,02; ОШ=2,6; ДИ=1,1-5,9; χ^2=4,0; p=0,046).

Участие в укреплении стен сооружения с помощью лесоматериала принимало 92 в/с, из них 1 был инфицирован хантавирусом против заразившихся 39 в/с из 1869, не участвующих в укреплении стен сооружения. При этом риск инфицирования хантавирусами среди лиц, принимавших участие в укреплении стен сооружения с помощью лесоматериала, достоверно не отличался от такового среди лиц, не участвующих в укрепление стен сооружения (Rэ=0,01; Rнэ=0,02; ОШ=0,5; ДИ=0,1-3,9; χ^2=0,1; p=0,795).

Участие в/с в маскировке сооружений с помощью подручных средств принимало 58 в/с, из них двое были инфицированы хантавирусом против заразившихся 38 в/с из 1904, не участвующих в маскировке. При этом риск инфицирования хантавирусами среди принимавших участие в маскировке сооружений с помощью подручных средств (Rэ=0,03) был достоверно больше такового среди лиц не участвующих в маскировке сооружений с помощью подручных средств (Rнэ=0,02; ОШ=1,8; ДИ=0,4-7,6; χ^2=0,1; p=0,746).

Таким образом, из всех вид работ при устройстве фортификационных сооружений наибольший риск инфицирования хантавирусами Пуумала присущ рытью траншей.

Во время полевых выходов в/с участвовали в создании огневых позиций для артиллерийских орудий и стрелкового оружия (рытье укреплений (капониров, окопов, артиллерийских гнезд), маскировка укреплений с помощью подручных средств (сухой травы, веток и т.д.)).

Участие в рытье укреплений принимало 94 в/с, из них 4 были инфицированы хантавирусами против заразившихся 36 в/с из 1906, не участвующих в рытье укрпелений. При этом риск инфицирования хантавирусами среди принимавших участие индивидуальной маскировке подручными средствами достоверно не отличался от такового среди лиц не участвующих в рытье укреплений (Rэ=0,04 против Rнэ=0,019; ОШ=2,3; ДИ=0,8-6,6; χ^2=1,5; p=0,221).

Участие в маскировке укреплений принимал 61 в/с, из них 2 были инфицированы хантавирусами против заразившихся 38 в/с из 1939, не участвующих в маскировке. При этом риск инфицирования хантавирусами среди принимавших участие маскировке достоверно не отличался от такового среди лиц, не участвующих в маскировке (Rэ=0,03 против Rнэ=0,02; ОШ=1,7; ДИ=0,4-7,2; χ^2=0,1; p=0,795).

Таким образом, из всех действий при создании в/с огневой позиции риск инфицирования хантавирусами Пуумала не выявлен.

Во время полевых выходов в/с проводили разведывательные мероприятия (индивидуальная маскировка подручными средствами (сухой травой, ветками и т.д.), нахождение в положении лежа для максимальной маскировки).

Участие в индивидуальной маскировке подручными средствами принимало 7 в/с, из них 1 были инфицирован хантавирусами против заразившихся 39 в/с из 1993, не участвующих в индивидуальной маскировке подручными средствами. Риск инфицирования не связан с участием в индивидуальной маскировке подручными средствами (Rэ=0,14 против Rнэ=0,02; ОШ=8,4; ДИ=1,0-71,0; $\chi 2$=0,9; p=0,33).

Шесть в/с находились в положении лежа для максимальной маскировки, из них 1 был инфицирован хантавирусами против заразившихся 39 в/с из 1994. При этом риск инфицирования хантавирусами среди находившихся в положении лежа достоверно не отличался от такового среди лиц, не участвующих в положении лежа (Rэ=0,17 против Rнэ=0,02; ОШ=10,0; ДИ=1,1-87,8; χ^2=1,2; p=0,267).

Таким образом, из всех действий при участии в/с в разведывательных операциях риск инфицирования хантавирусами Пуумала не выявлен.

Среди 40 в/с вероятные причины и обстоятельства заражения были выявлены только у 16. Необходим дальнейший анализ, разработка ситуации, изучение архивных материалов, предоставленных Центром Государственного санитарно-эпидемиологического надзора ЦВО (г. Екатеринбург) с 2005 года по настоящее время.

Заключение

Группой риска заражения хантавирусами Пуумала являются военнослужащие, принимавшие участие в рытье траншей, что позволяет говорить о реализации воздушно-пылевого пути передачи. Требуется разработка профилактических мероприятий, направленных на разрыв пути передачи ГЛПС, среди которых в первую очередь необходимо использование средств индивидуальной защиты (СИЗ) органов дыхания (противогаз, лепесток, загубник, полумаска и т. д.). Выбор СИЗ обусловливается продолжительностью и видом проводимых работ.

Литература

1. Дзагурова Т. К. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (этиология, специфическая лабораторная диагностика, разработка диагностических и вакцинных препаратов): автореф. дис. на соиск. учен.степ. д.м.н. / Т. К. Дзагурова, 2014. – 47 с.
2. Особенности сезонной численности мелких млекопитающих в закрытых лугополевых стациях на Окско-Донской низменной равнине, Среднерусской возвышенности и в степи с точки зрения эпидемиологического значения / Д.В. Транквилевский [и др.] // Здоровье населения и среда обитания. – 2014. – №5 (254). – С. 31-35.
3. Эпидемиологические типы заболеваемости ГЛПС в Башкирской АССР / Ю. А. Мясников [и др.] // Труды Института полиомиелита и вирусных энцефалитов АМН СССР. – 1971. – №19. – С. 359-370.
4. Калмыков А. А. Эпидемиологический анализ причин роста заболеваемости геморрагической лихорадкой с почечным синдромом военнослужащих в Центральном военном округе в 2011 году / А. А. Калмыков, Р. М. Аминев, А. Г. Корнеев, В. С. Поляков // Медицинский альманах. – 2012. – №3 (22). – С. 96-99.

5. Корнеев А. Г. Оренбургская область как продолжение природных очагов ГЛПС сопредельных территорий / А. Г. Корнеев, Р. М. Аминев, М. В. Скачков // Медицинский альманах. – 2011. – №4 (17). – С. 108-110.
6. Аминев Р. М. Эпидемиологическая характеристика территорий расположения воинский частей в Оренбургской области / Р. М. Аминев, А. Г. Корнеев, М. В. Скачков // Военно-медицинский журнал. – 2011. – Т.332, №2. – С. 38-40.

УДК 616.147.3-005.4-036.12-08

Т. Н. Паюсова, 5 курс, лечебный факультет; Г. В. Вакулин, доцент
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра факультетской хирургии
Руководитель: к.м.н., доцент А. Е. Новосельцев

СРАВНЕНИЕ ЧАСТОТЫ И СТРУКТУРЫ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В 2012- 2016Г.Г. С 2005-2009 ГОДАМИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ГКБ №6 Г. ТВЕРИ

Хронические облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей являются распространенным заболеванием и встречаются у 2-3 % населения. Вероятно, уровень этой нозологии будет возрастать с увеличением общей продолжительности жизни населения. В структуре заболеваний сердечно-сосудистой системы облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей составляет до 20 %, и в 77,5 % случаев является причиной тяжелой инвалидизации в РФ.

Лечение больных облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей (ОАСНК) остается актуальной проблемой современной медицины, при этом численность контингента больных с критической ишемией сосудов нижних конечностей достигает 75 % от общего количества больных, поступающих в сосудистые подразделения многопрофильных специализированных стационаров. В структуре патологии количество больных с дистальными поражениями артерий составляет от 30 до 40 %. Несмотря на широкое внедрение разных видов протезирования сосудов, особое место в хирургии ОАСНК продолжают занимать случаи ампутации нижних конечностей.

Цель исследования: сравнить частоту и структуру ишемии нижних конечностей в 2012- 2016г.г. с 2005-2009 годами в хирургическом отделении ГКБ №6 г. Твери.

Материалы и методы

Проведен анализ количества выполненных ампутаций нижних конечностей за последние пять лет на основании данных журналов записи оперативных вмешательств в хирургическом отделении ГКБ №6.

Результаты и обсуждение

С 2012 по 2016 год в хирургическом отделении городской клинической больницы №6 подверглись операции 200 человек: 113 мужчин (56,5 %) и 87 женщины (43,5 %). В сравнении с данными десятилетней давности количество операций увеличилось на 41 % (в 2005-2009 гг. эта цифра составила 142 человека).

У 66 человек (33 % случаев) имелась комбинированная атеросклеротическая и диабетическая ангиопатия, которая развивалась чаще у мужчин трудоспособного возраста (медиана возраста 63 года (55;71,5)) и у женщин - 73,5 года (64,75;77,25); причем половое соотношение данной группы составило 37 мужчин и 29 женщин. В 2005-2009 гг. эта группа составляла 40 % всех рассмотренных случаев.

Диагноз ОАСНК встречался у 134 больных, из них мужчин – 76, а женщин – 58. в медиане возраста 70 год (64;77) и 82 лет (73;87) соответственно.

Сроки госпитализации варьировали от нескольких суток до месяца, причем экстренную операцию проводили в 14,5 % случаев, в первые 3 дня – 40,9 %; с 4 по 7 день – 16,9 %; более недели – 27,7 % .

Объем операции заключался в некрэктомии. В 40 % случаев ампутацию проводили на границе средней трети бедра, 35 % - в верхней трети бедра, 22,5 % – экзартикуляция пальцев, 1,5 % - ампутация стопы на уровне сустава Лисфранка (3 случая) и 1 % - экзартикуляция культи бедра (2 случая). Необходимо отметитить, что уровень ампутации выбирался эмпирически. Такой случайный выбор границы некрэктомии привел к тому, что операция в два этапа была проведена у 17 больных. Обе нижние конечности были ампутированы у троих пациентов, которые имели синдром Лериша (окклюзирующее состояние, характеризующееся сужением и/ или полной закупоркой артериальных сосудов аорто-подвздошного отдела).

Заключение

Количество ампутаций по поводу критической ишемии нижней конечности неуклонно растет за счет атеросклеротического поражения, причем комбинированная ангиопатия имеет тенденцию к снижению.

Несмотря на возможность дальнейшей диагностики при проведении консервативной терапии, границы некрэктомии выбираются эмпирически, что приводит к реампутации и даже к экзартикуляции бедра.

Литература

1. Лисин С. В. Комплексное хирургическое лечение IV степени хронической артериальной недостаточности нижних конечностей атеросклеротической этиологии / автореф. дис. … д-ра мед. наук. / М., 2008. – 54 с.
2. Хирургические болезни: учебник/ под ред. М. И. Кузина – 4-е издание, перераб. и доп. / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.
3. Критическая ишемия нижних конечностей: учебник/ под ред. Савельев В. С., Кошкин В. М. / М.: Медицина, 2015.

УДК 616.831.4:616.153.915

Т. Н. Петрова, О. Н. Краснoруцкая, Ю. А. Котова, Д. Ю. Бугримов,
Е. В. Лебединская, 6 курс лечебный факультет
ФБГОУ ВО Воронежский ГМУ имени Н. Н. Бурденко Минздрава России,
г. Воронеж, Россия
Научный руководитель: д.м.н., профессор Т. Н. Петрова

СОСТОЯНИЕ ЛИПИДНОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С НЕЙРО-ЭНДОКРИННОЙ ФОРМОЙ ГИПОТАЛАМИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Нейро-эндокринная форма гипоталамического синдрома (НЭФГС) является самой распространенной формой эндокринно-обменной патологии гипоталамо-гипофизарной области [1, 2]. Этот синдром характеризуется клиническим полиморфизмом и тесными взаимосвязями с вегетативными, эмоциональными и мотивационными нарушениями. В настоящее время проблема НЭФГС представляет собой большой интерес, что связано с большой распространенностью заболевания и с определенными трудностями в диагностике данной патологии [3,4],5.

Цель исследования: изучение особенностей липидограммы крови у больных с нейро-эндокринной формой гипоталамического синдрома в зависимости от степени и фазы ожирения.

Материалы и методы

В ходе исследования мы наблюдали 48 больных, в возрасте от 17 до 60 лет (средний возраст составил 53,3±1,5 года) с подтвержденным гипоталамическим ожирением (ГО), (ИМТ≥29,9 кг/м^2, множественные «стрии», АГ, гормональный дисбаланс). Из них 11 мужчин (23 %) и 37 женщин (77 %). В процессе обследования оценивали антропометрические данные: рост, масса тела, индекс массы тела (ИМТ), который рассчитывали по формуле ИМТ = масса, кг/рост, см^2; измеряли длину окружности талии (ОТ) и бедер (ОБ) с последующим анализом результатов их соотношения. Фаза ожирения (динамическая или статическая) ставилась на основании анамнеза и контроля веса в динамике. В условиях стационара всем больным определяли основные показатели липидного спектра крови: уровень триглицеридов (ТГ), общий холестерин (ОХ) и его фракции. Показатели липидов и липопротеидов считали нормальными при ОХ<5,0 ммоль/л, ТГ<2,0 ммоль/л, ХС ЛПНП<3,0 ммоль/л, ХС ЛПВП>1,0 ммоль/л.

Результаты и обсуждение

Подавляющее большинство больных с ГО имеет дислипидемию. Показатели липидограммы менялись за счет увеличения ТГ, ОХ и его отдельных фракций. У всех больных, включенных в исследование, выявлялся повышенный уровень общего ХС - 7,3 ммоль/л (от 5,6 до 9,0 ммоль/л) и неблагоприятные изменения в липидном спектре в виде снижения уровня ХС ЛПВП 0,89 ммоль/л (0,82-0,96 ммоль/л), повышения уровня ХС ЛПНП 2,55 мМоль/л (2,2-2,9 ммоль/л). Легкая форма ГХС (ХС от 5,2 до 6,5 ммоль/л) отмечена у 18 пациентов (33,3 %);умеренная ГХС (ХС от 6,5 до 7,8 ммоль/л) - у 23 пациентов (43,3 %); тяжелая ГХС (ХС выше 7,8 ммоль/л) - у 7 больных (23,4 %). Уровень триглицеридов у

наблюдаемой группы составил в среднем 2,7±0,9 ммоль/л и нарастал по мере увеличения массы тела.

При этом у 27 % больных, которые характеризовались расстройством жирового обмена динамического характера, показатели липидного обмена - (ОХ и ТГ) нарастали прямо пропорционально увеличению массы тела. У ряда других больных, ожирение находилось в статической фазе (т.е. была высокая, стабильная масса тела), показатели липидограммы менялись за счет увеличения ТГ, ОХ и его отдельных фракций. Нарастание концентрации ОХ, β-ЛП было отмечено с максимумом при 3 степени ожирения, а затем отмечается тенденция к их снижению при 4 степени. Уровень ТГ плавно нарастает с увеличением массы тела, достигая максимальной концентрации при 4 степени ожирения. Независимо от фазы ожирения, уровень триглицеридов не коррелировал с коэффициентом ОТ/ОБ.

Нарушения в липидном спектре сыворотки крови были достоверно выше в группе пациентов с сопутствующей АГ (таблица 1).

Таблица 1 – Изменение липидограммы у пациентов с АГ и без, ммоль/л, M±m; n = 30

Показатели липидограммы	АГ	Без АГ
Общий ХС	7,12±0,2	7,6±0,25
ХС ЛПНП	4,05±0,23	4,05±0,20
ХС ЛПВП	0,711±0,031	0,730±0,03
ТГ	2,78±0,27	2,6±0,34
КА	9,83±0,72	9,6±0,7
ХС ЛПВП/ХС-ХС ЛПВП	0,12±0,007	0,11±0,01
ХС/ХС ЛПВП	10,83±0,72	10,6±0,71

Заключение

Полученные результаты свидетельствуют о выраженных изменениях липидного спектра крови и имеют ряд атерогенных характеристик. Для формирования липидных нарушений у данной категории больных имеет значение степень и фаза ожирения. АГ у данной категории больных, ухудшает показатели жирового обмена и способствует развитию осложнений. Таким образом, пациентов с нейро-эндокринной формой ожирения и сопутствующей АГ, требует отнесения в группу высокого риска по развитию раннего атеросклероза и связанных с ним заболеваний.

Литература

1. Волынкина А. П. Болезни цивилизации: особенности современного типа человека / А. П. Волынкина, И. П. Горшков, В. И. Мананникова // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2015. – № 60. – С. 11–20.
2. Эндокринология / под ред. Н. Лавин // перевод с англ. В. И. Кандрор, Э. А. Антух, Т. Г. Горлина; редактор перевода: к.б.н. А.В. Тимофеев. - Москва, «Практика», 1999. – 830 с.

3. Романова М. М. Анализ гастроэнтерологической патологии, пищевого статуса, фактического питания среди населения по данным посещений Центра здоровья. // М. М. Романова, А. А. Зуйкова // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 2. – С. 151-155.
4. Потапова А. И. Анализ сердечно-сосудистой заболеваемости на амбулаторном поликлиническом приеме / А. И. Потапова, О. С. Посметьева // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2016. – № 66. – С. 242-245.
5. Есина Е. Ю. Оценка факторов риска внезапной сердечной смерти в общей врачебной практике / Е. Ю. Есина, А. А. Зуйкова, О. С. Скиба, А. О. Никитин // Вестник новых медицинских технологий. – 2010. – Т. 17. – № 2. – С. 119-122.

УДК 616.12-008.331-085:616.831.4

Т. Н. Петрова, О. Н. Красноруцкая, Ю. А. Котова, Д. Ю. Бугримов, С. П. Лосева,
6 курс, лечебный факультет
ФБГОУ ВО Воронежский ГМУ имени Н. Н. Бурденко Минздрава России,
г. Воронеж, Россия
Научный руководитель: ассистент Ю. А. Котова

ПРИМЕНЕНИЕ МОКСОНИДИНА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА ФОНЕ ГИПОТАЛАМИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ

Повышенное артериальное давление (АД) является независимым фактором риска развития различных сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений, таких как нарушения мозгового кровообращения и острый инфаркт миокарда, и тем самым является одной из причин частой инвалидизации и смертности больных [1, 2]. Известно, что артериальная гипертония (АГ) широко распространенное заболевание среди взрослого населения (20-25 %). Повышенное АД имеет место в 35 % случаев всех атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе в 49 % всех случаев сердечной недостаточности. У лиц пожилого возраста, имеющих признаки сердечной недостаточности, АГ ранее имела место в 80 % случаев [3].

Известно, что в состав нейроэндокринной формы гипоталамического синдрома (НЭФГС) входят несколько факторов риска сердечно-сосудистой патологии, в том числе артериальная гипертония, ожирение, нарушение жирового и углеводного обмена, часто проявляющиеся дислипопротеидемией и нарушенной толерантностью к глюкозе. У таких больных АГ протекает тяжелее, быстрее развиваются атеросклероз мозговых и коронарных сосудов, нефро- и ретинопатия. Целями антигипертензивной терапии у больных АГ с метаболическими нарушениями, являются оптимальное снижение АД, предупреждение поражения органов-мишеней и снижение риска сердечно-сосудистых осложнений [4, 5].

Выбор лекарственного препарата у данной категории пациентов не прост. Важнейшими качествами используемого гипотензивного средства должны быть: метаболическая нейтральность в отношении углеводного и липидного обмена, способность оказывать кардио- и нефропротективное действие. Исходя из патогенетических основ повышения артериального давления при НЭФГС, весьма целесообразно использовать препараты с нейроингибиторным действием, способные воздействовать одновременно на несколько патогенетических механизмов. Основной мишенью для воздействия длительно считались α-адренергические рецепторы. Новый подход в этом направлении связан с созданием препаратов действующих на центральные имидазолиновые I1-рецепторы. Механизмы антигипертензивного действия агонистов I-рецепторов происходит за счет следующих гемодинамических эффектов: вазодилятация, снижения ОПСС, уменьшения конечного систолического и диастолического размеров левого желудочка. ЧСС, ударный объем, сердечный выброс, давление в легочной артерии остаются неизменными. Гемодинамические эффекты препаратов связаны со снижением миокардиального и почечного симпатических барорефлекторных реакций и повышением парасимпатической

барорефлекторной чувствительности миокарда. Такое сочетание фармакологических эффектов позволяет постулировать восстановление барорефлекторной функции, скомпрометированной у большинства пациентов с АГ на фоне гипоталамической дисфункции.

Цель исследования: оценка эффективности и безопасности агониста имидазолиновых I1-рецепторов моксонидина («ФИЗИОТЕНЗ» фирмы «Solvay Pharma», Германия) у больных мягкой и умеренной АГ на фоне гипоталамической дисфункции.

Материалы и методы

В исследование были включены 40 женщин в возрасте от 25 до 65 лет (средний 37,2±2,3 года) с мягкой или умеренной АГ (давность 5±2,6 года) и сопутствующими метаболическими нарушениями, в виде гиперхолестеринемии (ГХ), гипертриглицеридемии (ГТ), нарушенной толерантностью к глюкозе (НТГ) и/или сахарным диабетом 2 типа (СД). Избыточную массу тела (ИМТ=масса тела/ рост, $м^2$, более 25 $кг/м^2$) имели 80 % больных, т.е. 30 больных. Среди обследованных 1-я степень повышения АД была у 18 человек, 2-я степень – у 22 человек (по классификации ВОЗ, 1999 г.). Все больные получали физиотенз в дозе 0,2 мг один раз в сутки в течение 3 мес. Критерием эффективности служила динамика АД. Переносимость препарата оценивали на основании жалоб и результатов лабораторных и объективных методов исследования. Изучали центральную гемодинамику с помощью эхокардиографии, определением общего периферического сопротивления сосудов, фракции выброса, минутного объема кровообращения, конечного систолического и диастолического объемов сердца, толщины задней стенки левого желудочка в диастолу, внутреннего диаметра левого желудочка, толщины межжелудочковой перегородки.

До начала лечения выполнялось детальное клиническое и лабораторное обследование по специально разработанной программе. Она включала определение гормонального фона, ПТТГ, рентгенографию черепа, КТ и МРТ по необходимости.

Всем больным давались рекомендации по общему режиму, диете, физической активности.

Результаты и обсуждение

В ходе исследования было достигнуто снижение систолического АД на 11,4 % (до лечения 150±3,5 мм. рт. ст., после лечения – 135±3,5 мм. рт. ст.), диастолического на 10,8 % (до лечения 100±2 мм. рт. ст., после лечения – 90±3,2 мм. рт. ст.). Данное исследование показало, что среднесуточное АД максимально снижается через две недели при лечении моксонидином в дозе 0,2 мг. После 2 недель лечения для получения лучшего результата доза препарата была увеличена до 0,4 мг однократно утром. На этом фоне произошло снижение АД ниже 140/90мм рт. ст., что составило в среднем 125,6±1,4 мм рт. ст. систолическое и 75,4±2,3 мм рт. ст. диастолическое.

У 1/3 всех больных, были выявлены гипертрофия левого желудочка и низкий показатель сердечного выброса. На фоне терапии почти у всех пациентов наблюдалась тенденция к увеличению ФВ и ОПС, повышение ММЛЖ (таблица 1).

Таблица 1 – Изменение показателей гемодинамики при лечении физиотензом (при p<0,05 по сравнению с исходным показателем)

Показатель	Тип кровообращения			
	Гиперкинетический		Гипо- и эукинетический	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Сердечный индекс, л/мин/м^2	3,8±0,18	3,3±0,46	2,4±0,16	3,1±0,17
Ударный объем, мл	86,0±6,13	79,8±9,24	62,3±4,59	77,1±4,70
Минутный объем, л/мин	6,9±0,47	6,2±0,84	4,4±0,36	5,7±0,35
Общее периферическое сосудистое сопротивление, дин/с/см^5	1421±44,6	1302±139,6	260±196,5	1700±217,5
Фракция выброса, %	63,6±3,59	66,1±3,10	64,6±3,82	69,3±3,97

На фоне приема физиотенза в течении 24 нед. ОПС снизилось на 25 % (до лечения 1984,5±70,0 дин./с/см$^{-5}$, после – 1587,7±52,3 дин./с/см$^{-5}$). КСО, составлявший до лечения 98,3 мл под воздействием физиотенза снизился до 83,7 мл (на 15 %), КДО со 180 до 160 мл (на 14 %), ТМЖП снизилась на 16 %, а ВДЛЖ – лишь на 8 %. ММЛЖ снизилась со 180 до 150 г/м^2. Расчетный показатель диастолической функции через 6 месяцев лечения моксонидином увеличился на 32 %.

Отрицательной динамики ЭКГ и значительных изменений частоты сердечных сокращений не зарегистрировано.

Существенных изменений показателей липидного обмена под влиянием терапии не наблюдалось.

На фоне лечения получены данные свидетельствующие об уменьшении инсулинорезистентности. Глюкоза натощак снизилась на 11 % и составила 3,2±2,1 ммоль/л, после теста с нагрузкой глюкозой 7,4±0,5 ммоль/л.

В ходе исследования побочных эффектов при лечении моксонидином не наблюдалось.

Заключение

Полученные результаты свидетельствуют о том, что Физиотенз обладает выраженным гипотензивным эффектом у больных АГ на фоне гипоталамической дисфункции, является метаболически нейтральным, оказывает кардиопротективное действие за счет не только снижения АД и нагрузки давлением, но и вариабельности АД. В пользу этого свидетельствует улучшение систолической и диастолической функции сердца под влиянием лечения. Таким образом, препарат может быть использован для монотерапии мягкой и умеренной артериальной гипертонии с метаболическими нарушениями на фоне гипоталамической дисфункции.

Литература

1. Страхова Н. В. Объемная компресионная осциллометрия: новая модель прогнозиования клинического течения артериальной гипертонии / Н. В. Страхова, А. А. Зуйкова, Т. Н. Петрова, О. Н. Краснoруцкая // Перспективы науки. – 2013. – №2 (41). – С. 19-21.
2. Пашков А. Н. Прогнозирование клинического течения артериальной гипертонии с учетом данных объемной компрессионной осциллометрии / А. Н. Пашкова, А. А. Зуйкова, Н. В. Страхова // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2013. – Т. 12, № 1. – С. 15-20.
3. Изменение концентрации общего и лабильного цинка у пациентов с артериальной гипертензией на фоне приема препарата «Цинктерал» / Ю. А. Котова, А. А. Зуйкова, А. Н. Пашков, В. И. Болотских, О. Н. Краснoруцкая, Н. В. Страхова, Е. Ю. Есина, И. С. Добрынина // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 5. – С. 114.
4. Зуйкова А. А. Изменение биологических ритмов организма человека на фоне стрессовых воздействий / А. А. Зуйкова, О. Н. Краснoруцкая, Е. А. Ханина // Вестник новых медицинских технологий. – 2010. – Т. 17, № 2. – С. 195-197.
5. Котова Ю. А. Коррекция показателей свободно-радикального окисления у пациентов с артериальной гипертонией и дислипидемией / Ю. А. Котова, А. А. Зуйкова, Н. В. Страхова // В сборнике: Современные тенденции развития науки и производства. Сборник материалов III Международной научно-практической конференции. Западно-Сибирский научный центр; Кузбасский государственный технический университет имени Т. Ф. Горбачева. – 2016. – С. 374-376.

УДК 616.13-004.6-084:616.379-008.64

Т. Н. Петрова, О. Н. Красноруцкая, Ю. А. Котова, Д. Ю. Бугримов, Е. А. Раскина,
6 курс, лечебный факультет
ФБГОУ ВО Воронежский ГМУ имени Н. Н. Бурденко Минздрава России,
г. Воронеж, Россия
Научный руководитель: к.м.н., доцент Д. Ю. Бугримов

ПУТИ ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ

Атеросклероз является основной причиной развития ишемической болезни сердца и цереброваскулярной патологии, заболеваний, определяющих высокую смертность населения. Важную роль в развитии атеросклероза, наряду с генетическими нарушениями, играют факторы риска [1, 2]. Основной концепцией профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, является раннее выявление и коррекция факторов риска. Эта концепция позволяет предсказать вероятность заболевания или смерти среди популяций - популяционный риск, а также для отдельного пациента - индивидуальный риск [3, 4, 5].

Коррекция дислипидемий (ДЛП) остается актуальной проблемой современной медицины, особенно в России. Основным недостатком эффективных гиполипидемических препаратов является их высокая стоимость. По этой причине внимание врачей все чаще привлекают препараты из группы фибратов.

Цель исследования: выявить влияние препарата Липантил (Solvay Pharma) на показатели липидного спектра плазмы крови при разных типах дислипидемий.

Материалы и методы

Обследовано 35 человек в возрасте от 40 до 61 года (средний возраст 52,5±1,4 года). Из них 16 (53,3 %) мужчин и 14 (46,7 %) женщин.

В группу обследованных включались лица с уровнем общего ХС более 6,0 ммоль/л.

У 27 человек из 30 (90 %) отмечались заболевания сердечно-сосудистой системы (ИБС: стабильная стенокардия напряжения II или III ФК, постинфарктиый кардиосклероз: артериальная гипертензия). Основная масса обследованных больных имела первичную ДЛП (20 человек - 67,7 %); 10 человек (33,3 %) страдали заболеваниями: хронический гломерулонефрит, холестатический и персистирующий гепатиты, тиреоидит, тиреотоксикоз.

Легкая форма ГХС (ХС от 5,2 до 6,5 ммоль/л) отмечена у 10 пациентов (33,3 %); умеренная ГХС (ХС от 6,5 до 7,8 ммоль/л) - у 13 пациентов (43,3 %); тяжелая ГХС (ХС выше 7,8 ммоль/л) - у 7 больных (23,4 %)

Препарат Хофитол использовался в таблетированной форме, в 1 таблетке содержалось 200 мг экстракта листьев артишока. Хофитол назначали по 2 таблетки 3 раза в день за 15 мин. до еды в течение 10 дней, затем 10 дней перерыв. Общая продолжительность лечения составила 3 месяца. Все больные соблюдали диету, рекомендованную Американской ассоциацией сердца.

Показатели липидного спектра плазмы крови определяли методом «сухой химии» при помощи тест-полосок на биохимическом анализаторе «Retlotron» Boeringer Mannheim (Австрия). Кровь брали из пальца утром натощак через 12-16 часов голода. ХС ЛПНП рассчитывали по формуле Фридвальда.

Результаты и обсуждение

Было выявлено, что Хофитол оказывает положительное влияние на показатели липидного обмена (таблица 1).

Таблица 1 – Изменение липидограммы под влиянием Хофитола, ммоль/л, M±m; n=30

Показатели липидограммы	До лечения Хофитолом	После лечения Хофитолом
Общий ХС	7,12±0,2	6,0±0,25**
ХС ЛПНП	4,05±0,23	3,29±0,17*
ХС ЛПВП	0,711±0,031	0,767±0,039
ТГ	2,78±0,27	2,15±0,2
КА	9,83±0,72	7,41±0,41*
ХС ЛПВП/ХС-ХС ЛПВП	0,12±0,007	0,153±0,009*
ХС/ХС ЛПВП	10,83±0,72	8,4±0,406*
Примечание: * - различия между показателями статистически значимы (p<0,01); ** - различия между показателями статистически значимы (p<0,001).		

Было установлено достоверное снижение уровня общего ХС плазмы крови, ХС ЛПНП и коэффициента атерогенности (КА), что считается наиболее важным для профилактики атеросклероза. Уровни ХС ЛПВП и ТГ имели тенденции к снижению.

В последние годы риск развития атеросклероза и ИБС оценивается с помощью различных показателей, включающих ХС. ЛПВП. По результатам наших исследований, этот показатель достоверно повышается, уменьшая атерогенность плазмы крови. Риск возникновения и прогрессирования атеросклероза оценивается также по отношению ХС/ХС ЛПВП. Чем оно выше, тем хуже прогноз. Нами выявлено снижение данного показателя после лечения Хофитолом.

Были изучены липидограммы у пациентов с вторичной ДЛП под влиянием Хофитола. Выявлено (таблица 2), что у этих больных существенно улучшились только показатели общего ХС, КА и ХС ЛПВП-отношение. Не изменились уровни наиболее атерогенного ХС ЛПНП, значения ТГ, ХС ЛПВП, а также отношение ХС/ХС ЛПВП. Очевидно, на фоне заболеваний, приводящих к вторичной ДЛП, эффективность Хофитола значительно снижается.

Таблица 2 – Изменение показателей липидограммы у пациентов с вторичной дислипопротеинемией под влиянием лечения Хофитолом, ммоль/л, M±m; n=10

Показатели липидограммы	До лечения Хофитолом	После лечения Хофитолом
Общий ХС	7,6±0,25	6,5±0,4*
ХСЛПНП	4,5±0,20	3,7±0,4
ХС ЛПВП	0,730±0,03	0,799±0,03
ТГ	2,6±0,34	1,9±0,27
КА	9,6±0,7	7,3±0,7*
ХС ЛПВП/ХС-ХС ЛПВП	0,11±0,01	0,15±0,013*
ХС/ХС ЛПВП	10,6±0,71	8,3±0,75*

Изучалась эффективность Хофитола в зависимости от тяжести ГХС (рисунок 1). Установлено, что при легкой и умеренной ГХС содержание ХС снизилось почти до нормальных цифр. При легкой ГХС содержание ХС снизилось почти до нормальных цифр. При легкой ГХС до лечения уровня ХС был 6,1±0,08 ммоль/л, после лечения стал 5,2±0,28 ммоль/л ($p<0,05$). При умеренной ГХС уровень ХС был 7,0±0,08 ммоль/л, после лечения стал 5,8±0,14 ммоль/л ($p<0,001$). В нервом случае ХС снизился на 14,8 %, во втором - на 17,1 %. При тяжелой ГХС достоверного снижения уровня ХС не отмечалось (до лечения 8,71±0,4 ммоль/л, после лечения 7,6±0,4 ммоль/л; $p>0,05$). ХС снизился всего на 12,6 %.

Заслуживает внимания то, что ни один из пациентов в течение 3-х месяцев лечения не отметил ухудшения самочувствия или побочных эффектов, связанных с приемом Хофитола. Напротив, 5 человек (16,7 %) почувствовали себя лучше (исчезли диспепсические явления, улучшились настроение, сон, нормализовался стул). Кроме того, стоимость препарата доступна большинству населения, в отличие от синтетических лекарственных форм.

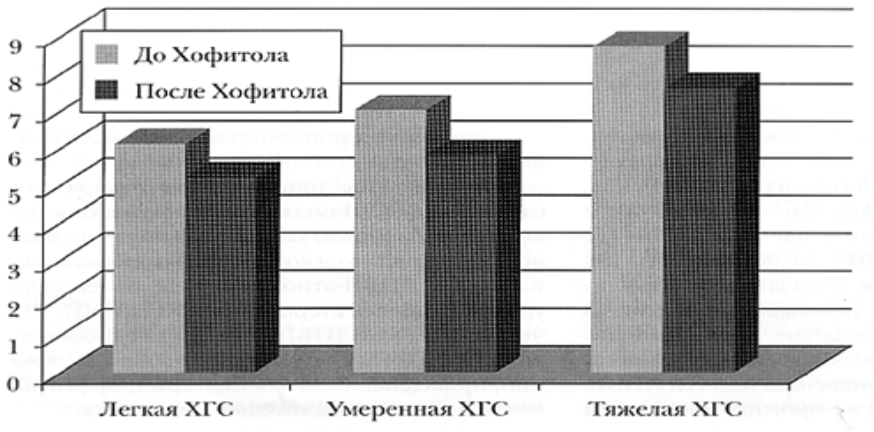


Рисунок 1 – Динамика общего холестерина под влиянием лечения Хофитолом в зависимости от тяжести гиперхолестеринемии

Выводы

1. Препарат из листьев артишока Хофитол достоверно снижает уровень общего холестерина, холестерина липопротеинов низкой плотности, коэффициент атерогенности, отношение ХС/ХС ЛПВП, повышает ХС ЛПВП-отношеиие. При этом уменьшаются атерогенные свойства плазмы, что способствует лечению и профилактике сердечно-сосудистых заболевания.
2. Улучшение показателей липидного спектра плазмы крови под влиянием Хофитола, отсутствие побочных эффектов препарата позволяет рекомендовать Хофитол для широкого применения в практической медицине, в частности, в кардиологии.
3. Наилучший результат следует ожидать у больных с первичной дислипидемией, а также при легкой или умеренной гиперхолестеринемии.

Литература

1. Котова Ю. А. Изменения концентрации катионов цинка в сыворотке крови у пациентов с дислипидемией на фоне гипертонической болезни / Ю. А. Котова, А. А. Зуйкова, А. Н. Пашков // Врач-аспирант. – 2015. – Т.72, № 5. – С. 184-188.
2. Котова Ю. А. Окисленные модифицированные белки сыворотки крови у пациентов с дислипидемией на фоне гипертонической болезни / Ю. А. Котова, А. А. Зуйкова, А. Н. Пашков // Вестник Воронежского государственного университета. – 2015. – № 4. – С. 90-93.
3. ВГМА им. Н.Н. Бурденко - территория здорового образа жизни / И. Э. Есауленко, В. И. Болотских, А. А. Зуйкова, Т. Н. Петрова, О. Н. Краснорyцкая. – Воронеж: Научная книга, 2011. – 206 с.
4. Есина Е. Ю. Анализ функционального состояния миокарда у лиц молодого возраста не соблюдающих принципы здорового образа жизни / Е. Ю. Есина, А. А. Зуйкова, И. С. Добрынина, Н. В. Страхова // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2016. – Т. 19, № 2. – С. 54-57.
5. Ханина Е.А. Хронотерапия нарушений адаптационных возможностей при патологии внутренних органов / Е.А. Ханина, А.А. Зуйкова // Врач-аспирант. – 2011. – Т. 44, № 1.3. – С. 471-476.

УДК 616-056.25-085

Т. Н. Петрова, О. Н. Красноруцкая, Ю. А. Котова, Д. Ю. Бугримов, А. Ю. Симион,
6 курс, лечебный факультет
ФБГОУ ВО Воронежский ГМУ имени Н. Н. Бурденко Минздрава России,
г. Воронеж, Россия
Научный руководитель: д.м.н., профессор Т. Н. Петрова

ВЛИЯНИЕ КРАТКОВРЕМЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ СИБУТРАМИНОМ НА МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ЛИПИДНОГО И УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

В настоящее время внимание клиницистов сконцентрировано на лечении «неотягощенных» форм ожирения с предупреждением развития его негативных последствий. Выражается это, прежде всего, в коррекции метаболических и сердечно-сосудистых нарушений [1, 2].

Фармакологическая терапия у данной категории пациентов непроста. Поиск идеального лекарственного средства от ожирения занимает ведущих ученых и фармакологов во всем мире. Актуальными моментами лечения данной категории больных является метаболическая нейтральность, прежде всего, в отношении углеводного и липидного обмена [3-5].

Цель исследования: изучение влияния терапии сибутрамином на метаболические параметры липидного и углеводного обмена у больных с избыточной массой тела и ожирением.

Материалы и методы

В исследование были включены 35 больных (20 женщин и 15 мужчин) с избыточной массой тела и ожирением.

В исследование не включались лица, имеющие тяжелые сопутствующие заболевания, органическую патологию сердца, артериальную гипертензию, экстрасистолию или мерцательную аритмию.

Протокол обследования включал сбор анамнеза (семейный анамнез, длительность заболевания, анализ сопутствующих заболеваний), физикальный осмотр, антропометрическое обследование (измерение роста, веса, индекса массы тела, отношения объема талии и объема бедер). Индекс массы тела рассчитывали по формуле Кетле, как отношение массы тела (кг) в росту (м), возведенному в квадрат. Значение ИМТ менее 25 кг/м^2 считали показателями нормальной массы тела, а ИМТ более 30 кг/м^2 - критерием диагностики ожирения, промежуточные значения рассматривали как показатель избыточной массы тела. Артериальное давление контролировали по методике Короткова.

Нарушения углеводного обмена регистрировали с помощью измерения глюкозы натощак и проведения теста пероральной нагрузки глюкозой (ПТТГ). Образцы крови для анализа брались натощак и через 30, 60, 90 и 120 минут. Согласно рекомендациям ВОЗ, показатели углеводного обмена считали нормальными, если уровень глюкозы в плазме

венозной крови натощак был менее 6,7 ммоль/л, а через 2 часа после нагрузки глюкозой - менее 7,8 ммоль/л. Если уровень глюкозы натощак был менее 6,7 ммоль/л, но через 2 часа находился в пределах от 7,8 до 11,1 ммоль/л, то это состояние классифицировалось как нарушение толерантности к глюкозе (НТГ). Если же уровень глюкозы плазмы крови превышал 6,7 ммоль/л натощак и/или 11,1 ммоль/ л через 2 часа, то ставился диагноз сахарный диабет (СД).

Исследование липидного спектра сыворотки крови включало определение уровня общего холестерина (ОХ), ЛПВП, ЛПНП, триглицеридов (ТГ), рассчитывался индекс атерогенности. При этом гиперхолестеринемией считали случаи с уровнем общего ХС выше 5,2 ммоль/л (190 мг/дл), гипертриглицеридемией - случаи с уровнем ТГ выше 2 ммоль/л (180 мг/дл).

Для лечения ожирения всем пациентам был назначен сибутрамин (Линдакса) в начальной суточной дозе 10 мг. На фоне лечения 5 пациентам первоначальная доза препарата была увеличена до 15 мг/сутки, поскольку снижение веса было менее 2 кг/месяц. Общая продолжительность лечения составила 12 недель.

Ежемесячно проводилась оценка антропометрических параметров: массы тела, ИМТ, ОТ, ОБ, ОТ/ОБ.

Лабораторное исследование проводилась дважды: исходно и по истечению курса терапии.

Результаты и обсуждение

Исходно, средняя масса тела обследованных больных составила 91,4±2,66 кг, средний показатель ИМТ – избыточная масса тела (ИМТ<30 кг/м^2) была диагностирована у 5 пациентов, ожирение 1 степени (ИМТ 35-40 кг/м^2) у 10 больных, ожирение 2 степени у 15 больных и ожирение 3 степени (ИМТ>40 кг/м^2) – у 5 больных. Средний показатель ОТ был равен 92,3±2,78 см, ОБ – 120,2±2,45 см. Индекс ОТ/ОБ, в среднем, составил 0,89±0,01.

На фоне проводимой терапии у всех пациентов отмечалось снижение массы тела. Средняя потеря массы тела после 16-недельного курса терапии составила 7,4± 0,66 кг, что составило 6 % от исходной массы тела. Снижение массы тела сопровождалось закономерным уменьшением степени выраженности ожирения. ИМТ уменьшился с 32,2±0,88 кг/м^2 до 30,3±0,46 ($p<0,05$). При этом после 16 недель терапии линдаксой у лиц с исходно избыточной массой тела вес тела не превышал нормативных значений, у лиц с 3 степенью частота ожирения уменьшилась более чем в 2 раза. Снижение массы тела сопровождалось уменьшением окружности талии и бедер. Окружность талии уменьшилась в среднем на 8,4±0,66 см, окружность бедер на 4,2±0,32 см.

Наряду с улучшением антропометрических показателей, снижение массы тела оказывало положительное влияние на липидный обмен. Исходно, у всех больных включенных в исследование, выявлялся повышенный уровень общего ХС - 7,3 ммоль/л (от 5,6 до 8,4 ммоль/л) и неблагоприятные изменения в липидном спектре в виде снижения уровня ХС ЛПВП 0,89 ммоль/л (0,82–0,96 ммоль/л), повышения уровня ХС ЛПНП 2,55 ммоль/л (2,2 – 2,9 ммоль/л), уровень триглицеридов составил 2,7± 0.9 ммоль/л.

12-недельный курс терапии линдаксой оказывал положительной влияние на липидный спектр крови, что проявлялось достоверным снижением атерогенного потенциала крови.

При снижении массы тела на 5 %, наблюдалась стабилизация липидного обмена. При снижении массы тела на 10 % наблюдалось снижение ХС ЛПНП и повышение ХС ЛПВП относительно исходного уровня на 25 %. Уровень ОХ после курса терапии составил 4,7±0,2ммоль/л. На фоне проводимой терапии динамика ТГ определялась зависимостью от ИМТ. Так, уровень триглицеридов снизился на 0,3± 0,84 ммоль/л при похудании менее чем на 10 % от исходной массы тела. При снижении массы тела на 10 % и более, это снижение было более выраженным и достоверным – 0,58±0,87 ммоль/л.

Лечение сибутрамином оказывало влияние и на показатели углеводного обмена. Следует отметить, что содержание глюкозы натощак у всех больных как до, так и после лечения было в пределах нормы. При проведении ПГТТ исходно, у 6 пациентов были выявлены изменения по типу нарушенной толерантности к глюкозе. На фоне проводимой терапии по снижению массы тела нарушение толерантности к углеводам были зафиксированы лишь у 2 пациентов. Глюкоза натощак снизилась на 13,2 % и составила 3,07±2,1 ммоль/л; после нагрузки составила 6,04±0,5 ммоль/л.

Заключение

Результаты нашего исследования подтверждают важность и необходимость снижения массы тела у больных с ожирением, поскольку это оказывает положительный эффект на метаболический статус без назначения сахароснижающих и липидкорригирующих препаратов. Включение в комплексную терапию сибутрамина способствует не только снижению массы тела, но оказывает положительное влияние на коррекцию метаболических параметров углеводного и липидного обмена, снижая тем самым риск развития и прогрессирования сердечно-сосудистых осложнений.

Литература

1. Есауленко И. Э. Профилактика избыточной массы тела и ожирения у студентов / И. Э. Есауленко, А. А. Зуйкова, Е. Ю. Есина // Врач-аспирант. – 2104. – Т. 63, № 2-3. – С. 389-394.
2. Петрова Т. Н. Роль и клиническое значение исследования вкусовой чувствительности к фенилтиокарбамиду у пациентов с высоким риском ожирения / Т. Н. Петрова, Е. Н. Колесникова, О. Н. Краснорyцкая // Вопросы питания. – 2016. – Т. 85, № S2. – С. 61.
3. Особенности фактического питания и пищевого статуса разных групп населения, в том числе детского, по данным посещения центров здоровья / М. М. Романова, А. В. Погожева, Е. С. Гладышева, Г. Д. Веденина / Вопросы детской диетологии. – 2013. – Т. 11, № 1. – С. 59-63.
4. Романова М. М. Анализ особенностей пищевого поведения, выраженности аффективных расстройств и показателей качества жизни у больных с синдромом диспепсии в сочетании с метаболическим синдромом. / М. М. Романова, И. С. Махортова, А. П. Бабкин, О. Ю. Ширяев/// Вестник новых медицинских технологий. - 2012. - Т. 19, № 2. - С. 197-199.
5. Романова М. М. Оценка некоторых особенностей результатов диспансеризации населения в первичном звене здравоохранения региона / М. М. Романова, А.А.

Зуйкова, Н. Е. Нехаенко, Н. И. Остроушко // Успехи современного естествознания. - 2014. - № 5-2. - С. 41-45.

УДК618.179:616.44

Т. Н. Петрова, О. Н. Красноруцкая, Ю. А. Котова, Д. Ю. Бугримов, Ю. С. Черткова,
5 курс, лечебный факультет
ФГБОУ ВО Воронежский ГМУ им. Н. Н. Бурденко Минздрава России,
г. Воронеж, Россия
Научный руководитель: к.м.н., доцент О. Н. Красноруцкая

ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ЛЕГКОГО И УМЕРЕННОВЫРАЖЕННОГО ЙОДНОГО ДЕФИЦИТА

Существенные изменения в состоянии репродуктивного здоровья женщины фертильного возраста вызывают заболевания щитовидной железы связанные с дефицитом йода. Спектр йоддефицитных заболеваний весьма широк, наиболее тяжелые из них напрямую связаны с нарушениями репродуктивной функции у женщин детородного возраста [1, 2]. Это может касаться внутриутробной гибели плода, увеличения числа врожденных пороков развития, мертворождаемости, невынашиваемости, самопроизвольных абортов. По мере утяжеления йодной недостаточности, спектр йоддефицитных заболеваний расширяется. Женщины, проживающие в регионах с тяжелым йодным дефицитом, имеют риск развития йодиндуцированного гипотиреоза, который, в свою очередь, может служить причиной бесплодия [3, 4].

Таким образом, существует целый ряд заболеваний, которые представляют серьезную опасность для потенциала здоровья миллионов людей, связанных с недостаточным поступлением йода. Однако до настоящего времени нет единого мнения о характере этих изменений, а результаты научных работ, посвященных этому вопросу весьма противоречивы и неоднозначны [5].

Цель исследования: оценка значимости корригирующей терапии, на восстановление менструальной функции у женщин детородного возраста, проживающих на территориях легкого и умеренно выраженного йодного дефицита.

Материалы и методы

В основу исследования положены результаты обследования 38 женщин фертильного возраста с явлениями дисменореи, не имеющих анамнестических и клинических данных о гинекологических заболеваниях. Выборка состояла из жителей г. Воронежа и Воронежской области, обратившихся для обследования и лечения в отделение эндокринологии ГУЗ ВОКБ №1 в период с 2015 по 2018 г.г. по поводу коллоидного пролиферирующего зоба в стадии субклинического гипотиреоза.

Клинико-лабораторное исследование проводили трижды – до лечения, через 3 и 6 месяцев от начала терапии.

По социальному статусу 34 % были учащимися, 21 % — служащие, 15 % — домохозяйки, остальные временно не работали. Давность заболевания у 30 % обследованных составляла до 2-х лет, у 25,2 % — до 3-х лет, у остальных — свыше 3-х лет. Менархе у большинства обследованных женщин (70 %) началась в возрасте от 11 до 15 лет (средний возраст менархе 12,1±1,3 года). Продолжительность нарушений менструального цикла — от

6 месяцев до 5 лет. У обследованных больных встречались все формы нарушения менструального цикла как изолированные, так и сочетанные в различных вариантах. Нарушение менструальной функции в виде альгодисменореи встречалось у 24 обратившихся за помощью пациенток, гиперменорея — у 15 девушек, рецидивирующие пубертатные маточные кровотечения диагностированы у 3 больных, у 2 девушек после периода олигоменореи наступила вторичная аменорея.

Согласно дизайну исследования, до назначения терапии всем пациенткам проведен общий и гинекологический осмотр, общее клиническое обследование, УЗИ органов малого таза. На 5-7-й день спонтанной менструации или на фоне ее задержки у больных с аменореей определялся уровень пептидных и стероидных гормонов плазмы крови (ЛГ, ФСГ, пролактин, тестостерон, эстрадиол), половые стероиды связывающего глобулина (ПССГ).

Всем пациенткам проведено комплексное исследование морфо-функционального состояния щитовидной железы. Для оценки макроструктуры щитовидной железы использовалась пальпация с учетом классификации ВОЗ и ультразвуковой метод. По международным нормативам, за диффузный зоб принимали увеличение щитовидной железы у женщин не менее 18 см³ (без очаговой патологии).

После завершения первичного обследования и получения согласия больного, в качестве базовой терапии, согласно стандартам лечения коллоидного пролиферирующего зоба, пациенты получали – 200 мкг калия йодида. Эффективность терапии контролировали при помощи УЗИ и основных показателей тиреостата (ТТГ и Т4). Уровень ТТГ целесообразно поддерживать в интервале 0,23–3,4 мЕд/л.

Результаты и обсуждение

Всех пациентов (38 больных, представляющих основную группу) разделили на 2 группы: 20 пациенткам 1 группы получали терапию йодидом калия; пациенткам 2 группы (18 женщин) было рекомендовано динамическое наблюдение.

Контрольную группу составили 16 относительно здоровых пациенток в возрасте от 18 до 28 летс нормальным менструальным циклом.

При оценке обобщенных показателей, пациенты в данных группах не отличались между собой по объему щитовидной железы и тиреоидному статусу до лечения. У всех обследуемых было отмечено изолированное повышение уровня ТТГ при нормальном уровне свободного тироксина (T_4).

Первоначально объем щитовидной железы у всех пациентов превышал значения верхней границы диапазона нормы. Верификацию цитологического диагноза коллоидного зоба определяли по соотношению выявляемых на цитограмме компонентов. Если преобладал коллоид, диагностировали коллоидный зоб, если тиреоциты – пролиферирующий коллоидный зоб.

Сопоставление эффективности лечения коллоидного пролиферирующего зоба йодидом калия, а также влияние такой терапии на морфофункциональной состояние щитовидной железы позволило установить значительные различия между сравниваемыми группами.

При повторном обследовании через 3 месяца, у всех пациенток, включенных в исследование, не было выявлено дальнейшего существенного увеличения зоба. Однако у

пациенток первой группы средний объем щитовидной железы достоверно уменьшился на 20,5 % с 22,91±7,05 мл до 18,24±5,28 мл ($p<0,05$). Тогда как у 89 % пациенток 2 группы объем щитовидной железы оставался без существенной динамики (прирост или уменьшение не более, чем на 1 мл), а у 11 % больных УЗИ показало ухудшение ее эхоструктуры. При этом у большинства больных на фоне общего снижения эхоплотности появились гиперэхогенные включения точечного характера и очаги еще более пониженной эхоплотности.

Уровень ТТГ у пациенток, получающих комплексную терапию, снизился с 7,06 до 4,86 мкМЕ/мл ($p<0,01$), но по-прежнему несколько превышал норму. У большинства больных 2 группы этот показатель существенно не менялся.

Титр антител (аТПО) на фоне лечения у пациентов обеих групп оставался без динамики и не превышал нормальных значений. Через 6 месяцев от начала терапии, у 73 % пациентов 1 группы объем щитовидной железы соответствовал физиологической норме, а у 14 % пациентов 1 группы, объем щитовидной железы уменьшился на 2/3. При этом средний уровень ТТГ уже не превышал референтных значений. У пациентов второй группы, объем щитовидной железы не имел динамики к снижению и был статистически достоверно большим по сравнению с группой контроля. У 4 женщин 2 группы было отмечено увеличение уровня ТТГ с переходом субклинического гипотиреоза в манифестный, что потребовало коррекции проводимой терапии с назначением тиреоидных гормонов.

Вместе с улучшением морфофункциональных параметров щитовидной железы отмечались положительные изменения в характере менструального цикла. Длительность менструального цикла нормализовалась у 16 (77 %) пациенток 1 группы, овуляция восстановилась у 18 (53,8 %) пациенток 1 группы и только у 4 (20%) сохранилась олигоменорея. При анализе исходного гормонального профиля у всех больных первой и второй группы было выявлено статистически значимое ($p<0,05$) повышение уровня андростендиона (9,6±2,1 нмоль/л) по сравнению с контрольной группой (4,6±0,8 нмоль/л), а также более низкое (35,6±7,1 нмоль/л), чем в контрольной группе (66,0±3,7 нмоль/л) содержание ПССГ ($p<0,001$).

Несмотря на то, что концентрация тестостерона и эстрадиола в группах не отличалась, индексы свободного тестостерона и свободного эстрадиола у больных 1 и 2 групп (5,3±0,5 и 8,4±0,9 соответственно) достоверно превышали аналогичные показатели (3,2±0,4 и 6,1±0,7) женщин контрольной группы ($p<0,05$). Остальные гормональные показатели не имели достоверных отличий в основной и контрольной группах. После проведения лечения уровень андростендиона снизился до 6,1±1,4 нмоль/л ($p<0,05$) у пациенток 1 группы, хотя и продолжал превышать показатель группы контроля. Одновременно несколько снизился уровень эстрадиола от 346,7±83,2 пмоль/л до 238,2±38,6 пмоль/л. У большинства пациенток 2 группы эти показатели оставались в пределах статистически незначимых величин. Характер нарушения менструальной функции у них тоже не менялся.

Заключение

Полученные данные свидетельствуют, что сформировавшаяся и прогрессирующая вследствие йодного дефицита патология щитовидной железы оказывает негативное влияние на состояние репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста. Однако проведение

этиопатогенетической терапии с применением препаратов йода, эффективно влияет на нормализацию морфофункционального состояния щитовидной железы к восстановлению менструальной функции.

Литература

1. Петрова Т. Н. Оценка йодной недостаточности на территории Воронежской области / Т. Н. Петрова, А. А. Зуйкова, Г. М. Панюшкина // Вестник Воронежского государственного университета. Серия: Химия. Биология. Фармация. – 2010. - №1. С. 107-112.
2. Краснорцкая О. Н. Особенности головной боли у подростков, проживающих на территории с йодной недостаточностью / О. Н. Краснорцкая, Т. Н. Петрова // Российский педиатрический журнал. – 2010. - №4. – С. 21-25.
3. Сманова Д. К. Эскреция йода с мочой при эндемическом зобе под воздействием курса электрофореза йода / Д. К. Сманова, Р. Д. Алымкулов, Г. М. Саралинова // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. – 2015. - № 2 (2). – С. 104-107.
4. Громова О. А. Содержание йода в крови плода в зависимости от обеспеченности организма матерей йодом / О. А. Громова, И. Ю. Торшин, Н. Г. Кошелева// РМЖ. – 2011. – Т.19, № 1. – С. 51-58.
5. ВГМА им. Н. Н. Бурденко - территория здорового образа жизни / И. Э. Есауленко, В. И. Болотских, А. А. Зуйкова, Т. Н. Петрова, О. Н. Краснорцкая. – Воронеж: Научная книга, 2011. – 206 с.

УДК 616.132.2+616.12-009.72

А. О. Петросян, 5 курс, педиатрический факультет,
К. А. Мартынова, 5 курс, лечебный факультет
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра внутренних болезней
Научный руководитель: к.м.н., доцент Д. В. Алексеев

АНАЛИЗ АМБУЛАТОРНОГО И СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ПЕРВИЧНОЕ СОСУДИСТОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

Заболевания системы кровообращения в большинстве развитых стран, в том числе и в Российской Федерации, занимают первое место в структуре общей смертности взрослого населения. Больше половины случаев смерти от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в нашей стране приходится на ишемическую болезнь сердца (ИБС) [1]. Очевидно, что существенный вклад в эту цифру вносят острые формы ИБС. Так, в России инфаркт миокарда (ИМ) по-прежнему остается ведущей причиной смертности больных ССЗ. Хорошо известны и регулярно обновляются зарубежные (европейские и американские) рекомендации по ведению больных острым коронарным синдромом (ОКС) с подъемами и без подъемов сегмента ST [2, 3]. Разработаны и размещены на сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации отечественные клинические рекомендации [4, 5]. Однако реальная практика ведения больных значительно варьирует в различных медицинских организациях, существенно различается и госпитальная летальность. Это обусловлено не только объективными причинами, такими как материально-техническая база или закупки лекарственных препаратов и реактивов, но и субъективными особенностями тех или иных лечебных учреждений. При этом особое значение имеет наличие преемственности между амбулаторным и стационарным этапами лечения пациентов.

Цель исследования: изучить клинико-эпидемиологические характеристики, особенности амбулаторного ведения и лечения в стационаре больных ОКС, госпитализированных в один из первичных сосудистых центров города Твери.

Материалы и методы

В работу включен 51 пациент, поступивший в кардиологическое отделение ГБУЗ Тверской области «Городская клиническая больница № 6» с предварительным клиническим диагнозом «ОКС» в течение одного месяца. Среди обследованных больных было 22 мужчины (43 %) и 29 женщин (57 %). Средний возраст пациентов составил 69±10 лет, при этом у мужчин он был несколько меньше (64±10 лет), чем у женщин (72±8 лет).

Результаты и обсуждение

Стенокардия в анамнезе отмечалась у 43 пациентов (84 %), при этом у мужчин (17 человек – 81 % всех включенных в исследование мужчин) несколько реже, чем у женщин (25 человек – 86 %). Ранее переносили ИМ 20 (39 %) больных, в том числе 6 (27 %) мужчин и 14 (48 %) женщин. Несмотря на такой отягощенный анамнез, только 2 пациента (4 %) ранее подвергались инвазивному лечению. Среди изученных в работе факторов риска первое место

занимает артериальная гипертензия (АГ), выявленная у 48 (94 %) больных – у 21 (95 %) мужчины и у 27 (93 %) женщин. Интересно, что все три нормотоника имели в анамнезе стенокардию. Таким образом, можно утверждать, что у 100% включенных в работу пациентов отмечались те или иные ССЗ. Причем течение их было достаточно тяжелым, о чем свидетельствует высокая распространенность хронической сердечной недостаточности (ХСН), анамнестические указания на которую имелись у 33 (65 %) пациентов – с равной частотой у мужчин и женщин. На момент включения в исследование курили 8 (16 %) больных, все они были мужчинами. Гиперлипидемия в анамнезе отмечена у 26 (51 %) больных, у мужчин (10 человек – 45 %) реже, чем у женщин (16 человек – 55 %). Однако 17 (33 %) пациентов, несмотря на имеющийся анамнез ССЗ, не знали уровень своего холестерина, среди них было 11 женщин (38 %) и 6 мужчин (27 %). Распространенность сахарного диабета (СД) среди больных ОКС составила 33 % – 6 (27 %) мужчин и 11 (38 %) женщин. Фибрилляция предсердий в анамнезе выявлена у 11 (22 %) пациентов, у мужчин (7 человек – 32 %) существенно чаще, чем у женщин (4 человека – 14 %).

На момент госпитализации ОКС с подъемами сегмента ST выявлен у 7 (14 %) пациентов, у 4 из них окончательным диагнозом стал ИМ. У 44 (86 %) больных при поступлении диагностирован ОКС без подъемов сегмента ST. При выписке ИМ наблюдался у 15 (29 %) пациентов. Нестабильная стенокардия диагностирована у 35 (69 %) обследованных. Еще у 1 (2 %) пациента женского пола констатирована хроническая ИБС. Значимых половых различий в структуре патологии выявлено не было. За время госпитализации умерли трое больных (две женщины и один мужчина). Госпитальная летальность при ОКС составила 5,9 %, а при ИМ – 13,3 %.

Медикаментозная терапия на амбулаторном этапе и при выписке из стационара представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Варианты медикаментозной терапии на амбулаторном этапе и при выписке из стационара

Назначение	Лекарственные препараты						
	ИАПФ	АСК	Клопидогрель	БАБ	Нитраты	Статины	НОАК
Амбулаторно	33 (65)	30 (59)	11 (22)	25 (49)	16 (31)	12 (24)	2 (4)
При выписке	39 (76)	40 (78)	38 (75)	38 (75)	14 (27)	44 (86)	2 (4)

Анализируя терапию, которую пациенты, имеющие в анамнезе ИБС и/или АГ, получали в амбулаторных условиях, установлено, что наиболее распространенными препаратами были ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ), которые назначались в 65 % случаях. Ацетилсалициловую кислоту (АСК) принимали 59 % больных. Другой антиагрегантый препарат – клопидогрель – назначался в амбулаторных условиях существенно реже. Его принимали менее четверти пациентов. Однако значительная часть больных, получавших клопидогрель, принимала его в комбинации с АСК, поэтому частота

двойной антиагрегантной терапии составила 10 (20 %) случаев. Бета-адреноблокаторы (БАБ) ранее были назначены 49 % пациентам. Постоянно принимали нитраты 31 % больных. Обращает на себя внимание низкая частота назначения статинов, которые получали менее четверти пациентов. Несмотря на то, что почти у четверти пациентов в анамнезе имелась фибрилляция предсердий, оральные антикоагулянты в амбулаторных условиях назначались в единичных случаях. Так, антагонисты витамина К не получал ни один человек, а новые оральные антикоагулянты (НОАК) принимали всего двое больных. Несмотря на то, что у большей части больных отмечалась ХСН в анамнезе, петлевые диуретики принимал всего один человек.

При выписке самым частым назначением были статины, рекомендованные 86 % пациентов. АСК была назначена 78 % больным, клопидогрель – 75 % пациентов. Рекомендации по приему двойной антиагрегантной терапии получили 37 (73 %) человек. ИАПФ и БАБ назначались при выписке примерно с одинаковой частотой – в 76 % и 75 % случаев. Потребность в приеме нитратов сохранялась только у 27 % пациентов. Необходимость назначения петлевых диуретиков констатирована у 12 (24 %) больных, подавляющее большинство которых уже имели в анамнезе ХСН. Антагонисты витамина К не назначались ни в одном случае. Прием НОАК был рекомендован только 2 (4 %) пациентам с фибрилляцией предсердий в анамнезе.

Следует отметить, что демографическая характеристика включенных в работу пациентов, структура ОКС и госпитальная летальность в целом соответствует профилю городского «неинвазивного» кардиологического отделения. В проведенных ранее исследованиях уже отмечалась высокая частота стенокардии, ИМ и ХСН в анамнезе у тверских больных ОКС [6]. Что касается медикаментозной терапии, которую пациенты с ИБС и АГ получали в амбулаторных условиях, следует признать, что здесь есть резервы для оптимизации лечения практически по всем классам лекарственных препаратов, влияющих на прогноз. В то же время терапия, назначенная больным при выписке, соответствует современным клиническим рекомендациям.

Выводы

1. Пациенты, госпитализированные с диагнозом ОКС, уже имеют ССЗ в анамнезе.
2. Среди основных факторов риска у больных ОКС наиболее часто встречается АГ.
3. Несмотря на длительный анамнез ИБС, инвазивное лечение получают единичные пациенты.
4. Амбулаторное ведение больных ИБС и АГ характеризуется недостаточной частотой приема лекарственных препаратов, влияющих на прогноз, в первую очередь, статинов.
5. Медикаментозная терапия, назначенная пациентам, госпитализированным с диагнозом ОКС, при выписке из стационара, соответствует современным клиническим рекомендациям.

Литература

1. Кардиология. Национальное руководство: краткое издание / под ред. Ю. Н. Беленкова, Р. Г. Оганова, - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012 г. – 848 с.
2. Рекомендации ESC по ведению пациентов с острым коронарным синдромом без стойкого подъема сегмента ST // Российский кардиологический журнал. – 2016. - №3. – С. 9-63.
3. Amsterdam EA, Wenger NK, Brindis RG, Casey DE Jr, Ganiats TG, Holmes DR Jr, Jaffe AS, Jneid H, Kelly RF, Kontos MC, Levine GN, Liebson PR, Mukherjee D, Peterson ED, Sabatine MS, Smalling RW, Zieman SJ. 2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with non–ST-elevation acute coronary syndromes: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol 2014;64:e139–228.
4. Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы : Клинические рекомендации, 2016 г. – 37 с. - [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://cr.rosminzdrav.ru/schema.html?id=135#/text
5. Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST электрокардиограммы у взрослых: Клинические рекомендации. - 2016 г. – 44 с.
6. Российский регистр острых коронарных синдромов (РЕКОРД) в Твери – опыт участия и некоторые результаты / Д. В. Алексеев, Т. А. Костюк, Р. А. Разыграев [и др.] – Верхневолжский медицинский журнал, 2008, Т. 6, № 4, стр. 6–10.

УДК 614.88

Л. П. Пикалова;
А. А. Бахарева, Ю. А. Фадеева, Д. А. Гоностарева, Т. С. Югова,
6 курс, педиатрический факультет
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф
Научный руководитель: к.пс.н., доцент Л. П. Пикалова

ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ В ОЧАГАХ САНИТАРНЫХ ПОТЕРЬ

Вопросы оказания помощи пострадавшим непосредственно в очагах санитарных потерь по-прежнему представляют клинический интерес [1, 3]. При длительной компрессии тканей конечности постепенно наступает тяжелая ишемия, в виде признаков «артериального ступора», описанных в свое время основоположником военно-полевой хирургии Н. И. Пироговым при тупой травме и контузии сосудистых стволов конечности у раненых в осажденном Севастополе [2]. Эти признаки травматической окоченелости по Пирогову, благодаря современному учению об иннервации сосудов ипрофилактики их спазма.

Цель исследования: рассмотреть вопросы особенностей патогенеза и лечения боевой хирургической травмы.

Материалы и методы

Работа основана на анализе доступных научно-исследовательских источников.

Результаты и обсуждение

В начале работы хотелось бы определить основные понятия. Существует разделение понятий «повреждение сдавливанием» и «синдром длительного сдавливания». Первый термин означает лишь характер получения травмы, и не подразумевает последующего развития постишемической реакции организма. СДС имеет ишемический генез и развивается после прекращения сдавливания в результате выхода в общий кровоток большого количества продуктов распада поврежденных тканей.

В результате воздействия сдавливающего фактора на мягкие ткани пострадавшего возникает состояние глубокой гипоксии и ишемии мышц, жировой клетчатки и кожных покровов. Это обусловлено нарушением микро- и макроциркуляции в сдавленных участках. Характерно механическое разрушение мышечной ткани с образованием большого количества токсических продуктов метаболизма. Экспериментально установлено, что мышечная ткань может пережить циркуляторную ишемию длительностью до 3-4 часов. Необратимые изменения мышечных клеток начинают развиваться после 3-х часов ишемии с окончательным формированием некротических изменений к 6 часам . Комбинация сдавления и циркуляторной ишемии приводит к смерти мышечных клеток в течение 1 часа . Освобождение от сдавления приводит к быстрому поступлению миоглобина, биологически активных веществ и токсических продуктов метаболизма в системный кровоток.

В сдавленных мышцах образуются очаги вторичного некроза с развивающейся анаэробной инфекцией. После извлечения пострадавших из завалов и прекращения длительной компрессии прогрессирует шок, в результате высвобождения в кровь

эндогенных токсинов из некробиотически измененных тканей. В связи с этим особую важность приобретают неотложные мероприятия первого этапа, способные предотвратить у этой категории пострадавших прогрессирование травматического токсикоза и развитие полиорганной дисфункции. Отсюда вытекает необходимость поиска дополнительных средств и методов лечебного воздействия на ишемический рабдомиолиз краш-синдрома.

На этапах первой врачебной помощи в районе природных, военных и транспортных катастроф на извлечение и декомпрессию пострадавшего и на его транспортировку на этап квалифицированной помощи уходит в среднем от 45 до 90 минут. За этот промежуток времени освобожденным из завалов и разрушений выполняется новокаиновая блокада поперечного сечения конечности выше места наложения жгута для купирования сосудистого «ступора» и профилактики «турникетного» шока, основываясь на учениях Н. И. Пирогова и А. В. Вишневского.

Клинические проявления КТ складываются из местных и общих симптомов. В значительной степени они определяются периодом развития КТ.

1. Период компрессии (до освобождения от сдавливания) характеризуется прекращением кровообращения в магистральных сосудах конечности. В зависимости от площади поражения и длительности сдавливания в той или иной степени присутствуют признаки «компрессионного шока». Возможно сохранение редуцированного кровотока по костным сосудам, хотя уже в этом периоде возможно возникновение ишемических некрозов мышечной ткани. В среднем требуется от 4 до 8 часов для полного высвобождения пострадавшего из-под завала и подготовки его к дальнейшей транспортировке.
2. Посткомпрессионный период. Устранение компрессии приводят к развитию синдромареперфузии. Именно этим обусловлены угрожающие жизни нарушения системной гемодинамики и развитие полиорганных нарушений. Восстановление кровотока в магистральных сосудах поврежденной конечности не приводит к значительному улучшению тканевой перфузии. Происходит быстрое нарастание отека и вторичное снижение перфузии пораженной зоны. Состояние усугубляется массивным поступлением в системный кровоток токсичных метаболитов и продуктов цитолиза. Гиповолемическиерасстойства в сочетании с болевым синдромом, нарушениями КОС, выбросом К+ и вазоактивных веществ приводят к развитию шока вплоть до остановки кровообращения.

В посткомпрессионном периоде выделяют: ранний период (до 2-х суток после освобождения от сдавления), промежуточный (с 3-4-го по 12-21 день) и восстановительный (с 3-4-й недели).

Для раннего периода характерны проявления, которые можно рассматривать как вариант травматического шока. Они обусловлены болевым синдромом, эмоциональным стрессом и гемодинамическими расстройствами. Состояние пострадавшего сначала может оставаться удовлетворительным. Они жалуются на боли в поврежденных конечностях, слабость и тошноту. Сдавленные конечности обычно имеют бледную окраску. Определяются следы сдавления в виде вмятин, царапин и т.п. При сдавлении плоской поверхностью с небольшой силой травме подвергаются, как правило, мышцы и жировая клетчатка. При

сильном сжатии неровными поверхностями повреждаются кожные покровы с образованием открытых размозжений, повреждений крупных кровеносных сосудов, нервов и переломов костей. Пульсация на дистальных артериях поврежденных конечностей ослаблена. Конечности увеличиваются в размере, приобретая деревянистую плотность. Попытки движений очень болезненны. Гемодинамических нарушений сразу после извлечения может не наблюдаться. Далее состояние быстро ухудшается. Сознание становится заторможенным. Развиваются тахикардия и тяжелая артериальная гипотензия.

Развитие ДВС-синдрома приводит к еще большим микроциркуляционным нарушениям и способствует развитию ОПН. Выделение мочи в течение первых 2 суток уменьшается до 50-200 мл. Нормализация гемодинамики не всегда приводит к увеличению диуреза. В конце раннего периода на фоне проводимой терапии отмечается развитие «светлого промежутка», когда состояние пострадавшего субъективно улучшается.

Для промежуточного периода характерны тошнота, рвота, общая слабость, заторможенность. В клинической картине преобладают проявления ОПН, местных процессов в пораженной конечности и инфекционные осложнения. Может наблюдаться картина острой патологии брюшной полости. В крови увеличивается содержание остаточного азота, мочевины, креатинина и калия. В тяжелых случаях развивается уремическая кома и наступает летальный исход (без специализированного лечения летальность достигает 25-35 %).

В восстановительном периоде постепенно происходит нормализация КОС, водно-электролитного баланса и функции почек. Основной проблемой является лечение пораженных тканей.

Максимально безопасные сроки включения ишемизированной ткани конечности в кровоток составляют 1,5-2 часа при температуре 18-22°С. У пострадавших, освобожденных от компрессии в течение первых 1-2 часов, скорее всего, не будет выраженных проявлений ишемического токсикоза, даже если у них имеется сдавление достаточно больших массивов мягких тканей. Их целесообразно освобождать в первую очередь.

Можно не опасаться возникновения тяжелых жизнеугрожащих состояний при освобождении пострадавших с небольшой массой сдавленных тканей (менее чем суммарная масса кисти и предплечья), даже при времени сдавления превышающем 1-2 часа. В группу с высоким риском развития ишемического токсикоза и опасных для жизни изменений гомеостаза относятся пострадавшие с длительностью сдавления более 2-х часов и/или со сдавлением больших массивов мягких тканей. Следует учитывать наличие синдрома взаимного отягощения травм и связанной с ним тенденции к быстрому переходу пострадавших из одной сортировочной группы в другую. Можно утверждать, что в 90-95 % случаев пациенты с КТ конечностей при своевременно начатом и адекватном лечением, имеют хорошие шансы на благоприятное течение заболевания.

Литература

1. Кричевский А. Л., Галеев И. К., Рудаев В. И. Предупреждение и лечение ишемического токсикоза при компрессированной травме мягких тканей у

пораженных, находящихся под завалами при катастрофах / Методические рекомендации. – Кемерово, 2005.
2. Пирогов Н. И. Севастопольские письма/М.: Книжный клуб Книговек, Спб.: Северо-Запад, 2011. - 384 с.
3. Синдром длительного сдавления. / В. Н. Бордаков [и др.] // Военная медицина, 2013. - №1. - С 26-32.

УДК 618.1-006.6-084

Л. П. Пикалова; Е. А. Грабельникова, И. З. Караев, 5 курс, педиатрический факультет
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф
Научный руководитель: к.пс.н., доцент Л. П. Пикалова

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СФЕРЫ

Одним из наиболее значимых заболеваний у женщин является рак молочной железы. Это связано не только из-за высокой частоты и серьезности заболевания, но также и из-за особого отношения женщин к молочным железам даже и при отсутствии каких-либо заболеваний. Каждая четвертая женщина, которой диагностируют рак груди моложе 50 лет

70% заболевших женщин не имели генетической предрасположенности

94% вероятность излечения рака груди при постановке диагноза на ранних стадиях

Профилактика рака груди у женщин включает поддержание оптимальной массы тела. Повышается риск при индексе массы тела 30 кг/м кв. и более. Поэтому необходимо следить за своим питанием, особенно в период менопаузы, когда потребность в килокалориях уменьшается.

Целью профилактики является предупреждение возникновения злокачественных опухолей, и их прогрессия.

Задачами профилактики являются информирование населения о причинах, ранних признаках возникновения рака и мерах их предупреждения.

Результаты и обсуждение

По данным статистики заболеваемость на 100 тыс. жителей Тверской области составила:

- 2015 г. – 457,8
- 2014 г. – 456,3

Отмечен рост на 0,3 % в 2015 г. Взято на учет в 2015 году – 5291 больной. В 2014 году – 5370 больной. За последние 20 лет заболеваемость выросла на 64. Чаще стали болеть женщины до 40 лет

Здоровье женской репродуктивной системы отличается особой хрупкостью. Его нужно особенно беречь и поддерживать в течение всей жизни. Любое нарушение функций может привести к серьезным проблемам.

Под профилактикой подразумевается система комплексной профилактики злокачественных новообразований, включающая первичную, вторичную, а также третичную профилактику рака.

Основные виды профилактики:

- первичная
- вторичная
- третичная

Направления первичной профилактики рака

- Онкогенетическая
- Биохимичекая (химиопрофилактика)
- Медико-генетическая
- Иммунобиологичекая
- Эндокринно-возрастная

Приоритеты в области первичной профилактики рака, признанные современной наукой:

- Борьба с табакокурением
- Рационализация питания
- Повышение физической активности и борьба с избыточным весом
- Уменьшение воздействия канцерогенных химических и физических факторов (производство, природная среда, бытовая среда)
- Профилактика воздействия инфекционных канцерогенных воздействий.

Вторичная (клиническая) профилактика – наблюдение за группами риска, выявление и лечение предраковых заболеваний, ранняя диагностика.

Третичная (противорецидивная) профилактика – предупреждение рецидивов (возврата) болезни, метастазов и новых случаев опухолевых заболеваний, у излеченных онкологических больных.

Причины возникновения рака молочной железы. Группы риска.

- Наследственность
- Возраст
- Ожирение
- Вредные привычки
- Поздние роды
- Оральные контрацептивы
- Генетические изменения
- Перенесенный рак
- Заболевания щитовидной железы
- Травмы груди

Первые симптомы рака:

- Уплотнения в молочной железе
- Выделения из молочных желез
- Изменения вида молочной железы
- Изменения оттенка кожи на молочной железе
- Появление ямочек на молочной железе
- Втягивание соска
- Увеличение лимфатических узлов

Заключение

Для своевременного выявления рака груди следует знать о своих факторах риска, проходить регулярное обследование, вести здоровый образ жизни. При любых изменениях необходимо обратиться к врачу-специалисту. Ранняя диагностика спасает жизнь. Каждая женщина должна проводить самообследование каждый месяц, на 5-12 день цикла; после 40 лет раз в год проходить маммографию; до 40 лет один раз в год делать УЗИ молочных желез.

УДК 615.214.31

Л. П. Пикалова, А. М. Кузнецова, А. Г. Ульянич;
В. В. Воробьева, Г. С. Вершинин, 6 курс, педиатрический факультет
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф
Научный руководитель: к.пс.н., доцент Л. П. Пикалова

ВОЗДЕЙСТВИЕ ГАЛЛЮЦИНОГЕНОВ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

Галлюциногены — это препараты, которые вызывают галлюцинации, иллюзии и бред. Общей чертой, отличающей их от других видов наркотических веществ, является способность изменять восприятие, настроение, характер мышления. К трем наиболее широко употребляемым галлюциногенам относятся: d-диэтиламид лизергиновой кислоты (ЛСД), псилоцибип и мескалин. Люди, принимающие эти препараты, рассказывают об усилении чувственного восприятия, повышенной ясности мышления и отстранении от окружающей обстановки. Поэтому другое название этого класса препаратов — психотомиметики. Большинство галлюциногенов вызывают такие эффекты за счет влияния на обмен серотонина в мозге. Химически не связанный с этой группой веществ фенциклидин также изменяет восприятие, однако его не следует относить к галлюциногенам, так как он действует преимущественно на глутаминергические рецепторы и в большей степени вызывает привыкание.

Цель исследования: провести анализ научной литературы по исследованию применения и последствий воздействия на человека ЛСД.

Результаты и обсуждение

Полусинтетическое психоактивное вещество из семейства лизергамидов. ЛСД может считаться самым известным психоделиком, использовавшимся или используемым в качестве рекреационного наркотика, а также в качестве инструмента в различных трансцендентальных практиках, таких как медитация, психонавтика, или в запрещенной законом (но легальной в прошлом) психоделической психотерапии. ЛСД синтезируют из лизергиновой кислоты, добываемой из спорыньи, микроскопического грибка, паразитирующего на злаковых растениях (например, пшенице).

По химической структуре ЛСД - N,N-диэтиламид лизергиновой кислоты - аналог серотонина. Химическая формула вещества: $C_{20}H_{25}N_3O$. Известно: ЛСД - сильный антагонист 5-НТ2-рецепторов, однако полностью механизм его действия не изучен. Молекула ЛСД состоит из индольного ядра с присоединенным тетрациклическим кольцом. Атомы углерода С-5 и С-8 в молекуле асимметричны, в связи с чем возможно образование 4-х стереоизомеров, из которых только один — d-LSD — обладает психоактивными свойствами.

ЛСД воздействует на большое количество G-белковых рецепторов, все подвиды дофаминовых рецепторов, все подвиды адренорецепторов, а также на ряд других. ЛСД связывается практически со всеми серотониновыми рецепторами, исключая 5-HT_3 и 5-HT_4. Однако нужно учитывать, что для большинства этих рецепторов ЛСД не вызывает их

активации ввиду небольших концентраций в синапсах для типичных доз. Рекреационные дозы могут влиять на 5-HT_{1A}, 5-HT_{2A}, 5-HT_{2C}, 5-HT_{5A}, 5-HT_{5B}, и 5-HT_6 рецепторы.

Клинические эффекты проявляются в психических изменениях, через 15-20 минут после приема ЛСД: изменения настроения, искажение восприятия окружающей обстановки, когнитивные и поведенческие нарушения. Основной клинический эффект ЛСД - нарушение в восприятии реального мира. Возникает внутренняя картина, восприятие без внешнего раздражителя: скользящие эйдетические образы с закрытыми глазами, музыка, голоса внутри с самой необычной локализацией. Часты синестезии, когда звук «видят», а цвет, образ «слышат». Восприятие извращается, холодное кажется горячим, гладкое - колючим. Нарушается внутренняя перцепция; необычайны ощущения схемы тела, размеров, расположения отдельных его частей вплоть до чувства отделенности от тела конечностей, мозга. Меняется восприятие времени, пространства, соотношения окружающих предметов, их форма, масса, плотность, текстура. Теряется различие между болезненными представлениями и реальностью.

Из патологических нарушений, которые проявляются при хроническом употреблении психодислептиков, описываются личностные изменения в виде подозрительности, склонность к формированию идей отношения, периоды страха, сниженного настроения, являющиеся причиной суицидального поведения.

Статистические данные об использовании психостимулирующих веществ в России. В 2011 году удельный вес больных синдромом зависимости от психостимуляторов незначительно изменился, по сравнению с 2010 годом, и составил 1,2 % от структуры больных наркоманией в показателе общей заболеваемости наркоманией в Российской Федерации. Заслуживает внимания тот факт, что за последние 6 лет возросла общая заболеваемость больных с синдромом зависимости, вызванным употреблением сочетаний психостимулирующих веществ, и составила 7 % в структуре больных наркоманией в показателе общей заболеваемости наркоманией в Российской Федерации в 2011 году. Больные меняют свои предпочтения, одновременно употребляют психоактивные вещества разных групп, что приводит к развитию перекрестной зависимости, усилению токсических эффектов и изменению картины заболевания в сторону утяжеления. Последствия этого сказываются на течении заболевания, делая прогноз более неблагоприятным.

За последние 6 лет произошли изменения в структуре впервые обратившихся за наркологической помощью больных с синдромом зависимости от психостимуляторов – их процент возрос с 1 до 3 %.

Литература

1. Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике: руководство для практикующих врачей; под общ. ред. Ю. А. Александровского, Н. Г. Незнанова. - М.: Литтерра, 2014. - 1080 с.
2. Наркология: руководство для врачей / П. Д. Шабанов. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 832 с.

3. Алкоголизм, наркомании и другие психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ [Электронный ресурс]: учеб. пособие / Л. М. Барденштейн, А. В. Молодецких, Ю. Б. Можгинский, Н. И. Беглянкин, Г. А. Алешкина, - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.
4. Психиатрия и медицинская психология: учебник / И. И. Иванец и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 896 с.: ил.
5. Токсикологическая химия. Аналитическая токсикология: учебник / под ред. Р. У. Хабриева, Н. И. Калетиной. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 752 с.: ил.

УДК 616.321-002+616.322-002:616.523

Н. Н. Пирогов, аспирант;
А. А. Йорданова, И. А. Кислова, В. С. Кузнецова, 6 курс, лечебный факультет
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра оториноларингологии
Научные руководители: д.м.н., доцент Е. Г. Портенко, к.м.н. Е. З. Мирзоева

ГЕРПЕТИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ В ЭТИОЛОГИИ ХРОНИЧЕСКОГО ФАРИНГОТОНЗИЛЛИТА

Определение этиологического фактора и лечение хронического фаринготонзиллита (ХФТ) остается одной из самых актуальных проблем современной оториноларингологии. Анализируя данные научной литературы последних лет [2, 3], можно сделать вывод, что все больше набирает распространенность теория о влиянии герпетической инфекции (ГИ): вируса Эпштейн-Барр (ВЭБ), цитомегаловируса (ЦМВ) и вируса герпеса человека 6 типа (ВГЧ-6) на течение ХФТ.

Цель исследования: установить взаимосвязь между количественным обнаружением вирусных частиц ВЭБ, ЦМВ и ВГЧ-6 и микробного пейзажа СОГ при ХФТ, доказать эффективность применения противовирусной терапии при ХФТ.

Материалы и методы

Было обследовано 106 больных с диагнозом ХФТ, в возрасте от 18 до 82 лет, проходивших стационарное лечение в оториноларингологическом отделении ГБУЗ ОКБ г. Твери с октября 2015 года по ноябрь 2017 года. Пациенты были разделены на две группы: основную и контрольную по 53 человека (33 женщины и 20 мужчин). На каждого больного заполнялась карта обследования, включающая жалобы, данные анамнеза, местного статуса, сопутствующую патологию, данные лабораторных методов обследования. Отбор пациентов с диагнозом ХФТ осуществлялся с помощью разработанного на кафедре оториноларингологии ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России способа определения превалирующего пораженного элемента глотки [слизистая оболочка глотки (СОГ) или небные миндалины (НМ)] при хроническом воспалительном заболевании глотки [4] посредством обучающего алгоритма «деревья классификации» [1].

Комплексное обследование пациентов включало: осмотр ЛОР-органов по общепринятым методикам, бактериологическое исследование и микроскопия нативного материала с задней стенки СОГ и НМ с последующим определением чувствительности микроорганизмов к противомикробным препаратам с помощью диско-диффузионного метода и подсчетом полученной микрофлоры в колониеобразующих единицах (КОЕ/мл), соскоб эпителия с задней стенки СОГ и НМ для обнаружения методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени (ПЦР Real-time) с гибридизационно-флуоресцентной детекцией количественного содержания ДНК ВЭБ, ЦМВ и ВГЧ-6. Для определения ДНК ВЭБ использовался набор реагентов «АмплиСенс EBV-скрин/монитор-FL», для определения ДНК ЦМВ – «АмплиСенс CMV-скрин/монитор-FL», для определения ДНК ВГЧ-6 – «АмплиСенс HHV6-скрин-титр-FL».

При обнаружении в соскобах ДНК вируса ВЭБ или ЦМВ выполнялся анализ крови на определение индекса авидности IgG, при обнаружении в соскобах ДНК ВГЧ-6 – анализ крови на определение уровня IgG к данному вирусу. Пациенты обеих групп проходили стандартное лечение при ХФТ, больным из основной группы дополнительно назначалось противовирусная терапия. Через 6 месяцев проводилось повторное обследование пациентов. Данные полученные в результате исследования, были обработаны с использованием стандартных статистических программ Microsoft Excel-2013; IBM SPSS Statistics. Корреляционный анализ проводился с помощью непараметрического коэффициента Спирмена.

Результаты и обсуждение

В таблицах 1 и 2 представлены данные по распределению состава микробиота и герпесвирусов в основной и контрольной группах и средней степени обсемененности СОГ в количественном выражении у больных ХФТ.

Таблица 1 - Данные распределения состава микробиота в основной и контрольной группах и средней степени обсемененности слизистой оболочки глотки у больных хроническим фаринготонзиллитом

Состав микробиота слизистой оболочки глотки	Основная группа		Контрольная группа		Всего	
	Кол-во пациентов, абс. (%)	Ср. обсем., КОЕ/мл	Кол-во пац-тов	Ср. обсем., КОЕ/мл	Кол-во пациентов	Ср. обсем., КОЕ/мл
Staphylococcus aureus	21(42,9)	$2,6\times10^5$	22 (44)	$1,6\times10^5$	43(43)	$2,1\times10^5$
Streptococcus pyogenes	2 (4)	$1,0\times10^3$	5 (10,2)	$2,8\times10^3$	7 (7,1)	$2,3\times10^3$
Klebsiella pneumonia	3 (6,1)	$7,0\times10^3$	4 (8,2)	$3,0\times10^4$	7 (7,1)	$2,0\times10^4$
Haemophilus influenzae	2 (4)	$1,0\times10^6$	2 (4)	$1,0\times10^6$	4 (4)	$1,0\times10^6$
Escherichia coli	3 (6,1)	$3,3\times10^5$	0	—	3 (3)	$3,3\times10^5$
Streptococcus pneumoniae	0	—	1 (2)	$1,0\times10^2$	1 (1)	$1,0\times10^2$
Streptococcus mutans	1 (2)	$1,0\times10^4$	0	—	1 (1)	$1,0\times10^4$
Streptococcs agalactiae	1 (2)	$1,0\times10^3$	0	—	1 (1)	$1,0\times10^3$
Pseudomonas aeruginosa	0	—	1 (2)	$1,0\times10^3$	1 (1)	$1,0\times10^3$
Candida albicans	13(26)	$7,8\times10^5$	15 (30)	$8,3\times10^4$	28 (28)	$4,0\times10^5$
Ассоциация бактериальной микрофлоры	5(10,2)	$6,2\times10^5$	1 (2)	$2,0\times10^5$	6 (6,1)	$5,5\times10^5$
Патогенная микрофлора не обнаружена	21(42)	—	15 (30)	—	36 (36)	—

Таблица 2 - Данные распределения герпесвирусов в основной и контрольной группах и средней степени обсемененности слизистой оболочки глотки у больных хроническим фаринготонзиллитом

Вирусная нагрузка слизистой оболочки глотки	Основная группа		Контрольная группа		Всего	
	Кол-во пациентов, абс. (%)	Ср. обсем. копий ДНК/мл	Кол-во пациентов	Ср. обсем. копий ДНК/мл	Кол-во пациентов, абс. (%)	Ср. обсем. копий ДНК/мл
ВЭБ	34 (69,39)	$2,10\times10^4$	32 (65,3)	$2,40\times10^4$	66(67,3)	$2,24\times10^4$
ВГЧ-6	19 (38,78)	$5,2\times10^2$	20(40,81)	$6,6\times10^2$	39(39,8)	$5,9\times10^2$
ЦМВ	2 (4,08)	$8,5\times10^2$	2 (4,08)	$1,05\times10^3$	4 (4,08)	$9,5\times10^2$
ВЭБ+ВГЧ-6	6 (12,24)	$3,18\times10^3$	5 (10,2)	$3,53\times10^4$	11(11,2)	$1,78\times10^4$

При математической обработке данных была выявлена прямая корреляция между количеством копий ДНК ВЭБ и количеством грибов рода Candida в СОГ (R=0,2; p=0,043). Аналогичная прямая корреляция была установлена между количеством копий ДНК ВЭБ и обсемененностью СОГ условно-патогенной и патогенной микрофлорой (R=0,3; p=0,002).

Данные корреляционные связи между ВГЧ-6 и грибковой инфекцией, а также между ВГЧ-6 и количеством условно-патогенной и патогенной флорой не выявлены.

В таблицах 3 и 4 представлены данные по распределению состава микробиота и герпесвирусов в основной и контрольной группах и средней степени обсемененности СОГ в количественном выражении у больных ХФТ через 6 месяцев после лечения.

Таблица 3 - Данные распределения состава микробиота в основной и контрольной группах и средней степени обсемененности слизистой оболочки глотки больных хроническим фаринготонзиллитом через 6 месяцев после лечения

Состав микробиота слизистой оболочки глотки	Основная группа		Контрольная группа		Всего	
	Кол-во пациентов, абс. (%)	Ср. обсем. КОЕ/мл	Кол-во пациентов	Ср. обсем. КОЕ/мл	Кол-во пац-тов, абс. (%)	Ср. обсем. КОЕ/мл
Staphylococcus aureus	12 (24,4)	$9,6\times10^4$	25(51)	$3,07\times10^5$	37(38)	$2,39\times10^5$
Streptococcuspyogenes	0	—	2 (4)	$1,0\times10^3$	2 (2)	$1,0\times10^3$
Klebsiella pneumonia	1 (2)	$1,0\times10^3$	2 (4)	$5,5\times10^3$	3 (3)	$4,0\times10^3$
Candida albicans	2 (4)	$1,0\times10^2$	8 (16,3)	$1,4\times10^4$	10 (10)	$1,13\times10^4$
Патогенная микрофлора не обнаружена	36 (73,4)	—	20 (40,81)	—	56 (57,1)	—

Таблица 4 - Данные распределения герпесвирусов в основной и контрольной группах и средней степени обсемененности слизистой оболочки глотки у больных хроническим фаринготонзиллитом через 6 месяцев после лечения

Вирусная нагрузка слизистой оболочки глотки	Основная группа		Контрольная группа		Всего	
	Кол-во пациентов, абс. (%)	Ср. обсем. копий ДНК/мл	Кол-во пациентов	Ср. обсем. копий ДНК/мл	Кол-во пациентов, абс. (%)	Ср. обсем. копий ДНК/мл
ВЭБ	9 (18,37)	$3,88\times10^4$	29(59,18)	$2,33\times10^4$	38(38,8)	$2,69\times10^4$
ВГЧ-6	3 (6,12)	$9,0\times10^2$	15(30,61)	$7,2\times10^2$	18(18,4)	$7,5\times10^2$
ЦМВ	0	0	2 (4)	$1,15\times10^3$	2 (2)	$1,15\times10^3$
ВЭБ+ВГЧ-6	2 (4)	$3,8\times10^3$	5 (10,2)	$3,49\times10^4$	7 (7,14)	$2,6\times10^4$

Заключение

Проведение противовирусной терапии при обнаружении ВГЧ-6 и ВЭБ в СОГ при ХФТ приводило к достижению стойкой ремиссии в полугодовой период наблюдения со снижением обсемененности патогенной микрофлорой глотки. Полученные данные свидетельствуют о необходимости включения в план обследования больных ХФТ ПЦР Real-time диагностики соскоба СОГ на количественное содержание ВЭБ и качественное содержание ВГЧ-6.

Литература

1. Андреев, И. М. Описание алгоритма CART /И.М. Андреев // ExponentaPro. Математика в приложениях. – 2004. – № 3– 4. – С. 48–53.
2. Быкова В. П., Хафизова Ф. А., Калинин Д. В., Дайхес Н. А. Хромогенная in situ гибридизация в диагностике герпесвирусной инфекции при хроническом тонзиллите / Архив патологии. – 2012. – Т. 74. – №2. – С. 19-22.
3. Климова Р. Р., Околышева Н. В., Тюленев Ю. А., Кистенева Л. Б., Малиновская В. В., Куш А. А. Частота обнаружения маркеров герпесвирусных инфекций у часто болеющих детей с острой респираторной инфекцией // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. – 2014. – Т. 93, № 1. – С. 44-49.
4. Мирзоева Е. З., Портенко Е. Г., Портенко Г. М., Шматов Г. П. Современная информационная технология – помощник врача в диагностике хронического тонзиллита и хронического фарингита // Российская оториноларингология. – 2015. – № 4 (77). – С 74 –78.

УДК 577.152.1:594.38

Н. Ю. Полозова, магистрант, О. М. Балаева-Тихомирова, доцент
Витебский ГУ имени П. М. Машерова, г. Витебск, Республика Беларусь
Кафедра химии

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ У ЛЕГОЧНЫХ ПРЕСНОВОДНЫХ МОЛЛЮСКОВ

На сегодняшний день актуален вопрос качества природных вод, поскольку их загрязнение приводит к дефициту воды. Одним из наиболее существенных факторов формирования качества вод является величина антропогенной нагрузки на водосборную площадь водоема. Широкое использование ресурсов поверхностных вод в различных отраслях промышленности и сельского хозяйства, развитие хозяйственно-бытового водоснабжения, воздействие загрязняющих веществ различного происхождения обусловили многообразие антропогенных нагрузок на водные объекты. Легочные пресноводные моллюски представляют собой тест-организмы для биоэкологических и биохимических исследований путем изучения компонентов среды их обитания и обменных процессов.

Цель исследования: оценить экологическое состояние реки Витьба Витебского района по показателям углеводного, азотного обменов и состоянию антиоксидантной системы легочных пресноводных моллюсков.

Материалы и методы

Опыты поставлены на 108 легочных пресноводных моллюсках, разделенных на две группы: 54 особи *Lymnaea stagnalis* (прудовик обыкновенный) и 54 особи *Planorbarius corneus* (роговая катушка). Моллюски собирались весной (апрель-май), летом (июль) и осенью (сентябрь-октябрь) из р. Витьба г. Витебск, Витебский район.

Определение показателей гемолимфы проводили с использованием наборов реагентов НТПК «Анализ Х» (общий белок, мочевая кислота), «Мочевина-01-Витал» (мочевина). Концентрацию глюкозы в гемолимфе определяли глюкозооксидазным методом наборами фирмы Диакон Диасис. Определение концентрации белка (мг/г ткани) проводили по методу Лоури. Содержание ДНК и РНК (мг/г ткани) устанавливали по методу Blober и Potter.Гликоген определяли методом Krisman. Для количественного установления продуктов перекисного окисления липидов (ТБК-позитивных веществ (ТБК-ПВ) использовали тест с 2-тиобарбитуровой кислотой. Активность каталазы (1.11.1.6) выявляли по реакции с молибдатом аммония. Определение количества восстановленного глутатиона проводили по реакции взаимодействия GSH с ДТНБК (5,5’-дитио-бис-2-нитробензойной кислотой) с образованием окрашенного в желтый цвет аниона 2-нитро-5-тиобензоата.

Математическую обработку полученных результатов проводили методами параметрической и непараметрической статистики с использованием пакета статистических программ MicrosoftExcel 2003, STATISTICA 6.0.

Результаты и обсуждение

Витьба – река в Витебском районе, левый приток реки Западной Двины. Длина – 33 км. Река берет начало у деревни Поддубье в пределах Витебской возвышенности. Площадь

водосбора – 275 км². Водосбор на северо-западных склонах Витебской возвышенности. В границе города река имеет протяженность 4,8 км. В бассейне реки Витьба (Витебская область) расположено много озер, среди которых: Островито, Осиновское, Бернское, Обуховское, Толыни. Основные притоки реки это: Горновка, Мытная, Сильница. Русло реки извилистое, шириной 20-30 м, в низовье – до 60 м. В черте города на берегах и островах реки создана зона отдыха, в которую входит парк имени Фрунзе и зона отдыха на набережной реки Витьба. На правом берегу расположен Ботанический сад. Берега реки соединены автомобильными и пешеходными мостами. Река Витьба имеет выраженные признаки антропогенного воздействия. Наличие на ее берегах зон отдыха усугубляет это воздействие. На берегах и в воде реки можно наблюдать много мусора. На дне реки обнаружен черный ил, что свидетельствует о большом количестве органических веществ в воде. Вода имеет желтоватый оттенок и легкий болотный запах, что является начальными признаками эвтрофикации водоема.

В таблицах 1, 2 представлены данные о содержании показателей углеводного и азотного обменов и антиоксидантной системы в тканях катушки роговой и прудовика обыкновенного (р. Витьба).

Таблица 1 – Показатели азотного, углеводного обменов и антиоксидантной системы гемолимфы и гепатопанкреаса катушки роговой р. Витьба (M±m)

Показатель	Сезон года		
	Весна (n=9)	Лето (n=9)	Осень (n=9)
Общий белок (гемолимфа) (мг/мл)	37,04±0,52[1]	24,15±0,32	33,31±0,46[1]
Общий белок (гепатопанкреас) (мг/г)	189±7,1[1,2]	135±7,3	256±8,2[1]
ДНК (мг/г)	1,44±0,11[2]	1,67±0,09	1,83±0,10[1]
РНК (мг/г)	10,20±0,58[1,2]	7,44±0,35	5,46±0,35[1]
Мочевая к-та (мкмоль/л)	137,99±5,23[1,2]	119,56±3,45	92,14±2,02[1]
Мочевина (ммоль/л)	6,54±0,06[1]	8,15±0,08	6,02±0,06[1]
Глюкоза (ммоль/л)	1,90±0,072[1,2]	1,21±0,022	0,73±0,045[1]
Гликоген (мг/г)	17,58±0,133[1,2]	20,88±0,244	24,05±0,208[1]
ТБК-ПВ (мкмоль/г)	8,04±0,55[1,2]	4,36±0,25	5,24±0,33[1]
Восстановленный глутатион (мкмоль/г)	11,43±0,15[1,2]	7,22±0,08	8,94±0,07[1]
Каталаза (мкмоль/мин/г)	82,4±1,4[1,2]	31,2±1,2	52,3±1,3[1]
Примечание – [1] - p <0,05 по сравнению с летним периодом сбора моллюсков; [2] - p<0,05 по сравнению с осенним периодом сбора моллюсков			

Таблица 2 – Показатели азотного, углеводного обменов и антиоксидантной системы гемолимфы и гепатопанкреаса прудовика обыкновенного р. Витьба (M±m)

Показатель	Сезон года		
	Весна (n=9)	Лето (n=9)	Осень (n=9)
Общий белок (гемолимфа) (мг/мл)	14,03±0,22[1]	11,35±0,16	15,87±0,25[1]
Общий белок (гепатопанкреас) (мг/г)	271±7,6[1,2]	186±8,8	323±21,7[1]
ДНК (мг/г)	1,74±0,04[1,2]	2,09±0,04	2,49±0,03[1]
РНК (мг/г)	9,07±0,42[1,2]	7,06±0,16	5,74±0,24[1]
Мочевая к-та (мкмоль/л)	74,47±1,48[1,2]	45,56±2,33	25,46±0,64[1]
Мочевина (ммоль/л)	5,93±0,17[1]	7,14±0,11	6,05±0,03[1]
Глюкоза (ммоль/л)	0,93±0,006[1,2]	0,60±0,035	0,41±0,037[1]
Гликоген (мг/г)	23,11±0,174[2]	26,21±0,182	27,42±0,612
ТБК-ПВ (мкмоль/г)	9,32±0,47[1,2]	3,56±0,24	5,18±0,26[1]
Восстановленный глутатион (мкмоль/г)	11,64±0,13[1,2]	8,04±0,05	9,12±0,08[1]
Каталаза (мкмоль/мин/г)	88,4±2,3[1,2]	41,4±1,3	56,6±2,6[1]
Примечание – [1] - $p<0,05$ по сравнению с летним периодом сбора моллюсков; [2] - $p<0,05$ по сравнению с осенним периодом сбора моллюсков			

Содержание веществ углеводного и азотного обменов и антиоксидантной системы в тканях *Planorbarius corneus u Lymnaea stagnalis* зависит от времени года. Сезонная динамика содержания общего белка в гепатопанкреасе обоих видов моллюсков имела следующую тенденцию – содержание общего белка в весенний и осенний периоды сбора превышало значения данного показателя в летний период сбора в 1,4 и 1,9 раза соответственно. Содержание общего белка в гемолимфе катушки роговой и прудовика обыкновенного в весенний и осенний периоды сбора превышало в среднем 1,5 и 1,4 раза соответственно значения данного показателя в летний период сбора. Уровень мочевины в гемолимфе имеет обратную закономерность: содержание мочевины у моллюсков собранных летом превышает значения этого показателя у моллюсков собранных весной и осенью в среднем в 1,2 раза.

Содержание ДНК в гепатопанкреасе катушки роговой и прудовика обыкновенного увеличивается от весны к осени в 1,2 и 1,4 раза соответственно. Содержание гликогена в гепатопанкреасе обоих видов моллюсков увеличивается от весны к осени в среднем в 1,2 раза. В содержании РНК, мочевой кислоты и глюкозы у обоих видов моллюсков отмечается обратная тенденция уменьшение содержания от весны к осени. По сравнению с осенним периодом сбора у катушки роговой повышено содержание РНК в весенний и летний периоды сбора в 1,9 и 1,4 раза соответственно, а у прудовика обыкновенного повышено содержание РНК в весенний и летний периоды сбора в 1,6 и 1,2 раза соответственно по сравнению с осенним периодом сбора. По сравнению с осенним периодом сбора у катушки роговой повышено содержание мочевой кислоты в весенний и летний периоды сбора в 1,2 и 1,5 раза соответственно, а у прудовика обыкновенного повышено содержание мочевой кислоты в весенний и летний периоды сбора в 2,9 и 1,6 раза соответственно по сравнению с осенним периодом сбора. По сравнению с осенним периодом сбора у катушки роговой

повышено содержание глюкозы в весенний и летний периоды сбора в 2,3 и 1,7 раза соответственно, а у прудовика обыкновенного повышено содержание глюкозы в весенний и летний периоды сбора в 2,3 и 1,5 раза соответственно по сравнению с осенним периодом сбора. Наибольшее содержание ТБК-ПВ и восстановленного глутатиона, а также наибольшая активность каталазы фиксируется в весенний период, наименьшие значения – в летний период сбора моллюсков. Полученные изменения в концентрации ТБК-ПВ и восстановленного глутатиона а также активности каталазы имеют однотипный характер во всех исследуемых районах сбора моллюсков: по сравнению с летним периодом сбора у катушки роговой повышено содержание ТБК-ПВ и восстановленного глутатиона в гепатопанкреасе в осенний и весенний периоды сбора в 1,6 и 1,2 раза соответственно. По сравнению с летним периодом сбора катушки роговой повышена активность каталазы в 2,6 и 1,7 раза. По сравнению с летним периодом сбора у прудовика обыкновенного повышено содержание ТБК-ПВ в гепатопанкреасе в осенний и весенний периоды сбора в 2,6 и 1,5 раза соответственно. По сравнению с летним периодом сбора у прудовика обыкновенного повышено содержание восстановленного глутатиона в гепатопанкреасе в весенний периоды сбора в 1,4 раза. По сравнению с летним периодом сбора катушки роговой повышена активность каталазы в 2,1 и 1,4.

Заключение

На основании полученных данных может быть создан алгоритм установления экологического состояния природных водоемов посредством анализа простых и доступных методик исследования азотного, углеводного обменов и антиоксидантной системы по двум параметрам – сезону года и местообитанию с использованием широко распространенных тест-организмов *Planorbarius corneus* и *Lymnaea stagnalis*.

Литература

1. Богомол, Э. В. Изучение антропогенного влияния города на гидробионтов на примере реки Москва: дис. канд. биол. наук / Э. В. Богомол. – Москва, 2003. – 117 с.
2. Романова, Е.М. Биоиндикация водоемов с использованием моллюсков / Е.М. Романова, О.А. Индирякова, А.П. Куранова // Медико-физиологические проблемы экологии человека: мат. всерос. науч. конф. – Ульяновск, 2007. – С. 25–27.

УДК 616.61-053.36

А. Э. Полухинских, М. В. Сидорчева, 3 курс, педиатрический факультет
ФГБОУ ВО Пермский ГМУ им. академика Е. А. Вагнера Минздрава России,
г. Пермь, Россия
Кафедра нормальной, топографической и клинической анатомии,
оперативной хирургии
Научные руководители: к.м.н., доцент Н. В. Еремченко, к.м.н. Е. С. Патлусова

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЧЕК У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ПРИ ПОРОКАХ РАЗВИТИЯ

Пороки развития органов мочевой системы занимают одно из лидирующих мест среди пороков развития не совместимых с жизнью, поэтому являются частой причиной прерывания беременности не только в Пермском крае, но и в целом на территории России именно поэтому, актуальным остается анализ частоты встречаемости и классификация данных пороков.

Цель исследования: выявление наибольшего числа встречаемых на территории Перми и Пермского края отклонений от нормы в определенные периоды жизни ребенка, а также изучение и классификация пороков развития почек, сформированных на различных стадиях эмбриогенеза.

Материалы и методы

Исследование пороков было проведено на основе данных, полученных из материалов патологоанатомических исследований патоморфологического отделения Краевой детской клинической больницы г. Перми за первые три квартала 2016 года. Были взяты данные по детям, умершим в возрасте от одного дня до одного года. Статистика частоты смертности детей от пороков развития почек была взята по Пермскому краю, по городу Перми отдельно за период с 2000 по 2013 года. Также мы рассматривали данные по детям, умершим вне родильных отделений и по маловесным плодам.

Результаты и обсуждение

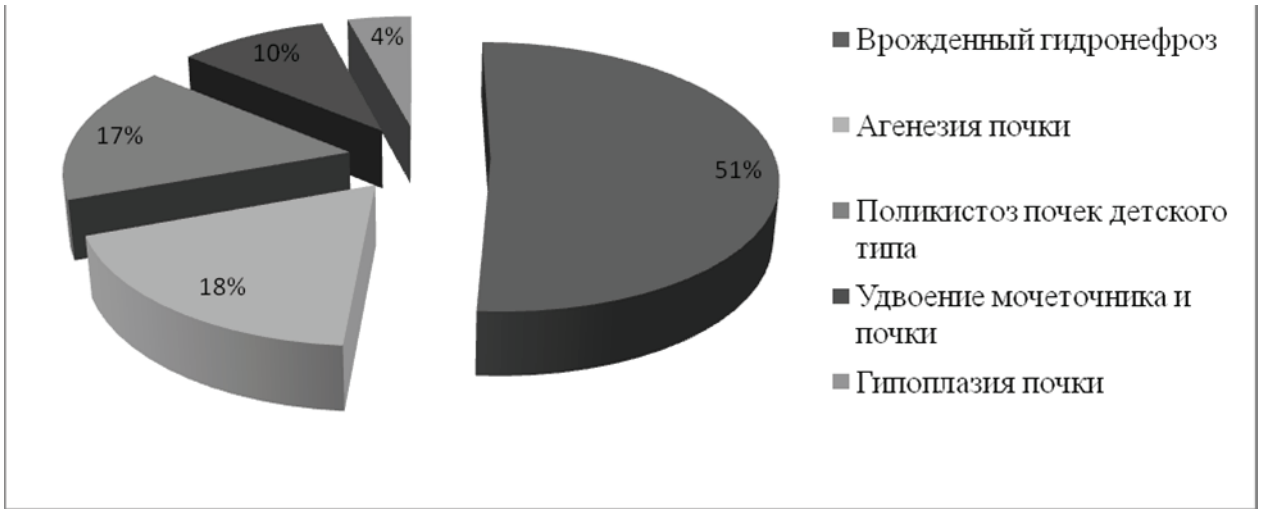
Обработав данные посмертных эпикризов детей, умерших в результате пороков развития почек, были получены следующие результаты. Всего за 13 лет на территории города Перми от пороков развития почек умер 21 ребенок в возрасте от 0 до 1 года. Это 0,82 % от общего количества умерших в родильных отделениях детей (рисунок 1). Вне родильных отделений от пороков развития почек погибло 14 детей. Это 0,55 % от общего числа всех умерших за это время детей от тех или иных пороков развития (рисунок 2).

Рисунок 1 - Количество пороков развития почек, приведших к гибели детей регистрируемых в родильных отделениях на территории Пермского края в период с 2000 по 2013 год

Рисунок 2 - Количество пороков развития почек, приведших к гибели детей регистрируемых вне родильных отделений на территории Пермского края в период с 2000 по 2013 год

По причине пороков развития почек за 13 лет беременность была прервана в 63 случаях. Это составляет 1,5 % от числа всех маловесных плодов по причине тех или иных пороков развития (рисунок 3).

Рисунок 3 – Частота встречаемости врожденных пороков развития почек на территории Пермского края



Заключение

Пороки развития почек занимают 3,5% от числа всех встречаемых пороков развития на территории Перми и Пермского края. К наиболее часто встречающимся порокам развития почек на территории края и города относятся такие как: удвоение почек - полное и неполное, агенезия почек – при данном пороке развития необходимо вынужденное прерывание беременности, гипоплазия – данный порок развития не несет угрозы жизни ребенку, гидронефроз – детям проводится оперативное лечение, поликистоз почек детского типа – данный порок не совместим с жизнью, проводится вынужденное прерывание беременности. Основными причинами появления пороков развития почек являются: генетическая предрасположенность в 75 % случаев, в остальных случаях явная причина не была выявлена, возможно влияние на формирование порока оказали условия окружающей среды, перенесенные вирусные заболевания матерью во время беременности, а также наличие вредных привычек у родителей ребенка.

Литература

1. Аляев Ю. Г. Ультразвуковые методы функциональной диагностики в урологии / Ю. Г. Аляев, А. В. Амосов // Урология. – 2000. – № 4. – С. 26-37.
2. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике в педиатрии / под ред. М. И. Пыкова, К. В. Ватолина. – М.: Видар, 1998. – С. 176-218.
3. Трефилов, А. А. Ультразвуковые нормативы размеров почек у детей Чувашской Республики.
4. Avni F. E., Hall M. Renal cystic diseases in children: new concept. Pediatr. Radiol. - 2010. - 40(6). – P. 936–946.
5. Дерюгина Л. А. Пренатальная диагностика урологических заболеваний / Л. А. Дерюгина, Е. Л. Вишневский, И. В. Казанская, Д. А.Морозов // Российский вестник перинатологии ипедиатрии. – 2007. – Т. 52. – №4. – С.50–54.

УДК36-23

А. А. Праведникова, М. Н. Коськина, 3 курс, лечебный факультет,
М. Ю. Левчина, 3 курс, педиатрический факультет; А. М. Морозов
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра общей хирургии
Научный руководитель: ассистент А. М. Морозов

ВЛИЯНИЕ СТРЕССОВЫХ СИТУАЦИЙ НА РАЗВИТИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ОРГАНИЗМА В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Психологическое состояние человека во время стрессовых ситуаций является основным показателем, который характеризует устойчивость организма к развитию заболеваний непосредственно зависящих от психосоматического статуса. В ходе исследования проведен анализ как стресс и отношение к нему может повлиять на развитие вредных привычек и, соответственно, на появление различных заболеваний, связанных с психологией человека и развивающихся на фоне зависимостей, которые по мнению исследуемых помогают справиться с стрессовой ситуацией. На основании данной работы можно проследить как студенты-медики и врачи, чья ежедневная деятельность связана с наиболее сильным моральным и физическим напряжением, справляются со стрессом и какие методы применяют для того чтобы справиться с возникшей стрессовой ситуацией.

Цель исследования: оценить особенности психологического состояния студентов-медиков во время сдачи сессии и в обычное учебное время, а также состояние практикующих специалистов. Выявить наличие вредных привычек и способов, к которым прибегают студенты и врачи для борьбы со стрессом, а также оценить тип темперамента и провести сравнение между типом темперамента и имеющимися методами борьбы со стрессом.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 400 студентов, с 3 курса лечебного, педиатрического и стоматологического факультетов и 40 врачей лечебного профиля – 10 эндокринологов, 12 хирургов, 14 акушер-гинекологов, 4 терапевта. Было проведено анонимное анкетирование, включающие вопросы о наличии вредных привычек и субъективное мнение о типе темперамента и стрессоустойчивости характера. В исследовании были использованы классические статистические методы анализа тест-карт.

Результаты и обсуждение

На вопрос о наличии вредных привычек большинство опрошенных ответили «курение», что составило 70 % для студентов и 30 % врачей, причем основная масса студентов, имеющих данную вредную привычку, приходится на стоматологический факультет. Большинство опрошенных на вопрос «Считаете ли Вы себя стрессоустойчивым человеком?» ответили: «Да» (75 % студенты-медики и 25 % врачи). Основная масса врачей считают себя нестрессоустойчивыми и выбрали ответ «Нет».

«К какому типу темперамента Вы себя относите?» 25 % студентов отнесли себя к типу «Меланхолик», 21 % студентов выбрали ответ «Сангвиник» 30 % выбрали ответ

«Холерик» и 24 % выбрали «Флегматик» Большинство врачей, а именно, 78 % выбрали ответ «Меланхолик» причем 13 % опрошенных относят себя к Холерикам и только 5 % к Флегматикам.

«Как Вы оцениваете уровень стресса в Вашей жизни?» Большая часть студентов выбрала ответ «Умеренный» 68 %, 32 % выбрали ответ «Сильный» и только 11 % «слабый». Врачи же, напротив, чаще выбирали ответ «Сильный», а именно 77 %, причем, большая часть врачей, выбравших данный ответ работают по специальности «акушерство и гинекология». 20 % выбрали ответ «Умеренный» и 3 % – «Слабый».

Большая часть опрошенных студентов на вопрос «Употребляете ли шоколад во время стресса?» выбрали ответ «Да», а именно 85 % студентов и только 35 % врачей.

«Употребляете ли алкоголь во время стресса?» большая часть врачей выбирали ответ «Да» 68 %, и только 45 % студентов дали ответ «Нет».

«Прибегаете ли к употреблению ноотропных препаратов и транквилизаторов во время стресса?» ответы разделились 45 % студентов выбрали ответ «Ничего не употребляю», 31% выбрали ответ «Да, ноотропы» и 24 % выбрали ответ «Да, транквилизаторы». Врачи же выбирали ответ «Ничего не употребляю», что составило 86 % и 10 % дали ответ «Ноотропы», 4 % - «Транквилизаторы».

Основная масса опрошенных студентов на вопрос «Употребляете ли кофе/чай во время стресса?» давали ответ «Да, чай», а именно: 79 %, 9 % отвечали «Да, кофе» и 10 % – «И кофе, и чай», только 2 % выбрали ответ «Ни чай, ни кофе». Врачи на данный вопрос чаще выбирали ответ «И чай, и кофе», что составило 55 %, 41 % выбрали ответ «Да, чай», и равное количество опрошенных (по 2 % соответственно) выбрали ответы «Ничего не употребляю» и «Да, кофе».

Заключение

В результате анкетирования и сравнительного анализа было выявлено, что студенты справляются со стрессом путем приема большого количество кофе, чая и шоколада. В связи с этим большинство студентов жалуются на проблемы с ЖКТ. Кроме того, обнаружена тенденция к высокому систолическому давлению. Большинство студентов, злоупотребляющих алкоголем и курением во время стрессовых ситуаций, относят себя к типу темперамента «Меланхолик» (который является самым слабоустойчивым к стрессу темпераментом). Практикующие врачи, также потребляют большое количество спиртных напитков во время стресса. У них, как и у студентов, преобладает высокое систолическое давление. Таким образом, можно сделать вывод, что стрессовые ситуации играют значительную роль в формировании вредных привычек, которые впоследствии отрицательно влияют на состояние здоровья как врачей, так и студентов, могут перерасти в различные соматические патологии.

Литература

1. Александров Ю. И. Психофизиология: Учебник для вузов. - СПб.: ПИТЕР, 2006. - С. 342-343.

2. Артюхин М. И. Влияние стресс-факторов на процесс профессиональной адаптпции и здоровье молодых врачей / Артюхин М. И., Шухатович В. Р. // Народонаселение. - 2012. - № 4 (58). - С. 125-130.
3. Бодров В. А. Психологический стресс: развитие и преодоление. - М.: ПЕРСЭ, 2016. - 528 с.
4. Доника А. Д. Профессиональный стресс врачей: социальные и медицинские аспекты / Доника А. Д., Руденко А. Ю., Засядкина И. В. // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. - 2011. - № 12. - С. 113.
5. Калел Ж. С. Социально-психологические аспекты деятельности врача // Вестник Алматинского государственного института усовершенствования врачей. - 2017. - № 1. - С. 86-95.

УДК 616-053.3:618.2-053.88

А. А. Пузан, 4 курс, лечебный факультет
УО Гомельский ГМУ, г. Гомель, Республика Беларусь
Кафедра педиатрии
Научный руководитель: к.м.н., доцент А. А. Козловский

ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ ЖЕНЩИН КРИТИЧЕСКИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Наиболее благоприятным для рождения детей является возраст женщин с 18 до 35 лет. Возраст беременных менее 18 лет относится к периоду физиологической незрелости, потому что у женщины еще не сформированы системы организма, только начинают формироваться основы образа жизни, стиль поведения, которые в дальнейшем будут определять ее физическое и психическое здоровье [2, 3]. Юные женщины составляют 1,5-4 % по отношению ко всем беременным [4, 5] и входят в группу риска, так как соматическое и репродуктивное здоровье девушек-подростков в последнее время значительно ухудшилось, что может неблагоприятно отразиться на здоровье их будущих детей.

Другим не совсем благоприятным периодом для рождения ребенка является возраст матери более 35 лет, когда у некоторых женщин отмечается угасание репродукции, неблагоприятное течение беременности [1]. Беременные женщины в этом возрасте входят в группы высокого риска по развитию гестозов на фоне экстрагенитальных заболеваний, а также по развитию осложнений в течение родов [6]. За последние 25 лет количество беременных женщин старше 35 лет выросло на 90 %.

Физическое развитие, наряду с рождаемостью, заболеваемостью и смертностью, является своеобразным индикатором благополучия внутриутробного развития плода и одним из основных показателей уровня здоровья. Установлено, что при нарушениях течения гестационного процесса в организме плода происходит существенное изменение физического развития, поэтому выявление особенностей физического развития детейот женщин критических возрастных периодов представляет значимый интерес для практической медицины.

Цель исследования: оценить физическое развитие детей, рожденных от матерей критических возрастных групп.

Материалы и методы

Для оценки состояния здоровья новорожденных проанализировано 114 историй родов и развития новорожденных за 2017 г. на базе родильного отделения учреждения здравоохранения «Гомельская городская клиническая больница №2». Выделены 3 группы новорожденных: 1-я группа (n=30) – дети, рожденные от юных матерей, 2-я группа (n=30) – дети, рожденные от матерей в возрасте старше 35 лет, 3-я контрольная группа (n=54) – дети, рожденные от здоровых беременных женщин в возрасте 19-34 лет. Для сравнения физического развития во всех группах изучали четыре основных антропометрических показателя у новорожденных – массу и длину тела, окружность головы и окружность грудой клетки. Все показатели обработаны с помощью электронных таблиц Excel. Статистическая

обработка данных проводилась с использованием пакета программ Statistica 6,0. Для сравнения признаков был использован критерий Стьюдента, достоверным считали различия при $p<0,05$.

Результаты и обсуждение

Средний возраст обследованных матерей составил в 1-й группе – 15,5±0,24 года, во 2-й группе – 38,9±0,87 года, в 3-й группе – 26,8±0,48 года (при сравнении групп между собой $p<0,000001$).

Анализ истории родов показал, что оперативные роды (кесарево сечение) отмечены у 10,0 % беременных 1-й группы, у 26,7 % женщин во 2-й группе и у 22,2 % – в контрольной группе. В группе возрастных беременных частота оперативного родоразрешения отмечалась в 2,5 раза чаще, чем в других группах.

Гестационный возраст новорожденных 1-й и 2-й групп составлял от 35 до 41 недели, средний срок гестации– 38,87±0,27 и 39,2±0,27 недель соответственно. В контрольной группе гестационный возраст колебался от 35 до 42 недель, средний срок гестации составил – 39,67±0,21 недель. Достоверно более низкий средний срок гестации отмечен у беременных 1-й группы по сравнению с контролем (38,87±0,27 и 39,67±0,21 недель соответственно; $p=0,02181$). Преждевременные роды в группе юных беременных отмечались несколько чаще, чем в группах женщин репродуктивного возраста (2-я и 3-я группы) – 16,7%. 6,7% и 9,3% соответственно.

Распределение новорожденных по полу представлено в таблице 1.

Таблица 1 – Распределение новорожденных по группам и полу ребенка

	1-я группа		2-я группа		3-я группа		ВСЕГО	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Мальчики	18	60,0	20	66,7	26	48,1	64	56,1
Девочки	12	40,0	10	33,3	28	51,9	50	43,9
ИТОГО	30	100,0	30	100,0	54	100,0	114	100,0

Средние показатели физического развития в группах обследованных детей представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Средние показатели физического развития новорожденных в группах

Показатели	1-я группа	2-я группа	3-я группа
Масса тела, г	3244,33±87,00	3499,00±99,49	3349,81±66,24
Длина тела, см	52,87±0,58	54,17±0,53	53,52±0,33
Окружность головы, см	33,77±0,31*	34,60±0,27	34,33±0,15
Окружность грудной клетки, см	32,70±0,36	33,37±0,36	32,98±0,27
Примечание: * $p = 0,048200$ при сравнении показателей 1-й и 2-й групп			

Средняя масса тела в 1-й группе составила 3244,33±87,00 г и колебалась от 2170 г до 4120 г. Средний вес мальчиков был несколько выше, чем у девочек (3311,67±122,46 г и 3143,33±131,21г; p>0,05).Несмотря на нормальные средние показатели массы тела, 4 детей (13,3 %) (2 мальчика (11,1 %) и 2 девочки (16,7 %)) родилось с массой тела до 2500 г и 2 мальчика (11,1 %) – с массой свыше 4000 г.

Средняя масса тела во 2-й группе составила 3499,00±99,49 г и колебалась от 2210 г до 4440 г. Средний вес мальчиков был несколько ниже, чем у девочек (3456,00±133,75 г и 3585,0±126,62 г; p>0,05). Средние показатели массы тела отмечены в пределах нормы, однако 1 мальчик (5,0 %) родился с массой тела до 2500 г и 4 детей (13,3 %) (2 мальчика (10,0 %) и 2 девочки (20,0 %))с массой свыше 4000 г.

Средняя масса тела в 3-й группе составила 3349,81±66,24 г и колебалась от 2020 г до 4240 г. Средний вес мальчиков был несколько ниже, чем у девочек (3284,62±101,52 г и 3410,36±62,51 г; p>0,05). Несмотря на нормальные средние показатели массы тела, 2 мальчика (7,7 %) родились с массой тела до 2500 г и 2 ребенка (3,7 %) (по 1 мальчику (3,8 %) и девочке (3,6 %)) с массой свыше 4000 г. Достоверных различий массы тела по группам и по полу не получено.

Средняя длина тела в 1-й группе составила 52,87±0,58 см и колебалась от 46 см до 59 см. Средняя длина мальчиков была достоверно выше, чем у девочек (54,06±0,78 см и 51,5±0,89 см; p=0,039543).Средняя длина тела во 2-й группе составила 54,17±0,53 см и колебалась от 48 см до 60 см. Средняя длина мальчиков был несколько ниже, чем у девочек (53,95±0,72 см и 54,5±0,41 см; p>0,05).Средняя длина тела в 3-й группе составила 53,52±0,33см и колебалась от 48 см до 59 см.Средняя длина тела мальчиков была несколько ниже, чем у девочек (53,27±0,40 см и 53,75±0,52 см; p>0,05). Достоверных различий длины тела в группах обледованных детей не получено.

Средняя окружность головы в 1-й группе составила 33,77±0,31 см и колебалась от 29 см до 36 см. Средняя окружность головы у мальчиков была несколько выше, чем у девочек (34,22±0,37 см и 33,08±0,53 см; p>0,05). Средняя окружность головы во 2-й группе составила 34,60±0,27 см и колебалась от 31 см до 37 см.Средняя окружность головы у мальчиков и у девочек была равной (34,6±0,36 см и 34,6±0,51 см; p>0,05).Средняя окружность головы в 3-й группе составила 34,33±0,15 см и колебалась от 32 см до 37 см. Средняя окружность головы мальчиков был несколько ниже, чем у девочек (34,12±0,20 см и 34,54±0,23 см; p>0,05). Выявлено достоверное снижение окружности головыу новорожденных 1-й группы от юных матерей по сравнению со 2-й группой (33,77±0,31 см и 34,60±0,27 см; p=0,048200).

Средняя окружность грудной клетки в 1-ой группе составила 32,70±0,36 см и колебалась от 28 см до 36 см. Средняя окружность грудной клетки у мальчиков была несколько выше, чем у девочек (32,78±0,52 см и 32,38±0,44 см; p>0,05).Средняя окружность грудной клетки во 2-й группе составила 33,37±0,36 см и колебалась от 28 см до 36 см. Средняя окружность грудной клетки у мальчиков была несколько ниже чем у девочек (33,2±0,48 см и 33,70±0,41 см; p>0,05).Средняя окружность грудной клетки в 3-й группе составила 32,98±0,27 см и колебалась от 27 см до 36 см. Средняя окружность грудной клетки мальчиков была несколько меньше, чем у девочек (32,77±0,45 см и 33,18±0,14 см; p>0,05). Достоверных различий массы тела по группам и по полу не получено.

Заключение

В результате проведенного анализа установлен более низкий средний срок гестации у юных беременных по сравнению с контролем. Все параметры физического развития детей, рожденных от матерей старше 35 лет, имели тенденцию к увеличению. Выявлено достоверное снижение окружности головыу новорожденных от юных матерей по сравнению со 2-й группой.

Литература

1. Акушерские и перинатальные исходы у первородящих женщин старше 40 лет / Д. А. Кулешова [и др.] // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2016. – Т. 15. – №1. – С.62-66.
2. Иванов, А. Г. Медико-социальные проблемы репродуктивного потенциала молодежи / А. Г. Иванов. – Тверь: Триада, 2011. – 112 с.
3. Ларюшева, Т. М. Сравнительная характеристика клинических показателей течения беременности и родов у женщин подросткового и оптимального репродуктивного возраста // Т. М. Ларюшева, Н. Г. Истомина, А. Н. Баранов // Журнал акушерства и женских болезней.– 2016. – №1. – С. 34-42.
4. Максимова, Т. М. Состояние здоровья и ценностные ориентации современной молодежи / Т. М. Максимова // Здравоохранение Российской Федерации. – 2012. – №2. – С. 40-43.
5. Михайлин, Е. С. Особенности течения беременности и родовунесовершеннолетних и женщинсреднего репродуктивного возраста / Е. С. Михайлин // Международный журнал экспериментального образования.– 2012. – №2. – С. 40-43.
6. Течение беременности и исходы родов в возрастном аспекте / С. В. Баринов [и др.] // Фундаментальная и клиническая медицина. – 2014. – №8. – С. 145-146.

УДК 618.14 – 089. 87: 616-005.1-08

Р. И. Рагимова, Н. Г. Рагимова, 4 курс, стоматологический факультет;
З. Э. Исагова, 6 курс, педиатрический факультет
ФГБОУ ВО Дагестанский ГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия
Кафедра оперативной хирургии с топографической анатомией
Научный руководитель: к.м.н. Р. И. Рагимова

РЕОЛОГИЯ КРОВИ И ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПОСЛЕ ГИСТЕРЭКТОМИИ С ПРИДАТКАМИ

Общая частота тромбоэмболических осложнений гинекологических вмешательств составляет от 4 до 22 % по данным [2, 3, 4, 5], а в общей хирургии – 30% (ТГВ). Летальность среди нелеченных достигает до 30 % [2], но при рано начатой терапии антикоагулянтами не превышает 10 % (Rich S.). Основой развития тромбоэмболических осложнений (ТЭО) является хронический ДВС-синдром в ста-дии длительной гиперкоагуляции, источником тромбообразования у женщин с гипер-пластическими процессами и служат сосуды, ближайшие к зоне операции, что подтверждено патоморфологически [1]. Система гемостаза оказывает влияние на гемореологию, гемодинамику, проницаемость сосудистой стенки, участвует в заживлении ран, воспалении, и, в то же время, сама подвергается воздействию этих факторов [1, 5, 6]. После объемных операций на органах таза, особенно, у лиц старшего возраста и при наличии сопутствующих заболеваний, в ранние сроки после операции отмечаются тромботические и тромбоэмболические осложнения.

Цель исследования: изучение влияния гистерэктомии с придатками в эксперименте на гемореологию и показатели системы гемостаза.

Материал и методы

Эксперименты выполнены на беспородных рожавших самках с соблюдением всех этических норм. Под внутриплевральным тиопенталовым наркозом вскрывали брюшную полость - нижняя срединная лапаротомия. Производили гистерэктомию. Изучали у всех животных, до операции и в динамике послеоперационного периода на 1, 3, 5-7, 14-е сутки, показатели реологии крови: вязкость, гематокрит, скорость капиллярного кровотока (СКК) и показатели системы гемостаза: время свертывания крови (в сек), протромбиновый индекс (ПТИ) (в %), тромбиновое время (ТВ) (в сек), активированное парциальное тромбопластиновое время (АЧТВ) (в сек), растворимые фибрин-мономерные комплексы (РФМК), фибринолитическая активность (в мин.), концентрацию фибриногена (мг/л). Наличие продуктов паракоагуляции оценивали путем этанолового теста.

Результаты и обсуждение

После гистерэктомии с придатками в крови оперированных животных отмечали изменения в реологии крови в виде повышения вязкости, увеличения гематокрита и уменьшения скорости капиллярного кровотока в динамике до 5-7 суток после операции с последующей тенденцией к восстановлению (таблица 1).

На 1-е сутки после операции выявили повышение вязкости крови на 86 % (8,2±0,51) (мм вод. ст.) и гематокрита на 34,5 % (53,9±4,7 %). Через 3 суток после операции вязкость

составила 6,8±0,4 (мм вод. ст.), гематокрит 55,9±4,2 %. СКК достоверно снижалась в динамике до 5-7 суток и на 3-е сутки после операции составила 13,25±1,7 (у.е.). В ранние сроки после гистерэктомии отмечено значимое ($p \leq 0,05$) увеличение вязкости крови и гематокрита, уменьшение скорости капиллярного кровотока с последующей тенденцией к нормализации в динамике.

Таблица 1 - Динамика некоторых показателей реологии крови после гистерэктомии (M±m; n=10; p≤0,05)

Показатели гемореологии	Исходные данные	1 сутки	3 сутки	5-7 сутки	15 сутки
Вязкость крови, мм вод.ст.	4,39±0,39	8,2±0,51*	6,8±0,4*	5,97±0,48*	4,61±0,34
Гематокрит,%	40,08±3,7	53,9±4,7*	55,9±4,2*	47,25±5,7*	42,75±3,2
Скорость капиллярно-го кровотока, усл. ед.	18,4±1,88	15,2±1,76*	13,25±1,7*	16,75±1,4*	18,3±1,2
Примечание: *– различие статистически значимо в сравнении с исходными значениями ($p \leq 0,05$).					

Гистерэктомия у экспериментальных животных приводит к изменениям в системе гемостаза, активации показателей свертывающей системы крови в сроки до 2-х недель. До конца 1-й недели после операции отмечали достоверное укорочение ТВ и ВСК с последующей тенденцией к восстановлению.

На 1-е сутки укорочение ВСК составило 13,2 % - (151,7±7,2) (сек.), (ТВ) - 16,5 %, что составило 11,42±1,38 (сек) ($p<0,05$), на 3-е (ВСК) было укорочено на 19,2% - до (141±12,8) (сек.) при контроле (174,4±11,58) и (ТВ) - на 32,9% (9,17±1,3) (сек) ($p \leq 0,05$).

Начиная с 7-го дня и далее, наблюдали, значимое удлинение ВСК с нормализацией к 2-м неделям (163,3±7,08 сек). Через неделю отмечена тенденция к восстановлению ТВ ($p \leq 0,05$) до - 11,2±1,3 (сек) и к концу 2-й недели после операции наблюдали дальнейшее восстановление (ТВ) до 12,08±1,2 (сек), что достоверно выше, чем исходные данные (при контроле 13,6±1,3).

Выявили достоверное увеличение концентрации фибриногена А в ранние сроки после операции: на 1 - е сутки на 65,8 % до (7,15±0,57 (мг/л), на 3 сутки – на 67 %, что составило 7,2±0,7 (мг/л) ($p \leq 0,05$). В сроки до недели после операции отмечено достоверное снижение фибринолитической активности на 15 % и составило 125±3,4 (мин) ($p \leq 0,05$) с последующей тенденцией к восстановлению. На 14-е сутки после операции составило 96,2±3,8, что ниже дооперационного на 11,2 % (при контроле 90,4±4,6). Наблюдали увеличение ПТИ на 1-е сутки после операции на 22,1 % и составило 120,6±5,5 (норма

98,7±7,8 %; p≤0,05). Спустя 3 суток и далее в динамике отмечали снижение (ПТИ): на 3-е сутки на 8,6 % (107,3±9,65 %; p≤0,05), на 7-е на 0,5% (98,33±8,89 %) и к 2-м неделям приближается к норме (90,5±6,09 %). В динамике после операции удаления матки до 7 дней отмечали достоверное повышение уровня РФМК: на 1-е сутки уровень РФМК составил 25,67±1,56, на 3-е сутки - 27,08±1,16, что достоверно выше, чем исходные данные на 15,1 % и 21,4 %. Спустя 5-7 дней на 23,67 %, что составило 27,58±1,24 (мг/100мл) (p<0,05) в сравнении с исходными данными (22,33±2,57). Через 14 дней наблюдали снижение уровня РФМК (23,83±1,749 мг/100мл; p≤0,05). В первую неделю после операции удаления матки выявили укорачивание АЧТВ на 12,7 % (до 22,8±2,57) с последующей тенденцией к восстановлению (таблица 2).

Таблица 2

- Динамика показателей системы гемостаза после гистерэктомии (M±m; n=10; p≤0,05), M±m

Показатели	Исходные данные	1 сутки	3-е сутки	5-7 сутки	14 сутки
Тромбоциты, тыс.	275±14,4	365,3±18,6*	410,5±15,7*	456,4±16,9*	294±9,8*
Фибриноген А, г/л	4,3±1,14	7,15±0,57*	7,2±0,77*	6,64±0,31*	6,38±0,32*
Фибриноген В	–	++(34,4%) +(66,6%)	++(75%) +(25%)	++(58,3%) +(41,7%)	++(41,6%) + (58,4%)
ВСК, сек	174,4±11,58	151,7±7,2*#	141±12,86*	104,2±8,15*#	163,3±7,08#
Этаноловый тест	–	++(25%) +(75%)	++(66,6%) +(34,6%)	++(66,6%) +(34,6%)	++(41,6%) +(58,4%)
РФМК, мг/100мл	22,3±2,57	25,67±1,55*	27,08±1,16*#	27,58±1,24*	23,8±1,74#
АЧТВ, сек	29,2±3,49	24,5±2,99	21,7±3,02	22,8±2,57	26±2,539
ПТИ, %	98,75±7,85	120,6±5,5*#	107,3±9,65	98,3±8,89	90,5±6,09#
АТ-111, %	85,1±6,8	70,9±5,8	63,1±4,38	69±6,45	73,1±4,33*
Фибринолит. акт-ть, мин.	90,4±4,6	98,4±5,2*#	110,4±4,6*#	125±3,4*	96,2±3,8
Тромбиновое время, сек	13,67±1,3	11,42±1,37*	9,17±1,34*#	11,17±1,26*#	12,08±1,17*
Примечание: * – различие статистически значимо в сравнении с исходными значениями (p≤0,05); # - различие статистически значимо в динамике (p≤0,05).					

После операции в крови оперированных животных обнаруживали патологический фибриноген В до 2-х недель после операции. Положительный этаноловый тест обнаружили после операции на 1-е сутки: (+) у 75 %, (++) – у 25 %; 3-7 сутки – (++) у 66,6 %, (+) – у 34,4 % и 2 недели (++) у 41,6 % и (+) - (58,4 %).

Заключение

Гистерэктомия вызывает изменения в реологии крови и системе гемостаза у оперированных животных в ранние сроки, выражающиеся повышением вязкости крови и гематокрита, а также повышением активности системы гемостаза и угнетением активности противосвертывающей системы, что создает риск к возник-новению ранних тромботических осложнений.

Литература

1. Курочка М. П. Прогнозирование послеоперационных тромбоэмболических осложнений у пациенток с гиперпластическими процессами органов репродукции: Дис… канд. мед. наук. - Ростов-на-Дону, 2002.
2. Профилактика тромбоэмболических осложнений в гинекологии /Макаров О. В., Озолиня Л. А. и др. – М., 2004.
3. Сенчук, А. Я. Тромбоэмболия легочных артерий в акушерско-гинекологической практике/А. Я. Сенчук// Медицинские аспекты здоровья женщины. - 2007. - № 4 (7). - С. 32-39.
4. Серов В. Н., Макацария А. Д. Тромботические и геморрагические осложнения в акушерстве. – М.: Медицина. 1987. – 288 с.
5. Рагимова Р. И. Комплексная профилактика нарушений в системе гемостаза после аднексэктомии//Вестник новых мед. технологий. 2016. - Т. 23. - № 4. - С. 98-104.
6. Шевлюкова Т. П. Гемокоагуляционные сдвиги у больных с миомой матки до и после операции, их коррекция витаминами - антиоксидантами: Дис… канд. мед. наук. – Тюмень, 1995. - 135с.

УДК 616.313 – 02: 616.1/.4

М. Е. Романенко, Д. А. Шатаев, 3 курс, лечебный факультет;
А. М. Морозов
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра общей хирургии
Научный руководитель: ассистент А. М. Морозов

ЯЗЫК ЧЕЛОВЕКА В КАЧЕСТВЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРИЗНАКА СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Метод диагностики по морфологическим изменениям языка основан на визуальном исследовании тела языка, различные зоны которого являются проекцией тех или иных внутренних органов и систем. Соответственно, протекающие в этих органах патологические процессы отражаются на состоянии этих зон или всего языка в целом. Речь идет как об изменении цвета языка, так и его консистенции, формы, степени влажности, характера налета и т. п. В настоящее время, несмотря на развитие высокотехнологичного диагностического инструментария, метод оценки состояния здоровья по языку продолжает сохранять свою актуальность. Данный способ позволят сделать исследование более простым и малозатратным, а главное – быстрым.

Цель исследования: изучить морфологические изменения языка при различных патологиях.

Материалы и методы

Произведено исследование ротовой полости 367 пациентов, из них 271 мужчинна и 96 женщин. Исследования проводились на базе городских больничных учреждений различного профиля (хирургическое отделение, сердечно-сосудистое отделение, терапевтическое отделение, инфекционное отделение, онкологический диспансер) города Твери. Пациенту предлагалось ответить на вопросы, после которых осуществлялся осмотр языка с определенными изменениями, морфологические параметры были занесены в карту исследования.

Результаты и обсуждение

При определенных видах патологии были выявлены характерные для данного заболевания изменения структуры и внешнего вида языка. Чрезвычайно важно отметить, что данный метод исследования является вспомогательным, но может указывать на определенный вид патологии и дает основание для дальнейшего более углубленного обследования пациента. При общих патологиях в первую очередь изменяется оттенок языка и появляется налет. Для каждого органа характерны свои особенности проявления данных симптомов:

- болезни ЖКТ характеризуются появлением белого налета. По его оттенку можно судить о степени прогрессирования патологии. Чем он темнее, тем более выражено протекает заболевание;
- при онкологическом поражении органов ЖКТ язык покрывается серым плотным налетом;

- нарушение работы желчного пузыря отображается желтизной налета. Если проблема сопровождается нарушением проходимости желчных протоков, то он приобретает зеленоватый оттенок;
- при патологии поджелудочной железы налет приобретает черный цвет. Такой же эффект наблюдается при обезвоживании;
- гнойные процессы в брюшной полости можно диагностировать по обложенности белым налетом.

Важно дифференцировать заболевание самого языка от заболеваний внутренних органов, связанных с его изменением! Однако заболевания самого языка являются наиболее распространенной причиной его видоизменения. Каждое из них имеет свои причины развития и особенности клинического проявления. Острые воспалительные патологии характеризуются быстрым развитием с бурным проявлением симптоматики. Воспаления языка хронического типа встречаются гораздо реже, чем острая форма заболеваний. Хронические патологии чаще всего, имеют сглаженную симптоматику и редко доставляют неудобства. Среди них важно отметить ромбовидный серединный глоссит. Он развивается вследствие нарушения работы органов ЖКТ. Заболевание характеризуется появлением гиперемированного участка с утолщенным эпителием в прикорневой области языка. По мере разрастания, участок приобретает синюшный оттенок и возвышается над здоровыми тканями органа. По внешнему виду область поражения напоминает бугорок. Если на этом этапе не провести лечение, то увеличение воспаленного участка продолжится, после чего он примет папилломообразную форму.

Острый гастрит (резекция желудка). Вязкий налет на языке, серого оттенка при гастрите свидетельствует про наличие острой формы протекания. Налет покрывает основную часть. Исключениями могут стать боковые части и кончик. Появляется во рту сухость либо, наоборот, повышенное слюноотделение, а также кислый привкус. Было осмотрено 80 пациентов с данной патологией, у 58 были выявлены характерные изменения, у 22 пациентов изменений не было выявлено.

Желчнокаменная болезнь. При некоторых патологиях рассматриваемой системы происходит выброс желчи в пищевод и ротовую полость – такое явление часто наблюдается при опухолевых процессах, желчнокаменной болезни. Результатом этого является изменение окраски языка – он становится желтым, причем, оттенки этого цвета могут присутствовать абсолютно любые. Было осмотрено 87 пациентов с данной патологией, у 72 были выявлены характерные изменения, у 15 пациентов изменений не было выявлено.

Аппендицит. В анамнезе у больного возможны приступы болей. Язык обложен, при перитоните сухой. При пальпации живота определяют напряжение мышц в правой подвздошной области, симптомы раздражения брюшины. Общее состояние пациента средней тяжести, при перитоните — тяжелое. Было осмотрено 42 пациентов с данной патологией, у 21 были выявлены характерные изменения, у 21 пациентов изменений не было выявлено.

Острый панкреатит. В анамнезе приступы почечной колики, холецистита, хронические заболевания ЖКТ, вирусная инфекция. Беспокоит боль в верхней части живота опоясывающего характера, начавшаяся внезапно, имеющая связь с обильным приемом пищи,

иррадиирушая в лопатку, левое предплечье, в область сердца. Больной жалуется на повторную неукротимую рвоту, иногда с примесью крови, задержку стула, газов или обильный стул. Язык сухой, обложен желтым или бурым налетом. Было осмотрено 24 пациентов с данной патологией, у 14 были выявлены характерные изменения, у 10 пациентов изменений не было выявлено.

Перфоративная язва двенадцатиперстной кишки. В анамнезе язвенная болезнь, диспептические расстройства. Язык в первые часы после прободения остается чистым и влажным. Живот в дыхании не участвует. Обращает на себя внимание напряжение мышц брюшного пресса, которое в литературе обоснованно характеризуется как доскообразное. Язык становится сухим и обложенным. Язык сухой, густо обложен налетом, имеющим вид корок грязно-коричневого цвета. Беспокоит резкая интенсивная («удар кинжалом») боль в эпигастрии, с иррадиацией в лопатку, распространяющаяся по всему животу. Было осмотрено 9 пациентов с данной патологией, у 7 были выявлены характерные изменения, у 2 пациентов изменений не было выявлено.

Скарлатина представляет собой острую инфекцию с преимущественным поражением ротоглотки, выраженной интоксикацией и характерной экзантемой. Язык, первоначально покрытый серовато-белым налетом, в последующем (на 4-5 сутки заболевания) приобретает насыщенную ало-малиновую окраску, имеет место гипертрофия сосочков. При тяжелом течении в такой же цвет окрашиваются губы. Как правило, в это время начинается стихание симптомов ангины. Налеты некротического характера регрессируют заметно медленнее. Было осмотрено 7 пациентов с данной патологией, у 4 были выявлены характерные изменения, у 3 пациентов изменений не было выявлено.

Пневмония. Выраженная дыхательная недостаточность приводит к появлению синюшной окраски носогубного треугольника (область, охватывающая нос и губы). Особенно выражено это на губах и языке. Было осмотрено 39 пациентов с данной патологией, у 27 были выявлены характерные изменения, у 12 пациентов изменений не было выявлено.

Сердечно-сосудистая недостаточность. Отечность и цианоз слизистой оболочки рта, синюшность губ обычно наблюдают при декомпенсированных формах сердечнососудистой недостаточности: гипертонической болезни, ревматическом пороке сердца или других заболеваниях. Появляются отпечатки зубов на боковых поверхностях языка, щеках. Такое состояние часто сочетается с синюшностью красной каймы губ. Отечность языка может быть выражена в значительной степени, вследствие чего он увеличивается в размерах; речь становится затрудненной. При инфаркте миокарда отечность языка может сочетаться с изменением его цвета, появлением трещин, эрозий и язв. Выраженность этих изменений определяется тяжестью течения основного заболевания. Было осмотрено 79 пациентов с данной патологией, у 57 были выявлены характерные изменения, у 22 пациентов изменений не было выявлено.

Заключение

На данный момент метод находится на недостаточно высоком уровне в использовании при диагностике заболеваний, при наличии большого количества существенных преимуществ: является достаточно информативным, не требует больших

финансовых и временных затрат. Для повышения качества диагностики заболеваний необходимо комбинировать данный метод с комплексным обследованием (анализ крови, эндоскопические методы, лучевая диагностика и др.)

Литература

1. Багненко А. Л. Руководство по скорой медицинской помощи / Багненко А. Л. Верткина А. Г. Мирошниченко М. Ш. // ГЕОТАР-Медиа. - 2012. - 117 с.
2. Гостищев В. К. Общая хирургия: учебник для студ. мед. ВУЗов. - ГЭОТАР-Медиа. - 2014. - 458 с.
3. Маев И. В. Пропедевтика внутренних болезней: учебник для студ. мед. ВУЗов / Маев И. В., Шестаков В. А., Самсонов А. А., Никушкина И. Н., Салова Л. М. // М.: Издательский центр «Академия». - 2012. – 368 с.
4. Мерзликин Н. В. Хирургические болезни: учебник для студ. мед. ВУЗов / Мерзликин Н. В., Бражникова Н. А. Альперович Б. И., Цхай В. Ф. // Издательство: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 374 с.
5. Мухин Н. А. Основы клинической диагностики внутренних болезней: учебник для студ. мед. ВУЗов. / Мухин Н. А., Моисеев В. С. // М.: Медицина, 2011. – 464 с.

УДК 618.146-006.6-007.253

А. А. Рузьянова, Е. Ю. Захарова, 6 курс, лечебный факультет
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра онкологи и паллиативной медицины
Научный руководитель: ассистент И. В. Вакарчук

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ С ФОРМИРОВАНИЕМ ПУЗЫРНОВАГИНАЛЬНОГО И РЕКТОВАГИНАЛЬНОГО СВИЩЕЙ

Рак шейки матки продолжает занимать ведущее место в структуре женской онкологической заболеваемости и смертности в развивающихся странах, а также является важной медицинской и социальной проблемой во всех экономически развитых странах. В общей структуре заболеваемости женщин России злокачественные опухоли шейки матки составляют около 20%, занимая 6е место, а среди органов репродуктивной системы - 3е после рака молочной железы и эндометрия. В нашей стране в течение последних двух десятилетий ежегодно регистрируют появление до 15 000 пациенток, впервые заболевших раком шейки матки, что составляет около 7% общего числа онкологических больных. В России зарегистрировано увеличение уровня заболеваемости. При этом четко прослеживается рост заболеваемости РШМ среди молодых женщин в возрастной группе до 40 лет. Особенно заметно повышение заболеваемости в группе женщин до 29 лет, составляющее около 7% в год. Несмотря на достигнутые успехи в диагностике этой патологии, в настоящее время значительное количество женщин обращаются за медицинской помощью уже с распространенной формой заболевания. Так, по данным статистики, среднероссийский показатель выявления рака шейки матки insitu составляет всего 25,5% по состоянию на 2016 год.

Цель исследования: проиллюстрировать на данном примере возможность развития пузырновагинального и ректовагинального свищей как наиболее тяжелых и часто встречающихся осложнений рака шейки матки.

Материалы и методы

История болезни N8329 больной Б., находившейся на лечениив хирургическом отделении ТОКОД с 20.09.17 по 03.11.17 с диагнозом «Рак шейки матки IIIB стадии, состояние после сочетанной лучевой терапии».

Методы исследования: методы клинико-лабораторного минимума (клинический анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ), УЗИ органов брюшной полости и малого таза, рентгенография органов грудной клетки, МРТ органов малого таза. Для консультации привлекались врачи различных специальностей: гинеколог, терапевт, хирург, химиотерапевт. Проводилось оперативное вмешательство – эвисцерация малого таза и гистологическое исследование опухоли.

Результаты и обсуждение

Известно, что при раке шейки матки могут встречаться различные осложнения, это может существенно разнообразить и усложнить клиническую картину, затрудняя таким образом лечение. Развитие ректовагинального и пузырновагинального свищей является

поздним осложнением и возможно при прорастании опухоли, в соседние органы. Данной пациентке диагноз «Рак шейки матки IIIB стадии» был установлен в сентябре 2016 года, сразу после постановки диагноза был проведен курс лучевой терапии – 2016 г. (СОД т. А – 87 Грей, т. В – 62 Грей). В результате проведенного лечения наблюдалась положительная динамика и стабилизация состояния. При очередном контрольном осмотре с сентябре 2017 года было выявлено прогрессирование опухолевого процесса с формированием пузырновагинального и ректовагинального свищей. Консилиумом врачей ТОКОД было решено провести операцию – эвисцерацию малого таза. В результате оперативного вмешательства на переднюю брюшную стенку была выведена колостома слева и мочевой кондуит из участка тонкой кишки выведен в виде стомы на переднюю брюшную стенку справа, также была проведена профилактическая аппендэктомия. По результатам гистологического исследования (№1701) установлено: низкодифференцированный плоскоклеточный рак в шейке матки, околошеечной клетчатке и в удаленном лимфоузле (определяемом до операции при исследованиях). При контрольном осмотре в феврале 2018 года признаков прогрессирования процесса и метастазов не обнаружено.

Формирование пузырновагинального и ректовагинального свищей в приведенном клиническом случае явилось практически единственным и самым грозным осложнением рака шейки матки. На примере данного наблюдения демонстрируются сложности, которые могут возникнуть перед врачом в процессе лечения гинекологической онкопатологии.

Заключение

При раке шейки матки единственным осложнением может оказаться формирование пузырновагинального и ректовагинального свищей, что следует учитывать в подобных случаях при проведениилучевой терапии и хирургических вмешательств.

Литература

1. Онкология: национальное руководство / Под ред. Чиссова В. И., Давыдова М. И. 2013. - 1072 с.: ил.
2. Онкология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. В. И. Чиссова, М. И. Давыдова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 576 с.
3. Состояние онкологической помощи населению России в 2016 году. /Под ред. А. Д. Каприна, В. В. Старинского, Г. В. Петровой. - М.: МНИОИ им. П.А. Герцена филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, 2017. илл. - 236 с.
4. Атлас онкологических операций / Под ред. В. И. Чиссова, А. Х. Трахтенберга, А. И. Пачеса. – 2008. - 632 с.
5. Онкология: клинические рекомендации. Абузарова Г. Р., Алексеев Б. Я., Антипов В. А. и др. / Под ред. В. И. Чиссова, С. Л. Дарьяловой. – 2-е изд., испр. и доп. – 2009. - 928 с.

УДК 611.134

Л. Р. Сахипова, А. А. Бахтигареева, В. В. Матюхин, 5 курс,
Л. М.Фазлыева, 6 курс, А. А. Арсланов, А. И. Насифуллин, Д. Р. Тансыккужина,
А. С. Валиев, 3 курс, педиатрический факультет
ФГБОУ ВПО Башкирский ГМУ Минздрава России, г. Уфа, Россия
Кафедра оперативной хирургии
Научный руководитель: к.м.н., доцент Ф. Б. Гибадуллина

ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ АРТЕРИЙ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Причины вариабельности артериального русла верхней конечности кроются в вытянутой форме конечности, наличия крупных артериальный сетей локтевого сустава и двух сетей на кисти. Изменения в генотипе, нарушения эмбриогенеза во время закладки органов приводят к изменению количества, расположения и наличия ответвлений кровеносных сосудов [1]. Так, наличие центров повышенной активности в почке конечности определяет количество ветвей, отходящих от осевой артерии. Длина и диаметр сосуда, вероятно, определяются функциональной активностью органа или области кровоснабжения, а также соматометрическими показателями [2].

Проведен ретроспективный анализ научных статей по вариантной анатомии артериального русла верхней конечности. В литературе предложена классическая конфигурация топографии артерий свободной верхней конечности. В переднем мышечном ложе лежит основной сосудисто-нервный пучок. Он представлен плечевой артерией, идущей в сопровождении двух одноименных вен, и срединным нервом. Плечевая артерия (a. brachialis), элемент основного сосудисто-нервного пучка передней области плеча, при передневнутреннем положении плеча и слегка пронированном предплечье проецируется по линии, проведенной вдоль внутреннего края клювоплечевой мышцы к точке, лежащей на 0,5 см кнаружи от середины расстояния между надмыщелками плечевой кости. Место деления плечевой артерии при небольшой супинации предплечья приходится на вершину локтевой ямки или на один палец ниже локтевого сгиба. В локтевой ямке плечевая артерия делится на лучевую и локтевую артерии. Лучевая артерия, идя книзу, вступает в лучевую борозду предплечья. Проекцией является линия, проведенная от точки на 1,5 см кнаружи от середины поперечной линии, соединяющей надмыщелки плечевой кости, к точке, находящейся на 1,5 см кнутри от бокового края шиловидного отростка лучевой кости. По отношению к плечелучевой мышце a. radialis проецируется в верхней половине предплечья на 0,5-1 см кнаружи от внутреннего края мышцы, а в нижней половине — на 0,5-1 см кнутри от ее сухожилия. В пределах этой области от лучевой артерии отходит лучевая возвратная артерия, которая соединяется с идущей сверху, из плечевой области, лучевой коллатеральной артерией [2, 5].

Ф. Г. Гаджиева описала особые варианты начала ветвей подмышечной артерии:

- общий ствол a. subscapularis и a. circumflexa humeri posterior (14 %);
- начало a. circumflexa humeria nterior от a. circumflexa humeri posterior (53,8 %);
- начало a. circumflexa humeri posterior от a. subscapularis (23 %);

- отхождение общим стволом a. thoracoacromialis и a. thoracica lateralis (0,08 %);
- начало a. circumflexa humeri posterior от a. circumflexa scapulae (0,08 %).

Также ею был описан случай нетипичного расположения подмышечной артерии, при котором он может сдавливаться musculus arcus axillaris, что приводит к ишемизации и нарушению функции верхней конечности [4].

Анатомические вариации плечевой артерии, например, сочетание поверхностной плечевой артерии и поверхностной подлопаточной артерии при отсутствии нормальной плечевой артерии был описан Kazuya Yoshinaga. Редкий вариант ветвлений артерий руки – наличие односторонней добавочной плечевой артерии и ее воссоединение с главной плечевой артерии в локтевой ямке [7].

Низкое происхождение лучевой артерии является редким анатомическим изменением, причем встречаемость оценивается в 0,2 %. В литературе Grzegorz Wysiadecki был представлен ранее незарегистрированный случай необычного дистального происхождения лучевой артерии, сопровождающийся двойной возвратнойлучевой артерией. Лучевая артерия возникла под мышцей пронатора, 76 мм ниже межкондилярной линии плечевой кости. Выйдя из–под сухожилия мышцы пронатора, лучевая артерия приняла типичный курс и прекратилась в глубокой ладонной арке [5]. Также описано необычное происхождение лучевой артерии от подмышечной артерии [6].

Встречаемость варианта артерии, сопровождающей срединный нерв, обычно называемый медианной артерией Arteria comitans nervi mediani (ACNM) – согласно Terminologia Anatomica [1, 4], сообщается с очень большим разбросом от 0,6 % до 53 %. Этот разброс инцидентов основан на определении срединной артерии. С терминологической точки зрения, любая артерия, сопровождающая срединный нерв в предплечье, может проникать в руку через канал запястья. Более старые латинские анатомические номенклатуры (BNA, INA и PNA) использовали термин «Arteria mediana». Но с анатомической точки зрения можно классифицировать два основных типа: ACNM antebrachii (предплечный тип медианной артерии) и ACNM manus (ладонный тип медианной артерии). Оба типа обычно отходят из проксимального сегмента локтевой артерии, из общей межкостной артерии или из передней межкостной артерии [4].

Иногда на верхней конечности может присутствовать vasa berrans, представляющий собой длинный и достаточно тонкий сосуд, отходящий от подмышечной (реже плечевой артерии), который соединяется с артериями предплечья или их ветвями, иногда он может достигать кисти и соединяться с поверхностной ладонной дугой.

Срединная артерия имеет глубокое расположение, как и срединный нерв. Даже в канале запястья срединная артерия обычно находится под нервом (дорсально к нему). Когда курс артерии в средней линии предплечья является поверхностным по отношению к описанному выше, его следует называть поверхностной срединной артерией. Это может быть ветвь как лучевой, так и локтевой артерии.

При отхождении срединной артерии расположено проксимально выше уровня локтя от плечевой артерии или от подмышечной артерии, имеет место называть такой вариант брахиомедианной артерией, как предлагается Rodríguez - Niedenführetal. Они суммировали

как уже описанные, так и теоретически существующие варианты артериальных стволов верхней конечности в подробном исследовании в 2001 году и упоминали (как единственные авторы), что частота составляет <0,26 %, но без каких-либо подробных данных. Подобный вариант ветвления артерий был так же описан Д. А. Соколовым как односторонняя аномалия высокого начала локтевой артерии [6]. Этот же вариант описал А. В. Черных, дополнив, что в ключично-грудном треугольнике, ограниченном нижним краем ключицы и верхним краем малой грудной мышцы, от подмышечнойартерии отходит типичная грудо-акромиальная артерия, вскоре делившаяся наряд ветвей, из которых удалось выделитьакромиальную и дельтовидную ветви [7]. Л. И. Чистилиновой было описано отхождение латеральной грудной артерии не от второго отдела подмышечной артерии, а от подлопаточной или грудоспинной артерий в подгрудном треугольнике [5].

Впервые описание вариантов артерий ладонной поверхности кисти было дано Ю. Л. Золотко [8]. Согласно данным статьи В. Ф. Байтингера и И. О. Голубева, в большинстве случаев (88 %) преимущественное участие в формировании поверхностной ладонной дуги принадлежит локтевой артерии. В 84 % случаев поверхностная ладонная дуга была замкнута, в 16 % случаев разобщена [9]. Ф. Гаджиевой был описан вариант формирования поверхностной ладонной дуги, при котором локтевая артерия заканчивалась бифуркацией на два ствола, от которых отходили 4 aa. digitales palmares communes. За 0,4 см до бифуркации от локтевой артерии ответвлялась пятая общая пальцевая артерия для кровоснабжения мизинца [3]. В пределах анатомической табакерки от лучевой артерии отходит лишь одна артерия – «radiodorsal artery of the thumb». Она может быть одиночной (в 55 % случаев) и двойной – в 15 % случаев [10].

В ходе исследования рассмотрены некоторые редкие варианты топографии артерий верхней конечности. Эти данные необходимо учитывать при ангиографических исследованиях, выборе доступа во время оперативных вмешательств и медицинских манипуляциях. Поэтому перед оперативным лечением стоит проводить полноценное обследование каждого больного, чтобы выявить индивидуальные особенности и избежать ошибок. Такое обилие вариантов ветвления артерий создают предпосылкик разработке новых методик оперативного доступа, а так же более частому использованию визуализирующих методов диагностики.

Литература

1. Большаков О. П., Семенов Г. М. Топографическая анатомия и оперативная хирургия конечностей/ О. П. Большаков, Г. М. Семенов // Оперативная хирургия и топографическая анатомия, 2-е изд. – СПб: Питер, 2012. – С. 266–350.
2. Гаджиева Ф. Г. Индивидуальная изменчивость магистральных артерий верхних и нижних конечностей человека /Ф. Г. Гаджиева// Журнал ГрГМУ. – 2014. – №2 (46). – С.105–108.
3. Гаджиева Ф. Г. Вариантная анатомия магистральных артерий верхних и нижних конечностей человека / Ф. Г. Гаджиева//Гродно, 2014. – 24 с.

4. Гаджиева Ф. Г. Топографо-анатомические особенности магистральных артерий верхних конечностей новорожденных. /Ф. Г. Гаджиева/ Журнал анатомии и гистопатологии. - 2013. — т.12, № 4. — С.6–10.
5. Чистилинова Л. И. Вариабельность отхождения артерий верхней конечности./ Л. И. Чистилинова // СумДУ, 2013. —7 с.
6. Соколов Д. А. Случай аномального строения локтевой артерии / Д. А. Соколов // Журнал анатомии и гистопатологии. – 2014. – Т. 3, № 3. – С.71–72.

УДК 616.441-053.2

Л. Р. Сахипова, А. А.Бахтигареева, В. В. Матюхин, 5 курс,
Л. М.Фазлыева, 6 курс, А. А. Арсланов, А. И. Насифуллин,
Д. Р.Тансыккужина А. С. Валиев, 3 курс, педиатрический факультет
ФГБОУ ВПО Башкирский ГМУ Минздрава России, г. Уфа, Россия
Кафедра оперативной хирургии
Научный руководитель: к.м.н., доцент Ф. Б. Гибадуллина

НЕДОСТАТОК ЙОДА, КАК ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ШКОЛЬНИКОВ

Известно, что основной железой, вырабатывающей йодсодержащие гормоны, является щитовидная железа. Она вырабатывает тироксин (T_4) и трийодтиронин (T_3), которые участвуют в регуляции обмена веществ, роста клеток и организма, в целом. Главная опасность йододефицитных состояний заключается в том, что хронический недостаток йода задерживает физическое и психическое развитие детей, нарушает репродуктивную функцию женщин [10].

По данным Федеральной службы государственной статистики, Республика Башкортостан является эндемичным районом по недостатку йода. Согласно заключению Роспотребнадзора РБ только за прошлый год в республике было зарегистрировано 15 686 заболеваний, связанных с недостатком йода. В республике Башкортостан ежегодно регистрируется около 100 тысяч случаев временной нетрудоспособности, обусловленной этими заболеваниями [6].

В целях охраны здоровья населения и реализации Декларации ООН о ликвидации йодного дефицита, подписанной Президентом Российской Федерации, приняты постановление Правительства Российской Федерации от 5 октября 1999 года № 1119, постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 3 апреля 1998 года № 11 «О дополнительных мерах по профилактике йоддефицитных состояний», постановление Кабинета Министров Республики Башкортостан от 8 мая 1998 года № 96 «О профилактике йоддефицитных состояний», которые регламентируют обеспечение населения йодированными продуктами, расширение информирования населения о мерах профилактики заболеваний, связанных с дефицитом йода. Самым надежным и простым способом профилактики йода является йодирование пищи [3]. В связи с этим была введена программа «Школьное молоко», согласно которой дети получают во время школьного завтрака дополнительно по 200 мл молока 3 раза в неделю (йодированное цельное молоко (продукт «Фитомол»), которое содержит в 100 мл около 30 мкг йода) с 2010 по 2013 гг. по программе «Школьное молоко».

Цель исследования: обследование и оценка уровня физического развития и размеров щитовидной железы у школьников, проживающих на юге Башкирии (на примере г. Мелеуза и Мелеузовского района), эффективности групповой профилактики по йоду.

Материалы и методы

В обследовании приняли участие 101 обучающийся 3–4 классов (9–10 лет) и 7–8 классов (13–14 лет) г. Мелеуз и с. Зирган Мелеузовского района. Проводились измерения роста, массы тела и окружности шеи (в области щитовидной железы) с использованием стандартных измерительных приборов. Длину тела определяли с помощью станкового ростомера с точностью до 0,5 см, массу тела – на электронных весах, точность которых до 0,1 кг, окружность шеи – сантиметровой лентой. Результаты антропометрических измерений оценивали путем распределения по центильным таблицам, в соответствии с возрастом и полом детей. Вычисляли индекс Кетле по формуле: индекс массы тела (ИМТ) = масса тела, кг/ (длина тела, м)^2 [2]. Индивидуальную оценку физического развития детей определяли по его положению в центильнном ряду. Показатели, которые попали в 0–3 центили (1–й коридор) оценивали, как очень низкие, в 3–10 центили (2–й коридор) – как низкие, в 10–25 – ниже средних (3–й коридор), в 25–75 – средние (4–й коридор), 75–90 – выше средних (5–й коридор), 90–97 – высокие (6–й коридор) и 97–100 – очень высокие (7–й коридор) [4].

Результаты и обсуждение

По данным нашего исследования, и в сопоставлении с данными литературы [2, 4], в область нормальных значений по массе тела (25–75 процентили) попадают 42,31 % городских и 40,82 % сельских школьников (таблица 1). Обращаето на себя внимание разное распределение величин массы в крайних центильных коридорах (1–2 и 6–7) у городских и сельских детей. В области низких и очень низких значений массы тела оказались 1,92 % школьников города и 14,28 % села, а в области высоких и очень высоких значений попали соответственно 26,92 % и 18,36 %. Таким образом, в сельской местности больше, чем в городской, детей со сниженной массой тела; а в городе в 1,5 раза больше школьников с повышенной массой тела, чем на селе.

Таблица 1 – Распределение центильных величин массы тела и роста у обследуемых школьников пубертатного возраста

Населенный пункт	Центильная величина, абс./%						
	0-3	3-10	10-25	25-75	75-90	90-97	97-100
	Масса тела						
г. Мелеуз, n=52	0	1/1,92	0	22/42,31	15/28,85	12/23,08	2/3,85
с. Зирган, n=49	1/2,04	6/12,24	6/12,24	20/40,82	8/16,33	6/12,24	3/6,12
	Рост						
г. Мелеуз, n=52	1/1,92	1/1,92	1/1,92	24/46,15	14/26,92	4/7,69	7/13,46
с. Зирган, n=49	1/2,04	8/16,33	3/6,12	25/51,02	8/16,33	4/8,16	2/4,08

Центильный анализ роста детей показывает (таблица 1), что средним (4-й коридор) ростом обладают 46,15 % школьников города и 51,02 % села. В последующих центильных коридорах имеются различия: дети, проживающие в г. Мелеуз, имеющие рост выше среднего, высокие и очень высокие (5-й, 6-й и 7-й коридоры) составили 48,08 %, а в с. Зирган

– 28,57 %. В то же время дети, имеющие рост ниже среднего, низкий и очень низкий (1-й, 2-й и 3-й коридоры), в с. Зирган в сумме составили 24,49 %, а в городе – 5,77 %.

По результатам нашего исследования, определены индексы массы тела по Кетле, которые представлены в таблице 2. В пределах 10–95 центильных величин находится ИМТ у 96,16 % учащихся, проживающих в городе, и 97,96 % сельских детей.

Таблица 2 – Распределение центильных величин индекса массы тела у обследованных школьников пубертатного возраста

Место проживания	Центильная величина, абс./%						
	0–5	5–10	10–25	25–75	75–90	90–95	95–100
г. Мелеуз, n=52	0	0	5/9,62	32/61,54	12/23,08	1/1,92	2/3,85
с. Зирган, n=49	0	5/10,20	8/16,33	23/46,94	6/12,24	6/12,24	1/2,04

Среди обучающихся в сельской местности выявлена тенденция к низкорослости, а среди детей городского населения – к опережению роста. Аналогичная ситуация выявляется и в отношении массы тела.

Также были проведены исследования окружности шеи, в ходе которых было выявлено, что среди всех обследованных у 97,03 % детей показатели в пределах нормы, увеличение щитовидной железы наблюдается у 2,97 %, среди которых у одного ребенка имеется в анамнезе эндемический зоб. Отмечается закономерность в том, что у детей городской местности данные окружности шеи находятся в пределах нормы в 98,31 % случаях, увеличение размеров – в 1,69 %; у детей, проживающих в сельской местности, увеличение окружности шеи – 4,08 %, нормальные величины – 95,92 %

Сделав обзор литературы [1, 2, 3] и проанализировав наше исследование, мы пришли к выводу, что групповая профилактика способствовала уменьшению количества низкорослых детей на селе с 36,96 % до 24,49 % и увеличению школьников ростом выше среднего (5-й коридор), высокие (6-й коридор) и очень высокие (7-й коридор). У городских школьников существенных изменений не обнаружено, уменьшилось число школьников среднего роста (4-й коридор) с 56,82 % до 48,08 % и увеличилось число школьников, относящихся к 5, 6, 7 центильным коридорам с 46,15 % до 48,08 %. У ребенка с аномалией развития щитовидной железы (гипоплазия щитовидной железы) после профилактики изменений в физическом развитии не наблюдалось. Исходя из вышеизложенного следует, что исследования могут быть полезны как в теории, так и в практической медицине, особенно в развитии профилактики заболеваний щитовидной железы в поликлинической службе.

Литература

1. Баранов А. А. Оценка состояния здоровья детей. Новые подходы к профилактике и оздоровительной работе в образовательных учреждениях: руководство для врачей / А. А. Баранов, Р. В. Кучма, Л. М. Сухарева // М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 432 с.
2. Узунова А. Н. Основные закономерности развития здорового ребенка: учебное пособие / А. Н. Узунова, О. В. Лопатина, М. Л. Зайцева //Челябинск: Издательство «Челябинская государственная медицинская академия», 2008. –164 с.
3. Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Республике Башкортостан. Государственный доклад. О санитарно–эпидемиологической обстановке и защите прав потребителей в Республике Башкортостан в 2010 году. – Уфа, 2011. –261 с.
4. Капитан Т. В. Пропедевтика детских болезней с уходом за детьми: учебник / Т. В. Капитан // 5–е изд., доп. - М.: МЕДпрессинформ. – 2009. – 656 с.
5. Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации. Методические рекомендации МР 2.3.1.2432–08. М.: Издательство стандартов, 2008.– 36 с.

УДК 613.953.13:616-053.2

О. А. Седова, 3 курс, лечебный факультет, П. В. Васильев
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра гигиены и экологии
Научный руководитель: к.м.н., доцент П. В. Васильев

ВЛИЯНИЕ ИСКУССТВЕННОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ НА РОСТ И РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ. СРАВНЕНИЕ ПО СОСТАВУ ИСКУССТВЕННОЙ СМЕСИ С ГРУДНЫМ МОЛОКОМ

Актуальность проблемы грудного вскармливания во всем мире очень высока. Несмотря на принимаемые усилия, распространенность грудного вскармливания на сегодняшний день остается невысокой. Глобальный банк данных Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) располагает информацией в отношении 94 стран и 65 % всех грудных детей в мире. По этим данным, лишь приблизительно 35 % всех грудных детей получают исключительно грудное вскармливание в возрасте от 0 до 4 мес. Научными экспертами ВОЗ было доказано, что существующий во многих родильных домах подход (позднее прикладывание ребенка к груди, раздельное пребывание матерей и новорожденных детей, реклама искусственных заменителей грудного молока медицинскими работниками и др.), в значительной мере способствует прекращению грудного вскармливания. Пока не будет изменена практика медицинских учреждений, попытки улучшить ситуацию в отношении грудного вскармливания вне лечебных учреждений будут безуспешными.

Цель исследования: сравнить по составу грудное молоко с искусственной смесью; путем анкетирования, выявить, как влияет на развитие детей первого года жизни грудное вскармливание и вскармливание с помощью смеси; определить причины перевода детей с грудного на искусственное вскармливание.

Материалы и методы

Проведено онлайн-анкетирование 110 кормящих женщин, проживающих в городах Тверской области. Среди опрошенных 61 женщина использует при кормлении грудное молоко, 28 прибегают к смешанному питанию, 21 - к искусственному вскармливанию.

Результаты и обсуждение

Проведя статистический анализ, по собранной информации, мы смогли пронаблюдать и выявить в процентном соотношении количество детей на грудном, искусственном и смешанном вскармливании, а также количественные показатели: прибавка в росте, весе, когда прорезался первый зуб, сколько зубов за год, на каком месяце стал держать головку. Данные по этим показателям приведены в таблице 1.

Таблица 1 – Показатели нервно-психического и физического развития младенцев и вид вскармливания

Характеристика	**Грудное**	**Искусственное**	**Смешанное**
Стал держать головку, мес.	2	1,8	1,9
Рост при рождении, см	54	51	54
Рост в полгода, см	66	61	68
Рост в год, см	73	73	78
Вес при рождении, г	3485	3263	3603
Вес в полгода, г	7446	7405	8185
Вес в год, г	10104	9431	10682
Первый зуб, мес.	6	5,5	6,6
Сколько зубов в год	7	6	7

Сравнив полученные результаты с нормативами возрастной динамики веса и роста ребенка первого года жизни, можно сказать, что грудное вскармливание практически подходит под все показатели правильного развития ребенка. Смешанное питание немного превышает показатели веса и роста ребенка до года, что свидетельствует о незначительном перекармливании малыша, а при искусственном ребенок немного отстает в развитии по показателям: веса, роста, количества прорезавшихся зубов. Это говорит о том, что для правильного роста и развития малыша, ценность грудного молока неоспоримо велика.

При грудном, смешанном и искусственном вскармливании основной проблемой являются аллергические реакции и запоры. Состав молока кормящей женщины существенно отличается от смеси. В нем содержатся: омега-кислоты, углеводы (лактоза, олигосахариды), липаза (фермент, помогающий усваивать жиры), легкоусвояемые белки и жиры, природные антисептики, пищеварительные ферменты (амилаза, липаза), минералы, витамины и антиоксиданты, гормоны. Также в состав материнского молока входят иммуноглобулины, живые клетки крови, антитела к перенесенным заболеваниям, которые обеспечивают защиту малыша в первые дни жизни.

Заключение

Из 110 опрошенных, большая часть мам – 55,5 % вскармливают грудью; искусственные смеси использует только – 25,4 % и к смешанному питанию прибегают – 19,1 % кормящих женщин. Полученные данные свидетельствуют о том, что дети, находящиеся на

грудном вскармливании развиваются лучше, чем при вскармливании искусственной смесью, по показателям веса и роста в полгода, а также по количеству прорезавшихся зубов. При смешанном вскармливании дети немного превышают показатели развития роста и веса, что свидетельствует о перекармливании в небольшой степени. По таким показателям, как прорезывание первого зуба, и в каком месяце стал держать головку, все три вида вскармливания соответствуют показателям правильного развития детей до года.

Литература

1. https://babyke.ru
2. http://mama.neolove.ru

УДК 811.124:355

А. Э. Сейтмеметов, М. А. Стеганцов, 1 курс, стоматологический факультет
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра иностранных и латинского языков
Научный руководитель: ассистент И. С. Бандурист

ВОЕННАЯ ЛЕКСИКА В АНАТОМИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ

Характерной особенностью медицинской терминологии является сохранение и использование «античного наследства», т.е. слов и словообразовательных моделей и элементов греческого и латинского языков. Римская медицина заимствовала у греков не только способ познания окружающего мира, но и большое количество терминов. Сегодня в “Nomina Anatomica” насчитывается более 700 слов греческого происхождения. Римские врачи и анатомы также внесли существенный вклад в развитие терминологии. Ключевыми трудами для формирования медицинской терминологии латинского происхождения являются сочинение «О медицине» («De medicina») Авла Корнелия Цельса (I в. н.э.) и работы Клавдия Галена (ок. 129-201 гг. н.э.).

Клавдий Гален является автором словаря и комментариев к сочинениям Гиппократа. Гален стал первым, кто заговорил о таких свойствах термина как однозначность, точность и соответствие языковой норме. Помимо этого, Гален был практикующим военным врачом, ученым и исследователем-анатомом. Результатом его плодотворной научно-практической деятельности стал целый ряд новых терминов. Также, Гален уточнил термины предшественников (Аристотель, Эразистрат и пр.)

Все греко-латинские термины, так или иначе, отображают жизнь и быт людей той эпохи. История античного мира — это история войн и завоеваний. Слова, связанные с военным делом, составляли значительную часть лексикона как греческого, так и латинского языков. Поэтому среди анатомических терминов можно выделить достаточно большую группу слов, обозначающих понятия и артефакты, так или иначе связанные с войной.

На сегодняшний день выделяют 4 способа терминообразовния: символический, метафорический (основаный на образных сравнениях), метонимический (переносе названия с одного класса объектов или объекта на другой класс или отдельный предмет по законам логического соответствия), и мифологический.

Цель исследования: выделить среди анатомических терминов слова, имеющие отношение к военному делу (вооружение и доспехи греческих и римских воинов) и объяснить принцип терминообразования.

Материалы и методы

Материалом для исследования стали термины из анатомической номенклатуры и военная лексика, представленная в «Античном военно-техническом словаре». Основным методом исследования является сравнительно-исторический.

Результаты и обсуждение

В ходе сравнительного изучения списков анатомических и военных терминов, нами были обнаружены и классифицированы 19 слов, среди которых:

а) доспехи и обмундирование:

squama - «чешуя» - название применялось к особому виду наборного доспеха легионера;

thorax - «грудная клетка» - восходит к греческому «панцирь», «анатомический доспех». Термин был предложен Галеном, как более точно отражающий строение и функции грудной клетки;

galea - «шлем легионера» - используется в анатомии как galea aponeurotica «сухожильный шлем» головы;

cranium — от греческого cranos «шлем» - череп.Термин предложен Галеном.

thyreoideus - «щитовидный» - греч. thyros «щит». Наименование самого крупного гортанного хряща, так как его боковые пластинки похожи на щит.

cingulum - «пояс, перевязь, портупея» - «пояс» верхней конечности или тазовый «пояс»;

fibula – «малоберцовая кость» - изначально название булавки, которой закрепляли плащ.

б) оружие:

arcus - «дуга», а также «лук»,

nervus - «нерв» - раньше имел значение «тетива», так как в древности для ее изготовления использовали жилы животных;

xiphoideus - «мечевидный». Ксифос - греческий двулезвийный меч с прямым или вытянутым листообразным клинком. Оружие гоплитов. Впервые встречается у Гомера;

manubrium — рукоятка грудины - изначально «рукоятка оружия».

с) предметы амуниции:

cornu - «рог, рожок» - в Риме использовались для передачи сигналов главной трубы;

tuba - «труба» - в анатомии встречается в таких терминах как tubaauditiva, tubauterina;

fascia - соединительнотканная оболочка, покрывающая органы и сосуды — изначально «повязка, бинт, платок»;

stapes — одна из слуховых косточек - «стремя»;

sella - седло - термины позднейшего происхождения, так как греки и римляне не пользовались седлом, а покрывали лошадей чепраком, попоной. Стремена и седла вошли в употребление лишь в IV в. христианской эры;

frenum - "уздечка»

д) военная тактика:

primus — первый - центурион первой когорты, старший центурион легиона. В анатомической терминологии термин используется, как указатель на расположение той или иной части тела - digitus *primus «первый, большой палец»;*

phalanx - «фаланга» - термин ввел Аристотель для обозначения у пальцев косточек, расположенных рядами подобно воинам в «македонской фаланге», особом греческом военном построении, где за спиной каждого воина стоял другой, заменявший первого, когда того убивали или ранили.

Заключение

Как можно видеть из списка предложенных слов, преобладающим механизмом терминообрахования в античный период являлся метафорический – перенос признаков внешнего вида окружающих человека предметов или их частей на анатомические объекты. Преобладание переноса по сходству формы в анатомической терминологии также может быть объяснено влиянием факторов экстралингвистического характера, в частности, легкости фиксации знакомого предмета в зрительной памяти и оперативности распознавания анатомического объекта по названию.

Литература

1. Античный военно-технический словарь [Электронный ресурс].URL: https://studfiles.net/preview/5242751/page: 42 (Дата обращения 23.11.2017).
2. Архипова И. С., Олехнович О. Г. Отражение античной картины мира в анатомической терминологии/Методические и лингвистические аспекты греко-латинской медицинской терминологии [Электронное издание]: Всероссийской научно-учебнометодической конференции – СПб.: РИЦ ПСПбГМУ, 2016. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM). - С.27-31.
3. Медицинский латинско-русский словарь анатомических терминов. [Электронный ресурс]. URL: https://www.kakras.ru/mobile/latin-anatomic-dictionary.html (Дата обращения 23.11.2017).
4. Синельникова И. И. Метафора в латинских наименованиях анатомических образований/Методические и лингвистические аспекты греко-латинской медицинской терминологии [Электронное издание]: Всероссийской научно-учебнометодической конференции – СПб.: РИЦ ПСПбГМУ, 2016. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM). - С. 216-219.
5. Терновский В. Н. Клавдий Гален и его труды / К. Гален. О назначении частей человеческого тела. - М.: Медицина, 1971. - С. 3-29.
6. Чернявский М. Н. Краткий очерк истории и проблем упорядочения медицинской терминологии // Энциклопедический словарь медицинских терминов. - М.: Наука, 1984. - С. 410-425.

УДК618.36-006.2+618.2

М. Ю. Семенюк, А. Н. Стратила, К. С. Юшкова, А. Я. Курбанова,
6 курс, лечебный факультет
ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, г. Тюмень, Россия
Кафедра акушерства и гинекологии
Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. А. Максимова

СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ ТЕРАТОМЫ ПЛАЦЕНТЫ И БЕРЕМЕННОСТИ

Как известно на сегодняшний день в акушерской практике нередко выявляются новообразования, среди которых встречается тератома. У взрослых частота встречаемости тератом составляет 2,7-7 % опухолей, у детей — 24-36 % [2].

Необходимость усовершенствования диагностики и лечения новообразований плаценты, является одной из самых трудных и важных задач медицинской науки. В современной литературе, в том числе и зарубежной, до конца не изучены вопросы этиологии, патогенеза и основных факторов, влияющих на развитие тератомы плаценты. Недостаточная изученность, выявляемые случаи, а также высокая онконастороженность и определяют актуальность данной проблемы. Тератома-опухоль, образующаяся из гоноцитов, наиболее часто в яичниках у женщин, в яичках у мужчин, в крестцово-копчиковой области у детей. В тератоме могут присутствовать волосы, мышечная ткань, костная ткань, реже глаз, туловище, конечности. В некоторых случаях, причиной появления тератомы является недоразвитый близнец, образующийся в результате нарушения координации во взаимоотношениях между стволовой клеткой и ее микроокружением на одной из стадий эмбриогенеза. Тератомы классифицируют по нескольким разрядам риска, от доброкачественных до явно злокачественных. Изредка наблюдаются довольно крупные тератомы плаценты с разнообразными тканевыми компонентами всех трех зародышевых листков. Из всех опухолей плаценты чаще встречаются два вида: хорионангиома и тератома. Небольшие размеры опухолей на ход беременности чаще всего не влияют, быстрое прогрессирование опухоли является показанием для прерывания беременности[3,4,5].

Цель исследования: изучить этиологические факторы возникновения тератомы плаценты, провести анализ клинического случая, проанализировать истории болезни, сравнить с литературными данными, сделать выводы.

Материалы и методы

В ходе работы использовался клинико-аналитический метод исследования, был собран анамнез, проведен осмотр, были изучены заключения специалистов, данные лабораторных и инструментальных исследований, протокол операции, переводной и выписной эпикриз.

Результаты и обсуждение

За последние 5 лет в Тюменской области было зарегистрировано 12 случаев тератом. Это обстоятельство заставляет задуматься над своевременной диагностикой, лечением и выявлением факторов риска данной патологии. Для уменьшения риска развития новообразований будущей маме рекомендуется: с осторожностью и в случае крайней

необходимости по согласованию с врачом принимать различные препараты, избегать зон радиоактивного излучения; проводить правильную прегравидарную подготовку. Проведение реабилитации показано после всех малых и больших гинекологических операций. Обязательна непрерывность и преемственность в проведении реабилитационных мероприятий в гинекологическом стационаре и в женской консультации. Основная цель реабилитации - профилактика рецидивов, устранение вновь или вторично возникающих заболеваний [1].

Кафедрой акушерства и гинекологии во главе с заведующей кафедры, доктором медицинских наук, профессором, заслуженным врачом РФ Поляковой Валентиной Анатольевной разработана схема постабортной реабилитации, включающая в себя эстроген-гестагенный контрацептив, антибиотик широкого спектра действия и комплекс витаминов-антиоксидантов [1].

Заключение

Изучив этиологические факторы возникновения тератомы плаценты, проведя анализ историй болезни можно сделать вывод о достаточно редкой частоте встречаемости данной патологии, однако врачу акушеру-гинекологу стоит проявлять настороженность относительно данной патологии.

Литература

1. Полякова В. А. Современная гинекология/ Тюмень: издательство ФГУИПП, 2004.
2. Полякова В. А. Практическое акушерство/ Тюмень: ООО «Печатник», 2012.
3. John N. Eble, Guido Sauter, Jonathan I. Epstein, Isabell A. Sesterhenn, Pathology and Genetics of Tumours of the Urinary System and Male Genital Organs. – Lyon: IARCPress, 2004. – Ch.4. — P. 243.
4. Williams V. L., Williams R. A. Placental teratoma: Prenatal ultrasonographic diagnosis// J Ultrasound Med. 1994. V.13. P. 587-589.
5. Potter J. F., Schoenman M. Metastasis of maternal cancer to the placenta and fetus // Cancer. - 1970. - V. 25. - P. 380-388.

УДК 616.61-053.36-07 (471.53)

М. В. Сидорчева, А. Э. Полухинских, 3 курс, педиатрический факультет
ФГБОУ ВО Пермский ГМУ им. академика Е. А. Вагнера Минздрава России,
г. Пермь, Россия
Кафедра нормальной, топографической и клинической анатомии,
оперативной хирургии
Научные руководители: к.м.н., доцент Н. В. Еремченко

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЧЕК У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ПЕРМСКОМ КРАЕ

В современном мире одним из наиболее важных критериев оценки органов являются размеры, ведь именно они во многом определяют состояние организма при врожденных аномалиях и приобретенной патологии. Морфологические изменения можно обнаружить при помощи современных методов исследования, которых на современном этапе достаточно много и возможность диагностики различных пороков и заболеваний достаточно обширна. Полученные нами данные могли бы быть интересны врачам ультразвуковой диагностики, педиатрам, урологам, а так же нефрологам. В данной работе были детально рассмотрены размеры почек детей в возрасте от одного дня до одного года.

Цель исследования: сопоставление размеров почек, полученных из данных патологоанатомических исследований, у детей первого года жизни с литературными данными, выявление наибольшего числа отклонений от нормы в определенные периоды жизни ребенка.

Материалы и методы

Исследование было проведено на основе данных, полученных из материалов патологоанатомических исследований патоморфологического отделения Краевой детской клинической больницы города Перми за первые три квартала 2017 года. Были взяты данные по детям, умершим в возрасте от одного дня до одного года. Необходимо отметить, что для исследования были использованы размеры почек детей, причиной смерти которых не являлись болезни или патологии мочевыделительной системы. Соответственно возрастной категории все дети были разделены на 7 групп (1-3 дня, 4-15 дней, 16-29 дней, 1-2 месяца, 3-6 месяцев, 7-11 месяцев, 1-2 года) (таблица 1). Размеры их почек были сопоставлены с литературными источниками.

Таблица 1 - Размеры почек исследуемых детей, см

Возраст	Левая почка			Правая почка		
	Длина	Ширина	Толщина	Длина	Ширина	Толщина
2 суток	2	1,3	0,7	2	1,3	0,7
1 сутки	5	2,5	2,5	4,5	2,5	2,5
1 сутки	3,5	2	1,5	3,5	2	1,5
2 суток	3	2	1,5	3	2	1,5
2 суток	6	3,5	3,5	6	3	3,5
3 суток	3	1,5	1	3	1,5	1
1 сутки	4,5	3	2,5	4,5	3	2,5
13 дней	4,5	3	2,5	4,5	3	2,5
4 дня	3,5	2,5	1,5	3,5	2,5	1,5
3 дня	3	2	1,5	3	2	1,5
10 дней	3	2	1,5	3	2	1,5
10 дней	3	1,5	1,5	3,5	2	1
9 дней	3,5	2	1,5	3,5	2	1,5
20 дней	3	2	1,5	3	2	1,5
26 дней	3	2	1,5	3	2	1,5
17 дней	3	2	1	3	2	1
20 дней	4	3	2	4	3	2
1 месяц 6 дней	3,5	2	2	4	2	2
2 месяца	3,5	2,5	2	3,5	2,5	2
1 месяц 22 дня	4,5	2,5	2	5	2,5	2
2 месяца	5	2,5	2,5	5	2,5	2,5
1 месяц 11 дней	4,5	2,5	2	5,5	1,5	1,5
2 месяца	4,5	2	1,5	4,5	2	1,5
2 месяца	6	4	2	6	4	2
1 месяц 21 день	5	3	2	4	2,5	2
2 месяца 12 дней	5	3	2	5	3	2
3 месяца 26 дней	4,5	2	2	4,5	2	2
6 месяцев	5,5	3,5	3,5	4	2,5	2
4 месяца	7,5	3,5	3,5	7	4	3
8 месяцев	6	3	2	6	3	2

В качестве показателей нормы были взяты данные из исследовательской работы «Ультразвуковые нормативы размеров почек у детей Чувашской Республики» ГОУ ДПО «Институт усовершенствования врачей» Минздравсоцразвития Чувашии, Чебоксары (таблица 2).

Таблица 2 - Нормальные размеры почек у детей, мм

Возраст	n	Левая почка			Правая почка		
		длина	ширина	толщина	длина	ширина	толщина
1-3 дня	375	48,0 ± 10,0	20,5 ± 9,4	20,5 ± 6,4	47,5 ± 14,6	20,3 ± 13,0	21,4 ± 6,0
4-15 дней	204	48,4 ± 9,8	20,0 ± 6,0	20,8 ± 5,8	48,2 ± 13,2	21,8 ± 10,8	21,5 ± 6,8
16-29 дней	44	51,1 ± 9,0	21,3 ± 4,0	22,7 ± 5,4	50,0 ± 12,4	24,6 ±7,4	23,5 ± 7,6
1-2 мес.	336	53,8 ± 14,0	22,9 ± 7,8	23,1 ± 6,2	52,7 ± 12,6	26,1 ± 12,6	23,2 ± 5,6
3-6 мес.	339	58,3 ± 12,4	23,8 ± 7,8	24,1 ± 6,2	56,9 ± 13,2	28,2 ± 12,2	24,3 ± 5,6
7-11 мес.	179	61,8 ± 13,0	24,6 ± 7,2	25,3 ± 5,6	60,6 ± 12,0	29,7 ± 12,4	25,0 ± 5,6
1-2 г. 11 мес.	533	69,6 ± 14,8	27,6 ± 7,2	27,8 ± 5,0	68,3 ± 13,8	31,2 ± 13,8	26,8 ± 6,4
3-4 г. 11 мес.	475	76,0 ± 17,2	30,2 ± 9,2	29,5 ± 7,2	75,4 ± 15,0	32,7 ± 14,2	28,3 ± 6,6
5-6 лет 11 мес.	464	82,5 ± 18,0	31,9 ± 8,2	31,6 ± 9,0	80,5 ± 16,2	34,5 ± 14,6	30,5 ± 6,6
7-9 лет 11 мес.	785	86,8 ± 16,6	34,6 ± 9,0	34,0 ± 9,2	85,4 ± 14,4	36,3 ± 16,4	31,6 ± 7,6
10-13 лет 11 мес.	421	95,5 ± 16,2	37,8 ± 11,2	36,8 ± 9,2	94,5 ± 17,0	37,9 ± 19,0	34,4 ± 9,6
14-16 лет 6 мес.	156	114,79 ± 16,2	45,5 ± 11,2	40,6 ± 9,4	113,1 ± 17,0	41,0 ± 19,2	37,8 ± 9,6
16 лет 7 мес. – 17 лет 11 мес.	369	116,7 ± 16,6	46,8 ± 10,4	41,2 ± 8,6	115,2 ± 17,0	42,1 ± 18,6	38,6 ± 9,6

Результаты

При сопоставлении размеров почек с литературными данными в 1 группе (1-3 дня), 3 группе (16-29 дней) и 5 группе (3-6 месяцев) были выявлены отклонения. В 1 и 3 группе с литературными данными не совпала длина почки, а в 5 группе ширина почки. Выявленные отклонения были в пределах 1 см. В остальных группах не было выявлено отклонений. Большие отклонения были связаны с врожденными патологиями или заболеваниями почек и не учитывались в данном исследовании.

Заключение

Размеры почек на первом году жизни чаще всего изменяются в зависимости от индивидуальных особенностей ребенка.

Литература

1. Аляев Ю. Г. Ультразвуковые методы функциональной диагностики в урологии / Ю. Г. Аляев, А. В. Амосов // Урология. – 2000. – № 4. – С. 26-37.
2. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике в педиатрии / под ред. М. И. Пыкова, К. В. Ватолина. – М.: Видар, 1998. – С. 176-218.

3. Трефилов, А. А. Ультразвуковые нормативы размеров почек у детей Чувашской Республики/ ГОУ ДПО «Институт усовершенствования врачей» Минздравсоцразвития Чувашии, Чебоксары.
4. Avni FE, Hall M. Renal cystic diseases in children: newconcept. Pediatr.Radiol. 2010; 40 (6): 936–946.

УДК 616.329 – 006.6 – 089.87

А. А. Сизикова, 3 курс, педиатрический факультет;
И. О. Стромило, А. С. Шпакова, 3 курс, лечебный факультет;
А. М. Морозов
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра общей хирургии
Научный руководитель: ассистент А. М. Морозов

РЕЗЕКЦИЯ ПИЩЕВОДА ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ

Рак пищевода (РП) – одно из частых заболеваний пищевода, самое частое его злокачественное заболевание, и составляет 80-90 % всех его опухолей. Среди опухолей желудочно-кишечного тракта РП занимает 3-е место после рака желудка и толстой кишки, среди всех опухолей человека РП занимает 7-8-е место. Одногодичная летальность при РП находится на первом месте среди онкологических больных. В течение 1-го года с момента установления диагноза погибает до 65 % больных. Основная причина высокой летальности – позднее выявление запущенных форм РП. До настоящего времени нет убедительных данных о возможности излечения рака пищевода методами лучевой или химиотерапии. Основным методом лечения является хирургический. Одним из хирургических методов является резекция пищевода. Летальность при резекции пищевода по поводу рака долгое время составляла почти 100 %. В 40–60-е годы XX столетия она снизилась, по данным разных авторов, до 25–60 %. По сводной статистике отечественных и зарубежных авторов (1991г.), на 94 396 операций при раке пищевода умерли 26 199 (27,7 %) больных. Тенденция к снижению летальности сохраняется и в наше время, по данным ведущих клиник мира, она снижена до 2–25,2 %, и, тем не менее, она еще не может вызвать удовлетворения, что делает проблему лечения рака пищевода весьма актуальной до настоящего времени.

Цели исследования: определение структуры заболеваемости раком пищевода и ее оценка.

Материалы и методы

В качестве основного метода исследования проводилось изучение историй болезни среди пациентов Тверского областного клинического онкологического диспансера с раком пищевода I, II, III и IV стадиями. Учитывался пол пациентов. Всего за 2016 год в онкологическое отделение с раком пищевода поступило 101 человек.

Результаты и обсуждение

Всего за 2016 год в онкологическое отделение с раком пищевода поступило 101 человек. Из них с I стадией – 4, II – 24, III стадией – 43, IV стадией - 30 человек. Среди заболевших 73 мужчин и только 28 женщин. Из 101 поступивших, 70 умерли. Основная причина высокой летальности – позднее выявление запущенных форм РП. Одним видом лечения рака пищевода является хирургическое лечение, а именно резекция пищевода, главной целью которой является удаление опухоли вместе со всем органом или частью его с соблюдением принципов онкологической радикальности и восстановление возможности естественного питания, т.е. через рот. За 2016 год в Тверском областном клиническом

онкологическом диспансере было проведено 15 операций по резекции пищевода, все из которых прошли успешно. Главной задачей такого лечения является улучшение качества жизни больных и продление ее на возможно более долгий период за счет восстановления перорального питания. И эта задача выполняется хирургами. Важную роль играет также уход за больными в послеоперацинном периоде. Они нуждаются в систематическом врачебном наблюдении и обследовании для выявления интеркуррентных заболеваний и их санации, для выявления онкологических осложнений и их коррекции, таких как выявление метастазов и их удаление, проведение химио- или лучевой терапии по показаниям и для коррекции качества жизни путем улучшения функции оперированных органов путем бужирования анастомоза, лечение болезней оперированного (искусственного) пищевода. Таким образом, при правильной организации до- и послеоперационного лечения возможно получение хороших отдаленных результатов.

Заключение

Рак пищевода – это одно из наиболее грозных заболеваний современности. На ранних стадиях рака пищевода актуальным является хирургическое лечение(в именно резекция пищевода), главной задачей которого является улучшение качества жизни больных и продление ее на возможно более долгий период за счет восстановления перорального питания, все равно, летальность остается очень высокой, в связи с поздним выявлением заболевания и невозможности оперативного лечения, поэтому на этих стадиях применяется только паллиативное лечение, связи с большим поражением органа и распространении метастазов.

Литература

1. Кубе Р. Хирургическое лечение злокачественных новообразований пищевода // Хирургия. - 2009. - № 9. - С. 50-54.
2. Роман Л. Д. Методы реконструкции пищевода // Практическая онкология. - 2003. - Т. 4., № 2. - С. 99-108.
3. Морозов А. М. О возможностях определения актуальности темы научного исследования / Морозов А. М., Кадыков В. А., Пельтихина О. В., Аскеров Э. М., Морозова А. Д. // Синергия наук. - 2018. - № 19. - С. 1018-1024. − URL: http://synergy-journal.ru/archive/article1670.
4. Мустафин Д. Г. Операция Льюиса при раке пищевода: ближайшие и отда- ленные результаты // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. - 2005. - № 4. - С. 47-51.
5. Свиридова С. П. Основные принципы предоперационной подготовки и интенсивной терапии послеоперационного периода у больных раком пищевода // Практическая онкология. - 2003. - Т. 4. - № 2. - С. 120-126.
6. Фокеев С. Д. Зависимость продолжительности жизни больных при раке пищевода от выбора лечения // Проблемы клинической медицины. - 2006. - № 3. - С. 50-53.
7. Черноусов А. Ф. Хирургическое лечение рака и доброкачественных заболеваний пищевода и желудка // Анналы РНЦХ РАМН. - 2003. - Вып. 12. - С. 62-69.

УДК 811.124:61

Б. Д. Сисвадзе, 2 курс, лечебный факультет, А. Ю. Соколова
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра иностранных и латинского языков
Научный руководитель: к. филол. н., доцент А. Ю. Соколова

МЕДИЦИНСКИЕ АББРЕВИАТУРЫ: КЛАССИФИКАЦИЯ И СПОСОБЫ ПЕРЕВОДА

Аббревиация (лат. brevis – краткий) – образование новых слов путем сокращения (усечения) основы [1]. Сокращение как способ словообразования представляет собой довольно обширный пласт слов в составе любого языка. Особенно широко аббревиация используется в профессиональных языковых сферах. Медицина не является исключением.

Цель исследования: определить основные способы образования аббревиатур в медицинской сфере в английском языке и их перевода на русский язык.

Материалы и методы

Для проведения исследования были проанализирован широкий корпус наиболее распространенных и употребимых медицинских аббревиатур (более 500) в английском языке [2].

Результаты и обсуждение

Английские медицинские аббревиатуры подразделяются на следующие основные группы:

1. Аббревиатуры инициального типа (состоят из начальных букв сложных слов или словосочетаний, составляющих термин). Подобные аббревиатуры представляют наиболее многочисленную группу.

CHD – congenital heart disease «врожденное заболевание сердца»

GN – glomerulonephritis «гломерулонефрит»

ICP – intracranial pressure «внутричерепное давление»

SAH – subarachnoid hernorrhage «субарахноидальное кровоизлияние»

SVC – superior vena cava «верхняя полая вена»

WHO – World Health Organization «Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ)»

2. Слоговые аббревиатуры (состоят из начальных слогов слов, составляющих термин):

alkphos – alkaline phosphatase «щелочнаяфосфатаза»

atfib – atrial fibrillation «мерцание (фибрилляция) предсердий, мерцательнаяаритмия»

URAC – uricacid «мочевая кислота»

3. Буквенно-слоговые аббревиатуры:

DBIL – direct bilirubin «прямойбилирубин»

TBIL – total bilirubin «общийбилирубин»

MERSA – methicillin-resistant Staphylococcus aureus «золотистый стафилококк, [штамм] устойчивый к метициллину»

4. Аббревиатуры, состоящие из начальной буквы и целого слова:

C-spine – cervicalspine «шейный отдел позвоночника

C-section – cesarean section «кесаревосечение»

5. Аббревиатуры, состоящие из усеченных слов (используется опускание нескольких звуков или слога в конце слова)

Abd – abdomen «живот»

Ca – cancer «рак»

Cal – calorie «калория»

Cath – catheterization «катетеризация»

Dial – dialysis «диализ»

Lab – laboratory «лаборатория»

Temp – temperature «температура»

Многие аббревиатуры, состоящие из усеченных слов, применяются только на письме, так называемые графические аббревиатуры. Многие графические аббревиатуры являются сокращениями латинских слов.

Bls – blood sugar «сахар крови»

Bpm – beats per minute «ударов в минуту»

BR – bed rest «постельный режим»

Dx – diagnosis «диагноз»

Pt – patient «пациент»

PTA – prior to admission «до поступления [в стационар]»

Sx – symptoms «симптомы»

y/o – years old «возраст (лет)»

qd - quaque die (Latin) «ежедневно»

6. Буквенно-цифровыеаббревиатуры

2 HPG – 2 hours (after meals) plasma glucose «уровень глюкозы плазмы через 2 часа после еды»

E_2 – estradiol «эстрадиол»

SO_2 - oxygen saturation «сатурациякислорода»

T_4 – thyroxine «тироксин»

7. Смешанные аббревиатуры, например HTN – hypertension «гипертензия, гипертония», образованное первой буквой первого компанента сложного слова и первой и последней буквами (стяжение) второго компонента. Или MUGA scan - Multi Gated radionuclide scan (of heart) «многопроекционное радиоизотопное исследование сердца».

Перевод английских медицинских аббревиатур на русский язык осуществляется несколькими способами.

Калькирование (заимствование аббревиатур буквальным переводом):

AMP – adenosine monophosphate «аденозин-монофосфат (АМФ)»

CPK – creatine phosphokinase «креатинфосфокиназа (КФК)»

DNA – deoxyribonucleic acid «дезоксирибонуклеиновая кислота (ДНК)»

GERD – gastroesophageal reflux disease «гастроэзофагеальнаярефлюксная болезнь (ГЭРБ)»

Транслитерация (точная передача знаков одной письменности знаками другой письменности):

BCG – bacillus Calmette-Guerin «бацилла Кальмета-Герена (БЦЖ)»

CNS – central nervous system «центральная нервная система (ЦНС)»

MBC – minimum bactericidal concentration «минимальная бактерицидная концентрация (МБК)»

TIA – transient ischemic attack «транзиторная ишемическая атака (ТИА), динамическое нарушение мозгового кровообращения»

В связи с тем, что в русском языке аббревиатуры менее распространены, чаще всего выполняется просто перевод полной формы:

ACT – activated clotting time «активированное время свертывания крови»

AMI – acute myocardial infarction «острый инфаркт миокарда»

BBB – bundle branch block «блокада ножки пучка Гиса»

CAB – coronary artery bypass «аорто-коронарный шунт»

DU – duodenal ulcer «язва двенадцатиперстной кишки»

HBV – hepatitis B virus «вирус гепатита В»

LOC – level of consciousness «уровень сознания».

Или приводится передача английского сокращения описательным методом:

CCU – coronary care unit «кардиологический блок интенсивной терапии»

BCP – birth control pill «оральный контрацептив»

ER – emergency room «комната [отделение] оказания экстренной помощи (аналог приемного покоя)»

OT – occupational therapy «вид медицинской помощи в США, примерно соответствующий физиотерапии или реабилитационной медицине. Сочетает физические упражнения, массаж, кинезо- и психотерапию. Проводится специальным персоналом (не врачами и не медсестрами)»

VPC – ventricular premature contraction «желудочковаяэкстрасистола».

Возможен также перевод полной формы и создание на его основе русского сокращения:

AIDS – acquired immune deficiency syndrome «синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД)»

ALS – amyotrophic lateral sclerosis «боковой амиотрофический склероз (БАС, болезнь Шарко)

APTT – activatedpartialthromboplastintime «активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ)»

ASHD – arteriosclerotic heart disease «артеросклеротическая болезнь сердца (ИБС)»

IVF – in vitro fertilisation «экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО)»

WHO – WorldHealthOrganization «Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ)»

Графические аббревиатуры, многие из которых имеют латинское происхождение, заимствуются полностью и на письме передаются так же, как и в английском языке латиницей:

Hb (Hg) – hemoglobin «гемоглобин»

Ig – immunoglobulin «иммуноглобулин»

No – number «номер»

Rh – Rhesus blood factor «резус-фактор»

Литература

1. Ахманова О. С. Словарь лингвистических терминов / О. С. Ахманова. – М.: Советская энциклопедия, 1968. – С.115.
2. Медицинские сокращения и термины. [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://medalmanah.ru/abbreviations

УДК 613.2/.7:378.17

А. А. Скворцова[1], 2 курс, педиатрический факультет;
В. В. Жигулина[1], Е. А. Двоенко[2]
[1] - ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра биохимии с курсом КЛД ФДПО интернатуры и ординатуры
[2] - ГБПОУ Тверской медицинский колледж, г. Тверь, Россия
Научные руководители: к.б.н., старший преподаватель В. В. Жигулина,
преподаватель русского языка и литературы Е. А. Двоенко

ПРОБЛЕМА ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СОВРЕМЕННЫХ СТУДЕНТОВ

Статистика ежегодных медицинских осмотров свидетельствует о том, что у 80-85% студентов отмечаются нарушения в состоянии здоровья, около трети поступающих в ВУЗы имеют серьезные хронические заболевания, препятствующие их адаптации к новым жизненным условиям и полноценным социальным взаимодействиям. Лидирующие позиции среди заболеваний традиционно занимают патологии опорно-двигательного аппарата, заболевания зрения, желудочно-кишечного тракта, нарушения пищеварения. Следует отметить, что именно эти заболевания являются «болезнями образа жизни», потому что к их появлению приводит, прежде всего, неправильное поведение в отношении собственного здоровья. Питание вместе с физической активностью относятся к элементам повседневного поведения, формирующие здоровье человека [1, 2, 3, 4, 5].

Цель исследования: изучить влияние неправильного питания студентов на их здоровье и обучение.

Задачи исследования:

- проанализировать питание студентов;
- обнаружить зависимость здоровья студентов от их образа жизни.

Результаты и обсуждение

Изучение отношения студентов к вопросу питания - важное направление в формировании у молодежи ценностных ориентаций к сохранению собственного здоровья за счет оптимального питания, развитии самосознания в области здорового питания, повышении качества жизни и учебы, а также снижении количества алиментарно-зависимых болезней среди молодежи. Нарушение режима питания связанно с изменением условий жизни, физическими и умственными нагрузками, а также с неосведомленностью о здоровом питании. Основными нарушениями являются нерегулярность питания, сокращение кратности приема пищи [6, 7, 8].

Студентам трудно соблюдать режим питания из-за неуклонно увеличивающейся учебной нагрузки, из-за стиля и образа жизни, а так же не всегда стабильного материального положения. Выявлено, что студенческое питание характеризуется не регулярным приемом пищи. Первокурсники не принимают пищу в определенное время, такая тенденция сохраняется на втором и третьем году обучения в ВУЗе. Дефицит времени приводит к тому, что в течение рабочего дня первокурсники питаются в «сухомятку». На втором и третьем курсах положение практически не улучшается. Следствием этого у первокурсников

наблюдается дефицит, а в некоторых случаях избыточная масса тела. Наиболее частым нарушением режима питания является отсутствие завтрака. Установлено, что число первокурсников, которые не завтракают или завтракают не каждый день, составляет 28 %, на втором и третьем курсах число таких студентов возрастает до 39 % и 45 % соответственно, около половины студентов к третьему курсу не успевают принимать пищу перед занятиями, что становиться «нормой» студенческой жизни [2, 4].

Среди студентов с нерациональным режимом питания преобладают те, кто осуществляет прием пищи один или два раза в день, полноценную горячую пищу (первое, второе блюда) более половины студентов принимают один раз в день. Большинство студентов под здоровым питанием понимают «употребление больше свежих овощей и фруктов», «соблюдение сроков хранения и гигиены приготовления пищи», «соблюдение режима питания». Каждый четвертый студент отмечает такие принципы здорового питания, как «употребление меньше соли, жира, сахара». Студенты не все питаются в столовой и «перекусывают на ходу» преимущественно пирожками, булочками и т.д., ежедневно употребляют сладкие безалкогольные напитки. Основными причинами, которые мешают правильно питаться, студенты называют «отсутствие времени в течение дня», «плохую организацию питания в ВУЗе», «недостаток материальных средств» [7, 8].

Питание студентов недостаточно сбалансированно по калорийности и нутриентам, что отражается на их пищевом статусе. Возникает проблема избыточного веса или снижения веса и роста у студентов. В студенческом возрасте еще не завершено формирование ряда физиологических систем, в первую очередь нейрогуморальной, поэтому молодой организм очень чувствителен к нарушению сбалансированности пищевых рационов. Недостаточное поступление в организм студентов макро- и микроэлементов, витаминов сбивает нормальное функционирование организма и приводит к ряду характерных студенческих заболеваний [1, 3, 6].

В основе заболеваемости студентов болезнями костно-мышечной системы лежит распространенность дорсопатий. По данным статистики, заболеваемость студентов различных вузов РФ патологией опорно-двигательного аппарата (нарушение осанки, плоскостопие) выявлено у каждого четвертого студента. Среди болезней нервной системы преобладает вегето-сосудистая дистония, которая выявляется в 70 % случаев с пиком заболеваемости в 15-19 лет при снижении уровня общей физической подготовки.

Рост заболеваемости студентов болезнями эндокринной системы произошел за счет эндемического зоба или узлового зоба (у 75 % обследуемых). Профилактикой заболеваний щитовидной железы является проведение адекватных профилактических мер (массовая и групповая йодная профилактика). Среди заболеваний глаз доминируют болезни мышц глаза (спазм аккомодации) и аномалии рефракции (миопия, астигматизм). Данная патология зависит от особенностей образа жизни студентов и требует оздоровительной стимуляции органов зрения при зрительном и общем утомлении. Проведение стимуляции зрения в целях улучшения состояния здоровья при синдроме хронической усталости, астеническом синдроме является важным для студентов на всех этапах обучения. В структуре первичной заболеваемости студентов, 1 место отводят болезням органов дыхания (в частности, респираторным вирусным заболеваниям), 2 место – болезням мочеполовой системы (в

частности, гинекологическим заболеваниям), 3 место – болезням костно-мышечного аппарата (в частности, деформирующим дорсопатиям), 4 место – болезням кожи и подкожной клетчатки (преобладают дерматит, экзема), 5 место – болезням глаз [2, 3, 4].

Исследования показали [1, 5, 7], что неполноценное и несбалансированное питание наносит вред не только здоровью студентов, но и негативно отражается на усвоении ими учебного материала и на результатах образовательного процесса в целом. Социологическим опросом было выявлено одно негативное обстоятельство - ухудшение и удорожание питания в студенческих столовых. В связи с экономическим кризисом в стране произошло резкое подорожание стоимости обедов, при этом ухудшилось и качество кулинарной обработки, что сделало общественное питание недоступным для каждого третьего студента. На первых курсах обучения 65 % студентов пользуются предприятиями общественного питания, но в последние годы почти в два раза увеличилось число студентов питающихся только в буфетах. Это увеличило чрезмерное потребление жидкости, в виде массы различных напитков, снизило полноценность питания и его соответствие возрастным нормам. Исследования выявили, что в студенческой среде популярен «американский» стиль питания - употребление большого количества бутербродов, которые запиваются газированными напитками, с небольшим содержанием овощей и фруктов. В перерывах между занятиями большинство студентов перекусывают продуктами быстрого питания: шоколадом, конфетами, газированной водой, а также используют жевательную резинку. О неполезной и нездоровой но, к сожалению, очень популярной особенно среди молодежи пище, фастфуде, чипсах, газированных напитках, знают около 80 % студентов [1, 5, 7].

Заключение

Большинство студентов питаются не рационально. Важно отметить, что именно неправильное питание, во многом, «убивает» здоровье студентов. Образ жизни напрямую влияет на здоровье и качество жизни студента. Некоторые советы по здоровому питанию студентов: необходимо заботиться о полноценном завтраке, продукты в рационе должны быть разнообразными и обязательно содержать фрукты и овощи, стараться избегать переедания и употребления вредной пиши, например, фаст-фуда, а также воздерживаться от употребления алкоголя.

Литература

1. Горбунов В. И., Возженникова Г. В., Исаева И. Н. и др. Медико-социальные аспекты состояния здоровья студентов // Ульяновский медико-биологический журнал. - № 1. – 2014. – С. 93-96.
2. Карабинская О. А., Изатулин В. Г., Макаров О. А. и др. Основные проблемы питания студентов в связи с их образом жизни // Сибирский медицинский журнал. – 2011. - № 4. – С. 80-83.
3. Кузнецов В. Д. Гигиеническая оценка питания современных студентов-медиков // Вопросы питания. - Т. 85. - № 2. - 2016. С. 102-103.
4. Кузнецов В. Д., Зубцов Ю. Н. Здоровый образ жизни - приоритетное направление сохранения здоровья // Вопросы питания. - Т. 85. - № 2. - 2016. - С. 103-104.

5. Цыганкова А. И., Жигулина В. В. Оценка питания студентов медицинского вуза: проблемы и пути их решения // Материалы 62-ой Всероссийской межвузовской студенческой научной конференции «Молодежь, наука, медицина» / Твер. гос. мед. акад.; Ред.-изд. центр Твер. гос. мед. акад., 2016. - С. 530-531.
6. Дрожжина Н.А., Максименко Л.В. Организация питания студентов // Вестник РУДН. серия Медицина. - 2013. - № 1. – С. 112-117.
7. Жигулина В.В., Двоенко Е.А. Особенности питания и соблюдения здорового образа жизни студентов медицинского колледжа // Научный альманах. - № 7-1 (33). - Тамбов, 2017. - С. 210-213.
8. Страхова И. Б. Рациональное питание как фактор здорового образа жизни студенческой молодежи // Интерэкспо Гео-Сибирь. - 2015. - Т. 6. - №. 2. – С. 168-172.

УДК 616-053.2:577.161.2

Г. О. Смирнова, 6 курс, лечебный факультет
ФГБОУ ВО Иркутский ГМУ Минздрава России, г. Иркутск, Россия
Кафедра детских болезней
Научный руководитель: к.м.н., доцент Е. И. Жданова

ПОКАЗАТЕЛИ ВИТАМИНА $Д_3$(25ОН) У ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Задержка физического развития у детей является отражением неблагополучного состояния организма, в целом, и долгое время может быть единственным проявлением тяжелых заболеваний.

По данным популяционных исследований 3 % детского населения Российской Федерации страдают низкорослостью [1]. Одним из многочисленных факторов задержки роста у детей, по исследованиям Центра биотической медицины, является дисбаланс макро, микроэлементов и витаминов [2].

Из витаминов на первый план выходит $Д_3$(25ОН), обладающий множеством функций в организме. В рамках исследуемой проблемы – низкорослости у детей, актуально его влияние на фосфорно-кальциевый обмен, путем стимуляции биосинтеза кальций-транспортного белка, усиления обратного всасывания Са из первичной мочи, а также отложения Са и Р в костную ткань [3].

Анализируя причинно-значимые факторы задержки физического развития, изучая ранее проведенные исследования в этой области, не было найдено работ, выявляющих уровень витамина $Д_3$(25ОН) у пациентов с задержкой физического развития, что и послужило основанием для проведения исследования [4].

Цель исследования: определение уровня витамина $Д_3$(25ОН) у детей с задержкой физического развития, выявление возможной взаимосвязи между уровнем витамина $Д_3$(25-ОН) и степенью задержки физического развития.

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе педиатрического отделения ОГАУЗ» Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница». Были проанализированы истории болезни детей с диагнозом: задержка физического развития, проходивших обследование и лечение в 2014-2016 гг.

Витамин $Д_3$(25ОН) определяли однократно, при первичном обследовании больного, за норму брали уровень – 30 нг/мл.

Всего проанализировано 44 истории болезни детей в возрасте от 1 до 15 лет. Из анализа были исключены 5 историй болезней, где по результатам обследования детей, уровень витамина $Д_3$(25ОН) был несколько выше оптимального значения. Средний уровень витамина $Д_3$(25ОН) в этой группе составил 34,78 нг/мл. Остальные 39 (88,6 %) пациентов были ранжированы по разным признакам.

Результаты и обсуждение

Распределение по полу: 62 % мальчики, 38 % девочки. Распределение по возрасту: до 3 лет – 9 %, от 4 до 7 лет – 24 %, с 8 до 11 лет – 31 %,старше 11 лет – 36 % детей.

Путем математических расчетов определили средний уровень $Д_3$(25OH) в группе исследования и среднюю арифметическую ошибку - 14,02 нг/мл±5,4нг/мл.

Для всех был рассчитан SDS (коэффициент стандартного отклонения) роста и ИМТ. Сформированы группы по значениям показателей SDS.

По SDS роста было выделено три группы (таблица 1). SDS роста со значениями до -2,0 имели 38,5 % детей, а средний уровень витамина $Д_3$(25OH) в этой группе составил 14,3±4,4 нг/мл; SDS роста со значениями от -2,0 до -3,0 имели 54 % детей, средний уровень витамина $Д_3$(25OH) в этой группе составил 14,08±4,66 нг/мл; 7,5 % составила группа детей с показателем SDS роста свыше -3,0, у них средний уровень витамина был 12,14±6,09.

По SDS ИМТ сформированы две группы (таблица 2). Первая группа с показателем до -1,8 составила 78,5 % и средний уровень $Д_3$(25OH) был равен 12,8±5,6 нг/мл, вторая группа (21,5 %) с показателями SDS ИМТ от -2,0 до -3,0, в которой значение уровня витамина составило 10,7±4,12 нг/мл.

Таблица 1 – Соотношение роста и уровня $Д_3$(25OH)

SDS роста	до -2.0	-2.0 до -3.0	больше -3.0
Частота встречаемости, %	38,5	54	7,5
Уровень витамина $Д_3$(25OH)	14,3±4,4 нг/мл	14,08±4,66 нг/мл	12,14±6,09 нг/мл

Таблица 2 - Соотношение роста и уровня $Д_3$(25OH) по группам

SDS ИМТ	До -1,8	От -2,0 до -3,0
Частота встречаемости, %	78,5	21,5
Уровень витамина $Д_3$(25OH)	12,8±5,6 нг/мл	10,7±4,12 нг/мл.

Заключение

Только у 11,4 % детей с задержкой физического развития уровень витамина $Д_3$(25OH) соответствовал норме. В 88,6 % случаев имел место дефицит витамина $Д_3$(25OH). Средний показатель уровня витамина $Д_3$(25OH) у детей с задержкой физического развития составил 14,02±5,4 нг/мл. В группах, ранжированных по разным уровням SDS роста и ИМТ, статистически значимых различий в показателях витамина $Д_3$(25OH) выявить не удалось. Учитывая результаты работы, целесообразно включение в перечень стандартов обследования у данной категории детей исследование на уровень витамина $Д_3$(25OH) для своевременного выявления дефицита и коррекции патологического состояния.

Литература

1. Шварц И. Д. Задержка развития – старая беда нового тысячелетия/ Международный медицинский журнал. – 2001. - №5. – С. 460-468.
2. http://www.microelements.ru
3. Коганова Т. И., Кучумова О. В. Факторы риска задержки физического развития у детей/ Вопросы современной педиатрии. – 2008. - №2. – С. 128-130.
4. Смирнова Г. О. Уровень витамина Д как причина задержки физического развития / 84-я Всероссийская Байкальская научно-практическая конференция молодых ученых и студентов с международным участием «Актуальные вопросы современной медицины». – С. 281–282.

УДК 616.31 -08-029.71

М. В. Смирнова, 5 курс, стоматологический факультет; Л. Н. Соколова
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра детской стоматологии и ортодонтии
с курсом детской стоматологии ФДПО, интернатуры и ординатуры
Научный руководитель: к.м.н., доцент Л. Н. Соколова

«ЛИГА УЛЫБКИ» - ВОЛОНТЕРСКИЙ ОТРЯД СМОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

Риск развития стоматологических заболеваний наиболее высок именно в детском возрасте: навыки по уходу за полостью рта плохо сформированы, контроль за чисткой зубов со стороны родителей снижен и гигиена полости рта не всегда хорошая. Почти 50 % детей в возрасте 5 лет чистят зубы нерегулярно. Показатель индекса гигиены полости рта Федорова-Володкиной составляет 2,6-2,9 и расценивается как неудовлетворительный. К 13-15 годам состояние гигиены полости рта не улучшается и составляет по индексу Грина - Вермильона (OHI-S) в среднем, 2,5 балла - удовлетворительная гигиена.

Распространенность кариеса временных зубов в возрасте 2-3 лет составляет 45 %, а интенсивность кариеса зубов (по индексу кпу) – 1,92. С возрастом эти показатели прогрессируют и к 15-17 годам составляют 80-95 % и 5,5, соответственно. В подростковом возрасте высока вероятность возникновения воспалительных заболеваний пародонта. Начальные признаки поражения тканей пародонта (кровоточивость десен, зубной камень) выявляются у 41 % пятнадцатилетних детей. Через несколько лет девушки-подростки создадут семьи. Беременные женщины образуют группу риска по стоматологическим заболеваниям, а плохая осведомленность родителей о гигиене полости рта и профилактике стоматологических заболеваний являются одним из главных факторов риска возникновения кариеса у детей.

Результаты анкетирования детей и их родителей выявляют низкий уровень стоматологических знаний.

Цель исследования: повышение уровня знаний детей г. Твери по вопросам гигиены полости рта и профилактики стоматологических заболеваний путем разработки и проведения уроков стоматологического здоровья с детьми различного возраста.

Материалы и методы

Для выявления уровня знаний детей г. Твери по вопросам оральной гигиены и здоровья полости рта разработаны и проанализированы анонимные анкеты. Они включали вопросы по чистке зубов, выбору зубной пасты, режиму замены зубной щетки, питанию, кратности посещения стоматолога. В анкетах для подростков кроме этого предлагались вопросы по выявлению знаний у старшеклассников симптомов стоматологических заболеваний. Проанкетированы 162 ученика начальной школы и 100 учеников старших классов.

На кафедре детской стоматологии и ортодонтии ТГМУ сложилась традиция проведения стоматологического просвещения силами студентов-стоматологов 2-5 курса и

клинических ординаторов. В 2015 году был создан волонтерский отряд «Лига Улыбки». Отряд разработал адресные уроки здоровья для беременных женщин, дошкольников, младших, средних и старших школьников, а также для их родителей. Каждая программа способствует формированию здорового образа жизни, помогает заботиться о здоровье органов полости рта и организма в целом, информирует о современных методах профилактики стоматологических заболеваний и обязательно учитывает возрастные и психологические особенности восприятия и поведения аудитории.

Стоматологическое просвещение для детей дошкольного возраста, посещающих детские дошкольные учреждения г. Твери, проводится уже более 30 лет в рамках производственной практики «Помощник врача-стоматолога (гигиениста)». В течение двух недель студенты выявляют факторы риска развития стоматологических заболеваний, обучают детей методам чистки зубов, разучивают с ними стихи на гигиенические темы, проводят «Конкурс на самые чистые зубы». Занятия строятся с учетом психологических особенностей детского возраста и не превышают 10-15 минут, проходят в присутствии педагогов. Во время практики студенты проводят родительские собрания, на которых они дают советы по выбору зубных щеток и паст для дошкольников, рациональному питанию, правилам поведения у стоматолога.

Просветительская работа с детьми 5-10 лет осуществляются на основе международной детской образовательной программы «Ослепительная улыбка на всю жизнь» при поддержке СтАР и фирмы Colgate. На уроках здоровья, проводимых в дошкольных образовательных учреждениях и школах г. Твери, мы рассказываем о строении и функции зубов, предметах и средствах гигиены полости рта, травмах челюстно-лицевой области и вредных привычках, обучаем чистке зубов на моделях челюстей.

Для учеников начальной школы наши студенты создали «Стоматологическую азбуку для школьников», где каждая буква олицетворяет предмет или средство гигиены полости рта, стоматологическое заболевание, органы и части челюстно-лицевой области и другие слова, помогающие детям более тесно познакомиться с стоматологией. Значение каждого слова объясняется ребятам и дается краткий поучающий рассказ.

Для школьников 5-8 классов разработана интерактивная игра «Моя улыбка – моя визитка» с вопросами на различные темы, посвященные стоматологическим заболеваниям и их профилактике, направленная на повышение уровня знаний детей по этим вопросам. Вопросы делятся на категории по степеням сложности и имеют определенную «стоимость». Школьников делим на команды, и в ходе игры они соревнуются, стараются заработать больше баллов. Команда-победительница получает небольшой тематический приз.

Для старших школьников нами создан урок здоровья «Стоматологическое просвещение подростков». Помимо вопросов особенностей индивидуальной гигиены полости рта, применения дополнительных средств оральной гигиены, профилактики болезней зубов и пародонта, на нем обсуждаются такие проблемы здорового образа жизни, как вредные привычки в молодежной среде, неправильное питание, табакокурение и пирсинг.

Урок стоматологического здоровья «Такой коварный поцелуй» ориентирован на школьников 10-11 классов. Подростковый возраст полон безрассудства и необдуманных

поступков, но не каждый подросток подозревает, какие последствия могут ожидать его после одного «невинного» поцелуя. Наша задача проинформировать его о всех аспектах стоматологических, микробиологических и дерматовенерологических опасностей.

Волонтерская деятельность студентов-стоматологов не прекращается и в каникулярное время. По просьбам педагогов мы проводим подобные мероприятия в загородных оздоровительных и городских лагерях при школах г. Твери. У волонтерского отряда «Лига Улыбки» большие планы по стоматологическому просвещению беременных женщин. Мероприятия по профилактике стоматологических заболеваний у будущих матерей преследуют одновременно две цели: улучшение стоматологического статуса матери и осуществление антенатальной профилактики болезней зубов у ребенка. Студенты-стоматологи планируют проводить обучение и контроль над гигиеной полости рта беременных в женских консультациях, знакомить их с дополнительными предметами и средствами гигиены, пропагандировать рациональное питание, грудное вскармливание, обучение уходу за молочными и постоянными зубами у малышей сразу после их прорезывания.

Результаты и обсуждение

Результаты анализа анкет младших школьников показали, что все они чистят зубы, но большинство делают это один раз в день, не учитывая времени чистки, не полощут рот после еды, едят сладкое не менее трех раз в день и посещают стоматолога только тогда, когда болят зубы. При этом они хотят иметь здоровые зубы и красивую улыбку. Из анкет старшеклассников мы узнали, что более 50 % подростков нарушают адекватный режим гигиены полости рта и чистят зубы до завтрака, лишь 67 % респондентов ухаживают за зубами перед сном. Только 44 % опрошенных тратят на чистку зубов рекомендуемые 2-3 минуты, четверть анкетируемых кроме зубных щеток и паст ничего не используют. Почти 60 % подростков нарушают режим использования жевательной резинки как дополнительного средства гигиены. К сожалению, и старшая группа опрошенных пренебрегает профилактическими осмотрами стоматологов.

Заключение

Современное подрастающее поколение находится в насыщенном информационном поле, однако, страдает от нехватки знаний по вопросам здоровья полости рта. Именно поэтому мы должны постоянно заниматься стоматологическим просвещением детей, продолжать традицию и привлекать в волонтерскую деятельность добровольцев младших курсов. Также нашей задачей в формировании здорового поколения является вовлечение родителей, воспитателей, учителей, медицинских работников учебных учреждений. Поэтому мы планируем параллельно с уроками здоровья для детей проводить родительские собрания в тех же группах ДОУ и классах.

Литература

1. Гинали Н. В., Дружинина С. Н. Мотивация и формы обучения гигиене рта, критерии оценки эффективности. Учебно-методическое пособие, Смоленск, 2004. – 34 с.

2. Косюга С. Ю., Балабина Т. С., Тимофеева Е. Н. Уровень стоматологического просвещения среди детей и их родителей согласно анкетированию // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 6.
3. Кузьмина Э. М. Стоматологическая заболеваемость населения России. – М.: Медицина, 2009. – 236 с.
4. Лунева Н. А. Оценка состояния гигиены полости рта у старшеклассников в течение пяти лет после окончания проведения образовательной программы профилактики. http://www.volgostom.ru
5. Терехова Т. Н., Козловская Л. В. Эффективность программы обучения детей раннего возраста навыкам гигиены рта в условияхдошкольного образовательного учреждения/ Стоматология детского возраста и профилактика. – 2009. - №4. – С. 67–71 с.

УДК 615.322:582

А. В. Соколова, О. С. Шестова, А. А. Эминова, Д. А. Калинин, студенты 5 курса фармацевтического факультета; О. А Богомолова
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра управления и экономики фармации с курсами фармакогнозии, фармацевтической технологии, фармацевтической и токсикологической химии
Научный руководитель: ассистент О. А. Богомолова

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОДЕРЖАНИЯ ОРГАНИЧЕСКИХ КИСЛОТ В ВОДНЫХ И ВОДНО-СПИРТОВЫХ ИЗВЛЕЧЕНИЯХ ИЗ ПЛОДОВ ШИПОВНИКА, ПРОИЗРАСТАЮЩЕГО В ТВЕРСКОЙ, МОСКОВСКОЙ И ВЛАДИМИРСКОЙ ОБЛАСТЯХ

Плоды шиповника – это лекарственное растительное сырье, содержащее максимальное количество аскорбиновой кислоты. Кроме того, сырье содержит богатый комплекс органических кислот, проявляющих широкий диапазон биологической активности. Они обладают антиоксидантной, противовоспалительной, иммуномодулирующей активностью, принимают участие в обмене веществ, положительно влияют на усвоение пищи, создают благоприятные условия для жизнедеятельности полезных микроорганизмов кишечника. Одним из числовых показателей, определяющих качество плодов шиповника, является процентное содержание свободных органических кислот. Известно, что растения одного вида, произрастающие в различных климатически условиях, накапливают различное количество органических веществ. Также, на содержание биологически активных веществу в готовом продукте оказывает влияние технология изготовления извлечений из лекарственного растительного сырья.

Цель исследования: провести сравнительную оценку содержания органических кислот в водных и водно-спиртовых извлечениях из плодов шиповника, произрастающего в Тверской, Московской и Владимирской областях.

Материалы и методы

Объектами исследования явились водные и водно-спиртовые извлечения из плодов шиповника майского (Rosa majalis), собранные после полного созревания на территории Московской области (город Дмитров), Тверской области (в черте города Твери) и Владимирской области (город Александров). Плоды шиповника майского гладкие, от оранжевого до красного цвета, круглой или эллиптической формы. Внутри плода – волосистые плоды-орешки, пространство между которыми заполнено щетинистыми волосками. Содержание суммы органических кислот, согласно ГФ XI издания – не менее 2,6 %.

Для изготовления водного извлечения из плодов шиповника 10 г плодов помещали в перфорированный инфундирный стакан, а затем в инфундирку, заранее нагретую на кипящей водяной бане в течение 15 мин, заливали 111 мл воды комнатной температуры (с учетом коэффициента водопоглощения – 1,1), закрывали крышкой и настаивали на кипящей водяной бане30 минут. Затем инфундирку снимали с водяной бани, выдерживали в течение

10 минут при комнатной температуре, после чего процеживали, отжимая остаток лекарственного растительного сырья, и добавляли воду до 100 мл.

Для изготовления водно-спиртовой вытяжки 10 г плодов шиповника помещали в стеклянный сосуд из темного стекла, заливали экстрагентом (спирт этиловый 70 %), плотно укупоривали и настаивали 7 суток, перемешивая содержимое ежедневно. Затем образовавшуюся вытяжку сливали, оставшееся в настойнике сырье тщательно отжимали, промывали небольшим количеством чистого экстрагента и вновь отжимали, после чего отжатые вытяжки объединяли с основой. После завершения процесса экстракции настойку отстаивали при температуре не выше 10^{o}C не менее 7 суток до получения прозрачной жидкости и фильтровали.

Количественное содержание органических кислот в извлечениях определяли методом алкалиметрического титрования. Для этого отбирали 10 мл извлечения, помещали в колбу вместимостью 200 мл, прибавляли 100 мл свежепрокипяченой воды, 6 капель 1 % спиртового раствора фенолфталеина, 12 капель 0,1 % спиртового раствора метиленового синего и титровали раствором 0,01 моль/л едкого натра до перехода окраски от зеленовато-голубой до лиловой. Параллельно проводили контрольный опыт. Содержание суммы свободных органических кислот в пересчете на яблочную кислоту в процентах (X) вычисляли по формуле:

$$X, \% = \frac{(V_o - V_k) * K * 0,00067 * 100 * 200 * 100}{10 * a *}$$, где:

0,00067 – количество яблочной кислоты, соответствующее 1 мл раствора едкого натра (0,01 моль/л), в граммах; V_o – объем раствора едкого натра, пошедшего на титрование в основном опыте, в миллилитрах; V_k – объем раствора едкого натра, пошедшего на титрование в контрольном опыте, в миллилитрах; а – масса сырья в граммах.

Результаты и обсуждение

В ходе экспериментального исследования были изготовлены 6 опытных образцов из плодов шиповника. Результаты определения суммы свободных органических кислот в плодах шиповника различных образцов представлены в таблице 1.

Таблица 1 - Количественное содержание свободных органических кислот в плодах шиповника, в пересчете на яблочную кислоту

№ п/п	Образец опыта	Содержание свободных органических кислот в пересчете на яблочную кислоту, %
1	Водное извлечение из плодов шиповника, произрастающего в г. Тверь	3,45
2	Водное извлечение из плодов шиповника, произрастающего в г. Дмитров	2,81
3	Водное извлечение из плодов шиповника,	2,97

	произрастающего в г. Александров	
4	Водно-спиртовое извлечение из плодов шиповника, произрастающего в г. Тверь	3,25
5	Водно-спиртовое извлечение из плодов шиповника, произрастающего в г. Дмитров	2,69
6	Водно-спиртовое извлечение из плодов шиповника, произрастающего в г. Александров	2,81

Анализ полученных результатов показал, что все изготовленные образцы соответствуют требованию ГФ XI издания по числовому показателю содержания органических кислот (не менее 2,6 %). Было установлено, что наибольшее количество органических кислот содержится в водном и водно-спиртовом извлечениях из плодов шиповника, произрастающего в Тверском регионе (г. Тверь), и составило 3,45 % и 3,25 %. Содержание органических кислот в водном извлечении из плодов шиповника г. Тверь в 1,2 раза больше, чем в извлечениях из плодов шиповника г. Дмитров и г. Александров. Содержание органических кислот в водном и водно-спиртовом извлечении из плодов шиповника Тверского региона достоверно не отличалось между собой, что показывает об отсутствии влияния выбора технологии изготовления извлечения на содержание органических кислот в готовом продукте.

Выводы

1. Все изготовленные образцы соответствуют требованию ГФ XI издания по числовому показателю содержания органических кислот (не менее 2,6 %).
2. Наибольшее содержание свободных органических кислот было выявлено в водном и водно-спиртовом извлечениях из плодов шиповника, произрастающего в Тверском регионе (г. Тверь).

Литература

1. Абдуллина С. Г., Агапова Н. М., Лира О. А. и др. Кулонометрическое определение содержания свободных органических кислот в плодах шиповника // Химико-фармацевтический журнал. - 2011. - Т. 45, № 5. - С. 25–27.
2. Сергунова Е. В., Сорокина А. А., Корнюшина М. А. Изучение экстракционных препаратов шиповника // Фармация. - 2012. - №2. - С. 14-16.
3. Сергунова Е. В., Самылина И. А., Сорокина А. А. Исследования по стандартизации растительных сборов с плодами шиповника // Фармация. - 2004. - С. 16–17.
4. Федоровский Н. Н., Марахова А. И., Сорокина А. А. и др. Потенциометрическое титрование в анализе водных извлечений // Фармация. - 2008. - № 2. - С. 15–16.

УДК 617.52-089-053.2:616.89-02

А. Р. Соколова, 5 курс, стоматологический факультет
ФГБОУ ВО Московский ГМСУ имени А. И. Евдокимова Минздрава России,
г. Москва, Россия
Кафедра детской челюстно-лицевой хирургии
Научный руководитель: старший научный сотрудник Т. С. Перепечко

ВЛИЯНИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРОПОРЦИЙ И ЧЕРТ ЛИЦА В РЕЗУЛЬТАТЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ДЕТЕЙ, СТЕПЕНЬ ИХ ТРЕВОЖНОСТИ И СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС

Формирование психоэмоционального состояния, социального статуса детей с патологиями ЧЛО (челюстно-лицевой области), происходит под влиянием многих факторов: видимая внешне физическая патология, характер отношений в семье, низкая личностная самооценка. Для человека как для личности важно иметь адекватную самооценку, ведь благодаря этому он может избежать проблем в общении, в профессиональной сфере деятельности, в отношениях с родными. У детей с врожденными патологиями психологическая поддержка, начатая еще в раннем возрасте, обеспечивает высокий уровень их социализации в будущем [1].

Ссылаясь на исследования В. А.Зеленского, в его работе: «Результаты психологического тестирования детей с врожденными пороками развития лица в динамике», можно отметить, что при проведении теста Люшера у 29 детей с врожденными аномалиями ЧЛО (64,44 %) психологический статус характеризовался эмоциональной напряженностью, низкой стрессоустойчивостью. Кроме того, отмечено, что у 12 детей обследуемой группы (26,67%) наблюдаются депрессивные состояния в виде подавленности, плаксивости, плохого ночного сна, снижения аппетита и т.д. [2]. Также важно отметить, что существует малое количество научных работ на тему психологической диагностики и реабилитации детей с патологиями ЧЛО.

Цель исследования: определение степени влияния изменений пропорций и черт лица в результате хирургического лечения на психоэмоциональное состояния детей, степень их тревожности и социальный статус.

Задачи исследования:

- Получение и обработка диагностических данных по психологическому статусу детей с патологиями ЧЛО;
- Составление и обоснование рекомендаций по повышению эффективности медико-социальной реабилитации детей с патологиями ЧЛО в пред- и послеоперационном периодах.

Материалы и методы

Использовался обсервационный продольный тип исследования. Для тестирования пациентов были отобраны следующие методики: Шкала определения уровня депрессии Зунге (адаптация Т. И. Балашовой); цветовой диагностический тест М. Люшера;

проективные методики: «Дерево с человечками», тест руки Вагнера (Hand тест); методика диагностики самооценки и внутреннего состояния Дембо-Рубинштейн.

Основную группу обследуемых составили дети двух возрастных групп: СД (старшей дошкольной) - 4 человека с диагнозом: врожденная расщелина губы и неба; и СШ (старшей школьной) – 5 человек с диагнозом: II, III скелетный класс аномалий окклюзии. Группы обследуемых активно проходили на базе стационарного отделения детской челюстно-лицевой хирургии МГМСУ им. А. И. Евдокимова этапные хирургические вмешательства. Все тестирование проходило в два этапа: 1 этап - до операции, через пару дней после поступления в стационар , 2 этап - накануне выписки, после операции.

Основанием выбора данных методик явились следующие факторы:

- простота процесса тестирования и относительная быстрота обработки;
- частичная независимость от половых, интеллектуальных особенностей испытуемого;
- допустимость неоднократного тестирования;
- возможность оценить у пациентов их настроение, состояние, самооценку, положение в обществе, агрессивность, уровень тревожности.

С помощью методики М. Люшера можно диагностировать нервно-психическое состояние и выявить внутриличностные конфликты. В основе лежит феномен цветопредпочтения.

Для дифференциальной диагностики депрессивных состояний использовался опросник «Шкала депрессии Зунге (адаптация Т. И.Балашовой)». Это опросник из 20 вопросов, на которые даны 4 варианта ответа: никогда, иногда, часто, постоянно. Методика Дембо-Рубинштейна позволяет исследовать уровень самооценкипо шкалам: здоровье, уверенность, счастье, привлекательность, авторитетность у сверстников, доброта.

Тест «Дерево с человечками» показывает настоящее и желаемое состояние человека, а также его адаптация и положение в обществе.

Тест руки Вагнера. Проективная методика направлена на оценку уровня агрессивности в состоянии человека. Стимульный материал – стандартные 9 изображений кисти руки и одно без изображения.

Результаты и обсуждение

Результаты теста «Шкала депрессии Зунге» свидетельствуют о значительных переменах и положительной динамике в морально-психологическом состоянии пациентов. Показатели уровня депрессии до и после операций определялся в норме, но у 3 из 5 детей СШ возраста в послеоперационном периоде уровень депрессии снизился.

При проведении Hand теста была использована компьютерная программа анализа, разработанная специально для этого теста. Результаты показали, что у 2 из 5 пациентов СШ возраста было выявлено наличие выраженной психопатологии на дооперационном этапе, которая после проведения операции свелась к минимуму, либо вообще исчезла. На послеоперационном этапеу 3 из 5 детей отмечалось повышенное значение коммуникации, что говорит об их намерении занять устойчивую позицию в обществе и стремлении к общению.

Тестирование Дембо-Рубинштейн выявило, что у всех детей СД группы субъективное состояние здоровья, доброты, счастья выше среднего до операции, за исключением одной

девочки, у которой показатель счастья находился на нижней границе шкалы. У 3-х детей по результатам оценки их сил, возможностей, уровня счастья после операции все изменилось в лучшую сторону, у одного с незначительными изменениями. При тестировании СШ группы были добавлены субъективные параметры: привлекательность, уверенность, авторитет среди сверстников. Внешность, привлекательность имеют огромное значение для формирования характера индивидуума, его возможности для самореализации. [4] Наиболее благоприятными с точки зрения личностного развития являются следующие результаты: средний, высокий или даже очень высокий (но не выходящий за пределы шкалы) уровень притязаний, сочетающийся со средней или высокой самооценкой при умеренном расхождении этих уровней. Так, все показатели СШ группы находятся на среднем или высоком уровне, т.е. в норме, за исключением одного, у которого показатели выходят за пределы шкалы, что обусловлено завышенными ожиданиями и амбициями.

Отобранная группа пациентов также проходила цветовой диагностический тест М. Люшера. Существует идеальная последовательность предпочтения цветов, которую выявил Люшер. Нарушение этой идеальной последовательности сочетается с отклонением от аутогенной нормы, так называемой индикатором психологического благополучия. Результаты исследования свидетельствуют о несомненной связи между предпочтением определенных цветов и индивидуальными особенностями субъекта [3]. Так, например, у всех пациентов СД и СШ группы в предоперационном периоде отмечается высокий показатель отклонения от аутогенной нормы. Послеоперационные результаты показали, что у 66 % детей с аномалиями ЧЛО психологический статус характеризовался уменьшением эмоциональной напряженности, увеличением способностей к преодолению трудностей, стрессоустойвости.

С помощью методики «Дерево с человечками» можно диагностировать адаптацию детей к жизни и их положению в социуме. Так, можно проследить положительную динамику в выборе человечков в послеоперационном периоде. Выбор 55 % исследуемых свидетельствовал о нормальной адаптации к жизни, комфортном состоянии, устойчивом положении в обществе, а у 45 % детей отмечена установка на преодоление препятствий, стремление к дружеской поддержке.

Заключение

Отмечена положительная динамика результатов послеоперационного тестирования по сравнению с дооперационными (снижение эмоциональной напряженности, тенденция к повышению адаптации к жизни, снижение уровня агрессивности, повышение субъективной оценки уровня счастья). Отличие полученных послеоперационных результатов от дооперационных свидетельствует о готовности детей в это время занять устойчивое положение в обществе и наличии установки на преодоление трудностей, стремление к дружеской поддержке. Из этого следует ряд рекомендаций, направленных на принятие себя, облегчение коммуникации и стабилизацию авторитетного социального положения, а также применение психологических методик реабилитации в послеоперационном периоде этапного хирургического лечения, когда дети к этому наиболее готовы, и это соответствует их ожиданиям.

Таким образом, социально-психологическая реабилитация детей с патологиями челюстно-лицевой области – обязательный и важный этап комплексного лечения пациентов, перенесших реконструктивно-восстановительные операции. Реабилитационный курс состоит из множества социально-психологических воздействий, которые направлены на восстановление оптимального уровня жизнедеятельности больного [4].

Литература

1. Воробьева Т. С., Топольницкий О. З. Состояние медико-социальной реабилитации детей с врожденными расщелинами губы и неба (обзор отечественной литературы) / Сборник материалов XXXIX Итоговой научной конференции молодых ученых МГМСУ имени А. И. Евдокимова под общей ред. Вольской Е. А., Малявина А. Г. Москва: МГМСУ, 2017. – 326 с.
2. Зеленский В. А., Тарасова С. И., Беседина М. Л. Результаты психологического тестирования детей с врожденными пороками развития лица в динамике /Вестник Ставропольского государственного университета, С. 67-72.
3. Люшер М. Сигналы личности/ Воронеж, 1995. - 173 с.
4. Польма Л. В. Диагностика эстетических нарушений и планирование комплексной реабилитации пациентов с сагиттальными аномалиями окклюзии [Место защиты: Моск. гос. мед.-стоматолог. ун-т]. - Москва, 2009. - 49 с.
5. Харитонов Д. Ю. Социально-психологическая реабилитация пациентов после хирургических операций при несращениях губы, неба или сочетанных несращениях (обзор литературы) / Д. Ю. Харитонов, Н. Е. Митин, Т. В. Царькова // Наука молодых. – 2015. – №4. – С. 134–138.

УДК36-26

К. Ю. Соловьева, С. В. Шаламова, 3 курс, педиатрический факультет;
А. М. Морозов
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра общей хирургии
Научный руководитель: ассистент А. М. Морозов

ВЕКТОРЫ ЦЕННОСТЕЙ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Психологический портрет человека является многокомпонентным и сложным описанием личности, дающим ключ к пониманию ее основных особенностей. Составление психологического портрета современного студента-медика является путем к пониманию условий формирования личности врача. На основании данной работы можно проследить динамику факторов, определяющих личность будущего врача.

Цель исследования: оценить особенности различных сторон жизни современных студентов-медиков 1, 3 и выпускного (6 - лечебного и педиатрического, 5 - стоматологического факультетов) курсов их ценностных ориентаций, особенностей характера, выяснить, как данные положения влияют на становление личности врача, а так же провести сравнительную характеристику студентов разных курсов на основании данных критериях оценки.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 450 студентов, а именно: по 150 студентов 1, 3 и выпускного курсов лечебного, педиатрического и стоматологического факультетов. Было проведено анонимное анкетирование, включающие вопросы об отношении современных студентов к процессу обучения, а так же к их будущей профессии. Были использованы классические статистические методы для определения количества студентов, выбравших разные варианты ответов из предложенных в анкете.

Результаты и обсуждение

На вопрос о том, что больше нравится в будущей профессии большинство студентов 1, 3 и выпускного курсов ответили «хочу помогать людям» (1 курс – 58 %, 3 курс – 49 %, выпускной курс – 41 %). При этом процентное соотношение студентов ответивших на иные варианты ответа практически одинаковое, но распределение количества студентов, выбравших ответ «нравятся научные исследования в сфере медицины» разнятся. Например, 1 курс – 17 % выбрали данный ответ, 3 курс – 21 %, выпускной курс – только 3 % респондентов.

Большинство опрошенных 1 и 3 курсов на вопрос «Что для вас стало наиболее сложным в учебном процессе?» ответили: «большой объем учебной нагрузки» (67 % и 46 % соответственно). Мнение студентов выпускного курса разделилось: 38 % выпускников выбрали ответ «большой объем учебной нагрузки» и 33 % «задания в тестовой форме».

На вопрос: «Какие дисциплины для Вас наиболее интересны?» практически все опрошенные дали ответ «клинические дисциплины» (91 % - 1 курс, 90 % - 3 курс, 93 % - выпускной курс).

На вопрос: «Что Вы считаете важным, не очень важным и не важным для достижения успеха и благополучия в жизни?» - хорошее образование важно - выбрали 96 %, 86 % и 96 % 1, 3 и выпускной курсы, соответственно. При этом 0 % студентов 1 и 3 курса считают хорошее образование неважным критерием для достижения успеха, в то время как у студентов выпускного курса данный показатель равен 0,6 %.

Знакомства с людьми, имеющими авторитет в данной области, важно 64 %, 53 %, и 69 % 1, 3 и выпускной курсы, соответственно. При этом наименьшее количество респондентов, выбравших ответ «неважно» (0,6 %) являются студентами выпускного курса. Студенты 1 и 3 курсов выбирали данный ответ в количестве 8 % от общего числа опрошенных.

Целеустремленность, высокие амбиции - важно для 74 %, 61 % и 89 % - 1, 3 и выпускной курсы соответственно. При этом доля студентов 3 и выпускного курсов, выбравших ответ «неважно» составляет 0 %, в то время как доля студентов 1 курса выше и составляет 4 % от опрошенных.

Способности – важно для 92 %, 62 % и 96,4 % - 1, 3 и выпускной курсы, соответственно. Трудолюбие - важно для 95,5 % , 56 % и 92 % - 1, 3 и выпускной курсы, соответственно. Внешность - важно для 32 % студентов выпускного курса выбрали данный вариант ответа и составили наибольшее количество студентов, выбирающих внешность будущего врача как «важный критерий». Аналогично на поставленный вопрос ответило 14 % студентов-первокурсников и 21 % третьекурсников. При этом количество студентов, обозначивших данный критерий, как «неважно»: 73 % - 1 курс, 2 % - 3 курс, 21 % выпускной курс. «Не очень важно»: 13 %, 77 % и 47 %, соответственно, 1, 3 и выпускной курсы.

Обходительность, приятные манеры - важно: для 72 %, 82 % и 36 % студентов 1, 3 и выпускного курсов, соответственно. Причем мнение опрошенных 6 курса разделилось практически на равные части по всем трем критериям «важно», «не очень важно», и «неважно» 36 %, 26 % и 38 % соответственно.

Моральные качества - важно 91 %, 86 % и 61 % - 1, 3 и выпускной курсы. Доля студентов, ответивших «неважно» многочисленна у выпускного курса, а именно: 12 % (0 % - 1 курс, 1 % - 3 курс).

Ответственность – важно, выбрали абсолютное большинство выпускников и первокурсников (100 %). 82 % студентов 3 курса выбрали этот вариант ответа.

Сочувствие к людям – важно 97 %, 93 % и 37,6 %, соответственно, 1, 3 и выпускной курсы.

Подхалимство к вышестоящим людям – важно 2 %, 3 % и 1,6 % - 1, 3 и выпускной курсы соответственно.

Участие в общественных организациях – важно 13 %, 5 % и 1 % студентов 1, 3 и выпускной курсов соответственно выбрали данный вариант ответа.

В свободное время большинство студентов всех исследуемых курсов предпочитают проводить время на форумах или в социальных сетях. Индекс значимости для данного критерия составляет: 0,7; 0,82 и 0,41 у студентов 1, 3 и выпускного курсов соответственно. Самый низкий индекс значимости наблюдается в варианте ответа «ничего не делаю» - 0,3; - 0,64, - 0,8 у студентов 1, 3 и выпускного курсов, соответственно.

Большинство исследуемых после окончания университета планируют работать специалистами узкого профиля 71 %, 82 % и 59 %, соответственно. Причем никто из выпускников не планирует работать в сельской местности.

На вопрос «Сожалеете ли Вы о поступлении в медицинский университет?» отрицательный ответ дали 69 % студентов 1 курса, 81 % студентов 3 курса и 83 % студентов выпускного курса. Утвердительный ответ дали 0 %, 12 % и 6 % студентов 1, 3 и выпускного курсов, соответственно. Свою успеваемость как хорошую оценивают большинство выпускников, а именно: 64 %, 55 % 1 курс и 64 % 3 курс.

В общественных организациях состоят 18 % первокурсников, 23 % 3 курс и 27 % выпускников. Хорошими считают свои отношения со сверстниками большинство всех опрошенных студентов, а именно: 64 %, 84 % и 86 % студентов 1, 3 и выпускного курсов. При этом 0 % первокурсников оценивают отношения со сверстниками, как «плохие».

На вопрос «Как хорошо Вы справляете со стрессом?» были получены следующие ответы: хорошо – 42 %, 31 % и 54 % студентов соответственно 1, 3 и выпускной курсы. На остальные варианты ответа доли распределения числа опрошенных примерно одинаковы.

Заключение

В результате анкетирования и сравнительного анализа результатов анкетирования по 150 студентов 1, 3 и выпускного курса, лечебного, педиатрического и стоматологического факультетов было выявлено, что большинство студентов выбирают профессию врача, чтобы помогать людям. По мере возрастания курса, все меньше студентов отдают предпочтение такому критерию, как научные исследования в области медицины, после окончания медицинского университета абсолютное большинство учащихся идет работать в клинику, а фундаментальные дисциплины выбирает меньшинство студентов. Для многих студентов, участвовавших в исследовании, самым сложным в процессе обучения является такой фактор, как «большой объем учебной информации» и только мнение студентов 6 курса поделилось в данном вопросе пополам, часть студентов так же выбирают ответ «большой объем учебной информации», а часть «задания в тестовой форме» - этот критерий оценки является очень важным в расстановке акцентов на обучение будущего поколения. В данном вопросе предлагались такие варианты ответа, как «при обучении не учитываются индивидуальные особенности», «недостаточное количество времени, или условий для самоподготовки к занятиям». Интересно, что на вопрос «Что Вы считаете важным, не очень важным и неважным для достижения успеха и благополучия в жизни?» процентное соотношение студентов исследуемых курсов, отвечавших на одни и те же вопросы положительно, либо отрицательно было практически одинаковым, за исключением некоторых критериев, например, такой критерий, как внешность, считают «важным», в основном, студенты 6 курса, «сочувствие к людям», «обходительность, приятные манеры», «высокие моральные качества» и главное «подхалимство к вышестоящим людям», как «важное» выбирают меньше студентов 6 курса. Важно, что в ходе исследования удалось выяснить, что для 100% выпускников, а также для большинства студентов 1 и 3 курсов «важным» критерием является ответственность. В свободное время большинство студентов всех исследуемых курсов предпочитают проводить время на форумах или в социальных сетях. Студенты-выпускники в большей степени, чем младшие курсы, отдавали

предпочтение ответу «провожу время с друзьями и семьей». Наименьшее число всех студентов выбрали ответ «ничего не делаю». Свою успеваемость как хорошую оценивают большинство выпускников. В общественных организациях состоит больше студентов выпускного курса, меньше - первокурсников, а 3 курс занимает промежуточное положение в данном вопросе. Наибольшее количество положительных ответов на вопрос, считают ли студенты свои отношения со сверстниками хорошими, дали студенты выпускного курса, наименьшее - первокурсники. Доля студентов, плохо справляющихся со стрессом, на 1 и выпускном курсе меньше, чем на 3. А доля тех, кто хорошо справляется со стрессовыми ситуациями, практически одинаково на каждом исследуемом курсе, но лидирующие положение занимают выпускники.

Литература

1. Аникина О. М. О необходимости создания службы психологического консультирования для студентов ВУЗа // Материалы научно-методической конференции «Традиции и инновации преподавания психиатрии и психологии на различных этапах медицинского образования». – Чебоксары, 2009. - 160 с.
2. Гуревич К. М. Дифференциальная психология и психодиагностика. Избранные труды. - СПб.: Питер, 2008. - 336 с.
3. Ильин Е. П. Дифференциальная психология профессиональной деятельности. - СПб.: Питер, 2008. - 432 с.
4. Морозов А. М. О возможностях определения актуальности темы научного исследования / Морозов А. М., Кадыков В. А., Пельтихина О. В., Аскеров Э. М., Морозова А. Д. // Синергия наук. - 2018. - № 19. - С.1018-1024. - URL: http://synergy-journal.ru/archive/article1670.
5. Соловьева К. Ю. Студенты Тверского ГМУ: ценностно-личностные характеристики / Соловьева К. Ю., Шаламова С. В. // Личность в меняющимся мире: Здоровье адаптация. - 2017. - С.432-435.
6. Соловьева К. Ю. Врач-стоматолог: психологические аспекты формирования будущего специалиста / Соловьева К. Ю., Шаламова С. В. // Личность в меняющимся мире: Здоровье адаптация развитие. - 2017. - С.378-381.
7. Соловьева К. Ю. Ценностно-личностные качества студентов ТГМУ как придикторов формирования личности врача / Соловьева К. Ю., Шаламова С. В. // Материалы Всероссийского молодежного форума с международным участием Неделя науки 2017: материалы Всероссийского молодежного форума с международным участием. - Ставрополь: Изд-во СтГМУ, 2017. - С. 650-651.

УДК 616.31-007-053.2: 616-018.2-007.17

М. С. Солонько, 5 курс, стоматологический факультет
ФГБОУ ВО Ивановская ГМА Минздрава России, г. Иваново, Россия
Кафедра стоматологии №2
Кафедра детских болезней лечебного факультета
Научные руководители: д.м.н., профессор Е. Е. Краснова,
к.м.д., доцент Ю. В. Чистякова, ассистент А. В. Касаткина

АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ПРИКУСА У ДЕТЕЙ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

По статистике, более 95 % людей имеют нарушения прикуса. В настоящее время идет поиск путей совершенствования лечения пациентов с ортодонтическими нарушениями. При этом активно обсуждается взаимосвязь аномального прикуса (окклюзии) с нарушениями опорно-двигательного аппарата, в первую очередь с нарушениями осанки, и предлагается комплексное лечение таких пациентов совместно ортодонтом и ортопедом. В то же время нарушения со стороны зубочелюстного аппарата и костно-суставной системы характерны для дисплазии соединительной ткани (ДСТ), клинические проявления которой обусловлены аномалией в первую очередь коллагеновых волокон. Последние являются преобладающим компонентом внеклеточного матрикса кожи, сухожилий, костной, хрящевой ткани, стромы всех паренхиматозных органов и стенок желчного пузыря, желудка и кишечника, стенок кровеносных сосудов и базальных мембран. Важнейшей функцией коллагеновых волокон является опорная функция. ДСТ наиболее часто приводит к нарушению созревания морфологических структур костей, связок и зубов.

Цель исследования: выявить встречаемость дисплазии соединительной ткани у детей с аномалиями окклюзии.

Материалы и методы

Обследовано 60 детей (24 мальчика, 36 девочек), в возрасте от 6 до 12 лет, родители которых обратились к стоматологу-ортодонту с жалобами на неудовлетворительную эстетику зубочелюстной системы своего ребенка. При осмотре оценивали состояние полости рта, височно-нижнечелюстного сустава, характер прикуса. С целью оценки соотношения размеров костных структур, в частности, для определения точного расположения зубов, степени их смещения или наклона выполняли телерентгенографию головы в боковой проекции (ТРГ). Кроме того, все пациенты были обследованы на предмет выявления внешних фенотипических признаков дисплазии соединительной ткани. Тяжесть ДСТ и вариант фенотипа определяли с учетом значимости каждого диспластического признака в соответствии с Российскими рекомендациями (2015). При необходимости (выявлении нарушения осанки, сколиоза) проводили консультацию ортопеда и рентгенологическое исследование позвоночника.

Результаты и обсуждение

Ортодонтическое обследование показало, что наиболее частой патологией у детей было нарушение прикуса в боковых отделах, а именно, дистальный прикус (48 % случаев) и

мезиальный прикус (15 % случаев). У остальных 37 % детей выявлены нарушения соотношения зубов в переднем отделе.

У всех детей с нарушением окклюзии были выявлены признаки дисплазии соединительной ткани, среди которых наиболее часто встречались нарушения осанки разной степени выраженности (100 %), готическое небо (92 %), гипермобильность суставов (37 %), тонкая кожа и гиперэластичная кожа (33 %), деформация грудной клетки (30 %), плоскостопие и вальгусная установка стоп (12 %). Среди зубочелюстных проявлений ДСТ были готическое небо (92 %), множественный кариес (29 %), некариозные поражения эмали (12 %), аномалии прорезывания зубов, проявляющиеся прорезыванием зуба вне зубной дуги, изменением положения зуба в зубном ряду (27 %).

Балльная оценка диспластических признаков позволила установить, что ДСТ I степени (популяционная норма) имела место у 17 % детей, II степени – у 57,6 %, III степени – у 23,7 %. У пациентов с ДСТ I степени в 100 % случаях выявлены нарушения осанки во фронтальной или сагиттальной плоскостях. При увеличении тяжести дисплазии повышалась частота встречаемости более серьезных отклонений (S-образный грудопоясничный сколиоз разной степени, избыточный поясничный лордоз), выявленных почти у трети детей с ДСТ II и III степени. У остальных пациентов этих групп также отмечалась вялая осанка. Полученные данные подтверждают тесную взаимосвязь нарушений окклюзии с нарушениями.

Оценка тяжести дисплазии у детей с разными фенотипами показала, что при марфаноподобном фенотипе у половины (50 %) детей дисплазия была III степени, у другой половины (50 %) – II степени. I степени ДСТ у этой категории пациентов не было.

У пациентов с элерсоподобным фенотипом наиболее часто выявляли дисплазию II степени - 28,33 %, реже - III степени (6,67 %) и I степени (5,0 %).

Среди детей с неклассифицированным фенотипом 10% детей были с I степенью, треть – со II степенью 16,67 % и 3,33 % детей с III степенью ДСТ.

Таким образом, у всех детей с аномалией окклюзии имела место системная дисплазия соединительной ткани, проявляющаяся как зубочелюстными нарушениями, так и нарушениями опорно-двигательного аппарата, кожи и мышц. Это позволяет рассматривать нарушенный прикус, наряду с нарушениями осанки, в качестве одного из значимых проявлений ДСТ. Следовательно, комплексное лечение таких пациентов должно включать не только ортодонтическую и ортопедическую коррекцию, но и медикаментозные препараты, направленные на нормализацию метаболизма соединительной ткани.

Литература

1. Черемисова В. С. Данные центрографического анализа пациентов с дистальной окклюзией до и после ортодонтического лечения / В. С. Черемисова //Труды конференции XXX юбилейной итоговой конференции молодых ученых МГМСУ. – 2008. – С. 368-369.

2. Persin L. S., Popova I. V., Cheremisova V. S., Rizhinashvili N. Z., Kovalenko A. V. Determinare la posizionedellearcate in occlusion con l´analisicefalometrica. / L. S.Persin [et al.] // Corriere Medico Odontoiatria. – 2011. – №2. – P. 48-53.
3. Карпова В. С., Польма Л. В., Бугровецкая О. Г., Персин Л. С., Ульянкина О. О., Тыминская А. А. Осанка и окклюзия. Обзор литературы / В. С. Карпова [и др.] // Ортодонтия. – 2012. – № 4 (60). – С. 8-13.
4. Алгоритмы диагностики распространенных диспластических синдромов и фенотипов. Теоретические подходы и практическое применение классификации / Э. В. Земцовский [и др.] // Артериальная гипертензия. - 2009. – Т. 15, № 2. - С. 162-165.
5. Басаргина Е. Н. Синдром дисплазии соединительной ткани у детей // Вопросы современной педиатрии.- 2008. - Т.7, №1. - С. 129-133.

УДК 616.65 - 006.6 - 073.756.8

И. М. Стрижанков, В. А. Бачук, 6 курс, лечебный факультет
ГБОУ ВПО Северо-Западный ГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России,
г. Санкт-Петербург, Россия
Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии
Научный руководитель: ассистент В. В. Оточкин

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В СТАДИРОВАНИИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ ТРАНСРЕКТАЛЬНОЙ БИОПСИИ

Во многих странах рак предстательной железы (РПЖ) выходит на первое место в структуре смертности от онкологических заболеваний, несмотря на совершенствование методов диагностики и лечения [1]. Метод МРТ широко используется для выявления и стадирования заболевания [2, 5]. Тактика дальнейшего лечения зависит от распространенности выявленной опухоли. В Ленинградской области при выявлении повышенного уровня простатспецифического антигена (ПСА) выполняется трансректальная биопсия из 6 или 12 точек. Данные литературы свидетельствуют о нецелесообразности выполнения МРТ в течение 2-4 месяцев после биопсии из-за наличия постбиопсийных кровоизлияний, затрудняющих интерпретацию изображений [3, 4].

Цель исследования: определить возможности МРТ в стадировании РПЖ у пациентов после проведенной трансректальной биопсии. Определить зависимость уровня простатического специфического антигена (ПСА) и гистологического типа опухоли от выраженности изменений в простате на МРТ изображениях.

Материалы и методы

Проведено МРТ исследование 374 пациентов с верифицированным РПЖ через 1-6 месяцев после трансректальной биопсии. Пациенты были разделены на три группы в зависимости от уровня ПСА: от 4 до 10, от 10 до 20 и выше 20нг/мл. Гистологический тип опухоли во всех случаях - мелкоацинарная аденокарцинома. Средний возраст пациентов составил 66 лет. Проведено сопоставление уровня ПСА и гистологического типа опухолипо шкале Глисона с изменениями на МРТ изображениях. МРТ выполнялась на томографе с напряженностью магнитного поля 1,5 Тл с использованием T_2 взвешенных изображений (ВИ) в трех взаимно перпендикулярных плоскостях, T_1, T_2 с подавлением жира в аксиальной плоскости и диффузионно-взвешенных изображений с фактором b=1000.

Результаты и обсуждение

Постбиопсийные кровоизлияния встречались в разной степени у пациентов на всех сроках после биопсии и в некоторых ситуациях не позволяли увидеть зону опухолевого поражения в предстательной железе, но не препятствовали оценить экстракапсулярную инвазию. Экстракапсулярное распространение опухоли отмечалось при наличии неровного наружного контура и зоны снижения МР-сигнала на T_2 ВИ за пределами простаты. Семенные пузырьки считались вовлеченными при выявлении зон выраженного снижения на T_2 ВИ в их структуре. Изолированное поражение капсулы было выявлено у 29 пациентов (8

%),экстракапсулярное распространение у - 83пациентов (22 %), изолированное поражение семенных пузырьков у 7 пациентов (2 %). У остальных пациентов (n=255; 68 %) зону первичной опухоли в предстательной железе визуализировать не удалось, даже при отсутствии постбиопсийных кровоизлияний. При сопоставлении уровня ПСА и выраженности изменений на МРТ изображениях выявлена тенденция к уменьшению выявляемости рака и экстракапсулярной инвазии при низких значениях ПСА ($p<0,05$). Также отмечено большее число распространенных форм опухоли при сумме по шкале Глисона 7 (n=61; 60 %) по сравнению с 6 (n=22; 26 %). Встречались единичные пациенты (n=7), у которых наблюдалось несоответствие данных параметров и выраженности опухолевого процесса (таблица 1).

Таблица 1 - Зависимость распространенности опухоли по данным МРТ от уровня ПСА и гистологических данных

Поражение	Исследуемый показатель									
	ПСА 4-10		ПСА 10-20		ПСА 20 и выше		Глисон 3+3=6		Глисон 3+4=7 и выше	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Капсула	17	22	5	12	7	10	13	15	16	17
Семенные пузырьки	2	3	2	5	3	4	1	2	6	6
Поражений нет	45	58	17	44	6	9	49	57	19	18
Экстракапсулярные поражения	13	17	15	39	55	77	22	26	61	60
Итого	77	100	39	100	71	100	85	100	102	100

Заключение

Использование МРТ в стадировании РПЖ у пациентов после проведенной биопсии возможно на любых сроках. Наличие постбиопсийных кровоизлияний в некоторых случаях не позволяло увидеть зону опухолевого поражения в простате, но не влияло на результаты МРТ стадирования. Низкие уровни ПСА и значений по шкале Глисона могут, в большинстве случаев, свидетельствовать об отсутствии экстракапсулярной инвазии.

Литература

1. Синицын В. Е. Магнитно-резонансная томография в урологии / Ю. Г. Аляев, В. Е. Синицын// М. Практическая медицина. - 2005. - С. 278-297.
2. Шария М. А. Современные методики магнитно-резонансной томографии (МРТ) в диагностике рака предстательной железы /М. А. Шария, А. С. Коробкина // REJR. - 2011. - Том 1, № 4. - С.11-16.

3. Kawakami S. Optimal sampling sites for repeat prostate biopsy: a recursive partitioning analysis of threedimensional 26-core systematic biopsy/ S. Kawakami, T. Okuno, J. Yonese et al. // Eur. Urol. - 2007. - Vol. 51. – P. 675-82.
4. Cornud F. Extraprostatic spread of clinically localized prostate cancer: factors predictive of pT3 tumor and of positive endorectal MR imaging examination results / F. Cornud, T. Flam, L .Chauveincet al. // Radiology. - 2002. – Vol. 224. - P. 203-210.
5. Piotr Kozlowski, Combined Diffusion-Weighted and Dynamic Contrast-Enhanced MRI for Prostate Cancer Diagnosis-Correlation With Biopsy and Histopathology / Edward C. Jones, Kenneth W. Berean, Henry Chen, S. Larry Goldenberg //JOURNAL OF MAGNETIC RESONANCE IMAGING. - 2006- Vol. 24. – P. 108-113.

УДК 616.313-002.258

К. В. Суслова, Е. А. Суковатова, 4 курс, лечебный факультет; Н. Е. Серова
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра патологической анатомии
Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. Е. Серова

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕЙКОПЛАКИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Лейкоплакия - патологический процесс, сопровождающийся очаговым ороговением слизистых оболочек при действии хронических раздражителей, в качестве которых выступают механические, химические, термические и другие факторы. Причиной заболевания могут быть воспалительные и нейродистрофические процессы. Очаги поражения выявляются на слизистых оболочках полости рта, дыхательных путей и мочеполового тракта. Лейкоплакия полости рта относится к факультативному предраку, так как отдельные ее формы могут подвергаться малигнизации от 4,2 % до 40 % случаев.

Цель исследования: выявить частоту встречаемости лейкоплакии слизистой оболочки полости рта, изучить ее клинико-морфологические особенности.

Материалы и методы

Проведен анализ биопсийного материала по протоколам морфологических исследований на базе патологоанатомического отделения городской клинической больницы №1 имени В. В. Успенского за 2010-2015 годы.

Результаты и обсуждение

За пятилетний период было выявлено три наблюдения с диагнозом «лейкоплакия слизистой оболочки полости рта». Заболевание встречалось только у мужчин в возрасте от 28 до 72 лет, которые длительное время курили. Патологический процесс был выявлен на слизистой щек (67 %) и голосовых складок (33 %). По литературным данным, излюбленной локализацией лейкоплакии является слизистая щек ближе к углам рта, по линии смыкания зубных рядов и на красной кайме нижней губы. В нашем материале очаги ороговения на щеках клинически напоминали белесоватые пятна округлой формы, незначительно выступающие над уровнем слизистой. В области голосовых складок отмечалось помутнение покровного эпителия в виде широких полос без четких контуров. Поверхность пораженных участков выглядела неровной, шероховатой, как будто покрытой белым налетом.

Морфологически лейкоплакия характеризуется, как хронический воспалительный гиперпластический процесс, сопровождающийся паракератозом и гиперкератозом покровного эпителия с признаками акантоза. В собственно слизистой оболочке наблюдается воспалительный инфильтрат из лимфоцитов и плазматических клеток, чередующийся с участками фиброза и склероза подлежащей ткани.

При гистологическом исследовании в наших наблюдениях отмечено резко выраженное утолщение рогового слоя эпителия за счет гиперкератоза и акантоза. Эпителиальные тяжи проникали глубоко в собственно слизистую оболочку, где имели место лимфоплазмоцитарная инфильтрация и очаги склероза.

Согласно классификации, различают следующие клинико-морфологические формы лейкоплакии: простую или плоскую, веррукозную (бляшечная и бородавчатая виды), эрозивно-язвенную, мягкую и лейкоплакию курильщиков Таппейнера. При начальных признаках развития лейкоплакии полости рта, участки поражения выглядят как воспаленные и отечные с незначительным помутнением поверхности и напоминают тонкую папиросную бумагу. Позднее образуется уплотненный приподнятый очаг ороговения, имеющий белесоватый оттенок, покрытый налетом, который не снимается даже при интенсивном поскабливании. Чаще всего болезнь протекает бессимптомно, не вызывает субъективных ощущений и обнаруживается случайно при обследовании. Иногда пациенты могут жаловаться на чувство стянутости слизистой оболочки, сухость, жжение или незначительную болезненность во время приема пищи, что доставляет им дискомфорт. По мнению большинства исследователей, простая форма лейкоплакии встречается наиболее часто.

Веррукозная и эрозивно-язвенная лейкоплакия являются следующим этапом развития плоской формы. Этому способствуют местные раздражители в полости рта: травма острыми краями зубов и протезов, постоянное прикусывание пораженных участков, курение, употребление горячей и острой пищи и т. д.

Многие авторы утверждают, что эрозивно-язвенная форма имеет наиболее высокий процент злокачественного перерождения. При малигнизации лейкоплакии следует обращать внимание на следующие признаки: быстрое увеличение размеров и уплотнение очагов поражения, изменение цвета до коричневых оттенков, кровоточивость, сосочковые разрастания на поверхности, длительно не заживающие эрозии и язвы. Лейкоплакия курильщиков Таппейнера проявляется в виде ороговения твердого и прилегающих к нему участков мягкого неба серовато-белого цвета. На фоне помутнения слизистой видны мягкие красноватые бугорки с точечными отверстиями выводных протоков слюнных желез, что имеет вид «булыжной мостовой». Некоторые ученые связывают развитие лейкоплакии с интенсивностью курения, считая, что частота развития заболевания прямо пропорциональна количеству выкуренного табака. Большую роль при этом отводят воздействию на слизистую канцерогенных веществ, содержащихся в табачном дыме, термического фактора, а также хронического травмирования сигаретой или мундштуком трубки.

Мягкая форма лейкоплакии встречается чаще у женщин молодого возраста. Элементы поражения представляют собой отечные участки шелушения, покрытые гиперплазированным «налетом» сероватого цвета. Слизистая имеет разрыхленную пористую поверхность с мелкими чешуйками, что придает ей мозаичный вид.

По общепринятому нашему мнению, профилактика лейкоплакии должна заключаться в соблюдении мер, направленных на сохранение здоровья в целом: отказ от курения и употребления алкоголя, выявление и своевременное лечение инфекций, особенно желудочно-кишечного тракта, правильное и полноценное питание, санация полости рта, минимизация психоэмоциональных нагрузок и стрессов.

Заключение

Дальнейшие исследования будут способствовать ранней своевременной диагностике лейкоплакии с целью их адекватного лечения и предупреждения малигнизации ее веррукозных и эрозивно-язвенных форм, являющихся факультативным предраком.

Литература

1. Боровский, Е. В. Атлас заболеваний слизистой оболочки полости рта / Е. В. Боровский, Н. Ф. Данилевский. - М.: Медицина,1981. – 288 с.
2. Струков, А. И. Патологическая анатомия: учебник / А. И. Струков, В. В. Серов; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. -880 с.
3. Луцкая, И. К. Терапевтическая стоматология: учеб. пособие / И. К. Луцкая. - Минск: Вышейшая школа, 2014. - 607 с.
4. Латышева С. В., Будевская Т. В. Клинические аспекты лейкоплакии слизистой оболочки рта// Современная стоматология. - 2013. – С. 1-4.
5. Hewland J. R. Differential diagnosis in dentustry/ Nicotinic stomatitis.// J. Gt. Houst. Dent. Soc. - 1998. - Vol. 69. - №6. - P.3.

УДК 613.2:378.180.6

О. П. Сушнева, 3 курс, педиатрический факультет, П. В. Васильев
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра гигиены и экологии
Научный руководитель: к.м.н., доцент П. В. Васильев

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ

Питание является главным фактором, влияющим на состояние организма. Для правильной жизнедеятельности организма необходимо, чтобы питание было правильным, физиологически полноценным. Это означает, что как по количеству, так и по своему качественному составу пища должна отвечать физиологическим требованиям организма. В студенческие годы очень трудно соблюдать правильный режим питания из-за большой нагрузки, образа жизни и не всегда хорошего материального положения. Часто студенты совмещают работу и учебу. Работают грузчиками, официантами, как правило, в вечернее время. Многие студенты в силу своей жизненной необходимости вынуждены, уже начиная с первого курса заниматься подработкой. Нарушается привычный распорядок дня и режим питания. Из-за нехватки времени основная часть студентов питается «всухомятку», когда придется. Многие первокурстники не завтракают или завтракают не каждый день. На втором и третьем курсах ситуация не лучше. Количество таких студентов становится еще больше. Рацион питания студентов однообразен, насыщен животными жирами и сахарами, большое количество бутербродов, которые запиваются газированными напитками, используется очень малое количество овощей, фруктов. Часто студенты в перерывах между «парами» перекусывают чем придется: чипсы, печенье, шоколад, газированная вода.

Цель исследования: изучение проблем питания среди студентов ТГМУ 1-3 курсов и выявления основных проблем питания.

Материалы и методы

Для выявления особенностей, режима и качества питания среди современных студентов провели исследование в форме анкетирования. В ходе анкетирования, студентам предложено было ответить на вопросы по организации своего питания, в том числе: как часто в течение дня вы питаетесь? Как часто едите сладкое и употребляете хлеб, мучные продукты, крупы, картошку? На что обращаете внимание при покупке продуктов?

Среди студентов 1-3 курсов ТГМУ было опрошено 91 юношей и 125 девушек.

Результаты и обсуждение

Проанализировали регулярность приема пищи в течение суток. В результате анкетирования мы видим, что студенты первых курсов к своему питанию относятся более рационально (таблица 1).

Таблица 1 – количество приемов пищи у юношей и девушек 1-3 курсов, %

Количество приемов пищи в сутки	1 курс		2 курс		3 курс	
	юноши	девушки	юноши	девушки	юноши	девушки
1	1	6	10	18	52	42
2	8	9	6	7	9	5
3	75	51	60	45	32	33
4-5	16	34	14	30	7	10

Питаются не менее 3-х раз в день 75 % юношей и 51 % девушек. Более 4-5 раз в день 16 % юношей и 34 % девушек. Второй и третий курс число приемов пищи заметно снижается. Отношение студентов к своему питанию становится менее ответственным. Это связано с тем, что студенты старших курсов совмещают работу и учебу и поэтому сокращается время приема пищи. Причем выявилась такая закономерность, что юноши питаются лучше, чем девушки.

Результаты по составу качества рациона питания студентов: студенты наиболее часто употребляют хлебобулочные изделия, крупы и картофель (92 %), мясо (68,2 %),сладости (67,6 %), фрукты и овощи (66,3 %), молочные продукты (33,2 %). В качестве «плюсов» можно отметить, что мясные продукты, овощи и фрукты студентами употребляются часто, т.е пищевой рацион большинства студентов обеспечен основными нутриентами: белками и витаминами. А «минусом» оказалось то, что студенты употребляют сладости чаще, чем положено по норме.

Таблица 2 - Продукты, употребляемые студентами в течение недели, %

Основные продукты	Иногда	Редко	Часто
Сладости	21,4	11,8	67,6
Хлеб, мучные продукты, крупы, картошка	2,2	0	92
Мясо	4,5	4,5	68,2
Фрукты и овощи	0	0	66.3
Молочные продукты	14,2	12,2	33,4

Следует отметить, что 81 % опрошенных студентов проверяют срок годности товара, ничего не проверяют лишь 4 %.

Заключение

Студенты ТГМУ несознательно относятся к собственному здоровью в части организации питания. Основная часть студентов питается нерационально, употребляя нездоровую пищу, не соблюдая режим. Причем студенты первых курсов, в целом, относятся

к организации своего питания более правильно. Организация питания студентов вторых и третьих курсов значительно хуже и не соответствует принципам рационального питания.

Литература

1. Тутельян В. А., Вялков А. И., Разумов А. Н. и др. Научные основы здорового питания/ М.: Издательский дом «Панорама», 2010. – 816 с.
2. Шабров, А. В. Современные аспекты фундаментальных и прикладных проблем питания // А. В. Шабров [и др.] /Мед. акад. журн. – 2007. – Т. 7, № 4. – С. 125-130.
3. http://kingmed.info/media/book/4/3756.pdf

УДК 613.9:612.67

О. П. Сушнева, А. И. Надеин, 3 курс, педиатрический факультет
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра физиологии с курсом теории и практики сестринского дела
Научный руководитель: к.м.н., доцент Ю. П. Игнатова

ВЛИЯНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ НА БИОЛОГИЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ ЧЕЛОВЕКА

Биологический возраст (БВ) отражает степень морфофизиологического развития организма, особенности его приспособительных возможностей, и часто не соответствует возрасту, выраженному в календарной шкале. Отставание БВ от паспортного указывает на увеличение продолжительности жизни. Если БВ превышает календарный возраст (КВ), то это сигнализирует о преждевременном старении. Таким образом, КВ не всегда отражает истинное физическое состояние организма и не может служить в полной мере показателем здоровья, трудоспособности и адаптационных возможностей различных лиц одного и того же года рождения [1, 2].

БВ, как критерий жизнеспособности нашего организма, определяется не прожитыми годами, а относительной степенью износа организма и зависит от ряда факторов. Мы не можем повлиять на наследственность, относительно не можем повлиять на условия среды проживания. Но многое зависит от нашего образа жизни.

Цель исследования: изучение связи образа жизни и БВ человека.

Материалы и методы

В обследовании принимали участие молодые люди в возрасте 20-25 лет. В зависимости от их образа жизни нами были выделены три группы по 22 человека в каждой:

I – группа лиц без вредных привычек, которые регулярно занимаются спортом;

II – группа лиц без вредных привычек, не занимающиеся спортом;

III - группа лиц, которые употребляют спиртные напитки, курят и не увлекаются спортом.

Все участники дали добровольные письменные согласия на предстоящее обследование. Определение БВ осуществлялось методом В. П. Войтенко [3]. Данная методика не требует использования какого-либо диагностического оборудования и может быть реализована в любых условиях, достаточно информативна, проста и понятна в интерпретации. Для определения БВ оценивали следующие показатели: систолическое и диастолическое артериальное давление, жизненная емкость легких, время задержки дыхания на вдохе и выдохе, а также результаты самооценки здоровья обследуемых по стандартной анкете из 29 вопросов.

Для установления степени соответствия КВ обследуемого фактическую (индивидуальную) величину (ФБВ) сопоставляли с должным биологическим возрастом (ДБВ), который характеризует усредненный популяционный стандарт темпа «старения» [4].

Для статистической обработки полученных данных была использована программа «Statistica 6.1». Достоверность различий между выборками оценивали по критерию Манна-Уитни (U) ($p \leq 0,05$).

Результаты и обсуждение

Самое высокое среднее значение ФБВ наблюдается в группе лиц с вредными привычками и не занимающихся спортом (таблица 1). Этот показатель значимо превышает как КВ, так и ДБВ в данной группе обследуемых. У молодых людей, ведущих здоровый образ жизни (ЗОЖ), ФБВ статистически достоверно ниже ДБВ ($p \leq 0,05$). Полученные данные указывают на то, что для лиц с вредными привычками характерны большая изношенность организма и снижение его функционального резерва [5].

Таблица 1 – Средние значения КВ, ФБВ и ДБВ

Группа	Показатель					
	КВ		ФБВ		ДБВ	
	M	m	M	m	M	m
I	23,73	0,33	23,98	2,17	32,58*	0,22
II	23,09**	0,35	34,65	2,61	32,16	0,23
III	22,63	0,45	52,52***	2,95	31,86***	0,30
Примечание: * - значимые различия между ДБВ и ФБВ, ДБВ и КВ при $p \leq 0,05$; ** - значимые различия между КВ и ФБВ, КВ и ДБВ при $p \leq 0,05$; *** - значимые различия между ФБВ и КВ, ФБВ и ДБВ, ДБВ и КВ при $p \leq 0,05$						

Кроме этого, у обследуемых, не придающих должного значения компонентам ЗОЖ, значимо большее значение индекса субъективной оценки здоровья (СОЗ) (таблица 2), что также свидетельствует об изношенности их организмов. Именно данный показатель является информативным критерием для оценки количества хронических заболеваний, имеющихся у человека и согласно разработанной В. П. Войтенко и др. методики резко увеличивается по мере старения.

Таблица 2 – Средние значения ФБВ и индекса СОЗ

Показатель	Группа		
	I	II	III
ФБВ	23,98 ±2,17	34,65 ±2,61	52,52 ± 2,95*
СОЗ	4,27 ± 0,75	7,9 ±1,22	15,36 ±1,37*
Примечаение: * – значимые различия ФБВ и СОЗ между всеми группами обследуемых при $p \leq 0,05$			

Отношение ФБВ к ДБВ позволяет узнать во сколько раз БВ обследуемого больше или меньше, чем средний БВ его сверстников. Значение этой величины меньше 1 наблюдается

при замедленных темпах старения и свидетельствует о том БВ обследуемых меньше, чем средний БВ их сверстников. Данную закономерность мы наблюдаем у лиц, ведущих ЗОЖ, где этот индекс равен 0,7. У молодых людей с вредными привычками и не занимающихся спортом наблюдается самое высокое значение этого индекса (1,6), что подтверждает ускоренный темп старения в данной группе обследуемых, их БВ больше чем БВ их сверстников.

Вычислив индекс (ФБВ – ДБВ), можно узнать, на сколько лет человек опережает своих сверстников по выраженности старения или отстает от них. В нашем обследовании у мужчин первой группы, в среднем, эта разность составляет -8,6, что, в свою очередь, также подтверждает замедленный темп старения у молодых людей без вредных привычек и занимающихся спортом. В группе же лиц, не придающих должного значения компонентам ЗОЖ, данная разница равна 20,6, что свидетельствует об ускоренном темпе старения организма и объясняется широкой распространенностью вредных привычек. Молодым людям из этой группы следует обратить внимание на образ жизни и пройти дополнительные обследования.

Заключение

БВ лиц, ведущих ЗОЖ меньше, чем КВ. У лиц же, пренебрегающих элементами ЗОЖ наблюдается обратная закономерность. Выявлены различия в темпах старения у лиц одной возрастной группы, но ведущих разный образ жизни. Ускоренный темп старения наблюдается в группе обследуемых с вредными привычками и не занимающихся спортом. Таким образом, лицам третьей группы необходимо провести корректировку стиля жизни посредством усиления внимания к состоянию своего здоровья посредством популяризации физической культуры и отказа от вредных привычек.

Литература

1. Кишкун, А. А. Биологический возраст и старение: возможности определения и пути коррекции [Текст]: руководство для врачей / А. А. Кишкун/ Москва: ГЭОТАР-мед, 2008. – 976 с.
2. Курысь, В. Н. Коррекция биологического возраста студентов медицинских вузов средствами физической культуры [Текст] / В. Н. Курысь, М. И. Евстигнеева // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. - 2012. - № 8 (90). - С. 52-58.
3. Определение биологического возраста человека методом В. П. Войтенко [Текст]: учеб. пособие для самостоятельной работы студентов медиков и психологов / Владивост. гос. мед. универ.; [Л. Д. Маркина]. – [Владивосток], 2001. - 29 с.
4. Ригас, Т. Е. Интегральный показатель состояния здоровья населения в условиях проявления экологической опасности [Текст] / Т. Е. Ригас // Екологічна безпека. - 2014. - Т. 18, № 2. - С. 87-92.
5. Рубан, Л. А.Определение биологического возраста студентов [Текст] / Л. А. Рубан // Современные здоровьесберегающие технологии: материалы международной науч.-практ. конф., (23-24 марта 2015 г.). - Орехово-Зуево, 2015. - С. 340-345.

УДК 616.12-008.46

М. М. Таибов, 4 курс, лечебный факультет, Н. И. Воронин
ФГБОУ ВО Тамбовский государственный университет имени Г. Р. Державина,
г. Тамбов, Россия
Кафедра пропедевтики внутренних болезней и факультетской терапии
Научный руководитель: директор симуляционно-аккредитационного центра Н. И. Воронин

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПУЛЬСОКСИМЕТРА ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ САТУРАЦИИ КРОВИ КИСЛОРОДОМ У БОЛЬНЫХ С ХСН

Растущий интерес к пониманию клинического применения параметров пульсоксиметрии в терапевтической практике объясняется тем, что степень насыщения циркулирующей крови кислородом является интегральным показателем работы респираторной и сердечно-сосудистой системы. В настоящее время для диагностики нарушений дыхания, гемодинамических нарушений и расстройств микроциркуляции используется метод пульсоксиметрии, являющийся эффективным скрининговым методом диагностики нарушений сатурации крови, характерных для больных с ХСН.

Пульсоксиметрия - высокоинформативный, безопасный и неинвазивный метод мониторинга процентного содержания оксигемоглобина в артериальной капиллярной крови. Работа современного пульсоксиметра основана на способности гемоглобина крови абсорбировать излучаемый от светодиода свет различной длины волн, который рассеивается, отражается тканями и кровью и достигает фотодетектора.

Цель исследования: изучить возможности и практическое апробирование метода пульсоксиметрии для выявления нарушений кардиореспираторной системы у больных с хронической сердечной недостаточностью.

Материалы и методы

Обследовано 18 больных, первично поступивших в отделение реанимации и интенсивной терапии для кардиологических больных ГБУЗ «ТОКБ им. В.Д.Бабенко» с диагнозом ХСН, в возрасте от 57 до 85 лет (64,2±10,9 года, в среднем). Из них 7 (38,8 %) мужчин и 11 (61,2 %) женщин. Критерием включения в обследуемую группу явилось наличие у пациентов диагноза ХСН III ФК (NYHA). В ходе обследования оценивалось функциональное состояние сердечно-сосудистой и дыхательной систем, в частности проводилась оценка степени насыщения (сатурации) артериальной крови кислородом при поступлении в стационар. Проведена регистрация сатурации крови при помощи пульсоксиметра «Novametrix». Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с использованием стандартной программы «Statistica 6.0 for Windows».

Результаты и обсуждение

На основании капнографических данных, у 6 (33,3 %) пациентов данный параметр не выходил за пределы нормальных значений (96-100 %). Среднее значение сатурации (SpO_2) капиллярной крови при обследовании пациентов с нормоксемией составило 96 %. У 8 (44,4 %) пациентов анализ сатурации показал наличие умеренной артериальной гипоксемии (SpO_2 90-94 %). В группе пациентов с умеренной артериальной гипоксемией среднее значение

SpO_2 у пациентов составило 92,6 %. У 3 (16,7 %) обследованных пациентов с выраженной артериальной гипоксемией (SpO_2 85-90 %) значения SpO_2 составило – 88,1 % и у 1 (5,6 %) пациентов выявили глубокую гипоксемию (SpO_2 ниже 85 %), среднее значение SpO_2 у которых составило 79 %.

Таким образом, те или иные отклонения от референсных значений были выявлены у 66,7 % больных.

Кроме того, у больных с ХСН отмечено значительное снижение физической работоспособности.

Полученные данные объясняются тем, что во время нагрузок у больных с ХСН происходит снижение парциального давления кислорода и повышение парциального давления углекислого газа в артериальной крови с нарушением газового гомеостаза. Это способствует развитию гипоксемии, которая лежит в основе проявления клинических признаков сердечной недостаточности. Выраженность гипоксемии обусловлена кардиогенной дыхательной недостаточностью, как следствие застоя в малом круге кровообращения при левожелудочковой недостаточности, так и нарушениями периферического кровообращения в результате нарушения насосной функции сердца.

Заключение

Мониторинг сатурации капиллярной крови отражает адекватность газообмена в легких, таким образом при мониторинге у большинства больных показатели степени насыщения крови кислородом выходят за пределы референсных значений, что подтверждает наличие гипоксемии.

Использование пульсоксиметра позволяет получить дополнительную информацию для оценки насыщения артериальной крови кислородом и выявления нарушений функционального состояния кардиореспираторной системы для дальнейшей эффективной и своевременной коррекции.

Литература

1. Воронин Н. И., Таибов М. М. Интерпретация гипервентиляционного синдрома у больных с острым коронарным синдромом. // Молодежный инновационный вестник. - Воронеж, 2017. - Том VI, № 2. - С. 76-77.
2. Шулькина С. Г., Коротаева А. Э., Овсяникова А. В. Использование пульсоксиметра для ранней диагностики нарушений сатурации крови кислородом у больных с ХСН // Международный научно-исследовательский журнал. - 2015. - №8-3 (39). - С. 128-130.

УДК 81.009(100)

Госвами Тарун, 3 курс, лечебный факультет; Н. А. Буданова
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра русского языка
Научный руководитель: ассистент Н. А. Буданова

ИСТОРИЯ ДВУСТОРОННИХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ РОССИИ И ИНДИИ В АСПЕКТЕ РАСШИРЕНИЯ КОММУНИКАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ ЭТИХ СТРАН

В ТГМУ обучаются не только русские, но и иностранные граждане. Значительную часть иностранных обучающихся составляют студенты из Индии. Знание истории взаимоотношений наших стран может способствовать установлению дружеских взаимоотношений между обучающимися, а также воспитывает уважение к истории и культуре страны изучаемого языка или родной страны [4].

Цель исследования: проследить историческое развитие российско-индийских взаимоотношений, выявить основные этапы и указать причины изменений этих взаимоотношений, способствовать расширению коммуникации обучающихся.

Материалы и методы

Проанализировано 20 научно-публицистических текстов, использован метод исторического анализа.

Результаты и обсуждение

Начальным этапом официальных отношений считается 1900 г., когда в Бомбее открылось Российское императорское генеральное консульство, разрешение на которое Россия запросила у Великобритании еще в 1858 г. Это означало, что впервые в Индии появилось официальное государственное представительство России. Однако торговые отношения между Индией и Россией начали складываться до путешествия тверского купца Афанасия Никитина в Индию в 1469 году. Его визит и написанная книга «Путешествие за три моря» придали отношениям между странами историческую значимость. Афанасий Никитин провел в Королевстве Бахамани три года. Это произошло почти за 30 лет до того момента, как в 1498 году в Индии высадился Васко да Гама. Также имеются сведения о длительном пребывании индийских купцов в России (некоторые из них приехали в Россию в 1615 г.). Индийская община процветала в Астрахани до середины XIX века. В основном купцы были заняты в текстильной области, занимались импортом текстиля из Индии, которая тогда славилась своими хлопчатобумажными и шелковыми тканями. Они отправляли ткани по торговому пути в Москву и поставляли их к царскому двору. В ответ купцам обеспечивалась всесторонняя защита. Известно, что в конце XVII века царские войска под командованием полковника Шереметьева подошли к Астрахани с целью захватить город и отобрать власть у правящих там местных ханов. Население Астрахани выслало навстречу войскам представителей индийской общины, поскольку люди знали, что индийцы находятся под защитой царя. Полковник Шереметьев, увидев индийцев, отказался от своего замысла [2].

Следующий этап развития взаимоотношений начался после провозглашения Индией своей независимости. 13 апреля 1947 г. Индия установила дипломатические отношения с СССР. 28 сентября в Париже специальный посланник Неру Кришна Менон и советский министр иностранных дел Вячеслав Молотов договорились об экспорте в Индию советского зерна в обмен на индийский чай. Этот период в истории двух стран можно назвать наиболее дружественным. Под восторженное скандирование «Хинди-русибхай-бхай!» («Индийцы и русские - братья!») Джавахарлала Неру встречали в Москве, а Никиту Хрущева - в Дели. В момент обретения независимости экономика Индии была подорвана уходом английских специалистов и притоком миллионов беженцев. Страна начала искать помощи за границей. И нашла ее в СССР. Индия представляла собой тогда гигантскую строительную площадку. Рука об руку вместе с индийцами трудились наши специалисты. В 50-е годы интенсивно менялся ее облик; менялись и люди. Вчерашние крестьяне становились квалифицированными рабочими, тысячи студентов наполняли высшие учебные заведения, рождалась техническая интеллигенция, воспитывались ученые, впоследствии завоевавшие мировое признание.

Кульминацией советско-индийского сближения стал Договор о мире, дружбе и сотрудничестве от 9 августа 1971 г., который придал правовую основу «особым отношениям» между двумя странами и сделал эти отношения важным фактором международной жизни. Стороны сформулировали общие цели и направления сотрудничества - всеобщий мир, приверженность принципам мирного сосуществования, стремление покончить с остатками колониализма и расизма, прекращение гонки вооружений и достижение всеобщего и полного разоружения, охватывающего как ядерные, так и обычные виды вооружений. Договор предусматривал развитие всестороннего и взаимовыгодного сотрудничества во всех областях экономики, науки, техники и культуры.

За соглашением о строительстве завода в Бхилаи последовали десятки соглашений о строительстве других крупных объектов в государственном секторе, которые, в основном, создавались с финансовой помощью СССР. В 1956-1970 гг. 50 % советских кредитов предназначалось для развития металлургии, 18 % - нефтедобычи и нефтепереработки, 9 % - для развития тяжелого машиностроения, 5 % - горнодобывающей промышленности. В начале 80-х гг. на объектах, построенных при содействии СССР, производилось около 40 % чугуна и стали, почти 80 % металлургического оборудования, более 40 % горно-шахтного и свыше 55 % тяжелого энергетического оборудования, более 10 % электроэнергии, значительная часть нефти и нефтепродуктов, каменного угля, приборов, медицинских препаратов и другой продукции. Одновременно со строительством промышленных объектов СССР передавал Индии технологии, привлекал к проектным работам индийских специалистов для передачи опыта. Осуществлялась крупномасштабная подготовка кадров. При содействии СССР подготовлено в общей сложности более 120 тыс. индийских специалистов.

Распад Советского Союза крайне негативно сказался на российско-индийских отношениях, особенно в сфере экономики. Если в 1990-91 гг. доля СССР в экспорте Индии составила 16,2 %, а импорте - 5,8 %, то в 1993-94 гг. - 2,9 % и 1,1 % соответственно. Утрата индийского рынка промышленного оборудования усугубила трудности российской тяжелой

промышленности, особенно предприятий ВПК, которые оказались без заказов, без средств, а инженеры и рабочие, составляющие цвет научно-технической интеллигенции и специалистов, - без заработной платы. Товары широкого потребления, в том числе и индийского производства, которые СССР прежде закупал в Индии, теперь приобретались на Западе за твердую валюту. Обрыв российско-индийских связей тяжело сказался и на Индии. Уменьшились ее возможности для политического и экономического маневра на международной арене. В тяжелом положении оказались вооруженные силы Индии, которые оказались без запасных частей для военной техники советского производства.

Сегодня формируется новая модель российско-индийских отношений. 25 февраля 1997 г. Комитет по международным вопросам Государственной Думы Российской Федерации провел парламентские слушания на тему «Россия и Индия в XXI веке». Выслушав доклады и выступления депутатов Думы и Федерального собрания, руководителей министерств и ведомств, представителей науки и общественных организаций, Комитет заключил: «Развитие отношений с Индией является стратегическим приоритетом для России. В XXI веке роль российско-индийского сотрудничества в обеспечении государственных интересов России на международной арене будет возрастать».

Сущность современных взаимоотношений выражается формулой «Россия и Индия - стратегические партнеры». Официальное признание этой формулы Москвой и Дели свидетельствует о том, что и в новых геополитических условиях Россия и Индия придают важное значение отношениям друг с другом и собираются их строить на долговременной основе, что они готовы заменить прежнюю политизированную модель союзнических отношений новой, деполитизированной и более прагматической моделью партнерства, свободного от каких бы то ни было предвзятостей и основанного напринципах равенства и взаимной выгоды.

Имеются достаточно благоприятные возможности для наращивания российско-индийского торгово-экономического и научно-технического сотрудничества. Обе страны располагают большими природными ресурсами, научно-техническим потенциалами, растущими внутренними рынками; решают сходные задачи - перестройки производства на базе современных технологий и выхода на мировые рынки наукоемкой продукции; испытывают при этом одинаковые трудности и при решении своих стратегических задач могут в основном рассчитывать на собственные силы. К тому же экономики обеих стран взаимно дополняют друг друга.

Заключение

История двухсторонних взаимоотношений наших стран насчитывает более 600 лет. В течение длительного взаимодействия выделяются периоды сближения и охлаждения отношений. На развитие двухсторонних отношений оказывали влияние как внутренние исторические процессы, происходившие в этих странах, так и внешние изменения политического и экономического характера. Предпринятые обеими странами усилия на сохранение взаимоотношений позволяют охарактеризовать современный этап как дружественный и взаимовыгодный. Знание истории путешествия Афанасия Никитина особенно актуально для обучающихся в г. Твери.

Литература

1. Антонова, Т. С. Отношения между СССР и Индией: Взгляд из Индии. М.: Наука. Главная редакция восточной литературы, 1991 - 152 с.
2. Малхотра А. Российско-индийские отношения и международный диалог культур. — СПб.: СПб ГУП, 2012. — 56 с., ил.
3. «Россия-Индия: перспективы развития регионов»/М.: Институт Востоковедения РАН, 1998. - 173 с.
4. Тиллоев А., Буданова Н. А. Культурологические особенности Тверского региона и их роль в формировании лингвострановедческой компетенции обучающихся в ТГМУ / Молодежь, наука, медицина [Текст]: материалы 63-й всероссийской межвуз. студенч. науч. конф. с междунар. участием. - Тверь: Ред.-изд. центр Твер. гос. мед.ун-т, 2017. - 830 с.

УДК 616.12-053.3

Э. З. Теймуров, 3 курс, педиатрический факультет; О. Н. Гуськова
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра патологической анатомии
Научный руководитель: к.м.н., доцент О. Н. Гуськова

СОПОСТАВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ И МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЭНДОКАРДИАЛЬНОГО ФИБРОЭЛАСТОЗА

Эндокардиальный фиброэластоз (ЭФЭ) - редкое заболевание сердца из группы идиопатических рестриктивныхкардиомиопатий, характерное для новорожденных и детей младшего возраста. Среди врожденных пороков сердца ЭФЭ составляет 1-2 %.

Причина возникновения до конца не изучена, но к вероятным этиологическим факторам относят перенесенный во внутриутробном периоде инфекционный или воспалительный процесс [1], генетические нарушения [2, 3, 4], гипоксию и недостаточное кровоснабжение органов и тканей плода [5]. Наиболее уязвимым для формирования сердечного порокасчитается первый триместр беременности.

ЭФЭ характеризуется ригидностью стенок желудочков сердца вследствие избыточного разрастания соединительной ткани, что препятствует диастолическому наполнению камер сердца, сопровождается прогрессирующими нарушениями сердечной деятельностив результате увеличения пред- и постнагрузки сердца, что приводит к летальному исходу за короткий период времени.

Цель исследования: сопоставить функциональные проявления эндокардиального фиброэластоза и морфологические изменения в сердце.

Материалы и методы

Из архива ГБУЗ ДОКБ Тверской области отобраны три наблюдения с летальным исходом от острой формы ЭФЭ. Проведен анализ медицинской документации, изучены данные дополнительных функциональных методов исследования. Для микроскопического исследования из тканевых образцов сердечной стенки, архивированных в парафиновых блоках, изготовили гистопрепараты с окрашиванием гематоксилином и эозином, пикрофуксином по Ван Гизон и ГОФП-методом для выявления повреждения миокарда.

Результаты и обсуждение

Из трех пациентов было 2 девочки и 1 мальчик, их возраст составил 2 мес., 7 мес. и 3,4 года. У двух пациентов (двух- и семимесячного возраста) при жизни был заподозрен врожденный порок сердца.

Изучение Anamnesis morbid показало, что у всех детей отмечались схожие неспецифические симптомы: бледность кожных покровов, затрудненное дыхание, хрипы в легких, нарушение сердечного ритма, мышечная гипотония, рвота. Перечисленные симптомы возниклиу двух детей внезапно самостоятельно, у третьего – на фоне бронхопневмонии в сочетании с тяжелым гастроэнтероколитом. Учитывая особенности течения заболевания и степень прогрессии клинической манифестации, мы диагностировали у двух детей молниеносную форму ЭФЭ и у одного – острую.

Анализ медицинской документации показал, что прижизненно пациентам были проведены следующие лабораторные и инструментальные методы исследования: клинический и биохимический анализ крови, электрокардиография (ЭКГ), ультразвуковое исследование (УЗИ), ангиография. Согласно данным ЭКГ, у всех детей зарегистрирована синусовая тахикардия (до 220 уд/мин) и признаки увеличения постнагрузки в виде горизонтального расположения сердца, гипертрофии миокарда и дилатации полостей. Интервал P-R составил 0,08-0,16 сек. с длительностью P-зубца 0,5 сек и амплитудой до 4,5 мм. Продолжительность QRS-комплекса составила 0,04-0,1 сек с признаками блокады левой ножки пучка Гиса. Во всех наблюдениях отмечалась перегрузка левого желудочка, у одного ребенка – в сочетании с перегрузкой правых отделов. В V5 и V6 глубина инверсии T-волны превышала 2,5 мм, высота R-зубца и глубина S-зубца - более 20 мм. Характерные ЭКГ признаки представлены на рисунке 1.

При УЗИ сердца у одного пациента было выявлено увеличение кардиоторакального индекса до 80 % при норме 55±5 %. Исследование сосудов показало во всех наблюдениях гипоплазию венечных артерий, которая у двух детей сочеталась с расширением устья аорты и легочной артерии. В биохимическом анализе крови отклонений от нормы не обнаружено.

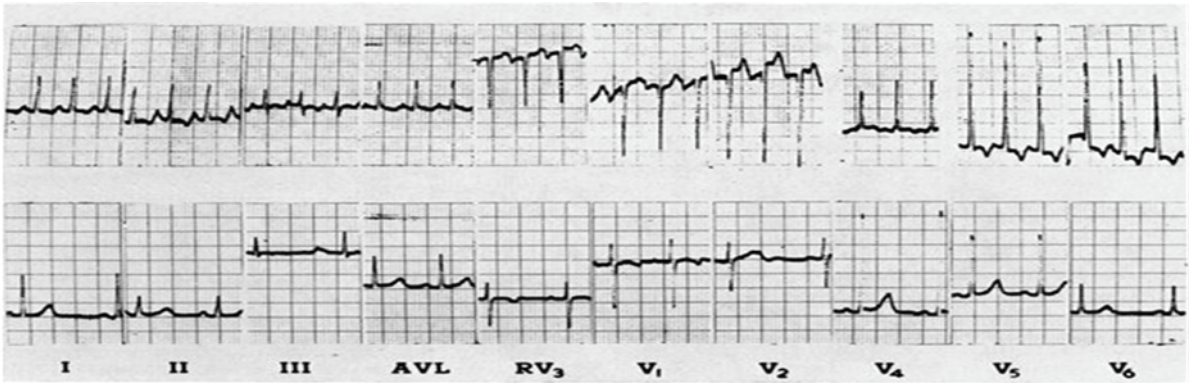


Рисунок 1 – Электрокардиограмма больного ЭФЭ

По данным протоколов патологоанатомического исследования, при вскрытии сердца поперечными разрезами по методу Ресслеу всех умерших детей была выявлена кардиомегалия с выраженной (в 3-4 раза) дилатацией полостей, сочетающаяся с гипертрофией стенок правого предсердия и левого желудочка, за счет чего сердце имело округлую форму. Во всех наблюдениях индекс кровоснабжения сердца составил более 25,0 г/мм^2, что свидетельствует о дефиците венечного кровообращения. Пристеночный эндокард был резко утолщен (на некоторых участках до 0,4 см), серо-белого цвета, с избыточнойрельефностью. Миокард был дряблым, на разрезе желто-коричневого цвета, с множественными перемежающими участками желто-коричневого, серо-белого и красно-коричневого цвета, линейной формы без четких границ размерами до 0,3 см. Внешний вид миокарда свидетельствует об ишемии. Ангиометрия магистральных сосудов показала увеличение периметра легочной артерии и восходящей аорты до 4,7 и 5,2 см соответственно.

Обнаруженные изменения в сердце сочетались с признаками общего венозного полнокровия внутренних органов в виде «мускатной печени», бурой индурации легких,

цианотической индурации селезенки и почек, застойной гиперемии поджелудочной железы, асцита, гидроторакса и анасарки.

Перечисленные патологические изменения являются морфологическими проявлениями хронической сердечной недостаточности. При микроскопическом исследовании аутопсийного материала были выявлены следующие изменения стенки сердца: резкое (до 10 раз) утолщение эндокарда, который был представлен упорядоченными, плотно упакованными пучками эластических и коллагеновых волокон, проникающими на различный уровень в мышечный слой с формированием очагов интерстициального и периваскулярного фиброза; выраженная гипертрофия миокардиоцитов с наличием участков чередования гипертрофированных и атрофированных мышечных волокон с наличием в отдельных из них дегенеративных изменений с вакуолизацией цитоплазмы и липидозом, а также исчезновением поперечной исчерченности и пикнозом ядер, являющихся морфологическим проявлением ишемического некроза [6]. В срезах миокарда, дополнительно окрашенных ГОФП-методом, по всей площади выявлены сливающиеся друг с другом мелкие участки умеренной и выраженной фуксинофилии цитоплазмы кардиомиоцитов, а также участки субэндокардиальной фуксинофильной дегенерации миокарда. В гистопрепаратах головного мозга отмечены признаки перицеллюлярного и периваскулярного отека с очагами энцефалолизиса, что свидетельствует о декомпенсации гемодинамических нарушений.

Анализ танатогенеза показал, что непосредственной причиной смерти больных ЭФЭ во всех случаях явилась сердечная недостаточность.

Эндокардиальный фиброэластоз характеризуется значительным утолщением эндокарда в результате преобразования коллагеновых структур, нередко в сочетании с патологическими изменениями миокарда и клапанов сердца, что обусловливает ригидность стенок и уменьшение объема камер сердца, сохраняющиеся в течение всего периода постнатальной жизни ребенка. Страдает как сократительная функция сердца, так и диастолическое наполнение полости левого желудочка. Вследствие этого левый желудочек не в состоянии вместить физиологический объем крови, а миокард, преодолевая механическое сопротивление измененного эндокарда, не способен вытеснить весь объем крови в аорту. Ударный выброс в большой круг кровообращения остается неизменно низким, что приводит к увеличению пред- и постнагрузки сердца, вызывая тяжелые нарушения сердечного ритма с приступами тахикардии и нарастанием признаков сердечной недостаточности. Уменьшение коронарного кровоснабжения сопровождается дисбалансом между потребностью миокарда в кислороде и его поступлением, являясь непосредственной причиной субэндокардиальной ишемии.

Полученные результаты исследования позволяют полагать, что сложность прижизненной диагностики эндокардиального фиброэластоза обусловлена отсутствием патогномоничных клинических симптомов. Проведенное исследование показало, что результаты объективных функциональных методов исследования полностью соответствовали морфологическим изменениям, однако, не были правильно интерпретированы. Микроскопическое изучение тканевых образцов сердца свидетельствует

о развитии у детей, страдающих ЭФЭ, необратимых ишемических изменений миокарда, определяющих сердечный вариант танатогенеза.

Заключение

Выявленные клинико-морфологические признаки эндокардиального фиброэластоза позволяют рекомендовать комплексное проведение электро-, эхокардиографии, коронарографии и рентгенографии грудной клетки в случаях манифестации у детей быстро прогрессирующей сердечной недостаточности, которое поможет своевременно установить диагноз и выбрать адекватную тактику лечения пациентов.

Литература

1. Ni J., Bowles N. E., Kim Y.-H. et al. // Viral infection of themyocardium in endocardial fibroelastosis: molecular evidencefor the role of mumps virus as an etiologic agent/ Circulation. - 1997. - Vol. 95, № 1. - P. 133-139.
2. Dincsoy M. Y., Dincsoy H. P., Kessler A. D. et al. // Generalized glycogenosis and associatedendocardial fibroelastosis. Report of 3 cases with biochemicalstudies/The Journal of Pediatrics. – 1965. - Vol. 67, № 5. - P. 728-740.
3. Brady A. N., Shehata B. M., Fernhoff P. M. // X-linked fetalcardiomyopathy caused by a novel mutation in the TAZ gene/ Prenatal Diagnosis. – 2006. - Vol. 26, № 5. – P. 462-465.
4. Kamisago M., Schmitt J. P., McNamara D. et al. // Sarcomere protein gene mutations and inheritedheart disease: a beta-cardiac myosin heavy chain mutationcausing endocardial fibroelastosis and heart failure/NovartisFoundation Symposium. – 2006. - Vol. 274. - P. 176-276.
5. Lurie P. R. // Changing concepts of endocardial fibroelastosis/ Cardiology in the Young. – 2010. - Vol. 20, № 2. - P. 115-123.
6. Гуськова О. Н., Теймуров Э. З. // Клинико-морфологические проявления эндокардиальногофиброэластоза / Современные тенденции науки, практики и образования в педиатрии: материалы регион. уч.-метод. и науч.-практ -конф., посвящ. 60-летию кафедры детских болезней ТГМУ / редкол.: Ю. С. Апенченко [и др.]; под ред. А. Ф. Виноградова, Ю. С. Апенченко. — Тверь: Ред.-изд. центр Твер. гос. мед. ун-та, 2018. — С. 76-79.

УДК 613.72:796

А. В. Тимченко, 4 курс, педиатрический факультет, С. Р. Матвеева, 1 курс, лечебный факультет, А. С. Нечаева, 1 курс, педиатрический факультет
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра физкультуры и физической реабилитации
Научный руководитель: доцент В. В. Федоров

ОТЛИЧИЕ ФИЗКУЛЬТУРНО-СПОРТИВНЫХ КОМПЛЕКСОВ (ГТО) В СССР И РОССИИ

После победы Великого Октября (1917-1918 гг.) страна укреплялась, набирала политическую мощь, а энтузиазм советских людей, их тяга к новому стали проявляться во всех сферах жизни — в труде, культуре, науке, спорте.

В послереволюционный период Советский Союз, на самой заре своего развития, оказался окруженным идеологически чуждыми государствами, что усугублялось еще и гражданской войной, которая шла внутри. Чтобы противостоять этим явлениям, нужны были сильные военные, а основой дисциплины, порядка и хорошей физической подготовки безоговорочно признавался массовый спорт.

Развитие физической культуры и обучение населения военным навыкам становятся в СССР приоритетными задачами, выполнение которых контролируется первыми лицами государства.

Первое упоминание о комплексе ГТО приходится на 30-е годы XX века.

Ведущую роль в разработке новых форм и методов физического воспитания сыграл комсомол, который выступил инициатором создания Всесоюзного физкультурного комплекса «Готов к труду и обороне».

24 мая 1930 года газета «Комсомольская правда» напечатала обращение, в котором предлагалось установить всесоюзные испытания на право получения значка «Готов к труду и обороне». Речь шла о необходимости введения единого критерия для оценки физической подготовленности молодежи. Для этого предлагалось установить специальные нормы и требования, а тех, кто их выполнял — награждать значком. Новая инициатива комсомола получила признание в широких кругах общественности, и по поручению Всесоюзного совета физической культуры при ЦИК СССР был разработан проект комплекса ГТО, который 11 марта 1931 года после общественного обсуждения был утвержден и стал нормативной основой системы физического воспитания для всей страны.

Первоначально к испытаниям на получение значка «Готов к труду и обороне» допускались мужчины не моложе 18 лет и женщины не моложе 17 лет. Особым условием было удовлетворительное состояние здоровья.

Мужчины:

I категория – с 18 до 25 лет,

II категория – с 25 до 35 лет,

III категория – с 35 лет и старше.

Женщины:

I категория – с 17 до 25 лет,

II категория – с 25 до 32 лет,

III категория – с 32 лет и старше.

Первый комплекс ГТО состоял всего из одной ступени и предполагал выполнение 21 испытания, 15 из которых носили практический характер:

- бег на 100, 500 и 1000 метров;
- прыжки в длину и высоту;
- метание гранаты;
- подтягивание на перекладине;
- лазание по канату или шесту;
- плавание;
- умение грести 1 км;
- лыжи на 3 и 10 км;

Также в нормативы входили:

- верховая езда и продвижение в противогазе на 1 км.
- поднимание патронного ящика весом в 32 килограмма и безостановочное передвижение с ним на расстоянии 50 метров;
- умение ездить на велосипеде или умение управлять трактором, мотоциклом, автомобилем;

Теоретические испытания проводились по военным знаниям и знаниям истории физкультурных достижений, основ физкультурного самоконтроля, оказанию первой медицинской помощи. Испытания проводились на всех уровнях — в городах, селах и деревнях, на предприятиях и в организациях.

Те, кто успешно выполнял все испытания, награждался значком ГТО, а результаты заносились в билет физкультурника. Сдавшие имели льготу на поступление в специальное учебное заведение по физкультуре и преимущественное право на участие в спортивных соревнованиях и физкультурных праздниках республиканского, всесоюзного и международного масштаба.

Со временем появилась необходимость установить повышенные требования к физической подготовке молодежи, которая все в больших масштабах начала успешно выполнять испытания на значок ГТО. Первое изменение комплекса пришлось на 1932 году. В этом году был утвержден комплекс «Готов к труду и обороне» II ступени, в который вошло уже 25 испытаний — 3 теоретических и 22 практических. В обновленном ГТО были представлены те же испытания, с добавлением новых, таких как:

- прыжки на лыжах с трамплина (для мужчин);
- фехтование;
- прыжки в воду;
- преодоление военного городка.

Патриотическая целеустремленность и практическое содержание комплекса ГТО прошли суровую проверку в огне Великой Отечественной войны.

Когда перед всеми физкультурными организациями страны стала задача массовой военно-физической подготовки населения, комплекс ГТО стал одним из важнейших инструментов.

Благодаря ГТО миллионы советских людей получили навыки маршевой, лыжной, стрелковой подготовки, плавания, метания гранат, преодоления водных преград и препятствий. Это помогло им в минимальные сроки овладеть военным делом, стать снайперами, разведчиками, танкистами, летчиками. Скромный значок ГТО для многих из них стал первой наградой, к которой позднее добавились ордена за трудовые и боевые заслуги.

Имеющие значок ГТО, овладевшие военно-прикладными двигательными навыками, добровольно уходили на фронт, успешно действовали в партизанских отрядах.

За время существования комплекса его нормативную часть не раз изменяли. Наиболее крупные изменения вносились в 1940, 1947, 1955, 1965 и 1972 годах.

В более поздние комплексы входили испытания по выбору и, по сравнению с предыдущим, количество нормативов в них было значительно уменьшено.

В задачи современного Комплекса ГТО входит:

- увеличение числа граждан, систематически занимающихся физической культурой и спортом;
- повышение уровня физической подготовленности, продолжительности жизни граждан;
- формирование у населения осознанных потребностей в систематических занятиях физической культурой и спортом, физическом самосовершенствовании, ведении здорового образа жизни;
- повышение общего уровня знаний населения о средствах, методах и формах организации самостоятельных занятий, в том числе с использованием современных информационных технологий;
- модернизация системы физического воспитания и системы развития массового, детско-юношеского, школьного и студенческого спорта в образовательных организациях, в том числе путем увеличения количества спортивных клубов.

Современные нормативы комплекса располагаются по ступеням, соответствующим возрасту. Таких ступеней 10, последняя заканчивается возрастной группой 70 лет и старше.

Современный ГТО вызывает много споров, так как многие считают данные нормативы простыми. По сравнению с советскими временами, современные нормы ГТО в целом проще. Для сравнения, представлено несколько одинаковых дисциплин и нормативы для выполнения золотого значка. Также представлены нормативы старшей возрастной группы.

Норматив, старшеклассники	СССР, 16-18 лет		РФ, 16-17 лет	
	Юноши	Девушки	Юноши	Девушки
100 метров	13,5	15,4	13,8	16,3
Прыжок с места	280	175	230	185
Подтягивания	12		13	
Отжимания		12		16
Метания	40	25	38	21
Плавание 100 м	1:45	2:00		
Плавание 50 м			0:41	1:10
Бег на 1 км	3:20			
Бег на 0,5 км		1:50		
Бег на 2 км			7:50	9:50
Бег на лыжах, 5 км	25		23:40	
Бег на лыжах, 3 км		18		17:30

Норматив, взрослые	СССР, 19-28 лет		РФ, 18-24/25-29 лет	
	Юноши	Девушки	Юноши	Девушки
100 метров	13	15,2	13,5/13,9	16,5/16,8
Прыжок в длину с разбега или	480	380	430/-	320/-
Прыжок в длину с места			240	195/190
Подтягивания	11-13		13/12	
Отжимания		14		14
Метания	47	27	38	21/19
Плавание, 100 м	1:50	2:00		
Плавание, 50 м			0:45/0:48	1:10/1:14
Бег на 1 км		4:10		
Бег на 2 км				10:30/11
Бег на 3 км	13:30		12:30/12:50	
Бег на лыжах, 5 км	24		23:30/24	
Бег на лыжах, 3 км		17		18

При сравнении одинаковых испытаний можно сказать:

- получение серебряного значка стало легче: нормативы уменьшили, количество испытаний снизили до семи;
- требования к нормативам для юношей, в целом, снизили;
- нормативы для девушек стали сложнее в испытаниях на выносливость и гимнастику;
- получение золотого значка практически не изменилось, испытаний стало на 1 меньше, нормативы стали сложнее – теперь нужно все 8 нормативов сдать на уровень золотого значка (в СССР 2 норматива можно было сдать на уровень серебряного).

Заключение

Советская система ГТО развивалась и реформировалась более 60 лет, с 1930 года по 1991 год. Российская система, насколько можно судить по нормативам и руководящим документам, стремится как можно точнее следовать духу предшественницы.

Однако нормативы и система оценки в обновленном комплексе ГТО уделяют все больше внимания общему физическому развитию, все дальше и дальше уходя от военно-прикладных упражнений. Если обладатель значка 1930 года представлял собой готового младшего специалиста Красной Армии, то в 2015, как, впрочем, и в 1972, это крепкий физкультурник с двух-трехлетним стажем систематических занятий.

Такой переход вполне отвечает требованиям времени. За годы развития системы ГТО развились и армия и производство. В нынешних условиях специальная физическая подготовка для большинства военных и гражданских специальностей стала не нужна. С точки зрения здоровья, приоритет мирных видов над военно-прикладными можно только приветствовать, ведь бег и плавание намного лучше укрепляют здоровье и сулят меньше травм, чем преодоление полосы препятствий на время или парашютный спорт.

Литература

1. Туризм и спортивное ориентирование [Учеб. для ин-тов и техникумов физ. культуры / Е. Я. Безносиков, В. И. Ганопольский, В. Г. Булатов]/ М.: Физкультура и спорт, 1987. – 238 с.
2. Значки ГТО Единой всесоюзной спортивной классификации и спортивных судей // Спортивная атрибутика: Альбом /Сост. В. Кудряшов, худож. И.Петрович. – 2-е, исправленное. / М.: Физкультура и спорт, 1978. – 84 с.
3. Комплекс ГТО в системе физического воспитания студентов: история создания и развития / Ю. Ф. Курамшин, Р. М. Гадельшин // Теория и практика физической культуры. - 2014. – № 7. – С. 9.
4. Организация физического воспитания студентов /Б. М. Газовский, Н. А. Нельга, В. Н. Кряж / Минск: Вышейшая школа, 1978. - 96 с.
5. Программа по физической культуре для высших учебных заведений / Всесоюз. ком. по делам физ. культуры и спорта при Совете народных комиссаров СССР. - М.: ОГИЗ - Физкультура и туризм, 1937. – 108 с.
6. Указ о Всероссийском физкультурно-спортивном комплексе «Готов к труду и обороне» [Электронный ресурс] // http://www. kremlin.ru/news/20636.

УДК 616.1-082-039.57

А. А. Трифанова, А. В. Степаненко, 6 курс, лечебный факультет;
доцент Н. В. Страхова, доцент О. Н. Красноруцкая, ассистент Ю. А. Котова
ФГБОУ ВО Воронежский ГМУ им. Н. Н. Бурденко Минздрава России,
г. Воронеж, Россия
Кафедра поликлинической терапии и общей врачебной практики
Научный руководитель: д.м.н., профессор А. А. Зуйкова

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КОНТРОЛИРУЕМОЙ КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Амбулаторно-поликлинический этап кардиореабилитации в комплексе со вторичной профилактикой, психологической коррекцией и реадаптацией является наилучшей формой ведения постинфарктных больных, но также и одним из самых сложных этапов ведения таких пациентов [2, 3, 5]. Участие студентов-медиков дает возможность вовлечь пациентов в различные программы физической реабилитации и пролонгированных тренировок, осуществлять непрерывный контроль реабилитационного процесса [4], повышая уровень комплаентности больных.

Цель исследования: комплексный анализ эффективности контролируемой кардиореабилитации на амбулаторно-поликлиническом этапе с привлечением студентов медицинского вуза.

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе отделения реабилитации БУЗ ВО ВГКП № 1. Обследовано 13 больных, согласившихся сотрудничать с исследовательской группой, перенесших острый инфаркт миокарда (ОИМ) и находящихся на амбулаторном этапе кардиореабилитации, среди них 9 женщин (69,2 %) и 4 мужчины (30,8 %) в возрасте от 45 до 83 лет, средний возраст 63,8±12,9 года. Средняя длительность постинфарктного периода 6,7±1,1 месяца. Все исследуемые получали стандартную терапию в соответствии с клиническими рекомендациями [1]. Перед осуществлением реабилитационной программы пациентам был проведен тест шестиминутной ходьбы (ТШХ), оценена одышка по шкалам Borg, MRC, ВАШ. Кроме того, оценивалось эмоционально-аффективное состояние по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS, качество жизни (КЖ) – по опроснику SF-36. В ходе исследования студентами 6 курса лечебного факультета было проведено по 10 индивидуальных прогулок в темпе тренировочной ходьбы с каждым пациентом ежедневно. В течение этого периода производился непрерывный контроль соматического состояния больных (АД, ЧСС, ЧДД, уровень одышки по Borg и ВАШ, тип реакции на физическую нагрузку по Фогельсону Л.И. в модификации Аронова Д.М.), фиксировались пройденное расстояние и затраченное время. По завершении цикла реабилитации ТШХ проводился повторно, оценивались уровень одышки по шкалам Borg, MRC и ВАШ, качество жизни, уровень тревоги и депрессии. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программного обеспечения SPSS Statistics 20.0. Все значения представлены

в виде средней ± стандартная ошибка средней. При проведении сравнительного анализа был рассчитан критерий знаковых рангов Уилкоксона.

Результаты и обсуждение

Среднее значение дистанции в тесте шестиминутной ходьбы после завершения цикла тренировок возросло на 9,2 метра по сравнению с дистанцией, пройденной пациентами до начала реабилитации (p=0,033). Наибольший прирост дистанции в ТШХ прослеживается у пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда менее чем за 6 месяцев до начала исследования, однако различия не достигли уровня статистической значимости (p > 0,05).

При сравнительном анализе тяжести и степени выраженности одышки у пациентов до и после проведения цикла тренировок выявлено стойкое снижение количественных показателей одышки: по шкале Borg среднее значение одышки после тренировок снизилось на 22,8 %; по ВАШ - на 34,1 %. При этом у всех пациентов произошло улучшение субъективного восприятия одышки.

Стартовые значения тревоги (средний балл по шкале HADS) составили 7,62±0,72 балла, что соответствует субклинической тревоге. Среднее значение по шкале депрессии HADS оказалось равным 4,46±0,90 баллов, что соответствует отсутствию признаков депрессивного состояния. Распространенность субклинической тревоги составила 61,5 %, клинически выраженная тревога была диагностирована у 1 исследуемого (7,7 %). Большинство пациентов в выборке не имело признаков депрессии по шкале HADS: 11 человек (84,6 %) имели 7 и менее баллов. По одному человеку (7,7 %) страдали субклинической и клинически выраженной депрессией. После завершения тренировок у 12 человек (92,3 %) отсутствовали признаки депрессии, субклиническая депрессия была зафиксирована у одного человека (7,7 %). Статистически значимых изменений показателей тревоги зафиксировано не было.

Выявлена прямая зависимость между уровнем тревоги и степенью выраженности одышки. Сравнивая пациентов, перенесших инфаркт миокарда, без признаков тревоги по шкале HADS и больных с субклинически выраженной тревогой было установлено, что последние страдают более выраженной в 1,6-1,8 раза одышкой. При тщательном анализе полученных данных была определена прямая корреляционная взаимосвязь средней силы между баллом по шкале тревоги HADS и баллом по шкале одышки Borg (r=0,580, p<0,05), по шкале одышки ВАШ (r=0,586, p<0,05). Таким образом, в наибольшей степени уровень тревоги оказывает влияние на повседневную деятельность пациента, затрагивая как эмоциональные, так и физические аспекты.

Исследуя зависимость результатов контролируемых тренировок от изначального уровня тревоги и депрессии выявлено, что чем выше исходный уровень тревоги, тем больше прирост качества жизни по показателю VT (r=0,596, p<0,05). Чем выше изначальный уровень одышки по Borg и ВАШ (r=0,677 и 0,782, соответственно, p<0,05), тем в большей степени выражено снижение одышки после тренировок по этим шкалам, что, вероятно, может свидетельствовать о взаимосвязи этих показателей.

Заключение

Возможно эффективное участие студентов-медиков в реабилитации постинфарктных больных на амбулаторном этапе. Контролируемые тренировки ведут к улучшению соматического состояния пациентов, повышению качества их жизни. Ответ на реабилитационные мероприятия более выражен у пациентов, имеющих значимый уровень тревоги, с давностью ОИМ менее 6 месяцев – при составлении индивидуальных реабилитационных программ следует уделять таким больным особое внимание как наиболее релевантной группе. Качество жизни имеет прямую связь с выраженностью одышки, в частности, с показателем жизненной активности.

Литература

1. Аронов Д. М., Арутюнов Т. П., Барбараш О. Л. и др. Реабилитация и вторичная профилактика у больных, перенесших острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST // Москва, 2014. – С. 61-75.
2. Еремина Д. А. Психологические основы повышения эффективности восстановительного лечения больных ИБС после коронарного шунтирования / Д. А. Еремина, Н. Е. Круглова, О. Ю. Щелкова, М. В. Яковлева // Вестник СПбГУ. – 2014. – № 1. – С. 55-59.
3. Орлова Е. В. Клиническая эффективность школ здоровья в первичной и вторичной профилактике артериальной гипертонии у работников железнодорожного транспорта / Е. В. Орлова, Н. В. Тишкина // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2009. – Т. 8. - № 6. – С. 264.
4. Страхова Н. В. Регрессионный анализ прогностического значения скорости пульсовой волны у больных артериальной гипертонией с инфарктом миокарда в анамнезе / Н. В. Страхова, А. А. Зуйкова, Е. Н. Колесникова, М. Г. Васильченко, И. С. Добрынина // Сб. научн. тр. / Противоречия современной кардиологии: спорные и нерешенные вопросы. – Самара, 2016. – С. 32-33.
5. Страхова Н. В. Состояние гемодинамики у больных артериальной гипертонией и постинфарктным кардиосклерозом / Н. В. Страхова, О. Н. Красноруцкая, Ю. А. Котова // Сибирский медицинский журнал. – 2016. – Т. 31, № 1. – С. 47-49.

УДК 618.2-055.25

К. Л. Фаррахова, 4 курс, педиатрический факультет; И. В. Фомина, доцент
ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, г. Тюмень, Россия
Кафедра акушерства и гинекологии
Научный руководитель: к.м.н., доцент И. В. Фомина

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН СТАРШЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Во всем мире прослеживается тенденция по увеличению возраста, в котором женщина впервые решает выносить и родить ребенка [1]. Всего еще 10 лет назад возрастными первородящими считались женщины старше 30 лет, то на сегодняшний день к таковым уже относят лишь пациенток старше 35 лет [2]. Общеизвестно, что по мере увеличения биологического возраста растет число сопутствующих заболеваний и генитальной патологии, что не может не влиять на вероятность наступления беременности, возможность ее вынашивания. Большинство наиболее часто встречающейся соматической патологии негативно влияет на течение гестационного процесса и вызывает осложнения беременности и родов, соответственно, отражается и на здоровье ребенка [3].

Цель исследования: изучить течение беременности и родов, а также состояние здоровья детей на момент рождения у женщин старшего репродуктивного возраста, родоразрешающихся впервые.

Материалы и методы

Проведено сплошное ретроспективное исследование течения беременностей и родов, а также состояние здоровья детей у женщин старшего репродуктивного возраста, родоразрешающихся впервые, чье родоразрешение произошло в акушерском стационаре ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» (г. Тюмень) в июле-августе 2017 года. Материалом для исследования явились 48 историй родов и индивидуальных карт женщин, родоразрешенных за указанный период, а также истории развития их новорожденных детей. Для обработки материала использована программы Microsoft Excel и Statistica 6.0.

Результаты и обсуждение

При анализе семейного положения возрастных первородящих выявлено, что большинство из них состояли в браке, как в официально зарегистрированном, так и в «гражданском» - 73 %, остальные же вынашивали беременность вне брака – 27 %. Возраст их колебался в пределах от 35 до 43 лет. По социальному статусу большинство из них были работающими - 73 %.

К огромному сожалению, 64 % женщин имели в анамнезе искусственные прерывания беременности, иногда и неоднократные. При этом 13 % прерывали ее с помощью хирургического аборта путем выскабливания полости матки, а большинство применяли фармакологический аборт. Только 46 % женщин были первобеременными и первородящими. Часть женщин имела в анамнезе самопроизвольные выкидыши (15 %) и регрессирующие беременности (32 %). Четверть всех женщин имела в своем диагнозе бесплодие, причем естественным путем зачатие все же наступило у 85 % женщин, и лишь 15 % из них пришлось

прибегнуть к помощи программ вспомогательных репродуктивных технологий, а именно: экстракорпоральному оплодотворению, а так же ЭКО+ИКСИ.

Отмечен и высокий процент гинекологической заболеваемости в данной группе. Так, число женщин, имеющих в анамнезе гинекологические заболевания, составило 73 %. При этом чаще встречались эктопии шейки матки 34 %, миомы матки 15 %, различные варианты воспалительных заболеваний – 27 %, кисты яичников имели 8 % женщин, причем подвергшиеся ранее оперативному лечению. Реже зарегистрированы эндометриоз (6 %) и полипы цервикального канала (6 %).

Среди сопутствующей патологии наиболее часто (21 %) отмечена офтальмологическая патология (различные степени миопии, в том числе имеющие оперативные вмешательства на органе зрения), причем отмечена миопия высокой и средней степени практически в равном числе случаев. Эндокринную патологию в виде гипотиреоза имели 15 % женщин, ожирение было у 20 %. Нейроциркуляторная дистония была у 25 % женщин, при том что артериальная гипертензия отмечена в 10 % случаев. Анемию различных степеней тяжести имели 26 % женщин. Заболевания пищеварительной системы регистрированы у 13 % из них. Часть пациенток обследовалась на тромбогенные генетические полиморфизмы и имела тромбофилию клинически значимую среднего риска в 6 % случаев. Реже встречалась патология сердечно-сосудистой системы в виде пороков развития, так митральная недостаточность выявлена в 7 % случаев.

Большинство беременностей были одноплодными (90 %), лишь в 10 % встретились беременности двойнями, наступившие путем с применением вспомогательных репродуктивных технологий. Среди осложнений беременности наиболее часто встречался гестоз различных степеней тяжести (50 %), угрозы прерывания беременности в различные сроки (31 %), плацентарная недостаточность (42 %), гестационный сахарный диабет (13 %), патологическая прибавка веса 9 %, кандидозный кольпит 8 %, истмико-цервикальная недостаточность (5 %). Зафиксирован один случай антенатальной гибели плода. Преждевременное излитие околоплодных вод зарегистрировано у 7 % женщин. Дисфункция плаценты встречалась у 10 % женщин. Во время беременности инвазивную диагностику в связи с рекомендациями генетика не прошла ни одна пациентка.

Срок, в котором происходило родоразрешение,был от 25 недель до 40,5 недель гестации. Большинство родов были срочными, лишь 14,5 % из них были преждевременными. Значительное число женщин родоразрешилось через естественные родовые пути – 63 %, притом, что все же процент родоразрешения путем операции кесарева сечения у них выше, чем в среднем по стационару – 37 %. Наиболее характерными осложнениями родов через естественные родовые пути были различные аномалии родовой деятельности, встречающиеся в 60 % случаев, причем наиболее часто отмечены слабость родовой деятельности, особенно слабость потуг. Для данной категории пациенток характерен и родовой травматизм матери - разрывы родовых путей, встретившееся в 55 % случаев, причем еще у 30 % была выполнена перинео- или эпизиотомия.

Дети, родившиеся от возрастных первородящих, не отличались по половому признаку среди рожениц всех возрастов, так девочки родились у 40 %, а мальчики – у 60 %. Оценка по шкале Апгар у детей в основной массе соответствовала норме и была у большинства более 7

баллов в конце 1 и через 5 минут с момента рождения. Оценку по шкале Апгар менее 7 баллов имели 12 % новорожденных. В итоге диагноз «Новорожденный» имели 85 % из них, 12 % рождены в асфиксии, 13 % имели прочую патологию в виде: задержки внутриутробного развития плода, бронхо-легочной дисплазии, интерстициальной пневмонии, возникшей в перинатальном периоде, крайнюю незрелость 26 недель, кисты сосудистых сплетений головного мозга плода.. 83 % доношенных новорожденных детей рождены с нормальной массой тела и лишь 2,5 % с крупным весом. Плацента, рожденная женщинами, была цела, со всеми оболочками абсолютно у всех пациенток.

Выводы

1. Большинство возрастных первородящих имеют отягощенный акушерский анамнез в виде искусственных прерываний беременностей 64 %.
2. Большая часть из них к моменту реализации своей репродуктивной функции имеют серьезный «багаж» гинекологической и соматической патологии.
3. Течение беременности и родов у возрастных первородящих сопровождается характерными осложнениями в виде гестозов и плацентарной недостаточности, а также среди них отмечен высокий процент преждевременных родов - 14,5 %.
4. Большинство новорожденных детей (85 %) были здоровы, с хорошими показателями по шкале Апгар.

Литература

1. Радзинский В. Е. Овариальный резерв и фертильность: сложности XXI века. Рациональный подход к сохранению репродуктивного резерва как залог фертильности и осознанного деторождения / М.: StatusPraesens, 2015. - 54 с.
2. Рябинкина Т. С., Симоновская Х. Ю., Руднева О. Д. Старший репродуктивный возраст: контрацепция и не только. Рациональная контрацепция женщин старшего возраста: контрацептивные и неконтрацептивные аспекты / М.: Status Praesens, 2015. - 34 с.
3. Хамошина М. Б., Дикке Г. Б., Бриль Ю. А., Лебедева М. Г. Без иллюзий и предубеждения. Репродуктивное здоровье молодых женщин: проблемы, перспективы и пути решения: информационный бюллетень / М.: Status Praesens, 2017. - 48 с.
4. Репродуктивные планы: сохранить и приумножить потенциал. Итоги встречи российских врачей с руководством Европейского общества гинекологов и Европейского общества по контрацепции и репродуктивному здоровью (Москва, 12–13 марта 2013 года) / Т. С. Рябинкина, Х. Ю. Симоновская, С. А. Маклецова/ М.: Редакция журнала Status Praesens, 2013. — 24 с.
5. Беременная XXI века: трудно как никогда. Почему необходимо заботиться об оптимальном фолатном статусе беременной? Информационный бюллетень / Т. В. Галина, Т. А. Добрецова; под ред. В. Е. Радзинского/ М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2015. — 20 с.
6. Старший репродуктивный возраст: контрацепция и не только. Рациональная контрацепция женщин старшего возраста: контрацептивные и неконтрацептивные

аспекты. Информационный бюллетень / Т. С. Рябинкина, Х. Ю. Симоновская, О. Д. Руднева; под ред. В. Е. Радзинского / М.: Редакция журнала Status Praesens, 2014. — 16 с.

УДК 616.314-089.23:615.477.35

Р. А. Фастовский, 4 курс, Ю. В. Шакирова, Е. А. Лихтарникова, 2 курс,
Е. И. Кострицкий, 3 курс, стоматологический факультет; Я. В. Кудряшова, ординатор
ФГБОУ ВО Иркутский ГМУ Минздрава России, г. Иркутск, Россия
Кафедра ортопедической стоматологии
Научный руководитель: ассистент И. Ю. Кострицкий

ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРНОЙ СТАБИЛЬНОСТИ ГИПСОВЫХ МОДЕЛЕЙ, ВЫПОЛНЕННЫХ ПО АЛЬГИНАТНЫМИ ОТТИСКАМ (МАССА HYDROGUM 5) В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВРЕМЕНИ ИХ ИЗГОТОВЛЕНИЯ

Успех съемной или несъемной конструкции зависит качества рабочей модели, на которой осуществляется конструирование любого протеза, а это в свою очередь зависит от точности оттиска, по которой она изготовлена, его размерной стабильности. Оттискные материалы применяются в стоматологии для точной передачи отображения тканей протезного поля и ложа, позволяя при этом изготовить модель без искажений. Одними из наиболее часто и широко используемых оттискных материалов являются альгинатные массы, которые на современном этапе представлены в большом количестве и разнообразии: Sculptura, Ypeen, Orthoprint, Hydrogum, Kromopan и др. Они в настоящее время завоевали прочные позиции в стоматологической практике. К достоинствам этих материалов можно отнести: пластичность, хорошее воспроизведение микрорельефа тканей полости рта, эластичность после структурирования, простота использования, легкость при изготовлении моделей, хорошая дезинфецируемость, невысокая стоимость. Но есть и недостатки: синерезис - выделение свободной жидкой фазы из альгинатного вулканита (из-за продолжения образования поперечных связей) и имбибиция - разбухание оттиска при контакте с водой, что в конечном итоге ведет к размерной нестабильности. В практической стоматологии альгинатные массы широко используются в качестве вспомогательных материалов для получения оттисков при изготовлении съемных пластиночных протезов, ортодонтических аппаратов, челюстно-лицевых протезов, штампованно паяных и даже бюгельных протезов, а также вспомогательных, диагностических и документальных моделей.

Большой диапазон распространенности и пользования, различные мнения по методам изготовления моделей по данным слепочным массам не дают однозначных понятий о точности и определенной временной методики применения. Это явилось основанием для проведения собственного исследования- определения размерной стабильности моделей, выполненных по альгинатнымоттискам (Hydrogum 5)в зависимости от времени их изготовления.

Цель исследования: изучить размерную точность гипсовых моделей, изготовленных в различное время по оттискам из альгинатного материала (Hydrogum 5) и рекомендовать наиболее приемлемый временной контент.

Материалы и методы

Размеростабильный макет нижней челюсти с зубным рядом (рисунок 1); металлические перфорированные слепочные ложки (рисунок 2); альгинатная масса (Hydrogum 5) (рисунок 3); цифровая мерная ложка (Professional digital spoon scale) (рисунок 4); гипс; вода комнатной температуры; 3 % р-р глутарового альдегида.

Модели из гипса мы будем изготавливать после дезинфекции оттиска (3 мин. в 3 % р-ре глутарового альдегида) (соотношение гипса и воды: 100:40) по следующим параметрам:

1. Сразу после получения оттиска.
2. Через 15 минут нахождения оттиска на воздухе.
3. Через 2 часа нахождения оттиска в воде комнатной температуры.
4. Через 6 часов нахождения оттиска в воде комнатной температуры.
5. Через 5 дней (масса Hydrogum 5) при хранении оттиска в герметичной упаковке в условиях 100% влажности (по утверждениям производителя).

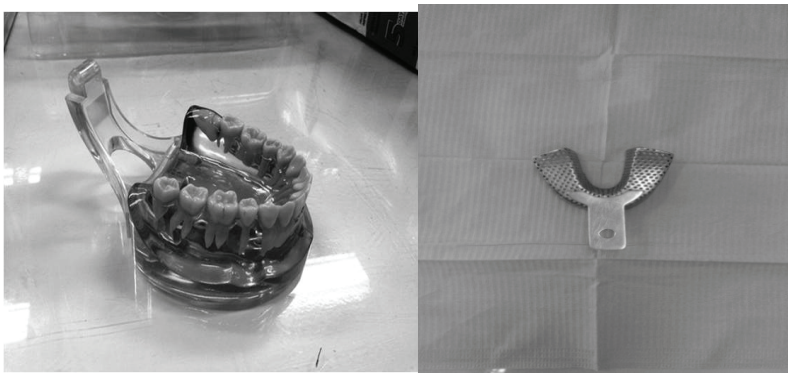


Рисунок 1 - Макет нижней челюсти с зубным рядом

Рисунок 2 - Металлические перфорированные слепочные ложки

Рисунок 3 – Альгинатная масса (Hydrogum 5)

Рисунок 4 - Цифровая мерная ложка (Professional digital spoon scale)

Измерение линейных размеров проведено с помощью программного обеспечения на аппарате Cerec 3 (рисунок 5).

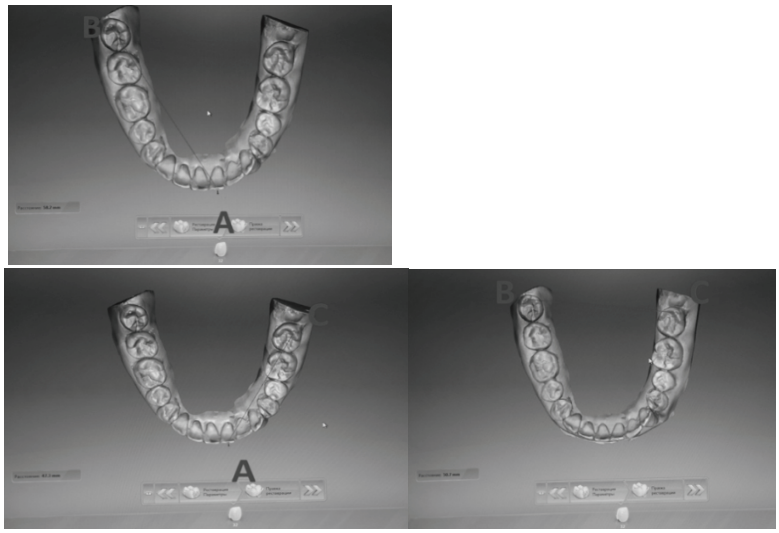


Рисунок 5 – измерение линейных размеров

Результаты и обсуждение

Размерные параметры AB, BC, CA, моделей, изготовленных по альгинатным оттискам (масса Hydrogum 5), сразу после получения, через 15 минут и через 2 часа нахождения оттиска в воде не отличались от исходной модели, другие временные отрезки показали размерную нестабильность (таблица 1).

Таблица 1 – Параметры гипсовых моделей

Вид модели	Временной контент изготовления гипсовых моделей				
	Сразу после получения оттиска	Через 15 минут после получения, на воздухе	Через 2 час нахождения оттиска в воде	Через 6 часов нахождения оттиска в воде	Размеры через 5 суток нахождения в герметичной упаковке при 100% влажности
Гипсовые модели (параметры измерений)	AB=58,2 BC=50,7 CA=47,3	AB=58,2 BC=50,7 CA=47,3	AB=58,2 BC=50,7 CA=47,3	AB=58,1 BC=50,6 CA=47,2	AB=58,1 BC=50,6 CA=47,2
Исходная модель (параметры измерений)	AB=58,2 BC=50,7 CA=47,3	AB=58,2 BC=50,7 CA=47,3	AB=58,2 BC=50,7 CA=47,3	AB=58,2 BC=50,7 CA=47,3	AB=58,2 BC=50,7 CA=47,3

Заключение

Размеростабильными являются модели, изготовленные методами: сразу же после получения оттиска, через 15 минут и через 2 часа нахождения в воде (масса Hydrogum 5). Таким образом, у врачей стоматологов-ортопедов, ортодонтов появляется достаточно большой диапазон времени работы с представленным материалом и каждый может выбрать для себя наиболее приемлемый и удобный временной метод изготовления моделей, полученных по альгинатным оттискам (масса Hydrogum 5).

Литература

1. Ибрагимов Т. И., Циликова Н. А., Оттискные материалы в стоматологии/ М., 2007. – 128 с.
2. Моторкина Т. В. Критерии выбора оптимального оттискного материала при лечении больных цельнолитыми несъемными и комбинированными протезами: Дисс. … канд. мед.наук. – Волгоград, 1999. – 129 с.
3. Подкорытов Ю. М., Клюшников О. В., Бесчастных Д. С. Оттискные материалы в ортопедической стоматологии: методическое пособие/ Иркутск: ГОУ ВПО ИГМУ Росздрава, 2010. - 84 с.
4. Поюровская И. Я., Стоматологическое материаловедение: учебное пособие. – М.: ГЭОТАР-Медицина, 2007. – 192 с.
5. Ряховский А. Н.,Мурадов М. А. Точный оттиск/ Москва, 2006. – 100 с.
6. Цимбалистов А. В., Козицына С. И., Жидких Е. Д., Войтяцкая И. В. Оттискные материалы и технология их применения: Методическое пособие / Санкт-Петербург, 2001. – 2001. - 97 с.

УДК 616.33 – 006.6

А. А. Фурсова, С. С. Нянькина, 3 курс, педиатрический факультет;
А. М. Морозов, ассистент, Э. М. Аскеров, доцент
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра общей хирургии
Научные руководители: ассистент А. М. Морозов, к.м.н., доцент Э. М. Аскеров

РАК ЖЕЛУДКА

Сегодня рак желудка (РЖ) относится к наиболее распространенным онкологическим заболеваниям. В структуре смертности населения России РЖ занимает второе место после рака легкого. Ежегодно в нашей стране учитывается 48,8 тыс. новых случаев этого заболевания, что составляет немногим более 11 % от всех злокачественных опухолей. Около 45 тысяч россиян ежегодно умирают от РЖ. Данный вопрос особенно актуален для лиц с предопухолевыми состояниями слизистой желудка.

Цель исследования: провести анализ историй болезни пациентов с РЖ для выявления специфики течения заболевания с целью раннего выявления и разработки методов профилактики развития заболевания.

Материалы и методы

Для работы были использованы архивные данные клинических историй болезни ГБУЗ ГКБ №7 г. Твери 47 пациентов находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении с диагнозом «рак желудка» в 2014-2016 годах, а также учебная и научная литература.

Результаты и обсуждение

Клиническая картина РЖ разнообразна. Говоря о половой принадлежности, следует обратить внимание на преобладание пациентов мужского пола – 32 человека, по сравнению с количеством женщин – 15 человек. Основная масса людей относится к городскому населению (81 %), меньшая – к сельскому (19 %), что свидетельствует о том, что в большей группе риска находится именно городское население.

Фоном развития РЖ явились: хронический атрофический гастрит (83,36 %), оперированный желудок (61,36 %) и полипы (8,5 %).

В целом, среди всех обследованных можно выделить 3 группы симптомов: общие, местные и симптомы, обусловленные осложнениями, появившимися в течение развития опухоли. В зависимости от частоты встречаемости все симптомы можно распределить следующим образом: потеря массы тела - 61,6 %, боль в животе - 51,6 %, тошнота - 34,3 %, анорексия - 32,0 %, дисфагия - 26,1 %, мелена - 20,2 %, быстрая насыщаемость - 17,5 %, язвенная боль - 17,1 %, отек конечностей - 5,9 %.

Практически во всех рассмотренных случаях наблюдался так называемый «синдром малого желудка», который проявляется как чувство быстрой насыщаемости во время еды. Данное явление можно объяснить формированием стеноза желудка – когда опухоль достигает больших размеров и перекрывает собой просвет органа, препятствуя нормальному

пищеварению. Помимо стеноза (80,85 % случаев) характерным проявлением рака желудка является желудочно-кишечное кровотечение (68 % случаев).

Исходя из анализа историй болезни, основным методом установления окончательного диагноза служит эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС), по результатам которой определяется локализация, размеры опухолевого образования. Помимо данного метода используется биопсия - процедура получения фрагмента (биоптата) данного органа.

Лечение пациентов определяется стадией рака.

Выделяют 4 стадии клинического течения РЖ. Характеристика их такова:

I стадия: опухоль в диаметре не более 2 см, прорастание ею только слизистой оболочки желудка и отсутствие видимых метастазов.

II стадия: размеры опухоли в поперечнике составляют 4-5 см; опухоль прорастает подслизистый слой или даже мышцы желудка; имеются метастазы в ближайшие регионарные узлы, и существует начавшееся прорастание опухоли в ближайшие органы, что способствует спаянию желудка с ними. Осложнения опухоли в этой стадии встречаются не часто.

III стадия: опухоль прорастает подсерозный слой или серозу желудка, соседние органы и ткани, мало подвижна. При этом выявляется наклонность к развитию конгломерата органов и тканей. Размеры опухоли увеличиваются, имеется наклонность ее к распаду. Метастазы захватывают узлы III и IV коллекторов лимфатического бассейна желудка. В этой стадии имеют место многочисленные осложнения.

IV стадия является конечной. Имеется обширное или тотальное поражение желудка с переходом на соседние органы, отдаленные метастазы в лимфатические узлы (шеи), в костную систему, в легкие. Вследствие прорастания метастазов развивается раковый инфильтрат и наступает полная неподвижность рака этого органа.

Окончательное определение стадии заболевания становится возможным после детального изучения удаленного препарата желудка и гистологического исследования его стенок и удаленных с ним лимфатических узлов.

Преобладающим способом является хирургическое лечение с произведением резекции (удаления части органа). В 95 % рассмотренных случаев применяется именно этот метод лечения. Наряду с оперативным способом осуществляется и медикаментозное (химиотерапия) лечение как перед операцией, так и после. Чаще всего химиотерапию используют при РЖ II стадии. При неоперабельном раке IV степени лечение данным методом приводит к улучшению самочувствия больного, в целом. Среди рассмотренных случаев большая часть по причине несвоевременного выявления заболевания прибегала к использованию химиотерапевтических препаратов (II стадия – 8,5 %, III стадия – 27,6 %, IV стадия – 63,8 % случаев).

Помимо рассмотренных методов существует метод лучевой терапии. Из числа рассмотренных случаев не было зафиксированного подобного метода, хотя его применение в некоторых случаях просто необходимо. Так послеоперационная лучевая терапия направлена на уничтожение мелких очаговых проявлений опухоли в желудке, которые было невозможно дифференцировать и удалить в процессе оперативного вмешательства. Онкологи отмечают,

что в сочетании с химиотерапией, данный метод может существенно изменить к лучшему качество жизни пациентов.

Заключение

Рак желудка остается чрезвычайно острой проблемой. Смертность за последние годы в нашей стране и в мире не снизилась. Клинические проявления раннего РЖ не являются патогномоничными, но часто скрываются под обычными «желудочными» жалобами. Скрининговые программы, проводимые в экономически развитых странах, являются дорогими, а в условиях современной действительности скрининг РЖ должен постоянно проводиться, хотя бы в группах фоновых и предраковых заболеваний. В этой связи требуется популяризация знаний (включая телевидение, радио, распространение буклетов и т. д.) о РЖ врачей общего профиля и среди населения.

Действенной мерой профилактики РЖ может служить изменение образа питания, в большей степени, это касается городского населения. Больные должны лечиться своевременно в специализированных учреждениях. При семейном РЖ должно проводиться медико-генетическое консультирование родственников. Проводимые исследования, в том числе и в области лучевой терапии, позволяют надеяться, что в ближайшее время появятся новые стандарты лечения РЖ.

Литература

1. Бесова Н. С. Клинические рекомендации по диагностике и лечению больных раком желудка / Бесова Н. С., Бяхов М. Ю., Горбунова В. А. и др. // Москва, 2014. - 22 с.
2. Давыдов М. И. Онкология: учебник для студентов мед. ВУЗов / Давыдов М. И., Ганцев Ш. Х. // М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 920 с.
3. Каприна А. Д. Злокачественные новообразования в России в 2016 году (заболеваемость и смертность) / Каприна А. Д., Старинский В. В., Петрова Г. В. // М.: МНИОИ им. П. А. Герцена филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России. - 250 с.
4. Петерсон С. Б. Онкология: руководство для врачей / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 288 с.

УДК 618.16

И. Р. Хамитова, 5 курс, лечебный факультет
ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, г. Тюмень, Россия
Кафедра акушерства и гинекологии
Научный руководитель: к.м.н., доцент И. В. Фомина

ЛЕЧЕНИЕ ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВУЛЬВЫ НА БАЗЕ ЦЕНТРА ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ «СИБИРЬ»

Во всем мире отмечается неуклонный рост числа дистрофических заболеваний вульвы среди женщин всех возрастов. Данные патологии представляют очевидную междисциплинарную проблему, во многом по настоящее время до конца не решенную. На сегодняшний день точно неизвестна ни этиология, ни эпидемиология этой группы заболеваний, нет единой общепризнанной классификации, и клинические рекомендации по ведению пациенток разнятся. Меж тем качество жизни женщин со склероатрофическим лишаем (СЛ) сильно страдает, соответственно, все лечебные мероприятия должны быть направлены на ее повышение и достижение стойкой и, по возможности, длительной ремиссии.

Цель исследования: изучить результаты санаторно-курортного лечения дистрофических заболеваний вульвы.

Материалы и методы

На базе ЦВМиР «Сибирь» (г. Тюмень) проведено когортное ретроспективное динамическое исследование 65 женщин, имеющих дистрофические заболевания вульвы и получивших курс санаторно-курортного лечения. Материалом послужили данные историй болезни, заполняемых в центре на каждую пациентку, методом обратной связи отслеживали достигнутые результаты лечения.

Результаты и обсуждение

Среди наблюдаемой когорты пациенток с дистрофическими заболеваниями вульвы в 65 % встречался склероатрофический лишай (крауроз), в 27 % – дистрофические изменения смешанного характера, в 8 % - лейкоплакия вульвы. Все женщины были разделены на 2 группы (по возрасту и состоянию кожных и слизистых покровов вульвы). Первую группу составили 25 (38,5 %) женщин с нарушением целостности кожных и слизистых покровов, вторую – 40 (61,5 %) без таковой. В первой группе преобладали женщины возраста 56-70 лет - 20 (80 %), лишь 5 (20 %) были 45-55 лет. Во второй же, напротив, преобладали женщины 45-55 лет - 31 (77,5 %), лишь 9 (22,5 %) были 56-70 лет.

Перед назначением лечения все пациентки проходили обследование: гормональное - ФСГ/ЛГ, исследование влагалищной флоры, цитологическое исследование с вульвы и цервикального канала, вульво- и кольпоскопию, гликемию натощак, УЗИ органов малого таза, при экстрагенитальной патологии – консультацию смежных специалистов.

В лечении использовался комплексный подход. Всем женщинам назначались:

- диетотерапия;

- прием минеральной воды (МВ) из скважины санатория, иглорефлексотерапия, гипербарическая оксигенация;
- сеансы у психотерапевта, дерматологические (травяные и солодковые) ванны;
- души, включая восходящий;
- при необходимости - кишечные процедуры, лечение экстрагенитальной патологии.

Медикаментозная терапия включала назначение антигистаминных препаратов и местных гормонсодержащих мазей (Овестин).

Пациентки первой группы с глубокими или множественными трещинами, язвами в области вульвы предварительно получали терапию, направленную на эпителизацию тканей: местно мазевые аппликации (Метилурацил, Бепантен, Озонированное масло), при воспалении – санация влагалища и вульвы, с учетом микрофлоры (влагалищные ванночки, свечи, влагалищные орошения МВ с последующим назначением эубиотиков местного применения (Наринэ, Ацилакт); лазеролечение на аппаратах «Милта» или «Мустанг». Через 4-5 дней после улучшения состояния слизистых подключалось лечение на низкочастотном ультразвуковом аппарате «Гинетон» (УЗ) с 1 % гидрокортизоновой мазью.

Пациенткам второй группы аппаратное лечение назначалось с первых дней в последовательности: Лазер утром, УЗ после обеда, влагалищные процедуры. Курс лечения составлял 7-12 дней. Все пациентки на 5-7 день отмечали улучшение самочувствия. У всех женщин первой группы достигнуто восстановление целостности кожных покровов. К окончанию курса жалобы со стороны пролеченных женщин обеих групп в 75 % отсутствовали, в 20 % отмечали значительное улучшение, 5 % улучшение. Все отметили хорошую переносимость комплекса лечения и явное улучшение качества жизни. После завершения курса всем пациенткам давались рекомендации по диете, особенностям гигиены, в том числе и половой жизни. Методом обратной связи отслежен долгосрочный результат лечения - наступление ремиссии до 8 месяцев.

Заключение

Применение комплексного подхода в санаторно-курортном лечении дистрофических заболеваний вульвы на базе ЦВМиР «Сибирь» позволяет существенно улучшить качество жизни пациенток, как во время прохождения курса терапии, так и после ее окончания, за счет достижения длительной ремиссии. Комплексная методика лечения может применяться у женщин всех возрастных групп при сопутствующих заболеваниях сердечно-сосудистой системы и других органов. Комплексная консервативная терапия потенцирует лечебный эффект физиолечения и уменьшает число рецидивов заболевания.

Литература

1. Кауфман Р., Фаро С., Браун Д. Доброкачественные заболевания вульвы и влагалища. Пер. с англ. - М.: Бином, 2009. – С. 320-354.
2. Роговская С. И., Липова Е. В. Шейка матки, влагалище и вульва. Физиология, патология, кольпоскопия, эстетическая коррекция: руководство для практикующих врачей. - М.: Status Praesens, 2014. - 832 с.

3. Хашукоева А. З., Купеева Е. С., Отдельнова О. Б., Макаров О. В. Фотодинамическая терапия как перспективный метод лечения дистрофических заболеваний вульвы // Лечащий врач. - 2011. - №11. - С. 28-30.
4. Винокурова Е. А., Фомина И. В., Шишина Е. В., Фибих В. Г., Прорвина А. С., Баранов В. Н. Санаторно-курортное лечение дистрофических заболеваний вульвы в центре восстановительной медицины и реабилитации «Сибирь» // Материалы XVIII Всероссийского научно-образовательного форума «Мать и Дитя-2017» / М., 2017. - С. 105-106.

УДК 616.147.3-007.64:625.1

И. Р. Хамитова, 5 курс, лечебный факультет
ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, г. Тюмень, Россия
Кафедра общей хирургии
Научный руководитель: к.м.н., доцент Л. Н. Комарова

РАБОТНИКИ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА И ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Варикозная болезнь нижних конечностей и хроническая венозная недостаточность представляют собой важную социально-экономическую проблему, составляя в структуре профзаболеваний до 6,0 %. Данная патология у работников, связанных с движением поездов, - основание для отстранения их от работы (ст. 64, пр. 6ц МПС РФ от 5.11.99, ст. 48а приказа № 796 Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 19.12.06).

Цель исследования: изучить общую и первичную заболеваемость варикозной болезнью работников железнодорожного транспорта.

Материалы и методы

Проведено ретроспективное исследование историй болезни 875 больных, пролеченных по поводу хронического заболевания вен нижних конечностей в клинике кафедры общей хирургии (хирургическом отделении «НУЗ Отделенческая железнодорожная больница на станции Тюмень ОАО «РЖД») за период с 2007 по 2015 годы.

Результаты и обсуждение

Из 875 пролеченных пациентов работники железнодорожного транспорта составили 44,7 % (391 человек), подавляющее большинство из которых – мужчины (52,7 %). По социальному (профессиональному) статусу распределение варикозной болезни было следующим: в 20 % случаях - разнорабочие, 13 % – слесарь по ремонту подвижного состава. Представители операторской группы (машинист и помощник машиниста локомотивов) составили 12 %. Основная масса железнодорожников поступала в возрасте от 40 до 59 лет. Это 58 % от общего числа железнодорожников. Также высокий процент составляют железнодорожники от 21 до 39 лет (30 %). Это говорит об омоложении варикозной болезни у работников железнодорожного транспорта. Из всех жалоб у работников железной дороги наиболее часто встречались: наличие варикозно расширенных вен (34 %), а также боль (31 %) и отек (27 %). Наиболее частой сопутствующей патологией была артериальная гипертензия, что составило 50 % от общего числа сопутствующих патологий.

В диагностике варикозной болезни вен нижних конечностей всем пациентам проводили ультразвуковое дуплексное ангиосканирование (УЗДАС), определяющее проходимость глубоких вен, наличие физиологического или патологического рефлюксов, функцию клапанного аппарата поверхностных, глубоких и перфорантных вен.

В хирургическом лечении варикозной болезни применяли как традиционные оперативные вмешательства - комбинированные флебэктомии, так и мини-инвазивные методики - интраоперационную стволовую склероблитерацию с предварительной

кроссэктомией и надфасциальным лигированием несостоятельных перфорантных вен. Из общего числа прооперированных больных в ближайшем послеоперационном периоде у 11 человек была определена послеоперационная гематома, в отдаленном периоде 3% пациентов стали отмечать нарушение тактильной чувствительности. Средняя продолжительность временной утраты трудоспособности железнодорожников после оперативного лечения по поводу варикозной болезни составила 18±2,5 дня, а выход в рейс, как правило, разрешался медицинской комиссией через 1 месяц после операции.

Заключение

Рост первичной заболеваемости, увеличение доли варикозной болезни в структуре заболеваемости свидетельствуют о наличии ряда нерешенных проблем, касающихся организации и обеспечения качества профилактической работы при этой патологии, особенно среди лиц молодого трудоспособного возраста. Анализ историй болезни железнодорожников станции Тюмень показал, что подавляющее большинство больных составляют мужчины (52,7 %), по профессиональному составу - разнорабочие. Из оперативных вмешательств предпочтение отдается мини-инвазивным методикам.

Литература

1. Амбулаторная ангиология / Под ред. Кириенко А. И., Кошкина В. М., Богачева В. Ю. - М.: Литерра, 2007.
2. Перепелкина Н. Ю., Бизменов И. М. Медико-социальные особенности и распространенность факторов риска среди пациентов с варикозной болезнью вен нижних конечностей // Известия Самарского научного центра РАН. - 2014. - №5. - С. 798-800.
3. Флебология / Под ред. Савельева В. С. - М.: Медицина, 2001.
4. Шарафеев А. З., Халирахманов А. Ф., Шарафутдинов Б. М., Хизриев С. М. Методика радиочастотной облитерации вен нижних конечностей под ангиографическим контролем // Вестник современной клинической медицины. – 2015. – №6. – С. 90-94.
5. Шуликовская К. В., Кыштыов С. А., Галеев Ю. М. Миниинвазивное хирургическое лечение декомпенсированной формы хронической венозной недостаточности нижних конечностей при варикозной болезни // Acta Biomedica Scientifica. – 2008. – №4. – С. 62-67.

УДК 618.5-089.888.61:618.174

И. Р. Хамитова, 5 курс, лечебный факультет;
И. В. Фомина, доцент; А. Л. Алексеев, И. И. Кураценко
ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, г. Тюмень, Россия
Кафедра акушерства и гинекологии
Научный руководитель: к.м.н., доцент И. В. Фомина

ТРОМБОЭЛАСТОМЕТРИЯ В ПРАКТИКЕ АКУШЕРОВ

В акушерском стационаре как нигде часто сталкиваются с проблемой массивных кровотечений и необходимостью своевременно и грамотно оказать помощь, в том числе с позиций адекватной инфузионно-трансфузионной терапии [6]. Для адекватной трансфузионной терапии требуется объективная оценка системы гемостаза. «Золотым стандартом» оценки всех звеньев системы гемостаза в одном тесте является тромбоэластометрия [2].

Цель исследования: изучить применение тромбоэластометриив акушерской практике.

Материалы и методы

Выполнено 74 тромбоэластограммы (тесты Extem, Intem, Fibtem), выполненные компьютерным тромбоэластометром Rotem; истории родов и обменных карт 37 женщин, родоразрешенных путем операции кесарева сечения в 2015 году в ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» (г. Тюмень). Статистическую обработку материала проводили с помощью программ Microsoft Excel, Statistica (версия 6.0), достоверными считались отличия при $p<0,05$.

Результаты и обсуждение

Три варианта тромбоэластограмм было выделено при анализе, соответственно этому выделено три группы родоразрешенных женщин. В первой, самой многочисленной группе - женщин 22 (59,5 %), изменения всех показатей в тестах Extem, Intem свидетельствовали о состоянии гипокоагуляции. Во второй группе, 11 женщин (29,7 %), все показатели тестов тромбоэластограммы были в норме. В третьей группе, 4 человека (10,8 %), изменения показателей теста Extem свидетельствовали об активации внешнего пути свертывания.

Возрастного отличия в группах не наблюдалось, отмечалось преобладание категории 31-35 лет. В первой и второй группах 76 % и 73 % женщин имели отягощенный акушерский анамнез - неоднократные прерывания беременностей в разные сроки. В структуре экстрагенитальной патологии выявлено, что в третьей группе преобладают: инфекционные заболевания – 32 %, в первой (9 %) и второй (9 %) их достоверно меньше. Патология органа зрения и воспалительные заболевания почек чаще встречались в третьей группе – 25 %. Тромбоцитопении в 18 % случаев встречались и в первой, и во второй группах. Во всех группах отмечено достаточно большое число женщин с избыточной массой тела (50 %, 56 % и 67 %). Другие экстрагенитальные заболевания встречались во всех группах значительно реже. Гестозы в осложнениях беременности встречались чаще (45 %, 45 % и 25 %). Плацентарная недостаточность только в первой и второй группах (41 % и 64 %). Во второй группе также имелось достоверно большее число предлежаний плаценты – 36 % и

преждевременной отслойки нормально расположеннной плаценты 27 %. В 14 % и 5 % данные патологиивстречались в первой группе и отсутствовали в третьей. Отличие количества женщин с рубцами на матке в первых двух группах не отмечалось и составило 41 % и 45 %, а в третьей - 25 %. Угроза прерывания беременности в различные сроки отмечалась в 50 % в третьей группе, против 5 % и 9 % в первых двух группах. Число кольпитов, а также инфекционной патологии во время беременности имело прямую корреляцию с числом угроз ее прерывания во всех группах и составило 50 %, 5 и 9 % соответственно. Количество гипотонических кровотечений – 77 %, 45,5 % и 50 % по группам, соответственно. Во второй и третьей группах они были интраоперационные. Объем кровопотери составил 2761±1433 мл (первая), 1363,36±555 мл (вторая), 1675±767 мл (третья).

Мероприятия, направленные на борьбу с гипотоническим кровотечением, управляемая балонная тампонада применялась наиболее часто, соответствует числу гипотонических кровотечений в первой и второй группах, в третьей группе процент выше, за счет превентивной установки системы в группе риска. Поэтапный хирургический гемостаз применялся, в основном, в первой группе - 50 %, во второй только в 18 %, а в третьей не использовался. Аппаратная реинфузия эритроцитов аппаратом CellSaver использовалась в практически равном числе случаев во всех группах – 59 %, 55 % и 50 %. Плазмотрансфузии применялись только у женщин, имеющих гипокоагуляционные состояния в 86 % случаев, во второй и третьей группах плазмотрансфузия не использовалась в связи с отсутствиемпоказаний, подтвержденных тромбоэластометрически. В итоге, койко-день у пацентоk составил 4-5 в 66 %, 68 % и 67 % по группам соответственно.

Заключение

Использование тромбоэластометрии в акушерской практике позволяет рационально проводить трансфузионную терапию, значительно сокращая число плазмотрансфузий.

Литература

1. Буланов А. Ю. Тромбоэластография в современной клинической практике/ Атлас ТЭГ/ М.: Ньюдиамед, 2015.
2. Гриневич Т. Н. Ротационная тромбоэластометрия ROTEM как новый перспективный метод оценки системы гемостаза. // Новости хирургии. - 2010. - Т. 18, № 2.
3. Фомина И. В., Кукарская И. И., Шевлюкова Т. П., Легалова Т. В. Тромбоэластометрия в акушерском стационаре // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 4.
4. Хамитова И. Р. Сборник 71-й межвузовской (VI Всероссийской) итоговой научной студенческой конференции с международным участием. – Челябинск, 2017. - С. 219-220.
5. Ящук А. Г., Масленников А. В., Тимершина И. Р. Состояние сосудисто-тромбоцитарного гемостаза при беременности: признаки нормы и патологии // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2010. - Т. 4. - С. 17-19.

6. Solomon C., Collis R. E., Collins P. W. Haemostatic monitoring during postpartum haemorrhage and implications for management // British Journal of Anaesthesia. - 2012. - №109 (6). – P. 851-863.

УДК 616.5-002.525.2-06:616.61

Н. А. Хамраева, базовый докторант
Самаркандский ГМИ, г. Самарканд, Республика Узбекистан
Кафедра внутренние болезни №1
Научный руководитель: д.м.н., профессор Э. С. Тоиров

КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОРАЖЕНИЙ ПОЧЕК ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ

Одним из наиболее тяжелых проявлений системной красной волчанки (СКВ) является развитие люпус-нефрита [1, 2]. Любое повреждение клеток паренхимы почек приводит к продукции ими медиаторов воспаления, обеспечивающих миграцию лейкоцитов и моноцитов в область повреждения и формирование воспалительного инфильтрата [3, 4]. Среди провоспалительных цитокинов и факторов роста, определяющая роль принадлежит фактору некроза опухоли альфа (ФНО-α) [5, 6, 7]. Работы, посвященные роли ФНО-α, в основном, носят экспериментальный характер, и лишь единичные исследования посвящены оценке их клинического значения.

Цель исследования: оценка взаимосвязи поражения почек с иммунологическими изменениями у больных СКВ на основании комплекса клинико-лабораторных и иммунных исследований.

Материалы и методы

Было обследовано 80 больных СКВ (75 женщин, 5 мужчин) находившихся на стационарном лечении в ревматологическом отделении 1-клиники СамМИ. Диагноз СКВ был обоснован наличием клинических проявлений и данными лабораторных исследований. Для подтверждения диагноза требовалось не менее 4 из 11 критериев ACR (1997) и критерии SLICC (2012), согласно которым для установления диагноза СКВ должно быть 4 критерия, один из которых должен быть иммунологический (любой: а-ДНК, АНФ, Sm, а-KL, C_3, C_4). Лабораторные методы обследования почек включали общий клинический анализ крови, мочи, биохимический метод с определением количества общего белка, липопротеидов, холестерина, уровня креатинина и мочевины плазмы крови. Оценка скорости клубочковой фильтрации проводилась с помощью формулы Cockroft-Goult.

Результаты и обсуждение

У 85,1 % больных СКВ поражение почек проявлялось в виде люпус-нефрита. Синдром артериальной гипертензии встречался в 29,7 % случаев, синдром хронической почечной недостаточности – в 20,9 % случаев. Средний возраст больных с люпус нефритом составил 25,9±3,6 года, средняя давность заболевания – 34,6±4,6 месяца, средняя активность – 2,1±0,2 степени (низкая активность СКВ была у 6,3 %, средняя – у 73,0 %, высокая – у 20,6 % пациентов).

Среди всех больных с поражением почек у 16,7 % пациентов было острое, у 46,8 % - подострое, у 36,5 % - хроническое течение СКВ.

Из анамнеза прием НПВП отмечался у всех больных с люпус-нефритом. Лечение глюкокортикостероидами получали 23,0 % пациентов: пульс-терапию – 4,8 %, внутрь (в дозе

от 20 до 40 мг/сут) – 8,7 %, парентеральное введение – 9,5 % (в начальной дозе 90-120 мг/сут. с последующим снижением дозы) больных. Базисная терапия была назначена 30,2 % больным с поражением почек: делагил (плаквенил) – 8,7 %, циклофосфамид - 7,9 %, метотрексат – 7,9 %, лефлуномид – 5,6 % больным.

Анемия была характерна для всех больных с люпус-нефритом. У 93,7 % больных люпус-нефрит сопровождался анемией средней и тяжелой степени, у 35,7 % больных – тромбоцитопенией (менее 180×10^9/л) и у 30,9 % больных - реткулоцитозом (более 10 %).

«Феномен бабочки» различной степени выраженности была диагностирован у всех больных люпус-нефритом. У 67,5 % пациентов люпус-нефрит сопровождался фотосенсибилизацией, у 61,1 % пациентов – дискоидной сыпью. Суставной синдром (артриты и артралгии) и люпус-нефрит имели место у 87,3 %, васкулиты и люпус-нефрит – у 30,2 % пациентов.

Клинические признаки поражения почек проявились отеками лица, век, туловища, конечностей, повышением артериального давления, сердцебиением, уменьшением суточного количества мочи. Мочевой синдром у 89,7 % больных СКВ характеризовался протеинурией. При микроскопическом исследовании наличие 2-4 эритроцитов в поле зрения было обнаружено у 24,6 %, более 4 эритроцитов – у 75,4 %, 1-2 цилиндров – у 27,0 %, 3 и более 3 цилиндров – у 48,4 % пациентов. У 16,7 % больных люпус-нефрит проявлялся признаками острого нефрита, у остальных 68,4 % больных - признаками хронического нефрита. При оценке мочевого синдрома у больных с люпус-нефритом в зависимости от степени активности волчаночного процесса отмечалось достоверное увеличение протеинурии в зависимости от активности процесса (I ст. - 0,19±0,02; II ст. - 0,23±0,02, III ст. – 0,31±0,06 $p<0,05$; $p<0,02$). Аналогичная закономерность прослеживалась и при анализе эритроцитурии (I ст. - 5,1±0,03; II ст. - 5,5±0,02, III ст. – 6,5±0,03 $p<0,05$; $p<0,02$) и цилиндрурии (I ст. – 2,5±0,1; II ст. – 3,0±0,2, III ст. – 4,2±0,3 $p<0,05$; $p<0,02$).

Степень снижения функции почек зависела от степени активности и течения СКВ. У больных люпус-нефритом среднее содержание креатинина составило 126,5±1,04 мкмоль/л, мочевины – 7,1±0,2 ммоль/л. При низкой и средней активности, а также при остром и хроническом течении СКВ содержание креатинина и мочевины в крови не имело статистически достоверных различий. При высокой активности СКВ у больных с поражением почек содержание креатинина и мочевины было достоверно в 1,18; 1,14 и 1,6; 1,8 раза выше, чем у больных с низкой и средней активностью заболевания. При хроническом течении люпус-нефрита содержание креатинина было достоверно в 1,07 и 1,1, мочевины 1,3 и 1,2 раза выше, чем у больных острым и подострым течением. Эти данные свидетельствует о том что, на степень поражение почек при СКВ основное влияние оказывают степень активности СКВ и течение заболевания. При высокой активности и хроническом течении заболевания степень снижения функции почек оказывается весьма ощутимой. При анализе показателей азотистого обмена в зависимости от длительности болезни, отмечалось повышение уровня мочевины у больных в первые 3 года болезни (8,7±0,2 ммоль/л), с последующим ее понижением после 3 лет (7,0±0,3 ммоль/л). Вероятно, данные колебания уровня мочевины отражают течение люпус-нефрита - циклическое чередование обострения и неполной ремиссии. После активного волчаночного процесса,

проявляющегося нарушением функции почек с повышением уровня мочевины, наступает этап неполной ремиссии продолжительностью около 1,5-2-х лет с последующим возобновлением активного волчаночного процесса.

С целью оценки иммунных нарушений, провоспалительной и противовоспалительной активности при люпус-нефрите были исследованы следующие показатели: провоспалительная активность процесса - фактор некроза опухоли-α (ФНО-α, в мг/л), С-реактивный протеин (СРП, в мг/л), циркулирующие иммунные комплексы (ЦИК, усл. ед), противовоспалительная активность - комплементы C_3 и C_4 (в г/л).

При оценке изменений иммунных показателей у больных люпус-нефритом в зависимости от активности СКВ было отмечено достоверное повышение провоспалительной и воспалительной активности (ФНО-α, СРП, ЦИК) и снижение показателей противовоспалительной активности (C_3 и C_4) в зависимости от степени волчаночного процесса. Степень повышения активности имела выраженную прямую корреляцию с повышением уровня ФНО-α (r=0,9), СРП (r=0,6), ЦИК (r=0,7), среднюю непрямую корреляцию с иммунными комплементами C_3 (r=-0,54) и C_4 (r=-0,4). Также установлены положительные корреляционные связи ФНО-α, СРП, ЦИК и СОЭ (r=0,76; r=0,44, r=0,56, соответственно), а также наличие отрицательной связи этих показателей с уровнем гемоглобина (r=-0,62; r=-0,54; r=-0,67). Это подтверждает участие данных факторов в иммунном процессе волчаночного воспаления. Показатели ФНО-α, СРП и ЦИК значительно изменялись. Так, наиболее высокий их уровень отмечался при хроническом течении заболевания, а у больных с острым и подосторым течением СКВ был ниже. Показатели комплемента C_3 и C_4 также изменялись в зависимости от течения заболевания и наименьший их показатель был обнаружен у больных хроническим течением заболевания (0,65±0,02 и 0,077±0,003 мг/л). Это также отражает цикличность течения СКВ, с чередованием обострения и неполной ремиссии волчаночного процесса.

Заключение

Среди больных СКВ, проживающих в резко-континентальных климато-географических условиях, у 85,1 % пациентов развивается поражение почек в виде люпус-нефрита, при котором у каждого третьего больного обнаруживается синдром артериальной гипертензии (29,7 %), у каждого пятого пациента развивается хроническая почечная недостаточность (20,9 %). Клиническое течение люпус-нефрита характеризуется циклическим чередованием обострений и неполных ремиссий. После активного волчаночного процесса, проявляющегося нарушением функции почек, наступает этап неполной ремиссии продолжительностью около 1,5-2-х лет с последующим возобновлением активного волчаночного процесса. Помимо климатических факторов в развитии люпус-нефрита имеет значение недостаточная коррекция активности глюкокортикостероидов и базисных препаратов в начале заболевания. В патогенезе почечных поражений особое место имеют иммунный дисбаланс, повышение провоспалительной и понижение противовоспалительной активности. При люпус-нефрите повышается уровень фактор некроза опухоли-α, С-реактивный протеин, циркулирующие иммунные комплексы, снижаются показатели комплементов C_3 и C_4, степень этих нарушений более выражена у больных с высокой активностью и хроническим течением СКВ. На тяжесть поражения почек

при СКВ основное влияние оказывают степень активности СКВ и течение заболевания. По сравнению с низкой, средней активностью, острым и подострым течением при высокой активности и хроническом течении заболевания степень снижения функции почек оказывается весьма ощутимой.

Литература

1. Арзиманова Н. А. Клинико-лабораторные и иммунные особенности поражения почек у больных системной красной волчанкой/ Ярославль, 2009.
2. Шилов Е. М. Волчаночный нефрит: стратегия и лечение // Терапевтический архив. - 2006. - Т.78, № 5. - С. 76-85.
3. Елисеев М. С., Барскова В. Г., Насонов Е. Л. Роль фактора некроза опухоли альфа (ФНО-α) в развитии обменных нарушений и атеросклероза и влияние на них ингибиторов ФНО - α у больных ревматическими заболеваниями // Научно-практическая ревматология. - 2009. - №2. - С. 67-72.
4. Тареева И. Е., Кутырина И. М., Николаев А. Ю., и др. Пути торможения развития хронической почечной недостаточности // Терапевтический архив. - 2006. - Т.72, №6. - С. 9-14.
5. Раденска-Лоповок С. Г. Люпус-нефрит. Что нового в морфологической диагностике? // Научно - практическая ревматология. - 2008. - №4. - С. 27-30.
6. Чеботарева Н. В., Бобкова И. Н., Козловская Л. В. Молекулярные механизмы интерстициального фиброза при прогрессирующих заболеваниях почек // Нефрология и диализ. - 2006. - Т. 8. - №1. - С. 26-35.
7. Jiménez-Morales S, Velázquez-Cruz R, Ramírez Bello J, Bonilla-González E. et al. Tumor necrosis factor-alpha is a common genetic risk factor for asthma, juvenile rheumatoid arthritis, and systemic lupus erythematosus in a Mexican pediatric population. // Hum. Immunol. - 2009. - V. 70, №4. - P. 251-256.

УДК 616.717-089

А. А. Хомидов, Э. И. Джонназаров, К. Ю. Юлдошев
Кафедра хирургических болезней № 2
Ташкентский ГМУ им. Абуали ибни Сино РНЦССХ,
г. Ташкент, Республика Узбекистан
Научный руководитель: д.м.н., профессор Ш. Ю. Юсупова

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ СОЧЕТАННОГО КОСТНО-СОСУДИСТОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Частота посттравматических дефектов и ложных суставов составляет от 20 до 27 %, причем более 80 % таких пациентов – люди молодого и трудоспособного возраста. Зачастую дефекты костей и ложные суставы сочетаются с повреждениями сосудисто-нервных пучков (СНП), сухожилий и мышц. Сочетанные повреждения, намного усугубляя тяжесть повреждения, требуют использования многоэтапных и сложных операций как на костях, так и на СНП и сухожилиях [1-3].

В арсенале хирургов имеется множество видов традиционных и микрохирургических способов устранения дефекта костей и ложных суставов. Среди традиционных наиболее часто используются остеосинтез в компрессионно-дистракционном аппарате, аутопластика аваскулярной костью, алло- и ксенопластика костной ткани. Однако применение этих видов лечения намного повышает процент неудовлетворительных результатов [4].

Использование васкуляризированных костных трансплантатов наряду с улучшением качества жизни пострадавших подняло на более высокую степень медицинскую и социальную реабилитацию ранее низкокурабельных больных.

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения сочетанного костно-сосудистого повреждения верхней конечности.

Материалы и методы

Проанализированы результаты хирургического лечения дефекта костей и ложных суставов, которые сочетались с повреждениями СНП и сухожилий верхней конечности у 30 пострадавших.

Дефекты костей имели место у 22 (73,3 %), ложные суставы - у 8 (26,7 %) пациентов. Из общего количества пациентов дети до 14 лет составили 6 (20 %). Протяженность дефекта костей варьировала от 2 до 10 см.

Повреждение плечевой артерии имело место у 2, одновременное повреждение лучевой и локтевой артерии - у 7, изолированное повреждение лучевой (5) и локтевой артерии (4) - у 9 пациентов. Повреждение сосудов кисти имело место у 4 пациентов.

Признаки компрессии срединного и локтевого нервов были выявлены у 3, симптомы полного пересечения срединного нерва - у 7, локтевого - у 5 пациентов. Повреждение лучевого нерва было выявлено у 4 пациентов.

Результаты и обсуждение

Среди традиционных методов (11) были использованы: наложение аппаратов внешней фиксации (5), открытый остеосинтез спицами Киршнера (4), транспозиция локтевой

кости к дистальному концу лучевой кости (1), остеосинтез локтевой кости с костями запястья (1).

Из микрохирургических способов (19) для устранения ложных суставов (5) и дефектов костей (14) были использованы: лучевой кожно-костный трансплантат (8), фрагмент малоберцовой кости (4), гребень подвздошной кости (4), лопаточный кожно-костный трансплантат (3).

Аутовенозную пластику плечевой артерии выполнили в одном наблюдении. В 6 случаях дефекты лучевой и в 4 случаях локтевой артерии также были восстановлены с использованием аутовенозных трансплантатов. Невролиз срединного и локтевого нервов был выполнен 3 пациентам. Одновременно аутонервную пластику срединного и локтевого нервов выполнили 8 пациентам. Эпиневральное восстановление лучевого нерва осуществлено 2, аутонервная пластика – также 2 пациентам.

В 2 наблюдениях имело место нарушение кровообращение пересаженного комплекса тканей. Повторная реконструкция сосудистых анастомозов привела к успеху.

Отдаленные функциональные результаты традиционных (8) и микрохирургических способов операции (10) были изучены у 18 пациентов. На контрольных рентгенограммах после традиционных видов остеосинтеза сроки консолидации варьировали от 4 до 6 месяцев.

У всех больных пересаженные трансплантаты прижились. Сращение трансплантатов с реципиентными костями отмечалось в сроки от 3 до 5 месяцев.

Заключение

Одновременная реконструкция СНП, сухожилий и костей, широкое использование традиционных и микрохирургических способов лечения способствуют получению хороших функциональных результатов. Правильный выбор вида реконструкции снижает частоту инвалидизации среди этой категории больных.

Литература

1. Дарминов Н. Б. Лечение несросшихся переломов, ложных суставов и дефектов костей предплечья и плеча аппаратами с управляемой жестокостью и фиксации: автореф. дис. … канд. мед. наук /Н. Б. Дарминов. - Уфа, 2003. - 25 с.
2. Комплексное одноэтапное лечение несросшихся переломов, ложных суставов и дефектов длинных костей конечностей, осложненных остеомиелитом /З. И. Уразгильдеев [и др.]// Вестник травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова. - 2002. - № 4. - С.33-38.
3. Проблемы обширных дефектов тканей конечностей у пациентов с сочетанной травмой / В. Г. Самодай [и др.] //Анналы пластической и реконструктивной и эстетической хирургии. - 2006. - №4. - С. 136-137.
4. Возможности блокирующего остеосинтеза при метафизарных переломах плечевой кости / В. А. Неверов [и др.] // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. - 2008. - Т. 167, № 6. - С. 52-54.

УДК 616 – 007.43 – 089

Д. А. Хорьков, А. Грачалов, 3 курс, лечебный факультет; А. М. Морозов
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра общей хирургии
Научный руководитель: ассистент А. М. Морозов

СРАВНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО И ТРАДИЦИОННОГО МЕТОДОВ ГЕРНИОПЛАСТИКИ

Герниопластика является одной из самых распространенных хирургических операций. Ежегодно в мире производится около 20 миллионов герниопластик, из них в нашей стране ежегодно выполняется более 200 тысяч, в США – около 700 тысяч, а в Европе около миллиона. Это позволяет сделать вывод о наличии большого опыта в лечении данного заболевания. Однако, несмотря на кажущуюся безобидность, грыжи являются серьезным хирургическим заболеванием с возможными тяжелыми, иногда фатальными последствиями. Все существующие способы хирургического лечения грыж можно разделить на две группы. Это традиционные и эндоскопические методы лечения. И именно эндоскопическое направление в хирургии претерпевает наиболее бурное развитие сегодня.

Цель исследования: произвести сравнительную характеристику лапароскопического и традиционного методов герниопластики паховых грыж.

Материалы и методы

Ретроспективно проанализированы 57 историй болезни пациентов, проходивших лечение на базе хирургического отделения городской клинической больницы №7 города Твери за 2016-2017 года. Из них 50 больных прооперированы традиционным методом и 7 – эндовидеохирургическим методом.

Результаты и обсуждение

Изучая термометрические показатели мы выявили, что у всех пациентов, перенесших лапароскопическую герниопластику, отмечалась субфебрильная температура в первый день послеоперационного периода.

У больных с традиционным методом в 60 % случаев (30 человек) субфебрильная температура отмечалась в течение 2 дней, в 38 % выявлена фебрильная температура в течение 1 дня и последующая субфебрильная температура – в течение 2 дней. Также выявлен случай повышения температуры до фебрильных показателей 3 дня подряд.

При изучении выраженности болевого синдрома у пациентов оценивалось количество использованных анальгетических препаратов.

Всем больным в послеоперационный период назначался кеторолак 1,0 внутримышечно 3 раза в сутки. Пациенты, перенесшие лапароскопическое грыжесечение, получали анальгетическую терапию в течение 1–2 дней. После традиционного метода лечения больным назначался анальгетик в течение 2-3 дней.

При лапаротомическом методе длинна раны составляла от 5 до 10 сантиметров. Наличие послеоперационной раны может вызвать развитие воспалительного процесса, что определяется не только соблюдением правил асептики и антисептики, но и реактивностью

ответа на повреждение мягких тканей у каждого отдельного пациента. Доступ при эндоскопическом вмешательстве был представлен небольшим дефектом мягких тканей в виде прокола. Послеоперационные рубцы при этом минимальны.

Выписка больных из стационара осуществлялась на 3 день после операции эндоскопическим методом и на 4-5 – после традиционной герниопластики.

Все пациенты, перенесшие эндовидеохирургическую герниопластику, через 6-10 часов после операции в присутствии медицинского персонала, вставали.

В первые сутки послеоперационного периода больные принимали пищу. Спустя 12-24 часа у больных отмечено достаточное восстановление двигательной активности.

При наблюдении за больными, перенесшими традиционную герниопластику, выявлено, что больные могли самостоятельно или в присутствии медицинского персонала вставать только через 14-18 часов, при этом у подавляющего большинства усиливались боли в области послеоперационной раны. Движение и ходьба в течение 2-3 суток были значительно ограничены в связи с болевым синдромом. Самостоятельный прием пищи больные, как правило, осуществлялся через 24-30 часов после операции.

По назначению хирурга, больным, перенесшим эндовидеохирургическую герниопластику, на полное восстановление трудоспособности требовался 1 месяц, в то время как больным, перенесшим традиционное грыжесечение, – 2 месяца.

По данным литературных источников, лапароскопические герниопластики являются малотравматичными, высокоэстетичными хирургическими вмешательствами с меньшей частотой раневой инфекции и рецидивов. Также данный вид операций требует гораздо меньшего числа перевязок и других послеоперационных манипуляций.

Лапароскопическая герниопластика является менее травматичным методом. Как следствие этого, уменьшается выраженность послеоперационного болевого синдрома, происходит сокращение сроков нахождения больных в стационаре, а также социально-трудовой реабилитации пациентов, что особенно важно в отношении лиц трудоспособного возраста. При классическом подходе на шов приходится большая нагрузка, при физическом усилии это может привести к эвентрации. Лапароскопическая герниопластика лишена подобных недостатков.

Заключение

Лапароскопическая герниопластика по сравнению с традиционными операциями обладает рядом преимуществ и является более перспективным методом. Количество исследуемых больных не позволяет в полном объеме оценить все достоинства и недостатки лапароскопичесой герниопластики. Для полной оценки данного метода необходимо увеличение объема статистической выборки.

Литература

1. Борота А. В. Лапароскопическая трансабдоминальная герниопластика в лечении паховых грыж / Борота А. В., Енгенов Н. М. // Альманах института им. А. В. Вишневского. - 2015. - 227 с.

2. Греясов В. И. Современные методы лечения грыж передней брюшной стенки / Греясов В. И., Чугуевский В. М, Иванов С. А. // Альманах института хирургии им. А. В. Вишневского. - 2015. - С. 27-35.
3. Луцевич О. Э. Лапароскопическая герниопластика: технология будущего // Эндоскопическая хирургия. - 2014. - С. 62-69.
4. Мехтиханов З. С. Лапароскопическое лечение рецидивных паховых грыж // Эндоскопическая хирургия. - 2014. - С.107-108.
5. Морозов А. М. О возможностях определения актуальности темы научного исследования / Морозов А. М., Кадыков В. А., Пельтихина О. В., Аскеров Э. М., Морозова А. Д. // Синергия наук. - 2018. - № 19. - С. 1018-1024. - URL: http://synergy-journal.ru/archive/article1670.
6. Седов В. М. Современные подходы к хирургическому лечению сложных форм паховых грыж / Седов В. М., Тарбаев С. Д. // Амбулаторная хирургия. Стационарзамещающие технологии. - 2002. - С.111-114.

УДК 616.853:616.831-005.8

С. С. Царьков, 5 курс, А. А. Миронова, Д. С. Горюнов, 6 курс, лечебный факультет;
К. Ю. Кашехлебов, ассистент
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра неврологии, медицинской реабилитации и нейрохирургии
Научный руководитель: д.м.н. Л. В. Чичановская

ЭПИЛЕПСИЯ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МОЗГА

Цереброваскулярные заболевания являются одним из самых частых факторов риска развития структурной эпилепсии. Около 30-50 % впервые диагностированных эпилептических приступов у пациентов старше 60 лет возникают после перенесенного инсульта [6, 8]. Наиболее драматическим типом эпилептических приступов являются генерализованный судорожные приступы. Кроме того, они являются наиболее травматичными, так как, в большинстве случаев, пациент не успевает принять горизонтальное положение с целью предотвращения травматизации.

Согласно критериям установления инвалидности при эпилепсии, генерализованные судорожные приступы относятся к тяжелым приступам. Количественная оценка частоты тяжелых приступов выделяет редкие – 1-2 раза в месяц, средней частоты – 3 раза в месяц, частые – 4 и более раз в месяц [5].

Цель исследования: определить количество пациентов с эпилепсией, развившейся после перенесенного инфаркта мозга, у которых основным типом приступов являются генерализованные судорожные приступы, а также проследить изменение частоты приступов в течение 1 года наблюдения на фоне коррекции антиэпилептической терапии и проводимых реабилитационных мероприятий.

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе кабинета эпилепсии государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Областной клинический лечебно-реабилитационный центр» в период с декабря 2016 по декабрь 2017 гг. За этот период было обследовано 521 пациентов, перенесших инфаркт мозга, среди них 81 пациент с эпилепсией. В группу обследования включены пациенты, имеющие преимущественно генерализованные судорожные приступы.

Критериями исключения были: эпилептические приступы присутствовали до развития инфаркта мозга; сочетание инфаркта мозга с другими факторами риска эпилепсии (черепно-мозговая травма, объемное образование головного мозга, нейроинфекция).

Результаты и обсуждение

По итогам выборки в исследование были включены 66 пациентов, из них 24 (36,4 %) женщины и 42 (63,6 %) мужчины. Средний возраст 59,07 года (от 26 до 84 лет), достоверных различий по возрасту среди мужчин и женщин не выявлено.

28 (42,42 %) пациентов перенесли инфаркт мозга в левом каротидном бассейне, 23 (34,85 %) – в правом каротидном бассейне и 15 (22,73 %) – в вертебро-базилярном бассейне.

По патогенетическому типу инфаркта мозга пациенты разделились следующим образом: атеротромботический подтип был у 41 (62,1 %) пациента, кардиоэмболический – у 16 (24,2 %), лакунарный подтип перенесли 7 пациентов (10,6 %), у 2 (3,03 %) пациентов подтип не уточнен.

Проводился анализ факторов риска развития инфаркта мозга у группы обследования (таблица 1). Основными факторами риска являлись гипертоническая болезнь, сахарный диабет, нарушение ритма сердца, ишемическая болезнь сердца, дислипидемия, облитерирующий атеросклероз краниальных и экстракраниальных артерий.

Таблица 1 – Распространенность факторов риска развития инфаркта мозга в группе обследованных

Факторы риска	Пациенты группы обследования, абс. (%)
Гипертоническая болезнь	59 (89,4)
Сахарный диабет	11 (16,57)
Нарушение ритма сердца	17 (25,75)
Ишемическая болезнь сердца	19 (28,78)
Дислипидемия	41 (62,12)
Облитерирующий атеросклероз	49 (74,24)

Преобладали пациенты с вторично-генерализованными судорожными приступами - 49 (74,3 %). При оценке частоты приступов было установлено, что у большинства пациентов имели редкие приступы (n=48, 72,73 %), приступы со средней частотой наблюдались у 13 пациентов (19,70 %), частые приступы – у 5 пациентов (7,58 %).

Был произведен анализ антиэпилептической терапии до коррекции эпилептологом. Преобладали пациенты, принимающие карбамазепин (n=22, 33,3 %) и вальпроаты (n=21, 31,82 %) в режиме монотерапии. Пациенты, находящиеся на терапии карбамазепином, принимали в основном непролонгированные формы препарата. Значительную группу (n=11, 16,67 %) составили пациенты, находящиеся в режиме политерапии антиэпилептическими препаратами. Основные комбинации политерпии представляли сочетание вальпроатов с карбамазепином и барбитуратов (фенобарбитал, бензобарбитал) с карбамазепином.

В течение периода наблюдения пациенты проходили курс реабилитационного лечения (фармакотерапия, кинезиотерапия, механотерапия и т. д.) и коррекцию антиэпилептической

терапии. По окончании периода наблюдения вновь произведена оценка частоты приступов и характеристика антиэпилептической терапии. По частоте приступов также преобладали редкие приступы (n=57, 86,36 %), приступы средней частоты - у 8 (12,12 %) пациентов, частые приступы сохранились только у 1 пациента (1,51 %). Среди препаратов доминировали также вальпроаты и карбмазепины в режиме монотерапии (n=21 и 18 соответственно, 31,82 % и 27,27 %), увеличилось количество пациентов в режиме политерапии (n=15, 22,73 %). Кроме увеличения пациентов на политерапии, произошли качественные изменения - политерапия представлена комбинацией вальпроатов с группой «новых» АЭП (леветирацетам, топирамат, окскарбазепин, ламотриджин). Стоит отметить, что все пациенты, принимающие карбамазепин как в моно-, так и в политерапии, переведены на пролонгированные формы препараты.

По результатам нашего исследования частота развития постинсультной эпилепсии составляет 15,54 % (с генерализованными судорожными приступами - 12,67 %), что несколько выше данных других российских исследований [10 %, 7]. В обследованной группе преобладали лица мужского пола, что соответствует мировым данным [10]. По локализации поражения преобладали левополушарные очаги, что чаще связано с развитием первично- и вторично-генерализованных приступов [4], а также большей эпилептогенностью левого полушария [3]. При анализе количественной оценке генерализованных судорожных приступов выявлено, что преобладали пациенты с редкими приступами, однако коррекция антиэпилептической терапии и проведенные реабилитационные мероприятия привели к достоверному увеличению количества пациентов с редкими приступами ($p< 0,05$).

Антиэпилептическая терапия у пациентов, перенесших инфаркт мозга, имеет ряд особенностей. При выборе АЭП следует учитывать их влияние на печеночный метаболизм. Так карбамазепин, барбитураты, фенитоин индуцируют цитохром Р450, что приводит к ускорению биотрансформации многих лекарственных средств. Вальпроаты и ламотриджин являются индукторами печеночного метаболизма, что может привести к развитию печеночной недостаточности [1]. Производился перевод пациентов на политерапию, что является необходимым при недостаточной эффективности монотерапии [5]. Также увеличилось общее число пациентов, принимающих АЭП в режиме политерапии, что в ряде случаев позволяет обеспечить эффективный контроль над приступами [9]. Сохранение группы пациентов, принимающих барбитураты, объясняется безуспешностью попыток перевода на другие АЭП или низкой комплаентностью пациента.

Заключение

У пациентов с постинсультной эпилепсией распространенность генерализованных судорожных приступов составляет 12,67 %. Среди обследованной группы пациентов преобладают мужчины (63,60 %). Коррекция антиэпилептической терапии в соответствии с международными рекомендациями привела к урежению частоты приступов и увеличению рациональной политерапии.

Литература

1. Данилова, Т. В. Постинсультная эпилепсия: предикторы, факторы риска, клинические варианты, лечение / Т. В. Данилова, Д. Р. Хасанова, И. Р. Камалов // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. - 2012. - Т.4, №1. - С. 82-87.

2. Карлов, В. А. Латерализация эпилептических очагов и компонентов спайк- волнового комплекса у пациентов с префронтальной эпилепсией и проблема функциональной асимметрии больших полушарий головного мозга / В. А. Карлов, В. В. Гнездицкий, Л. Г. Гейбатова // Эпилепсия и пароксизмальные состояния. – 2012. – № 4. – С. 32-39.

3. Муромцева, Е. К. Особенности формирования и течения постинсультной эпилепсии / Е. К. Муромцева, И. Е. Повереннова // Информационные технологии в медицине и фармакологии: Сб. науч. тр. по итогам междунар. науч.-практ. конф. – Ростов-на-Дону, 2014. – С. 65-68.

4. Примечание к подпункту 7.7 «Приложение к классификациям и критериям, используемым при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы,

утвержденным приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 17 декабря 2015 г. № 1024н».
5. Ferrendelli J. A. Relating pharmacology to clinical practice: the pharmacologic basis of rational polypharmacy/ Neurology. – 1995. – V. 45. – P. 12-16.
6. Forsgren L., Bucht G., Eriksson S. et al. Incidence and clinical characterization of unprovoked seizures in adults: a prospective population based study / Epilepsia. – 1996. – V. 37. – P. 224-229.
7. Guekht, A. The epidemiology of epilepsy in the Russian Federation / A. Guekht, W.A. Hauser, L. Michalcova et al. // Epilepsy res. – 2010. – Vol. 92 (2-3). – P. 209-218.
8. Hauser W. A., Kurland L. T. The epidemiology of epilepsy in Rochester, Minnesota, 1935 through 1967/ Epilepsia. – 1975. – V.16. – P. 61-66.
9. Hitiris N., Mohanraj R., Norrie J., Sillis G.J., Brodie M.J. Predictors of pharmacoresistant epilepsy / Epilepsy Res. – 2007. – V. 75. – P. 192-196.
10. Roivainen, R. Young adult ischaemic stroke related acute symptomatic and late seizures: risk factors / R. Roivainen, E. Haapaniemi, J. Putaala et al. // Eur j neurol. – 2013. – № 20(9). – P. 1247-1255.

УДК 615.477.2: 796.092.1

Е. А. Чернышова, У. Д. Ахмерова, 3 курс, лечебный факультет;
А. М. Морозов, ассистент, Э. М. Аскеров, доцент
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра общей хирургии
Научный руководитель: ассистент А. М. Морозов, к.м.н., доцент Э. М. Аскеров

ПРОТЕЗИРОВАНИЕ, СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

В России ежегодно около одного миллиона человек становятся инвалидами в трудоспособном возрасте, поэтому привлечение к занятиям спортом и физической культурой рассматривается как один из факторов «социализации» лиц с ограниченными возможностями. Кроме психологических элементов участие в спортивном движении способствует активизации всех систем организма, моторной коррекции и формированию ряда необходимых двигательных компенсаций.

Цель исследования: изучить возможность использования кибернетических протезов в паралимпийских видах спорта.

Материалы и методы

Использованы данные литературных источников и интернет-ресурсов по проблеме протезирования и применения протезов в паралимпийских играх.

Результаты и обсуждение

Паралимпийские игры являются вторым по масштабу и значимости, после Олимпийских игр, мировым спортивным форумом. Термин «паралимпийские» применительно к соревнованиям спортсменов-инвалидов стал официальным в 1988 г. Само название происходит от греческого предлога «para» (с греч. «наряду») и слова «олимпийские».

В настоящее время продолжают развиваться программы поддержки паралимпийцев: обеспечивается подготовка спортсменов с ограниченными возможностями, осуществляется финансовое содействие развитию и укреплению материальной и научно-методической базы физической культуры и спорта инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, создаются рабочие места для социальной адаптации спортсменов-инвалидов.

Кроме того, важное значение приобретает реабилитация, а также разработка технологий, позволяющих достичь высокого качества жизни людям с ограниченными физическими возможностями.

Реабилитация после ампутации конечностей не входит в этапы проведения операции, но является важным условием возвращения человека к нормальной жизни.

Ее можно разделить на несколько общих этапов:

- подбор протеза; подбор первого временного протеза можно начинать примерно через 6-8 недель после ампутации;
- обучение жизни с протезом: первые дни пользоваться протезом может быть очень сложно и даже больно, однако, прекращение тренировок на этом этапе недопустимо. Через несколько дней проходит боль, появляются навыки пользования протезом;

- тренировка самообслуживания: после ампутации важная цель для человека — восстановить навыки ухода за собой, не чувствовать себя беспомощным;
- работа с психологом – часто после такой тяжелой операции человек замыкается в себе, считает себя неполноценным, теряет смысл жизни. Работа с психологом помогает вернуть веру в себя, восстановить мотивацию, увидеть новые возможности и вернуться к активной социальной жизни;
- работа на тренажерах: для восстановления тонуса мышц, обучения работе с протезом и восстановления навыков ходьбы используются тренажеры, работающие по принципу биологической обратной связи (БОС). Система поддержки тела, такая как Vector, позволяет быстро восстановить конечности после ампутации.
- физиотерапевтические процедуры позволяют улучшить кровообращение, восстановить тонус мышц культи, снять боль, уменьшить отек.

В зависимости от предпочтений и пожеланий пациента, а также учитывая его вес, возраст и особенности культи, техники-протезисты создают специальные надежные протезы для бега, занятий физкультурой или профессиональными видами спорта.

В результате исследования было установлено, что для спортсменов, перенесших операцию по ампутации конечностей, созданы необходимые условия для дальнейшего занятия спортом, разработаны новейшие протезы, которые полностью восполняют утраченные функции спортсмена.

Заключение

В настоящее время существует и одновременно с этим разрабатывается большое количество специализированных протезов, которые в свою очередь обеспечивают не только комфорт для спортсмена, но и позволяют достигать выдающихся спортивных результатов.

Литература

1. Баумгартнер Р. Ампутация и протезирование нижних конечностей: Практическое пособие/ Баумгартнер Р., Бота П. // М.: Медицина, 2002. - 504 с.
2. Кондрашин Н. И. Ампутация конечностей и первичное протезирование: пособие для врачей / Кондрашин Н. И., Санин В. Г. // М.: Медицина, 1984. - 160 с.
3. Морозов А. М. О возможностях определения актуальности темы научного исследования / Морозов А. М., Кадыков В. А., Пельтихина О. В., Аскеров Э. М., Морозова А. Д. // Синергия наук. - 2018. - №19. - С. 1018-1024. - URL: http://synergy-journal.ru/archive/article1670.
4. Островерхов Г. Е. Оперативная хирургия и топографическая анатомия / М.: МИА, 2005. - С. 264-289.
5. Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: Учебник / М.: ГЕОТАР-Медиа, 2007. - С. 159-254.
6. Фарбер Б. С. Теоретические основы построения протезов нижних конечностей и коррекции движения / Фарбер Б. С., Витензон А. С., Морейнис И. Ш. // М.: ЦНИИПП, 1994. - 645 с.

7. Earl E. Vanderwerker Review of the History of Amputations and Prostheses / Earl E. Vanderwerker, Jr. Brief // JACPOC. - 1976. - Vol 15, Num 5. - [Электронный ресурс] - http://www.puntofocal.gov.ar/notific_otros_miembros/ken614_t.pdf

УДК 82.085

А. А. Чеснокова, 2 курс, лечебный факультет
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра философии и психологии с курсами биоэтики и истории Отечества
Научный руководитель: д.ф.н., доцент В. В. Буланов

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАТЕРНОЙ ЛЕКСИКИ В КУЛЬТУРОЛОГИЧЕСКОМ КОНТЕКСТЕ

Цель исследования: сформулировать концептуальную основу борьбы против использования матерной лексики

Материалы и методы

Изучение данных анкетирования студентов ТГМУ и проведения экспресс-диагностики уровня социальной фрустрированности Л. И. Вассермана, анкетирование, анализ, синтез, функциональней метод, системно-структурный метод.

Результаты и обсуждение

Мат — явление древнее. Во времена магических цивилизаций древности главной задачей выживания являлось привлечение на свою сторону энергий темных сил – бесов. Им строились величественные храмы и давались учтивые имена. Каждый стремился ублажить этих «богов» жертвоприношениями и заручиться их помощью. Наиболее мощной энергией всегда обладал инстинкт продолжения рода. Так называемые «фаллические культы», распространенные по всему древнему миру, основывались на воспевании греха – блуда. Те словосочетания, которые сейчас сохранились под названием «матерщина», использовались в этих обрядах и ритуалах как магические заклинания. К этим словам обращались с осторожностью и нечасто.

Во всех языках и культурах матерная лексика обозначает одно и то же. Мат – это поношение матери как символа рода, который принижается до уровня цинично-вульгарного. Ведь с этим высоким понятием связано у нас представление не только о родной матери, но и Родины-матери, матери-Церкви, Божией Матери.

Матерные слова опасны для человека, они способствуют снижению интеллекта, провоцируют преступления, унижают и оскорбляют. Группа ученых под руководством кандидата биологических наук П. П. Гаряева пришла к выводу, что бранные слова как бы взрываются в ДНК человека, вследствие чего происходят мутации, которые с каждым поколением ведут к вырождению человека.

Филолог и психолингвист В. И. Жельвис выделяет 27 психологических функций обсценной (матерной) лексики. Приведем самые важные из них:

1. Как средство выражения земного, профанного начала, противопоставленного началу священному, сакральному.
2. Катартическая, т. е. возможность получить с ее помощью психологическое облегчение за счет сознательного нарушения социальных запретов – нормы морали и табу.

3. Как средство понижения социального статуса адресата, помещение его на самую низкую ступень социальной иерархии.

Наш язык не просто отражает систему ценностей человека и общества, но и мощно воздействует на эту систему, подчиняет ее себе, определяет само мировоззрение человека, его поведение. Словесная природа человека оскверняется, когда слово употребляется во зло. Матерные слова, исходящие из уст человека, это по сути воплощенные в свет мысли, которые извращают его вкусы и чувства, и поэтому человеком начинает править страсть, которая помрачает его достоинство настолько, что оно становится малоразличимым.

Нецензурными словами матерящийся оскорбляет, унижает также и своего собеседника. На сакральном же уровне происходит подавление собеседника через натравливание на объект матерного поношения, не зря мат называют языком общения с темными силами. Кроме того, поставлено много научных опытов, которые доказали, что организм человека, состоящий на 70 % из воды, может воспринимать информацию и меняться под воздействием матерного слова и даже мысли, при этом задеваются глубинные слои подсознания, что приводит к эскалации насилия.

Рекомендации – как не материться, если хочется:

- представьте, что рядом с вами находится близкий и дорогой вам человек, перед которым вам было бы стыдно ругаться;
- старайтесь мыслить разумно: каждый раз, как вас будет клонить к негативу, задайте себе вопрос: «А оно того стоит?»;
- замените бранные слова на другие слова: создайте список ваших «любимых» бранных слов и замените их «хорошими» словами;
- учитесь пресекать плохие мысли, контролируя их своею волею, гоните их прочь, произнося про себя «нельзя» и тому подобное;
- можно прибегнуть к радикальным методам, например, больно щелкать себя по запястью резинкой за каждое ругательство, и в скором времени мат начнет ассоциироваться с болью и исчезнет из вашего лексикона.

Достоинство человека – это соответствие его своему предназначению, Божьему Промыслу о себе. Оно подтверждается наличием у каждого человека нравственного начала, которое опознается в голосе совести. Недостойной для человека является жизнь во грехе, т. к. она разрушает самого человека, наносит вред другим людям и окружающему миру. Грех переворачивает иерархию отношений в природе человека. Вместо того, чтобы дух властвовал над телом, во грехе он покоряется плоти. В современном мире человек живет в так называемой чувственной культуре, где духовность отходит на второй план. Будучи доминирующей, она наложила отпечаток на все остальные компоненты культуры и общества и сделала их также преимущественно чувственными. Поэтому теперь употребление матерной лексики считается, особенно среди молодежи, нормой. Внутри общественных групп возникают специфические культурные феномены, закрепляющиеся в манере поведения, особенностях языка. Культура должна удовлетворять базисные человеческие потребности, но так как общественные отношения постоянно трансформируются, то

инструментом обновления и адаптации культуры служит субкультура. А из субкультуры в переломные для культуры моменты возникает контркультура, которая выражает протест устоявшимся нормам морали, ценностям. Со временем «ненужные» ценности переходят из разряда враждебных культуре и обществу в разряд традиционных, принимаемых большинством, что мы и можем наблюдать в проведенном исследовании.

Для решения заявленной проблемы использовалась методика определения уровня социальной фрустрированности Л. И. Вассермана и анкетирование по вопросу: как часто употребляют студенты-медики матерную лексику. В проведенном исследовании было обнаружено: низкий уровень социальной фрустрированности у большинства учащихся. А по результатам проведенного опроса, мы видим, что более половины студентов употребляют матерную брань (рисунок 1).

Рисунок 1 – Распрстраненность использования матерной лексики студентами ТГМУ

Уровень социальной фрустрированности у студентов ТГМУ: преобладает очень низкий уровень, пониженный и неопределенный (рисунок 2).

Сформулированы рекомендации тем, кто склонен использовать матерную лексику, но хочет избавиться от этой унизительной привычки.

Рисунок 2 - Уровень социальной фрустрированности у студентов ТГМУ

Заключение

Матерная брань давно уже вышла за пределы резервации непристойной лексики, современное общество погрузилось глубоко в чувственную культуру, где все оказывается подчиненным чувственным наслаждениям, жизненным удовольствиям, где происходит вытеснение вечных ценностей временными. Поэтому нам необходимо бороться с матерной лексикой, а оптимальным средством борьбы является пропаганда религиозных ценностей, потому что именно они как части идеациональной культуры способны приблизить человека к тому уровню достоинства, которым изначально Бог наградил человека.

Литература

1. Гуревич П. С. Контркультура // Культурология: Энциклопедия в 2-х т. / М.: РОССПЭН, 2007. - Т. 1. – С. 981-982.
2. Гуревич П. С. Субкультура // Культурология: Энциклопедия в 2-х т. / М.: РОССПЭН, 2007. - Т. 2. – С. 601-602.
3. Жельвис В. И. Поле брани. Сквернословие как социальная проблема. / М.: Ладомир, 2001.
4. Иеромонах Макарий (Маркиш). Псевдоправославие. Вопросы и ответы. М., 2011.
5. Кризис нашего времени: социальный и культурный обзор Питирим Сорокин. — М.: ИСПИ РАН, 2009. — 384 с.
6. Епископ Митрофан (Баданин). Правда о русском мате/ Санкт-Петербург – Мурманск: Библиополис, 2014. – 32 с.
7. Прекуп Игорь, протоиерей. О сквернословии в привычном и «достойном». – М.: Никея, 2017. - 304 с.

УДК 61(091):93/99

В. О. Чиликина, Т. А. Пальчикова, 1 курс, педиатрический факультет
ФГБОУ ВО Воронежский ГМУ им. Н. Н. Бурденко Минздрава России,
г. Воронеж, Россия
Кафедра философии и гуманитарной подготовки
Научный руководитель: к.и.н., доцент Т. В. Жиброва

ИЗ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ МИХАИЛА ФЕДОРОВИЧА РОМАНОВА

Первые страницы истории развития отечественной медицины и здравоохранения в исследовательской литературе традиционно связываются с созданием и деятельностью особого государственного органа управления – Аптекарского приказа, в сфере деятельности которого в основном находились вопросы поддержания здоровья и лечения членов царской семьи [2, 4]. Первые представители династии Романовых, как мы увидим в дальнейшем, обладали достаточно слабым здоровьем и часто прибегали к услугам иностранных врачей.

Цель исследования: рассмотреть на основе опубликованных и архивных материалов некоторые страницы истории болезни Михаила Федоровича Романова, первого представителя династии Романовых, возведенного на престол 11 июля 1613 года в неполные семнадцать лет.

Результаты и обсуждение

Как отмечается в исследовательской литературе, молодой царь был очень болезненным, по его собственным словам, «так скорбел ножками, что в возрасте тридцати с небольшим лет до возка и из возка в креслах носят» [5].

Традиционные болезни представителей династии Романовых, как следует из источников, - гипертония и подагра, проявлялись эти заболевания еще в молодом возрасте и доставляли царственным пациентам немало страданий. Диагноз, поставленный Михаилу Романову одним из первых – цинга, от которой у него отекали конечности.

Среди иностранных специалистов, приглашенных в Россию, при дворе состояли Венделинус Сибилист и Иоганн Бюлов (Белев), а также известный врач и художник Артман Граман с 1634 года [1]. По всей видимости, без работы они не оставались, царь нередко прибегал к их услугам, которые хорошо оплачивались. Помимо уже названных докторов, при дворе появлялись и другие лица. Их имена сохранили архивные источники. Когда в 1643 г. царь заболел рожей, он снова за помощью обращается к иностранным специалистам. Лечили его доктора Артман Граман, Иоганн (Яган) Белау и Виллим Крамер. Так, читаем: «сказка и вымысл всех трех доктуров о болезни, именуется рожа. Первая статья мазать винным духом с канфорою, на день по трижды, а после того принять камени безую, для поту, против 12 зерен перцовых в составленой водке, которую для того составили, чтобы резкая жаркая кровь розделилась и не стояла бы на одном месте; а после того надобно отворить жилную руду, для того, чтобы вывесть всякой жар из головы и крови продух дать, а буде крови продуху не дать, и та тяжкая жаркая кровь станет садиться на каком месте нибудь, где природа покажет, и от того бывают пухоты и язвы; а жилную руду мочно отворить изыскав день доброй» [1, с. 387].

После лечения Михаил Федорович почувствовал себя лучше. Интересно, что врачи на консилиуме, посовещавшись, дали рекомендации по дальнейшему питанию царя после болезни. «Да доктуры ж подали сказку, что после отворенья кушал; а в сказке пишет: доктуры Артман Граман да Еганус Белово сказали: после жилного отворенья добро кушать рыба свежея, окуни, пескиши, щуки и раки добре здорово, а та рыба есть в ухе варя или жаря, а жареную рыбу поливать соком лимонным, а редки и хрену не есть, и пить ренское вино прямое доброе, да церковное вино доброе, с сахаром с мелким с нескоромным, и пиво доброе, и квас доброй житной, а не пити вина горячего, ни водки, ни меду, ни романеи; и такова роспись дана в доклад околничему Василью Ивановичю Стрешневу» [1, с. 387].

Не успел царь оправиться от рожи, как 6 июля 1643 г. заболел ангиной («жабой»). Лечили его те же доктора - Граман и Белау. «15 Июля в 6 день, доктуры Артман Граман да Яганус Белово сказали: у которого де человека горло и груди пухнут, и тое де немочь зовется по-Латыни ангина, а зачинается де та немочь от дурных ветров и от жарких мокрот и от еств, которые человеку не в требу, и от жаркие крови, которые бывают в человеке, и толко де от такие болезни пособи человеку вскоре не будет, и от таких де болезней многие люди задыхаются; да бывает такая же немочь людем от мертвой животины, которая помирает от поветрея, как де тое животину станут одирать и от того стерва, или от кожи, пар попадет в человека, и с того помирают; а коли де бывают поветре на скоте, на лошади или на коровы, и мертвой де скот надобно закапывать в землю со всем, а толко де в землю не закапывать или станут кожи одирать, а от того де бывает поветре на люди; а бывает де такое лихое поветре на скот от туманов, коли весна бывает мочливая, а после того туманы великие и жары, и те де туманы падут на траву, а дозжем их не обмоет, и трава с тою станет отравна и от того де скот и помирает. Помочь немощным людем: у которых горло и груди пухнут, под языком жилную отворить да сделать водка, которая холодит, и тою водкою в роте поласкать, а не глотать, плевать вон, а наружно мазать мазми и пластыри прикладывать, которые к тому годны будут, и толко немочь продлится надобно давать лекарства, чтоб потеть, и от того бывает облегченье; а которые люди занемогут от духу мертвой животины, или в которых людей от стерва войдет царь, и тем людем пособлять: того ж часу давать лекарства для поту, чтоб та болезнь до сердца не допустит, а как до сердца дойдет и тому пособить нелзе; а скотине всякой, от поветрея которая занеможет, давать вскоре корень по-Латыни зовется карлина, истолокши мелко сыпать в воду и тем поить всякая животина, по многие дни, и насилу в рот вливать, которая пить не станет, и здоровым лошедям и всякому скоту тот корень давать в питье, чтоб та болезнь не внедривалась, да и людем тот корень в такие тяжкие времена добро пить» [1, с. 391].

Несколько архивных документов, посвященных болезни Михаила Романова, относятся к весне 1645 г. Судя по всему, царь в этот раз страдал от цинги, хотя к заболеванию прибавилась еще и «кручина», то есть депрессия, вызванная семейными проблемами и связанная с известиями о появлении самозванца Ванюши-вороненка – сына Марины Мнишек. К постели царя снова призывают врачебный консилиум, в который вошли доктора Граман, Белау и Венделинус Сибелист, прибывший в Россию в 1643 г. вместо Артемия Дия.

В июне 1645 г. государь стал вдобавок жаловаться на головные боли. Венделинус Сибелист возглавил консилиум в прежнем составе.

Так, читаем: «июня в 5 день составлен порошок от головные болезни; а в тот порошок положено: ладану росного, янтарю белого 10 зерен, ладану простого ползолотника, трециси элиоти мушкати золотник. И того составленого порошку взяти с пол-ореха, и перед вечерним опочиваньем положити его на жарь, и от него будет пар, и над темь паром держати ухо, в котором шум; а как тот порошок на жарь положити, и перед темь в ухо почистить. На обороте помечено 15 июня в 5 день такову роспись подали доктуры Венделинусь Сибилисть с товорыщи» [1, с. 404].

Лечение, предложенное докторами, по всей видимости, принесло царю некоторое облегчение. В день своего рождения 12 июля 1645 г. Михаил Романов нашел в себе силы пойти в церковь, помолиться о своем здоровье, но там ему стало плохо, он потерял сознание и был принесен обратно в свои покои. Царь жаловался врачам на плохое самочувствие, не спал ночью, метался по кровати и к утру, забывшись, потерял сознание и умер «яко неким сладким сном усне». Было Михаилу Романову на тот момент 49 лет [5].

Таким образом, история болезни Михаила Федоровича Романова насчитывает несколько заболеваний. Среди поставленных иностранными специалистами диагнозов ангина, рожа, цинга и др. Отметим особое внимание окружения первого представителя династии Романовых к процессу изготовления лекарственных снадобий [2], привлечение к постели больного сразу нескольких врачей-иностранцев [3], внимание к их консолидированным решениям. Изучение историй болезней по сохранившимся архивным и опубликованным источникам может дать интересный материал для освящения неизвестных прежде страниц из истории отечественной медицины.

Литература

1. Акты исторические, собранные и изданные археографической комиссией. – Спб., Т. 3. – 1836.
2. Жиброва Т. В. Лекарственные снадобья и «зелья» XVII в. (по материалам Аптекарского приказа) / Т. В. Жиброва // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2016. - № 63. – С. 139-142.
3. Жиброва Т. В. Моральный конфликт как философская и этическая проблема / Т. В. Жиброва, С. Е. Руженцев // Вестник Воронежского государственного университета. Серия: Философия. – 2015. - № 1. – С. 60-65.
4. Жиброва Т. В. О деятельности Аптекарского приказа в провинции во второй половине – начале вв. / Т. В. Жиброва // Научный вестник Воронежского государственного архитектурно-строительного университета. Серия: Социально-гуманитарные науки. – 2015. - № 2 (6). – С. 18-24.
5. Нахапетов Б. А. Врачебные тайны дома Романовых / Б. А. Нахапетов / М., 2008.

УДК 616.895.8

А. В. Числов; А. В. Строкова, 6 курс, лечебный факультет
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии
Научный руководитель: к.м.н., доцент А. В. Числов

ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА, СПОСОБСТВУЮЩИЕ СОВЕРШЕНИЮ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ БОЛЬНЫМИ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Шизофрения в переводе с греческого означает «расщепление психики» — утрата единства психической деятельности, она приводит к расщеплению мышления, снижению, а также порой извращению эмоциональных и волевых действий. Агрессивное поведение больных шизофренией является неоднородным по происхождению, что делает его сложным как для изучения, так и для предотвращения.

Агрессивные проявления у лиц больных шизофренией, которые приводят к общественно опасным действиям, остаются одной из важнейших проблем психиатрии, прежде всего в плане профилактики таких действий. Для того, чтобы обосновать меры предупреждения общественно опасных действий (ООД) у таких больных необходимо учитывать роль различных факторов, влияющих на совершения ООД.

Цель исследования: выявление наиболее значимых факторов, способствующих совершению общественно опасных действийбольнымишизофренией, с целью их профилактики.

Материал и методы

Объектом исследования были больные шизофренией, совершившие общественно опасные действия и проходившие принудительное лечение в психиатрической больнице ГБУЗ ОКПНД ОСП села Бурашево.

Исследовано 60 больных, состоящих под активным диспансерным наблюдением, после прохождения принудительного лечения, а также проведен клинико-демографический анализ данных, содержащихся в амбулаторных картах больных на 1 января 2016 года. Больные были отобраны по следующим критериям: совершение правонарушений, предусмотренных статьями УК РФ, решение комиссии судебных экспертов-психиатров о невменяемости больного, назначение судом принудительных мер медицинского характера в связи с общественной опасностью больного. Изучались больные по специально разработанной анкете, куда включались клинико-демографические показатели, а также их амбулаторные карты. Также анкета включала в себя социально-демографические показатели (пол, возраст, местожительство, образование, семейный статус, трудоустройство, вид труда, наличие инвалидности, наличие судимости до заболевания, наличие опеки, употребление алкоголя), клинические характеристики (течение болезни и синдром в период совершения ООД, черепно-мозговые травмы, преморбидные свойства личности, диагноз до СПЭК, постановку на учет у психиатра до совершения ООД, частота госпитализации в психиатрическую больницу, интервал между госпитализациями, агрессии и побеги из

больниц, длительность госпитализации), особенности деликта (ст. УКРФ, характер ООД, возраст при совершении ООД).

Результаты и обсуждение

Установлено, что из числа исследованных больных мужчин составило 58,3 %, женщин 41,6 %. Средний статистический возраст 45±3 года. Среди изученного контингента лиц преобладали деликты против личности (убийства 33,3 %, причинение телесных повреждений 16,6 %), имущественные (кражи, грабежи, разбойные нападения) 40 %, хулиганские действия 10 %. Также был изучен уровень образования. Среднее специальное образование имели 46,6 % больных, начальное образование 33,3 %, высшее образование 20,0 % больных. Следует отметить что, до совершения ООД постоянное место работы имели 66,6 % больных, однако, после совершения ООД 10,0 % больные были трудоустроены. Другим важным социально-демографическим показателем является семейное положение. По нашим данным было выявлено, что до совершения ООД замужем/женаты были 46,6 %, 43,3 % больных были в статусе холост/не замужем, 10,0 % состояли в незарегестрируемом браке. После совершения ООД количество замужних/женатых значительно уменьшилось до 3,3 %, холостые составляли 46,6 %, разведенных 43,3 %, незарегистрированный брак был у 6,6 %. Выше перечисленные данные показаны таблице 1.

Таблица 1 – Характеристики обследованных больных

Признак	Больные, %
Мужчины	58,3
Женщины	41,6
Убийство и покушение	33,3
Телесные повреждения	16,6
Имущественные	40,0
Хулиганские действия	10,0
Начальное образование	33,3
Среднее специальное образование	46,6
Высшее	20,0
Были трудоустроены до ООД	66,6
Не имели постоянной работы до ООД	33,3
Были трудоустроены после ООД	10,0
Не имели постоянной работы после ООД	90,0
Замужем/женат до ООД	46,6
Холост/не замужем до ООД	43,3
Разведен(а) до ООД	0
Незарегистрированный брак до ООД	10,0
Замужем/женат после ООД	3,3
Холост/не замужем после ООД	46,6
Разведен(а) после ООД	43,3
Незарегистрированный брак после ООД	6,6

Учитывая влияние психиатрического наблюдения и лечения на клинику и динамику эндогенного процесса, была изучена обращаемость за психиатрической помощью.

Полученные данные показывают, что половина больных (50,0 %) до совершения ООД никогда не попадала в поле зрение психиатров, и диагноз «шизофрения» был установлен уже во время проведения судебно-психиатрической экспертизы. Больных, состоящих на диспансерном учете, выявлено 50,0 %, из них первое обращение к психиатру до 1 года до совершения ООД составило 3,3 %, от 1-3 лет – 33,3 %, 3-5 лет – 6,6 %, 10 и более лет – 6,7 %. Диагноз шизофрения (F20) по МКБ 10 был установлен у 58 % больных, злоупотребление алкоголем было выявлено у 41,6 % больных.

Также были изучены жилищные условия больных, большинство проживали в коммунальных квартирах – 83,3 %, в собственном доме или в отдельной квартире проживали 16,6 %.

Заключение

Выделены факторы, являющиеся прогностически неблагоприятными в плане риска совершения ООД больных шизофренией. К таким факторам были отнесены «наличие судимостей до заболевания» и «злоупотребление алкоголем» У 33,3 % больных были судимости до установления диагноза. Злоупотреблением алкоголя страдали 40,0 % больных. Выявленные и описанные статистические закономерности, влияющие на совершение ООД, должны учитываться в их профилактике. Воздействие на данные факторы требует совместных действий психиатров и участия социальных работников, членов семей больных шизофренией, а также сотрудников правоохранительных органов.

Литература

1. Амбацумов, Л. В. Основные направления в профилактике общественной опасности и аутоагрессивного поведения психически больных. Амбацумов Л. В. // XVI съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы». / М., 2015.
2. Котов, В. П. Клинические аспекты первичной профилактики опасных действий психически больных: практ. пособие / В. П. Котов, М. М. Мальцева / под ред. А. А. Ткаченко, 2-е изд., перераб. и доп./ М.: Юрайт, 2015. - 966 с.
3. Котов, В. П. Клинические аспекты первичной профилактики опасных действий психически больных / В. П. Котов, М. М. Мальцева / М., 2010.
4. Георгадзе, З. О. Судебная психиатрия: учеб. Пособие для студентов вузов / З.О. Георгадзе, Э. Б. Царгясова/ М.: Закон и право, ЮНИТИ-ДАНА, 2003. - 204 с.
5. Числов А. В., Андреева М. Ю. Меры профилактики общественно опасных действий психически больных в амбулаторных условиях в тверском регионе /XVI съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы» / М., 2015.

УДК 614.2:004

Т. А. Шамаров[1], М. Т. Максимов[1], 5 курс, лечебный факультет;
Е. И. Жмакин[2], 4 курс, факультет информационных технологий;
И. А. Жмакин[1], В. Л. Красненков[1], Н. П. Кириленко[1], О. М. Королева[1], Л. Г. Беляева[3]
[1] - ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф
Кафедра поликлинической терапии и основ доказательной медицины
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом истории медицины
[2] - ФГБОУ ВО Тверской государственный технический университет, г. Тверь, Россия
Кафедра программного обеспечения
[3] - Веб-студия «Jet Rockets», г. Тверь, Россия
Научные руководители: к.м.н., доцент И. А. Жмакин;
д.м.н., профессор В. Л. Красненков; д.м.н., доцент Н. П. Кириленко;
к.м.н., доцент О. М. Королева; д.м.н., профессор А. Л. Калабин

ОНЛАЙН-КАБИНЕТ ПАЦИЕНТА: ЕГО ФУНКЦИОНАЛ И ПЕРСПЕКТИВЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ

В настоящее время в системе здравоохранения наблюдается активное использование телемедицинских технологий, вовлекающие в дистанционный контакт с пациентом, в том числе и врача первичного звена здравоохранения [1, 2, 3]. Поэтому сотрудниками ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России совместно с ЗАО «ЮНИС Лабс Солюшинз» (г. Москва) в рамках реализации проекта «Мобильное здравоохранение в Тверской области» [4, 5] разработан онлайн-кабинет пациента, стимулирующий последнего к выполнению рекомендаций врача о коррекции факторов риска (ФР) развития неинфекционных заболеваний (НИЗ).

Цель исследования: оценка функционала онлайн-кабинета пациента и перспектива его совершенствования с цельюкоррекции ФР развития НИЗ среди жителей Тверской области.

Материалы и методы

Во время проведения профилактического консультирования посетителей торговых центров города Твери и районов Тверской области на них заводился онлайн-кабинет пациента. В него вносились результаты анкетирования (ФР развития НИЗ, наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям и сахарному диабету, информация о приеме гипотензивных и гиполипидемических средств), антропометрии (рост, масса тела, окружность талии и индекс Кетле), жирового состава тела, уровней артериального давления, глюкозы и холестерина крови, а также оценки электрокардиограммы (ЭКГ), которая регистрировалась с помощью виртуальных технологий. По окончании профилактического консультирования распечатывались рекомендации для пациента о коррекции выявленных у него ФР развития НИЗ.

Результаты и обсуждение

Сотрудниками ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России онлайн-кабинет заведен на 701 человека, из них: мужчины – 248 (35,4 %); женщины – 453 (64,6 %).

При разработке онлайн-кабинета пациента придавалось большое значение наличию в нем многообразия функций: информационная, познавательная, стимулирующая, контролирующая и обучающая с соблюдением законодательных актов проведения профилактического консультирования [6]. Все указанные функции онлайн-кабинета, создавая его единое целое, по мнению его разработчиков, должны стимулировать пациента к выполнению рекомендаций врача о коррекции ФР (избыточная масса тела, ожирение, артериальная гипертензия, тахикардия, повышенные уровни глюкозы и холестерина крови) развития НИЗ. Убедиться в этом можно, если воспользоваться демонстрационным вариантом онлайн кабинета, на который может зайти каждый желающий (адрес сайта: своездоровье.рф; логин: pat3; пароль: pat31111).

При первом вхождении пациента в свой онлайн-кабинет ему необходимо будет, согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации [6], ознакомиться с добровольным информированным согласием и, прочитав его, нажать на кнопку «Согласен». После этого открывается содержание онлайн-кабинета пациента, в котором имеется шесть блоков.

В блоке 1 «Теория здоровья» в доступной форме изложены теоретические аспекты развития НИЗ, возможности их первичной профилактики посредством коррекции ФР их развития.

В блоке 2 «Статистика здоровья» приводится информация о частоте выявления ФР развития НИЗ у профилактически проконсультированных лиц с учетом их возраста. В нем также содержится информация о частоте нарушений сердечного ритмапо данным ЭКГ с учетом возраста и наличия или отсутствия ФР развития НИЗ. Такая наглядность помогает пациенту не только объективно спроецировать знания, полученные в блоке 1, на результаты в блоке 2, но и осознать необходимость выполнять рекомендации врача о коррекции ФР развития НИЗ.

Стимулирующим к последнему является и блок 3 «Ваш рейтинг здоровья», в котором представлена информация о занимаемом месте пациента среди первично и повторно профилактически проконсультированных по таким показателям, как стройность, уровни артериального давления, глюкозы и холестерина крови, а также с учетом результатов оценки ЭКГ. В последней строке этого блока имеется информация об итоговом (с учетом всех показателей) месте пациента среди лиц, имеющих онлайн-кабинет. Эти сведения, как представляется, помогут пациенту включиться в заочные соревнования с другими пациентами, возбуждая в нем дух соперничества и стремления к победе пусть даже и с виртуальным соперником.

Контролирующая функция онлайн-кабинета заложена в блоке 4 «Дневник здоровья». В нем пациент вписывает результаты показателей таких ФР развития НИЗ, как окружность талии, масса тела, артериальное давление, глюкоза и холестерин крови, чтобы, отслеживая их динамику, добиваться целевого уровня их значения. Кроме этого в блоке 4 имеется функция, позволяющая создавать базу данных ЭКГ, чтобы пациент, анализируя ее, мог наблюдать за ее

положительной динамикой под влиянием коррекции ФР развития НИЗ. По мнению авторов, такая возможность является дополнительным стимулом к соблюдению рекомендаций врача о профилактике НИЗ.

Обучающая функция для конкретного пациента заложена в блоке 5 «Тренинг здоровья». В нем изложен индивидуальный алгоритм перехода к здоровому питанию, к отказу от табака, к достаточной физической нагрузке и к управляемому употреблению алкоголя. Особенно интересно разработан раздел «Здоровое питание», в котором использованы элементы геймификации, позволяющие пациенту в игровой форме перейти к здоровому питанию. Представляется, что такое усовершенствование других разделов блока 5 может сделать онлайн-кабинет более привлекательным для пользователя, что позволит повысить приверженность пациента к выполнению рекомендаций врача о коррекции ФР развития НИЗ.

Шестой блок «Помощь врача» находится в разработке.

Оценивая удобство онлайн-кабинета пациента, необходимо отметить, что пользователи особо отмечают наглядность и простоту использования ряда функций и возможностей сайта своездоровье.рф. Это относится к таким разделам как «Дневник здоровья», «Статистика здоровья участников профилактического консультирования», «Ваш рейтинг здоровья» и др. Для них характерна наглядность, ясность представления информации, возможность сравнения данных, использование понятных всем обозначений, графиков и символов. «Дневник здоровья» удобно выводится для печати.

Однако в ходе пользования сайтом выявился ряд недостатков, которые предстоит устранить в ближайшее время. В частности, верстка сайта не адаптирована к использованию компьютерных устройств с экранами различных размеров. Необходимо проработать функцию пропорционального изменения размеров всплывающих окон при произвольном изменении размера окна браузера. Отсутствие указанной функции приводит к тому, что при сужении окна браузера «обрезаются» тексты и графики во всплывающих окнах. Необходимо продолжить работу по выработке единого стиля в дизайне сайта, в частности, в выработке цвета и размеров шрифтов, графического исполнения его элементов. Есть необходимость сделать переход из раздела «Медицинское заключение» в раздел «Онлайн-кабинет» без определенной задержки по времени. Для удобства и большей защищенности пользователей при работе в личном кабинете планируем сделать отображение пароля в скрытом виде.

Учитывая все возможности по совершенствованию онлайн-кабинет пациента, разработанного в ходе реализации проекта «Мобильное здравоохранение в Тверской области», необходимо сказать, что подавляющее большинство пользователей отмечают, в целом, его простоту и удобство в работе. Многие из них регулярно обращаются к его страницам при персональном контроле ФР развития НИЗ.

Заключение

Заложенный функционал онлайн-кабинет пациента, разработанного в ходе реализации проекта «Мобильное здравоохранение в Тверской области», может быть использован для дальнейшей апробации онлайн-кабинета с целью его возможного усовершенствовании для коррекции факторов риска развития неинфекционных заболеваний.

Литература

1. Федеральный закон от 29 июля 2017 г. №242-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья». – Режим доступа: https://rg.ru/2017/08/04/zdorovie-dok.html, свободный (27.01.2018).
2. Ефименко И. В., Хорошевский В. Ф. Онлайн-консультации в сфере здоровья: извлечение знаний и аналитика // Пятнадцатая национальная конференция по искусственному интеллекту с международным участием: сб. науч. тр. в 3 т., Т. 2. / Смоленск: Универсум, 2016. – С. 33-46.
3. Стас М. С. Интернет и медицина: возможности и риски взаимодействия // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2016. – Т. 6, № 5. – С. 564.
4. Кириленко Н. П., Королева О. М., Красненков В. Л. и др. Мобильное здравоохранение в Твери: реалии и перспективы // Верхневолжский медицинский журнал. – 2016. – Т. 15, №3. – С. 9-12.
5. Калинкин М. Н., Жмакин И. А., Кириленко Н. П., Красненков В. Л. Практическая реализация научно-исследовательской работы по профилактическому консультированию жителей Тверской области с использованием технологий мобильного здравоохранения // Верхневолжский медицинский журнал. – 2017. – Т. 16, №3. – С. 7-12.
6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. №1177н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства» (с изменениями и дополнениями). – Режим доступа: http://base.garant.ru/70407654/#ixzz55MV1iNH7, свободный (27.01.2018).

УДК 614.253

А. А. Шанина, 2 курс, лечебный факультет
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра философии и психологии с курсами биоэтики и истории Отечества
Научный руководитель: д.ф.н., доцент В. В. Буланов

АГРЕССИЯ ПАЦИЕНТА И ЗАЩИТА ДОСТОИНСТВА ВРАЧА В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ

Цель исследования: выработать рекомендации по защите достоинства современного российского врача в конфликтной ситуации с пациентом

Материалы и методы

Примеры конфликтных ситуаций современных российских врачей и пациентов, системно-структурный метод, функциональный метод, анализ, синтез

Результаты и обсуждение

Проблема агрессии пациента и защиты достоинства врача в современной России является актуальной, потому что случаи нападения пациентов на врачей происходят «с такой пугающей регулярностью, что сами медики уже говорят о необъявленной войне, которая идет против них в больницах и на улицах городов». К сожалению, врач не защищен законом отдельно, в отличие от полицейских при исполнении служебных обязанностей.

Деятельность врачей предполагает их частое общение с пациентами, но не всегда это общение происходит в спокойной обстановке. Часто пациенты, их родственники или друзья проявляют агрессию по отношению к медперсоналу. Агрессивное общение между врачами и пациентами или их родными, друзьями часто приводит к конфликту, который может превратиться в неконтролируемую агрессию в отношении врача.

Факторы, которые могут стать причиной агрессии: пребывание пациента в стрессовой ситуации, физическая и психологическая боль, некомфортная обстановка: резкие запахи, табачный дым, жара, теснота, нахождение пациента в состоянии возбуждения, аффекта, в алкогольном или наркотическом опьянении, чувство недостатка внимания и игнорирования просьб со стороны врача.

Отдельно стоит отметить такой фактор, провоцирующий агрессию пациента, как экзистенциональный вакуум – чувство мучительной пустоты, которое, по В. Франклу, вызывается отсутствием смысла жизни. Оно так нестерпимо, что может стать причиной невротических заболеваний (так называемых ноогенных неврозов). Особенно это характерно для пациентов российских врачей. У одних из этих пациентов данный тип фрустрации вызван девальвацией ценностей, связанных со строительством коммунизма. У вторых – «с социально заданной ущербностью», при которой лишь иллюзорно «проигрыш в богатстве жизненных впечатлений, в подлинном переживании счастья восполняется безопасностью», даруемой конформизмом. У третьих – с неизбежным последствием приятия постмодернистского релятивизма, в соответствии с которым в современном мире все ценности уже утратили соответствие чему-либо, и потому невозможна какая-либо оценка.

Это очевидные факторы, провоцирующие агрессию пациента. Но давайте обратимся к концепции человеческой деструктивности, разработанной Э. Фроммом, и рассмотрим причины агрессии на психологическом уровне. По его наблюдению, человеческая агрессия может быть как оборонительной (доброкачественной), так и деструктивной (злокачественной).

Основной вид оборонительной агрессии направлен на поддержание и защиту жизни. Возникает как защитная реакция на угрозу жизни – инстинкт самосохранения или при выполнении гражданского долга – патриотизм.

Нередко источник оборонительной агрессии – это «угроза нарциссизму». Под которым ним Фромм понимает «эмоциональное состояние, при котором человек реально проявляет интерес только к своей … персоне, своему телу, своим потребностям, своим мыслям, своим чувствам … и т. д.». Агрессия, провоцируемая уязвленным нарциссизмом, у пациентов может быть связана с реакцией на нехватку внимания со стороны врача.

Женщина пришла на прием к врачу и потребовала принять ее вне очереди. Последовал отказ. Она позвала брата, и он избил рентгенолога.

Такая агрессия может быть вызвана мыслью о покушении врача на объект почитания пациента, например, идеалы, отца, мать, религиию, привычки. Любое покушение на объект почитания вызывает гнев, который выливается в агрессивность. В Хабаровске пациент напал на врача из-за того, что врач задавал некорректные вопросы о татуировках на его теле. В детской больнице мужчина избил хирурга – его дочь умерла накануне операции.

Крайний нарциссизм может стать причиной и злокачественной агрессии. Такая агрессия (деструктивность) приносит биологический вред и социальное разрушение. Ее проявления не имеют никакой иной цели, кроме получения удовольствия.

Наиболее частным проявлением злокачественной агрессии является садизм. Человек-садист психически ущербен, для него «заставить кого-то испытать боль или унижение, когда этот кто-то не имеет возможности защищаться, это проявление абсолютного господства». Садист так пытается компенсировать собственную неполноценность. Например, в Саратове пятеро мужчин осуществляли действия, направленные на изнасилование фельдшера. Эти мужчины проявили садистскую агрессию.

Фромм также говорит о феномене некрофилии – о страстном влечении ко всему мертвому, больному, страсти к разрушению ради разрушения. Некрофил проявляет агрессию, испытывая «желание превратить все живое в неживое», то есть убить. Именно по этой причине, например, пациент поликлинического отделения Мурманского областного онкодиспансера убил врача, а после покончил с собой.

Как снизить агрессию по Фромму: достойные материальные условия жизни, удовлетворение основных потребностей населения, исчезновение господствующих классов. Это может быть достигнуто лишь в результате коренного преобразования всей социальной организации, особенно в современной России, ведь у многих ее граждан ощущается экзистенциальный вакуум.

Можно предложить следующую памятку, обращенную к врачу о поведении в конфликтной ситуации:

1. Будьте внимательны к пациентам. Дайте им возможность высказаться и быть услышанными.
2. Проявляйте уважение и доброжелательность к людям независимо от того, дружелюбно или агрессивно они общаются с Вами.
3. Не будьте высокомерными в общении.
4. Контролируйте свои эмоции. Не проявляйте агрессию при общении с пациентами.
5. Не принимайте близко к сердцу слова, требования, шутки со стороны пациента.
6. Точно, однозначно, доступно формулируйте и высказывайте мысли.
7. Поддерживайте общение вербальным и невербальным способами.

Заключение

Легче предотвратить возникновение агрессии, чтобы не допустить дальнейшего развития конфликта. Необходимо воспитание у российских пациентов биофилии – любви к жизни, это желание способствовать развитию, росту и расцвету любых форм жизни.

Литература

1. Бодрийар Ж. Прозрачность зла. - 2-е изд. - М.: Добросвет; КДУ, 2006. – 258 с.
2. Франкл В. Человек перед вопросом о смысле // Франкл В. Человек в поисках смысла: Сборник. – М.: Прогресс, 1990. – С. 24-44.
3. Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности. – Минск: Попурри, 1999. – С. 9-606.
4. Фромм Э. Здоровое общество // Фромм Э. Здоровое общество. Искусство любить. Душа человека / М.: АСТ; АСТ МОСКВА; ХРАНИТЕЛЬ, 2007. – С. 9 – 330.
5. http://medictionary.ru/agressivnyy-pacient-kak-deystvovat/

УДК 612.821.3+004

Д. А. Шатаев, 3 курс, лечебный факультет
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра философии и психологии с курсами биоэтики и истории Отечества
Научный руководитель: ассистент Д. Д. Григорьева

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАЛЬНОСТИ

Актуальность области искусственного интеллекта (ИИ) в настоящее время обусловлена теми проблемами, которые приходится решать современному человечеству. В настоящее время в медицине разрабатываются автоматизированные экспертные диагностические системы нового поколения. Они способны не только решать поставленные перед ними задачи на основе жестко прописанных алгоритмов, но и анализируя большое число данных самостоятельно пополнять и оптимизировать набор правил, динамически формировать базу знаний, находить новые пути решения задач и объяснять предлагаемые варианты решения [6,с. 346-351]. Также применение ИИ в медицине уже сегодня позволяет серьезно повысить точность диагностики, облегчить жизнь пациентам с различными заболеваниями, а с развитием технологий сделает реальным появление сверхэффективных персональных лекарств, а также персонального медицинского ассистента в каждом смартфоне. Med About Me рассказывает о последних разработках в области ИИ и медицины [2].

Компания IBM в сотрудничестве с Клиникой Кливленда (США), разработала две новые программы искусственного интеллекта, которые призваны помочь врачам в постановке диагноза и лечении пациента. Новые интерфейсы искусственного интеллекта получили название WatsonPaths и WatsonEMRAssistant.

WatsonPaths – программа, разработанная для анализа сложных данных, на основе которых надо сделать заключение. Программа рекомендует вопросы, которые врач должен задать для конкретизации симптомов и сужения круга вероятных болезней. Важно, что WatsonPaths опирается на информацию о последних клинических испытаниях. Таким образом, врач оказывает помощь, используя последние достижения медицины. ИИ генерирует диаграммы, графики и инфографики, и врачи могут лучше понимать информацию, которую предоставляет искусственный помощник [3,с.23]. И хоть WatsonPaths выступает в качестве основного помощника в принятии решения и постановке диагноза, окончательное решение пока принимает именно врач, и он может не согласиться с искусственным интеллектом.

WatsonEMRAssistant обещает упростить жизнь медицинских работников. Он может визуализировать информацию, сопоставлять медицинские данные из различных источников и справочников. Важная информация о состоянии здоровья пациента, таким образом, не потеряется, программа будет показывать все нужные сведения. Это существенно отличается от работы с бумажными историями болезни, когда врачи предпочитают просматривать лишь последние записи.

Предполагается, что программы ИИ не только упростят постановку диагноза, но также снизят уровень мошенничества в медицине: неправильно выписные сильнодействующие лекарства, ложные заявления об инвалидности, завышение или занижение счета за медицинские услуги и т. д. [1, с. 12].

Датчики здоровья для портативной диагностики. Смартфоны, используемые как биосенсоры, и носимые медицинские устройства позволяют пациентам измерять почти любой параметр здоровья прямо на дому. И это означает, что информация и данные о здоровье, в конце концов, будут доступны не только «колдунам в медицинской башне», но и дома – простым смертным. Именно таким образом люди могут получить возможность лучше следить за своим здоровьем и, более того, лучше управлять своим организмом. И жизненный стиль будет подстраиваться под требования подобных устройств, которые хотят сделать нас более здоровыми. Уже существуют приложения, которые учат нас правильно есть.

Даже самые известные врачии профессора могут держать в голове ограниченное количество информации, клинических исследований и примеров, данных о сложных случаях заболеваний. А ведь сегодня только в базе данных Pubmed.com (Национальная медицинская библиотека Государственного института здоровья США) 23 миллиона документов. И никакой человек не в состоянии овладеть всем этим интеллектуальным богатством. Но недавно появились первые проекты, которые говорят о том, что помощь уже близка [4].

Суперкомпьютер Watson компании IBM был протестирован в нескольких клиниках с целью поддержки принятия медицинских решений. Пока доктор общается с пациентом, Watson просматривает медицинскую карту больного и глобальную литературу, которая имеет отношение к рассматриваемому случаю, после чего выдает предложения. И каждый раз врач делает окончательный вывод, уже имея всю доступную информацию.

Совместный проект IBM и Apple - облачная платформа WatsonHealthCloud - позволит получить огромные объемы медицинской информации от сотен миллионов людей. Используя эту информацию и аналитические способности Watson, врачи смогут находить новые способы лечения болезней, более точно ставить диагнозы и назначать оптимальное лечение. И эта же платформа будет работать непосредственно на вас, соединяя ваш смартфон с облачным медицинским супермозгом.

В мире уже работают тысячи хирургических роботов компании daVinchi. Некоторые медицинские школы начинают обучать будущих хирургам навыкам, необходимым, чтобы контролировать робота вместо того, чтобы делать операцию самому. Это ремесло становится более сложным и одновременно более надежным и интуитивно понятным. А вот другой пример - телемедицинская компания InTouchHealth разрабатывает телемедицинского робота для неотложной помощи. Например, компания Emotiv разработала EPOCNeuroheadset-систему, позволяющую человеку управлять компьютером, отдавая ему мысленные команды. Это устройство имеет большой потенциал для создания новых возможностей для пациентов, которые вследствие болезни не могут двигаться. Оно может позволить им управлять электронным инвалидным креслом, виртуальной клавиатурой и делать много что еще.

Компании Philips и Accenture начали разработку устройства для считывания электроэнцефалограммы (ЭЭГ) для того, чтобы люди с ограниченной подвижностью с помощью мысленных команд могли манипулировать вещами, до которых невозможно

дотянуться. Такая возможность очень нужна парализованным людям, которые не могут владеть своими руками. В частности, устройство должно помогать делать простые вещи: включать свет и телевизор, может даже управлять курсором мышки. Какие возможности ожидают эти технологии, можно только предполагать, а предполагать можно многое [5].

Если мы уже можем «починить» потерянную конечность или больную ткань человеческого тела, то нам остается только один шаг до настоящего увеличения человеческих возможностей и добавления новых способностей. Искусственные устройства, такие как i-LimbUltra компании TouchBionics, почти становятся заменителем человеческой руки.

Компания EksoBionics сейчас проводит обучение почти 3 тысяч пациентов, которые были парализованы от пояса и ниже, возможности начать снова ходить при помощи экзоскелета. На корабельной фабрике в Корее некоторые рабочие уже каждый день работают, надев на себя экзоскелеты различных модификаций, «заточенных» под конкретную рабочую функцию. Ведь это здорово, если мы сможем прыгать выше, бегать быстрее или быть умнее только потому, что мы используем технологии внутри и снаружи нашего тела? Правда, такие идеи вызывают сильное сопротивление и со временем они будут обсуждаться уже публично и не только на уровне ученых кругов [4].

Известно, что при различных заболеваниях, в выдыхаемом человеком воздухе содержатся различные химические вещества - биомаркеты. Израильский стартап BreathtecBiomedical придумал, как воспользоваться этим и диагностировать заболевания по запаху. Они создали портативный газоанализатор Na-Nose, который содержит наночастицы золота, покрытые органическими лигандами. Связываясь с этими лигандами, биомаркеры меняют электрическое сопротивление между наночастицами. Для определения болезни по паттерну изменения сопротивлений используется искусственная нейросеть. Разработчики уже научили нейросеть распознавать 17 заболеваний, в том числе рак легких, болезнь Крона, болезнь Паркинсона, рассеянный склероз и язвенный колит. При этом средняя точность диагностики составляет 86 % [5].

По мнению многих экспертов, совсем скоро технологии ИИ станут незаменимым и важнейшим элементом в отрасли здравоохранения. Уже сейчас ИИ позволяет врачам существенно повысить точность диагностики, создавать эффективные лекарственные препараты и значительно облегчать течение различных заболеваний у пациентов [2, с. 28].Современные технические возможности позволяют выйти на качественно новый уровень диагностики и лечения заболевания, а именно: на основе экспертных автоматизированных технологий смоделировать типовое развитие патологического процесса. Экспертные компьютерные медицинские системы позволяют врачу не только проверить собственные диагностические предположения, но и обратиться к компьютеру за консультацией в трудных диагностических случаях.

Литература

1. Люггер Дж. Ф. Искусственный интеллект. Стратегии и методы решения сложных проблем/ Москва: Вильямс, 2003.

2. Плахов А. О проблеме создания искусственного интеллекта / Мембрана [Электронный ресурс]– http://www.membrana.ru/articles/readers/2002/12/16/210400.html
3. Бобровский С. Перспективы и тенденции развития искусственного интеллекта / Week /RE №32. – 2001. - С. 32.
4. Искусственный интеллект в медицине: главные тренды в мире [Электронный ресурс]. – URL: https://medaboutme.ru/zdorove/publikacii/stati/34566678 Дата обр: 2.04.17 г.
5. Искусственный интеллект помогает диагностировать заболевания [Электронный ресурс]. – URL: http://www.popmech.ru/science/237888 Дата обр: 2.04.17 г.
6. Подольская М. А., Катасев А. С. Применение систем искусственного интеллекта для диагностического процесса в вертеброневрологии // Казанский медицинский журнал. – Казань: АО «ТАТМЕДИА», 2007 г.

УДК 616.314-002-057.875

Н. М. Шашкова, В. М. Дурнев, 4 курс, стоматологический факультет;
В. В. Беляев, О. А. Гаврилова
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра детской стоматологии и ортодонтии с курсом детской стоматологии ФПДО, интернатуры и ординатуры
Научный руководитель: к.м.н., доцент В. В. Беляев

ИНДЕКСНАЯ ОЦЕНКА КАРИЕСА ЗУБОВ У СТУДЕНТОВ-СТОМАТОЛОГОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Кариес зубов является наиболее распространенным стоматологическим заболеванием во всех возрастных группах населения [4]. Учащиеся ВУЗовпредставляют собой группус высоким уровнем интеллектуальной и адаптивной нагрузки, что является значимым фактором риска развития функциональных нарушений и хронических, в том числе стоматологических заболеваний [3, 5]. Региональный мониторинг параметров стоматологического статусаучащихся высшего учебного заведения составляет основу для разработки мер профилактики и лечения основных стоматологических заболеваний данной социальной когорты [1, 2].

Цель исследования: оценка статистических показателей кариеса зубов у студентов стоматологического факультета Тверского ГМУ Минздрава России.

Материалы и методы

Проведено стоматологическое обследование студентов 2-5 курсов стоматологического факультета Тверского государственного медицинского университета с применением общепринятых оценочных критериев. Всего осмотрено 200 учащихся: по 50 студентов каждого курса с равным половым представительством.

Критерии включения в исследование: отсутствие ОРВИ на момент обследования, добровольное информированное письменное согласие на осмотр полости рта. Обследование проведено в период с сентября по декабрь 2017 года в отделении стоматологии детского возраста стоматологической поликлиники медицинского университета под руководством квалифицированного врача-стоматолога детского, преподавателя профильной кафедры

Результаты и обсуждение

Согласно полученным данным, абсолютное большинство учащихся имело зубы с кариозными поражениями. Распространенность патологии в выборке достигала 92,5±1,80% (таблица 1).

Таблица 1 – Распространенность кариеса зубов среди осмотренных студентов-стоматологов, абс., %

Пол	Курс									
	II		III		IV		V		II-V	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
М	21	84±7,33	21	84±7,33	22	88±6,50	24	96±3,92	88	88±3,25
Ж	24	96±3,92	23	92±5,42	25	100	25	100	97	97±1,71
Всего	45	90±4,24	44	88±4,59	47	94±3,36	49	98±1,98	185	92,5±1,80
Примечание: *М – лица мужского пола, Ж – лица женского пола*										

Кариес встречался чаще среди лиц женского пола по сравнению с мужчинами ($p<0,05$). При этом отмечена положительная динамика частоты диагностики кариеса с возрастом: с 90 % у студентов II курса до 98 % у учащихся V курса. Однако различия между показателями были недостоверными.

Интенсивность кариеса варьировала в зависимости от возраста и пола обследованных молодых людей (таблица 2). Если, в среднем, на одного студента второго курса приходилось шесть зубов с кариесом, то на пятикурсника – уже восемь.

Таблица 2 – Интенсивность кариеса зубов по индексу КПУз среди осмотренных студентов-стоматологов (M±m)

Пол	Курс				
	II	III	IV	V	II-V
М	5,44±0,90	6,2±0,98	7,12±1,10	7,2±1,11	6,49±0,50
Ж	5,84±0,66	5,72±0,66	7,04±0,71	8,64±0,82	6,81±0,36
Всего	5,64±0,55	5,96±0,57	7,08±0,63	7,92±0,67	6,65±0,31
Примечание: *М – лица мужского пола, Ж – лица женского пола*					

За период обучения (3 года) интенсивность кариеса в группе лиц женского пола нарастала более динамично по сравнению со студентами-мужчинами (таблица 3). У женщин показатель возрос на 2,8 ед. ($t=3,22$, $p<0,03$), у мужчин – на 1,76 ед. ($t=1,45$, $p>0,05$).

Таблица 3 – Структура индекса КПУз у студентов стоматологического факультета

Компоненты индекса		Курс				
		II	III	IV	V	II-V
К	M±m	0,92±0,23	1,0±0,28	0,94±0,27	1,06±0,28	0,98±0,13
	%	16,31	16,78	13,27	13,38	14,74
П	M±m	4,64±1,53	4,84±0,49	6,04±0,46	6,34±0,49	5,46±0,25
	%	82,27	81,28	85,31	80,05	82,25
У	M±m	0,08±0,05	0,12±0,07	0,10±0,05	0,52±0,15	0,20±0,05
	%	1,42	2,01	1,41	6,56	3,01
КПУз		5,64±0,55	5,96±0,57	7,08±0,63	7,92±0,67	6,65±0,31

В структуре индекса КПУз в общей выборке преобладал компонент «П» (82,25 %), что свидетельствует о высоком (>75 %) уровне стоматологической помощи обследованному контингенту (таблица 3, рисунок 1).

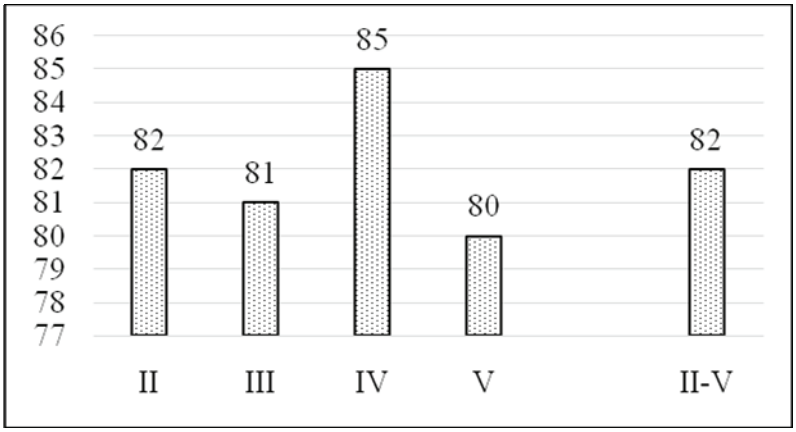


Рисунок 1 – Уровень стоматологической помощи (УСП), оказываемой студентам-стоматологам, %

Значительное количество студентов (67 человек) имело зубы с невылеченным кариесом, т. е. каждый третий (33,5 %) студент стоматологического факультета нуждался в лечении кариеса зубов. По одному кариозному зубу имели 24 человека (12 %), по 2 зуба – 13 (6,5 %), по 3 и более (3-11 зубов) – 30 учащихся (15 %).

Ингредиент «У» в структуре индекса интенсивности кариеса был минимальным и составил 0,2 %. Вместе с тем, случаи удаления зубов по поводу осложнений кариеса были выявлены у 25 из 200 обследованных (12,5 %). При этом один зуб отсутствовал у 16 учащихся (8 %), 2 зуба – у 5 (2,5 %), 3 и более зуба - у 2 % осмотренных.

Заключение

Осмотр полости рта студентов стоматологического факультета выявил высокий уровень распространенности и интенсивности кариеса зубов с тенденцией к росту показателей в процессе обучения.

Несмотря на высокий уровень стоматологической помощи, оказываемой данной категории студентов, многие из осмотренных учащихся нуждались в лечении зубов и протезировании зубных рядов. Особого внимания заслуживает факт более высоких показателей в группе лиц женского пола по сравнению с коллегами-мужчинами. Полученные данные представляются парадоксальными с учетом высокой доступности стоматологической помощи для описываемой группы молодежи.

Выявленные проблемы предопределяют необходимость выработки организационных мер профилактики кариеса зубов для студентов медицинского ВУЗа с акцентом на учащихся младших курсов и лиц женского пола.

Литература

1. Беляев В. В., Беляев И. В., Эль-Айди М. А. Статистические показатели кариеса зубов у выпускников стоматологического факультета Тверского государственного медицинского университета // Верхневолжский медицинский журнал. – 2017. – Т. 16, вып. 2. – С. 18-21.
2. Беляев И. В., Беляев В. В. Оценка SIC-index у студентов стоматологического факультета медицинского университета // Молодежь и медицинская наука: IV межвузовской научно-практич. конф. молодых ученых с международным участием / Твер. гос. мед. ун-т., 2016. – С.10-12.
3. Голубь А. А. Оптимизация диагностики и лечения стоматологических заболеваний у студентов // автореф. дисс. канд. мед. наук. - Уфа. - 2010. - С. 23.
4. Кузьмина И. Н. Профилактика кариеса зубов в различных возрастных группах населения (мониторинг, тактика, методы, программы) // автореф. дисс. докт. мед. наук. - Москва. - 2013. – 48 с.
5. Проценко А. С. Состояние стоматологического здоровья студенческой молодежи Москвы и пути его улучшения // автореф. дисс. канд. мед. наук / М., 2010. – 22 с.

УДК 614.2(091)(092)

С. О. Шевчук, 5 курс, 2 медицинский факультет
Медицинская академия им. С. И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В. И. Вернадского»,
г. Симферополь, Россия
Кафедра лечебной физкультуры и спортивной медицины
с курсом физического воспитания
Научный руководитель: к.м.н., доцент В. А. Пономарев

ВЫДАЮЩИЙСЯ РЕФОРМАТОР СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР Н. А. СЕМАШКО

Сегодня система здравоохранения России претерпевает ряд социально значимых изменений и преобразований. Но, несмотря на все попытки повысить эффективность работы системы здравоохранения за счет ее модернизации, в РФ отмечается повышение смертности с одновременным уменьшением рождаемость. Это приводит к дестабилизации демографической ситуации, ухудшению качества жизни людей, снижению уровня социально-экономического развития страны, ведь здоровье населения является его важным индикатором.

Цель исследования: изучить биографию Н. А. Семашко и его вклад в развитие системы здравоохранения в СССР.

Материалы и методы

Проанализирован и обобщен ряд отечественных публикаций на данную тему, изучены основные реформы Н. А. Семашко в системе здравоохранения СССР.

Результаты и обсуждение

В СССР действовала государственная (бюджетная) система здравоохранения, которая существенно отличалась от систем других государств, и показала, что является одной из эффективных систем того времени. Огромный вклад в развитие советской системы здравоохранения внес, выдающийся врач, Н. А. Семашко [3]. История – свидетель прошлого и учитель жизни, и ее изучение позволяет проанализировать опыт прошлых поколений для решения ряда вопросов по усовершенствованию современной системы.

Николай Александрович Семашко родился 20 сентября 1874 г. в с. Ливенское, его отец был учителем. Мама была сестрой марксиста Плеханова. В 10 лет Николай обучается в гимназии, активно занимается самообразованием и чтением работ запрещенных авторов. В 1891 г. он поступает на медицинский факультет Московского университета. В студенческие годы Н. А. Семашко вступает в марксистский кружек, введет пропагандистскую работу среди студентов, занимается распространением запрещенной литературы [4]. За эту деятельность в 1895 г. Н. А. Семашко был арестован и после 3-х месячного заключения выслан на родину, где он продолжил заниматься медициной самостоятельно. По прошествии срока ссылки Николаю удается восстановиться в Казанском университете. Так как революционную деятельность он не прекратил, в последний год обучения был снова арестован и выслан из Казани, университет пришлось закончить нелегально. Тайно приехав в город в 1901 г. Н. А. Семашко получает диплом «лекаря с отличием», и начинает работать

земским врачом в Орловской губернии, не прекращая при этом революционную деятельность. Зимой 1905 г. он руководил работой отрядов по оказанию медицинской помощи бастовавшим рабочим Нижнего Новгорода, за что вновь был подвержен аресту. Через девять месяцев Н. А. Семашко был освобожден из тюрьмы под крупный залог, но из-за развившегося в заключении туберкулеза он вынужден эмигрировать в Женеву, где работает в местной организации большевиков. В 1917 г. Н. А. Семашко возвращается в Москву и назначается на должность заведующего московским отделом здравоохранения, а с 1918 по 1930 гг. занимает пост наркомздрава Российской Социалистической Республики. За эти годы трудами Н. А. Семашко в системе здравоохранения были сделаны колоссальные изменения: произошла ее централизация (впервые в мире создана организация Наркомат здравоохранения, это позволило концентрировать все ресурсы в одном главном учреждении и планово вести хозяйство); установлен единый принцип организации здравоохранения (фельдшерско-акушерский пункт - участковая поликлиника - районная больница – областная больница - специализированные институты); равная доступность медицинской помощи для всех граждан; особое внимание охране материнства и детства; профилактическая направленность медицины (санитарно-гигиеническая пропаганда, введение вакцинации, диспансеров); разработан принцип приемственности (поликлиника – стационар – санаторий), ликвидация частной системы (сохранились государственные платные поликлиника) и др. [1, 5]. Умер Н. А. Семашко 18 мая 1949 г., похоронен в Москве на Новодевичьем кладбище.

Заключение

Советская система здравоохранения, не имевшая аналогов, стала образцом для других стран мира. Хотя у нее были определенные проблемы и недостатки, но их можно было бы решить с течением времени. Н. А. Семашко оказался выдающимся реформатором медицины, который смотрел далеко вперед, выдвигал и реализовывал опережающие свое время идеи. Благодаря его трудам, мы стали наследниками уникально организованной системы здравоохранения, которую, к сожалению, не смогли сберечь и приумножить.

Литература

1. Ашурков Е. Д. Очерки истории здравоохранения в СССР (1917-1957) / М.: Государственное изд-во медицинской литературы, 1957. – 168 с.
2. Конюс Э. М. Пути развития советской охраны материнства и младенчества (1917-1940) / М.: Государственное изд-во медицинской литературы, 1954. – 189 с.
3. Механик А. Пирамида Семашко / Эксперт. – 2011. – №30-31. / http://expert.ru/expert/2011/30/piramida-semashko/
4. Потулов Б. М. Н. А. Семашко – врач и революционер / М., 1986.
5. Тюрин А. О. Социальная политика Советской власти в 1928-1941 гг. (На материалах Нижнего Поволжья): дис. … к.и.н. / Астрахань, 2003. – 209 с.

УДК 615.322:581.192.4

Е. С. Шендерова, магистрант
Витебский ГУ имени П. М. Машерова, г. Витебск, Республика Беларусь
Кафедра химии
Научный руководитель: к.б.н., доцент Т. А. Толкачева

СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧЕСКОЕОПРЕДЕЛЕНИЕ СУЛЬФАТОВ В ЛИСТЬЯХ ОДУВАНЧИКА ЛЕКАРСТВЕННОГО

Сера – один из биогенныхэлементов, необходимый живым организмам. Она требуется для протекания важных метаболических процессов: превращений аминокислот, синтеза некоторых витаминов и сульфолипидов [1].

Животным и человеку для удовлетворения потребности в сере необходимо поступление с пищей серосодержащих аминокислот: цистеина и метионина. Растения же получают данный биогенный элемент из почвы. Основным источником серы для растений являются сульфат-ионы. Они легко поглощаются корнями, особеннов зоне корневых волосков, и поступают в растительные клетки с помощью белков-переносчиков сульфат-ионов. Большая часть серы, поглощенной корнями, идет на образование цистеина. Синтезированная аминокислота может использоваться для образования метионина, S-аденозил-метионина, биотина или откладываться в хлоропластах листьев [2, 3].

Цель исследования: определить количественное содержание сульфатов в листьях одуванчика, собранных на территории смешанного леса и на лугу вдоль береговой линии реки Западная Двина; дать сравнительную оценку полученных результатов.

Материалы и методы

Объектом исследования служили листья одуванчика лекарственного, собранные весной 2017 года в деревне Улановичи Витебского района. Заготовку сырья проводили на двух площадках: смешанный лес (затененный участок) и луг вдоль береговой линии реки Западная Двина (хорошо освещенный участок). Участки с разным режимом освещенности выбраны не случайно, так как свет – один из факторов, влияющий на накопление сульфатов, поэтому были выбраны участки с различным режимом освещения [3].

Количественное определение пигментов проводили по следующей методике. На аналитических весах отвешивали 0,1814 г сульфата калия, помещали в мерную колбу на 100 мл, доводили до метки дистиллированной водой и тщательно перемешивали. Затем, путем разбавления исходного раствора готовили раствор сульфата калия с концентрацией сульфата 25 мг/л. Из данного раствора путем разбавления получали 6 растворов для построения градуировочной шкалы с концентрацией сульфата 0; 1; 2; 3; 4; 5 мг/л.В каждую из колб добавляли по 5 мл 20 % раствора хлорида барияи нагревали на водяной бане до 60°С. Затем растворы охлаждали, доводили дистиллированной водой до метки и измеряли их оптические плотности при длине волны 410 нм против дистиллированной воды. На основании полученных данных строили градуировочный график.

Для определения сульфатов в листьях, навеску растительного материала массой 1 г, растирали до гомогенного состояния и помещали в химический стакан. Прибавляли мерной

колбой 25 мл дистиллированной воды. Вытяжку отфильтровывали и отбирали в мерные колбы на 25 мл две аликвоты по 5 мл. В первую колбу прибавляли 5 мл 20 % раствора хлорида бария, во вторую – такое же количество дистиллированной воды. Для ускорения реакции соосаждения колбы нагревали на водяной бане до 60°С, после чего доводили объем дистиллированной водой.

Оптические плотности опытных растворов измеряли спектрофотометре при длине волны 410 нм против водного экстракта образца без добавления хлорида бария для исключения фонового окрашивания за счет пигментов исследуемого материала.

Значения оптической плотности переводили в значения концентрации сульфатов в экстрактах по калибровочному графику. Содержание сульфатов в образцах рассчитывали по формуле:

$$C = C_{гр} \cdot V_1 \cdot V_2 / V_3 \cdot m,$$

где С – концентрация сульфатов в пробе, мг/кг; $C_{гр}$– концентрация сульфатов в пробе, найденная по калибровочной кривой, мг/л; V_1– объем мерной колбы, используемый при разбавлении калибровочного раствора, мл; V_2 – объем, используемый при приготовлении водной вытяжки, л; V_3 – аликвотный объем пробы, мл;m – масса навески, кг [1, 5].

Результаты и обсуждение

В ходе предыдущих исследований химического состава листьев одуванчика лекарственного *Taraxacum Officinale*, собранных на участках с различным режимом освещенности, были выявлены отличия в содержании фотосинтетических пигментов. Содержание на 1 г сырья фотосинтетических пигментов в листьях одуванчика, собранных в смешанном лесу выше, чем на берегу реки, так как солнечный свет – один из факторов, влияющий на накопление пигментов в листьях. Следовательно, и содержание сульфатов в растительном материале, собранном на участках с различным режимом освещенности, также будет отличаться [4].

Результаты настоящего исследованияпосле статистической обработки представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Концентрация сульфатов в листьях одуванчика лекарственного, m±M

Место сбора	$C_{мг/кг}$
Смешанный лес	2,00±0,04
Берег реки Западная Двина	1,23±0,16*
Примечание: * – $p < 0,05$ по сравнению с местом сбора «смешанный лес»	

Как видно из таблицы, содержание сульфатов в листьях одуванчика, собранных в смешанном лесу статистически значимо выше в 1,6 раз, чем на берегу реки, так как солнечный свет – один из факторов, влияющих на накопление пигментов в листьях. Следовательно, количество хлоропластов коррелирует с содержанием сульфатов, так как соединения серы могут накапливаться в данных органоидах.

Заключение

Сведения о корнях *Taraxacum Officinale* включены в большинство мировых фармакопей, в том числе, в Государственную фармакопею Республики Беларусь. За рубежом

широкое применение находят и листья одуванчика лекарственного. Лекарственное сырье из листьев обладает противовоспалительным, ранозаживляющим, желчегонным, жаропонижающим и спазмолитическим действием. В листьях одуванчика содержится целый комплекс биологически активных веществ: пигменты, флавоноиды, фенольные соединения, витамины и аминокислоты, поэтому их возможно употреблять в пищу.

Литература

1. Третьяков, Н. Н. Практикум по физиологии растений / Третьяков Н. Н., Паничкин Л. А., Кондратьев М. Н. / М.: ООО КолоС, 2003. – 288 с.
2. Hawkesford, M. Sulfurmetabolism in plants // Mechanisms and application to food security and responses to climate change. –2012. – Springer – P. 11-24.
3. Медведев, С. С. Физиология растений: Учебник / Медведев С.С. / СПб.: Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2004. – 336 с.
4. Шендерова, Е. С. Количественное определение пигментов в листьях одуванчика лекарственного в зависимости от условий произрастания / Е.С. Шендерова // Молодежь и медицинская наука: материалы V Межвузовской науч.-практ.конф. молодых ученых с междунар. участием.– Тверь: Ред.-изд. Центр Твер. гос. мед. унив., 2018. – С. 496-499.
5. Чупахина, Г. Н. Физиологические и биохимические методы анализа растений: Практикум / Чупахина Г. Н. / Калининград, 2000. – 59 с.

УДК 617-002.3-078

Д. С. Шепелев, Л. В. Хмелевская, 3 курс, педиатрический факультет;
Л. Н. Усачева
УО Белорусский ГМУ, г. Минск, Республика Беларусь
Кафедра микробиологии, вирусологии, иммунологии

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Наиболее частыми инфекционными очагами в организме больных, находящихся в лечебных учреждениях, являются ткани мочевыводящих путей; за ними следуют, в убывающем по частоте порядке: кожа, подкожная клетчатка и дыхательные пути. Микробы, наиболее часто выделяемые в таких учреждениях, – это грамотрицательные палочки (67 %), грамположительные кокки (24 %) и смесь бактерий этих двух групп (9 %). К числу наиболее часто выделяемых палочковидных бактерий относятся E. coli, Proteus spp. и Klebsiella spp. Среди грамположительных кокков преобладают S. aureus.

В настоящее время все более остро встает проблема устойчивость микроорганизмов к противомикробным препаратам. При появлении у пациентов хирургического профиля осложнений в виде гнойно-воспалительных заболеваний невозможно обойтись без рациональной антибиотикотерапии.

Цель исследования: изучение морфологии микрофлоры гнойного экссудата у пациентов хирургического профиля для идентификации наиболее часто встречающихся видов микроорганизмов при гнойно-воспалительных процессах. Определение антибиотикорезистентности идентифицированных штаммов микроорганизмов.

Материалы и методы

Было проведено бактериологическое исследование биологического материала (гнойного экссудата), взятого у семи пациентов гнойно-хирургического отделения 2 ГКБ г. Минска с диагнозами: пролежни левой ягодичной и крестцовой области, постинъекционные абсцессы левой ягодичной области, флегмона нижней трети плеча, ишемия левой стопы в стадии необратимых изменений, нейротрофическая язва правой голени, трофические язвы правой стопы.

Выделение чистой культуры возбудителя, его идентификацию, а также трактовку полученных результатов исследования проводили согласно Инструкции «Микробиологические методы исследования биологического материала».

Материал разводили десятикратно до 10^{-5} и высевали по 0,1 мл из последних трех разведений на чашки с питательной средой: кровяной агар, ЖСА, дифференциально-диагностический агар Эндо и среду Сабуро.

Посевы помещали в термостат при температуре 37±0,2°С на 24-48 часов, после чего проводили анализ и подсчет выросших изолированных колоний, выраженный в количестве колониеобразующих единиц (КОЕ) микроорганизмов на 1 мл материала; определяли доминантную культуру, обнаруживаемую в количестве не менее 10^5–10^6 КОЕ/мл, которую и считали основным возбудителем ГВЗ у каждого обследуемого пациента.

Идентификацию осуществляли с использованием микроскопического метода, позволяющего оценить морфологические и тинкториальные свойства выросших микроорганизмов, и биохимического метода исследования.

Из патологического материала пациентов были выделены и идентифицированы чистые культуры возбудителей, которые в дальнейшем были исследованы на чувствительность к антибиотикам и сульфаниламидным препаратам с помощью дисково-диффузионного метода.

Готовили взвесь бактерий в физиологическом растворе с оптической плотностью 6 единиц мутности по McFarland, которую затем разводили, достигая средней концентрации 10^4 кл/мл. Шпателем наносили 0,1 мл взвеси на поверхность питательной среды Мюллер-Хинтон агар (МХА) и накладывали диски, пропитанные соответствующими препаратами.

Для определения чувствительности микроорганизмов к химиопрепаратам использовали 23 лекарственных средства различных классов: пенициллины, цефалоспорины, тетрациклины, фторхинолоны, макролиды, рифамицины, аминогликозиды, оксазолидины, линкозамиды и сульфаниламиды.

Результаты и обсуждение

Возбудителями раневых инфекций, возникших как осложнение у пациентов хирургического профиля, являлись штаммы P. aeruginosa ($2{,}2\cdot10^7$ КОЕ/мл), K. pneumonia ($2{,}4\cdot10^6$ КОЕ/мл), A. baumannii ($4{,}2\cdot10^7$ КОЕ/мл), P. vulgaris ($1{,}3\cdot10^6$ КОЕ/мл) и S. pyogenes ($1{,}8\cdot10^7$ КОЕ/мл). У одного из пациентов наблюдалась сочетанная микрофлора – P. aeruginosa ($2{,}3\cdot10^6$ КОЕ/мл) и S. aureus ($7{,}8\cdot10^6$ КОЕ/мл).

Изучение чувствительности бактерий к противомикробным препаратам показало, что все выделенные изоляты проявили значительную резистентность.

В то же время, большинство штаммов оказались чувствительными к цефоперазон/сульбактаму. Известно, что цефоперазон препятствует биосинтезу мукопептида клеточной стенки бактерий, а сульбактам является необратимым ингибитором большинства основных бета-лактамаз, продуцируемых микроорганизмами, устойчивыми к бета-лактамным антибиотикам. В то же время сульбактам может обладать клинически значимой антибактериальной активностью в отношении штаммов Acinetobacter.

Антибиотикограмма P. aeruginosa показала, что кроме цефоперазон/сульбактама данный изолят был чувствителен также к гентамицину и амикацину и умеренно устойчив к цефотаксиму, меропенему и тикарциллин/клавуланату.

У пациента с сочетанной микрофлорой штамм P. aeruginosa оказался чувствителен лишь к двум препаратам: цефоперазон/сульбактаму и гентамицину и умеренно устойчив к амикацину.

P. vulgaris был чувствителен к тем же препаратам, а также к левофлоксацину, меропенему и цефотаксиму (рисунок 1).

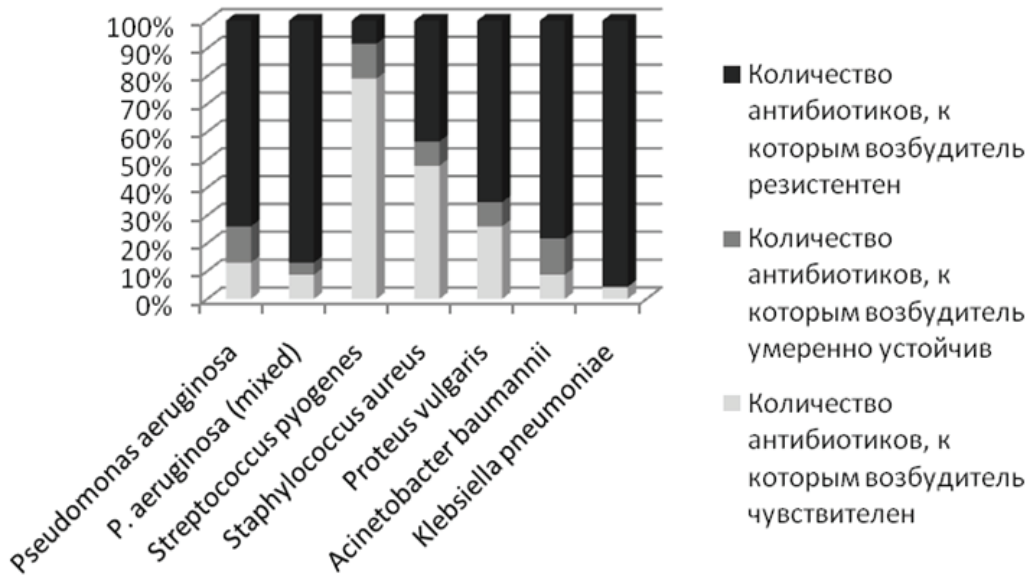


Рисунок 1 – Чувствительность к химиопрепаратам возбудителей гнойно-воспалительных заболеваний

На A. baumannii подействовали лишь цефоперазон/сульбактамом и гентамицин, а к левофлоксацину, меропенему и амикацину ацинетобактер оказался умеренно устойчив.

Наибольшая резистентность была выявлена у штамма K. pneumoniae: он оказался чувствительным лишь к доксициклину.

Полученные результаты исследования были предоставлены в практическое здравоохранение для проведения рациональной антибиотикотерапии.

Заключение

Установлена этиология гнойно-воспалительных заболеваний у пациентов хирургического профиля. Возбудителями инфекционных осложнений оказались P. aeruginosa, K. pneumoniae, A. baumannii, P. vulgaris,S. pyogenes и S. aureus.

Большинство микробных агентов проявили значительную устойчивость к химиотерапевтическим препаратам. Для рациональной терапии обследованных пациентов можно рекомендовать цефоперазон/сульбактам и доксициклин.

Литература

1. Микробиологические методы исследования биологического материала/ Н. Д. Коломиец, О. В. Тонко, Т. И. Сероокая [и др.] // Инструкция по применению. Утв. МЗ РБ от 19.03.2010, № 075-0210. – Минск, 2010. – 122 с.
2. Руководство по рациональному использованию лекарственных средств / Под ред. А. Г. Чучалина, Ю. Б. Белоусова, Р. У. Хабриева, Л. Е. Зиганшиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 768 с.

3. Страчунский, Л. С. Современная антимикробная терапия. Руководство для врачей / Л. С. Страчунский, С. Н. Козлов. – М.: Боргес, 2002. – 436 с.
4. Усачева, Л. Н. Экологические проблемы устойчивости стафилококков к антибиотикам / Л. Н. Усачева, Н. В. Дудчик, М. Ю. Воротницкая // Экологические проблемы промышленных городов: сб. науч. тр. по мат. 7 Всероссийской науч.-практ. конф. с международным участием, в 2 ч.; под ред. проф. Т.И. Тихомировой / Саратов, 2015. – Ч. 1. – С. 120-122.
5. Усачева, Л. Н. Сравнение антибиотикорезистентности штаммов S. aureus, выделенных от носителей и пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями / Л. Н. Усачева [и др.] // 90 лет в авангарде микробиологической науки Беларуси: сборник материалов республиканской с международным участием науч.-практ. конф., посвященной 125-летию со дня рождения Б. Я. Эльберта; БГМУ, 18 декабря 2015 г. – Минск : БГМУ, 2015. – С. 166–169.
6. Free, A. Variability and Alternative Community States in Microbial Communities / A. Free, E. Pagaling, K. Usachova, L. Usachova [et al.] // EngineeringandControlofNaturalandSyntheticMicrobialCommunities: Theses of Practical Seminar (Plenary Lecture 13), Isaac Newton Institute for Mathematical Sciences, 26–28 November, 2014. – Cambridge, 2014.
7. Шепелев, Д. С. Этиология гнойно-воспалительных заболеваний у пациентов хирургического профиля // Д. С. Шепелев, Л. В. Хмелевская // Неделя науки–2017: сб. материалов Всероссийского молодежного форума с международным участием, Ставрополь, 23–24 ноября 2017 г. / под общей ред. д.м.н, проф. В. И. Кошель/ Ставрополь: СтГМУ, 2017. – С. 554-556.

УДК 617.577-007.274-053.2

К. Ю. Юлдошев, Э. И. Джонназаров, А. А. Хомидов
Таджикский ГМУ имени Абуали ибни Сино РНЦССХ, Республика Таджикистан
Кафедра хирургических болезней №2
Научный руководитель: д.м.н., профессор Ф. Ю. Исхоки

КОРРЕКЦИЯ ВРОЖДЕННЫХ СРАЩЕНИЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ У ДЕТЕЙ

Врожденные сращения пальцев кисти занимают одно из ведущих мест среди различных форм аномалий развития кисти и часто приводят к развитию функциональных и эстетических нарушений конечности [2].

В настоящее время применение современных методов операции привели к заметному улучшению функциональных и эстетических результатов операции, снижению числа рецидивов патологии. До сих пор среди исследователей сроки выполнения операций являются неоднозначными [3]. Некоторые авторы предлагают устранять синдактилию в ранние сроки, другие – до возраста скелетной зрелости [1].

На наш взгляд, при простых формах патологии оптимальным сроком разобщения пальцев является возраст 8-10 лет, когда пальцы не отстают в физическом развитии, и не имеется других деформаций. В этом возрасте дети охотно вступают в контакт, и принимают участие в процессе реабилитации, что является очень важным критерием для получения адекватных функциональных результатов.

При сложных формах синдактилии и сочетании ее с другими пороками развития кисти выполнение операции в более поздние сроки может стать причиной развития различных деформаций и осложнений. Коррекция этих деформаций наряду с устранением синдактилии зачастую не приводит к хорошим функциональным и косметическим результатам [4].

Цель исследования: улучшение результатов хирургической коррекции врожденной синдактилии кисти и усовершенствование различных способов реконструктивных вмешательств.

Материалы и методы

Проанализированы результаты хирургической коррекции врожденных сращений пальцев у 32 детей в возрасте от 3 до 14 лет за период с 2000 по 2017 гг. Дети находились на лечении в отделении реконструктивно-пластической микрохирургии РНЦССХ. Среди этих детей у 12 отмечалось сращение пальцев на обеих кистях.

При опросе родственников было установлено, что сращение пальцев имело место в 8 семьях. Так, патология имелась у 4 родителей и 3 братьев оперированных детей. В абсолютном большинстве случаев (18) отмечалось сращение III-IV пальцев. Сращение II-III-IV-V пальцев имело место у 5 и сращение II-III пальцев – у 7 детей. Сращение I-II пальцев имелось лишь в 2 наблюдениях, что редко упоминается как в отечественной, так и зарубежной литературе.

При обследовании больных были использованы такие методы исследования, как рентгенография кистей (23), электротермометрия (17), ультразвуковая допплерография (15) и ангиография конечностей (5).

Результаты и обсуждение

С целью коррекции патологии, в основном, выполнили разобщение пальцев выкраиванием треугольных и П-образных лоскутов. Одной из основных задач операции считалось формирование межпальцевых промежутков с целью предотвращения рецидива патологии.

Очередность выполнения операции при сращении всех длинных пальцев зависела от данных ангиограмм. В зависимости от количества пальцевых артерий операцию выполняли в один или несколько этапов.

В ближайшем послеоперационном периоде у одного ребенка имел место некроз ногтевых фаланг, разобщенных III-IV пальцев, в связи с чем были сформированы культи на уровне ногтевых фаланг.

Отдаленные функциональные и косметические результаты были изучены у всех больных. У одного ребенка после разобщения сращенных пальцев отмечалось повторное сращение. При повторной коррекции был получен хороший функциональный и эстетический результат.

Особо следует отметить роль дополнительных методов диагностики, в частности, ангиографии при выборе окончательного объема операции в более сложных случаях патологии, а также при сочетании синдактилии с другими видами аномалии кисти [5].

Заключение

Врожденное сращение пальцев кисти составляет более 50 % всех пороков развития конечностей и причиняет больным значительные функциональные и эстетические неудобства. Использование современной техники и усовершенствование методов коррекции с учетом тяжести патологии намного улучшает отдаленные результаты, сокращает число рецидивов патологии.

Литература

1. Алпатов В. Н. Тактика хирургического лечения врожденной патологии кисти у детей / Вестник травматологии и ортопедии имени Н. Н. Приорова. – 2002. – № 2. – С. 58-62.
2. Горбач Е. Н., Осипова Е. В., Знаменская М. Г. Морфологический анализ кожи межпальцевых промежутков больных с кожной синдактилией кисти до и в процессе лечения / Гении ортопедии. – 2000. – № 2. – С. 116-117.
3. Samson P., Salazard B. Syndaktyly //Chir Main. In French. – 2008. – V. 27, Suppl 1. - P. 100-114.
4. Tadiparthi S., Mirshra A., //A modification of the Chinese island flap technique for simple incomplete syndactyly release/ J. Hand Surg. Eur. – 2009. – Vol. 34, N1. – P. 99-103.

УДК 616.233/.24-007.17-053.2

М. А. Юсубахмедова, студент
ФГБОУ ВО Курский ГМУ Минздрава России, г. Курск, Россия
Кафедра педиатрии
Научный руководитель: ассистент А. В. Яковлева

ВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Цель исследования: проанализировать этиологические и предрасполагающие факторы бронхолегочной дисплазии (БЛД) у детей и изучить проблемы и модель организации специализированной медицинской помощи детям грудного и раннего возраста, страдающим БЛД.

Материалы и методы

Оценка обострений БЛД производилась на основании 14 выписных эпикризов из историй болезней пациентов, проходивших обследование и лечение БЛД в III педиатрическом отделении Областной детской клинической больницы г. Курска. Наблюдение в последующем за данными пациентами проводилась в условиях приемного пульмонологического консультативного кабинета в ОДКБ (40 осмотров пульмонолога в период неполной и полной ремиссии в условиях амбулаторного наблюдения).

Критериями включения в группу БЛД явились бронхолегочная дисплазия, возраст старше 1 мес. и до 3 лет, с длительностью болезни от 1 месяца до 2 лет. Критериями исключения из основной группы БЛД явились возраст меньше 1 мес., наличие других хронических заболеваний легких (бронхиальная астма, муковисцидоз).

Результаты и обсуждение

Проведенный анализ семейно-генеалогического и акушерско-гинекологического анамнеза, особенностей течения настоящей беременности и родов, а также течения неонатального периода у 14 детей с БЛД позволил установить частоту этиологических и предрасполагающих факторов заболевания. К ним относятся:

- РДС новорожденных (92,8 % больных);
- недоношенность (92,8 %); средний гестационный возраст больных составил 27,4 нед.);
- дети с ЭНМТ 50 %, с ОНМТ 35,7 %, с НМТ 14,2 %;
- врожденная пневмония (85,7 %);
- ИВЛ в неонатальном периоде 92,8 %;
- респираторная терапия с помощью NCPAP (50 %);
- открытый артериальный проток (28,5 %);
- анемия различного генеза (50 %), врожденные токсоплазмоз (7,1%), ВУИ неуточненной этиологии (21,4 %).

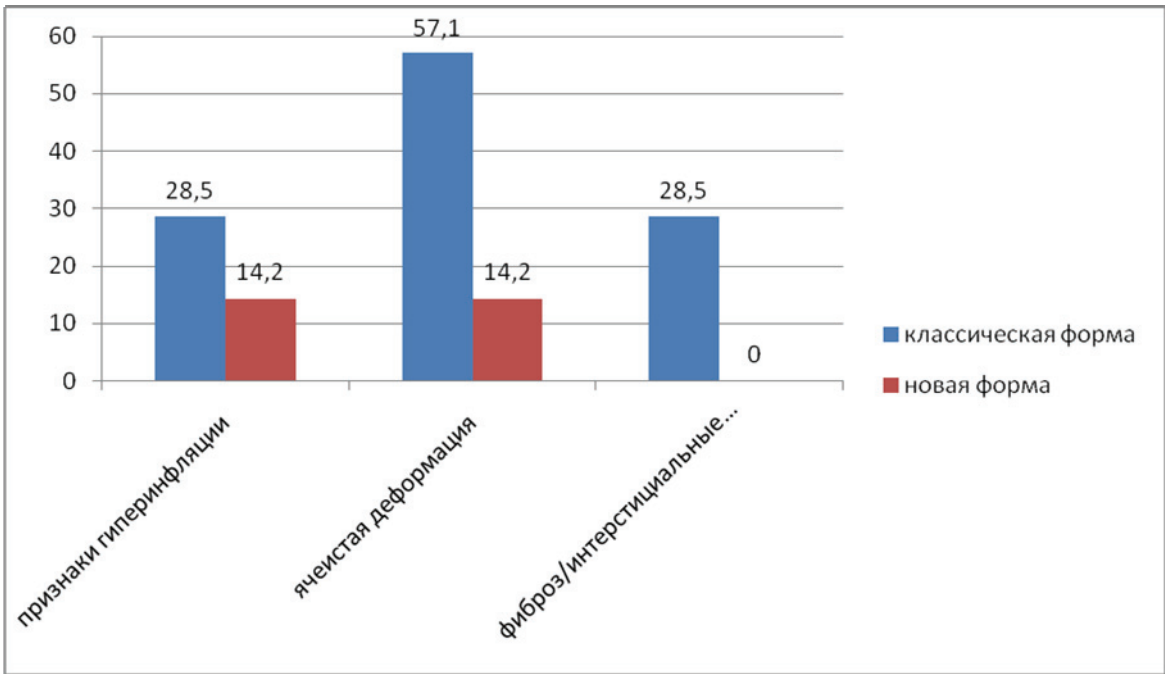
По клинической (обострения заболевания, пневмонии, персистирующие физикальные данные и симптомы ХДН) и рентгенологической (гиперинфляция, буллы,

фиброз/интерстициальные изменения) картине БЛД недоношенных протекала более благоприятно, чем ее классическая форма (таблица 1, рисунок 1). Одной из причин более легкого течения БЛД недоношенных, ассоциированной с меньшим ГВ и массой тела при рождении, может быть недоразвитие у этих детей механизмов воспаления, лежащего в основе патогенеза заболевания.

Таблица 1 - Различия между классической и новой БЛД недоношенных

Признак	Классическая БЛД недоношенных	Новая БЛД недоношенных
Частота в структуре БЛД, %	42,8	57,2
Факторы риска		
Пол мужской: женский	6:0	0:8
Открытый артериальный проток, %	21,4	7,1
Анемия	28,5	28,5
Семиотика заболевания на первом году жизни, % больных		
Одышка вне обострения БЛД	42,8	14,2
БОС (обострения БЛД)	42,8	14,2
Хрипы вне обострения БЛД	21,4	0
Жесткое дыхание вне обострения БЛД	91,8	21,4
Пневмония	71,4	71,4
Рентгенологическая картина на первом году жизни, % больных		
Признаки гиперинфляции (счет по передним и задним отрезкам ребер больше 14)	28,5	14,2
Ячеистая деформация	57,1	14,2
Фиброз/интерстициальные изменения	28,5	0
Линейные ателектазы	0	28,5

Рисунок 1 - Рентгенологическая картина на первом году жизни, %



При анализе рентгенограмм не учитывалось наличие пневмонической инфильтрации в легких. В таблице 2 представлена патология сопутствовавшая бронхолегочной дисплазии.

Таблица 2 – Сопутствующая патология у детей с БЛД

Заболевание	Абс.число	%
Органическое поражение ЦНС	1	7,1
Внутриутробная инфекция	4	28,5
Функциональное нарушение ЖКТ	6	42,8
Перинатальное гипоксически-ишемическое поражение ЦНС	13	92,8
Открытое овальное окно	4	28,5
Дисфункция гепато билиарной системы	4	28,5
Эозинофилия	2	14,2
Ретинопатия недоношенных	6	42,8
АХЛЖ	2	14,2
Анемия	6	42,8

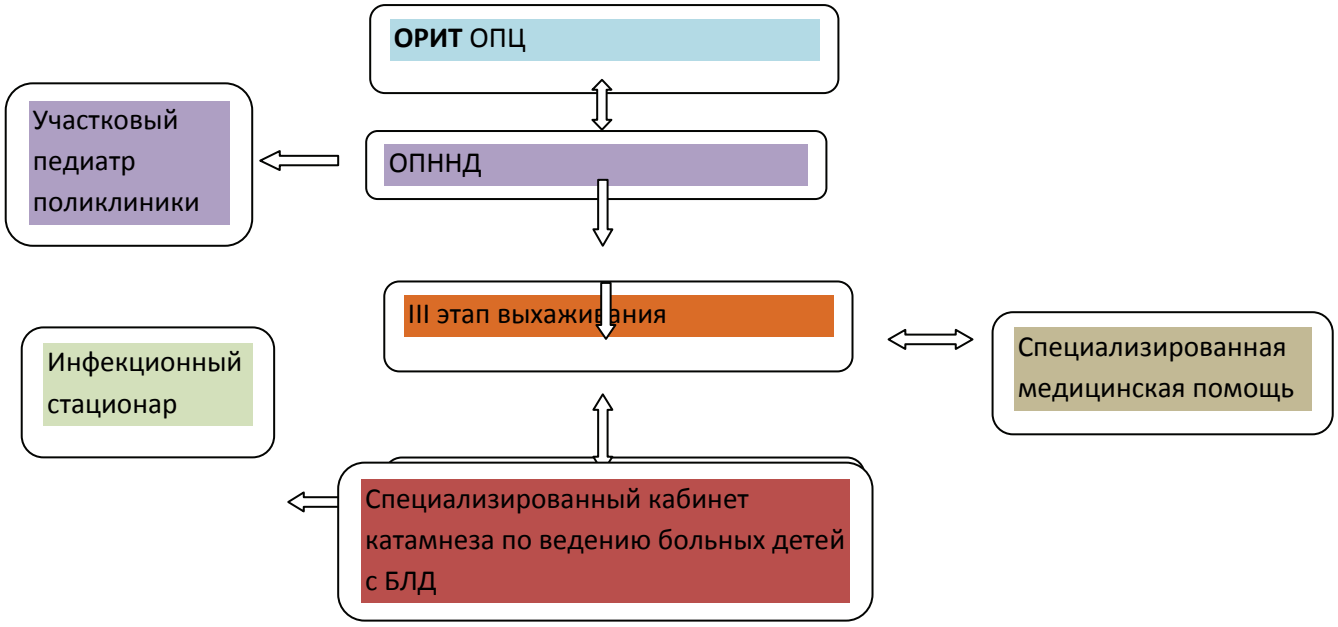
Пролонгированноенаблюдение за детьми первых лет жизни, страдающих БЛД, позволило выявить ряд проблем их ведения после выписки со II этапа выхаживания, сформулировать предложения по диспансерному наблюдению данных пациентов, представленные в практических рекомендациях, и предложить модель организации специализированной медицинской помощи детям грудного и раннего возраста, страдающим БЛД.

К проблемам ведения детей с БЛД после выписки со II этапа выхаживания можно отнести следующие:

- неправильная формулировка диагноза и его «потеря» в истории болезни к моменту выписки ребенка;
- отсутствие в большинстве выписок со II этапа выхаживания анамнестической оценки тяжести заболевания на основании состояния кислородозависимости в важные для определения тяжести БЛД сроки;
- трактовка одышки и тахипноэ у глубоко недоношенных детей как физиологических, а не как проявления ХРН;
- гипердиагностика БЛД у пациентов;
- отсутствие преемственности в ведении детей с БЛД между неонатологами и участковыми педиатрами, понимания нозологической самостоятельности данного хронического заболевания легких, объема обследований и обоснованности назначения базисной терапии;
- медико-социальные проблемы (с оформлением инвалидности, льготным лекарственным обеспечением, обеспечением компрессионными ингаляторами, концентраторами кислорода, пульсоксиметрами, ведением детей с БЛД, находящихся в домах ребенка).

Решению данных проблем может способствовать разработанная модель организации специализированной медицинской помощи детям грудного и раннего возраста, страдающих БЛД, которая включает взаимодействие различных звеньев системы здравоохранения (рисунок 2).

Рисунок 2 - Схема организации медицинской помощи детям грудного и раннего возраста с бронхолегочной дисплазией



Заключение

Факторами риска развития БЛД являются: РДС новорожденных, недоношенность; низкая масса тела; врожденная пневмония; ИВЛ в неонатальном периоде; респираторная терапия с помощью NCPAP; открытый артериальный проток; анемия различного генеза, врожденные токсоплазмоз, ВУИ неуточненной этиологии. Происходит патоморфоз заболевания в сторону новой («постсурфактантной») формы в результате изменения ведения больных с РДС новорожденных (профилактическое применение сурфактанта). У пациентов с БЛД с высокой частотой встречается анемия, ретинопатия недоношенных, перинатальные поражения нервной системы.

Литература

1. Антонов А. Г., Геппе Н. А. Бронхолегочная дисплазия // Национальная программа. – М., 2013. – 48 с.
2. Ахмадеева Э. Н., Крывкина Н. Н., Брюханова О. А. Соматическое здоровье детей на первом году жизни с низкой и экстремально низкой массой тела при рождении, перенесших респираторный дистресс-синдром // Вестник РГМУ. – 2008. – Т 63, № 4. – С. 11-12.
3. Воеводина Е. В., Зубцова Т. И., Костычева Н. В. Течение неонатального периода у недоношенных с очень низкой и экстремально низкой массой тела // Материалы девятого Российского конгресса «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии». – М., 2010. – 184 с.
4. Голобородько М. М. Распространенность и факторы риска формирования болезней мелких бронхов у детей на примере г. Санкт-Петербурга и Ленинградской области: автореф.. дис. канд. мед. наук. – СПб., 2009. – 20 с.
5. Заболеваемость населения России в 2010 году / Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава. – М., 2011. –78 с.
6. Классификация клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей. – М.: Российское респираторное общество, 2009. – 18 с.
7. Овсянников Д. Ю. Система оказания медицинской помощи детям, страдающим бронхолегочной дисплазией: руководство для практикующих врачей / под ред. профессора Л. Г. Кузьменко / М.: МДВ, 2010. – 152 с.
8. Романенко В. А., Романенко К. В., Аверин А. П. и др. Оценка встречаемости синдрома утечки воздуха и бронхолегочной дисплазии при проведении искусственной вентиляции легких // Вопросы практической педиатрии. – 2008. – Т. 3, № 5. – С. 46.
9. Хронические заболевания легких у детей / под ред. Н. Н. Розиновой, Ю. Л. Мизерницкого / М.: Практика, 2012. – 224 с.

СОДЕРЖАНИЕ

Котова Д. Ю., Петрова Л. А., Салихова Т. О., Смирнов А. В. ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ НИТРАТОВ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА	3
Котова К. А. АКЦЕНТУАЦИЯ ХАРАКТЕРА КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ЗРЕЛОСТИ БУДУЩЕГО ВРАЧА	7
Краснопеев Ю. И. ВОЗРАСТНАЯ СТРУКТУРА АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ БРАХИОЦЕФАЛЬНОГО БАССЕЙНА В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ, ПО ДАННЫМ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ	10
Круковская Ю. И. КЛИНИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ НАБЛЮДАЕМЫХ ЭПЕЛЕПТОЛОГОМ В ТВЕРСКОМ ОКПНД	13
Кудрова Е. Е. ПАРАЛИМПИЙСКОЕ ДВИЖЕНИЕ: СУЩНОСТЬ И ПРОБЛЕМЫ	15
Кудряшова Т. И., Минасян Л. М., Акайзина А. Э. ФАКТИЧЕСКАЯ КАЛОРИЙНОСТЬ ПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ В СРАВНЕНИИ С КЛАССИЧЕСКИМИ И СОВРЕМЕННЫМИ СПОСОБАМИ РАСЧЕТА ЭНЕРГОПОТРЕБЛЕНИЯ	18
Кузнецова В. С., Портенко Г. М. РЕЗУЛЬТАТ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НОСА, ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ И ГЛОТКИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ ПУТЕМ КОНСЕРВАТИВНОЙ САНАЦИИ НЕБНЫХ МИНДАЛИН	22
Кузнеченкова Н. А., Звонарева А. В., Морозов А. М. СИНДРОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ	26
Кузьмин И. С., Мамазаитова А. А., Виноградова Е. В. К ЭТИМОЛОГИИ НАИМЕНОВАНИЯ «ГРИПП»	29
Кузьмина Т. Н., Новикова Н. С. ВОЗРАСТНАЯ АНАТОМИЯ ПЕЧЕНИ	33
Купцова М. А., Суббота Н. А., Морозов А. М. СОВРЕМЕННАЯ АНТИСЕПТИКА	35
Куров В. С., Халилов Т. Ш., Шестаков М. С., Исаев Ю. А. АНОМАЛИИ ФИКСАЦИИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ И СПОСОБЫ ЕЕ ОПЕРАТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ	39
Курочкина Е. Д., Журавлева В. М., Зубарева Г. М. ВЗАИМОЗАМЕНЯЕМОСТЬ АЗИТРОМИЦИНА И ХЕМОМИЦИНА	42
Лаврентьев П. А., Багдасарян Р. Р., Шматов И. С. ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ ВЕН СЕРДЦА	45
Лагутенков С. В., Змеева Э. А., Трапезников Д. В.	48

ЛАБОРАТОРНОЕ ИЗУЧЕНИЕ СПОСОБА УПРОЧНЕНИЯ БИСАКРИЛОВОЙ КОМПОЗИЦИОННОЙ ПЛАСТМАССЫ	
Лалаева Л. Р., Кокорина В. С., Фомина И. В. АНАЛИЗ ПРОФИЛАКТИКИ СИНДРОМА ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ НОВОРОЖДЕННОГО	51
Лебедев Г. А., Морозов А. М. СИНДРОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ – АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ	54
Лелявина А. К. ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ИНФЕКЦИЕЙ HELICOBACTER PYLORI И ОСТЕОПОРОЗОМ	58
Леонтьева В. А., Колесникова И. Ю., Егорова И. В., Соколова А. С. БОЛЕЗНЬ КРОНА ТОЛСТОЙ КИШКИ С НЕПРЕРЫВНО РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ ПЕРИАНАЛЬНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ И НЕПЕРЕНОСИМОСТЬЮ ДВУХ ПРЕПАРАТОВ АНТИ-ФНО	64
Лобарева А. А., Кошко А. В. КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОТИВОВИРУСНОГО ПРЕПАРАТА ВИКЕЙРА ПАК В СЛУЧАЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С НА СТАДИИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ	66
Лютин Д. С., Комарова М. Н., Васильев П. В. ИНФОРМИРОВАННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ПО ВОПРОСУ ПИЩЕВЫХ ДОБАВОК И ИХ СВОЙСТВ	69
Лютин Д. С., Комарова М. Н., Шабанова И. Н. ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ, ВАРИАНТЫ РАЗВИТИЯ И ЗНАЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО КРУГА БОЛЬШОГО МОЗГА	72
Ляпин М. А. ВОЗМОЖНОСТИ МЕПИВАКАИНА ПРИ ИНТРАЛИГАМЕНТАРНОЙ ИНЪЕКЦИИ	75
Майорова Е. И., Воронкова М. В., Иванова В. В. РАЗРАБОТКА ОПТИМАЛЬНОГО СОСТАВА И ТЕХНОЛОГИИ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ЛЕДЕНЦОВ НА РАСТИТЕЛЬНОЙ ОСНОВЕ	80
Макарова А. И., Мареева Т. С., Потемкина Г. В., Смирнов А. В. ОПАСНЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЧЕЛОВЕКА, ПЕРЕНОСИМЫЕ КЛЕЩАМИ	84
Макарова А. И., Потемкина Г. В., Морозов А. М. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛИПОМАТОЗА	88
Малыхина М. Е., Добрынина И. С. ПАЦИЕНТ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЕМЕ: ОСОБЕННОСТИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ	91
Мамедова Э. И., Немцева Е. К. СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯДЫ НА ПРИЕМ КОМБИНИРОВАННЫХ ОРАЛЬНЫХ	94

КОНТРАЦЕПТИВОВ В АСПЕКТЕ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗОВ	
Мареева Т. С. ФЕНОМЕН ТРАНСГЕНДЕРНОСТИ И ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКУЮ АДАПТАЦИЮ ТРАНСГЕНДЕРНЫХ ЛЮДЕЙ	98
Мартынова К. А. ТРУДНОСТИ И ОШИБКИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТАХИКАРДИЙ С ШИРОКИМИ КОМПЛЕКСАМИ QRS	104
Матерн В. П., Смилянская О. А. ИЛЛЮСТРАЦИЯ КАК ФАКТОР ПРИВЛЕЧЕНИЯ ЧИТАТЕЛЬСКОЙ АУДИТОРИИ (НА ПРИМЕРЕ САЙТА ИНЕУ)	107
Матерн В. П., Смилянская О. А. ЭФФЕКТИВНЫЕ СПОСОБЫ РАБОТЫ С ЦЕЛЕВОЙ АУДИТОРИЕЙ В СОЦИАЛЬНОЙ СЕТИ FACEEBOOK. ФОРМИРОВАНИЕ ИМИДЖА КАФЕДР ИНЕУ	112
Махова О. Ю., Миленин Д. Е. ВЛИЯНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НА ТЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ	117
Медведева Д. С., Оверченко А. М., Сорокопудова А. С., Калиниченко В. М. ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ИЗМЕНЧИВОСТЬ КРОВОСНАБЖЕНИЯ НЕКОТОРЫХ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ	121
Медведева Е. С. ИНФЕКЦИЯ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ТАЗОВЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ	124
Минасян Л. М., Кудряшова Т. И., Акайзина А. Э. АНАЛИЗ УСРЕДНЕННЫХ СУТОЧНЫХ РАЦИОНОВ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА	128
Миронова Е. Е. ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА ИНСУЛИНОМ «БЕРЛИНСУЛИН Н БАЗАЛ»	131
Митрофанов А. М., Носенко П. К., Алеева Е. В. ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ НА ПРОГРЕССИРОВАНИЕ МИОПИИ У СТУДЕНТОВ ЗА ГОД ОБУЧЕНИЯ В УНИВЕРСИТЕТЕ	134
Мотеркина М. Н., Юрченко В. О., Аль-Гальбан Л. Н., Поселюгина О. Б. ВЗАИМОСВЯЗЬ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК	137
Муминов И. Г., Пулатов И., Аксенова Е. Д. РОЛЬ ЭПОНИМОВ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ЛЕКСИКЕ	141
Мурашова А. А. ИНДИВИДУАЛЬНОСТЬ ЛИЧНОСТИ В СОВРЕМЕННЫХ ПРАКТИКАХ ОТЧУЖДЕНИЯ	145

Мусалинова А. Н. НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ОБНОВЛЕНИЮ СОДЕРЖАНИЯ ЧЕРЕЗ НЕТРАДИЦИОННЫЕ УРОКИ РУССКОГО ЯЗЫКА В НАЧАЛЬНОЙ ШКОЛЕ	149
Мынзат А. Ю., Потапова М. Ю., Решетникова Н. В., Терехов Г. М., Фуртикова Г. И. АНКЕТИРОВАНИЕ И АНАЛИЗ МИКРОБИОТЫ КИШЕЧНИКА СТУДЕНТОВ СПОРТСМЕНТОВ ТГМУ	153
Мячина Д. С., Добрынина И. С., Котова Ю. А. ОЦЕНКА ОСОБЕННОСТЕЙ КОМПЛАЕНСА У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЕМЕ	157
Надеева Н. М., Чертовикова Л. Н., Балезина Е. В. РАССТРОЙСТВА МОЧЕИСПУСКАНИЯ В ДО- И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ЖЕНЩИН С ПРОЛАПСОМ ГЕНИТАЛИЙ	161
Наджафов Ф. А., Поляков Н. В., Марасанов Н. С. ПЕРЕЛОМ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ Г. ТВЕРИ	164
Наумова Е. Д. РАДИОВИЗИОГРАФИЯ В СТОМАТОЛОГИИ	167
Некрасов А. Н., Соколов Д. О., Васильев А. М., Иванова С. Б. КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ АНАТОМИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ЗУБОВ И БИОТИПА ПАРОДОНТАДЛЯ ПЛАНИРОВАНИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОТЕРИ ЗУБОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИСКУССТВЕННЫХ ОПОР	170
Некрасова А. А., Плюхликова Н. С., Ушаков Я. Д. ГАМАРТОМА ЛЕГКОГО	174
Нестеренко К. С., Василевская А. В., Морозов А. М. ОЖОГИ – МИФЫ И РЕАЛЬНОСТЬ	177
Никитушкина М. А., Корытова Ю. С., Жмакин И. А. БИОГРАФИЯ И ВОСПОМИНАНИЯ ОБ ИНТЕРНИРОВАНИИ В НАЦИСТСКУЮ ГЕРМАНИЮ ВЕТЕРАНА ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ ЭХТЕ АЛЬБЕРТА АВГУСТОВИЧА	180
Николаева Е. А. ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРНОЙ ДОППЛЕРОВСКОЙ ФЛОУМЕТРИИ В КОЛОПРОКТОЛОГИИ	185
Николаева Е. А., Цыганкова П. Г., Ершова Е. С., Вейко Н. Н., Каменева Л. В., Малиновская Е. М., Сергеева В. А., Костюк С. В. МУТАЦИЯ M14441T>C В ГЕНЕ ND6 МИТОХОНДРИАЛЬНОЙ ДНК ИНГИБИРУЕТ АНТИОКИСЛИТЕЛЬНЫЙ ОТВЕТ В ФИБРОБЛАСТАХ БОЛЬНЫХ С ЛИ-ПОДОБНЫМ СИНДРОМОМ	189
Новикова А. С., Колесникова И. Ю. ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ И ТАКТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БИОПТАТА ПОЛИПА ЖЕЛУДКА	191
Носкова А. Д., Якименко В. В., Йорданова А. А.	194

ДИАГНОСТИКА ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОНМК ПО ИШЕМИЧЕСКОМУ ТИПУ. ПЕРСПЕКТИВЫ ТЕРАПИИ РИТМИЧЕСКОЙ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОНМК, С ДИАГНОСТИРОВАННОЙ ПОСТИНСУЛЬТНОЙ ДЕПРЕССИЕЙ	
Образцова М. Р. ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ИМПЛАНТАТОВ С МЕДИКАМЕНТОЗНЫМИ ПРОПИТКАМИ В ОФТАЛЬМОХИРУРГИИ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)	197
Окулбекова А. Ш., Савицкая Д. Ю., Калиниченко В. М. ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОСУДОВ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ	199
Орехова Д. И., Пшеничная П. В. ФАКТОРЫ, СПОСОБСТРУЮЩИЕ ПРОЛОНГИРОВАННОМУ ТЕЧЕНИЮ КОНЪЮГАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХИ У ДЕТЕЙ	203
Паклева М. В., Цыганкова А. И., Буланова Э. В. ДИНАМИКА ПАРАМЕТРОВ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОК МЛАДШИХ КУРСОВ ТГМУ В ПРОЦЕССЕ ЗАНЯТИЙ ПО ПРОГРАММЕ «ЗДОРОВАЯ И СЧАСТЛИВАЯ»	206
Пархета К. А., Зубкова А. Ю. ТОЦКИЙ ПОЛИГОН: ГРУППЫ РИСКА ИНФИЦИРОВАНИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ХАНТАВИРУСАМИ ПУУМАЛА	213
Паюсова Т. Н., Вакулин Г. В. СРАВНЕНИЕ ЧАСТОТЫ И СТРУКТУРЫ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В 2012- 2016Г.Г. С 2005-2009 ГОДАМИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ГКБ №6 Г. ТВЕРИ	217
Петрова Т. Н., Красноруцкая О. Н., Котова Ю. А., Бугримов Д. Ю., Лебединская Е. В. СОСТОЯНИЕ ЛИПИДНОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С НЕЙРО-ЭНДОКРИННОЙ ФОРМОЙ ГИПОТАЛАМИЧЕСКОГО СИНДРОМА	219
Петрова Т. Н., Красноруцкая О. Н., Котова Ю. А., Бугримов Д. Ю., Лосева С. П. ПРИМЕНЕНИЕ МОКСОНИДИНА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА ФОНЕ ГИПОТАЛАМИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ	222
Петрова Т. Н., Красноруцкая О. Н., Котова Ю. А., Бугримов Д. Ю., Раскина Е. А. ПУТИ ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ	226

Петрова Т. Н., Красноруцкая О. Н., Котова Ю. А., Бугримов Д. Ю., Симион А. Ю. ВЛИЯНИЕ КРАТКОВРЕМЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ СИБУТРАМИНОМ НА МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ЛИПИДНОГО И УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ	230
Петрова Т. Н., Красноруцкая О. Н., Котова Ю. А., Бугримов Д. Ю., Черткова Ю. С. ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ЛЕГКОГО И УМЕРЕННОВЫРАЖЕННОГО ЙОДНОГО ДЕФИЦИТА	234
Петросян А. О., Мартынова К. А. АНАЛИЗ АМБУЛАТОРНОГО И СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ПЕРВИЧНОЕ СОСУДИСТОЕ ОТДЕЛЕНИЕ	238
Пикалова Л. П., Бахарева А. А., Фадеева Ю. А., Гоностарева Д. А., Югова Т. С. ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ В ОЧАГАХ САНИТАРНЫХ ПОТЕРЬ	242
Пикалова Л. П., Грабельникова Е. А., Караев И. З. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СФЕРЫ	246
Пикалова Л. П., Кузнецова А. М., Ульянич А. Г., Воробьева В. В., Вершинин Г. С. ВОЗДЕЙСТВИЕ ГАЛЛЮЦИНОГЕНОВ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА	249
Пирогов Н. Н., Йорданова А. А., Кислова И. А., Кузнецова В. С. ГЕРПЕТИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ В ЭТИОЛОГИИ ХРОНИЧЕСКОГО ФАРИНГОТОНЗИЛЛИТА	252
Полозова Н. Ю., Балаева-Тихомирова О. М. ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ У ЛЕГОЧНЫХ ПРЕСНОВОДНЫХ МОЛЛЮСКОВ	256
Полухинских А. Э., Сидорчева М. В. МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЧЕК У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ПРИ ПОРОКАХ РАЗВИТИЯ	260
Праведникова А. А., Коськина М. Н., Левчина М. Ю., Морозов А. М. ВЛИЯНИЕ СТРЕССОВЫХ СИТУАЦИЙ НА РАЗВИТИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ОРГАНИЗМА В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ	263
Пузан А. А. ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ ЖЕНЩИН КРИТИЧЕСКИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП	266
Рагимова Р. И., Рагимова Н. Г., Исагова З. Э. РЕОЛОГИЯ КРОВИ И ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПОСЛЕ ГИСТЕРЭКТОМИИ	270
Романенко М. Е., Шатаев Д. А., Морозов А. М. ЯЗЫК ЧЕЛОВЕКА В КАЧЕСТВЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРИЗНАКА СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ	274
Рузьянова А. А., Захарова Е. Ю.	278

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ С ФОРМИРОВАНИЕМ ПУЗЫРНОВАГИНАЛЬНОГО И РЕКТОВАГИНАЛЬНОГО СВИЩЕЙ	
Сахипова Л. Р., Бахтигареева А. А., Матюхин В. В., Фазлыева Л. М., Арсланов А. А., Насифуллин А. И., Тансыккужина Д. Р., Валиев А. С. ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ АРТЕРИЙ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ	280
Сахипова Л. Р., Бахтигареева А. А., Матюхин В. В., Фазлыева Л. М., Арсланов А. А., Насифуллин А. И., Тансыккужина Д. Р., Валиев А. С. НЕДОСТАТОК ЙОДА, КАК ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ШКОЛЬНИКОВ	284
Седова О. А., Васильев П. В. ВЛИЯНИЕ ИСКУССТВЕННОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ НА РОСТ И РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ. СРАВНЕНИЕ ПО СОСТАВУ ИСКУССТВЕННОЙ СМЕСИ С ГРУДНЫМ МОЛОКОМ	288
Сейтмеметов А. Э., Стеганцов М. А. ВОЕННАЯ ЛЕКСИКА В АНАТОМИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ	291
Семенюк М. Ю., Стратила А. Н., Юшкова К. С., Курбанова А. Я. СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ ТЕРАТОМЫ ПЛАЦЕНТЫ И БЕРЕМЕННОСТИ	294
Сидорчева М. В., Полухинских А. Э. МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЧЕК У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ПЕРМСКОМ КРАЕ	296
Сизикова А. А., Стромило И. О., Шпакова А. С., Морозов А. М. РЕЗЕКЦИЯ ПИЩЕВОДА ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ	300
Сисвадзе Б. Д., Соколова А. Ю. МЕДИЦИНСКИЕ АББРЕВИАТУРЫ: КЛАССИФИКАЦИЯ И СПОСОБЫ ПЕРЕВОДА	302
Скворцова А. А., Жигулина В. В., Двоенко Е. А. ПРОБЛЕМА ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СОВРЕМЕННЫХ СТУДЕНТОВ	306
Смирнова Г. О. ПОКАЗАТЕЛИ ВИТАМИНА $Д_3$(25ОН) У ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ	310
Смирнова М. В., Соколова Л. Н. «ЛИГА УЛЫБКИ» - ВОЛОНТЕРСКИЙ ОТРЯД СМОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА	313
Соколова А. В., Шестова О. С., Эминова А. А., Калинин Д. А. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОДЕРЖАНИЯ ОРГАНИЧЕСКИХ КИСЛОТ В ВОДНЫХ И ВОДНО-СПИРТОВЫХ ИЗВЛЕЧЕНИЯХ ИЗ ПЛОДОВ ШИПОВНИКА, ПРОИЗРАСТАЮЩЕГО В ТВЕРСКОЙ, МОСКОВСКОЙ И ВЛАДИМИРСКОЙ ОБЛАСТЯХ	317
Соколова А. Р.	320

ВЛИЯНИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРОПОРЦИЙ И ЧЕРТ ЛИЦА В РЕЗУЛЬТАТЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ДЕТЕЙ, СТЕПЕНЬ ИХ ТРЕВОЖНОСТИ И СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС	
Соловьева К. Ю., Шаламова С. В., Морозов А. М. ВЕКТОРЫ ЦЕННОСТЕЙ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА	324
Солонько М. С. АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ПРИКУСА У ДЕТЕЙ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ	328
Стрижанков И. М., Бачук В. А. ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В СТАДИРОВАНИИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ ТРАНСРЕКТАЛЬНОЙ БИОПСИИ	331
Суслова К. В., Суковатова Е. А., Серова Н. Е. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕЙКОПЛАКИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА	334
Сушнева О. П., Васильев П. В. СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ	337
Сушнева О. П., Надеин А. И. ВЛИЯНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ НА БИОЛОГИЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ ЧЕЛОВЕКА	340
Таибов М. М., Воронин Н. И. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПУЛЬСОКСИМЕТРА ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ САТУРАЦИИ КРОВИ КИСЛОРОДОМ У БОЛЬНЫХ С ХСН	343
Тарун Госвами, Буданова Н. А. ИСТОРИЯ ДВУСТОРОННИХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ РОССИИ И ИНДИИ В АСПЕКТЕ РАСШИРЕНИЯ КОММУНИКАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ ЭТИХ СТРАН	345
Теймуров Э. З., Гуськова О. Н. СОПОСТАВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ И МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЭНДОКАРДИАЛЬНОГО ФИБРОЭЛАСТОЗА	349
Тимченко А. В., Матвеева С. Р., Нечаева А. С. ОТЛИЧИЕ ФИЗКУЛЬТУРНО-СПОРТИВНЫХ КОМПЛЕКСОВ (ГТО) В СССР И РОССИИ	353
Трифанова А. А., Степаненко А. В., Страхова Н. В., Краснорyцкая О. Н., Котова Ю. А. НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КОНТРОЛИРУЕМОЙ КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ	358
Фаррахова К. Л., Фомина И. В. ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН СТАРШЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА	361
Фастовский Р. А., Шакирова Ю. В., Лихтарникова Е. А., Кострицкий Е. И., Кудряшова Я. В. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРНОЙ СТАБИЛЬНОСТИ ГИПСОВЫХ МОДЕЛЕЙ,	365

ВЫПОЛНЕННЫХ ПО АЛЬГИНАТНЫМИ ОТТИСКАМ (МАССА HYDROGUM 5) В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВРЕМЕНИ ИХ ИЗГОТОВЛЕНИЯ	
Фурсова А. А., Нянькина, С. С., Морозов А. М., Аскеров Э. М. РАК ЖЕЛУДКА	369
Хамитова И. Р. ЛЕЧЕНИЕ ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВУЛЬВЫ НА БАЗЕ ЦЕНТРА ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ «СИБИРЬ»	372
Хамитова И. Р. РАБОТНИКИ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА И ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	375
Хамитова И. Р., Фомина И. В., Алексеев А. Л., Кураценко И. И. ТРОМБОЭЛАСТОМЕТРИЯ В ПРАКТИКЕ АКУШЕРОВ	377
Хамраева Н. А. КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОРАЖЕНИЙ ПОЧЕК ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ	380
Хомидов А. А., Джонназаров Э. И., Юлдошев К. Ю. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ СОЧЕТАННОГО КОСТНО-СОСУДИСТОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ	384
Хорьков Д. А., Грачалов А., Морозов А. М. СРАВНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО И ТРАДИЦИОННОГО МЕТОДОВ ГЕРНИОПЛАСТИКИ	386
Царьков С. С., Миронова А. А., Горюнов Д. С., Кашехлебов К. Ю. ЭПИЛЕПСИЯ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МОЗГА	389
Чернышова Е. А., Ахмерова У. Д., Морозов А. М., Аскеров Э. М. ПРОТЕЗИРОВАНИЕ, СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ	393
Чеснокова А. А. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАТЕРНОЙ ЛЕКСИКИ В КУЛЬТУРОЛОГИЧЕСКОМ КОНТЕКСТЕ	396
Чиликина В. О., Пальчикова Т. А. ИЗ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ МИХАИЛА ФЕДОРОВИЧА РОМАНОВА	400
Числов А. В., Строкова А. В. ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА, СПОСОБСТВУЮЩИЕ СОВЕРШЕНИЮ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ БОЛЬНЫМИ ШИЗОФРЕНИЕЙ	403
Шамаров Т. А., Максимов М. Т., Жмакин Е. И., Жмакин И. А., Красненков В. Л., Кириленко Н. П., Королева О. М., Беляева Л. Г. ОНЛАЙН-КАБИНЕТ ПАЦИЕНТА: ЕГО ФУНКЦИОНАЛ И ПЕРСПЕКТИВЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ	406
Шанина А. А. АГРЕССИЯ ПАЦИЕНТА И ЗАЩИТА ДОСТОИНСТВА ВРАЧА В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ	410
Шатаев Д. А.	413

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАЛЬНОСТИ	
Шашкова Н. М., Дурнев В. М., Беляев В. В., Гаврилова О. А. ИНДЕКСНАЯ ОЦЕНКА КАРИЕСА ЗУБОВ У СТУДЕНТОВ-СТОМАТОЛОГОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА	417
Шевчук С. О. ВЫДАЮЩИЙСЯ РЕФОРМАТОР СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР Н. А. СЕМАШКО	421
Шендерова Е. С. СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧЕСКОЕОПРЕДЕЛЕНИЕ СУЛЬФАТОВ В ЛИСТЬЯХ ОДУВАНЧИКА ЛЕКАРСТВЕННОГО	423
Шепелев Д. С., Хмелевская Л. В., Усачева Л. Н. МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ	426
Юлдошев К. Ю., Джонназаров Э. И., Хомидов А. А. КОРРЕКЦИЯ ВРОЖДЕННЫХ СРАЩЕНИЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ У ДЕТЕЙ	430
Юсубахмедова М. А. ВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА	432

Научное издание
МОЛОДЕЖЬ, НАУКА, МЕДИЦИНА

Материалы
64-й Всероссийской межвузовской студенческой научной
конференции с международным участием

ТОМ 1

Оригинал-макет подготовила И. Ю. Колесникова
Дизайн обложки И.А. Жмакин

Подписано в печать 14.06.2018
Усл. печ. листов 26,2