



МОЛОДЕЖЬ И МЕДИЦИНСКАЯ НАУКА



СТАТЬИ

VI Всероссийской
межвузовской научно-
практической
конференции молодых
ученых с
международным
участием

Тверь 2019

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России
Совет молодых ученых и студентов

МОЛОДЕЖЬ И МЕДИЦИНСКАЯ НАУКА

СТАТЬИ

VI Всероссийской межвузовской научно-практической
конференции молодых ученых с международным участием

Тверь, 22 ноября 2018 г.

Тверь 2019

УДК 378.2:61

ББК 51.1 (2)

М755

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

М. Н. Калинин, И. А. Жмакин, Д. В. Килейников, И. Ю. Колесникова,
Е. Р. Камионская

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** и медицинская наука [Текст]: статьи VI Всероссийской
межвузовской научно-практической конференции молодых ученых с
международным участием / Твер. гос. мед. ун-т; редкол.: М. Н. Калинин [и
др.]. – Тверь: Твер. гос. мед. ун-т, 2019. – 475 с.

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

В нем представлены как результаты экспериментальных исследований, так и публикации по клинической тематике различных направлений: инфекционные болезни, 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, 2019

Уважаемые молодые ученые, студенты, коллеги!

В настоящем сборнике опубликованы статьи ежегодной, VI Всероссийской межвузовской научно-практической конференции молодых ученых с международным участием «МОЛОДЕЖЬ И МЕДИЦИНСКАЯ НАУКА». Количество работ и обширная география демонстрируют актуальность и востребованность этой конференции.

В сборнике представлены работы из Благовещенска, Великого Новгорода, Владивостока, Волгограда, Воронежа, Иваново, Иркутска, Керчи, Москвы, Санкт-Петербурга, Симферополя, Твери, Уфы, а также работы ученых из Беларуси и Узбекистана.

Статьи представлены по широкому кругу актуальных проблем как фундаментальных, так и прикладных вопросов медицины, уделено внимание также гуманитарным и образовательным аспектам. Авторы исследовали важные вопросы кардиологии, гастроэнтерологии, нефрологии, педиатрии, акушерства, общественного здоровья и многого другого. В некоторых работах представлены новейшие возможности лабораторной и инструментальной диагностики заболеваний, возможности прогнозирования течения болезни. Часть статей посвящена фундаментальной медицине: морфологии, гистологии, микробиологии, фармакологии. Не обошли вниманием молодые ученые и социально-значимые медицинские темы: влияние на качество жизни заболеваний, передающихся трансмиссивным путем, информированность пациентов с хроническими сердечно-сосудистыми или ревматологическими заболеваниями о факторах риска и возможностях вторичной профилактики прогрессирования заболевания. Ряд работ посвящен оптимизации преподавания и обучения в медицинском ВУЗе, повышению образовательной мотивации и работоспособности студентов.

В сборнике представлены преимущественно результаты оригинальных исследований. Публикации характеризуются четкой формулировкой цели исследования, методичностью, хорошим языком и доступностью для читателя.

Искренне желаем всем авторам представленных статей дальнейшего развития и творческих успехов, интереса к науке и медицине, стабильности и процветания.

Новых встреч и диалогов на Тверской земле!

И.о. ректора ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России,
д.м.н., профессор М. Н. Калинин

А. Р. Аветисов, доцент, В. А. Харитон, студент
Кафедра радиационной медицины и экологии
УО Белорусский ГМУ, г. Минск, Республика Беларусь

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КИСЛОТНОСТИ ДОЖДЕВОЙ ВОДЫ В ГОРОДАХ МИНСКЕ И МОЛОДЕЧНО

Кислотные осадки — это дождь, снег, туман, при которых наблюдается понижение водородного показателя (рН) дождевых осадков из-за загрязнений воздуха кислотными оксидами, обычно оксидами серы и оксидами азота [1]. Проблема кислотных осадков в Республике Беларусь остается актуальной, в том числе, и с медицинской точки зрения. Состояние и состав осадков в значительной степени зависят от состояния атмосферы и тем самым воздействуют на состояние экосистем. Выбросы загрязняющих веществ в атмосферный воздух от стационарных и мобильных источников сокращаются с каждым годом, однако остаются на высоком уровне (1990 г. – 3402,8 тыс. т/год; 2005 г. – 1417,6 тыс. т/год; 2017 г. – 1240,6 тыс. т/год). Значительная часть кислотных осадков приходится на нитраты, которые попадают в атмосферу из почв, путем испарения влаги с внесенными удобрениями, а также с выбросами от работы производственных предприятий (на 2017 г. зарегистрировано 134,2 тыс. т/год диоксида азота на территории Беларуси) [2]. Возможность определения кислотности осадков позволяет предпринять необходимые меры по защите окружающей среды от кислотного загрязнения.

Цель исследования: провести сравнительный анализ показателей рН дождевой воды в городах Молодечно и Минск.

Задачи:

1. Получить пробы осадков.
2. Определить показатель кислотности различных регионов.
3. Выявить закономерность распространения кислотности в связи с влиянием антропогенных факторов и розы ветров [3].

Материалы и методы: в качестве материала для исследования была взята дождевая вода в шести районах г. Молодечно и восьми районах г. Минска.

Дождевую воду собирали при помощи растянутой полиэтиленовой пленки на каждой необходимой точке (рисунок 1).



Рисунок 1 – Механизм сбора дождевой воды

После этого кислотность полученной воды была измерена стационарным рН-метром. Вели отчетность фотоснимков (рисунки 2 и 3).



Рисунок 2 – Пробы из города Молодечно

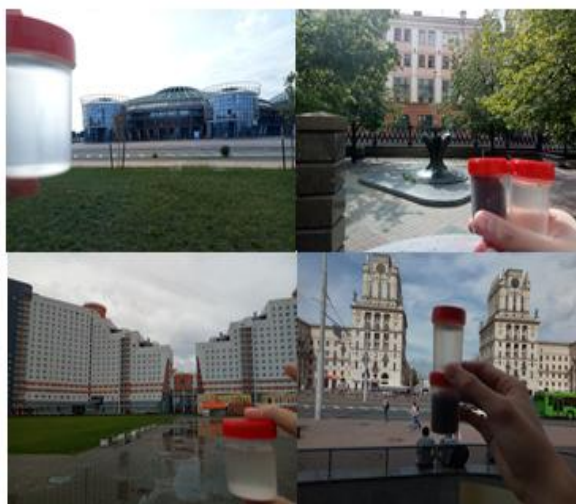


Рисунок 3 – Пробы из города Минска

Результаты и обсуждение: в ходе работы были получены результаты кислотности различных регионов двух городов, Минск и Молодечно. Были собраны образцы осадков данных территорий, произведен их анализ. Точки, где были взяты образцы, отмечены на картах (рисунок 4 и 5). Полученные показатели отображают наличие веществ, влияющих на кислотность.

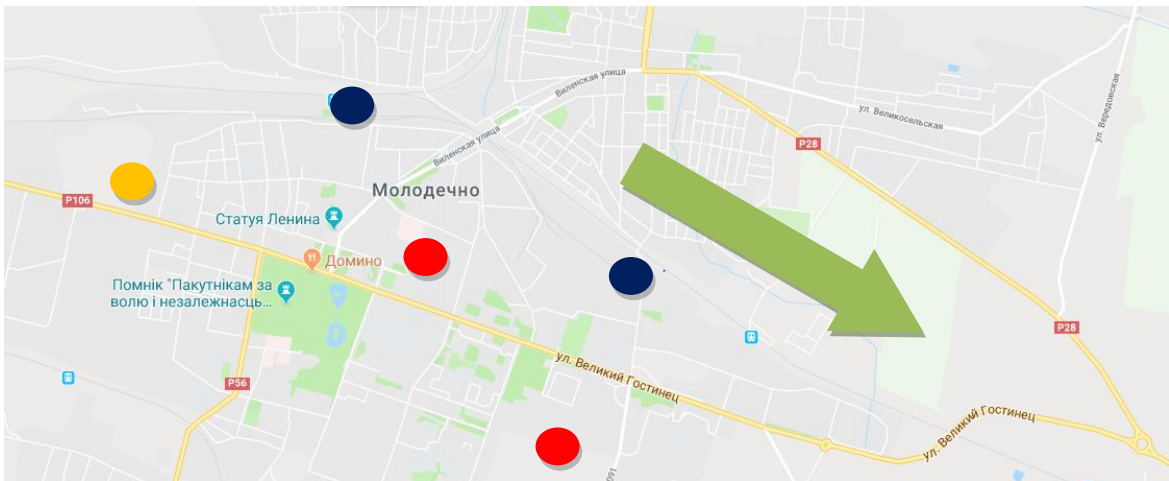


Рисунок 4 – Карта г. Молодечно (стрелкой обозначен преобладающий ветер)

Результаты, полученные в городе Молодечно в июле 2018 г., находятся в пределах нормы. Наиболее кислый показатель замечен в районе ТЭЦ и в местности, расположенной вблизи железнодорожных путей (6,54 и 6,48 соответственно). Средний показатель – 6,99 (таблица 1).

Таблица 1 – Показатели кислотности дождевой воды в г. Молодечно

Район	рН, ед.
Западная часть города	7,43
Восточная часть города	7,3
Южная часть города	7,24
Северная часть города	6,48
Район ТЭЦ	6,54
Центр города	6,96
Средний показатель	6,99

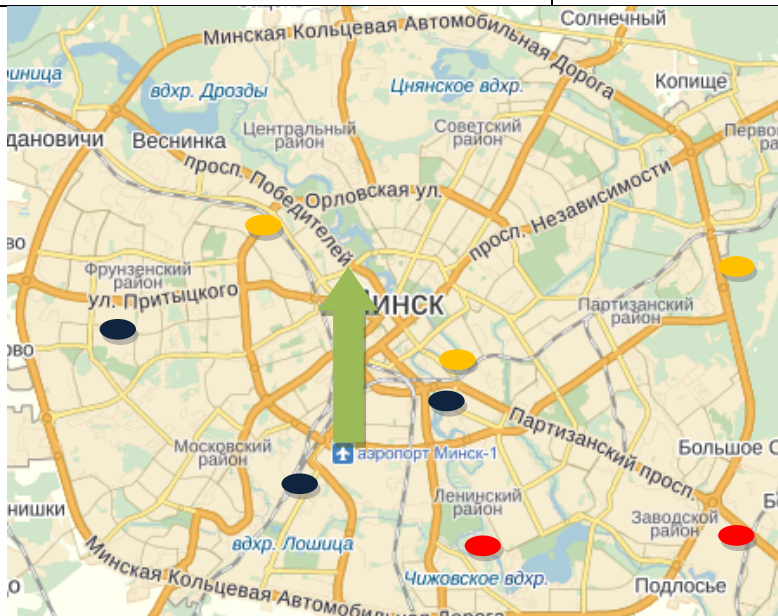


Рисунок 5 – Карта г. Минска (стрелкой обозначен преобладающий ветер)

Показатели, зарегистрированные в июле 2018 г. в г. Минске, находятся в пределах нормы. Наиболее кислыми являются осадки Московского района (показатель равен 6,35). Средний показатель – 7,016 (таблица 2).

Таблица 2 – Показатели кислотности дождевой воды в г. Минск

Район	pH, ед.
Минск-Арена	7,28
Первомайский район	7,02
ст. м. Купаловская	7,7
ст. м. Площадь Ленина	6,67
Октябрьский район (Асаналиева)	7,27
Московский район (ст. м. Петровщина)	6,35
ст. м. Кунцевщина	6,64
Заводской район	7,20
Средний показатель	7,016

Закключение: показатель кислотности в обоих городах находится в пределах нормы (рН выше 5,5). Как найдено нами ранее [4], показатели, зарегистрированные в г. Минске, также находятся в пределах нормы. Разница показателей кислотности в городах Молодечно и Минск оказалась относительно одинаковой. Вблизи антропогенных источников выбросов кислотных оксидов рН почвы относительно ниже, что так же подтверждается в предыдущих измерениях [5]. Роза ветров оказывает влияние на рН, что выражается в большей кислотности почвы с подветренной стороны от источников выбросов кислотных оксидов в атмосферу.

Литература

1. Стожаров А. Н. Медицинская экология / А. Н. Стожаров. – Минск: В. Шк., 2007. – 168 с.
2. Выбросы загрязняющих веществ в атмосферный воздух [Электронный ресурс] / – Режим доступа к архиву: <http://www.belstat.gov.by/ofitsialnaya-statistika/makroekonomika-i-okruzhayushchaya-sreda/okruzhayushchaya-sreda/sovmestnaya-sistema-ekologicheskoi-informatsii2/a-zagryaznenie-atmosfernogo-vozduha-i-razrushenie-ozonovogo-sloya/a-1-vybrosy-zagryaznyayuschih-veschestv-v-atmosferyni-vozduh/> (дата обращения: 01.09.18).
3. Архив погоды в Беларуси [Электронный ресурс] / – Режим доступа к архиву: <https://world-weather.ru/archive/belarus/minsk/> (дата обращения: 17.03.18).
4. Соловьев Е. В. Кислотные осадки. Сравнительная характеристика кислотности в различных регионах/ Е. В. Соловьев, В. А. Харитон // Актуальные проблемы современной медицины и фармации 2018: сборник тезисов докладов LXXII Международной научно-практической конференции студентов и молодых ученых / под ред. А. В. Сикорского, О. К. Дорониной. – Минск: БГМУ, 2018 – С. 1268.
5. Соловьев Е. В. Кислотные осадки. Сравнительная характеристика кислотности в различных регионах/ Е. В. Соловьев, В. А. Харитон // Актуальные проблемы современной медицины и фармации 2018: сборник материалов докладов LXXII Международной научно-практической конференции студентов и молодых ученых / под ред. А. В. Сикорского, О. К. Дорониной. – Минск: БГМУ, 2018, С. 1760.

УДК 614.77(476)

А. Р. Аветисов, доцент; В. А. Харитон, студент
Кафедра радиационной медицины и экологии
УО Белорусский ГМУ, г. Минск, Республика Беларусь

СРАВНЕНИЕ КИСЛОТНОСТИ ПОЧВЕННЫХ ПРОБ В ГОРОДАХ МИНСКЕ И МОЛОДЕЧНО

В настоящее время проблема кислотности почв остается весьма актуальной, так как это напрямую связано с подвижностью и накоплением в ней ксенобиотиков и, как следствие, с качеством окружающей среды в целом. Необходимость определения данного параметра обусловлена тем, что реакция почвенной среды влияет также на рост и развитие сельскохозяйственных культур, являясь важным условием почвенного плодородия. Проблема использования почвенных ресурсов остается актуальной и на сегодняшний день, так как Республика Беларусь имеет огромные территории для выращивания различных культур [1].

Цель исследования: провести сравнительный анализ показателей рН почвы в городах Молодечно и Минск.

Задачи:

1. Получить пробы почвы.
2. Определить показатель кислотности.
3. Выявить закономерность распространения кислотности в связи с влиянием антропогенных факторов и розы ветров.

Материалы и методы: в качестве материала для исследования была взята почва в шести районах г. Молодечно и восьми районах г. Минска. Показатель кислотности определяли при помощи стационарного рН-метра.

Принцип метода: взятие почвы с глубины 20-25 см с боковой поверхности ямки (рисунок 1).



Рисунок 1 – Взятие почвенных образцов

Порция почвы помещалась в пробирку, высота столбика 2-3 см, затем приливали 5-7 мл дистиллированной воды. Данная взвесь закрывалась и тщательно встряхивалась в течение 2 минут и отстаивалась такое же количество времени. После чего раствор пропусклся через

бумажный фильтр и данная вытяжка использовалась для определения показателя кислотности [2]. Вели отчетность фотоснимков (рисунки 2 и 3).

Результаты и обсуждение: в ходе работы были получены результаты кислотности различных регионов двух городов, Минск и Молодечно. Были собраны образцы почвы данных территорий, произведен их анализ. Точки, где были взяты образцы, отмечены на картах (рисунок 4 и 5). Полученные показатели отображают наличие веществ, влияющих на кислотность.



Рисунок 2 — Образцы почвы из г. Молодечно



Рисунок 3 – Образцы почвы из г. Минска



Рисунок 4 – Карта г. Молодечно (преобладающий ветер указан стрелкой [3])

Результаты, полученные в июле 2018 г. в городе Молодечно, находятся в пределах слабощелочной почвы (диапазон рН 7,1-8,0 ед.). Средний показатель – 7,205 ед. (таблица 1).

Таблица 1 – Показатели кислотности в г. Молодечно

Район	pH, ед.
Западная часть города	7,09
Восточная часть города	7,26
Южная часть города	7,05
Северная часть города	7,26
Район ТЭЦ	7,22
Центр города	7,35
Средний показатель	7,205

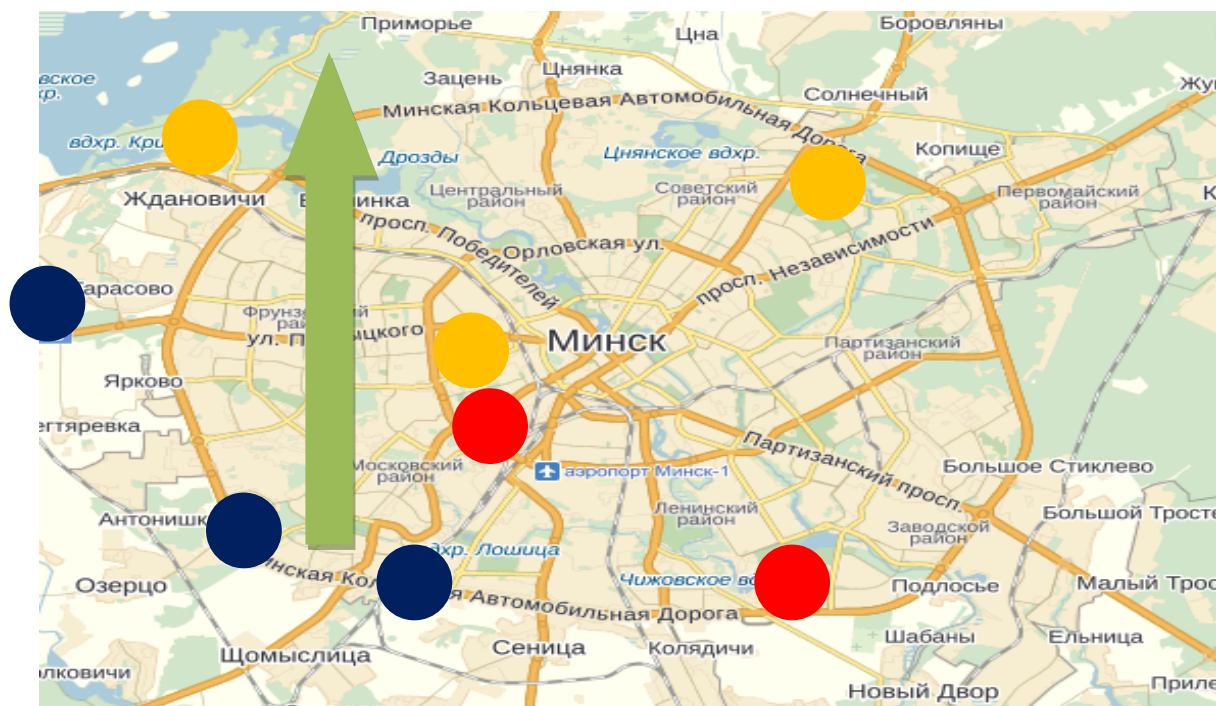


Рисунок 5 – Карта Минска (стрелкой обозначен преобладающий ветер)

Показатели августа 2018 г. в г. Минске, находятся в пределах близких к нейтральным. Показатели отмеченные в Первомайском, Заводском и Фрунзенском районах относятся к слабощелочному диапазону кислотности. Средний показатель – 7,045 ед. (таблица 2).

Таблица 2 – Показатели кислотности в г. Минск

Районы	pH, ед.
Минск-Арена	7,19
Первомайский район	7,29
ст. м. Купаловская	6,61
ст. м. Площадь Ленина	6,81
Октябрьский район (Асаналиева)	6,98
Московский район (ст. м. Петровщина)	6,36
ст. м. Кунцевщина	7,88
Заводской район	7,24
<i>Средний показатель</i>	<i>7,045</i>

Заключение: показатель кислотности в обоих городах находится в пределах нормы (рН выше 6,0 ед.) [4]. В г. Молодечно кислотность почвы в среднем на 0,16 выше, чем в Минске. Вблизи антропогенных источников выбросов кислотных оксидов (предприятия заводского района) рН почвы ниже. Роза ветров оказывает влияние на рН, что выражается в большей кислотности почвы с подветренной стороны от источников выбросов кислотных оксидов в атмосферу.

Литература

1. Стожаров А. Н. Медицинская экология / А. Н. Стожаров. – Минск: Выш. Шк., 2007. – 199-210 с.
2. Новошинский И. И., Новошинская Н. С. Химия 8 класс. – М.: Русское слово, 2010.
3. Архив погоды в Беларуси [Электронный ресурс] / – Режим доступа к архиву: <https://world-weather.ru/archive/belarus/minsk/> (дата обращения: 18.09.18).
4. Кислотность почвы [Электронный ресурс] / – Режим доступа к архиву: <http://azflora.com/sm3011.html/> (дата обращения: 19.09.18).

АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, ПО ДАННЫМ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

В России в структуре смертности населения молодого трудоспособного возраста (18–44 года) ВИЧ-инфекция выходит на одно первых мест [2, 3, 5].

По официальным данным, в экономически развитых странах отмечается уменьшение числа летальных исходов от ВИЧ-инфекции [4, 5]. Проведение высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) закономерно увеличивает период от момента установления диагноза ВИЧ до наступления смертельных осложнений. Специалисты Всемирной организации здравоохранения прогнозируют, что в популяции больных ВИЧ доля лиц в возрасте старше 50 лет возрастет с 28 % в 2010 году до 73 % в 2030 году [1, 2]. Увеличение продолжительности жизни лиц, живущих с ВИЧ, отражает эффективность ВААРТ и предполагает изменение структуры летальности данной когорты пациентов в виде снижения ВИЧ-ассоциированных причин и возрастания частоты смертельных исходов от соматических болезней.

Цель исследования: изучить структуру летальных исходов у больных ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы: изучены протоколы патологоанатомических вскрытий пациентов, находившихся на учете в Центре по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями г. Санкт-Петербург, умерших в 2016-2017 гг. В настоящее исследование включены 155 наблюдений, в которых в заключительном патологоанатомическом диагнозе в рубрике «основное заболевание» фигурировала ВИЧ-инфекция. Проведен анализ возрастного и полового состава больных, охвата ВААРТ, спектра первоначальных и непосредственных причин смерти, а также сопутствующих заболеваний.

Результаты и обсуждение: при распределении выборки по половому признаку мужчины составили 73,5 %, женщины 26,5 %. Возраст умерших варьировал от 28 до 72 лет, 98 % пациентов были трудоспособного возраста. Более половины (56,7 %) всех больных умерли в возрасте 31-40 лет. Доля умерших 41-50 лет составила 29,7 %, старше 50 лет – 12,9 %. Достоверных различий по возрасту между мужчинами и женщинами не выявлено.

При изучении медицинской документации у 105 больных (67,7 %) был указан путь инфицирования, из них у 93 человек (60,0 %) установлен инъекционный путь, у 12 (7,7 %) – половой.

По данным записей историй болезни, 38 пациентов (24,5 %) получали ВААРТ. У 48 больных (30,9 %) диагностирован глубокий иммунодефицит ($CD_{4+} < 200$ кл./мкл), в том числе

у 29 (18,7 %) уровень CD₄₊ составлял <50 кл./мкл. Продолжительность периода от момента верификации ВИЧ-инфекции до летального исхода варьировала от 2 месяцев до 23 лет.

При анализе патологоанатомического диагноза монокаузальный диагноз с первоначальной причиной смерти, ВИЧ инфекция, установлен в 72 случаях (46,4 %). У всех больных была диагностирована 4 стадия ВИЧ-инфекции.

В остальных 83 наблюдениях зарегистрированы сочетанные заболевания: хронический вирусный гепатит С – 16 случаев (10,3 %), туберкулез легких – 12 (7,7 %), мелкоузловой цирроз печени – 10 (6,4 %), генерализованный туберкулез – 9 (5,8 %), хроническая алкогольная интоксикация и злокачественные новообразования по 6 случаев (3,9 %), постинфарктный кардиосклероз – 4 (2,6 %), острая коронарная недостаточность, сахарный диабет II типа и хронический вирусный гепатит В – по 2 случая (1,3 %).

В спектре непосредственных причин смерти пациентов интоксикация составила 30,3 %, пневмония – 17,4 %, полиорганная недостаточность – 14,1 %, почечно-печеночная недостаточность – 8,3 %, сердечно-легочная недостаточность – 7,7 %, отек мозга с дислокацией 7,7 %, прогрессирование туберкулеза – 6,4 %, тромбоэмболия легочной артерии – 2,5 %, кахексия, энцефалопатия, острая коронарная недостаточность – по 1,9 %, кровотечение из вен пищевода - 0,6 %.

Выводы: в группе умерших от ВИЧ-инфекции 98 % больных находились в трудоспособном возрасте, в том числе 56,1 % составили мужчины 30-49 лет. Период с момента верификации ВИЧ-инфекции до летального исхода варьировал от 2 месяцев до 23 лет. ВААРТ получали только 24,5 % пациентов.

В качестве первоначальной причиной смерти ВИЧ инфекция указана в 46,4 % случаев, в 53,6 % имела место сочетанная патология. Наиболее частой причиной смерти пациентов явился туберкулез и вирусный гепатит. Низкий иммунный статус пациентов и наличие сочетанных или конкурирующих заболеваний являются основными факторами, влияющими на уровень смертности больных ВИЧ.

Литература

1. Беляков Н. А., Лиознов Д. А. Тенденции развития эпидемии ВИЧ-инфекции на Северо-Западе Российской Федерации. // Медицинский академический журнал. — 2015. — Т. 15, № 4. - С. 59-69.
2. Покровский В. В., Юрин О. Г., Кравченко А.В. и др. Национальные рекомендации по диспансерному наблюдению и лечению ВИЧ-инфекцией. Клинический протокол. - Эпидемиол. и инфекц. болезни. Актуал. вопр. – 2016. - № 6 (приложение). - 120 с.
3. Розенберг В. Я., Плотникова Ю. К., Воронин Е. Е. Анализ смертности пациентов с ВИЧ-инфекцией на примере региона с высокой распространенностью инфекции// Эпидемиология и вакцинопрофилактика. - 2018. - № 1 (98). - С. 40-47.
4. British HIV Association guidelines for the treatment of HIV-1-positive adults with antiretroviral therapy 2015 (2016 interim update).
5. Ehren K, Hertenstein C, Kümmerle T, Vehreschild JJ, et al. Causes of death in HIV-infected patients from the Cologne-Bonn cohort. // Infection. – 2014. – 42(1): P. 135-140.

Е. Н. Антышева, аспирант; О. Ю. Кочерова, ведущий научный сотрудник
ФГБУ Ивановский НИИ материнства и детства им. В. Н. Городкова Минздрава России,
г. Иваново, Россия

Научный руководитель: д.м.н. О. Ю. Кочерова

ДИНАМИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ПЕРВЫЙ ГОД ВОСПИТАНИЯ В ЗАМЕЩАЮЩИХ СЕМЬЯХ

Дети, воспитываемые вне семьи, имеют более низкие показатели здоровья по сравнению со сверстниками, воспитываемыми в родных семьях [1, 2]. Известно, что лишение ребенка в первые годы жизни заботы матери негативно сказывается на его последующем развитии. Задержка психического развития наблюдается у 62 % детей, воспитываемых в интернатных учреждениях. Поэтому одной из основных задач социально-демографической политики России в настоящее время является передача детей из государственных учреждений и неблагополучных семей на воспитание в замещающие семьи (ЗС). Пристальное внимание направлено на изучение адаптации детей-сирот в ЗС [2, 3].

Известно, что помещение ребенка в семью благоприятно отражается на его здоровье. Однако адаптация приемных детей в семье проходит не всегда благоприятно, нередки случаи возврата детей в дома ребенка, особенно вследствие низких показателей их здоровья [4, 5]. Наиболее охотно усыновляют и берут под опеку детей раннего возраста, на здоровье которых большое влияние оказывают перинатальные поражения центральной нервной системы (ППЦНС), отмечающиеся у 60-80 % детей [5, 6]. Особого внимания заслуживают последствия ППЦНС, которые, находясь в стадии субкомпенсации, зачастую остаются не диагностированными. Однако под влиянием психотравмирующих ситуаций у детей с ППЦНС происходит развитие пограничных психических расстройств [3, 7].

Это обуславливает необходимость изучения психического здоровья детей раннего возраста в период адаптации в ЗС, для разработки научно обоснованных рекомендаций по его оптимизации.

Цель исследования: изучить динамику психических расстройств и расстройств поведения у детей раннего возраста в первый год воспитания в ЗС.

Материалы и методы: объектом лонгитудинального когортного исследования явились 65 детей раннего возраста в период передачи в ЗС и через год воспитания в ЗС, 29 мальчиков и 36 девочек. Исследование проводилось путем клинического обследования детей, наблюдения за их поведением, анализа медицинской документации, оценки коэффициента психического развития ребенка (методика «ГНОМ» Г. В. Козловская и др., 2007) [8], опроса замещающих родителей с использованием разработанной нами структурированной клинико-статистической карты, включающей характеристики психопатологических симптомокомплексов, которые нашли отражение в классе V (F) МКБ-10 (выявлялись расстройства психического развития, невротические и соматоформные расстройства, эмоциональные расстройства и расстройства поведения, возникающие обычно

в детском и подростковом возрасте). Статистическая обработка материала осуществлялась с использованием программ MS Excel XP и Statistica 6.0.

Результаты и обсуждение: при обследовании детей в период передачи на воспитание в ЗС, пограничные психические расстройства и расстройства поведения были диагностированы в 72,31 % случаев. Моносиндромные формы психических отклонений встречались лишь у 16,92 % детей, в то время, как коморбидные состояния – у 55,39 %.

У 67,7 % детей выявлены расстройства психического развития (F80-89). Смешанные специфические расстройства психологического развития (F83) регистрировались у 56,93 %, характеризовались комплексным отставанием по нескольким линиям развития (задержка сенсорики, общей и мелкой моторики, эмоционально-волевых и познавательных функций, отставание в формировании навыков и социальных контактов), расстройства экспрессивной речи (F80.1) - 9,23 %, нарушения (задержки) моторного развития (F82) - 3,08 %.

Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства (F40-48) выявлялись у 60 % детей. Они были представлены: посттравматическим стрессовым расстройством (F43.1) - 1,54 % и расстройством адаптации с преобладанием нарушения других эмоций (F43.23) - 58,47 %, в клинической картине которого определялась тревожно-депрессивная симптоматика наряду с двигательной заторможенностью, замкнутостью, социальной отгороженностью, в сочетании с приступами страха, раздражения, плача, агрессии, патологически привычными действиями. У 3,08 % детей наблюдались ужасы во время сна (F51.4), у 1,54 % - транзиторные тики (F95.0).

Через год адаптации в ЗС у детей раннего возраста частота встречаемости психических расстройств и расстройств поведения не изменилась (72,31 % и 72,31 %). Однако произошли изменения частоты встречаемости отдельных форм нарушений. В 1/3 случаев (27,7 %) выявлялась коморбидность расстройств психического развития (F80-F89) с эмоциональными расстройствами и расстройствами поведения, возникающими обычно в детском и подростковом возрасте (F90-98), а в 6,16 % случаев – с невротическими, связанными со стрессом, и соматоформными расстройствами (F40-48).

Распространенность расстройств психического развития (F80-89) уменьшилась через год воспитания в ЗС с 67,7 % до 44,62 % ($p < 0,01$), преимущественно за счет снижения смешанных специфических расстройств психического развития (F83) (с 56,93 % до 33,85 %, $p < 0,01$). Уменьшилось количество детей с невротическими, связанными со стрессом, и соматоформными расстройствами (F40-48) с 60 % до 6,16 %, ($p < 0,0001$), за счет снижения частота нарушений адаптации, с преобладанием нарушений других эмоций (F43.23) (с 58,47 % до 0 %, $p < 0,0001$).

Однако, через год воспитания в ЗС эмоциональные расстройства и расстройства поведения, возникающие обычно в детском и подростковом возрасте (F90-F98), диагностировались в 36 раз чаще (1,54 % и 55,39 %, $p < 0,0001$). Они были представлены гиперкинетическим расстройством поведения (F90.1 – 0 % и 13,85 %, $p < 0,0001$), расстройством поведения, ограниченным рамками семьи (F91.0 – 0 % и 1,54 %), другими смешанными расстройствами поведения и эмоций (F92.8 – 0 % и 18,47 %, $p < 0,0001$), тревожным расстройством у детей, вызванным разлукой (F93.0 – 0 % и 12,31 %, $p < 0,005$), социальным тревожным расстройством в детском возрасте (F93.2 – 0 % и 9,23 %, $p < 0,05$),

расстройствами привязанностей (реактивного и расторможенного типов) (F94.1, F94.2 – 0 % и 6,16 %, $p < 0,05$).

Заключение: при передаче в ЗС у детей раннего возраста были наиболее распространены расстройства психического развития, невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства. Через год воспитания в ЗС, отмечалось снижение частоты выявляемости расстройств психического развития, преимущественно за счет снижения смешанных специфических расстройств психического развития. На фоне уменьшения невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств, у детей увеличились эмоциональные и поведенческие расстройства, расстройства социального функционирования.

Это позволяет сделать вывод о том, что негативное влияние биологических и социальных факторов, имеющих место в первые годы жизни ребенка (отягощенная наследственность, неблагоприятное течение беременности и родов, неправильное питание и уход, часто жестокое или безразличное отношение родителей в асоциальной семье, воспитание в доме ребенка, приводящие к социальной депривация) влечет за собой нарушенное течение онтогенеза. Создание благоприятных микросоциальных условий в ЗС, в связи с хорошими компенсаторными возможностями у детей раннего возраста, приводит к нивелированию симптоматики и снижению комплексности задержки психического развития в большинстве случаев.

Однако изменение привычных, пусть и неблагоприятных условий жизни в доме ребенка или асоциальной семье, при передаче в ЗС, является сильным психоэмоциональным потрясением для детей. У них сохраняется нарушенное поведение, обусловленное сложным взаимодействием биологического (резидуально-органической церебральной недостаточности) и социального факторов. Помещенный в новую микросоциальную среду ребенок испытывает страх, неуверенность, чувствует себя зависимым от внешних обстоятельств и незнакомых ему людей, в этих условиях формируется привязанность к новым родителям. Все это приводит к эмоционально-поведенческим расстройствам. Полученные данные определяют необходимость длительного комплексного медико-психолого-педагогического сопровождения ребенка раннего возраста в ЗС с участием психиатра.

Литература

1. Медико-социальные проблемы сиротства в современной России / В. Ю. Альбицкий, М. А. Позднякова, А. И. Ибрагимов, Т. А. Гасиловская // Актуальные проблемы социальной педиатрии: избранные очерки. Социальная педиатрия. Вып. 16. – М.: ПедиатрЪ, 2012. – С. 160-168.
2. Кочерова О. Ю., Филькина О. М., Антышева Е. Н. Особенности заболеваемости и физического развития детей, оставшихся без попечения родителей и воспитывающихся в разных социальных условиях // Вестник Ивановской медицинской академии. – 2016. – №2. – С. 16-19.
3. Ханова Н. А. Развитие, здоровье и медицинское обслуживание детей из замещающих семей: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.08 / Ханова Н. А. - Пермь, 2014. – 23 с.

4. Особенности состояния здоровья и пути совершенствования медицинского обеспечения воспитанников домов ребенка / О. М. Филькина, Е. А. Воробьева, Н. В. Долотова, О. Ю. Кочерова [и др.]. - Иваново: ОАО «Издательство «Иваново», 2010. – 240 с.
5. К диагностической дифференциации задержек психического развития в дошкольном возрасте / А. О. Дробинская, Е. В. Корень, Ю. В. Коваленко [и др.] // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2014. – № 2. – С. 8–14.
6. Детская и подростковая психиатрия. Клинические лекции для профессионалов / под ред. Ю. С. Шевченко. – М.: Медицинское информационное агентство. – 2011. – 925 с.
7. Возрастные особенности состояния здоровья детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью / О. Ю. Кочерова, О. М. Филькина, Н. Ю. Сотникова, А. В. Кудряшова, Н.В. Долотова // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2010. - №1 (39). – С. 41-45.
8. Козловская Г. В. Психодиагностический тест для оценки отклонений в психическом развитии детей раннего возраста / Г. В. Козловская, М. А. Калинина, А. В. Горюнова. – М., 2007. – 98 с.

З-Б. Ф. Арехова, м.н.с.; С. С. Семененко, заведующая отделением
вспомогательных репродуктивных технологий
ФГБУ Ивановский НИИ материнства и детства им. В. Н. Городкова Минздрава России,
г. Иваново, Россия
Научный руководитель: д.м.н., профессор О. М. Филькина

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ РОЖДЕНИИ У ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ ОТ ОДНОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЭКО

В настоящее время, вопрос о состоянии здоровья детей, родившихся в результате применения экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), остается открытым [1].

Детей, зачатых при помощи ЭКО, становится все больше, между тем влияние способа зачатия на здоровье и развитие детей остается недостаточно изученным [2]. В настоящее время широко применяется в программах вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) метод криоконсервации эмбрионов (ККЭ), с последующим переносом размороженных эмбрионов [3]. В последние годы роль метода ККЭ значительно возросла, появилась тенденция к переносу одного эмбриона, позволяющая избежать осложнений, ассоциированных с многоплодной беременностью. Несмотря на то, что количество детей, рожденных после переноса криоконсервированных эмбрионов, неуклонно растет, недостаточно проводилось исследований, оценивающих акушерские и перинатальные исходы, а также дальнейшее развитие новорожденных [4].

Цель исследования: дать сравнительную характеристику средних антропометрических показателей при рождении у детей, родившихся от одноплодной беременности после переноса ККЭ и переноса эмбрионов в цикле ЭКО без криоконсервации с учетом срока гестации.

Материалы и методы: исследование проводилось путем выкопировки данных из индивидуальных карт пациента при применении ВРТ (форма № 111-1/у-03), истории развития новорожденного (форма № 097/у), историй развития ребенка (форма № 112/у, форма № 003/у). Анализировали антропометрические показатели (масса тела, длина тела, окружность головы и грудной клетки). Для статистической обработки результатов использовались программы MS Excel XP и STATISTICA 6.0. При анализе антропометрических показателей вычислялись средняя арифметическая величина (M), среднее квадратичное отклонение (δ), ошибка средней арифметической (m), значимость различий между средними величинами в сравниваемых группах (p) вычислялась по критерию Стьюдента (t). В обследование были включены 239 детей: 1 группа 29 детей – дети, родившиеся от одноплодной беременности после ЭКО в результате криопереноса эмбрионов (КПЭ); 2 группа 210 детей – дети, родившиеся от одноплодной беременности после ЭКО путем переноса «свежих» эмбрионов.

Результаты и обсуждение: среди детей, родившихся от одноплодной беременности после КПЭ и переноса «свежих» эмбрионов, 93,1 % и 85,3 % соответственно, составили

дети со сроком гестации 37-42 недели, 6,9 % и 7,1 % соответственно – дети со сроком гестации 34-36 недель. Значимых различий выявлено не было.

Детей от одноплодной беременности после ЭКО в результате КПЭ менее 34 недель не встречалось, тогда как 5,7 % детей от одноплодной беременности после переноса эмбрионов в цикле ЭКО без криоконсервации родилось с гестационным возрастом 31-33 недели, 0,5 % – дети со сроком гестации 28-30 недель и 1,4 % – дети со сроком гестации 22-27 недели.

Проведен сравнительный анализ средних антропометрических показателей детей, родившихся от одноплодной беременности после КПЭ и переноса «свежих» эмбрионов, в зависимости от срока гестации.

Средний показатель массы тела при рождении у детей, родившихся от одноплодной беременности после КПЭ и переноса «свежих» эмбрионов, на сроке гестации 37-42 недели составил $3433,85 \pm 87,19$ г и $3212,4 \pm 34,34$ г соответственно ($p=0,05$). Средний показатель длины тела составил $52,51 \pm 0,46$ см и $51,4 \pm 0,17$ см соответственно ($p=0,05$). Средние показатели окружности головы и грудной клетки составили $35 \pm 0,2$ см и $34,4 \pm 0,11$ см; $34,4 \pm 0,28$ см и $32,4 \pm 0,15$ см соответственно ($p=0,02$ и $p=0,001$).

Средний показатель массы тела при рождении у детей, родившихся от одноплодной беременности после КПЭ и переноса «свежих» эмбрионов, на сроке гестации 34-36 недель составил 2615 ± 435 г и $2533,3 \pm 95,8$ г соответственно. Средний показатель длины тела составил 48,0 см и $46,5 \pm 0,43$ см соответственно ($p=0,002$). Средний показатель окружности головы составил $32,5 \pm 0,5$ см и $32,5 \pm 0,36$ см соответственно и средний показатель окружности грудной клетки составил 32,0 см и $30,4 \pm 0,57$ см соответственно ($p=0,01$). Показатели массы тела и окружности головы значимо не различались.

Выводы

1. Детей, родившихся от одноплодной беременности после КПЭ, со сроком гестации менее 34 недель не встречалось, тогда как детей, родившихся от одноплодной беременности после переноса эмбрионов в цикле ЭКО без криоконсервации в сроке гестации менее 34 недель, было 7,6%.
2. Средние антропометрические показатели детей, родившихся от одноплодной беременности после КПЭ достоверно выше по всем показателям на сроке гестации 37-42 недели. Средние антропометрические показатели детей, родившихся от одноплодной беременности после КПЭ также выше по всем показателям на сроке гестации 34-36 недель, но достоверно различались показатели длины тела и окружности грудной клетки.

Литература

1. Особенности социального и биологического анамнеза детей, родившихся от одноплодной беременности после экстракорпорального оплодотворения / Л. А. Пыхтина, Н. Д. Гаджимурадова, О. М. Филькина, А. И. Малышкина, С. Б. Назаров // Таврический медико-биологический вестник. – 2017. – Том 20, № 2. – С. 118–122.

2. Михеева Е. М., Пенкина Н. И. Здоровье детей, рожденных с использованием вспомогательных репродуктивных технологий // Практическая медицина. – 2014. – № 9 (85). – С. 47–51.
3. Кравчук Я. Н., Калугина А. С. Перинатальные исходы в программах ВРТ с использованием методов криоконсервации // Журнал акушерства и женских болезней. – 2013. – № 1. – С. 48–54.
4. Neonatal outcome of 937 children born after transfer of cryopreserved embryos obtained by ICSI and IVF and comparison with outcome data of fresh ICSI and IVF cycles / Belva F. [et al.] // Hum. Reprod. – 2008. – Vol. 23, № 10. – P. 2227–2238.

А. А. Артамонов¹, А. В. Астахова¹, аспиранты; С. В. Боголюбов^{1,2}, доцент

¹- Кафедра госпитальной хирургии с курсом урологии

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

² - ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии

Минздрава России, г. Москва, Россия

Научный руководитель: к.м.н., доцент С. В. Боголюбов

ЭЛЕКТРОННО-МИКРОСКОПИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В СПЕРМАТОЗОИДАХ У МУЖЧИН С ОЖИРЕНИЕМ

По данным ряда исследований в России, частота бесплодия в браке достигает 16 % и не отмечается тенденции к ее снижению. Всемирная организация здравоохранения утверждает, что если частота бесплодия в стране превышает 15 %, это становится не только медицинской, но и социально-демографической проблемой. По данным Научного центра акушерства и гинекологии Минздрава РФ, в России на сегодняшний день бесплодны 7-8 млн российских женщин и 3-4 млн мужчин. В структуре бесплодия до 45 % приходится на долю женщин и 40 % – на долю мужчин [1].

Одной из причин снижения мужской фертильности является ожирение. Установлено, что 1,9 млрд. человек в мире страдают избыточной массой тела, из них свыше 650 миллионов страдают ожирением. В 2016 году около 11 % взрослых мужчин планеты имели ожирение и 39 % – избыточную массу тела [2]. Известно, что ожирение негативно влияет на гормональный профиль мужчины, и ассоциировано с гипогонадизмом. Взаимосвязь между ожирением и показателями спермы по данным имеющихся исследований крайне противоречивы: по мнению одних авторов, ожирение влияет на параметры спермы, по мнению других – нет [3, 4].

Традиционное изучение показателей спермограммы является основным видом обследования мужчин при нарушениях фертильности. Но в последние годы все чаще в клинической практике используются дополнительные методы исследования сперматозоидов, которые позволяют изучить не только функциональные свойства сперматозоидов, определяющие их репродуктивный потенциал, но и ультраструктурные изменения, влияющие на оплодотворение и раннее эмбриональное развитие. К одному из таких методов относится количественное электронно-микроскопическое исследование сперматозоидов (ЭМИС), который позволяет оценить структуру и функции пенетрационного и двигательного аппарата сперматозоидов [5].

Цель исследования: изучить ультраструктурные изменения в сперматозоидах при ЭМИС у мужчин с ожирением.

Материалы и методы: в исследование были включены 50 мужчин, обратившихся в клинику по причине мужского бесплодия. Критериями исключения являлись: азооспермия, наличие генетических факторов мужского бесплодия, отсутствие результатов лабораторных исследований, варикоцеле, инфекции половой системы. Всем мужчинам было проведено физическое обследование, которое включало измерение роста и веса с расчетом ИМТ по формуле $ИМТ = \frac{вес (кг)}{рост (м^2)}$, УЗИ органов мошонки и предстательной железы.

Спермограмма выполнялась в соответствии с критериями ВОЗ 4-го пересмотра, образцы спермы получены путем мастурбации после 48-72 ч. воздержания [10]. Электронно-микроскопическое исследование сперматозоидов (ЭМИС), для оценки ультраструктурных нарушений выполнялось на базе института им. Белозерского МГУ им. М. В. Ломоносова (д.м.н. Брагина Е. Е.). Проводилось исследование сывороточного уровня гормонов: тестостерон, с расчетом свободного (Т.св.) и биодоступного (Т.биодост.) тестостерона, фолликулостимулирующий гормон (ФСГ), лютеинизирующий гормон (ЛГ), глобулин, связывающий половые гормоны (ГСВП). Мужчины были разделены на две группы в зависимости от значений ИМТ. Основную группу составили 16 мужчины (32%) с ожирением (ИМТ > 30 кг/м²) в возрасте 34,48± 5,68 года, длительность бесплодия составила 3,72 ± 2,94 года. Контрольную группу составили 34 мужчины с нормальной массой тела (ИМТ 18,5-24,99 кг/м²), средний возраст 34,33 ± 6,49 года, длительность бесплодия - 4,16 ± 3,36 года. Статистически значимых различий возраста и длительности бесплодия в исследуемых группах не выявлено.

Данные, полученные в результате исследования, были обработаны с использованием стандартных статистических программ Microsoft Excel-2003; SPSS. Данные в тексте и таблицах представлены в виде $M \pm \sigma$, где M - среднее арифметическое, σ - среднеквадратическое отклонение. Сравнение двух независимых групп по количественным признакам осуществлялось непараметрическим методом с использованием критерия Манна-Уитни и критерия X^2 . Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение: при сравнении показателей спермограммы в основной и контрольной группе статистически значимых различий выявлено не было. Однако надо отметить, что в основной группе олигоспермия встречалась чаще, чем в контрольной группе (21% и 16% соответственно).

Бесплодные мужчины с избыточным весом в 2 раза чаще имели гипогонадизм ($p=0,01$), средние показатели общего тестостерона и ГСПГ у них были значительно ниже, чем в контрольной группе ($p=0,001$ и $p=0,0001$ соответственно). Однако при анализе свободного и биодоступного тестостерона в обеих группах статистически значимых различий выявлено не было. Показатели ЛГ и ФСГ значительно не отличались.

При определении объема гонад существенных различий между группами выявлено не было. Средний объем левого яичка $16,3 \pm 5,9$ и $16,6 \pm 5$ см³; правого яичка $17,6 \pm 5,1$ и $17,3 \pm 5,8$ см³ соответственно у мужчин с ожирением и нормальной массой тела. Средний объем предстательной железы в основной группе мужчин равен $15,9 \pm 5,9$ см³, а в контрольной группе $13,5 \pm 4,4$ см³. Данное различие является статистически значимым ($p=0,034$), в связи с чем нами были оценены простатозависимые показатели спермограммы – вязкость спермы, время разжижения, однако эти показатели не имели статистических различий, таким образом, функциональный статус простаты у пациентов не различался.

При оценке ЭМИС было выявлено, что у мужчин с ожирением акросома уменьшенных размеров встречается достоверно чаще, чем у мужчин с нормальной массой тела ($p=0,046$). Кроме того, мужчины с ИМТ>30 кг/м² имели интактных головок у сперматозоидов меньше, чем в контрольной группе, но данный результат недостоверный: $p=0,061$. Другие параметры (количество сперматозоидов с среагировавшей акросомой,

неконденсированным хроматином, строение аксонемы) статистически значимых различий между исследуемыми группами не имеют (таблица 1).

Таблица 1 – Электронно-микроскопические показатели сперматозоидов у мужчин с ожирением и нормальной массой тел

Показатель		ИМТ>30 (n=16)	ИМТ=18.5-24.99 (n=34)	p
Среагировавшая акросома	>20% сперматозоидов	87,5	67,6	0,14
	Ср. знач. (%)	32,73 ± 16,46	30,43 ± 18,28	0,65
Акросома уменьшенная	>70% сперматозоидов	43,8	23,5	0,15
	>50% сперматозоидов	93,8	70,6	0,068
	Ср. знач. (%)	66,89 ± 12,68	57,62 ± 15,39	0,046
Неконденсированный хроматин	>30% сперматозоидов	50	44,1	0,70
	Ср. знач. (%)	30,09 ± 18,67	31,99 ± 23,57	0,98
Интактные головки	> 10%	6,3	30,3	0,061
	> 20%	0	3	0,49
	Ср.знач.(%)	4,86 ± 4,87	7,76 ± 6,1	0,068
Нормальное строение аксонемы	<70%	43,8	35,3	0,57
	Ср. знач. (%)	66,8 ± 18,14	69,62 ± 14,57	0,58

Акросома – это секреторный пузырек, содержащий протеолитические ферменты. Она формируется из пузырьков зоны Гольджи, начиная с ранних этапов спермиогенеза. Акросома расположена в виде шапочки на переднем полюсе ядра. Ферменты акросомы участвуют во взаимодействии сперматозоида и яйцеклетки и обеспечивают проникновение через zona pellucida [5]. Выявление в эякуляте повышенного содержания сперматозоидов с аномальной акросомой может быть одной из причин ненаступления беременности в браке. В ряде эпидемиологических исследований показано, что в супружеских парах, где мужчина имеет ИМТ >30 кг/м², увеличивается время до наступления беременности [6], и снижается частота наступления клинической беременности [7, 8].

Сперматозоиды с интактной головкой - это сперматозоиды, головка которых имеет нормальную форму с нормальной морфологией акросомы, конденсированным хроматином и отсутствием крупных вакуолей, занимающих более 1/3 площади ядра [5]. Данная патология может явиться причиной не только ненаступления беременности в браке, но и неудачными попытками при использовании вспомогательных репродуктивных технологий. Так, согласно данным последнего мета-анализа, который включил в себя результаты 11 исследований и 14372 циклов ЭКО, повышение ИМТ у мужчин ассоциировано со значительным снижением вероятности наступления беременности и коэффициента рождаемости в цикле ЭКО-ИКСИ [9].

Заключение

Стандартное исследование эякулята не выявило существенных различий между мужчинами с нормальной массой тела и ожирением. Однако при углубленном исследовании сперматозоидов с помощью ЭМИС пациенты с ИМТ > 30 кг/м² имели более выраженные и статистически значимые ультраструктурные изменения сперматозоидов, которые могут являться причинами мужского бесплодия.

Литература

1. Аполихин О. И., Москалева Н. Г., Комарова В. А. Современная демографическая ситуация и проблемы улучшения репродуктивного здоровья населения России. //Экспериментальная и клиническая урология. – 2015. – №4.
2. Информационный бюллетень ВОЗ, октябрь 2017.
3. MacDonald A. A., Herbison G. P., Showell M., Farquhar C. M. The impact of body mass index on semen parameters and reproductive hormones in human males: a systematic review with meta-analysis // Hum Reprod Update. – 2010 May-Jun. – 16(3): 293-311.
4. Chavarro J. E., Toth T. L., Wright D. L., Meeker J. D., Hauser R. Body mass index in relation to semen quality, sperm DNA integrity and serum reproductive hormone levels among men attending an infertility clinic // Fertil. Steril. – 2010 May 1. – 93 (7): 2222–2231.
5. Брагина Е. Е., Бочарова Е. Н. Количественное электронно-микроскопическое исследование сперматозоидов при диагностике мужского бесплодия// Андрология и генитальная хирургия. – 2014. – 15 (1): 41-50.
6. Bakos H. W., Henshaw R. C., Mitchell M., Lane M. Paternal body mass index is associated with decreased blastocyst development and reduced live birth rates following assisted reproductive technology // FertilSteril. 2011; 95 (5): 1700–1704.
7. Merhi Z. O., Keltz J., Zapantis A., Younger J., Berger D., Lieman H. J., et al. Male adiposity impairs clinical pregnancy rate by in vitro fertilization without affecting day 3 embryo quality// Obesity. – 2013. – 21 (8): 1608–1612.
8. Houfflyn S., Matthys C., Soubry A. Male Obesity: Epigenetic Origin and Effects in Sperm and Offspring //Curr. Mol. Biol Rep. – 2017. – 3 (4): 288-296.
9. Mushtaq R., Pundir J., Achilli C., Naji O., Khalaf Y., El-Toukhy T. Effect of male body mass index on assisted reproduction treatment outcome: an updated systematic review and meta-analysis // Reprod Biomed Online. –2018. – Apr; 36 (4): 459-471.

УДК: 616.36-002-071

С. Г. Артикова, Д. М. Каландаров, доценты;
З. А. Абдилхаева, Ж. М. Худайбердиев, ассистенты
Кафедра пропедевтики внутренних болезней
Кафедра подготовки врачей общей практики №2
Андижанский ГМИ, г. Андижан, Республика Узбекистан
Научный руководитель: к.м.н., доцент А. А. Сабилов

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕХАНИЧЕСКОГО ХОЛЕСТАЗА ПРИ ПАРАЗИТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ

Паразитарные заболевания (ПЗ) не имеют специфических клинических и лабораторных признаков, длительно протекают скрытно, обладают выраженным полиморфизмом, часто приводят к осложнениям и рецидивам, что значительно снижает возможность радикального хирургического лечения [2, 5].

В настоящее время много публикаций посвящено хирургическим осложнениям ПЗ печени - альвеококкоза, эхинококкоза и описторхоза [1, 8].

Проблемы диагностики и лечения синдрома механической желтухи, развивающейся на почве ПЗ печени (ПЗП), также остаются в центре внимания. Билиарная гипертензия при альвеококкозе наблюдается у 7,5-44,3 % пациентов; при эхинококкозе - у 6-23,8 %; при хроническом описторхозе у - 41,6 % больных [3, 4].

Диагностика альвеококкоза, эхинококкоза и их осложнений остается трудной задачей и в современных условиях. Ни один из существующих методов не является универсальным, поэтому обследования проводят комплексно, сочетая лабораторные и инструментальные, часто инвазивные и небезопасные методики [7, 9].

Ультразвуковая диагностика - общепризнанный метод диагностики заболеваний гепатобилиарной системы. Многие авторы рекомендуют использовать ультразвуковое исследование (УЗИ) как первичный источник получения информации о пациенте, метод скрининга в выявлении ПЗП и их хирургических осложнений [6].

Эхо семиотика ПЗП изучена и освещена достаточно хорошо. Однако вопросы ультразвуковой диагностики механической желтухи при ПЗП в литературе практически не отражены, не изучены особенности изображений механического холестаза паразитарной этиологии, не разработаны критерии дифференциальной диагностики обтурационной желтухи паразитарной природы. Все вышеперечисленное определило актуальность темы исследования и необходимость ее выполнения [1, 10].

Цель исследования: определение возможностей ультразвуковой диагностики механической холестаза при ПЗП.

Материалы и методы: возраст, пол, место жительства; данные протокола УЗИ печени. Объектом для исследования послужили 25 больных (мужчин и женщин) с паразитарными заболеваниями печени. Предметом исследования были УЗИ данные механического холестаза, у больных с ПЗП.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием стандартных функций пакета программ Statistica 6.0. Все полученные результаты клинико-лабораторных и других исследований заносились в специальные карты наблюдения. Цифровые данные были подвергнуты статистической обработке.

Результаты и обсуждение: наблюдалось 25 больных с паразитарными заболеваниями печени (11 мужчин, 6 женщин и 8 детей).

Исследуемые больные были разделены по следующим структурам:

По полу:

1-группа: мужчины (44 %);

2-группа: женщины (24 %);

3-группа: дети (32 %);

По формам паразитарных заболеваний печени:

- эхинококкоз,
- альвеококкоз,
- гельминтная инвазия печени;

По синдромам, выявленным при помощи УЗИ:

- нагноение кисты;
- механическая желтуха;
- портальная гипертензия;
- разрыв кисты с опорожнением в брюшную полость или полые органы (желудок, кишечник);
- печеночная недостаточность (совокупность симптомов, характеризующихся нарушением или угнетением функций печени вследствие повреждения ее ткани);
- обызвествление (отложение в тканях солей кальция, растворенных в крови и тканевых жидкостях) стенок кисты.

Проведенное исследование по изучению форм ПЗП, сопровождающихся механическим холестазом, показало, что у 44 % больных были выявлены признаки эхинококкоза печени, среди больных частота альвеококкоза составила 20%. Лишь у 36 % больных выявлены симптомы гельминтной инвазии печени.

Структура ПЗП выглядела следующим образом: у мужчин наибольший процент ПЗП, сопровождающихся механическим холестазом, наблюдался при эхинококкозе и альвеококкозе, соответственно в 56 % и 44 % случаев, гельминтная инвазия печени в этой группе не наблюдалась.

У женщин наибольший процент ПЗП, сопровождающихся механическим холестазом, наблюдался при эхинококкозе и альвеококкозе, соответственно в 50 % и 40 % случаев, гельминтная инвазия печени в этой группе наблюдалась лишь в 10 % случаев.

У детей наибольший процент ПЗП наблюдался при эхинококкозе и альвеококкозе, соответственно в 13 % и 10 % случаев, гельминтная инвазия печени в этом возрасте наблюдалась в 77 % случаев.

Частота УЗ-синдромов, при ПЗП, сопровождающихся механическим холестазом: нагноение кисты – в 16 %; механическая желтуха – в 40 %; портальная гипертензия – в 16 %; разрыв кисты с опорожнением в брюшную полость или полые органы (желудок, кишечник) – в 48 %; печеночная недостаточность (совокупность симптомов, характеризующихся

нарушением или угнетением функций печени вследствие повреждения ее ткани) – в 28 %; обызвествление (отложение в тканях солей кальция, растворенных в крови и тканевых жидкостях) стенок кисты – в 32 % случаев.

Заключение: пациентам с билиарной гипертензией рекомендуется проведение УЗИ для выявления ПЗП, оценки распространения паразитарного процесса, вовлечения в процесс кавальных и портальных ворот, окружающих органов и тканей, что является определяющим в тактике дальнейшего обследования, лечения и выбора адекватного оперативного вмешательства.

Литература

1. Абдол-Рахман, Х. С. Ультразвуковая диагностика эхинококкоза печени / Х. С. Абдол-Рахман, В. В. Митьков // Ультразвуковая диагностика. 1999. - № 4. С. 5-10.
2. Абушахманов, В. К. Описторхозные стриктуры дистального отдела общего желчного протока и большого дуоденального сосочка и их хирургическая коррекция: дис. . канд. мед. наук / В. К. Абушахманов. – Томск, 2000. – 201 с.
3. Белов, Г. Ф. Рецидивные формы описторхоза / Г. Ф. Белов, Е. И. Краснова, В. Г. Кузнецова // Медицинская паразитология. – 1994. – № 2. – С. 19-21.
4. Ветшев, П. С. Диагностический подход при обтурационной желтухе / П. С. Ветшев // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1998. – Т. 9, № 6 – С. 57-61.
5. Гальперин, Э. И. Механическая желтуха: состояние «мнимой стабильности», последствия «второго удара», принципы лечения / Э. И. Гальперин // Анналы хирургической гепатологии. 2011. – Т. 16, № 3. — С. 16-25.
6. Глумов, В. Я. Описторхоз // Вопрос эпидемиологии, патогенеза, патоморфологии, клиника, лечение: метод, рекомендации / В. Я. Глумов. – Ижевск, 1981. – С. 24.
7. Alveolar echinococcosis: correlation of imaging type with PNM stage and diameter lesions / J. Wang, Y. Xing, B. Ren et al. // Chin. Med. 2011. - Vol. 124.-P. 2824-2828.
8. Chazouilleres O. The variant forms of cholestatic diseases involving small bile ducts in adults / O. Chazouilleres // J. Hepatol. – 2000. – Vol. 32, suppl. 2. – P. 16-18.
9. Роль магнитно-резонансной томографии в комплексной диагностике гидатидозного эхинококкоза печени и выборе метода хирургического лечения / Е.С.Белышева, С.С. Харнас, Г.Х. Мусаев и др. // Анналы хирургии. – 2003. – № 3. – С. 40-45.
10. Рудаков, В. А. Хирургическое лечение альвеококкоза печени, осложненного механической желтухой / В. А. Рудаков, Т. Н. Охотина, О. В. Рудакова // Анналы хирургической гепатологии. – 1997. — Т. 2. – С. 58-59.

УДК: 616.711.5.6-616-001

С. Г. Артыкова, доцент;

М. М. Рахматова, Ж. М. Худайбердиев, З. А. Абдилхаева, ассистенты

Кафедра подготовки врачей общей практики №2

Кафедра пропедевтики врачей общей практики

Андижанский ГМИ, г. Андижан, Республика Узбекистан

Научный руководитель: к.м.н., доцент Ш. К. Фазылов

ИЗУЧЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ НЕСТАБИЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА У БОЛЬНЫХ С ТРАВМАМИ ПОЗВОНОЧНИКА

Проблема лечения больных с повреждениями позвоночника требует своего дальнейшего изучения. Это определяется увеличением количества больных с повреждениями позвоночника в структуре общей травмы опорно-двигательной системы, преобладанием среди пострадавших лиц трудоспособного возраста, большими сроками лечения и наличием ошибок и осложнений [1, 5].

Цель исследования: изучить некоторых особенностей нестабильных повреждений грудного и поясничного отделов позвоночника (НПГПОП) у больных с разными травмами позвоночника.

Материалы и методы: объектом для исследования послужили 54 больных (36 мужчин и 18 женщин в возрасте от 14 до 68 лет) с различными травмами грудного и поясничного отдела позвоночника. Работа основана на анализе результатов лечения НПГПОП у больных за период с 2016 по 2017 годы.

Исследуемые больные были разделены по следующим структурам:

По возрастным аспектам:

- 1-группа: 16-25 лет – 15 (27,8 %);
- 2-группа: 26-40 лет - 29 (53,7 %);
- 3-группа: 40-55 лет – 15 (27,8 %);
- 4-группа: 55-60 лет и более – 4 (7,4 %).

Результаты и обсуждение: 18 больных были госпитализированы для хирургического лечения в клинику сразу после получения травмы. 24 пациента переводились для хирургического лечения из других лечебных учреждений Ферганской долины в экстренном порядке (в основном из филиала РНЦЭМП). 6 человек до госпитализации в клинику получали неэффективное консервативное лечение. У 2 пациентов повреждения позвоночника были диагностированы несвоевременно в связи с наличием множественной или сочетанной травмы. 8 человек были оперированы ранее по поводу повреждений позвоночника, однако полученные результаты лечения были неудовлетворительными.

У 35 человек повреждение локализовалось в одном позвоночном двигательном сегменте (ПДС). У 17 больного были травмированы 2 ПДС. Повреждение трех сегментов имел один больной. 20 больных имели компрессионные переломы (по классификации F. Denis), проникающего характера, с деформацией вентральной колонны более чем на 35 %

(по J. Munford) У 19 человек были оскольчатые переломы. 14 больных имели переломовывихи. Нестабильные переломы тел позвонков без разрушения структур задней остеолигаментарной колонны (тип В по F. Denis) имелись у 30 больных. Повреждения тел позвонков в сочетании с разрушением костных элементов задней колонны, подвывихами или вывихами вышележащего позвонка (тип С) имелись у 23 больных.

У 15 больных травма позвоночника сопровождалась неврологическим дефицитом различной степени тяжести. Посттравматическая радикулопатия отмечалась у 4 человек. Более грубые неврологические осложнения в виде нижнего парапареза с дисфункцией тазовых органов или без тазовых нарушений имели 6 больных. Нижняя параплегия была у 2 пациентов. 5 из 15 больных с НПППОП были отнесены нами в группу А по шкале Frenkel. Еще 2 пациентов – в группу В по Frenkel. 4 больных отнесены в группу С, и 4 пациентов - в группу D по шкале Frenkel. По данным КТ или (и) МРТ, у пациентов с неврологическими нарушениями передняя и переднебоковая форма вертебро-медулярного конфликта с сужением позвоночного канала на 25 – 80 % имела в 7 случаях. Тотальная форма вертебро-медулярного конфликта со стенозом канала на 60 – 80 % была у 3 больных.

Пациенты первой группы (8 человек) до операции находились на постельном режиме, предъявляли жалобы на боль в области повреждения позвоночника, усиливающуюся при движениях. 3 человек с НПППОП имели неврологические нарушения. У 1 пациента была нижняя параплегия с нарушением функции тазовых органов по типу задержки и анестезией с уровня повреждения - группа А по шкале Frenkel. Односторонняя нижняя моноплегия и грубый нижний монопарез на противоположной нижней конечности с нарушением функции тазовых органов - группа В по шкале Frenkel - имели 1 больных. У 1 человек был ограниченный неврологический дефицит (группа D) в виде травматических радикулопатий на уровне повреждения. Средняя величина посттравматического локального кифоза у больных первой группы составляла 20,4 градуса. Вертикальный размер вентрального отдела травмированных сегментов был снижен в среднем до 62,5 % (по Munford J., 1993).

Больные второй группы (25 человека) также до операции находились на постельном режиме. 13 человек предъявляли жалобы на незначительные боли в области травмированных позвонков. Нижняя параплегия с сохранением глубокой чувствительности и нарушением функции тазовых органов - группа В по шкале Frenkel – имела у 1 больного. 1 человек имел неврологические нарушения в виде нижнего парапареза, классифицируемые нами в группу С по шкале Frenkel. У 1 человека был ограниченный неврологический дефицит (группа D) в виде корешковых синдромов на уровне повреждения. Основные исходные спондилометрические показатели травмированных ПДС у больных второй группы были близки к показателям предыдущей группы.

Среди пациентов третьей группы (9 человека) 3 больных, получивших травму более 2 месяцев назад, без неврологических нарушений, на момент госпитализации в клинику были активизированы, использовали разгрузочные корсеты и передвигались самостоятельно. Средняя величина посттравматического локального кифоза у больных третьей группы составляла 18,5 градусов. Вертикальный размер передней остеолигаментарной колонны был снижен до 59,34 %. Дислокация краниального позвонка травмированных ПДС у 4 больных составляла 21,23 %.

Пациенты четвертой группы (8 человек), госпитализированные в клинику в сроки от 3-х до 6-ти месяцев с момента травмы, были полностью активизированы, за исключением 1 больного с ПСМТ, имевшего посттравматический неврологический дефицит категории А по шкале Frenkel. 2 человека предъявляли жалобы на боль в области травмированных позвонков средней интенсивности, усиливающуюся при физических нагрузках, отрицательную динамику своего состояния с момента активизации и прогрессирующую посттравматическую деформацию позвоночника, подтверждаемую результатами рентгенографии. У 1 больного, отнесенного в категорию С по Frenkel, имел место нижний парапарез с умеренно выраженными нарушениями функции тазовых органов. Дислокация позвонков травмированных ПДС в аксиальной плоскости у 7 больных составляла в среднем 16 %.

Больные пятой группы (4 человек) были активизированы и передвигались самостоятельно за исключением одного пациента с нижней параплегией, классифицированной в категорию А по Frenkel. При этом у 3 активизированных пациентов, несмотря на использование разгрузочных корсетов, имела место прогрессирующая посттравматическая деформация позвоночника на уровне поврежденных ПДС с выраженным болевым синдромом. 1 больного имела нижний парапарез с умеренно выраженным нарушением функции тазовых органов (группа С по шкале Frenkel). У одного из четверых пациентов пятой группы, имевших неврологические нарушения, отмечалось улучшение неврологического статуса, соответствующее 1-2 степеням шкалы Frenkel в результате проводимого консервативного лечения. Средняя величина локального кифоза травмированных ПДС у больных 5 группы составляла 29,2 (33,4 С-Пб) градуса. Вертикальный размер травмированных сегментов был уменьшен до 51,1 %. Дислокация в аксиальной плоскости у 8 больных достигала 27,3 %.

Заключение: деформации травмируемых ПДС в первых трех группах практически не отличались. Только у больных четвертой и пятой групп имела четкая тенденция к увеличению деформаций с течением времени. В дальнейшем характер и величина травматической деформации позвоночника, срок с момента травмы во многом определяли этапность и план хирургического лечения в клинике.

Литература

1. Абдухалилов А. К. Комплексное лечение осложненных повреждений грудного и поясничного отделов позвоночника и их последствий / А. К. Абдухалилов, Н. М. Курбанов, Ф. Н. Ташлонов // Проблемы хирургии позвоночника и спинного мозга: Тезисы Всероссийской научно-практической конференции. – Новосибирск, 2002. – С. 15-16.
2. Булахтин Ю. А. Хирургическое лечение переломов позвоночника в условиях госпиталя./ Ю. А. Булахтин// Современные медицинские технологии и перспективы развития военной травматологии и ортопедии. Материалы конгресса. – СПб., 2000. – С. 90.
3. Ветрилэ С. Т. Остаточная стабильность краниовертебрального сегмента при его различных повреждениях/ С. Т. Ветрилэ, С. В. Колесов, Н. С. Гаврюшенко// Вестник травматологии и ортопедии имени Н. Н. Приорова. – 2002. – №1. – С. 25-29.

4. Колесников Ю. П. Исходы лечения неосложненной вертебральной травмы / Ю. П. Колесников, А. И. Свиридов, Г. Б. Борисов, А. В. Панков // Материалы конгресса «Человек и его здоровье». – СПб., 2001. – С. 165.
5. Проценко А. И. Биокпозиционные гап-материалы при стабилизации позвоночника после расширенных резекций тел позвонков / А. И. Проценко, В. Г. Германов, К. В. Никурадзе // Актуальные проблемы травматологии и ортопедии: Материалы научной конференции в рамках международного форума «Человек и травма». – Нижний Новгород, 2001. – №1. – С. 280–281.
6. Ильин А. А. Биомеханические принципы использования фиксаторов с саморегулирующейся компрессией для лечения травм и заболеваний позвоночника / А. А. Ильин, М. Ю. Колеров / Материалы конгресса «Человек и его здоровье». – СПб, 2001. – С. 181.
7. Кандыбо А. А. Диагностический алгоритм нестабильных повреждений грудного и поясничного отделов позвоночника / А. А. Кандыбо, И. А. Ильясевич // Тезисы докладов VII съезда травматологов-ортопедов России. – Новосибирск, 2002. – Т. 1. – С. 82–83.
8. Рождественский А. С. Вариант введения транспедикулярных винтов в нижнегрудном и поясничном отделах позвоночника / А. С. Рождественский, В. Д. Усиков, И. Д. Широченко // Тезисы докладов VII съезда травматологов–ортопедов России. – Новосибирск, 2002. – Т.1. – С. 106–107.
9. Сагадеев Р. Р. Оперативное лечение переломов груднопоясничного отдела позвоночника с применением транспедикулярной системы / Р. Р. Сагадеев, И. Р. Мустафин, М. Я. Сабаев // Актуальные вопросы ортопедии, травматологии и нейрохирургии: Материалы итоговой научно-практической конференции 23–24 октября 2003 г. – Казань, 2003. – С.193–195.
10. Перльмуттер О. А. Хирургическое лечение повреждений позвоночника с применением внутренних стабилизирующих систем / О. А. Перльмуттер, А. К. Истрелов, П. В. Лобанкин // Тезисы докладов VII съезда травматологов-ортопедов России. – Новосибирск, 2002. – Т. 1. – С. 98–99.

К. С. Аслаханова, М. М. Имадаева, студенты; С. А. Воробьев, доцент
Кафедра факультетской терапии
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Научный руководитель: к.м.н., доцент С. А. Воробьев

ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ ГЕМОСТАЗА В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

В современном мире большинство экстренных ситуаций в медицине связано с тромбозами либо геморрагиями, т.е. сложными нарушениями (иногда фатальными) в системе гемостаза. Такие заболевания как атеросклероз, инфаркт миокарда, тромбоэмболия легочной артерии, сахарный диабет, гемофилии, дисфункциональные маточные кровотечения напрямую связаны с патологией системы свертывания крови. В этих условиях знание современным врачом основ диагностики нарушений гемостаза представляется чрезвычайно важным.

Цель исследования: краткое обобщение современных данных о диагностике нарушений гемостаза.

Традиционно нарушения свертывания крови разделяют на патологию сосудисто-тромбоцитарного гемостаза и плазменного (коагуляционного) гемостаза. Помимо этого принято выделять нарушения фибринолиза и системы антикоагулянтов. Лабораторная диагностика, учитывая физиологию гемостаза, строится на оценке *сосудисто-тромбоцитарного гемостаза* (тромбоциты и их функция), *плазменного звена гемостаза* (АЧТВ, протромбиновое время, тромбиновое время, фибриноген), *физиологических антикоагулянтов* (антитромбин III, протеины С и S), *системы фибринолиза* (тесты на спонтанный фибринолиз, лизис эуглобулинового сгустка, Хагеман-зависимый фибринолиз, концентрация плазминогена) и тестов на активацию внутрисосудистого свертывания крови (Д-димер, РФМК – растворимые фибрин-мономерные комплексы). Таким образом, в стандартную гемостазиограмму должно, как минимум, входить определение тромбоцитов, индуцированной агрегации тромбоцитов, АЧТВ, протромбинового времени, тромбинового времени, фибриногена, антитромбина III, РФМК, спонтанного фибринолиза или плазминогена. Это, к сожалению, не всегда совпадает с возможностями клинической практики. Интерпретация коагулограммы упрощается при точном знании смысла каждого отдельного теста.

Так, определение *количества тромбоцитов* является принципиальным для диагностики тромбоцитопатий и тромбоцитопений, т.е. для оценки сосудисто-тромбоцитарного гемостаза. Количество тромбоцитов и их объем в настоящее время определяются автоматически на гематологическом анализаторе. Современные анализаторы дают информацию о выходе количества тромбоцитов за референтные пределы, наличии агрегатов тромбоцитов, макротромбоцитов или других элементов. Для оценки функции тромбоцитов исследуют *индуцированную агрегацию тромбоцитов* с использованием АТФ, адреналина, коллагена, ристоцитина. Комбинации нарушений тех или иных функциональных

свойств тромбоцитов, позволяют уточнить нозологическую принадлежность тромбоцитопатии.

Базовыми тестами для оценки плазменного звена гемостаза являются *активированное парциальное (частичное) тромбoplastиновое время (АЧТВ)* и *протромбиновое время (ПВ)*. АЧТВ используется для оценки внутреннего каскада свертывания крови, контроля за антикоагулянтным действием гепаринов, скрининговой диагностики волчаночного антикоагулянта. *Укорочение* АЧТВ наблюдается при активации внутреннего механизма свертывания при тромбозах, тромбоэмболиях, стадии гиперкоагуляции ДВС-синдрома. *Удлинение* АЧТВ отмечается при дефиците факторов внутреннего пути свертывания крови, дефиците фактора Виллебранда; ДВС-синдроме (в фазе гипокоагуляции); наличии волчаночного антикоагулянта.

Протромбиновое время (ПВ) используется для оценки внешнего пути свертывания крови, определения активности фактора VII, контроля за лечением непрямыми антикоагулянтами. Укорочение протромбинового времени происходит при различных видах активации внутрисосудистого свертывания крови, а удлинение при приеме антикоагулянтов непрямого действия, болезни печени и желчевыводящей системы.

Тромбиновое время (ТВ) характеризует превращение фибриногена в фибрин под действием тромбина, на него влияет концентрация фибриногена в плазме и наличие продуктов деградации фибрина. *Укорочение* происходит при гиперфибриногенемии, гиперкоагуляционной фазе острого и подострого ДВС-синдрома. *Удлинение* отмечается при терапии нефракционированным гепарином, гипофибриногенемии, при остром ДВС-синдроме и др.

Определение *концентрация фибриногена в плазме* также является базисным тестом исследования гемостаза. *Снижение* концентрации фибриногена наблюдается при остром ДВС-синдроме; дисфибриногенемии. *Повышение* концентрации фибриногена происходит при инфекционных, воспалительных и аутоиммунных процессах; подостром и хроническом ДВС-синдроме. Важно помнить, что повышение фибриногена отмечается при нормально протекающей беременности.

Антитромбин III (АТ) является основным физиологическим антикоагулянтом. Для его активации необходим гепарин. Большинство тестов по определению антитромбина являются хромогенными, т.е. в процессе теста расщепляется субстрат, в результате чего образуется окрашенный продукт, количество которого напрямую зависит от исходной активности антитромбина III. *Снижение активности* АТ наблюдается при заболеваниях печени, нефротическом синдроме, онкологических заболеваниях легких, ДВС-синдром, множественной травме, поздних гестозах. *Увеличение активности* АТ определяется при остром вирусном гепатите, холестазах.

Система протеина С и S, также относится к антикоагулянтному звену гемостаза. *Повышение* протеина С отмечается во время беременности. *Снижение* его характерно для врожденного дефицита и аномалий структуры, заболеваний печени, нефротического синдрома, острой дыхательной недостаточности. *Протеин S* является кофактором активированного протеина С. *Уменьшение содержания* (активности) протеина S отмечается при заболеваниях печени, ДВС-синдроме, нефротическом синдроме, системной красной волчанке.

Система фибринолиза оценивается сложно и, к сожалению, не полностью. Чаще других используют определение *времени лизиса эуглобулинового сгустка* и определение концентрации *плазминогена* (%). *Время лизиса эуглобулинового сгустка* — это время *спонтанного* лизиса сгустка, образующегося из эуглобулиновой фракции бестромбоцитной плазмы при добавлении к ней раствора хлорида кальция. *Укорочение времени лизиса* (активация фибринолиза) происходит при гипо- и дисфибриногенемии. *Увеличение времени лизиса* (угнетение фибринолиза) наблюдается при состояниях с гиперфибриногенемией (крупозная пневмония, системные заболевания соединительной ткани и др.). Определение *плазминогена* используют для диагностики ДВС-синдрома и тромбофилий; выявления нарушений фибринолиза; контроля лечения фибринолитическими препаратами при тромбозах, тромбоемболиях, инфарктах. *Увеличение содержания плазминогена и его активаторов* наблюдается при панкреатитах, метастазирующем раке предстательной железы, яичников; метастазы меланомы; гиперкатехоламинемия (стресс, тиреотоксикоз, гипертонический криз), терминальные и другие состояния, сопровождающиеся развитием ДВС-синдрома; цирроз печени. *Дефицит плазминогена (чаще тканевого активатора плазминогена)* отмечается при рецидивирующих венозных тромбозах; системных васкулитах, сепсисе, нефротическом синдроме.

Для характеристики *интенсивности внутрисосудистого свертывания крови* используют определение *растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК)* и *D-димеров*. *Повышение РФМК* регистрируется при ДВС-синдроме, тромбозе глубоких вен, эмболии легочной артерии. *D-димеры* — специфические продукты деградации фибрина, входящие в состав тромба. Наличие в крови D-димеров показатель слишком активного фибринолиза и процесса тромбообразования в организме, но не позволяет судить о локализации тромба. *Повышение уровня D-димеров в крови* определяется при возникновении венозных тромбозов, атеротромбозе, тромбоемболии легочной артерии, ДВС-синдроме.

Выводы: коагулограмма (гемостазиограмма) является рутинным тестом в современной клинической практике. Детальное знание тестов для диагностики патологии системы свертывания крови необходимо для ведения пациентов самого широкого терапевтического и хирургического профилей.

Литература

1. Гемостазиологический контроль при беременности / Медяникова И. В. // Клиницист. — 2014. — № 1. — С. 47-52.
2. Интегральные лабораторные тесты гемостаза в диагностике гиперкоагуляции и оценки риска тромбоза / Липец Е. Н., Атауллаханов Ф. И., Пантелеев М. А. — Онкогематология. — 2015. — Т. 10, № 3. — С. 73-91.
3. Информативность «глобальных» тестов в оценке функционального состояния системы гемостаза здоровых женщин / Каиров Г. Т., Тютрин И. И., Удут В. В., Клименкова В. Ф. / Тромбоз, гемостаз и реология. — 2016. — №S3 (67). — С. 184-185.
4. Как построить программу лабораторного обследования больного с нарушениями в свертывании крови / Вавилова Т. В. // Атеротромбоз. — 2017. — № 2. — С. 95-108.

5. Лабораторная диагностика нарушений системы гемостаза – скрининговые тесты / Добровольский А. Б., Титаева Е. В. // Российский кардиологический журнал. – 2015. – Т. 20, № 3. – С. 52-57.
6. Лабораторная диагностика нарушений в системе гемостаза у кардиохирургических больных / Гончарова Е. И. // Тромбоз, гемостаз и реология. – 2016. – № S3 (67). – С. 128-129.
7. Оценка функционального состояния системы гемостаза / Глинкин Е. И., Одинокова А. А. // Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки. – 2016. – Т. 21, № 6. – С. 2333-2339.
8. Патология системы гемостаза /Литвицкий П. Ф. // Вопросы современной педиатрии. – 2014. – Т. 13, № 2. – С. 65-76.
9. Применение теста генерации тромбина для оценки гемостатического потенциала у пациентов, подвергшихся коронарному шунтированию / Груздева О. В., Учасова Е. Г., Фанаскова Е. В., Пенская Т. Ю., Кузьмина А. А., Плотников Г. П. // Клинико-лабораторный консилиум. – 2014. – № 3-4 (50). – С. 72-76.
10. Система гемостаза и атерогенез / Громов А. А., Кручинина М. В., Шварц Я. Ш., Кручинин В. Н., Рыхлицкий С. В. // Атеросклероз. – 2016. – Т. 12, № 3. – С. 39-60.
11. Современные аспекты лабораторной диагностики нарушений системы гемостаза при проведении коронарного шунтирования / Груздева О. В., Фанаскова Е. В., Акбашева О. Е., Учасова Е. Г., Пенская Т. Ю., Кузьмина А. А., Дылева Ю. А., Кривошапова Л. А., Егорова Л. А. / Практическая медицина. – 2016. – № 9 (101). – С. 84-89.
12. Современные методы оценки состояния системы гемостаза в акушерстве / Курманбаев Т. Е., Яковлев Н. В., Хасанов А. А., Мустафин И. Г., Набиуллина Р. М. //Аспирантский вестник Поволжья. – 2016. – № 5-6. – С. 68-73.
13. Современные подходы в лабораторной диагностике тромбоцитарного гемостаза / Полохов Д. М., Пантелеев М. А. // Гематология. Трансфузиология. Восточная Европа. – 2016. – № 2 (5). – С. 270-290.
14. Тромбоэластометрия – метод лабораторной диагностики нарушений системы гемостаза / Стоменская И. С., Кострова О. Ю., Стручко Г. Ю., Тимофеева Н. Ю. // Медицинский альманах. – 2017. – № 2 (47). – С. 96-98.

УДК 616.728.3-089.28/.29

Е. О. Бакулева¹, студентка; Е. А. Ступникова^{1,2}, доцент

¹ - Кафедра анатомии

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

² - ФГБУ ФКЦ ВМТ ФМБА России, г. Химки, Россия

Научный руководитель: к.м.н., доцент Е. А. Ступникова

ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Патология суставов занимает важное место в медицине. Эта проблема является особенно актуальной на сегодняшний день, т.к. большинство жителей нашей страны, в возрасте от 55 лет, страдают заболеваниями коленного сустава, и с каждым годом их количество растет. На базе ФГБУ ФКЦ ВМТ ФМБА России, г. Химки, Россия, в течение трех лет, с 2014 по 2016 годы проведено 73 хирургических операций по замене коленного сустава искусственным протезом. В 2014 году было проведено 9 операций по замене коленного сустава - протезом, в 2015 году количество таких операций увеличилось до 18, в 2016 году цифра выросла до 46.

Цель исследования: изучить метод оперативного вмешательства «Эндопротезирование коленного сустава» и его применение для восстановления двигательной активности больных с нарушением опорно-двигательного аппарата.

Части протеза:

- Бедренный (верхний) компонент состоит из одной металлической части, которая чаще всего изготавливается из кобальт-хром-молибденового.
- Большеберцовый (нижний) компонент состоит из двух частей: металлической (сталь, кобальт-хром-молибденовый или титановый сплав) и вкладыша из высокомолекулярного полиэтилена.

Для фиксации компонентов эндопротеза используется костный цемент.

Показания к эндопротезированию: заболевания колена, травмы, врожденные аномалии, когда функция колена почти или полностью утрачена.

Длительность операции составляет 1-3 часа. Во время оперативного вмешательства медицинский персонал должен следить за соблюдением правил асептики, т.к. любое нарушение стерильности грозит нагноением раны, и разрушением костей сустава. Оперирующая бригада периодически вакумирует операционную рану, промывает раствором с водным хлоргекседином. Операция проводится в положении больного лежа на спине, на ортопедическом операционном столе под эпидуральной анестезией или под эндотрахеальным наркозом.

Эндопротезирование может выполняться с применением гемостатического жгута (пневматического турникета) или без него в зависимости от наличия сопутствующей сосудистой патологии и состояния мягких тканей на бедре в зоне применения жгута (турникета).

Доступ к суставу.

Разрез кожи и подкожной клетчатки срединнопродольный или слегка медиальный. Разрез капсулы сустава – продольный или слегка изогнутый, начиная примерно на 5 см выше надколенника и далее, примерно на 4 см ниже верхушки бугристости большеберцовой кости.

Осуществляется мобилизация мягких тканей, одновременно удаляют все краевые остеофиты при помощи долота и молотка.

Рассекаются мягкие ткани так, чтобы полностью открылось сухожилие четырехглавой мышцы и связка надколенника. Надколенник вывихивается наружу.

Медиальные ткани частично мобилизуются по ходу хирургического доступа, иссекаются остеофиты, мениски, фрагменты капсулы. После рассечения передней крестообразной связки можно полностью открыть проксимальный отдел большеберцовой кости путем плавного отодвигания капсульно-связочного комплекса, а затем, выворачивая большеберцовую кость наружу, тиббиальное плато выводится в рану.

После мобилизации мышечков и коррекции деформации голень сгибается до острого угла. Далее обрабатывается бедренная кость, затем большеберцовая в последнюю очередь – надколенник.

Основной этап.

В центре межмышечкового углубления на дистальной поверхности бедра сверлом вскрывается костномозговой канал бедренной кости, при этом входное отверстие располагается примерно на 1 см впереди от места прикрепления задней крестообразной связки.

Устанавливаются направляющий и стандартная резекционная платформа, для резекции дистальной части бедренной кости. Они должны быть установлены в зоне наиболее выступающего отдела передней поверхности надмышечковой зоны бедренной кости (ближе к наружному надмышечку). При помощи серпа хирург оценивает правильность установленной резекционной платформы, и затем фиксирует ее при помощи шпилек. Происходит обработка бедренной кости.

Затем шпильки, стандартная резекционная платформа, и направляющий удаляются. Устанавливается переднезадний интрамедуллярный бедренный измеритель до касания к задним отделам мышечков бедренной кости плоскими ножками. Благодаря ему, хирург может измерить бедренную суставную поверхность, и подобрать подходящего размера бедренную резекционную платформу.

Рассверливаются с помощью направляющих шпилек, установленных в отверстия, подходящие для соответствующей стороны (левая/правая) отверстия по одному с латеральной и медиальной сторон. Эти отверстия будут использоваться для установки бедренной резекционной платформы.

Устанавливают бедренную резекционную платформу, ее крепят шпильками по бокам. Она ляжет на резекционную поверхность передней и дистальной частей бедренной кости, отцентрируется медиолатерально, определяя последующее положение бедренного компонента.

Под защитой мягких тканей ретракторами с помощью осциллирующей пилы последовательно выполняются опилы бедренной кости. Удаляют шпильки, резекционную платформу при помощи бедренного экстрактора.

Срез большеберцовой кости, обеспечивает правильный задний уклон и ротацию. Большеберцовая кость оттягивается кпереди большеберцовым ретрактором. Коллатеральные связки защищаются крючками. Применяют экстрамедуллярный направитель.

Экстрамедуллярный направитель регулируется по длине большеберцовой кости пациента. К экстрамедуллярному направителю в проксимальной части присоединяется резекционная головка (рисунок 1).

Дистальный конец экстрамедуллярного направителя располагается по центру голеностопного сустава и фиксируется к голени ремешком или пружиной. Истинный центр голеностопного сустава расположен на 5–10 мм медиальнее середины межлодыжечной линии. Проксимальная часть резекционной головки располагается выше бугристости большеберцовой кости и отцентрировывается медиолатерально по центру и краям тибияльного плато.

Дугообразный измеритель (лекало) устанавливается в прорезь резекционной головки, демонстрирующую глубину резекции. Экстрамедуллярный направитель в сагиттальной плоскости ориентируется параллельно механической оси голени. После установки положения, резекционная головка фиксируется шпильками с латеральной и медиальной стороны, убирают дугообразный измеритель.

После этого выполняется срез проксимальной части большеберцовой кости лезвием пилы.

Инструментарий для интрамедуллярной ориентировки измерительного блока крепится на большеберцовой кости. Первоначально, измерительный блок, соответствующего размера, крепится к большеберцовой кости шпильками. Затем на его поверхность накладывается клиновидный блок, который позволяет моделировать костное ложе в зоне спила большеберцовой кости. При помощи рашпиля и молотка обрабатывается большеберцовая кость на нужную глубину.

Далее используется примерочный большеберцовый компонент подходящего размера.

Затем устанавливается подходящий пробный бедренный компонент и примерочная суставная поверхность нужной высоты. На тибияльный примерочный компонент, ставят примерочный вкладыш соответствующего размера.

В бедренном компоненте рассверливают два отверстия, для установки бедренной части протеза. Надколенник обрабатывают при помощи маленькой пилки. При сгибании и

Рисунок 1 - Установка резекционной головки экстрамедуллярного



разгибании оценивается правильность балансировки мягких тканей, проверяется амплитуда движений и стабильность связок. Если все устраивает хирурга, примерочные компоненты удаляют.

Удалить примерочный бедренный компонент можно с помощью скользящего бедренного экстрактора. Рассверливаемое отверстие в бедренной кости, забивают костяками. После выбора имплантатов проверяется совпадение маркировки всех компонентов.

Цементирование или установка эндопротеза начинается с имплантации большеберцового компонента, затем бедренного. Излишки костного цемента удаляются. Для установки суставной поверхности на большеберцовое плато используется специальный установщик. Вкладыш помещается на суставную поверхность тибияльного плато.

Крючок установщика вставляется в соответствующий вкладыш. Он удерживается сверху пальцами и при сдавливании браншей установщика вправляется внутрь вкладыша и большеберцового компонента.

Хирург держит ногу в разогнутом состоянии до застывания цемента (5-7 мин).

Завершающий этап.

После установки протеза, проводят ревизию рану, ставят дренаж, и послойно ушивают операционную рану.

Заключение: протезирование является основным методом восстановления функции коленного сустава. У пациентов после операции наблюдалось исчезновение болевых ощущений в коленном суставе, улучшение физического самочувствия, к больным возвратилась двигательная активность. При нормальных физических нагрузках и отсутствии чрезмерных перегрузок на коленный сустав, функционирование протеза может сохраняться в течение 20 лет.

Литература

1. Травматология и ортопедия: учебник / Под ред. Н. В. Корнилова. – 3-е изд., доп. и перераб. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
2. Заболотных И. И. Болезни суставов. – СпецЛит: Москва, 2009.
3. Ревизионное эндопротезирование коленного сустава. Под ред. Д. Дж. Джакофски, Э. К. Хедли; Пер. с англ.; Под ред. Н. В. Загороднего. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.
4. Оперативная ортопедия по Кемпбеллу. Кэнел С. Т., Бити Дж. Х., Азар Ф. М.; Пер. с англ.; Под ред. Н. В. Загороднего. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018.

В. Н. Бартось, младший научный сотрудник
Лаборатория медицинской экспертизы и реабилитации детей
ГУ Республиканский НПЦ медицинской экспертизы и реабилитации,
п. Городище, Республика Беларусь
Научный руководитель: к.м.н. В. В. Голикова

ПАТОЛОГИЯ, УСУГУБЛЯЮЩАЯ ОГРАНИЧЕНИЕ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ДЕТЕЙ С ГЕМОЛИТИЧЕСКИМИ И АПЛАСТИЧЕСКИМИ АНЕМИЯМИ

Наиболее частой цитопенией в любой возрастной популяции, а особенно у детей, является анемический синдром. Распространенность сопутствующей патологии у пациентов с анемиями на момент постановки диагноза составляет, по разным данным, до 97 % [1–3].

Цель исследования: изучить патологию, усугубляющую ограничение жизнедеятельности при анемическом синдроме.

Материалы и методы: проведено клинико-функциональное и клинико-экспертное обследование 39 детей (23 мальчика и 16 девочек) в возрасте от 1 года до 18 лет анемией. Для оценки полученных результатов применялись методы описательной статистики.

Результаты и обсуждение: наиболее часто ($61,5\pm 7,8\%$) причиной анемии у детей являлись гемолитические анемии (ГА). Несколько реже ($37,5\pm 7,8\%$) к анемическому синдрому приводили апластические анемии (АА).

Среди сопутствующей патологии у пациентов с ГА случаи болезней и патологических состояний эндокринной системы и нарушения обмена веществ выявлены у $37,8\pm 10,1\%$, из числа которых доминировал гиперкортицизм ($44,5\%$) и у $67,0\pm 12,6\%$ детей с АА, среди которых преобладало ожирение ($30,0\%$), что представлено на рисунке 1 и 2.

Другие, n=4

Болезни и патологические состояния мочеполовой системы, n=2

Болезни и патологические состояния верхних дыхательных путей, n=5

Болезни и патологические состояния органов пищеварения, n=12

Болезни и патологические состояния кожи и подкожной клетчатки, n=2

Болезни и патологические состояния системы кровообращения, n=6

Болезни и патологические состояния костно-мышечной системы, n=2

Болезни и патологические состояния уха и сосцевидного отростка, n=1

Болезни и патологические состояния нервной системы, расстройства поведения, n=6

Болезни и патологические состояния глаза и его придаточного аппарата, n=1

Болезни и патологические состояния эндокринной системы, нарушения обмена веществ, n=9

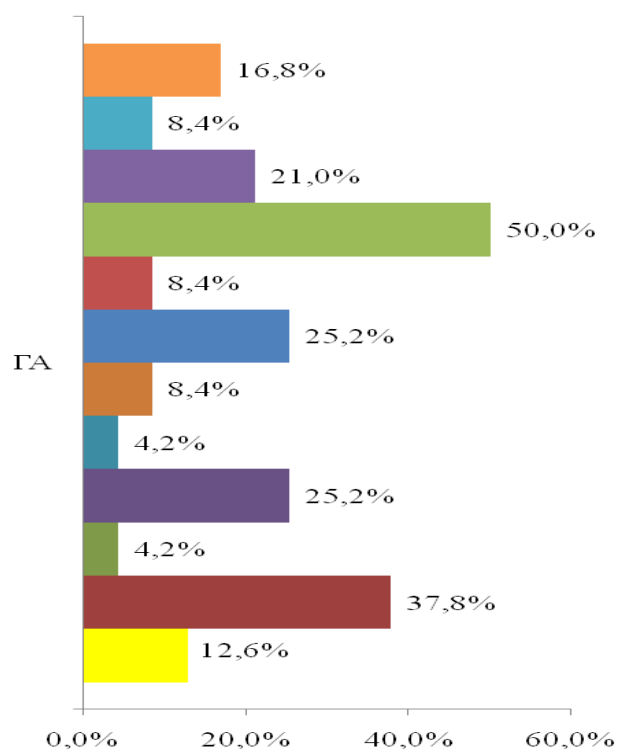


Рисунок 1 – Сопутствующая патология у детей-инвалидов с ГА (n=24), абс. (%)

Другие, n=4

Болезни и патологические состояния мочеполовой системы, n=2

Болезни и патологические состояния верхних дыхательных путей, n=5

Болезни и патологические состояния органов пищеварения, n=3

Болезни и патологические состояния кожи и подкожной клетчатки, n=1

Болезни и патологические состояния системы кровообращения, n=2

Болезни и патологические состояния костно-мышечной системы, n=2

Болезни и патологические состояния нервной системы, расстройства поведения, n=1

Болезни и патологические состояния глаза и его придаточного аппарата, n=2

Болезни и патологические состояния эндокринной системы, нарушения обмена веществ, n=10

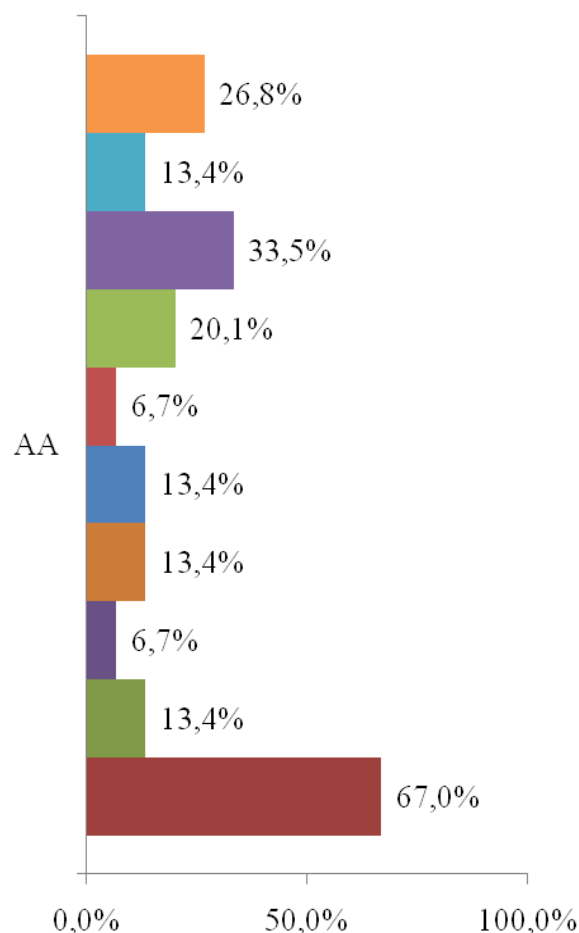


Рисунок 2 – Сопутствующая патология у детей-инвалидов с АА, (n=15), абс. (%)

Среди детей с ГА сопутствующие болезни и патологические состояния органов пищеварения отмечались у $50,0 \pm 10,4$ % детей, из числа которых в 66,7 % случаев доминировала желчнокаменная болезнь (ЖКБ), а у пациентов с АА ЖКБ встречалась только в $20,1 \pm 10,7$ %, из числа которых в 100 % был хронический гастрит. Это обусловлено тем, что ЖКБ имеет высокий риск развития при гемолитических анемиях, обусловленный длительно персистирующей гипербилирубинемией.

У $25,2 \pm 9,1$ % детей с ГА отмечались болезни и патологические состояния нервной системы (из них 33,3 % случаев – вегето-сосудистая дистония), а у детей с АА данная сопутствующая патология встречалась только в 1 ($6,7 \pm 6,7$ %) случае.

Болезни и патологические состояния системы кровообращения отмечались у $25,2 \pm 9,1$ % детей с ГА (среди которых преобладали (83,3 %) малые аномалии сердца), и у $13,4 \pm 9,1$ % детей с АА (в 100,0 % случаев – нарушение ритма и проводимости сердца).

Болезни и патологические состояния верхних дыхательных путей среди детей с АА отмечались в $33,5 \pm 12,6$ % случаев (из них в 60,0 % случаев – вазомоторный ринит), и в $21,0 \pm 8,5$ % случаев среди детей с ГА (из них в 60,0 % случаев – гипертрофия небных миндалин).

У $13,4 \pm 9,1$ % детей, страдающих АА, и у $8,4 \pm 5,7$ % детей, страдающих ГА, отмечались болезни и патологические состояния мочеполовой системы.

Болезни и патологические состояния костно-мышечной системы встречались в 13,4±9,1 % случаев у детей с АА и в 8,4±5,8 % – с ГА.

Такие классы сопутствующих заболеваний, как расстройства речи и языка, болезни и патологические состояния глаза и его придаточного аппарата, болезни и патологические состояния уха и сосцевидного отростка были представлены единичными случаями.

Заключение: у детей с ГА наиболее частой патологией, усугубляющей ограничение жизнедеятельности, были болезни и патологические состояния органов пищеварения (50,0±10,4 % случаев), болезни и патологические состояния эндокринной системы и нарушения обмена веществ (37,8±10,1 %), болезни и патологические состояния нервной системы (25,2±9,1 %), болезни и патологические состояния системы кровообращения (25,2±9,1 %), а у детей с АА – болезни и патологические состояния эндокринной системы и нарушения обмена веществ (67,0±12,6 %), болезни и патологические состояния верхних дыхательных путей (33,5±12,6 %), болезни и патологические состояния органов пищеварения (20,1±10,7 %).

Литература

1. Ковригина, Е. С. Современные методы оценки метаболизма железа в дифференциальной диагностике и контроле эффективности лечения микроцитарных анемий у детей и подростков: автореф. дис. ... канд. мед.наук: 14.00.09 / Е. С. Ковригина; Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии. – М., 2008. – 31 с.
2. Тихонова, Н. К. Комплексная оценка показателей адаптации и факторов риска в прогнозировании и лечении дефицитных анемий у детей раннего возраста: автореф. дис. ... доктора мед.наук: 14.00.09 / Н. К. Тихонова; Смоленская государственная медицинская академия. – Смоленск, 2005. – 39 с.
3. Родионов, В. А. Распространенность анемий у детей города Чебоксары / В. А. Родионов, М. С. Агандеева // Вестник Чувашского университета. – 2013. – №3. – С. 491–496.

УДК 616-036.22:[616.99:595.751.2](571.53)

А. Б. Батоева¹, ординатор; А. Н. Сутенко², студентка

Кафедра эпидемиологии

¹ – ФГОУ ДПО ИГИУВ, г. Иркутск, Россия

² – ФГБОУ ВО Иркутский ГМУ Минздрава России, г. Иркутск, Россия

Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры эпидемиологии Т. А. Баянова

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПЕДИКУЛЕЗОМ В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

На протяжении многих веков и до настоящего времени, одним из наиболее известных паразитарных заболеваний является педикулез. Оно представляет важную медико-социальную и эпидемиологическую проблему современного общества. Педикулез – это эктопаразитарное заболевание, обусловленное вшами [1]. По данным ВОЗ, каждый третий человек встречается с педикулезом хотя бы раз в жизни. Реальные же числа будут выше, так как многие не обращаются за специализированной помощью, потому что считают эту проблему интимной [2].

Традиционно рост заболеваемости педикулезом связывают с ухудшением социально-бытовых условий людей, скученностью, антисанитарными условиями жизни, сопровождающимися войны, стихийные бедствия, социальные потрясения. Миграция населения также способствует распространению педикулеза и увеличению числа больных. Большой ошибкой является мнение о том, что педикулез – результат нечистоплотности [3].

В 2017 году в РФ зарегистрировано 190412 случая педикулеза, показатель заболеваемости составил 129,82 на 100 тыс. населения. Отмечается снижение показателей заболеваемости педикулезом среди детского населения на 7 % по сравнению с 2016 годом. Педикулез регистрировался среди детей во всех возрастных группах, максимальная заболеваемость приходится на возрастную группу от 3 до 6 лет (показатель 118,64 на 100 тыс. населения). Экономический ущерб от педикулеза для Российской Федерации, согласно ориентировочным экспертным оценкам, составил 2 090 878,7 руб. [4].

В Иркутской области в 2017 г. отмечается рост заболеваемости педикулезом на 10,5 %.

Цель исследования: дать оценку эпидемиологической ситуации по заболеваемости педикулезом среди разных возрастных групп населения Иркутской области на период с 2006 по 2017 гг., выявить уровень просвещенности населения Иркутской области о проблеме педикулеза.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ заболеваемости педикулезом в Иркутской области на период с 2006 по 2017 гг. на основании «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях» по Иркутской области форма №2 (2006-2017 гг.). Для выявления уровня просвещенности населения о проблеме педикулеза проведено анкетирование. В ходе анкетирования было опрошено 200 респондентов (медицинские работники, работники предприятий общественного питания, студенты медицинского и немедицинских ВУЗов). Респондентам предлагалось ответить на 10 вопросов анкеты. Оформление ответов предполагало возможность текстового заполнения или выбор из предложенных вариантов. Анкетирование проводилось анонимно.

Результаты и обсуждение: в Иркутской области в 2017 г. было зарегистрировано 1943 случая педикулеза, показатель заболеваемости составил 80,66 на 100 тыс. населения, что ниже показателя заболеваемости в РФ в 1,6 раза. В многолетней динамике заболеваемости совокупного населения отмечается выраженная тенденция к снижению. За анализируемый период заболеваемость снизилась в 3,6 раз (292,9 и 80,7 случая на 100 тыс. населения в 2006 и 2017 гг. соответственно).

Заболеваемости среди детей до 17 лет регистрируется на стабильно высоком уровне. С 2006-2010 гг. уровень заболеваемости заметно снизился. С 2011 по 2012 гг. произошел рост заболеваемости (262,6 и 239,6 случая на 100 тыс. населения соответственно), затем, после снижения в 2013 году показателя заболеваемости до 159,7 случая на 100 тыс. населения, произошел резкий подъем заболеваемости и в 2017 г. составил 305 сл. на 100 тыс. населения, что в 1,9 раз больше, чем в 2013 г. (рисунок 1).

В 2017 г. среди детского населения отмечается увеличение заболеваемости на 9,4 %, по сравнению с 2016 годом, так показатель заболеваемости составил 305,0 на 100 тыс. населения, что превышает показатель заболеваемости среди детей в РФ в 1,7 раз. Педикулез регистрировался во всех возрастных группах среди детей. Максимальный показатель заболеваемости приходится на возрастную группу от 7 до 14 лет (539,4 на 100 тыс. населения).

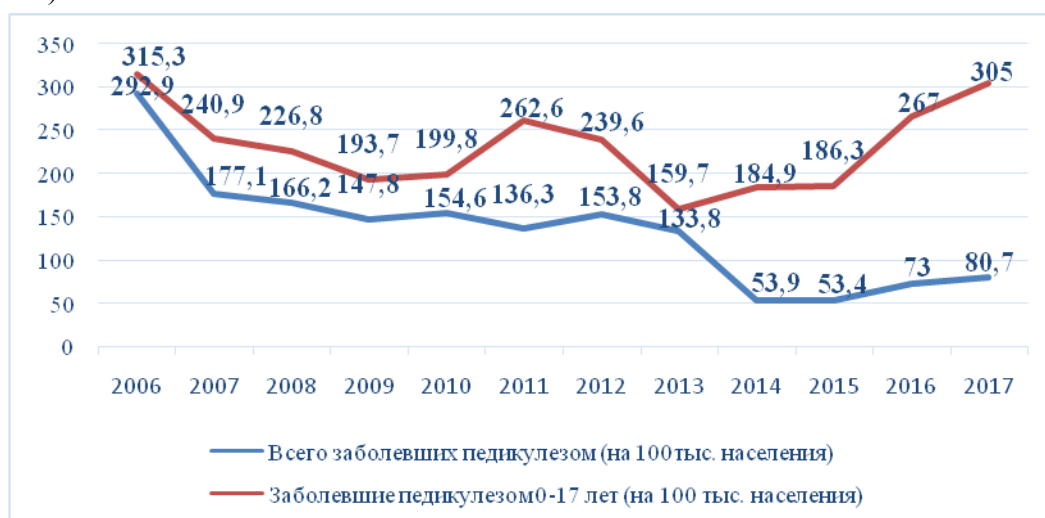


Рисунок 1 – Многолетняя динамика заболеваемости педикулезом совокупного населения и детей до 17 лет в Иркутской области (2006-2017 гг. на 100 тыс. населения)

В структуре заболевших в 2017 году доля детей возрастной группы 7-14 лет составила 75±0,2 % (65±0,2 % в 2006 году). Наибольшие показатели заболеваемости педикулезом на протяжении всего анализируемого периода зарегистрированы среди детского населения в возрасте от 7 до 14 лет. Заболеваемость детей в возрастной группе от 3-6 лет продолжает оставаться стабильно высокой. Заболеваемость детей в возрасте 15-17 лет снизилась в 4,5 раза, в возрастной группе от 1 до 2 лет - в 3 раза (рисунок 2).

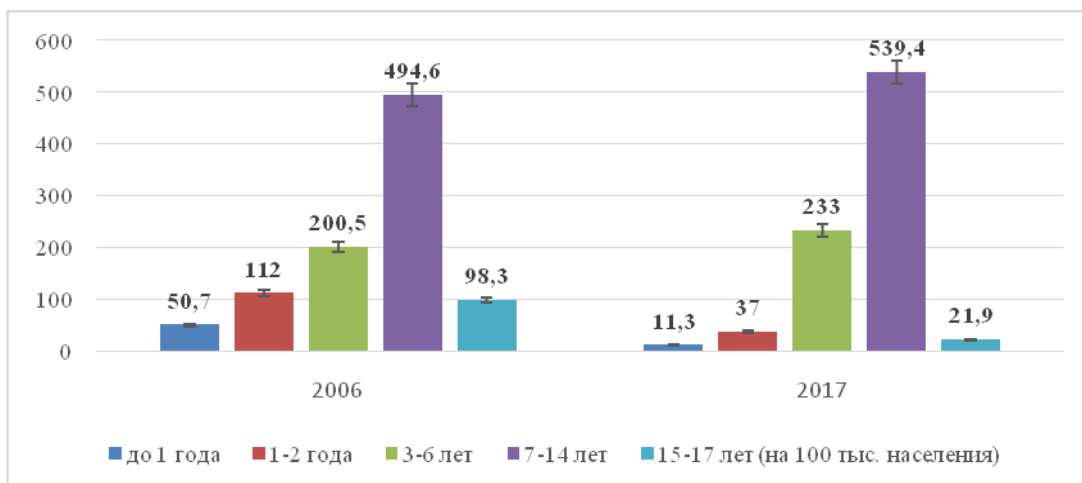


Рисунок 2 – Заболеваемость педикулезом детей в разных возрастных группах (2006 и 2017 гг. на 100 тыс. населения)

Для выявления уровня просвещенности населения о проблеме педикулеза в современном обществе было проведено социологическое исследование.

Большинство респондентов имели незаконченное высшее образование (44 %). Доля опрошенных в возрасте от 18 до 26 лет составила 73 %, от 15 до 17 лет – 15 %, от 27-35 лет – 10 %, от 36-50 лет - 2 %.

В результате анкетирования установлено, что 72 % респондентов знают о данном заболевании. 78 % респондентов отметили знание о путях передачи и его вариантах. Наиболее распространенными ответами на варианты передачи являлись: контактно-бытовой, через расческу, личные вещи больного. Однако следует обратить внимание на то, что в ответах также были указаны: постель больного, от человека к человеку, мягкие игрушки, плохой уход за собой и ослабление иммунитета (рисунок 3).

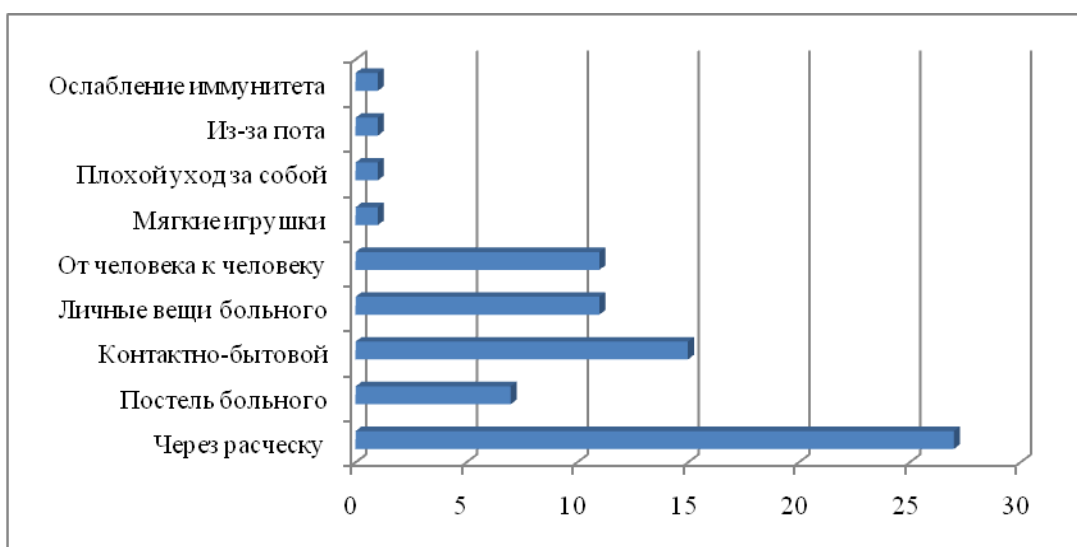


Рисунок 3 – Варианты ответа респондентов о путях передачи педикулеза, %

78 % респондентов считают необходимым обратиться к врачу при появлении симптомов, 15 % предпочли лечиться народными средствами, 2 % предпочли ничего не

предпринимать. С целью профилактики отмечают личную гигиену 52 % опрошенных, осмотр головы - 10%, исключить контакт с зараженным - 3,6 %, проверяться у врача - 3,6 %. Не знают профилактических мероприятий 3,6 % опрошенных.

На вопрос: «Считаете ли Вы педикулез проблемой современности» ответили «нет» 74 % респондентов.

Выводы: проблема распространенности педикулеза в Иркутской области на сегодняшний день является весьма актуальной. Несмотря на государственный контроль и строгие предписания санитарно-гигиенических норм, заболеваемость остается на достаточно высоком уровне. Наиболее уязвимой группой риска являются дети 7-14 лет. Низкий уровень осведомленности населения, непринятие актуальности данного заболевания приводят к неправильному подходу к профилактике педикулеза, в том числе у детей.

Литература

1. Сергеев Ю. В., Сергеев А. Ю. Педикулез и фтириаз – новое в диагностике и терапии // Иммунопатология, аллергология, инфектология. - 2003. - №3. - С.125-130.
2. Аникина А. С. Проблема педикулеза в современном обществе // Бюллетень медицинских интернет-конференций. - 2016. - Т.6. - №1. -С. 91.
3. Таха Т. В., Нажмутдинова Д. К. Актуальность проблемы педикулеза // РМЖ. - 2010. - Т.18, №12. - С.768-769.
4. Письмо Роспотребнадзора от 30.07.2018 №01/9905-2018-27 «О реализации постановления Главного Государственного санитарного врача Российской Федерации от 28.09.2015 №60 «Об усилении мероприятий, направленных на профилактику сыпного тифа и педикулеза».

УДК 611.33 : 378.147 : 61(071.1)

Д. А. Беляков¹, А. А. Кириллов¹, студенты; И. О. Соколова², руководитель центра инновационного и технологического развития «Технополис»;

И. Ю. Колесникова¹, доцент

¹ – Кафедра госпитальной терапии и профессиональных болезней
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

² – Центр инновационного и технологического развития «Технополис»
ФГБОУ ВО Тверской ГТУ, г. Тверь, Россия

Научные руководители: И. О. Соколова; д.м.н., доцент И. Ю. Колесникова

РАЗРАБОТКА И АПРОБАЦИЯ ИНТЕРАКТИВНЫХ ТРЕХМЕРНЫХ МОДЕЛЕЙ ЖЕЛУДКА ЧЕЛОВЕКА

Хорошее понимание основ анатомии человека является залогом качественного обучения студентов медицинских учреждений, а также врачей и среднего медицинского персонала [1, 2]. В XXI веке трехмерные модели с интерактивной визуализацией материала широко используются в образовательных целях различных специальностей. Медицина также не является исключением. В настоящий момент существует множество трехмерных атласов для обучения студентов медицинский вузов, однако, по различным причинам, их внедрение в процесс обучения до сих не получило должного распространения.

Цель исследования: разработка и апробация интерактивных трехмерных моделей желудка человека для обучения студентов медицинских образовательных учреждений.

Материалы и методы: разработка 3D моделей желудка осуществлялась в программе «Blender». («Blender» – 3D редактор, использующийся для создания, текстурирования и анимации 3D модели [4]). В программе была выполнена анимация, с помощью инструментария «риггинга», созданы текстуры с помощью механизма редактора узлов и «запекания». Текстурирование было произведено в программе «Adobe Photoshop» («Adobe Photoshop» – растровый графический редактор, использовался для создания текстур). В данном графическом редакторе были созданы новые текстуры, которые в дальнейшем были наложены на 3D модели желудка уже в программе «Blender». Затем в 3D редакторе был создан фотореалистичный материал похожий на реальный для наложения на созданную 3D модель желудка. В программе «Unity 3D» производилось моделирование будущей программы. Модель была перенесена на сцену. К ней была применена ранее созданная текстура [3, с. 247]. Было настроено освещение, камера и управление камерой, то есть производилась настройка сцены такой, какой в дальнейшем ее видит пользователь программы. На данном этапе был написан программный код будущей программы на языке программирования «C#» [4]. Программа адаптирована для использования в операционной системе «Windows».

Результаты и обсуждение: разрабатываемые трехмерные модели желудка человека будут максимально анатомически соответствовать строению желудка человека. В 3D моделях будут обособлены такие структуры желудка как (рисунок 1):

1. Дно желудка
2. Большая кривизна
3. Тело желудка
4. Нижний полюс желудка
5. Привратниковая (пилорическая) часть
6. Отверстие привратника
7. Угловая вырезка
8. Малая кривизна
9. Складки слизистой оболочки

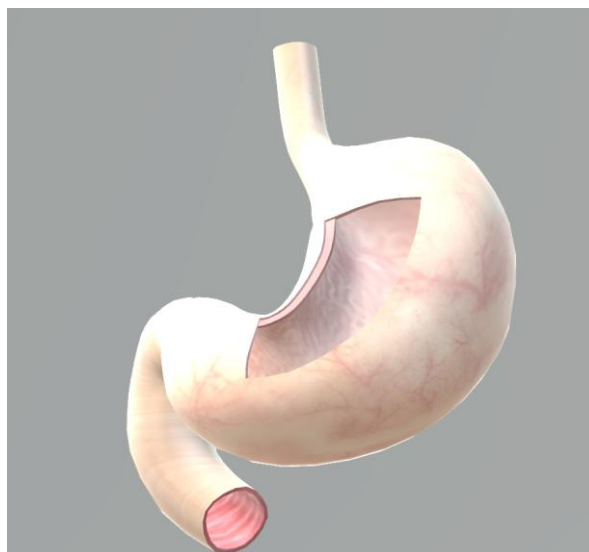


Рисунок 1 – Трехмерная модель желудка

Кроме того, в интерактивных моделях желудка будут учтены гистологические характеристики стенки желудка (рисунок 2), которая будет представлена четырьмя оболочками: слизистой, подслизистой, мышечной и серозной [5, с. 91]. Таким образом, модели желудка, выполненные с высокой анатомической и гистологической достоверностью, позволят наиболее наглядно демонстрировать заболевания желудка на его различных структурных уровнях.

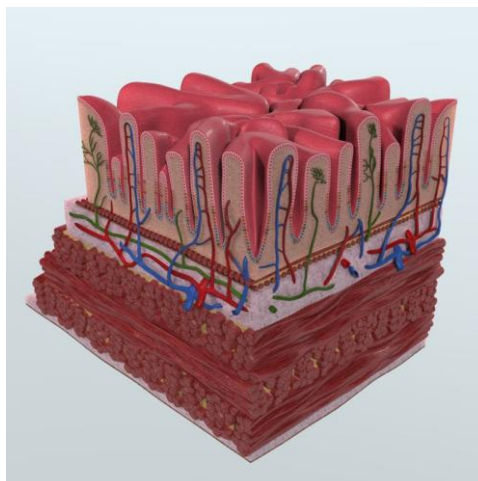


Рисунок 2 - Оболочки стенки желудка в норме на 3D модели

В ближайшее время планируется доработка и апробация интерактивных моделей желудка в обучающие пособия для студентов Тверского ГМУ на кафедре госпитальной терапии и профессиональных болезней.

Заключение: разработаны и апробированы интерактивные трехмерные модели желудка человека, способные демонстрировать анатомию желудка в норме, и при наличии различных заболеваний. Выполненные 3D модели желудка могут найти широкое применение в обучении студентов медицинских учреждений и практикующих врачей.

Литература

1. Быков В. Л. Частная гистология человека. (Краткий обзорный курс). Учебник. — СПб.: СОТИС, 2016. — 304 с.
2. Коричкина Л. Н., Мазур Е. С., Колесникова И. Ю. Организация самостоятельной работы иностранных студентов на кафедре госпитальной терапии и профессиональных болезней // В книге: Традиции и инновации в обучении иностранных студентов в ВУЗе. Материалы межвузовской конференции. – Тверь, 2012. – С. 54-57.
3. Ламмерс, К. Шейдеры и эффекты в Unity [Текст] /К. Ламмерс. М: ДМК, 2014. 237 с.
4. Слаква А. Настройки рендера Cycles. [Электронный ресурс] // Blender3D.com: информ.-справочный портал. 2015. URL: <http://blender3d.com.ua/nastroyki-rendera-cycles/>. (дата обращения: 31.10.2018).
5. Chronister J. Blender Basics. [Электронный ресурс] // b3d.mezon.ru: информ.-справочный портал. 2011. URL: http://b3d.mezon.ru/index.php/Заглавная_страница. (дата обращения: 31.10.2018).

СТРУКТУРА ПОВРЕЖДЕНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ И ВТОРИЧНЫХ ОРГАНОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У ПОСТРАДАВШИХ В ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ ЗА 2017 ГОД В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Дорожно-транспортный травматизм – один из основных видов травматизма в экономически развитых и развивающихся странах. По данным ВОЗ, на дорогах мира ежегодно погибает около 350 тыс. человек и около 12 млн человек получают травму. Из насчитывающихся сейчас в мире 300 млн инвалидов значительную часть составляют жертвы дорожно-транспортных происшествий (ДТП). Урбанизация общества и глобальная автомобилизация остро обозначили эту социальную проблему во всем мире. Ведущие международные организации (ООН, ВОЗ, Совет Европы и Европейский Союз), рассматривая вопрос о правах пациентов, большое значение придают проблеме оказания неотложной медицинской помощи, где помощь жертвам ДТП и медицинское обеспечение безопасности дорожного движения занимают ведущее место.

Цель исследования: изучить статистику ДТП в Республике Беларусь за 2017 год, проанализировать структуру повреждений внутренних органов и вторичных органопатологических изменений у пострадавших.

Материалы и методы: материалом для исследования явились официальные статистические издания, содержащие информацию о ДТП и травматизме пострадавших в Республике Беларусь за 2017 год [1]. Анализ производился при помощи программы Statistica 10.0.

Результаты и обсуждение: статистика ДТП и пострадавших по областям и г. Минску за 2017 год представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Количество погибших и раненых при дорожно-транспортных происшествиях в Республике Беларусь за 2017 год

Область	Случаев	Погибло	Ранено
Гродненская	349	40	368
Витебская	375	50	386
Могилевская	459	69	487
Брестская	466	77	492
Гомельская	470	79	502
г. Минск	501	94	552
Минская	798	180	833
ВСЕГО	3418	589	3620

По средне- и долгосрочным прогнозам и с учетом высоких темпов автомобилизации в Республике Беларусь тенденция к увеличению ДТП и пострадавших может сохраниться. По

сравнению с развитыми странами аварийность на автомобильном транспорте в РБ характеризуется более высокой степенью риска гибели населения в ДТП; более опасными для человека транспортными средствами; более высокой тяжестью последствий, превышающей в 3-15 раз аналогичный показатель в странах развитой автомобилизации; отдаленностью медицинских учреждений от дорог республиканского значения; неразвитостью средств передачи информации о возникновении ДТП и системы оперативного оповещения между службами здравоохранения, транспортных и дорожных организаций; недостаточное финансирование материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений [2].

ДТП являются причиной 35,4 % всех видов травм, занимают первое место среди причин смертности от механических повреждений и являются одной из основных причин выхода на инвалидность граждан трудоспособного возраста. Повреждения при ДТП – наиболее тяжелый вид травматизма. Преобладают сочетанные, множественные и несовместимые с жизнью травмы: черепно-мозговые, опорно-двигательного аппарата, повреждения органов брюшной и грудной полостей. В последние годы возросло количество ДТП с особо тяжкими последствиями (с числом погибших 5 человек и более или пострадавших – 10 человек и более) [3]. Среди пострадавших в ДТП 3/4 составляют мужчины, работающие в сфере производства. Средний возраст погибших составляет 25-34 года. Серьезной проблемой остается детский дорожно-транспортный травматизм. На низком уровне остаются медицинская и социальная реабилитация пострадавших в ДТП. Нераспознанные на догоспитальном этапе повреждения в последующем оказываются ведущей причиной летального исхода у пострадавшего в ДТП. Отрицательными моментами являются:

- позднее прибытие бригады «скорой помощи»;
- недостаточная подготовка медицинского персонала по оказанию медицинской помощи при множественных и сочетанных травмах;
- нарушение правил транспортировки пострадавших;
- отсутствие необходимой подготовки участников дорожного движения по первой помощи;
- отсутствие средств связи для вызова «скорой помощи»;
- отсутствие противошоковых средств и средств остановки кровотечения;
- неполноценность существующих медицинских укладок и средств иммобилизации [4].

Проблемы, связанные с дорожно-транспортным травматизмом все больше приобретают не только медицинское, но и межведомственное звучание. Первую помощь при ДТП чаще всего оказывают те службы, которые первыми прибывают на место происшествия или лица, являющиеся его участниками и свидетелями. Неправильное или несвоевременное оказание первой помощи резко снижает эффективность последующих этапов лечения. Так, при тяжелой черепно-мозговой травме, полученной в результате ДТП, несвоевременная коррекция артериальной гипотонии увеличивает риск возникновения летального исхода на 7–10 % за счет развития вторичной ишемии головного мозга. Так же, как развитие артериальной гипоксемии вследствие нарушения дыхания на этапах эвакуации и неадекватного поддержания проходимости дыхательных путей. Однако даже при быстрой доставке пострадавших в лечебное учреждение, которое не приспособлено для оказания медицинской помощи подобному контингенту больных, результаты лечения остаются

неудовлетворительными. При этом значительно возрастают сроки и стоимость лечения, падает его результативность, ухудшается социальный прогноз.

Таким образом, причинно-следственную связь показателя смертности пострадавших при ДТП нельзя рассматривать только в аспекте оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе. Этот анализ должен проводиться с учетом функционирования всей цепочки оказания неотложной медицинской помощи при ДТП, в контексте взаимодействия ее догоспитального и госпитального этапов [5].

Существует 4 степени тяжести травм при ДТП: легкая, средняя, тяжелая и летальный исход.

При тяжелой степени тяжести отмечаются следующие возможные последствия для организма пострадавшего: полная слепота, полная глухота, полная немота, потеря органа или стойкое нарушение его работы, общие тяжелые патологические состояния, утрата способности к деторождению, обезображивание лица.

При средней степени тяжести: продолжительное (более 21 дня) расстройство здоровья, утрата трудоспособности на более чем 30 %.

При легкой: прогноз к полному восстановлению более чем на 95 %, возможен риск непродолжительного (менее 21 дня) расстройства здоровья.

Повреждения внутренних органов и вторичные органопатологические изменения у пострадавших зависят от типа ДТП (таблица 2) [6].

Таблица 2 – Повреждения внутренних органов и вторичные органопатологические изменения у пострадавших в зависимости от типа ДТП

Тип ДТП	Повреждения
Лобовой удар	<ul style="list-style-type: none"> • Травмы грудной клетки и внутренних органов; • Травмы ног и костей таза, травмы рук; • Черепно-мозговые травмы, травмы шеи, резано-колотые раны.
Удар сзади	<ul style="list-style-type: none"> • Травмы грудной клетки и внутренних органов; • Черепно-мозговые травмы, травмы шеи, позвоночника, резано-колотые раны; • Термические ожоги.
Удар сбоку	<ul style="list-style-type: none"> • Травмы грудной клетки и внутренних органов; • Черепно-мозговые травмы, травмы шеи, позвоночника.
Вращение транспортных средств вследствие столкновения, опрокидывание транспортных средств	<ul style="list-style-type: none"> • Комбинированные травмы

В таблицах 3 и 4 представлена информация о видах повреждений у пострадавших (выздоровевших и погибших соответственно) после травм, полученных при ДТП [1].

Таблица 3 – Вид повреждений у пострадавших, выздоровевших после травм, полученных при ДТП

Вид повреждений	Количество случаев, %
Ушибы различной локализации	57,2
Ссадины и кровоподтеки	54,3
Переломы различной локализации	50,2
Раны	36,7
Вывихи	2,5
Разрывы внутренних органов	1,8
Травматические ампутации конечностей	0,6
Отслойка кожи	0,12

Таблица 4 – Вид повреждений у пострадавших, погибших после травм, полученных при ДТП

Вид повреждений	Количество случаев, %
Ушибы различной локализации	99,8
Ссадины и кровоподтеки	97,3
Переломы различной локализации	87,0
Раны	42,3
Разрывы внутренних органов	42,0
Отслойка кожи с подкожно-жировой клетчаткой с рассечением мышечных массивов и образованием «карманов»	10,6
Ампутации (травматические отрывы) конечностей	0,9
Вывихи	3,7

Выводы: статистика ДТП и пострадавших за 2017 год в Республике Беларусь остро ставит проблему безопасности и квалифицированной медицинской помощи на дорогах. Значительных различий в структуре повреждений внутренних органов и вторичных органопатологических изменений у различных категорий пострадавших при ДТП нет, однако характерным для ДТП является преобладание ушибов, ссадин и переломов различной локализации.

Литература

1. Национальный статистический комитет Республики Беларусь // Дорожно-транспортные происшествия и пострадавшие в них по областям и г. Минску в 2017 году [Электронный ресурс]. – 2018. – Режим доступа: http://www.belstat.gov.by/ofitsialnaya-statistika/solialnayasfera/pravonarusheniya/grafichicheskii-material-grafiki/diagrammy_6/dorozhno-transportnye-proisshestviya-i-postradavsvshie-v-nih-po-oblastyam-i-g-minsku. – Дата доступа: 16.02.2018.
2. Евдокимов, Е. А. Дорожно-транспортный травматизм и неотложная медицина / Е. А. Евдокимов // Неотложная медицина. – 2010. – №2. – С. 6–8.

3. Закревский, Ю. Н. Структура острых заболеваний внутренних органов и вторичных органопатологических изменений у пострадавших в морских катастрофах / Ю. Н. Закревский, Р. П. Матвеев, В. П. Бутиков, Д. О. Балахнов // Экология человека. – 2012. – №8. – С. 59–64.
4. Митник, В. М. Проблемы аварийности на дорогах и пути ее снижения / В. М. Митник // Вестник Самарской гуманитарной академии. Серия: Право, 2013. – №1. – С. 110–116.
5. Ульянченко, М. И. Динамика показателей травматизации в зависимости от механизма травмы у пострадавших в ДТП / М. И. Ульянченко, А. Э. Апагуни, С. М. Карпов, С. В. Арзуманов, А. Ю. Власов, А. А. Эсеналиев, И. И. Сергеев, Н. П. Белянова // Кубанский научный медицинский вестник. – 2013. – №5. – С. 180–184.
6. Турковский, В. Б. Характеристика травматических повреждений, полученных в ходе дорожно-транспортных происшествий / В. Б. Турковский, И. С. Рузанов, В. Ю. Лукьянов // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2017. – №2 (16). – С. 18–20.

УДК 616

А. А. Бочарова, студент; А. А. Зуйкова, заведующая кафедрой;

О. Н. Красноруцкая, Ю. А. Котова, Д. Ю. Бугримов, доценты

Кафедра поликлинической терапии

ФГБОУ ВО Воронежский ГМУ им. Н. Н. Бурденко Минздрава России, г. Воронеж, Россия

Научный руководитель: д.м.н., профессор А. А. Зуйкова

ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

На сегодняшний день сахарный диабет 2-го типа (СД2) является наиболее распространенным эндокринологическим заболеванием. Количество больных с каждым годом неуклонно растет. По состоянию на 2016 год в нашей стране зарегистрировано 11 миллионов человек, страдающих данным заболеванием. Российская Федерация входит в пятерку стран-лидеров по заболеваемости СД2 [1].

Данное заболевание характеризуется развитием большого количества опасных осложнений и требует от пациента активного участия в процессе лечения, серьезной коррекции образа жизни, сотрудничества с лечащим врачом [2, 3].

У больных СД2 наблюдается ряд психологических нарушений, возникающих как на органическом фоне, так и вследствие хронического психологического стресса. У больных возникают нозогенные психологические изменения, в том числе такие эмоциональные реакции, как страх, гнев, тревога, появляются замкнутость, обеднение контактов с людьми, пассивность, усиливается тревожность, страх негативного отношения со стороны других, страх перед тяжелыми осложнениями СД2 [4, 5].

Вследствие психологического стресса изменяется личность больного, возникают несвойственные ему ранее психологические особенности, такие как общий сниженный фон настроения, эмоциональная лабильность, безразличие к своему состоянию вплоть до отказа от лечения [6].

Изучение психологической картины пациентов, страдающих СД2 очень важно, так как отношение больного к своему заболеванию напрямую связано с дальнейшим течением болезни и успехом в терапии.

Цель исследования: изучить типы отношения к болезни у пациентов с СД2, изучить их психологическое состояние.

Материалы и методы: в исследование включено 32 пациента, страдающих СД2, среди которых 22 женщины, медиана возраста которых составила 66 лет, и 10 мужчин, медиана возраста – 55 лет.

Для диагностики типов отношения к болезни был использован личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ), который разработан с целью определения типов отношения к болезни у больных хроническими соматическими заболеваниями сотрудниками Института им В. М. Бехтерева.

Данный опросник включает в себя двенадцать тем-наборов, в каждой из которых содержится от 12 до 17 фраз–утверждений, касающихся самочувствия, настроения, особенностей сна и пробуждения, аппетита и отношения к еде, отношения к болезни и

лечению, отношения к медицинскому персоналу, к родным и близким, к работе, окружающим, к одиночеству, а также – к своему будущему.

ЛОБИ позволяет определить отношение больного к своему состоянию: активную борьбу с болезнью, понятие своей роли в лечении, игнорирование болезни и другие защитные механизмы, которые необходимо учитывать при общении с пациентом, назначении им терапии и методов реабилитации.

Выраженность тревоги и депрессии оценивалась в баллах с помощью шкалы Hospital Anxiety and Depression scale (HADS).

Результаты и обсуждение: результаты, полученные при анализе ответов всех пациентов, представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Распространенность типов отношения к болезни (%)

Типы отношения к болезни	Встречаемость (%)
Эргопатический	15,6
Апатический	15,6
Паранойяльный	12,5
Тревожный	12,5
Гармонический	9,4
Ипохондрический	9,4
Анозогностический	9,4
Сенситивный	6,3
Неврастенический	3,1
Эргоцентрический	3,1
Эйфорический	3,1
Обсессивно-фобический	0
Меланхолический	0

Установлено, что среди опрошенных в 15,6 % случаев отмечались эргопатический и апатический типы, в 12,5 % случаев - паранойяльный и тревожный типы, несколько реже встречались гармоничный, ипохондрический и анозогностический типы (по 9,4 %) и значительно реже – сенситивный (6,3 %), неврастенический (3,1 %), эргоцентрический (3,1 %), эйфорический (3,1 %).

Необходимо отметить, что лишь у 53,1 % опрошенных был диагностирован один доминирующий тип отношения к болезни.

В тех случаях, когда в структуре внутренней картины болезни присутствовали два типа отношения к болезни (46,9 %), чаще всего наблюдалась комбинация с неврастеническим (35,3 %) и ипохондрическим (17,6 %), реже с апатическим (11,8 %) типами.

При тестировании пациентов, страдающих СД2 при помощи госпитальной шкалы HADS было выявлено, что доля пациентов, не имеющих признаков тревоги и депрессии, составила всего 21,9 % (71,4 % мужчины и 28,6 % женщины). Субклинически выраженная депрессия наблюдалась у 28,1 %, а клинически выраженная – у 34,4 % обследованных. Исходя из этого, симптомы депрессии различной степени выраженности были выявлены у

62,5 % пациентов. Субклиническая тревога выявлена у 31,3 %, а клинически выраженная – у 15,6 % обследованных. Суммарно тревога различной степени выраженности была диагностирована у 46,9 % пациентов. Абсолютное большинство больных с различными уровнями тревоги и депрессии было женского пола (80 %).

Установлено, что у пациентов с повышенным уровнем депрессии (по результатам шкалы HADS) чаще отмечались такие типы, как тревожный, апатический, ипохондрический, эргопатический, сенситивный.

У пациентов с низким уровнем депрессии – анозогнозический, эргоцентрический, паранойяльный.

В анамнезе 75 % обследованных имеются данные об осложненном течении сахарного диабета 2 типа (ангиопатия, нейропатия, ретинопатия). У данных пациентов наиболее часто диагностировались такие типы отношения к болезни, как апатический, тревожный, паранойяльный и ипохондрический.

Таким образом, анализ результатов данного исследования сделал возможным выявить определенные психосоматические взаимосвязи между наличием тревожно-депрессивных расстройств пациентов и типов их отношения к болезни.

Выводы: наиболее часто встречающимися типами отношения к болезни у пациентов, страдающих СД2, были: эргопатический (15,6 %), апатический (15,6 %), паранойяльный (12,5 %) и тревожный (12,5 %). При повышенном уровне депрессии характерными типами стали: тревожный, апатический, ипохондрический, эргопатический и сенситивный; при низком – анозогнозический, СД2 наиболее часто встречались такие типы отношения к болезни, как апатический, тревожный, паранойяльный и ипохондрический. Зная особенности внутренней картины болезни, психологический статус каждого пациента, принятие или непринятие своего состояния, возможности адаптации, лечащий врач может выбирать и корректировать свой подход к общению с пациентом и рассчитывать на удовлетворительный результат.

Литература

1. Дедов И. И., Шестакова М. В., Галстян Г. Р. Распространенность сахарного диабета 2 типа у взрослого населения России (исследование NATION) // Сахарный диабет. – 2016. – №2. – С. 104-112.
2. Дедов И. И., Шестакова М.В., Сунцов Ю. И., Петеркова В. А., Галстян Г. Р., Майоров А. Ю., Кураева Т. Л, Сухарева О. Ю. Результаты реализации программы «Сахарный диабет» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями» 2007-2012 годы // Сахарный диабет. – 2013. – №2. – С. 8-13.
3. Акимова А. Д., Шатилова А. А., Шульгин Е. И. [и др.] Изучение факторов риска возникновения сахарного диабета// Экспериментальные и теоретические исследования в современной науке: сб. ст. по матер. VII междунар. науч.-практ. конф. № 7(7). – Новосибирск: СибАК, 2017. – С. 37-41.
4. Исследование чувствительности к фенилтиокарбамиду у пациентов с диабетической ретинопатией / Е. Н. Колесникова, А. Н. Пашков, А. А. Зуйкова, Т. Н. Петрова,

- Ю. А. Котова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2015. – Т. 14, № S 2. – С. 50-51.
5. Сницер Ю. С. Психологические особенности больного сахарным диабетом // Молодой ученый. – 2016. – №8.4. – С. 8-10.
6. Бобров А. Е., Володина М. Н. Психические расстройства у больных сахарным диабетом 2 типа // РМЖ. – №1. – С. 28-33.

М. Ю. Важнова, С. В. Шумилова, студенты; И. Ю. Колесникова, доцент
Кафедра госпитальной терапии и профессиональных болезней
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Научный руководитель: д.м.н., доцент И. Ю. Колесникова

БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩАЯ ПЕЧЕНОЧНО-КЛЕТОЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ ПЕРВИЧНОМ БИЛИАРНОМ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ КАК ПРИЧИНА ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Первичный билиарный цирроз печени (ПБЦ) – это хронический прогрессирующий деструктивно-воспалительный процесс аутоиммунного генеза, поражающий внутрипеченочные желчные протоки и приводящий к развитию холестаза и цирроза [1]. Заболеваемость ПБЦ составляет 18-240 больных на 1 млн населения. В структуре мировой смертности доля ПБЦ среди всех циррозов печени составляет почти 2 %, 90-95 % больных составляют женщины [2, 3]. Наиболее важным прогностическим фактором является возраст пациента на момент диагностики ПБЦ. При первичной диагностике у лиц среднего возраста (40-50 лет) вероятность успешной терапии и длительного непрогрессирующего течения с хорошим прогнозом очень велика [4].

Цель исследования: поделиться клиническим наблюдением ПБЦ с быстро прогрессирующей печеночно-клеточной недостаточностью.

Больная С., 33 года, поступила в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на интенсивный, постоянный кожный зуд, больше ночью, непрерывно рецидивирующую желтуху кожи и склер, бессонница ночью, сонливость днем, рецидивирующие носовые кровотечения. Похудела на 8 кг в сентябре 2014 г. Отмечала редкие кровотечения из носа. Моча темная, стул окрашен, 1-2 раза в сутки, вздутие живота.

Из анамнеза известно, что с апреля 2014 г. появился интенсивный кожный зуд, с сентября нарастает желтуха кожи и склер. Обследована в ГЭО ОКБ, резко положительные АМА, отрицательные маркеры вирусных гепатитов, диагностирован ПБЦ на стадии холестатического гепатита минимальной активности. Начата терапия урсодезоксихолевой кислотой (УДХК), выполнен курс плазмафереза. Выписана с улучшением печеночных проб, уменьшением зуда. Далее наблюдалась у гастроэнтеролога ОКП, у терапевта по месту жительства. Принимала УДХК 1000 мг в сутки, азатиоприн 100 мг в сутки, преднизолон 30 мг в сутки. Очередная госпитализация в гастроэнтерологическое отделение в январе 2015 г. в связи с неэффективностью терапии.

При поступлении состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6°C. Сознание ясное. Кожные покровы с выраженной желтухой, сухие, множественные экскориации. Видимые слизистые иктеричные. Питание понижено, ИМТ 18 кг/м². Пастозность стоп, отеков нет. Лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 78 уд/мин, удовлетворительного наполнения, ритмичный. АД 120/70 мм рт. ст., границы сердца в норме. Тоны сердца звучные. Язык влажный, слегка обложен светлым налетом. Живот симметричный, участвует в акте дыхания. Пальпаторно чувствительный в правом подреберье, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень на 1 см из-под края

реберной дуги, край закруглен, безболезненная. Размеры печени по Курлову 10×9×8 см. Селезенка пальпируется на +2 см ниже реберной дуги, безболезненная. Почки не пальпируются. В анализах выявлялась гипербилирубинемия до 450 мкм/л, повышение трансаминаз до 1,5 верхних границ нормы, гипоальбуминемия, гипокоагуляция. При компьютерной томографии органов брюшной полости – признаки портальной гипертензии.

За время госпитализации незначительно уменьшились желтуха кожи и склер, кожный зуд. В связи с сохраняющейся стойкой печеночной недостаточностью, внутripеченочным холестазом, агрессивным течением болезни (раннее формирование портальной гипертензии) показано направление больной в ЛПУ г. Москвы для проведения пункционной биопсии печени (для исключения первичного склерозирующего холангита) и решения вопроса о необходимости трансплантации печени.

После консультирования больной была предложена ортотопическая трансплантация. В качестве донора доли печени выступила родная сестра. Операция прошла успешно. Гистологическое заключение удаленной печени: ПБЦ без признаков других аутоиммунных поражений печени (аутоиммунного гепатита, первичного склерозирующего холангита).

В настоящий момент больная получает иммуносупрессивную терапию (циклоsporин А). Самочувствие хорошее, печеночные пробы в пределах нормы.

Заключение: у большинства пациентов ПБЦ – это длительное, медленно прогрессирующее заболевание, при этом случаи быстрого, агрессивного течения заболевания с полной неэффективностью комбинированной базисной терапии, нарастанием портальной гипертензии и печеночно-клеточной недостаточности могут потребовать трансплантации печени по жизненным показаниям.

Литература

1. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Российского общества по изучению печени по диагностике и лечению холестаза / В. Т. Ивашкин, Е. Н. Широкова, М. В. Маевская и др. // РЖГГК.- 2015. - №2.- С. 41-57.
2. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Российского общества. Неинвазивные методы диагностики фиброза у больных первичным билиарным циррозом и первичным склерозирующим холангитом: роль непрямых сывороточных маркеров / А. Ф. Шептулина, Е. Н. Широкова, В. Т. Ивашкин // РЖГГК.- Том 26, №3. – 2016. - С. 54-56.
3. Горлевич И. А., Колесникова И. Ю. Клинический случай синдрома перекреста первичного билиарного цирроза и аутоиммунного гепатита/ Молодежь, наука, медицина [Электронный ресурс]: тезисы 64-й Всероссийской межвузовской студенческой научной конференции с международным участием. – Тверь: Ред.-изд. центр, Твер. гос. мед. ун-т, 2018. — 587 с. – С.155-156.
4. Блюдина А. И., Шептала А. А., Колесникова И. Ю. Первичный билиарный цирроз печени: путь к диагнозу/ Молодежь, наука, медицина [Электронный ресурс]: тезисы 64-й Всероссийской межвузовской студенческой научной конференции с международным участием. – Тверь: Ред.-изд. центр, Твер. гос. мед. ун-т, 2018. — 587 с. – С. 79-81.

УДК 614.253.1

А. В. Вазюро, студентка

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
УО Белорусский ГМУ, г. Минск, Республика Беларусь

Научный руководитель: доцент А. Ф. Перковская

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ

Ведущим направлением социальной политики развитых и развивающихся стран является охрана материнства и детства. В основе развития благоприятного исхода беременности и родов для матери и новорожденного лежит рациональная организация помощи беременным [1].

При разноуровневой системе перинатальной помощи, женские консультации (ЖК) оказывают помощь на первом уровне. К их задачам относится профилактика акушерской патологии, оказание квалифицированной помощи на все этапах беременности, профилактика гинекологической патологии и другие [3]. Они ведут динамическое наблюдение за беременными женщинами с учетом факторов риска в целях предупреждения и раннего выявления осложнений беременности, родов и послеродового периода [3, 4].

Для достижения поставленных задач проводится динамическое наблюдение за беременными, основным принципом которого является комплексное обследование, включающее медицинский контроль состояния здоровья женщины, течения беременности, развития плода, оказание профилактической, при необходимости лечебной помощи [4].

Однако, несмотря на оказываемую высококвалифицированную помощь, в структуре заболеваемости беременных преобладает экстрагенитальная патология, которая значительно повышает риск развития осложнения беременности и родов.

Цель исследования: проанализировать эффективность работы ЖК в УЗ «19-я Центральная районная поликлиника Первомайского района г. Минска» за период 2013-2017 годы при оказании помощи беременным.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ деятельности ЖК в УЗ «19-я Центральная районная поликлиника Первомайского района г. Минска» по данным отчета о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам (форма 1 - помощь беременным) за период 2013-2017 годы [3].

Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью пакета статистических программ Microsoft (Excell); анализа динамических рядов, использовали показатель среднего многолетнего темпа прироста (убыли).

Средний многолетний темп роста (снижения) – средняя геометрическая, равная корню степени n из произведения годовых показателей темпа роста, т. е.

$$\sqrt[n]{T_1 \times T_2 \times T_3 \times \dots \times T_n},$$

где T - годовой темп прироста, n – число показателей [2].

Средний многолетний темп прироста (убыли) - средний многолетний темп роста – 100 %.

Значения среднего многолетнего темпа прироста показывают об отсутствии или же

наличии динамики изучаемого явления:

- от 0 до ± 1 % - отсутствие динамики;
- ± 1 до ± 5 % - умеренная динамика;
- ± 5 – выраженная динамика.

Если средний многолетний темп прироста (убыли) колеблется в пределах 0 до ± 1 %, следовательно, показатель на протяжении анализируемого периода стабилен. Это в свою очередь дает право рассчитывать среднее значение и ошибку, представив ряд, как вариационный [2].

Результаты и обсуждение: в период с 2013 года по 2017 год количество женщин, состоящих на учете по беременности, было стабильным $683,8 \pm 4,35$ случаев (средний многолетний темп прирост составляет 0,4 %).

При анализе деятельности ЖК на основании изучения показателя своевременности обращения беременных (до 12 недель) выявлено, что на протяжении анализируемого периода отмечены высокие значения данного показателя. Показатель стабилен - $99,3 \pm 0,23$ (средний многолетний темп прироста - 0,3 %).

В период с 2013 по 2017 гг. показатель полноты осмотра терапевтом беременных стабилен (средний многолетний темп прироста - 0,2 %). При этом значения этого показателя высокие и составляют $99,3 \pm 0,15$ %.

Среднее число посещений беременными ЖК до родов составило 15 раз.

Анализ частоты проведения ультразвуковой диагностики пороков развития плода до 12 недель беременности: в период 2013-2017 г. составил $99,4 \pm 0,27$ % (средний многолетний темп прироста - 0,3 %). Результаты проведенных ультразвуковых исследований позволили оценить динамику частоты пороков развития плода, потребовавших прерывания беременности по медицинским показаниям. Исследуемый показатель стабилен – $0,15 \pm 0,05$ % (средний многолетний темп убыли - 0,4 %).

Удельный вес срочных родов составляет от 95,9 % в 2013 г. до 96,7 % в 2015 г.; преждевременных родов – от 2,2 % в 2014г. до 2,8 % в 2013 г.; аборт – от 0,9 % в 2016 г. до 1,9 % в 2017 году. Анализ динамики исходов беременности показал стабильную частоту срочных родов $99,2 \pm 0,19$ % (-0,1 %), умеренную динамику частоты преждевременных родов (средний многолетний темп убыли -3,1 %) и выраженную динамику частоты абортов (9,2 %).

На протяжении анализируемого периода выявлено, что показатель частоты экстрагенитальной патологии у беременных, состоящих на учете в ЖК, стабилен – $104048,8 \pm 2426,07$ % (0,9 %).

В структуре основных видов экстрагенитальной патологии у беременных женщин установлена следующая закономерность: наибольший удельный вес составляют инфекции мочеполовых путей (от 7,9 % в 2016 г. до 13,3 % в 2017 г.), болезни системы кровообращения (от 8,9 % в 2014г. до 11,6 % в 2015 г.), болезни щитовидной железы (от 6,3 % в 2014 г. до 10,9 % в 2017 г.) (таблица 1).

Таблица 1 – Структура экстрагенитальной патологии у беременных женщин в УЗ «19-я Центральная районная поликлиника Первомайского района г. Минска» за период с 2013 г. по 2017 г., %

Основные виды экстрагенитальной патологии у беременных женщин	Годы				
	2013	2014	2015	2016	2017
Инфекции МПП	9,3	9,8	13,3	7,9	13,3
Болезни системы кровообращения	9,8	8,9	11,6	10,7	9,4
Болезни щитовидной железы	7,9	6,3	8,8	8,9	10,9
Сахарный диабет	3,2	1,8	1,9	2,0	1,0
Нарушение жирового обмена	3,7	3,1	2,7	3,2	2,3
Гипертония	1,3	0,7	0,9	1,4	2,3
Прочее	64,8	69,4	60,8	65,9	60,8
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Заключение: помощь беременным женщинам оказывается на достаточно высоком уровне. У беременных выявляется значимое количество экстрагенитальной патологии. В структуре основных видов экстрагенитальной патологии наибольший удельный вес составляют инфекции мочеполовых путей, болезни щитовидной железы и болезни системы кровообращения. Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод, что для достижения благоприятного результата течения беременности и родов, как для матери, так и для новорожденного, необходимо консультирования у врачей-специалистов не только во время беременности и послеродовом периоде, но и на этапе планирования беременности.

Литература

1. Говоров, С. В. Медико-социальные аспекты качества жизни беременных женщин и пути его улучшения // С. В. Говоров / Рос. мед. журн. – 2008. – №14. – С. 18-27.
2. Громыко, Г. Л. Теория статистики: Учебник. – М.: ИНФРА-М, 2012. – 476 с.
3. Пилипцевич, Н. Н. Общественное здоровье и здравоохранение: учеб. пособие. – Минск, 2015. - 784 с.
4. Шаршакова, Т. М., Будник, Я. И., Струповец, И. Н Организация медицинской помощи женщинам и детям. – Гомель: ГомГМУ., 2017. – 72 с.
5. Часнойть, Р. А., Харкевич, О. Н., Лискович, В. А., Наумов И. А. Управление системой перинатальных технологий на региональном уровне. – Гродно, 2003. - 360 с.

616.127-005.8

А. В. Вазюро, студентка

1-я кафедра внутренних болезней

УО Белорусский ГМУ, г. Минск, Республика Беларусь

Научные руководители: к.м.н., доцент С. Е. Алексейчик; к.м.н., доцент Т. А. Гончарик

ОЦЕНКА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ И СПЕЦИФИЧНОСТИ ШКАЛЫ GRACE ПРИ ПОКАЗАТЕЛЕ БОЛЬШЕ 140 В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

Острые коронарные синдромы (ОКС) представляют собой обострение стабильного течения ишемической болезни сердца и клинически проявляются формированием инфаркта миокарда (ИМ), развитием нестабильной стенокардии (НС) или внезапной смерти [5].

Зачастую клинические проявления ИМ и НС отличаются только выраженностью (тяжестью) симптоматики [1].

В зависимости от изменений на ЭКГ, ОКС может быть с подъемом сегмента ST и без подъема сегмента ST [1, 2].

Согласно докладу Всемирной Организации Здравоохранения за 2015 год 12,8 % смертей по всему миру наступило в результате ишемической болезни сердца. Таким образом, на международном уровне остро стоит вопрос о совершенствовании методов диагностики и лечения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Особую роль отводят изучению проблемы ОКС, в частности ОКС без подъема сегмента ST (ОКСбпST) [3].

Грамотно оказанная медицинская помощь позволяет улучшить прогноз жизни пациента.

Для стратификации риска у больных с ОКСбпST используется шкала GRACE, которая позволяет оценить риски развития инфаркта миокарда, летальности, выбрать оптимальную тактику лечения [4]. Важно знать, насколько точно данная шкала отражает объем поражения коронарного русла.

Цель исследования: оценить чувствительность и специфичность шкалы GRACE при показателе больше 140 в прогнозировании поражения коронарных сосудов у пациентов с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST (ОКСбпST).

Материалы и методы: на первом этапе исследования были отобраны и изучены 150 стационарных карт пациентов с ОКСбпST, лечившихся и наблюдавшихся в УЗ «10 городская клиническая больница г. Минска» в 2016-2017 годах. На втором этапе было отобрано 63 пациента, которым в первые 72 часа провели коронароангиографию (КАГ).

У всех пациентов оценивались возраст-половая структура, факторы риска, сопутствующие заболевания, результаты лабораторно-инструментальных методов исследования, результаты КАГ, проведенной в течение первых 72 часов. Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью программы Microsoft (Excel), Statistica 10, Medcalc.

Результаты и обсуждение: средний возраст пациентов - 74,1 [61;79] года, из них мужчин - 57,14 %, женщин - 42,86 %.

Пациенты наиболее часто страдали хронической сердечной недостаточностью (ХСН), артериальной гипертензией (АГ), сахарным диабетом (СД), стенокардией в анамнезе.

В ходе проведенного исследования группы мужчин и женщин были сопоставимы по сопутствующим патологиям, и было выявлено, что у мужчин чаще встречались: АГ, стенокардия в анамнезе, перенесенный ИМ, хроническая болезнь почек (ХБП), острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК). У женщин – сахарный диабет (СД), нарушение жирового обмена (НЖО) (таблица 1).

Таблица 1 – Половые различия между группами мужчин и женщин по сопутствующим патологиям/факторам риска, % (абс.)

Критерий	Мужчины n=36	Женщины n=27	P
ХСН	100 (36)	100 (27)	0
АГ	63,8 (23)	59,3 (16)	0,7
СД	44,4 (16)	92,6 (25)	0,0003
Стенокардия	61,1 (22)	55,5 (15)	0,94
НЖО	41,6 (15)	81,5 (22)	0,001
ИМ в анамнезе	58,3 (21)	40,7 (11)	0,17
ХБП	41,6 (15)	37,0 (10)	0,71
ОНМК	13,9 (5)	11,1 (3)	0,69

Среди мужчин, курили более 10 лет - 55,6 %, среди женщин - 22,2 %. Среди мужчин злоупотребляют алкоголем 16,7 %, среди женщин - 7,4 %.

При поступлении в клинику, согласно лабораторным данным, у 44,4 % пациентов был повышен уровень тропонинов, у 71,4 % - выявлена дислипидемия, средний уровень креатинина составил 183,6 мг/мл.

Согласно клиническим данным среднее число сердечных сокращений равнялось 76 уд/мин, артериальное давление систолическое - 150 мм рт. ст.

Остановка сердца при поступлении диагностирована у 6,34 % пациентов.

Оценены классы выраженности острой сердечной недостаточности по классификации Т. Killip: Классы выраженности острой сердечной недостаточности по классификации Т. Killip: I класс - 6,35 % - отсутствие хрипов в легких и ритма галопа, смертность 3-8 %; II класс - 58,73 % - наличие хрипов в легких над площадью <50 % или ритм галопа, смертность 10-15 %; III класс - 28,57 % - наличие хрипов в легких над площадью >50 % и ритм галопа, смертность 25-30 %; IV класс - 6,35% - признаки кардиогенного шока, смертность 50-90 %.

Средний показатель по шкале GRACE составил 151, у мужчин - 153, у женщин - 148.

По результатам КАГ выявлено, что 85,72 % пациентов (n=54) имели мультисосудистое поражение коронарных артерий (поражение 3 и более сосудов), в частности у мужчин в 86,1% случаев (n=31), у женщин в 85,2% случаев (n=23).

Двухсосудистое поражение коронарных артерий имели 9,52 % пациентов (n=6), у мужчин в 13,9 % случаев (n=5), у женщин в 3,7 % случаев (n=1). Монососудистое поражение коронарных артерий имели 6,35 % пациентов (n=3), мужчины – 0 % случаев (n=0), женщины – 11,1 % случаев (n=3). Чистые коронарные сосуды у пациентов отсутствовали – 0 % (n=0).

90,47 % пациентов проведено стентирование, остальным 9,53 % пациентов данная процедура не проводилась.

Выявлена значимая прямая корреляционная связь между значениями шкалы GRACE>140 и наличием мультисосудистого поражения коронарных артерий (ρ Спирмена 0,671, $p<0,001$).

Для оценки чувствительности и специфичности шкалы GRACE (показатель>140) был проведен ROC-анализ, который установил, что чувствительность шкалы – 89,5 %; специфичность – 82,1 %; площадь под кривой – 0,895 (95 % ДИ 0,843 – 0,946).

Выводы: шкала GRACE при показателе риска выше 140 с чувствительностью 89,5 % и специфичностью 82,1 % у пациентов с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST отражает тяжесть поражения коронарного русла – указывает на мультифокальное поражение.

Литература

1. Братусь, В. В. Атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, острый коронарный синдром / В. В. Братусь, В. А. Шумаков, Т. В. Талаева. – Киев: Четверта хвиля, 2004. – 576 с.
2. Горбачев, В.В. Ишемическая болезнь сердца: учеб. пособие для слушателей системы последипломн. мед. образования / В. В. Горбачев. – Минск: Выш. шк., 2008. – 479 с.
3. Киношенко, Е. И. Медицина неотложных состояний / Е. И. Киношенко // Укр. мед. журн. – 2016. – №3. – С. 10-26.
4. Маянская, С. Д. Эндотелиальная дисфункция и острый коронарный синдром / С. Д. Маянская, А. Д. Куимов // Рос. кардиол. журн. – 2011. – № 2. – С. 76–84.
5. Оганов, Р. Г., Мамедов, М. Н. Национальные клинические рекомендации / Р. Г. Оганов, М. Н. Мамедов. – Москва: ВНОК, 2009. – 375 с.
6. Эрлих А. Д., Грацианский Н. А. Острый коронарный синдром без подъемов сегмента ST в практике российских стационаров: сравнительные данные регистров Рекорд-2 и Рекорд / А. Д. Эрлих, Н. А. Грацианский // Рос. кардиол. журн. – 2012. – №10. – С. 9–16.

УДК 616.127-005.8

А. В. Вазюро, С. В. Смянович, студенты

1-я кафедра внутренних болезней

УО Белорусский ГМУ, г. Минск, Республика Беларусь

Научные руководители: к.м.н., доцент С. Е. Алексейчик; к.м.н., доцент Т. А. Гончарик

ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST – АНАЛИЗ ШАНСОВ МНОГОСОСУДИСТОГО ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА

В настоящее время ишемическая болезнь сердца (ИБС) является основной причиной смертности в большинстве развитых стран мира, в том числе и в Республике Беларусь [1]. Принимая во внимание большую частоту инвалидизации и сложность реабилитации пациентов с инфарктом миокарда (ИМ), ИБС представляет собой не только медицинскую, но и государственную проблему [2,3]. Таким образом, вопросы ведения пациентов с ИБС являются крайне актуальными.

Доклиническая помощь – первый и один из самых важных этапов оказания медицинской помощи. На данном этапе важно определить шансы одно- и мультисосудистого поражения коронарного русла ввиду дифференциального подхода к логистике пациента [4].

Цель исследования: установить группу признаков, свидетельствующих о высокой вероятности диагностики мультисосудистого поражения коронарного кровотока.

Материалы и методы: изучена медицинская документация 150 пациентов с ОКС без подъема сегмента ST, находившихся на стационарном лечении в кардиологических отделениях в УЗ «10 ГКБ» с 2016 по 2017 год. Особое внимание уделялось изучению результатов коронароангиографии; данное исследование было проведено всем пациентам в течение первых 72 часов. По результатам коронароангиографии было сформировано две группы: I группа (N=78) – пациенты с однососудистым поражением коронарного русла; II (N=72) – пациенты с мультисосудистым поражением.

У всех пациентов были выявлены факторы риска, влияющие на число пораженных артерий и уровень их стеноза: возраст, сахарный диабет (СД), нарушение жирового обмена (НЖО), артериальная гипертензия (АГ), хроническая сердечная недостаточность (ХСН), ИМ в анамнезе, стенокардия в анамнезе, оценка факторов риска по шкале GRACE, курение, дислипидемия, повышенный уровень тропонинов. Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью программ Excel, Statistica10, Medcalc.

Результаты и обсуждение: средний возраст пациентов составил 69,6 [57;81] года, мужчины – 58%, женщины – 42%, средний показатель по шкале GRACE = 136.

Среди факторов риска, влияющих на степень поражения сосудов, наиболее часто встречались ХСН – у 109 пациентов (72,67 %), СД – 98 пациентов (65,10 %), дислипидемия – 92 пациента (61,30 %), АГ – у 90 пациентов (60,00 %).

По результатам коронароангиографии пациенты были разделены на две группы: I группа (n=78) – однососудистое поражение коронарного русла; II (n=72) – мультисосудистое поражение, пациенты обеих групп проанализированы в зависимости от наличия или отсутствия факторов риска. Статистически значимые отличия не выявлены только по показателю – возраст (p=0,189) (таблица 1).

Таблица 1 - Число пациентов с моно- и мультифокальным поражением в зависимости от наличия или отсутствия факторов риска

Признак (абс.)	Монососудистое поражение N=78	Мультисосудистое поражение N=72	P
GRACE>140	8	68	<0,001
GRACE<140	70	4	
Старше 55 лет	62	63	0,189
Младше 55 лет	16	9	
ИМ в анамнезе	5	51	<0,001
Нет ИМ в анамнезе	73	21	
Есть СД	42	57	0,002
Нет СД	36	15	
Есть АГ	36	71	<0,001
Нет АГ	42	1	
НЖО	31	50	<0,001
Нет НЖО	47	22	
Есть ХСН	39	70	0,040
Нет ХСН	39	2	
Стенокардия	21	49	<0,001
Нет стенокардии	57	23	
Курение >10 лет	19	32	0,010
Курение <10лет/ нет	59	40	
Дислипидемия	36	56	<0,001
Нет дислипидемии	42	17	
Повышенный уровень тропонина	19	41	<0,001

В ходе исследования рассчитано отношение шансов – статистический показатель, один из основных способов описать в численном выражении то, насколько отсутствие или наличие определенного исхода связано с присутствием или отсутствием определенного фактора в конкретной статистической группе.

Для оценки значимости отношения шансов рассчитывались границы 95 % доверительного интервала при помощи программы MedCalc.

Выявлено, что при возрасте старше 55 лет, НЖО, СД, ХСН, стенокардии и ИМ в анамнезе, АГ, стаже курения больше 10 лет, при повышении уровня тропонинов, дислипидемии значительно повышается шанс более частого развития мультисосудистого поражения коронарных сосудов (таблица 2).

Были выявлены статистически значимые отрицательные корреляционные связи между количеством пораженных коронарных артерий и следующими переменными: возраст (р-Спирмена 0,611), ИМ в анамнезе (р-Спирмена 0,665), СД (р-Спирмена 0,267), повышение тропонинов (р-Спирмена 0,332), НЖО (р-Спирмена 0,298), ХСН (р-Спирмена 0,529), стенокардия (р-Спирмена 0,412), показатель шкалы GRACE (р-Спирмена 0,773) (р<0,05).

Это означает, что при увеличении возраста, показателя по шкале GRACE, числа ИМ в анамнезе, уровня тропонинов в сыворотке крови, степени НЖО, длительности СД, ХСН и стенокардии в анамнезе, снижается число монососудистого поражения коронарных сосудов.

Таблица 2 – Отношение шансов. Мультисосудистое поражение

Признак	OR	95% CI
Возраст > 55 лет	1,8	0,74 – 4,4
Повышенный уровень тропонинов	4,11	2,04–8,24
НЖО	3,45	1,75 – 6,78
СД	3,26	1,58 – 6,71
ХСН	35,0	8,02 – 152,83
Курение 10>лет	2,48	1,24 – 4,99
Стенокардия	5,78	2,86 – 11,69
АГ	3,5	1,74 – 7,01
Дислипидемия	4,08	2,00 – 8,32
ИМ в анамнезе	35,46	12,55 – 100,2

Выводы: установлена группа признаков, определяющих высокий относительный шанс прогнозирования мультисосудистого поражения коронарного русла: возраст более 55 лет; инфаркт миокарда в анамнезе; стенокардии в анамнезе; наличие нарушений жирового обмена, ХСН, СД.

Литература

1. Горбачев, В. В. Ишемическая болезнь сердца: учеб. пособие для слушателей системы последипломн. мед. образования / В. В. Горбачев. – Минск: Выш. шк., 2008. – 479 с.

2. Дубикайтис, Т. А. Лекции: острый коронарный синдром / Т. А. Дубикайтис // Российский семейный врач. – 2017. – №14. – С. 5–16.
3. Киношенко, Е. И. Медицина неотложных состояний / Е. И. Киношенко // Укр. мед.журн. – 2016. – №3. – С. 10–26.
4. Эрлих А. Д., Грацианский Н. А. Острый коронарный синдром без подъемов сегмента ST в практике российских стационаров: сравнительные данные регистров Рекорд-2 и Рекорд /А. Д. Эрлих, Н. А. Грацианский // Рос.кардиол. журн. – 2012. – №10. – С.9 – 16.

УДК 616 – 089.843:614.253 (471.331)

И. В. Вакарчук, аспирант; Р. Н. Чирков, заведующий кафедрой;

Р. Н. Башилов, С. М. Башилова, доценты

Кафедра онкологии и паллиативной медицины

Кафедра философии и психологии с курсами биоэтики и истории Отечества

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

с курсом менеджмента ФДПО и ординатуры

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

БИОЭТИЧЕСКИЕ ОРИЕНТИРЫ ВРАЧЕЙ ТВЕРСКОГО РЕГИОНА И СТУДЕНТОВ ТВЕРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ПО ПРОБЛЕМАМ, ВОЗНИКАЮЩИМ ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ

Клиническая трансплантология – это признанный обществом современный метод лечения, который подарил возможность продления жизни больным, ранее считавшимся безнадежными, но вместе с этим породил ряд новых непростых моральных, юридических и социальных проблем.

По мнению ведущего отечественного специалиста в данной области академика Шумакова В. И.: «Ни одно из достижений современной медицины не является столь эффективным, как трансплантация органов человеку. Успехи хирургов в трансплантации не только отдельных органов, но и систем органов из одного организма в другой можно сравнить с подвигами в космосе. За последние 30 лет благодаря трансплантации органов удалось спасти жизнь или повысить ее качество многим людям»[1].

Первой из биоэтических дилемм при трансплантации органов и тканей является проблема живого донорства, когда органы изымаются у живого человека.

При трансплантации органов от живых доноров врачи впервые за всю историю медицины попали в ситуацию, когда необходимо оперировать совершенно здорового человека и удалять у него для пересадки неповрежденный орган [2]. При этом нарушается один из основополагающих принципов биомедицины «не навреди». Пересадка органов от живого донора сопряжена с серьезным риском для последнего. Во-первых, это риск связан с проведением самой хирургической операции, которая является значительной психофизиологической травмой. Во-вторых, лишившись одного из парных органов или части непарного органа, донор становится, в большей степени, уязвимым к неблагоприятным внешним воздействиям, что чревато развитием различных форм патологии [3].

Вместе с этим в обществе вызывают споры механизмы забора органов и тканей у мертвого человека.

Существуют два основных механизма получения согласия на изъятие органов от трупа. К ним относится «система согласия (договора)», или «испрошенное согласие» и «система презумпции согласия (отсутствие договора, предполагаемое согласие)», или «неиспрошенное согласие». Как в случае «системы согласия», так и в случае «системы отсутствия согласия» изъятию органа воспрепятствуют любые заявления и свидетельства об отрицательной позиции умершего или близких ему лиц по вопросу изъятия органов.

Если после смерти какого-либо лица не остается никакого подтверждения его отрицательного отношения к изъятию органа, то по «системе согласия» на изъятие органа обычно требуется согласие соответствующего члена семьи. По «системе отсутствия согласия» никакого согласия не требуется, однако члены семьи могут по своей инициативе заявить об отрицательной позиции умершего либо своей.

Этически важно, чтобы подобная процедура в двух ее моделях гарантировала право индивидуума отдать орган после смерти, одновременно сохраняя его право отказаться. Так, по «системе отсутствия согласия» («презумпция согласия», «предполагаемое согласие»), если потенциальный донор предварительно при жизни не заявлял, что возражает против изъятия своих органов после смерти, то врачи имеют право считать, что препятствий нет, и органы можно изъять, не поставив в известность ближайших родственников. «Система согласия» предполагает процедуру ее документального оформления в виде «карточки донора» для лица, выразившего согласие на изъятие органов из его тела в случае смерти.

Как видно из приведенного текста, готовность к донорству органов нигде не регистрируется и никакие сведения об этом не собираются и не сохраняются. И, что особенно важно, индивидуум в случае изменения своего решения может просто уничтожить это удостоверение.

В США процедура получения карточки донора чаще всего проводится при оформлении водительских удостоверений. «Система согласия» принята в законодательствах по здравоохранению США, Канады, Германии, Франции, Италии, «система отсутствия согласия» — в Австрии, Бельгии, Дании. Статистически, исходя из максимально возможной доступности донорских органов, «система отсутствия согласия» («предполагаемое согласие», «презумпция согласия») более адекватна и эффективна для целей клинической трансплантации.

Так, в Австрии это 28,2-34,2 использованных для получения органов доноров на миллион народонаселения, а в США, при системе согласия, только 21,2—22,4.

Принятая законом РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека» система предполагаемого согласия («презумпция согласия»), по нашему мнению, является на сегодняшний день наиболее приемлемой для социальной структуры нашего общества.

Однако процесс получения согласия на изъятие органов по-прежнему является в нашей стране основным фактором, сдерживающим развитие (расширение) органного донорства. Этическая сложность заключается в том, что медицина в целом и врачи персонально несут ответственность за получение «испрошенного» либо «неиспрошенного» согласия. Получение «испрошенного согласия» не всегда представляется возможным, а принятие решения о «неиспрошенном согласии» в условиях почти полной неинформированности населения по правовым вопросам органного донорства может иметь в дальнейшем негативные последствия для должностного лица со стороны родственников умершего.

Еще одна проблема трансплантологии – это дефицит донорского материала.

Состояние «дефицита донорских органов» - это хроническое несоответствие между «спросом» на них и «предложением». В любой (данный) момент времени приблизительно 8-10 тыс. человек ожидают донорский орган, что заставляет специалистов-трансплантологов искать и находить «пути» к стабильным источникам донорского материала. Один из таких

«путей» приводит к необходимости установления «момента смерти», что значительно расширяет, с точки зрения специалистов, возможности получения органов для трансплантации. Еще одним «путем» становится «ранняя констатация смерти мозга»; другой «путь» - выявление «потенциальных доноров» [4].

С одной стороны, стало очевидным, что центр тяжести проблемы смерти мозга переносится в социальную плоскость - надежность диагностики этого состояния зависит от уровня профессиональной подготовки врачей, оснащенности реанимационных отделений соответствующими средствами диагностики, строгости следования профессиональным и этическим стандартам и, конечно, соответствующим юридическим нормам всех врачей, принимающих такого рода решения [5].

С другой стороны, сегодня перед каждым из нас встает задача определить судьбу и участь своего тела после смерти. Это далеко не единственная из весьма неприятных задач, перед которыми оказывается человек, живущий в условиях техногенной цивилизации. Такие условия определяют новый уровень ответственности человека и за себя, и за своих близких, и за благополучие общества. По сути дела, в пространстве современной медицины формируется новый рубеж старой борьбы за человеческие души [6].

Существует проблема справедливого отбора больных для проведения пересадки органов.

Можно сказать, что «Лист ожидания», очередность получения донорских органов во многом выстраивает Судьба, так как очень важную роль в современной трансплантологии играют вопросы иммунологической совместимости реципиента и донора. Современная медицина до сих пор не может похвастаться идеальным соединением чужеродных тканей. Правда, современные трансплантологи хорошо знают, что, если реципиенту имплантируется почка близкого родственника, а такие случаи предусмотрены законом, приживление происходит активнее, чем если бы это был случайно выбранный донорский орган. Но даже это не гарантирует стопроцентный успех операций. Отторжение все равно возможно.

Вероятно, в будущем, при открытии реальной возможности иммунологической толерантности, принципиальное значение этой сугубо трансплантологической особенности в выборе больного исчезнет [7].

«Приоритет распределения донорских органов не должен определяться выявлением преимущества отдельных групп и специальным финансированием». Второе: «Донорские органы должны пересаживать наиболее оптимальному пациенту исключительно по медицинским (иммунологическим) показателям» [1].

По единодушному мнению медицинской общественности, правоведов, специалистов в области этики и, согласно сложившемуся механизму, назначается врач (хирург, координатор программы), ответственный за распределение органов и сохраняющий их для общего фонда больных, нуждающихся в трансплантации. Контингент потенциальных больных реципиентов определяется и формируется в виде «листа ожидания» на региональном, национальном и межнациональном уровнях через трансплантационные объединения. Существующий порядок и правила деятельности этих организаций не дают возможности врачу-трансплантологу использовать донорский орган в пользу конкретного лица, вместо передачи его в единый фонд реципиентов, для последующего

централизованного распределения по «листу ожидания» или обмена между центрами трансплантации [8].

Цель исследования: сравнить биоэтические ценности у практикующих медиков Тверской области и студентов Тверского медицинского университета. В частности, мы проследили биоэтические установки респондентов по проблемам, возникающим при трансплантации органов и тканей.

Материалы и методы: для определения ценностных представлений по проблеме эвтаназии проведено анкетирование в 2004 и 2012 годах среди 488 врачей (со стажем работы более пяти лет, в возрасте до 40 лет и достигших 40 лет и старше), проживающих в Тверском регионе и студентов медицинского университета (выборка 237 человека).

Результаты и обсуждение: применение такой биотехнологии, как трансплантация органов и тканей, считают допустимым практически все опрошенные студенты (94,2 %). Наиболее приемлемым видом трансплантации большинство студентов считают пересадку органов от мертвых доноров (72,3 %). При этом большинство студентов (70,5 %) считают, что забор органов от мертвого донора должен производиться исключительно при наличии прижизненного согласия донора. Большинство врачей, независимо от профессионального опыта и возраста, считают допустимым пересадку органов и тканей. Но, в отличие от студентов, большая часть врачей разных возрастных границ допускала забор органов при отсутствии прижизненного отказа.

Заключение: у студентов мнение полностью соответствует современным биоэтическим принципам и правилам взаимодействия врача и пациента – принцип уважения автономии личности и правило добровольного информированного согласия. Вместе с этим, практикующие врачи осознают всю социально-психологическую сложность получения согласия на забор органа для последующей трансплантации.

Литература

1. Трансплантология: Руководство / Под. ред. акад. В. Шумакова. – М., 1995. - 391 с.
2. Петровский Б. В. Белорусов О. С. Деонтологические и социально-правовые аспекты клинической трансплантологии жизненно важных органов // Деонтология в медицине (ред. Б. В. Петровский). Т. 1. – М.: Медицина, 1988. – С. 206-238.
3. Введение в биоэтику // Под ред. Б. Л. Юдина, П. Д. Тищенко. – М., 1998. - С. 297.
4. Силуянова И. В. Этика врачевания / Современная медицина и Православие/ М., 2001.
5. Башилова С. М. Танатологический дискурс и социальные практики адаптации: диссертация на соискание ученой степени кандидата философских наук. - Тверь, 2011.- 175 с.
6. Башилов Р. Н. Проблема социальной ответственности в дискурсе биоэтики: дисс. канд. филос. наук. - Тверь, 2005. -164 с.
7. Morris P. Prospects in Transplantation // Transpl. Proc. – Vol. 23, № 4. – 1991.- 2133-2137.
8. Евстифеева Е. А. Философия и психология здоровья: новые модели врачевания. Коллективная монография / Е. А. Евстифеева, С. И. Филиппченкова, Р.Н. Башилов и др./ Тверь, 2010. - 180 с.

КЛИНИЧЕСКАЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

На сегодняшний день частота встречаемости врожденных пороков сердца (ВПС) высока. Мировая статистика показывает, что частота рождения детей с ВПС составляет 6–8 на 1000 живорождений [1]. База данных Белорусского регистра ВПР ежегодно пополняется более чем 2,5 случаев. Первое место в структуре регистрируемых аномалий развития занимают пороки сердца, на которые в сумме приходится около трети всех диагностированных случаев (1 на 150 новорожденных).

ВПС - заболевания, возникающие из-за различных нарушений нормального формирования сердца и отходящих от него сосудов во внутриутробном периоде или остановки его развития после рождения. Причиной их могут быть перенесенные во время беременности травмы, инфекции, недостаток в пище витаминов, лучевые воздействия, гормональные расстройства [2].

Цель исследования: изучить клинические и функционально-диагностические особенности сердечно-сосудистой системы у детей с ВПС.

Материалы и методы: в кардиоревматологическом отделении Гомельской областной детской клинической больницы обследовано 40 детей в возрасте от 1 до 17 лет (средний возраст 10,6 года) с основным клиническим диагнозом: ВПС, 20 мальчиков и 20 девочек. Диагноз устанавливался на основании данных анамнеза, физикального, электрокардиографического, рентгенологического и ультразвукового обследований. Также детям проводилась ЭКГ с физической нагрузкой (тредмил-тест).

Результаты и обсуждение: наиболее часто встречались пороки с обогащением малого круга кровообращения, включающие дефект межпредсердной перегородки, дефект межжелудочковой перегородки, открытый артериальный порок, D-транспозиция магистральных сосудов - 22 детей (55 %). Пороки с обеднением малого круга кровообращения (тетрада Фалло, стеноз легочной артерии) - выявлены у 2 (5 %), недостаточность аортального клапана - у 6 детей (15 %), двустворчатый аортальный клапан - у 4 детей (10 %), коарктация аорты - у 3 детей (7,5 %), комбинированное отхождение магистральных сосудов от правого желудочка - у 1 ребенка (2,5 %), гипоплазия нисходящей аорты и перешейка - у 1 ребенка (2,5 %), единственный желудочек сердца - у 1 (2,5 %).

При изучении данных объективного обследования детей с ВПС было выявлено, что систолический шум наблюдался у 100 % обследованных. Приглушенность тонов и расширение границ сердца имели 34 (85 %) и 10 (25 %) пациентов соответственно. Дыхательные расстройства (втяжение межреберных промежутков) наблюдались у 15 детей (37,5 %). В 40 % случаев у детей наблюдались бледность кожных покровов и отставание в физическом развитии.

Для оценки степени сердечной недостаточности кровообращения (НК) у детей использовалась классификация Н. Д. Стражеско и В. Х. Василенко, по которой хроническая сердечная недостаточность (ХСН) делится на три стадии: НК 1, НК 2а, НК 2б, НК 3 [2].

Проявления ХСН имели 26 (65 %) пациентов с ВПС, при этом признаки НК 1 степени были у 23 (57,5 %), НК 2а степени – у 3 (7,5 %) детей.

ЭКГ-изменения наблюдались у 35 (87,5 %) наблюдаемых, при этом синусовая брадикардия у 6 (15%) детей; синусовая тахикардия - у 4 (10 %) пациентов; неполная блокада правой ножки пучка Гиса - у 12 (30 %) лиц; полная блокада правой ножки пучка Гиса - у 4 (10 %) детей; синдром ранней реполяризации желудочков зарегистрирована в 4 (10 %) случаях; гипертрофия левого желудочка - у 3 (7,5 %) лиц; перегрузка правого желудочка - у 2 (5 %) детей.

По данным рентгенологического исследования, патология была выявлена у 14 пациентов (35 %): гиперволемиа малого круга - 6 (15 %) человек, увеличенные сегменты сердца - 7 (17,5 %) детей, удлинена желудочковая дуга, верхушка сердца закруглена - у 1 (2,5 %) ребенка.

Изучалась сопутствующая патология у новорожденных с ВПС, которая могла оказывать влияние на течение и прогноз заболевания. У большинства обследованных детей было выявлено увеличение печени и селезенки - 7 (35 %) случаев; диффузные изменения паренхимы поджелудочной железы - 4 (20 %) случая; фиксированный изгиб желчного пузыря в верхней трети - 3 (15 %) детей.

Выводы

1. В структуре ВПС у детей преобладали пороки с обогащением малого круга кровообращения.
2. По данным ЭКГ для большинства детей с ВПС были характерны нарушения проводимости, по данным рентгенографии преобладали признаки увеличения сегментов сердца.
3. Среди сопутствующей патологии у пациентов с ВПС преобладали гепато- и спленомегалия, что может свидетельствовать о тяжести течения заболевания.

Литература

1. Бокерия Л. А., Подзолков В. П. Проблема врожденных пороков сердца: современное состояние и перспективы решения / Л. А. Бокерия, В. П. Подзолков // Российские медицинские вести. – 2001. – №3. – С. 70-72.
2. UNSCEAR. Hereditary Effects of Radiation: 2001 Report to the General Assembly with scientific annex. New York: United Nations Scientific Committee on the Effects of Atomic Radiation. – 160 p.
3. Мутафьян О. А. Пороки и малые аномалии сердца у детей и подростков // Мутафьян О. А. – 2010. – 478 с.
4. Benedeto-Stojanov D., Nagorni A., Bjelaković G., Stojanov D., Mladenović B., Djeniћ N. The model for the end-stage liver disease and Child-Pugh score in predicting prognosis in patients

- with liver cirrhosis and esophageal variceal bleeding /D.Benedeto-Stojanov [et al]// Vojnosanit Pregl. – 2009. – V. 66 (9) – P. 724-728.
5. Fontan F, Mounicot FB, Baudet E, et al. "Correction" of tricuspid atresia. 2 cases "corrected" using a new surgical technic/ F. Fontan// Ann Chir Thorac Cardiovasc – 1971. – V.10. – P. 39–47.

УДК 618.14–006.36–07

Д. Л. Воскресенская, аспирант

Лаборатория клинической иммунологии

ФГБУ Ивановский НИИ материнства и детства им. В. Н. Городкова Минздрава России,
г. Иваново, Россия

Научные руководители: д.м.н., профессор А. И. Малышкина, д.б.н., Ю. С. Анциферова

ОСОБЕННОСТИ СИНТЕЗА КОЛЛАГЕНА В МИОМАТОЗНЫХ УЗЛАХ ПАЦИЕНТОК С ЛЕЙОМИОМОЙ МАТКИ РАЗЛИЧНЫХ РАЗМЕРОВ И ТИПОВ РОСТА

Лейомиома матки (ЛМ) – доброкачественная гормонально-зависимая опухоль, развивающаяся в миометрии в результате гипертрофии и пролиферации элементов мышечной и соединительной ткани [1]. Она является весьма распространенной доброкачественной опухолью женских половых органов и наблюдается у 35-50 % женщин репродуктивного возраста, занимая второе место в структуре гинекологических заболеваний [2]. Имея все признаки доброкачественной опухоли, ЛМ характеризуется чрезмерной аккумуляцией экстрацеллюлярного матрикса (ЭЦМ), представленного преимущественно фибриллами коллагена, фибронектином и протеогликанами [3]. Предполагается, что увеличение размеров ЛМ в большинстве случаев происходит не за счет усиленной клеточной пролиферации, а за счет активной продукции опухолевыми фибробластами компонентов ЭЦМ, преимущественно коллагена 1 типа. Но процессы, регулирующие выработку ЭЦМ в миоматозных узлах, до конца пока еще не установлены. В литературе отсутствуют данные о взаимосвязи между интенсивностью продукции коллагена и особенностями роста ЛМ.

Цель исследования: установить особенности экспрессии мРНК коллагена 1A1 в ЛМ и выявить зависимость уровня синтеза коллагена 1A1 от размера опухоли и уровня пролиферативной активности лейомиоцитов.

Материалы и методы: в условиях IV гинекологического отделения клиники ФГБУ «Ивановский НИИ МиД им. В. Н. Городкова» Минздрава России была обследована 41 женщина с ЛМ в возрасте 27 – 42 лет, поступившая на оперативное лечение. У 21 женщины была диагностирована ЛМ больших размеров (6 см и более), а у 20 пациенток ЛМ была малых размеров (менее 6 см). Материалом для исследования служили образцы ткани миоматозных узлов и неизмененного миометрия, которые были получены в ходе оперативного вмешательства. Из ткани выделяли тотальную РНК, переводили ее в кДНК с помощью коммерческого набора ферментов производства ООО «Фрактал Био» (Россия, г. Санкт-Петербург). Затем проводили количественную оценку уровня экспрессии мРНК Ki67 (маркера пролиферации), коллагена 1A1 типа (COL1A1) и β-актина («гена домашнего хозяйства») методом обратнo транскрипционной количественной полимеразной цепной реакции (ОТ-ПЦР) в режиме реального времени на амплификаторе iCyclerIQ (BIO-RAD, USA). В работе использовались наборы ферментов, праймеров и зондов производства ООО «Фрактал Био» (Россия, г. Санкт-Петербург). Все результаты по экспрессии изучаемых генов представлены как нормализованное относительно уровня экспрессии мРНК гена домашнего хозяйства (β-актина) количество копий пар специфического гена в образце $\times 10^3$ /мкл. При

статистической обработке результатов по экспрессии мРНК изучаемых генов была проведена оценка нормальности распределения данных в выборках с использованием критерия Колмогорова-Смирнова и Лиллифорса. Было установлено, что распределение в выборках отличалось от нормального, поэтому при расчете достоверности различий в группах использовали непараметрический критерий Манна-Уитни. Все полученные данные по уровню экспрессии мРНК генов представлены в виде медианы, 25 % и 75 % перцентилей. Различия в группах оценивались как статистически достоверными при уровне значимости $p < 0.05$.

Результаты и обсуждение: все обследованные пациентки были фертильного возраста, показатель среднего возраста в группе составил $36,2 \pm 1,2$ года. Размер миоматозного узла в обследованной группе варьировал от 3 до 12 см и, в среднем, составил $5,95 \pm 2,0$ см. Анализ данных ПЦР исследования показал, что уровень экспрессии мРНК COL1A1 в неизмененном миометрии и в миоматозных узлах достоверно не различался (миометрий – $9,05 [1,25-15,54]$ нормализованного количества копий пар $\times 10^3/\text{мкл}$, миоматозные узлы – $0,07 [0-20,24]$ нормализованного количества копий пар $\times 10^3/\text{мкл}$, $p > 0,05$). При этом выявили существенное увеличение экспрессии мРНК Ki67 в миоматозных узлах по сравнению с показателем в миометрии (миометрий – $0 [0-0]$ нормализованного количества копий пар $\times 10^3/\text{мкл}$, ЛМ – $0,04 [0-1,3]$ нормализованного количества копий пар $\times 10^3/\text{мкл}$, $p < 0,05$). Для уточнения взаимосвязи характера экспрессии мРНК COL1A1 с особенностями роста миоматозных узлов провели дифференцированный анализ данных в зависимости от размера опухоли. Среди обследованных пациенток мы выделили две подгруппы – с ЛМ больших и малых размеров. У пациенток первой подгруппы размер миоматозного узла варьировал от 6 до 12 см и, в среднем, составил $7,52 \pm 1,3$ см. Во второй подгруппе размер миоматозного узла варьировал от 3 до 5 см и, в среднем, составил $3,9 \pm 0,8$ см. Анализ данных синтеза коллагена показал, что в подгруппе с ЛМ больших размеров уровень экспрессии мРНК COL1A1 был значительно снижен по сравнению с миометрием ($0 [0-0,4]$ нормализованного количества копий пар $\times 10^3/\text{мкл}$, $p < 0,001$), тогда как в миоматозных узлах малых размеров экспрессия мРНК COL1A1 не отличалась от таковой в миометрии ($1,05 [0-37,35]$ нормализованного количества копий пар $\times 10^3/\text{мкл}$, $p > 0,05$). Сравнительный анализ данных в подгруппах с различным размером опухоли показал, что уровень экспрессии мРНК COL1A1 у пациенток с ЛМ малых размеров был значительно выше, чем у пациенток с ЛМ больших размеров ($p < 0,05$).

Таким образом, полученные результаты позволяют говорить о том, что усиленный синтез коллагена идет в узлах меньших размеров и, соответственно, именно эти узлы обладают большим потенциалом к росту. Полученные данные хорошо согласуются с данными литературы. Так, в работе М. David с соавторами (2014) было показано, что ЛМ малых и средних размеров (2-5 см), в целом, характеризуются большей способностью к быстрому росту, чем ЛМ больших размеров (> 5 см). При этом другие клинические показатели, такие как возраст, локализация миоматозного узла не были связаны со способностью опухоли к росту [4]. Единого мнения о механизмах, определяющих большую способность к росту опухолей меньшего размера, пока не существует. Высказывались предположения, что различная способность к росту миоматозных узлов регулируется на

молекулярном уровне и определяется половыми стероидными гормонами и факторами роста [4, 5], а также зависит от особенностей клеточного состава малых и больших ЛМ [6].

Учитывая полученные результаты, можно предположить, что различная способность к росту опухолей малых и больших размеров непосредственно связана с высоким уровнем синтеза коллагена клетками миоматозных узлов малых размеров. Мы также попытались установить взаимосвязь между активностью синтеза коллагена 1A1 и интенсивностью пролиферации в ткани опухоли. Для этого выделили подгруппу с высоким уровнем экспрессии мРНККі67 (>1) и подгруппу с низкими или нулевыми значениями экспрессии мРНККі67 (<1). Анализ данных показал, что уровень экспрессии мРНКCOL1A1 был достоверно ниже в подгруппе пациенток с высокой пролиферативной активностью в опухолевой ткани по сравнению с миометрием (0 [0-0,48] нормализованного количества копий пар $\times 10^3$ /мкл, $p < 0,05$). При этом уровень экспрессии мРНКCOL1A1 в подгруппе пациенток с низким уровнем пролиферации в миоматозных узлах не отличается от показателей миометрия (0,7 [0-21,22] нормализованного количества копий пар $\times 10^3$ /мкл, $p > 0,05$). Сравнительный анализ в подгруппах с различной интенсивностью пролиферации показал, что синтез COL1A1 в подгруппе пациенток с высокой экспрессией Кі67 в миоматозных узлах был ниже, чем у пациенток с низкой экспрессией Кі67, однако это различие не было статистически значимым и имело характер выраженной тенденции ($p = 0,12$).

Таким образом, полученные результаты позволяют говорить о том, что в случаях высокой пролиферативной активности лейомиоцитов синтез коллагена в ткани опухоли снижен, и, напротив, при низком уровне пролиферации в миоматозных узлах резко повышена продукция коллагена. Скорее всего, это связано с различными механизмами, регулирующими продукцию компонентов ЭЦМ и пролиферацию в ЛМ. Так, хорошо известно, что трансформирующий фактор роста β (TGF β) в высоких концентрациях усиливает выработку коллагена и при этом оказывает антипролиферативное действие [7]. По-видимому, усиление пролиферации клеток опухоли и повышенная выработка компонентов ЭЦМ являются противоположными процессами, определяющими два основных механизма увеличения размеров миоматозных узлов – либо за счет пролиферации, либо за счет выработки компонентов ЭЦМ.

Выводы

1. В ткани ЛМ вне зависимости от ее размеров усилена пролиферативная активность по сравнению с неизменным миометрием.
2. У пациенток с ЛМ малых размеров синтез коллагена повышен по сравнению с пациентками с ЛМ больших размеров.
3. У пациенток с высоким уровнем пролиферативной активности в опухолевой ткани отмечается низкий уровень экспрессии мРНК коллагена по сравнению с таковым в миометрии и миоматозных узлах, характеризующихся низкой пролиферативной активностью.

Работа поддержана грантом РФФИ № 18-015-00405

Литература

1. Миома матки (современные проблемы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения) / под ред. И. С. Сидоровой. – М. Медицинское информационное общество, 2002. – 256 с.
2. Иммунные механизмы быстрого роста миомы матки: монография / А. И. Малышкина, Н. Ю. Сотникова, Ю. С. Анциферова, А. К. Красильникова. – Иваново: ОАО «Издательство «Иваново», 2010. – 272 с.
3. Chegini N. Proinflammatory and profibrotic mediators: Principal effectors of leiomyoma development as a fibrotic disorder// *Semin Reprod Med.* – 2010. – № 28 (3). – P. 180–203.
4. David M., Adams L., Stupin J.H. Natural size development of myomata – ultrasound observational study of 55 premenopausal patients// *Geburtshilfe Frauenheilkd.* – 2014. – № 74. – P. 75–80.
5. Клиническое значение иммунологических показателей для прогнозирования и дифференциальной диагностики быстрого роста миомы матки / А. И. Малышкина, Л. В. Посисеева, Н. Ю. Сотникова, Ю. С. Анциферова // *Российский вестник акушера-гинеколога.* – 2004. – №4. – С.15.
6. Differences in the cellular composition of small versus large uterine fibroids/ S. J. Holdsworth-Carson, D. Zhao, L. Cann, S. Bittinger, C. J. Nowell, P. A. Rogers // *Reproduction.* – 2016. – № 152 (5). – P. 467–480.
7. Myometrial cells undergo fibrotic transformation under the influence of transforming growth factor beta-3 / D. S. Joseph, M. Malik, S. Nurudeen, W. H. Catherino // *Fertility and Sterility.* – 2010. – № 93 (5). – P. 1500–1508.

УДК 616.5:617.52+616.71:617.52]-056.7-053.2-056.24(100)

К. В. Голикова, научный сотрудник

Лаборатория медицинской экспертизы и реабилитации детей

ГУ Республиканский НПЦ медицинской экспертизы и реабилитации,

п. Городище, Республика Беларусь

Научный руководитель: к.м.н. В. В. Голикова

МОРФОСТРУКТУРНЫЕ НАРУШЕНИЯ, ФОРМИРУЮЩИЕ СТЕПЕНЬ УТРАТЫ ЗДОРОВЬЯ, У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ДЕФЕКТАМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА И КОСТЕЙ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА С ПОЗИЦИИ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ

Общая частота морфологических пороков развития у детей первого года жизни составляет 30 %, а удельный вес множественных пороков среди морфологических аномалий достигает 20 %. По данным ВОЗ, 20 % детской заболеваемости и инвалидности, а также 15-20 % перинатальной смертности вызваны пороками развития [1-2]. Одно из лидирующих мест в структуре инвалидности детского населения принадлежит врожденным аномалиям развития, также врожденные дефекты являются главными причинами перинатальной смертности и инвалидности с детства [3-5].

Цель исследования: выделить критериальные показатели структур с позиции МКФ, формирующие степень утраты здоровья у детей с врожденными дефектами мягких тканей лица и костей лицевого скелета.

Задачи: 1. Выделить структурные нарушения в зависимости от СУЗ. 2. Провести буквенно-числовое кодирование структур с позиции МКФ.

Материалы и методы: объектом исследования являлись 46 лиц в возрасте от 2 месяцев до 16 лет с врожденными дефектами мягких тканей лица и костей лицевого скелета. Применялись следующие методы: статистические, клинические, клинично-функциональные, клинично-экспертные, социологические, выкопировка данных.

Результаты и обсуждение: анализ данных клинично-функционального обследования и результатов буквенно-числового кодирования морфоструктурных нарушений у детей позволил выделить ведущие критериальные показатели, формирующие степень утраты здоровья.

Среди морфоструктурных нарушений в зависимости от степени утраты здоровья выделены следующие критериальные показатели с позиции МКФ, которые приведены ниже.

С первой степенью утраты здоровья у детей-инвалидов встречались в основном нарушения структуры неба (s3202): твердое небо (s32020) - $80,0 \pm 13,3$ %, мягкое небо (s32021) $70,0 \pm 15,3$ %, а также структуры губы (s3204): верхняя губа (s32040) - $60,0 \pm 16,3$ % и структуры носа (s310): наружный нос (s3100) - $40,0 \pm 16,3$ %, носовая перегородка (s3101) - $10,0 \pm 10,0$ %.

В большинстве случаев отмечалось нарушение структуры неба (s3202): мягкое небо (s32021) - $88,8 \pm 11,1$ %, твердое небо (s32020) - $77,8 \pm 14,7$ % у детей-инвалидов со второй

степенью утраты здоровья. На нарушение структуры губы (s3204) приходилось по 60,0±16,3 %: верхняя губа (s32040).

У детей-инвалидов с третьей степенью утраты здоровья в 84,2±8,6 % отмечалось нарушение структуры губы (s3204): верхняя губа (s32040). В 68,4±11,0 % у анализируемого контингента отмечались нарушения структуры неба (s3202): мягкое небо (s32021), твердое небо (s32020), в 47,4±11,8 % - нарушения структуры носа (s310): наружный нос (s3100).

Выводы: полученные данные свидетельствуют, что у детей с врожденными дефектами костей лицевого скелета наиболее часто встречаются нарушения таких структур как: нарушения структуры носа (s310): наружный нос (s3100), нарушения структуры неба (s3202): твердое небо (s32020), мягкое небо (s32021), нарушение структуры губы (s3204): верхняя губа (s32040), что приводит к ограничению способности к самостоятельному самообслуживанию и общению.

Литература

1. Callen, P. W. Ultrasonography in obstetrics and gynecology / P. W. Callen. - Philadelphia Saunders: ELSEVIER, 2008. – 1239 p.
2. Keeling, J. W. Fetal And Neonatal Pathology / J. W. Keeling, T. Y. Khong. - London: Springer, 2007. – 877 p.
3. Роль врожденных пороков развития в структуре младенческой смертности / Н. Б. Седова [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2005. – № 2. – С. 14-16.
4. Особенности формирования врожденных пороков развития у детей из семей ликвидаторов радиационной аварии / А. Е. Сипягина [и др.] // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2005. – № 2. – С. 53-56.
5. Яковлева, Т. В. Причины и динамика перинатальной смертности в Российской Федерации / Т. В. Яковлева // Здравоохранение Российской Федерации. – 2005. – № 4. – С. 26-28.

В. Н. Горностаева, студентка; В. В. Буланов, доцент
Кафедра философии и психологии с курсами биоэтики и истории Отечества
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Научный руководитель: д.ф.н., доцент В. В. Буланов

ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЙ КОНФЛИКТ ПАЦИЕНТА И ТЕРАПИЯ НООГЕННЫХ НЕВРОЗОВ

В современном обществе появился и приобрел широкое распространение новый – ноогенный – вид неврозов. Эти неврозы, по наблюдению В. Франкла, вызываются отсутствием смысла жизни. Их терапия затрудняется наличием у данной категории больных неявных для них самих мировоззренческих противоречий. Сущность этих противоречий – это экзистенциальный конфликт и потому его исследование необходимо для эффективной терапии ноогенных неврозов.

Цель исследования: доказать, что особенности экзистенциального конфликта пациента должны предопределять специфику терапии ноогенных неврозов.

Задачи: доказать, что:

1. Любому человеку всегда присущ экзистенциальный конфликт;
2. Причина высокой остроты экзистенциального конфликта заключена в неудаче обретения смысла жизни;
3. Причины неудачи обретения смысла жизни взаимосвязаны со спецификой экзистенциального конфликта.

Материалы и методы: выводы, полученные В. Франклом и И. Яломом в ходе анализа их психотерапевтической практики. Используются герменевтический анализ, феноменологическая редукция.

Результаты и обсуждение: как представляется, большим эвристическим потенциалом обладает вывод такого психотерапевта и философа как К. Ясперс о мучительной расщепленности и незавершенности человеческой сущности [6, 321, 378]. Думается, что этот феномен вслед за Э. Фроммом и И. Яломом может быть назван экзистенциальным конфликтом [4, 281; 5, 12]. Но с интерпретацией этого феномена как с расщепленностью человеческой сущности, которая вызвана противоречиями между природными инстинктами и социальным характером [4, 292] сложно согласиться. Думается, что напряженный поиск ценностей (а делать это можно лишь обращаясь к культуре), обретая и систематизируя которые человек надеется смягчить (или даже устранить) эти противоречия [4, 287-289], приводит к возникновению еще одного – культурного – компонента человеческой сущности. Ведя такой поиск, человек целенаправленно дополняет свою сущность в ходе своего существования и тем самым пытается реализовать проект самого себя (а эта попытка, как отмечает Ж.-П. Сартр, придает человеческой экзистенции уникальность [2, 439]). Но, на наш взгляд, результаты такого поиска вовсе не всегда могут смягчить экзистенциальный конфликт: принятые человеком ценности нередко вступают в противоречие как с его инстинктами, так и с присущим ему социальным характером. Поэтому можно исходить из того, что экзистенциальный конфликт присущ любому

человеку, имманентен его сущности и проявляется в противоречиях между ее витальной (инстинктивно-физиологической), социальной (в частности, связанной с социальным характером) и культурной составляющей (в первую очередь ценностным содержанием мировоззрения человека как субъекта культуры). Пример противоречия между витальной и социальной составляющей – одновременная необходимость иметь полноценный сон и качественно выполнять профессиональные обязанности, вызывающая, в частности, дилемму: или выспаться или прийти вовремя на работу. Пример противоречия между витальной и культурной составляющей – одновременная необходимость иметь полноценный сон и следование ценности альтруизма, что проявляется в следующей дилемме: или выспаться или проявить заботу о другом человеке (ребенке или больном взрослом члене семьи). Пример противоречия между социальной и культурной составляющей – одновременная необходимость прийти вовремя на работу и проявить заботу о другом человеке (ребенке или больном взрослом члене семьи). Подобное понимание экзистенциального конфликта позволяет дополнить учение А. Камю об абсурде: абсурдно не только взаимоотношение человека с миром [1, 34], но и взаимоотношение между отдельными компонентами человеческой сущности.

Многое свидетельствует о том, что людьми, больными неврозами, экзистенциальный конфликт тяжелее всего переносится. Об этом свидетельствует наблюдение В. Франкла, по которому предварительным условием успешной терапии неврозов является обретение пациентом решимости столкнуться с тем страхом, который лежит в основе невроза и настолько мучителен, что пациент предпочитает избегать того, что вызывает проявления данного невроза [3, 342]. В частности, если у человека есть фобия рвоты, то он боится всего, что может вызвать эту физиологическую реакцию. Например, у него присутствует невротический страх перед дальними поездками на всех видах транспорта. Нетрудно заметить, что этот страх обостряет присущий ему экзистенциальный конфликт, когда подобные поездки необходимы по социально или ценностно обусловленным причинам.

В свою очередь острый экзистенциальный конфликт содействует развитию особого вида невроза – ноогенного невроза. Этот вид невроза открыт В. Франклом, под ним понимается мучительное отсутствие смысла жизни, преследующее, по его наблюдениям, не менее 20 % взрослого населения США [3, 25-26]. Отсутствие смысла жизни столь мучительно потому, что оно являет собой нехватку убедительного объяснения, во имя каких ценностей стоит жить, для чего нужно к чему-либо стремиться, если постоянно и периодически понимаешь неизбежность своей смерти, ответственности, одиночества и абсурдности человеческого существования. Обоснованность этого вывода подкрепляется результатами психотерапевтической практики И. Ялома, свидетельствующими о том, что базовые страхи нервных больных – перед смертью, свободой, одиночеством и бессмысленностью (иными словами, перед отсутствием смысла жизни) – имеют экзистенциальный характер [5,12]. Ведь все они связаны с проблематичностью человеческой экзистенции, обусловленной, в частности, противоречиями между стремлениями к физиологическому выживанию, к ведению социально приемлемой жизни и к существованию, оправданному следованием тем или иным ценностям.

Если вспоминать пример с фобией рвоты, то можно сказать, что она является неявным проявлением страха перед смертью: ведь эта фобия – это форма бегства от проявлений

физиологического неблагополучия, тогда как наивысшая интенсивность этих проявлений может привести к смерти. Эта фобия, как ни парадоксально может привести и к недооценке смертельной опасности во время дальнего путешествия, например, к выбору более рискованного вида поездки, хотя и менее связанного с данной фобией. Также фобия рвоты обостряет страх перед свободой, точнее, последствиями свободного выбора между используемым транспортом в дальней поездке. Данная фобия содействует сужению круга общения и потому взаимосвязана со страхом перед одиночеством. А последствия всех этих страхов явно усиливают актуальность рокового вопроса «А зачем вообще нужно продолжать столь дискомфортное существование?» Думается, что в первую очередь невротики согласятся с утверждением А. Камю, согласно которому важнейший вопрос философии – это вопрос об отношении к суициду [1, 15-16]. Когда острый экзистенциальный конфликт у человека становится почти невыносимым, при отсутствии смысла жизни переживание сущностных противоречий влияет на нервную систему особенно деструктивно. А ведь это и есть состояние, переживаемое больным ноогенным неврозом.

Можно проследить и взаимосвязь между причинами неудачи в обретении смысла жизни и спецификой экзистенциального конфликта. Так как экзистенциальный конфликт отражает дисгармоничность сущности человека, расщепленной на витальную, социальную и культурную составляющие, причем последняя из них формируется самим человеком в стремлении смягчить противоречие между первыми двумя составляющими, то неудача такой попытки вполне может вызвать длительный стресс. Данный стресс не может не быть связан с фрустрацией смысла жизни, потому что поиск «ценностной системы координат» (точная формулировка Э. Фромма [4, 287]) как способ формирования культурной составляющей призван содействовать обретению этого смысла. Ведь без ценностей человек не знает, зачем ему жить.

В связи с этим можно предположить, что основная причина неудачи в обретении смысла жизни должна коррелировать с главной характеристикой экзистенциального конфликта того или иного пациента, страдающего от невроза. Так, длительное доминирование противоречия между витальным и социальным компонентами человеческой сущности может привести к конфликту между личностью и обществом. Неразрешенность противоречия между витальным и культурным компонентом человеческой сущности может содействовать утрате человеком своих личных ценностных ориентиров. Следствием долгого существования при наличии противоречия между культурным и социальным компонентом человеческой сущности является ценностный конфликт между мировоззрением отдельного человека и доминирующими в обществе ценностными установками. Любой из видов экзистенциального конфликта оказывает деструктивное воздействие на нервную систему человека и может привести к появлению у него ноогенного невроза.

Заключение: ноогенный невроз - это проявление и следствие острого экзистенциального конфликта. Экзистенциальный конфликт во многом отражает специфику человеческой сущности и негативно влияет на существование человека. Поэтому экзистенциальная психология применима при терапии неврозов.

Литература

1. Камю А. Миф о Сизифе. Эссе об абсурде // Камю А. Миф о Сизифе; Бунтарь. – Мн., 1998. – С. 13-142.
2. Сартр Ж.-П. Экзистенциализм – это гуманизм // Сартр Ж.-П. Тошнота: Избранные произведения. – М., 1994. – С. 435–469.
3. Франкл В. Человек в поисках смысла. – М., 1990. – 366 с.
4. Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности. – Мн., 1999. – С. 9-606.
5. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. – М., 1999. – 576 с.
6. Ясперс К. Духовная ситуация времени // Ясперс К. Смысл и назначение истории. – М., 1994. – С. 288-418.

А. С. Горюнова, студентка; А. С. Новикова, ассистент
Кафедра госпитальной терапии и профессиональных заболеваний
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Научные руководители: ассистент А. С. Новикова; д.м.н., доцент И. Ю. Колесникова

ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЯ ПРИ ПОЛИПАХ ЖЕЛУДКА

На сегодняшний день полипы желудка (ПЖ) являются распространенной патологией среди заболеваний желудочно-кишечного тракта, встречаются достаточно часто: в 1-6 % эзофагогастродуоденоскопий (ЭГДС) и в 0,1-0,8 % всех вскрытий [1]. Возможными факторами, способствующими возникновению ПЖ, являются хроническое воспаление, атрофия слизистой оболочки желудка (СОЖ), инфицированность *Helicobacter pylori* (НР). ПЖ – доброкачественные опухоли желудка эпителиального происхождения, выступающие в просвет желудка на ножке или на широком, отчетливо ограниченном, основании [2]. Согласно классификации опухолей желудка ВОЗ, к истинным полипам относят исключительно аденомы из железистого эпителия с различной степенью клеточной атипии [3]. Вероятность озлокачествления аденом варьирует от 6 до 75 % случаев, аденомы более 2 см в диаметре трансформируются в аденокарциному в 75 % случаев [4]. Относительно злокачественной трансформации гиперпластических ПЖ нет единого мнения. К осложнениям ПЖ можно отнести развитие желудочных кровотечений, инфицирование полипа, нарушение эвакуации содержимого желудка, ущемление полипа и малигнизацию [5]. Все больные ПЖ нуждаются в неоднократном проведении ЭГДС в течение жизни. До настоящего времени нет единого мнения по вопросам лечебной тактики, показаний к полипэктомии, как нет и стандарта качества оказания медицинской помощи больным с полипами верхних отделов пищеварительного тракта в России. Диагностика и лечение больных ПЖ остается актуальной проблемой заболеваний пищеварительного тракта в современной медицине [6].

Цель исследования: рассмотреть ЭГДС, как метод диагностики и лечения ПЖ, а также изучить методы и возможные осложнения при эндоскопическом удалении ПЖ.

Результаты и обсуждение: ЭГДС - эндоскопическое исследование, позволяющее визуально осмотреть слизистую пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки, выявить образования, оценить их размер и внешний вид.

Эндоскопическая классификация ПЖ, предложенная S. Yamada в 1966 г. выделяет 4 типа полипов:

- I тип - плоский, приподнятый, с нечеткими краями;
- II тип - выступающий, полукруглый, с достаточно четкими границами;
- III тип - четко выступающий, округлый, с втянутым основанием;
- IV тип - на ножке [7].

При проведении эндоскопии могут забираться гистобиоптаты для проведения быстрого уреазного теста, гистологического и культурального исследований [8]. Киотский глобальный консенсус по НР-ассоциированному гастриту говорит о связи НР и

гиперпластических ПЖ [8]. Также НР является пусковым фактором в патогенезе желудочного канцерогенеза по общепринятой в настоящее время теории Р. Соргеа [9]. Необходимость изучения НР-статуса больных ПЖ очевидна. В этом может заключаться одна из диагностических функций ЭГДС.

Размеры, количество, вид ПЖ как результат макроскопического осмотра и микроскопическое исследование в виде биопсии определяют вид и объем хирургического лечения ПЖ. Гистологическая верификация различных видов атипии, рака желудка предполагает хирургическое лечение в виде иссечения слизистой, частичной резекции желудка или гастрэктомии с учетом данных дополнительных методов исследования в профильном, онкологическом стационаре, что определяет необходимость выполнения маршрутизации больных ПЖ.

При отсутствии малигнизации ПЖ рекомендована эндоскопическая полипэктомия (ЭП) [10], которая является операцией выбора у больных ПЖ в настоящее время. Таким образом, диагностические возможности гастроскопии больным ПЖ могут быть реализованы в полной мере только при условии выполнения биопсии образования СОЖ и проведения гистологического исследования.

Показаниями для ЭП можно считать наличие одиночного или множественных ПЖ. Противопоказания к ЭП:

- полипы на широком основании – 2-3 см;
- нарушения свертывающей системы крови;
- тяжелые заболевания сердечно-сосудистой системы;
- наличие искусственного водителя ритма;
- почечная и печеночная недостаточность;
- декомпенсированный сахарный диабет;
- выраженное воспаление ротовой полости и глотки [11].

При наличии противопоказаний ЭП может усугубить и без того тяжелое состояние больного и привести к неблагоприятному исходу. В таких случаях она может быть произведена только по жизненным показаниям: кровотечение из полипа, ущемление ПЖ [11].

Значительное количество больных, как с аденоматозными, так и с гиперпластическими ПЖ, подвергаются ЭП в условиях хирургического или терапевтического стационара. Данное оперативное вмешательство имеет преимущества в том, что устраняет очаг возможной малигнизации, но при этом сохраняет анатомию и функцию оперированного органа.

Существует 4 группы методов удаления ПЖ:

1. Механическая ЭП: откручивание, кускование, срезание петель, наложение резиновой лигатуры-кольца (методы механического удаления ПЖ часто осложняются обильным кровотечением и в настоящее время практически оставлены всеми авторами).
2. Физическая ЭП: электрокоагуляция, электроэксцизия, замораживание кризондом, фотокоагуляция лазером.
3. Химическая ЭП: склерозирование; ведение веществ, которые вызывают некротические процессы, таких как уксусная кислота, полидоканол (метод применяется редко, так как

возникают поздние кровотечения и отсутствует гистологический контроль за отторгнувшимся полипом).

4. Комбинированная (смешанная) ЭП: (например: склерозирование + электроэксцизия) [11].

Методика ЭП, наиболее распространенная в настоящее время включает несколько этапов:

- после введения гастроскопа проводится эндоскопическое исследование и отыскивание ПЖ;
- введение металлической петли в желудок и набрасывание ее на основание ПЖ;
- постепенное отсечение полипа;
- проверка правильности и эффективности ЭП (при оставлении культи полипа необходимо иссечь его основание или произвести электрокоагуляцию);
- извлечение удаленного полипа (или полипов);
- динамический контроль за состоянием СОЖ после ЭП [12].

Эндоскопическое удаление образований, в основном, выполняется током высокой частоты в трех режимах: коагуляция, резание или смешанный режим (резание и коагуляция). Теоретически для профилактики кровотечения электрохирургическое воздействие не должно простираться глубже подслизистого слоя, так как повреждение мышечного слоя оболочки многократно увеличивает риск осложнений, таких как кровотечение из ложа удаленного полипа и перфорацию стенки желудка (А. В. Белоногов и соавт., 2002; Т. Kinoshita, 2003) [11]. Известно несколько факторов, увеличивающих риск кровотечения после полипэктомии [12, 13]:

- большой размер полипа,
- полип на широкой ножке больших размеров,
- полип на широком основании,
- преклонный возраст пациента,
- наличие коагулопатии,
- прием нестероидных противовоспалительных препаратов,
- режим подачи тока.

С целью профилактики этого осложнения было разработано несколько методик:

- эндоскопическая инъекционная терапия с введением физиологического раствора [13],
- раствора адреналина;
- фибринового клея;
- наложение эндоскопической лигатуры;
- клипирование.

Большинство авторов останавливали кровотечение эндоскопически, но по данным Я. В. Гавриленко (1977), полостная операция понадобилась 3 % больным. При проведении ЭП могут встретиться и другие трудности на любом ее этапе: невозможность проведения гастроскопа к области новообразования из-за наличия сужения или деформации желудка; затруднения при забрасывании петли на ПЖ; невозможность извлечь все отсеченные

полипы; потеря удаленного ПЖ (потеря материала в желудочном содержимом, либо утерян из-за активного срыгивания).

Заключение: эзофагогастродуоденоскопию можно считать золотым стандартом диагностики и лечения ПЖ, так как метод позволяет осуществить забор биопсии для гистологической верификации полиповидного образования, диагностики сопутствующих заболеваний (хеликобактерная инфекция, гастрит) и малигнизации, а также лечебные манипуляции (ЭП, остановка кровотечения). С целью профилактики развития рака и выявления рецидива ПЖ необходим длительный срок наблюдения за оперированными больными.

Литература

1. Текущий спектр полипов желудка: национальное исследование более 120 000 пациентов / Е. Кармак, Р. Джента. - Гастроэнтерология. - 2009. – №104.– С. 1524-1532.
2. Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки / Л. Д. Фирсова, А. А. Машарова, Д. С. Бордин, О. Е. Янова. – Москва: Планида, – 2011. – 52 с.
3. Stanley R., Hamilton L. Tumours of the Digestive System Edited. – Lyon: Press - 2000. – 36 p.
4. Gregory Y., Lauwers M. D. Gastric Polyps: Classification and Management // Archives of Pathology and Laboratory Medicine. - 2001. - V.132, №4. - P. 633–640.
5. Трофимов Д. Н. Опухолевая и предопухолевая патология желудка в общей врачебной практике: учебное пособие // Чебоксары: ИУВ. - 2005.- 60 с.
6. Белоногов А. В., Житов Д. И. Эндоскопические и эндохирургические способы лечения полипов желудка // Бюл. ВСНЦ СО РАМН. – 2002. – Т.2, №5. – С.76–79.
7. Маев И. В., Самсонов А. А., Андреев Д. Н. Болезни желудка // М.: ГЭОТАР-Медиа. - 2015. – 967 с.
8. Annibale B., Sprile M. R., D'ambra G. Cure of Helicobacter pylori infection in atrophic body gastritis patients does not improve mucosal atrophy but reduces hypergastrinemia and its related effects on body ECL-cell hyperplasia // Aliment Pharmacol Ther. - 2000. - №14. – P. 34.
9. Correa P. Chronic gastritis as a cancer precursor // Scand. J. Gastroenterol. – 1984. – P. 131–136.
10. Новикова А. С., Колесникова И. Ю. Неоднозначность результатов гистологического исследования полипов желудка/ Молодежь, наука, медицина [Электронный ресурс]: тезисы 64-й Всероссийской межвузовской студенческой научной конференции с международным участием / Тверь: Ред.-изд. центр, Твер. гос. мед. ун-т, 2018. — 587 с. – С. 390-391.
11. Белоногов А. В., Храмцов Е. В., Егорова В. А., Житов Д. И. Комбинированное удаление полипов желудка // Актуал. вопр. онкол. – 2002. – С. 85.
12. Shiffman M. L., Farrel M. T., Yee Y. S. Risk of bleeding after endoscopic biopsy or polypectomy in patients taking aspirin or other NSAIDS // Gastrointest. Endosc. – 1994. – Vol. 40, №4. – P. 458–462.
13. Friedrichs O. Endoscopic Fibrin Gluing: Submucosal Application Against Bleeding in the Gastrointestinal Tract / Berlin: Blackwell Verlag GmbH, 1998.

УДК 616.8–009.836

Д. И. Гостева, студентка; И. С. Добрынина, доцент;

Е. А. Ханина, ассистент

ФГБОУ ВО Воронежский ГМУ им. Н. Н. Бурденко Минздрава России, г. Воронеж, Россия

Кафедра поликлинической терапии

Научный руководитель: д.м.н., профессор А. А. Зуйкова

ОСОБЕННОСТИ ИНСОМНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЕМЕ

Врачи разнообразных специальностей сталкиваются в своей практике с характерными жалобами пациентов на различные нарушения сна: неудовлетворенность ночным сном, сонливость в дневные часы, бессонницу, расстройства движений во сне [1, 2]. Уменьшение времени сна в связи с этими расстройствами увеличивает риск развития гипертонической болезни, сахарного диабета и инфекционных заболеваний, сокращает продолжительность жизни, влияет на иммунитет. Успешная коррекция этих расстройств заметно влияет на общее состояние больных, их эмоциональный фон и течение хронических заболеваний, позволяет вести привычный для них образ жизни, сохраняя свою социальную активность [3, 4]. Распространенность различных видов нарушений сна в популяции достаточно велика. Около 30 % населения при опросе не удовлетворены своим сном. В настоящее время в развитых странах не менее 50 % взрослых людей страдают от расстройств сна, при этом у 13 % из них проблема является достаточно тяжелой, а 46 % населения отмечают дневную сонливость [5-7]. Длительность сна влияет на продолжительность жизни. Установлено, что при длительности сна менее 6 ч, смертность среди мужчин возрастает в 1,7 раза, среди женщин – в 1,6 раза [8-10].

Цель исследования: изучить роль и влияние нарушений сна на качество жизни пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи населению.

Материалы и методы: обследовано 40 пациентов (средний возраст мужчин – 42 года, средний возраст женщин – 45 лет), из них 23 с нарушениями сна и 17 без нарушений, получающих амбулаторное лечение в БУЗ ВО ВГКП №4.

В ходе работы использованы следующие методы:

1. Клиническая оценка пациентов, сбор анамнеза (жалобы пациента), стандартное обследование соматического, неврологического статуса, исследование качества жизни пациентов, индекс общего (хорошего) самочувствия ВОЗ.
2. Анкетный метод (Питтсбургский опросник на определение индекса качества сна PSQI, анкета качества сна, анкета балльной оценки субъективных характеристик сна, анкета для скрининга апноэ во сне, анкета причин нарушений сна (по мнению пациента), шкала дневной сонливости Epworth).
3. Тестирование психической сферы для выявления психоэмоциональных причин, лежащих в основе инсомнии, исследование тревоги и депрессии у пациентов при помощи госпитально шкалы тревоги и депрессии HADS (ГштД).

4. Инструментальные и лабораторные исследования для выявления возможных органических причин нарушений сна. Статистическая обработка данных проводилась в программе Microsoft Excel 2013 и STATISTICA 13. Количественные данные (при нормальном распределении признака) представлены в виде $M \pm m$, где M – выборочное среднее, m – стандартная ошибка средней. Сравнение количественных показателей проводилось с помощью U–критерия Манна–Уитни и критерия Спирмена. Достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение: среди основных причин нарушений сна пациентами названы: тревога за здоровье своих близких, повышенные умственные нагрузки на работе, каждодневный стресс вследствие профессиональной деятельности (работа с людьми, отчет на работе), ранний восход солнца в летний период (рисунок 1).

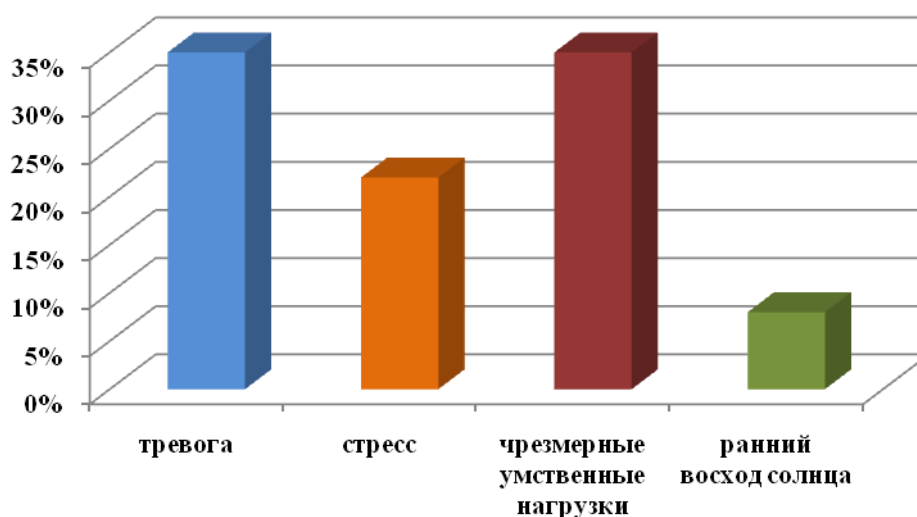


Рисунок 1 - Причины нарушений сна у исследуемых лиц

Средний возраст всех пациентов составил $46 \pm 0,13$ года. Среднее значение тревоги по ГШТиД у исследуемых составило $4 \pm 0,4$ балла (2,11 для лиц без жалоб на нарушения сна, 6,08 для лиц с нарушениями сна). Среднее значение депрессии по ГШТиД – $2 \pm 0,85$ балла (1,94 для лиц без жалоб на нарушения сна, 3,47 для лиц с нарушениями сна).

Средний балл по шкале Эпворт $6 \pm 0,2$ (2,23 для лиц без жалоб на нарушения сна, 9,13 для лиц с нарушениями сна). Средний балл по шкале качества сна $16 \pm 0,05$ (17,70 для лиц без жалоб на нарушения сна, 14,82 – для лиц с нарушениями сна); средний балл по анкете скрининга апноэ во сне $15 \pm 0,6$ (12 для лиц без жалоб на нарушения сна, 18,26 – для лиц с нарушениями сна). Средний индекс общего (хорошего) самочувствия $72 \pm 0,92$ (86,64 для лиц без жалоб на нарушения сна, 62,78 – для лиц с нарушениями сна). Таким образом, с помощью статистических данных было подтверждено, что тревожность, депрессия, дневная сонливость, вероятность апноэ во сне преобладают у пациентов с нарушениями сна по сравнению с пациентами, не предъявляющими жалобы на нарушения сна (таблица 1).

Таблица 1 – Основные параметры у исследуемых пациентов

Показатель	Все обследованные (n=40)		
	Пациенты с признаками инсомнии (n=23)	Пациенты без нарушений сна (n=17)	Уровень значимости по тесту Mann–Whitney
Возраст (лет)	47±0,34	40±0,11*	0,04
Тревога по ГШТиД (балл)	6±0,9	2±0,1*	0,01
Депрессия по ГШТиД (балл)	3±0,5	1±0,9	0,07
Шкала Эпворт (балл)	9±0,1	2±0,2*	0,01
Шкала качества сна (балл)	14±0,8	17±0,7*	0,01
Индекс общего хорошего самочувствия (балл)	62±0,8	86±0,6*	0,01

*– различия по данному показателю между подгруппами статистически значимы (p<0,05).

Также в ходе выполнения исследования была определена зависимость индекса общего (хорошего) самочувствия двух категорий пациентов от показателей, характеризующих диссомнические расстройства, рассмотренных в работе. Для анализа зависимости был использован коэффициент корреляции Спирмена.

У пациентов без жалоб на нарушения сна с ростом такого показателя, как «Балл по анкете качества сна» увеличивается индекс общего (хорошего) самочувствия, а именно, прослеживается положительная зависимость слабой силы ($r=0,203$, $p=0,0003$). Также выяснено, что показатели «Балл по шкале Эпворт» ($r=-0,273$, $p=0,0006$) и «Балл по анкете скрининга апноэ во сне» ($r=-0,077$, $p=0,0007$) имеют зависимость обратного характера слабой и сильной интенсивности соответственно. Для пациентов с нарушениями сна «Балл по анкете качества сна» ($r=0,298$, $p=0,0009$) имел положительную зависимость с индексом общего (хорошего) самочувствия, а «Тревога по ГШТиД» ($r=-0,755$, $p=0,0008$), «Депрессия по ГШТиД», ($r=-0,708$, где $p=0,0002$) и «Балл по анкете скрининга апноэ во сне» обратную ($r=-0,487$, $p=0,0005$). В ходе сбора анамнеза и проведения стандартного обследования соматического статуса пациентов были отмечены следующие особенности:

- Пациенты, страдающие гипертонической болезнью и получающие постоянную гипотензивную терапию, жалуются на повышение артериального давления выше своих «обычных» значений в утренние и вечерние часы в период инсомнии.
- Пациенты, страдающие хроническим гастритом, предъявляли жалобы на боли в эпигастральной области, на ЭГДС регистрировалось обострение хронического гастрита разной степени тяжести.

- Пациенты, страдающие бронхиальной астмой, отмечают увеличение количества ночных и дневных приступов, в анализе крови регистрировалось увеличение количества эозинофилов.
- Индекс общего (хорошего самочувствия), отражающий качество жизни пациентов на момент исследования, наименьший у лиц, страдающих гипертонической болезнью, и составляет 54,3. Из этого следует, что нарушения сна в большей степени влияют на качество жизни пациентов с данной нозологией, приводя к ухудшению их общего (хорошего) самочувствия, а также отрицательно сказываясь на течении гипертонической болезни.

Выводы

1. Основные причины нарушений сна: тревога, стресс, умственные нагрузки, ранний восход солнца в летний период времени.
2. Нарушение сна оказывает прямое влияние на качество жизни амбулаторных пациентов, что было выявлено путем расчета и анализа значений коэффициента корреляции.
3. Наибольшее влияние нарушения сна оказывают на течение гипертонической болезни, бронхиальной астмы, хронического гастрита, ухудшая качество жизни данных пациентов.

Литература

1. Добрынина И. С. Особенности психологического статуса больных бронхиальной астмой пожилого возраста с нарушениями сна на фоне терапии мелатонином / И. С. Добрынина, А. В. Будневский, А. А. Зуйкова // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2013. – Т. 12, № 4. – С. 925–928.
2. Немедикаментозные методы терапии в достижении контроля бронхиальной астмы / А. В. Будневский // Справочник врача общей практики. – 2014. – №2. – С. 45.
3. Курушина О. В. Нарушения сна в общесоматической практике / О. В. Курушина, А. Е. Барулин // Вестник ВолгГМУ. – 2013. – Вып.4. – С. 3–5.
4. Вейн А. М., Хехт К. Сон человека: физиология и патология. – М.: Медицина, 2010. – 65 с.
5. Полуэктов М. Г. Клинический алгоритм диагностического и лечебного выбора при инсомнии / М. Г. Полуэктов // Эффективная фармакотерапия. – 2013. – №12. – С. 22–28.
6. Полуэктов М. Г. Расстройства сна в амбулаторной практике врача / М. Г. Полуэктов, Л. М. Борискина // Медицинский совет. – 2015. – Вып.7. – С. 68–76.
7. Магомедова К. А. Применение актиграфии для выявления нарушений сна у лиц старших возрастных групп / К. А. Магомедова, М. Г. Полуэктов // Клиническая геронтология. – 2014. – Т. 20, № 3. – С. 35–38.
8. Маркин А. В. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний у больных с синдромом обструктивного апноэ сна / А. В. Маркин [и др.] // Клиницист. – 2014. – Вып.1. – С. 15–19.
9. Зильбер А. П. Синдромы сонного апноэ. – Петрозаводск: ПГУ, 2004. – 184 с.
10. Вейн А. М., Елигулашвили Т. С., Полуэктов М. Г. Диагностика расстройств дыхания во сне. Синдром апноэ во сне и другие расстройства дыхания, связанные со сном: клиника, диагностика, лечение. – Москва: Эйдос Медиа, 2002. — 138 с.

Д. Д. Григорьева¹, старший преподаватель; Л. А. Мурашова¹, к.псих.н., доцент;
М. И. Михеев², к.ф.н., доцент; М. Г. Аббасов¹, студент

Кафедры философии и психологии с курсами биоэтики и истории Отечества

Кафедра психологии и философии

¹ - ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

² – ФГБОУ ВО Тверской ГТУ, г. Тверь, Россия

ЦЕННОСТНО-ПРАВСТВЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СОВРЕМЕННОГО ВРАЧА

Современная медицина задает новые ракурсы исследования человека, расширяет границы философской рефлексии, инициирует дальнейший критический взгляд на инвариантность телесно-природной сущности человека. Однако прогресс биомедицинской науки и внедрение новейших технологий в практику здравоохранения порождают новые ситуации морального выбора. Как писал Гиппократ: «Сгорая сам, свети другим», — понимая под этими словами предназначение истинного врача. Врач — это не профессия, а образ жизни. Он не может дистанцироваться от своей деятельности, наполняя ее субъективным, экзистенциальным содержанием, отдаваясь ей без остатка» [1; 67].

Цель исследования: проанализировать специфику взаимоотношений «врач-пациент» и связанные с этим различного рода этические проблемы.

Врач и пациент являются основными субъектами взаимодействия в пространстве современной медицины. Интенсивное развитие современной медицинской науки и практики порождает новые моральные проблемы в отношениях между врачом и пациентом. Рассмотрим на основе этого некоторые этические проблемы на примере врачебной практики:

«Тайм-прессинг». В соответствии с приказом Минздрава РФ №290н о нормах времени амбулаторного приема на пациента в среднем отводится 10-15 минут. Однако реально большую часть времени врач отводит на заполнение медицинской документации, а, следовательно, персона пациента уходит на второй план. В условиях постоянного тайм-прессинга происходит подмена целей и истинного смысла деятельности врача [2].

«Футбол пациентами» это еще одна наболевшая проблема современного здравоохранения. Она связана с ростом узких медицинских специальностей и развитием медицинских технологий. Зачастую пациент сталкивается с ситуацией, когда врач из-за нежелания разбираться в проблеме пациента перенаправляет его либо к другому специалисту, либо на ряд дорогостоящих исследований, тем самым снимая с себя груз ответственности за пациента. Соответственно, у него (пациента) растет уровень недоверия и негодования к врачу, его авторитет падает [3].

«Некачественная помощь». Надлежащая медицинская помощь может быть оказана исключительно медицинским работником, который с учетом своей профессиональной компетенции, специализации получил право на осуществлении определенной медицинской деятельности. В случае оказания медицинской помощи за пределами предоставленного врачу права, сам факт совершения медицинским работником таких действий являться ненадлежащим оказанием медицинской помощи. Приведем яркий и

дискуссионный пример такого явления: в январе 2017 года на Камчатке женщина за рулем отказалась пропустить медиков к задыхающемуся молодому человеку. До дома пациента оставалось пара сотен метров, а драгоценные минуты шли. Время, потраченное на конфликт, привело к смерти, однако почему врачи остались сидеть в машине, а не исполнили свой профессиональный долг. В итоге диспетчер скорой медицинской помощи сообщила: «Хочу сообщить вам: мальчик умер, «скорая» не успела» [4].

Заключение: медицина с течением времени претерпела значительные изменения. Понятия и нормы, которые лежали в основе врачевания, когда она только формировалась, сегодня перестали быть актуальными. Разрушается ценностное восприятие пациента как уникальной личности, и он становится для врача лишь объектом приложения своих знаний и навыков. Таким образом, с одной стороны рост медицинских технологий позволяет эффективно организовывать и проводить процесс лечения, а с другой стороны имеет место человеческий фактор.

Литература

1. Макаров А. В., Михеев М. И., Григорьева Д. Д. Современный врачебный этиос: социально-философский анализ [Текст] // в сборнике трудов V междунар. науч.-практ. и образов. конф.: «Медицинский дискурс: вопросы теории и практики». Тверь, 14 апреля 2017 г. / под общ. ред. Е. В. Виноградовой. – Тверь: Ред. изд. центр Твер. гос. мед.ун-та, 2017. – С. 67–70.
2. Приказ Министерства здравоохранения РФ // [Электронный ресурс] / Режим доступа: https://minzdrav.gov-murman.ru/documents/poryadki-okazaniya-meditsinskoj-pomoshchi/pr_MZ_RF_290.pdf (дата обращения 25.03.2018)
3. Футбол пациентами // [Электронный ресурс] / Режим доступа: http://surfingbird.ru/surf/clNy66107#.Ws_PdGh-rIU (дата обращения 20.03.2018).
4. Газета.ru // [Электронный ресурс] / Режим доступа: https://www.gazeta.ru/auto/2017/01/12_a_10472435.shtml (дата обращения 17.03.2018)

Д. Д. Григорьева¹, старший преподаватель; Л. А. Мурашова¹, к.псих.н., доцент;
М. И. Михеев², к.ф.н., доцент; А. А. Ветковская¹, студентка

¹ - Кафедра философии и психологии с курсами биоэтики и истории Отечества
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

² – Кафедра психологии и философии
ФГБОУ ВО Тверской ГТУ, г. Тверь, Россия

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ, ВЛИЯЮЩИЕ НА СТАНОВЛЕНИЕ БУДУЩЕГО ВРАЧА

Ежедневно представители медицинских профессий сталкиваются с повышенными физическими и эмоциональными нагрузками, душевной и телесной болью своих пациентов, несут груз ответственности за выбранную линию лечения, лично отвечают за здоровье пациентов. «В последнее время проблемы формирования профессионального врачебного менталитета и характера, а также их роли в становлении личности специалиста медика, являются, по мнению зарубежных и отечественных авторов, актуальным исследовательским полем. Врачебный этос — не врожденный феномен, а социально приобретенный»[4, 67]. В связи с этим возрастает интерес к изучению особенностей становления врачебного этоса как неотъемлемой части этоса российского общества. Все многообразие факторов, влияющих на психологическое состояние специалиста-медика и его качество жизни можно перечислять бесконечно. Известно, что представители профессий «Человек-Человек» более других подвержены развитию синдрома эмоционального выгорания, соматических расстройств, проявлению аддиктивного поведения.

Среди врачей отмечается повышенная заболеваемость психическими расстройствами, часто встречаются повышенная тревожность, развитие неврозов, суицидальных наклонностей, психосоматических расстройств, злоупотребление алкоголем, и даже употребление психоактивных веществ, что, безусловно, крайне негативно влияет на выполнение их профессиональной деятельности [1; 10].

Уже на этапе профессионального становления студент должен соответствовать критериям выбранной специальности, то есть обладать необходимыми профессионально-важными качествами, благодаря которым он сможет эффективно справляться с возникающими проблемами и трудностями. Профессия врача относится к типу «Человек–Человек», т.к. предполагает коммуникативное взаимодействие с пациентами. Врач должен обладать рядом профессионально важных качеств: наблюдательность, эмпатийность, организованность, склонность к работе с людьми, высокая эмоциональная устойчивость [2].

Цель исследования: выявление профессионального соответствия студентов-медиков выбранной специальности.

Материалы и методы: тестирование студентов 2-го курса лечебного факультета Тверского ГМУ в количестве 30 человек при помощи опросника профессиональных предпочтений Дж. Холланда [5].

Результаты и обсуждение: из 30 опрошенных студентов 15 (50 %) относятся к исследовательскому типу; 11 (36,6 %) к артистическому типу; 2 (6,7 %) к реалистическому

типу; 2 (6,7 %) к предпринимательскому типу. Под социальный и конвенциональный тип не подошел ни один студент. Профессия врача, в первую очередь, относится к социальному типу, а значит на 100 % никто из респондентов не подходит для выбранной деятельности и потенциально относится к группе риска.

Выводы: студенты уже выбрали свой путь, и если они видят себя только в профессии врача, то мы советуем прибегнуть к некоторым рекомендациям, чтобы работа не была в тягость, а, наоборот, радовала и самого специалиста, и его пациентов: слушайте пациента; сопереживайте ему; не подшучивайте над ним; учитесь, читайте мотивирующую литературу, стажироваться, чтобы обеспечить профессиональный рост; делая свою работу, думайте не о деньгах, а о пациенте [3]. Уже во время обучения старайтесь научиться бескорыстно помогать людям. В этом может помочь работа волонтером. Соблюдайте режим работы и отдыха, правильно питайтесь, спите не меньше семи часов в день, ведите здоровый образ жизни, уделяйте время себе, и вашим близким и тогда вы без труда преодолете профессиональный синдром выгорания.

Литература

1. Говорин, Н. В., Бодагова, Е. А. Психическое здоровье и качество жизни врачей [Текст]: монография. – Томск: Иван Федоров, 2013. – 125 с.
2. Захезина, С. Б. Профессиограмма врача // [Электронный ресурс] / Режим доступа: <https://infourok.ru/professiogramma-vracha-274432.html> (дата обращения 20.03.2018)
3. Как стать хорошим врачом? [Электронный ресурс] / Режим доступа: <http://surgeryzone.net/medicina/kak-stat-horoshim-vrachom.html> (дата обращения 17.03.2018)
4. Макаров А. В., Михеев М. И., Григорьева, Д. Д. Современный врачебный этиос: социально-философский анализ [Текст]//в сборнике трудов V междунар. науч.-практ. и образов. конф.: «Медицинский дискурс: вопросы теории и практики». – Тверь, 14 апреля 2017 г. / под общ.ред. Е. В. Виноградовой. – Тверь: Ред. изд. центр Твер. гос. мед.ун-та, 2017. – С. 67–70.
5. Холланд, Дж. Опросник профессиональных предпочтений // [Электронный ресурс] / Режим доступа: <http://psihdocs.ru/oprosnik-professionalenih-predpochtenij-dj-hollanda.html> (дата обращения 5.03.2018)

Д. Д. Григорьева, старший преподаватель; Л. А. Мурашова, к.псих.н., доцент;
Ю. А. Литвинова, студентка

Кафедра философии и психологии с курсами биоэтики и истории Отечества
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

ТРАНСФОРМАЦИЯ ОБРАЗА ВРАЧА С XIX ПО XXI ВВ.

Профессия врача - одна из самых древних и почитаемых на земле. Она является выражением свойственной человеку потребности оказывать помощь страждущему. Во все времена у всех народов врачевание ценилось очень высоко. Выбор темы продиктован современными социальными вызовами, а также происходящими метаморфозами в восприятии образа врача, как самими начинающими специалистами, так и их пациентами.

Цель исследования: на основании качественного анализа проследить эволюцию образа врача с XX по XXI век.

Материалы и методы: в своем исследовании мы опирались на теоретический анализ художественных произведений М. А. Булгакова «Записки юного врача», «Собачье сердце» и «Морфий», а также провели интервьюирование студентов 2-го курса лечебного факультета Тверского ГМУ в количестве 30 человек (от 18 до 21 года) на предмет субъективного видения своей профессиональной социальной роли.

Результаты и обсуждение: цикл произведений М. А. Булгакова рисует нам образ врача следующим образом: ««Что ж я буду делать? А? Какой я легкомысленный человек! Нужно было отказаться от этого участка». Но выхода нет, он единственный хирург, человек с высшим образованием в этом захолустье» [1]; ««Вы – первый не только в Москве, а и в Лондоне и в Оксфорде!» – признается Борменталь. Не случайно к доктору приходит столько уважаемых людей и с восхищением произносят: «Вы маг и чародей, профессор!» [2]; «Нет, я, заболевший этой ужасной болезнью, предупреждаю врачей, чтобы они были жалостливее к своим пациентам» [1].

Таким образом, появилась возможность составления собирательного образа булгаковского целителя: совестливый, с обостренным чувством долга, гуманист по своей природе, экспериментатор и исследователь, правда изредка отступающий от своих принципов, если того требует дело. Они верны своему врачебному делу и медицине в целом. Медицина отвечает им взаимностью: врачи, созданные писателем, почти не ошибаются, и им практически не знакомы врачебные ошибки.

Проведя интервьюирование студентов, мы получили следующие результаты: 1. К основным качествам врача студенты отнесли ответственность, тактичность, внимательность, доброжелательность, серьезность; 2. Внешне врач должен выглядеть аккуратным, с чистыми руками и убранными волосами, обязательно быть одетым в чистый выглаженный халат; 3. Взаимоотношения врача и пациента должны быть доверительными, дружественными, уважительными, с сохранением тайны пациента; 4. Студенты посчитали, что за последние 50 лет лечение стало более прогрессивными, однако отношения стали более формализованными, уменьшилась связь с пациентом, возросла безответственность работников сферы здравоохранения.

Заключение: опираясь на проведенный нами опрос и произведения М. А. Булгакова, правомерно сделать вывод о том, что врачи нашего времени и врачи рубежа XX-XI веков имеют как общие черты, так и различия, но всех их объединяет одно общее, любимое ими дело.

Литература

1. Булгаков М. А. Морфий. Записки юного врача. – М: Эксмо, 2016. – 192 с.
2. Булгаков М. А. Собачье сердце. – М: АСТ, 2007. – 336 с.

Д. Д. Григорьева¹, старший преподаватель; М. И. Михеев², к.ф.н., доцент

¹ - Кафедра философии и психологии с курсами биоэтики и истории Отечества
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

² – Кафедра психологии и философии
ФГБОУ ВО Тверской ГТУ, г. Тверь, Россия

МОДУСЫ ЭТОСА СОВРЕМЕННОГО РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА В КОНТЕКСТЕ СОЦИАЛЬНО-ФИЛОСОФСКОГО ДИСКУРСА

Как показывает социокультурный опыт поколений, всегда были актуальны темы об устройстве ментального континуума, национального самосознания, этнонационально окрашенной картины мира, габитуса, ценностных и моральных регуляторов поведения личности, нравов, традиций, что сегодня звучит и как уровень «качества жизни» общества. В этой связи этос как устойчивая природа внутреннего мира человека, предстает изображением жизни, ее символа, стиля, характера и привычки [1; 78] и востребованным объектом философского анализа.

Цель исследования: проанализировать специфику современного российского этоса в контексте социально-философского дискурса.

Как демонстрируют социальные практики, их динамика и ритмы, повседневная жизнь современного общества базируется скорее на постоянной трансформации социального пространства, чем на общности многовековых традиций. В условиях перманентных и стремительно меняющихся стандартов общества, человек склонен демонстрировать достаточно амбивалентные поведенческие стратегии и паттерны. С одной стороны, он старается сохранить прежние императивы и ценности неизменными, а с другой - отказывается от устоявшихся аксиологических установок, которые препятствуют процессу адаптации к качественно новым требованиям среды. Несмотря на свой консервативный статус, в отличие от смысла, ценностные установки имеют определенную степень лабильности и не являются строго закрепленными в сознании личности. На протяжении всего процесса социализации и инкультурации человек склонен к преобразованию и замене одних доминирующих ценностей на другие. Постепенно формируются иные приоритеты, стандарты, социальные установки, в связи с чем, возникает потребность в поиске актуальных способов и механизмов формирования позитивной культурной идентичности, в процессе осмысления которых образ жизни индивида наполнится новыми коннотатами и формами.

Современных познавательных инструментов изучения этоса и рекламы становится больше. Среди них выделяется социально-философский анализ как интегративный способ получения знания в различных сегментах социальной действительности. Он предстает как диалектическая последовательность техпознавательных действий, которые ориентированы на экспликацию сущностных, эссенциальных и экзистенциальных, содержательных, феноменальных, формализованных составляющих социальной реальности, а также ее закономерностей, развития, трансформационной динамики. Вместе с социально-философским анализом дискурсивный подход [2; 153] наиболее полно раскрывает понятие «этоса» - особая установка сознания, совокупность нравственных императивов, имплицитно

присущих интерсубъективному пространству, способ отношения ко всему происходящему, свободный выбор, который осуществляется человеком, личностью. Под этосом понимается образ жизни, габитус, а также общее качество культуры, системно выстроенный перечень ценностей и экзистенциальных выборов личности, мировоззренческих установок, поведенческих паттернов, принятых и доминирующих в обществе. Под этосом личности понимается интериоризированный ценностный тезаурус.

Одним из базисов формирования этоса является культурный продукт - реклама, через которую транслируются общечеловеческие ценности, моральные установки, верования, социальные ярлыки, стандарты, поведенческие идеологемы, воззрения, принципы. Индивид проецирует на себя демонстрируемую модель и через ассоциативные ряды обретает собственную идентичность или личностный этос. Важно при этом рефлексировать, что идентичность моделируется сложным образом. Позитивные способы формирования социальной идентичности представляют собой культурные «продукты», демонстрирующие плюрализм идей, вариабельность сторон общественной жизни, не скрывая и не утаивая, как положительные, так и отрицательные; толерантные веровательные установки, дающие возможность индивиду самому совершать экзистенциальный выбор. Такие культурные образы, отображаемые через рекламные коды, выглядят более яркими, запоминающимися, социально-привлекательными. Их превосходство в том, что конечный продукт всегда имеет целостный облик, структурирован, выверен, логичен, детально проработан и поэтому более убедителен. Формы существования его не противоречат друг другу и составляют единую ментальную систему, удобную, понятную и простую для усвоения [3; 100].

Выводы: «содержательный» анализ отечественной рекламной продукции показал, что в ней продуцируются лишь фрагментарные модальности позитивных коннотаций этоса, и, как следствие, недостаточная их распространенность в современном российском обществе. Существуют отрывочные, поверхностные, разрозненные элементы позитивной идеологии, вместо целостных и непротиворечивых, системно выстроенных, наполненных смыслом и содержанием, функциональных, претендующих на роль идеального образа, эталона. В итоге, особенностью современного российского этоса, этоса личности является бинарность способов социального конструирования «составляющих» этоса, представленная преимущественно негативными способами, в то время как наиболее конструктивны и доступны для самоидентификации комплементарные.

Литература

1. Аристотель. Сочинения: В 4-х т. Т.4 [Текст] / Аристотель; Пер. с древнегреч.; Общ. ред. А. И. Доватура. – М.: Мысль, 1983. – 830 с.
2. Григорьева, Д. Д. Дьяченко, Я. О. Анализ теоретических подходов к анализу дискурса [Текст] / Я. О. Дьяченко, Д. Д. Григорьева // сб. науч. тр.: Теоретические, экспериментальные и прикладные исследования молодых ученых «Тверского государственного технического университета». – Тверь, 2017. – С. 153-158.
3. Григорьева, Д. Д. Реклама как инструмент конституирования этоса [Текст] / Д. Д. Григорьева // Вестник Тверского государственного университета, 2016. - № 4. – С. 97-101.

РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Заболеваемость раком молочной железы (РМЖ) ежегодно растет, и хотя ее пик приходится на более поздний возраст, увеличивается число пациенток в репродуктивном периоде [1]. Кроме того, современный ритм жизни, гендерное равноправие приводят к тому, что большинство женщин в первую очередь стараются реализовать себя в карьере, а уже потом планируют беременность. Вероятно, в скором времени данная тенденция приведет к тому, что РМЖ все чаще будет выявляться у беременных пациенток [2].

Цель исследования: выявить особенности протекания беременности, родов и лактации у пациенток с РМЖ в анамнезе и у пациенток, у которых данная патология рецидивировала или была выявлена во время беременности.

Задачи:

1. Определить возрастную структуру пациенток и средний срок постановки диагноза.
2. Проанализировать тактику лечения и родоразрешения беременных пациенток с РМЖ.
3. Оценить показатели новорожденных.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ медицинских карт пациента со злокачественным новообразованием 25 женщин, наблюдавшихся в УЗ «МГКОД» с диагнозами беременность и РМЖ с 2013 по 2017 годы. Пациентки разделены на 2 группы. К первой из них (15 женщин) были отнесены пациентки, у которых болезнь была выявлена или рецидивировала на фоне гестации. Вторая (10 женщин) включала пациенток, беременность у которых наступила после специального лечения.

Результаты и обсуждение: в первой группе средний возраст пациенток на момент родоразрешения составил 35,1 лет. Диагноз онкологического заболевания в среднем был выставлен в 25, 3 недель беременности. У 60% пациенток (9 случаев) заболевание находилось в I стадии, у 20 % (3 случая) – во II, и у 20 % (3 случая) – в III (рисунок 1).

И хотя в литературе много данных о запоздалой диагностике онкологических заболеваний во время беременности, в нашем исследовании в большинстве случаев диагноз ставился на ранних стадиях.

В последующем врачебная тактика определялась индивидуально для каждой женщины. При выявлении болезни в третьем триместре в I стадии принималось решение дождаться наступления родов, послеродового восстановления женщины, и начинать лечение через несколькими неделями позже.

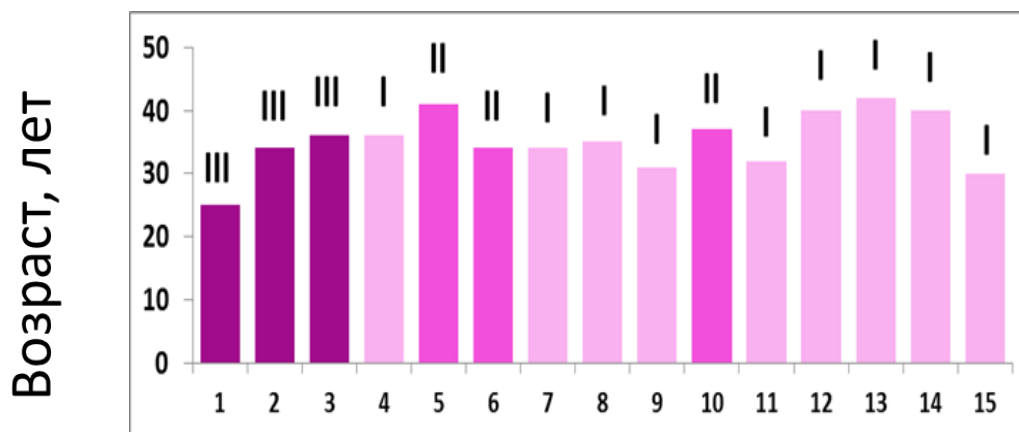


Рисунок 1 – Возраст и стадии болезни пациенток в первой группе

Если заболевание обнаруживалось во втором триместре в I стадии, пациенткам как можно скорее проводилось оперативное вмешательство, а курсы химиотерапии фторурацилом, доксорубицином и циклофосфамидом проводились после родов.

При выявлении РМЖ во II-III стадии, в независимости от триместра, пациентки проходили оперативное лечение с несколькими курсами адьювантной полихимиотерапии по схеме фторурацил-доксорубицин-циклофосфамид с дальнейшим продолжением терапии после родов. Считается, что данные препараты не оказывают негативного влияния на плод.

К несчастью, остановить прогрессирование процесса, используя данную схему, удавалось не у всех пациенток. И в такой ситуации счет шел на дни. Дни, которые нужны плоду, чтобы окончательно развиться, и дни, которые нужны женщине, ведь шансов на благоприятный исход со временем становится меньше. В подобных ситуациях особенно важно врачам акушерам-гинекологам, онкологам и женщине действовать сообща.

Родоразрешение происходило в сроке 35,8 недель. Предпочтительно родоразрешение проводилось путем операции кесарева сечения (12 случаев). Невзирая на использование дексаметазона с целью профилактики респираторного дистресс синдрома, в 7 случаях избежать его не удалось. 4 новорожденным проводилась искусственная вентиляция легких. Средний вес при рождении – 2720 г, рост – 47,6 см. Видимых пороков развития не наблюдалось. Одна пациентка настояла на грудном вскармливании, несмотря на рекомендации прервать лактацию.

Во второй группе средний возраст пациенток составил 37 лет. РМЖ в среднем был выявлен в 31,1 год. У 30% (3 случая) болезнь находилась в I стадии, у 40% (4 случая) – во II, у 30% (3 случая) – в III (рисунок 2).

Средний срок родоразрешения в этой группе составил 38,5 недель. В 5 случаях пациентки родоразрешались естественным путем, в 5 случаях посредством операции кесарева сечения. Причем необходимость кесарева сечения обосновывалась осложненным акушерско – гинекологическим анамнезом, а не онкологическим заболеванием. Все новорожденные родились доношенными, 8/8-8/9 по шкале АПГАР. Средний вес составил 3400г, рост – 52,2 см. Пациенткам рекомендовалось прекращение лактации бромкриптином или каберголином. Вопрос о возможности лактации у таких пациенток до сих пор остается спорным и нерешенным.

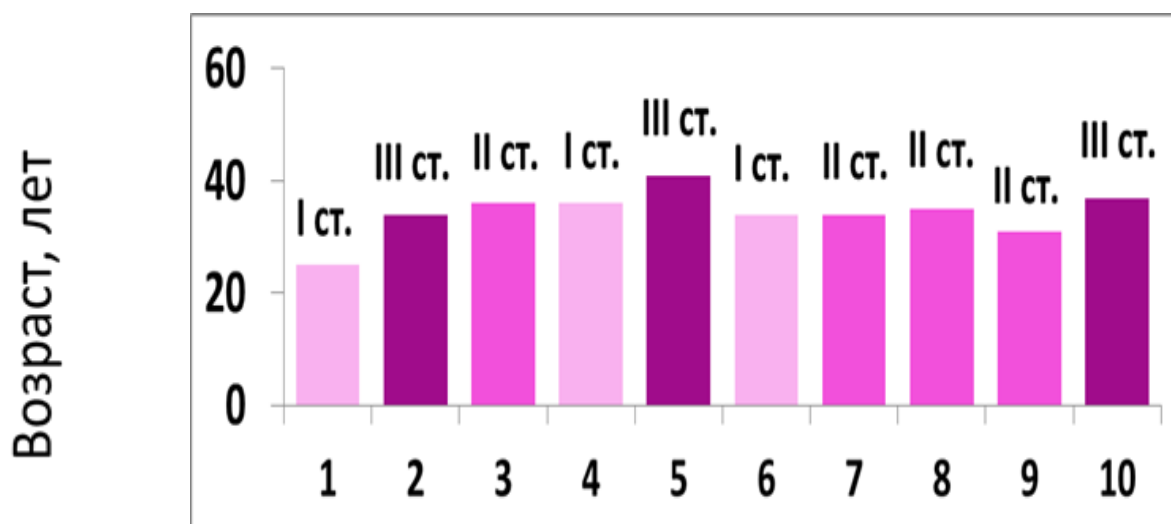


Рисунок 2 – Возраст и стадии болезни пациенток во второй группе

Выводы:

1. Беременность, протекающая у пациенток с РМЖ в анамнезе, отличается лишь регулярным наблюдением у онколога и подавлением лактации сразу после родов.
2. В случае активного протекания болезни на фоне беременности зачастую возникает необходимость как можно скорее родоразрешить женщину для возможности лечения РМЖ, из-за этого не всегда удается получить доношенного ребенка.

Литература

1. Зикиряходжаев, А. Д. Возможность беременностей и родов после лечения рака молочной железы / А. Д. Зикиряходжаев, О. В. Новикова, Е. А. Рассказова // Архив акушерства и гинекологии. – 2017. – Т. 4, № 3. – С. 149–153.
2. Новикова, В. А. Рак молочной железы и беременность: риски и возможности профилактики / В. А. Новикова, Г. А. Пенжоян // Гинекология. – 2015. – Том 17, № 3. – С. 68-75.

Н. В. Долотова, старший научный сотрудник; О. М. Филькина, заведующая

Отдел охраны здоровья детей

ФГБУ Ивановский НИИ материнства и детства имени В. Н. Городкова Минздрава России,
г. Иваново, Россия

Научный консультант: д.м.н., профессор, Заслуженный врач России О. М. Филькина

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РОДИТЕЛЕЙ КАК ФАКТОР,
ОКАЗЫВАЮЩИЙ ВЛИЯНИЕ НА РЕАБИЛИТАЦИЮ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ
РАННЕГО ВОЗРАСТА С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ,
ЯВИВШИМИСЯ ИСХОДАМИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ
ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**

Одной из ведущих причин инвалидности у детей раннего возраста являются болезни нервной системы, составляющие 1/3 от всех заболеваний, приводящих к инвалидности. Среди болезней нервной системы в раннем возрасте основная часть приходится на последствия перинатальных поражений центральной нервной системы (ЦНС). Реабилитация детей-инвалидов с заболеваниями нервной системы, явившимися исходами перинатальных поражений ЦНС (ПП ЦНС), должна включать медицинский, психолого-педагогический, логопедический и социальный составляющие [1]. В литературе есть данные, свидетельствующие о неблагоприятном влиянии на развитие детей, перенесших ПП ЦНС, с формированием выраженной задержки нервно-психического развития, определенных психологических черт личности родителей [2]. Поэтому комплексная реабилитация ребенка-инвалида должна включать семейную психотерапию, направленную на коррекцию эмоциональных нарушений у матери, детско-родительских отношений, повышение медицинской и психологической компетенции, что позволит повысить ее эффективность [3].

Цель исследования: выявить психологические особенности матерей детей-инвалидов с заболеваниями нервной системы, явившимися исходами ПП ЦНС, для оказания психологической помощи семье, в первую очередь маме, в вопросах воспитания, принятия ребенка и взаимодействия с ним, с целью повышения эффективности реабилитации ребенка.

Материалы и методы: обследованы женщины, воспитывающие детей раннего возраста, перенесших ПП ЦНС: с исходами, явившимися причиной инвалидности (n=103) и детей с более легкими исходами (n=50). Изучали личностные особенности матерей (методика МИНИ-СМИЛ) [4], их семейные установки (методика Д. Узнадзе), детско-материнские отношения (методика Е. С. Шеффер, Р. К. Белл) [5], осведомленность матерей о состоянии здоровья детей и отношении к их реабилитации по методике О. В. Солодянкиной [6], определяли воспитательские умения у родителей детей с отклонениями в развитии (методика В. В. Ткачевой) [7].

Статистический анализ результатов исследования осуществляли с использованием программ “Microsoft Office 2010”, “Statistica for Windows 6.0.”. Значимость различий статистических показателей в сравниваемых группах (p) оценивали по критерию Стьюдента (t). Различия относительных показателей изучались по χ^2 -критерию Пирсона с поправкой Йетса. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение: при анализе личностных особенностей (методика МИНИ-СМИЛ) выявлено, что матери детей-инвалидов достоверно больше стремятся подчеркнуть тяжесть своего состояния ($1,2\pm 0,1$ и $0,8\pm 0,1$ балла соответственно, $p<0,01$), характеризуются более высокой импульсивностью ($2,8\pm 0,1$ и $2,5\pm 0,1$ балла соответственно, $p<0,05$), повышенной тревожностью ($2,6\pm 0,1$ и $2,1\pm 0,2$ балла соответственно, $p<0,02$), гипертимными чертами характера ($3,4\pm 0,1$ и $2,9\pm 0,1$ балла соответственно, $p<0,01$).

При анализе данных, полученных по методике Т. С. Шеффер и Р. К. Белла, выявлено, что чаще в обеих группах выявлялся оптимальный эмоциональный контакт матери и ребенка. При этом в группе матерей, воспитывающих ребенка-инвалида, оптимальный эмоциональный контакт выявлялся в 1,2 раза чаще, чем в группе сравнения (67,6 % и 56 % соответственно). Излишняя эмоциональная дистанция выявлялась в отношении детей-инвалидов в 2 раза реже (5,9 % и 12,0 % соответственно), излишняя концентрация на ребенке - в 1,9 раза реже (16,7 % и 32,0 % соответственно, $\chi^2=4,64$, $p=0,0312$). При этом у 9,8 % матерей, воспитывающих ребенка инвалида, получились результаты на границе двух типов отношений с ребенком (оптимальный и излишняя концентрация на ребенке), чего не было в группе сравнения ($\chi^2=5,25$, $p=0,0220$).

При анализе средних балльных оценок, характеризующих семейные установки, выявлено, что по шкалам «Отношение к детям» и «Ориентация на совместную или раздельную деятельность супругов» балльные оценки в сравниваемых группах практически не отличались и составляли ($1,9\pm 0,05$ и $1,9\pm 0,07$; $1,7\pm 0,05$ и $1,7\pm 0,07$ баллов соответственно). Значимо выше у матерей детей-инвалидов получена балльная оценка по шкале «Отношение к разводу» ($1,3\pm 0,04$ и $1,0\pm 0,07$ баллов соответственно, $p<0,01$), что свидетельствует о менее лояльном их отношении к разводу. По шкале «Отношение к патриархальному или равноправному устройству семьи» у матерей детей - инвалидов получены достоверно более низкие балльные оценки ($-0,5\pm 0,08$ и $0,7\pm 0,06$ баллов соответственно, $p<0,05$), что свидетельствует о более традиционном (патриархальном) их представлении о роли женщины в семье.

При анализе отношения матерей к реабилитации детей по методике О. В. Солодянкиной выявлено, что удовлетворенность ходом развития ребенка у матерей детей-инвалидов достоверно ниже, чем в группе сравнения ($4,9\pm 0,2$ и $8,2\pm 0,2$ балла соответственно, $p<0,001$). При этом балльные оценки, характеризующие ответственность матерей за сегодняшнее и будущее состояние ребенка, у матерей детей-инвалидов были также ниже, но не достоверно ($7,9\pm 0,2$ и $8,1\pm 0,3$; $8,1\pm 0,2$ и $8,3\pm 0,3$ балла соответственно). При изучении представления о перспективах развития ребенка выявлено, что матери детей-инвалидов в 1,5 раза чаще хорошо представляют, в чем нуждается их ребенок в ближайшее время (89,4 % и 62,0 % соответственно, $\chi^2=15,94$, $p=0,0001$). При этом о перспективах через год количество матерей детей-инвалидов, хорошо представляющих, в чем будет нуждаться их ребенок, уменьшается более чем в 2 раза (с 89,4 % до 40,2 %, $\chi^2=54,28$, $p=0,0000$) и становится меньше, чем в группе сравнения (40,2% и 56,0% соответственно). А о перспективах через три года хорошо себе представляют уже лишь 20,6 % матерей детей-инвалидов, что в 2 раза меньше, чем в группе сравнения (42,0 %, $\chi^2=7,69$, $p=0,0055$). Каждая третья мать (31,7 %), воспитывающая ребенка-инвалида, часто чувствует свою беспомощность в реабилитации ребенка ($\chi^2=20,19$, $p=0,0000$). В группе сравнения таких

матерей не было. Редко ощущают свою беспомощность 38,6 % матерей детей инвалидов, что в 1,3 раза реже, чем в группе сравнения (52 %). А затруднились с ответом 29,7 % матерей детей-инвалидов и 48,0 % матерей группы сравнения ($\chi^2=4,87$, $p=0,0273$).

При анализе представления матерей о том, что необходимо для успешной реабилитации детей, выявлено, что на помощь специалистов матери детей-инвалидов рассчитывают в 7,4 раза чаще, чем в группе сравнения (84,3 % и 12,0 % соответственно, $\chi^2=91,05$, $p=0,0000$). О необходимости внимания и понимания ребенка заявили практически одинаковое количество матерей обеих групп (37,3 % и 38,0 % соответственно). О том, что для успешной реабилитации с ребенком нужно чаще играть, матери детей-инвалидов считают в 1,9 раза реже (28,4 % и 54,0 % соответственно, $\chi^2=9,43$, $p=0,0021$), что ребенок нуждается в развлечениях и друзьях – в 1,2 раза реже (22,5 % и 28 % соответственно), в качественном питании – в 3,6 раза реже, чем в группе сравнения (3,9 % и 14,0 % соответственно, $\chi^2=5,08$, $p=0,0243$). О необходимости разнообразных игрушек матери детей-инвалидов указали в 2,7 раза чаще, чем матери группы сравнения (10,8 % и 4,0 % соответственно).

Активность матерей, воспитывающих ребенка-инвалида, оцениваемая по количеству обращений по поводу ребенка в различные учреждения за год, была в 1,3 раза выше, чем в группе сравнения ($12,4 \pm 0,98$ и $9,2 \pm 0,95$ соответственно, $p < 0,02$).

При анализе частоты обращений родителей за помощью к специалистам выявлено, что матери детей-инвалидов достоверно чаще обращались к психологу (33,0 % и 2,0 % соответственно, $\chi^2=17,57$, $p=0,0000$), педагогу (17,5 % и 6,0 % соответственно, $\chi^2=3,74$, $p=0,0530$), социальному работнику (44,7 % и 2,0 % соответственно, $\chi^2=28,78$, $p=0,0000$). Обращаемость к врачам не различалась в сравниваемых группах. При этом удовлетворенность родителей детей-инвалидов общением со специалистами была ниже, чем в группе сравнения. Так, мамы детей-инвалидов в 1,6 раза реже были «практически всегда удовлетворены» общением со специалистами (38,3 % и 60,0 % соответственно, $\chi^2=6,41$, $p=0,0113$), в 2,2 раза чаще «далеко не всегда» были удовлетворены общением со специалистами (52,9 % и 24,0 % соответственно, $\chi^2=11,44$, $p=0,0007$), в 1,5 раза чаще были «удовлетворены общением со специалистами в редких случаях», по сравнению с мамами группы сравнения (5,9 % и 4,0 % соответственно). Затруднились с ответом на этот вопрос 2,9 % мам детей-инвалидов и 12,0 % мам группы сравнения.

По мнению матерей, воспитывающих ребенка-инвалида, для реабилитации их детей достоверно чаще необходима помощь следующих специалистов: невролога (95,1 % и 66,0 % соответственно, $\chi^2=23,22$, $p=0,0000$), ортопеда (61,2 % и 14,0 % соответственно, $\chi^2=24,66$, $p=0,0000$), психолога (39,8 % и 8,0 % соответственно, $\chi^2=16,40$, $p=0,0001$), логопеда (53,4 % и 2,0 % соответственно, $\chi^2=38,32$, $p=0,0000$), игротерапевта (14,6 % и 4,0 % соответственно, $\chi^2=3,80$, $p=0,0512$).

При анализе данных, полученных при проведении методики «Воспитательские умения у родителей детей с отклонениями в развитии» (В. В. Ткачевой) выявлено, что по шкале «принятие-отвержение» максимальный результат (8 баллов) регистрировался у 69,9 % матерей. Средний балл по этой шкале составил $7,6 \pm 0,7$. По шкале «понимание-непонимание ребенка» максимальный результат (9 баллов) регистрировался у 12,4 % матерей. Средний балл по этой шкале составил $7,4 \pm 0,97$. По шкале «адекватные-неадекватные формы

взаимодействия с ребенком» максимальный результат (6 баллов) регистрировался у 21,9 % матерей. Средний балл по этой шкале составил $4,7 \pm 0,9$. По второй и третьей шкале максимальный балл был выявлен реже, чем по первой шкале ($p < 0,05$), что может свидетельствовать о том, что матери детей-инвалидов с заболеваниями нервной системы, явившимися исходами перинатального поражения ЦНС, принимают больных детей, но хуже понимают и не всегда правильно реагируют на их поведение.

Заключение: матери детей-инвалидов больше стремятся подчеркнуть тяжесть своего состояния, сосредоточены на плохом самочувствии, более импульсивны, чаще испытывают тревогу, характеризуются гипертимными чертами характера. Матери детей-инвалидов чаще хотят сохранить семью, менее лояльно относятся к разводу, предоставляют мужчине ведущую роль в семье. Они чаще не удовлетворены ходом развития ребенка, чувствуют беспомощность, хуже представляя, что необходимо для реабилитации ребенка в будущем. Большее значение в реабилитации матери детей-инвалидов отводят помощи специалистов, недооценивая роли качественного питания ребенка, развивающих игр. Матери детей-инвалидов характеризуются более высокой активностью в плане обращений к специалистам, однако, удовлетворенность от общения с ними ниже. Большинство матерей принимают своих детей, но плохо понимают и не всегда правильно реагируют на их поведение. Полученные данные необходимо учитывать при составлении плана реабилитационных мероприятий детям-инвалидам с заболеваниями нервной системы с обязательным включением в реабилитационный процесс психолога, а при необходимости и психотерапевта для работы с матерями с целью повышения эффективности реабилитации ребенка.

Литература

1. Орел В. И., Середа В. М., Кешишев И. А. Социально-гигиеническая характеристика объемов реабилитационной помощи и контингента детей-инвалидов, прошедших комплексную реабилитацию в условиях Федерального реабилитационного центра // Медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов. – 2014. – № 2(51). – С. 97–105.
2. Прогнозирование выраженной задержки нервно-психического развития у детей раннего возраста по психологическим характеристикам их родителей / Л. А. Пыхтина, О. М. Филькина, О. Ю. Кочерова и др. / Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2011. – №45. – С. 3-8.
3. Психологические особенности матерей, воспитывающих детей-инвалидов / О. Ю. Кочерова, О. М. Филькина, Н. В. Долотова и др. // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2014. – Т. 69, №5-6. – С. 98-101.
4. Собчик Л. Н. МИНИ-СМИЛ экспресс-диагностика состояния. – М., 2002. – 8 с.
5. Мишурова Е. Ю. Комплект методик для психологической диагностики кандидатов в приемные родители. – Ярославль, 2007. – № 1. – С. 7–8.
6. Солодянкина О. В. Воспитание ребенка с ограниченными возможностями здоровья в семье. – М., 2007. – 80 с.
7. Ткачева В. В. Семья ребенка с отклонениями в развитии: диагностика и консультирование. – М.: Книголюб, 2008. – 144 с.

УДК616-053.2-056.232-07-036.82/.85:616.001.33 (100)

И. Т. Дорошенко, аспирант, научный сотрудник
Лаборатория медицинской экспертизы и реабилитации детей
ГУ Республиканский НПЦ медицинской экспертизы и реабилитации,
г. Минск, Республика Беларусь
Научный руководитель: к.м.н., доцент Э. Э. Вальчук

ОСНОВНЫЕ МАРКЕРЫ НИЗКОРОСЛОСТИ С ПОЗИЦИИ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Полиморфизм заболеваний, приводящих к низкому росту, сопутствующие заболевания, усугубляющих функциональные нарушения, особенности роста и физического развития у детей разного пола возраста приводят к тому, что медико-социальная экспертиза сталкивается с рядом проблем при оценке ограничения жизнедеятельности у детей с низкорослостью [1-3].

Цель исследования: выделить основные маркеры низкорослости у детей с синдромами и заболеваниями, проявляющимися преимущественно низким ростом с позиции Международной классификации функционирования ограничения жизнедеятельности и здоровья детей и подростков (МКФ-ДП).

Материалы и методы: проведено клинико-функциональное и клинико-экспертное обследование 150 детей (107 мальчиков и 43 девочки) в возрасте от 1 года до 18 лет, имеющих ограничение жизнедеятельности вследствие синдромов и заболеваний проявляющихся низкорослостью.

Обследованные пациенты были разделены на возрастным группам в соответствии с общей периодизацией детского возраста, определяющей основное содержание повседневной жизни ребенка в конкретный возрастной период: 1 – 2 года – 3 (2,0±1,1 %) случая, 3 – 5 лет – 44 (29,3±3,7 %), 6 – 9 лет – 49 (32,7±3,8 %), 10 – 13 лет – 41 (27,3±3,6 %), 14 – 17 лет – 13 (8,7±2,3%). Средний возраст детей составил 8,07±3,72 года.

Всем детям была осуществлена оценка степени выраженности функциональных нарушений органов и систем детского организма согласно МКФ-ДП.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием стандартного пакета статистического и математического анализа программного приложения Microsoft Excel 2013. Для оценки полученных результатов применялись методы описательной статистики: абсолютное число, относительная величина (р), стандартная ошибка относительных величин (m_p).

Результаты и обсуждение: наиболее часто встречаемой (32,7±3,8 %) нозологией у детей с низкорослостью являлся дефицит гормона роста. Данная нозология в большинстве случаев (73,5±6,3 %) была представлена изолированным дефицитом гормона роста. Множественная недостаточность гормонов гипофиза встречалась только у 13 (26,5±6,3 %) детей. Несколько реже (30,7±3,8 %) к низкорослости приводили другие эндокринные заболевания: гипотиреоз, встречавшийся в 95,7±3,0 % случаев, и псевдогипопаратиреоз, отмечавшийся – в 4,3±3,0 % случаев. Низкорослость, обусловленная хроническими

соматическими заболеваниями и/или заболеваниями нервной системы, наблюдалась у 23 (15,3±2,9 %) пациентов, а низкорослость, обусловленная генетическими синдромами – у 22 (14,7±2,9 %). Скелетные дисплазии встречались только у 10 (6,7±2,0 %) детей.

Всем 150 пациентам с синдромами и заболеваниями, проявляющимися преимущественно низкорослостью, был проведен полный спектр мероприятий экспертно-реабилитационной диагностики, подтверждающий основной клинико-функциональный диагноз. Это были оценка данных объективного осмотра, стандартное антропометрическое обследование с оценкой антропометрических данных (роста, массы тела, индекса массы тела) по центильным таблицам и расчет стандартного отклонения, оценка физического развития и его гармоничности, определением полового развития по Таннеру, консультация эндокринолога, общий анализ крови. Помимо основного перечня мероприятий реабилитационно-экспертной диагностики, был проведен также дополнительный перечень, который позволял оценить сопутствующие функциональные нарушения органов и систем детского организма.

Анализ полученных данных позволил оценить степень выраженности функциональных нарушений, характер и локализацию структурных изменений органов и систем организма, детализируют потенциальную способность индивида и реализацию его возможностей в жизненной ситуации.

По результатам буквенно-числового кодирования функциональных нарушений и ограничений жизнедеятельности с позиций МКФ-ДП отмечались нарушения следующих функций: b455 - функции толерантности к физической нагрузке – в 54,0±4,1 % случаев, b530 - функции сохранения массы тела – в 36,0±3,9 %, b555 - функции эндокринных желез – в 64,7±3,9 %, b5550 - функции полового созревания – в 42,9±7,6 % (у лиц в возрасте 13-17 лет), b560 - функции роста – в 98,0±1,1 %, что представлено в таблице 1.

Таблица 1 – Основные МКФ-коды и категории низкорослости у детей, имеющих ограничение жизнедеятельности вследствие синдромов и заболеваний проявляющихся низкорослостью (%)

Код и категория МКФ-ДП	Количество	
	абс. число	p±m _p ,%
Функции организма		
b455 - функции толерантности к физической нагрузке (n=150)	81	54,0±4,1
b530 - функции сохранения массы тела (n=150)	54	36,0±3,9
b555 - функции эндокринных желез (n=150)	97	64,7±3,9
b5550 - функции полового созревания (n=42)	18	42,9±7,6
b560 - функции роста(n=150)	148	98,0±1,1
Активность и участие		
d5701 - соблюдение диеты и физической формы (n=150)	122	81,3±3,2
d5702 - поддержание собственного здоровья (n=150)	132	88,0±2,7
d815 - дошкольное образование (n=44)	30	68,2±7,0
d816 - дошкольная жизнь и общественная деятельность	26	59,1±7,4

(n=44)		
d820 - школьное образование (n=103)	87	84,5±3,6
d835 - школьная жизнь и общественная деятельность (n=103)	87	84,5±3,6
d840 - ученичество (подготовка к профессиональной деятельности) (n=13)	13	100,0
d880 - занятия игрой(n=47)	47	100,0
d9200 - игры (n=103)	39	37,5±4,8
d9201 - спорт (n=147)	147	100,0
Факторы окружающей среды		
e1101 - лекарственные средства	86	57,3±4,0
e310 - семья и ближайшие родственники	114	76,0±3,5
e360 - работники других профессиональных сфер	134	89,3±2,5
e410 - индивидуальные установки семьи и ближайших родственников	33	22,0±3,4
e420 - индивидуальные установки друзей	34	22,7±3,4

Данные функциональные нарушения приводили к заинтересованности кодов активности и участия в основном за счет следующих доменов активности и участия с позиции МКФ-ДП: d5701 - соблюдение диеты и физической формы – в 81,3±3,2 % случаев, d5702 - поддержание собственного здоровья – в 88,0±2,7 %, d815 – дошкольное образование – в 68,2±7,0 % (у лиц в возрасте 3-5 лет), d816 - дошкольная жизнь и общественная деятельность – в 59,1±7,4 % (у лиц в возрасте 3-5 лет), d820 - школьное образование – в 84,5±3,6 % (у лиц в возрасте 6-17 лет), d835 - школьная жизнь и общественная деятельность – в 84,5±3,6 % (у лиц в возрасте 6-17 лет), d840 - ученичество (подготовка к профессиональной деятельности) – в 100,0 % (у лиц в возрасте 14-17 лет), d880 - занятия игрой – в 100,0 % (у лиц в возрасте 1-5 лет), d9200 - игры – в 37,5±4,8 % (у лиц в возрасте 6-17 лет), d9201 – спорт – в 100,0 % (у лиц в возрасте 3-17 лет). Влияние факторов окружающей среды, являющихся барьерами или облегчающими факторами у детей с низкорослостью отмечалось в таких категориях, как e1101 - лекарственные средства – в 57,3±4,0 % случаев, e310 - семья и ближайшие родственники – в 76,0±3,5 %, e360 - работники других профессиональных сфер – в 89,3±2,5 %, e410 - индивидуальные установки семьи и ближайших родственников – в 22,0±3,4 %, e420 - индивидуальные установки друзей – в 22,7±3,4 %.

Заключение: на основе проведенного буквенно-числового кодирования функциональных нарушений и ограничений жизнедеятельности с позиций МКФ-ДП детям с низкорослостью основными МКФ маркерами ограничения жизнедеятельности при данной нозологии являются следующие категории: функции роста (b560), толерантности к физической нагрузке (b455), эндокринных желез (b555), функции полового созревания (b5550) у лиц в возрасте 13-17 лет, соблюдение диеты и физической формы (d5701), поддержание собственного здоровья (d5702), дошкольное образование (d815) и дошкольная жизнь и общественная деятельность (d816) у лиц в возрасте 3-5 лет, школьное образование (d820) и школьная жизнь и общественная деятельность (d835) у лиц в возрасте 6-17 лет,

ученичество (d840) у лиц в возрасте 14-17 лет, занятия игрой (d880) у лиц в возрасте 1-5 лет, спорт у лиц в возрасте 3-17 лет, а также влияние на выраженность ограничения жизнедеятельности оказывают следующие факторы окружающей среды ребенка: лекарственные средства (e1101), семья и ближайшие родственники (e310), работники других профессиональных сфер (e360).

Литература

1. Атанесян Р. А., Климов Л. Я., Углова Т. А. и др. Этиологическая и возрастно-половая структура низкорослости у детей и подростков в ставропольском крае. – Практическая медицина. – Казань: Общество с ограниченной ответственностью Практика, 2014. – № 9 (85). – С. 135-139.
2. Дорошенко И. Т. Реабилитационно-экспертная диагностика детей с синдромами и заболеваниями, проявляющимися низкорослостью / И. Т. Дорошенко // Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Современный этап развития науки и практики медицинской реабилитации и спортивной медицины в Российской Федерации» посвященная 95-летию кафедры реабилитологии и спортивной медицины 10-11 апреля 2017 года. – Казань: ИД «МедДоК», 2017. – С. 109-110.
3. Исмаилов С. И., Ибрагимова Н. Ш., Нугманова Л. Б. Частота встречаемости вариантов задержки роста у детей и подростков узбекской популяции // Сибирский медицинский журнал. – 2011. – Т. 26, № 4-2. – С. 237-240.

И. Т. Дорошенко, научный сотрудник; В. Н. Бартось, младший научный сотрудник
Лаборатория медицинской экспертизы и реабилитации детей
ГУ Республиканский НПЦ медицинской экспертизы и реабилитации,
г. Минск, Республика Беларусь
Научный руководитель: к.м.н. В. В. Голикова

ДИНАМИКА ОГРАНИЧЕНИЯ СПОСОБНОСТИ К САМООБСЛУЖИВАНИЮ И СПОСОБНОСТИ К ОБЩЕНИЮ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ДЕФЕКТАМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА И КОСТЕЙ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА

Популяционная частота врожденных поражений черепно-лицевой области (в основном, расщелины верхней губы и неба - до 70 %) по разным источникам составляет от 1:1000 до 1:460 новорожденных [1]. С первых дней жизни у данных детей нарушаются функции дыхания, сосания и глотания. По мере роста ребенка нарушаются функции речи, слуха и жевания. Из-за вышеизложенного возможны также психоэмоциональные изменения состояния пациента [2]. Имеющиеся нарушения у этого контингента детей приводят к ограничению способности ребенка к осуществлению бытовых потребностей, общению и самообслуживанию, а также снижают качество их жизни.

Цель исследования: изучить динамику ограничения способности к самообслуживанию детей с врожденными дефектами мягких тканей лица и костей лицевого скелета.

Материалы и методы: проведено клинико-экспертное обследование 44 детей 23 мальчика и 21 девочка в возрасте от 3 месяцев до 17 лет, имеющих ограничение жизнедеятельности вследствие врожденных дефектов мягких тканей лица и костей лицевого скелета.

Для оценки полученных результатов применялись методы описательной статистики: абсолютное число, относительная величина (p), стандартная ошибка относительных величин (m_p), стандартная ошибка средних величин (m_M). Значимость различий количественных показателей между исследуемыми группами, в которых данные распределялись по нормальному закону, определялась по t -критерию Спирмена (r_s). Различия считались достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Нарушения функций органов и систем организма и категорий жизнедеятельности ребенка, в целях унификации в оценке разных параметров, определялись через понятие «функциональный класс» (ФК), ранжируемое по 5-балльной шкале (от 0 до 4), где интервалы между баллами оцениваются в процентах: ФК 0 (0–4 %) – характеризует нормальное состояние параметра или незначительное нарушение функции или категории жизнедеятельности; ФК I (5–25 %) - легкое нарушение; ФК II (26–50 %) – умеренное нарушение; ФК III (51–75 %) – выраженное нарушение; ФК IV (76–100 %) - резко выраженное нарушение вплоть до полной утраты функции или способности [3].

Результаты и обсуждение: самой частой ($43,2 \pm 7,5$ %) нозологией у детей с врожденными дефектами мягких тканей лица и костей лицевого скелета была сочетанная расщелина губы и неба, на второй месте ($31,8 \pm 7,0$ %) находилась изолированная расщелина

неба, на третьем ($13,6 \pm 5,2$ %) – генетические синдромы, сопровождающиеся врожденными дефектами костей лицевого скелета (синдром Пьера-Робена (83,3 %) и синдром Ван дер Вуда (16,7 %)), на четвертом ($11,4 \pm 4,8$ %) – изолированная расщелина верхней губы.

Патология мягких тканей и костей лицевого скелета усугублялась за счет патологии других систем организма, функционирование которых было нарушено из-за основного заболевания, так и за счет сопутствующей патологии, возникшей и протекающей параллельно. Чаще всего среди видов сопутствующей патологии встречалось расстройство речи и языка ($79,6 \pm 6,1$ %), в структуре которого преобладала ринолалия ($38,6 \pm 7,3$ %).

В ходе исследования изучена структура степени выраженности ограничения способности к самообслуживанию и общению у обследуемого контингента в зависимости от очередности случаев освидетельствования медико-реабилитационной экспертной комиссии (МРЭК).

Незначительное ограничение способности к самообслуживанию отмечалось в большинстве случаев ($61,4 \pm 7,3$ %) при первичном освидетельствовании, что обусловлено преимущественным проведением первичного освидетельствования в грудном возрасте при всех видах аномалий мягких тканей и костей лицевого скелета, что отражено в таблице 1. У $18,2 \pm 5,8$ % детей встречалось выраженное нарушение способности к самообслуживанию, у $9,1 \pm 4,3$ % - легкое и умеренное, соответственно, у $2,2 \pm 2,2$ % - резко выраженное, на данный процент детей при первичном освидетельствовании повлияли случаи освидетельствования в дошкольном и более старшем возрасте.

Таблица 1 – Степень ограничения способности к самообслуживанию в зависимости от очередности случаев переосвидетельствования МРЭК обследованного контингента, %

Освидетельствование МРЭК	Способность к самообслуживанию									
	ФК 1		ФК 2		ФК 3		ФК 4		ФК 0	
	абс.	$p \pm m_p$, %	абс.	$p \pm m_p$, %	абс.	$p \pm m_p$, %	абс.	$p \pm m_p$, %	абс.	$p \pm m_p$, %
Первичное, n=44	4	$9,1 \pm 4,3$	4	$9,1 \pm 4,3$	8	$18,2 \pm 5,8$	1	$2,2 \pm 2,2$	27	$61,4 \pm 7,3$
Повторное I, n=36	6	$16,7 \pm 6,2$	3	$8,3 \pm 4,6$	3	$8,3 \pm 4,6$	-	-	25	$69,4 \pm 7,7$
Повторное II, n=15	1	$6,7 \pm 6,7$	2	$13,3 \pm 9,1$	2	$13,3 \pm 9,1$	-	-	10	$66,7 \pm 12,6$
Повторное III, n=7	4	$57,1 \pm 20,2$	1	$14,3 \pm 14,3$	-	-	-	-	2	$28,6 \pm 18,4$
Повторное IV, n=5	-	-	1	$20,0 \pm 20,0$	-	-	-	-	4	$80,0 \pm 20,0$
Повторное V, n=3	1	$33,3 \pm 33,3$	1	$33,3 \pm 33,3$	-	-	-	-	1	$33,3 \pm 33,3$

Была изучена динамика изменения способности к самообслуживанию у детей с врожденными дефектами мягких тканей лица и костей лицевого скелета за период их наблюдения в МРЭК. Выявлена обратная сильная статистически значимая корреляционная

связь ($r_s = -0.943$, $p < 0,05$) между степенью ограничения жизнедеятельности и временем, прошедшим от момента первичного освидетельствования. Отмечалось закономерное снижение степени выраженности ограничения способности к самообслуживанию у наблюдаемых МРЭК детей с увеличением количества лет наблюдения, что говорит о качестве реабилитационной помощи данным детям.

Структура степени ограничения способности к общению у детей с врожденными дефектами мягких тканей и костей лицевого скелета в зависимости от освидетельствования МРЭК представлена в таблице 2.

Таблица 2 – Степень ограничения способности к общению в зависимости очередности случаев переосвидетельствования МРЭК обследованного контингента

Освидетельствование МРЭК	Способность к общению							
	ФК 1		ФК 2		ФК 3		ФК 0	
	абс.	$p \pm m_p, \%$	абс.	$p \pm m_p, \%$	абс.	$p \pm m_p, \%$	абс.	$p \pm m_p, \%$
Первичное (n=44)	4	9,1±4,3	4	9,1±4,3	2	4,5±3,1	34	77,3±6,3
Повторное I (n=36)	16	44,5±8,3	8	22,2±6,9	-	-	12	33,3±7,9
Повторное II (n=15)	6	40,0±13,1	5	33,3±12,6	-	-	4	26,7±11,8
Повторное III (n=7)	5	71,4±18,4	1	14,3±14,3	-	-	1	14,3±14,3
Повторное IV (n=5)	2	40,0±24,5	1	20,0±20,0	-	-	2	40,0±24,5
Повторное V (n=3)	-	-	1	33,3±33,3	-	-	2	66,7±33,3
Повторное VI (n=2)	2	100,0	-	-	-	-	-	-
Повторное VII (n=2)	2	100,0	-	-	-	-	-	-
Повторное VIII (n=2)	2	100,0	-	-	-	-	-	-

Наиболее часто (77,3±6,3 %) при первичном освидетельствовании отмечалось незначительное (ФК 0) ограничение способности к общению, что обусловлено преимущественным проведением первичного освидетельствования в грудном возрасте. При втором и третьем переосвидетельствованиях происходило утяжеление степени выраженности способности к общению: ФК 1 установлено у 44,5±8,3 % и 40,0±13,1 % детей, ФК 2 – у 22,2±6,9 % и 33,3±12,6 % соответственно, за счет увеличения возраста ребенка при переосвидетельствованиях и возможности диагностировать имеющееся нарушение речи вследствие дефекта мягких тканей лица и костей лицевого скелета.

Изучение динамики изменения способности к общению у обследованных детей не выявило статистически значимой ($r_s = 0,6$, $p > 0,05$) корреляционной связи между степенью выраженности ограничения способности к общению у наблюдаемых МРЭК детей с увеличением количества лет наблюдения, из чего следует, что степень выраженности ограничения способности к общению не зависит от возраста ребенка.

Заключение: выявлено закономерное снижение степени выраженности ограничения способности к самообслуживанию и отсутствие взаимосвязи ограничения способности к общению у детей с врожденными дефектами мягких тканей лица и костей лицевого скелета, наблюдаемых МРЭК, с увеличением количества лет наблюдения.

Литература

1. Комплексный подход к реабилитации детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба в условиях специализированного центра / О. Ю. Ершова [и др.] // Электронный научный журнал «Системная интеграция в здравоохранении». – 2014. – №1 (23). – С. 26-35.
2. Осведомленность врачей-специалистов г. Витебска в вопросах комплексной реабилитации пациентов с расщелиной верхней губы и неба / С. А. Кабанова [и др.] // Вестник ВГМУ. – 2013. – Т.12, №4. – С. 118–122.
3. Инструкция о порядке и критериях определения группы и причины инвалидности, перечне медицинских показаний, дающих право на получение социальной пенсии на детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, и степени утраты их здоровья: утв. Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь 25.10.07 № 97. – Минск, 2007. – 39 с.

ИНТЕРФЕРОН-ИНДУЦИРОВАННАЯ ТИРЕОПАТИЯ У БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПРОТИВОВИРУСНУЮ ТЕРПИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С

Интерферон-индуцированная тиреопатия (ИИТ) – собирательное понятие, объединяющие, как правило, три нозологические патологии щитовидной железы (ЩЖ): аутоиммунный тиреодит (тиреоидит Хашимото), деструктивный тиреодит, диффузный токсический зоб (ДТЗ), пусковым механизмом которых служит воздействие α -интерферона (ИФН)[1].

По данным литературы, примерно у 5–10 % пациентов, получающих α -ИФН в качестве противовирусной терапии (ПВТ) хронического гепатита С (ХГС), диагностируются те или иные нарушения функции ЩЖ [2, 3].

Аутоиммунный тиреодит характеризуется развитием гипофункции ЩЖ, что проявляется нарастанием в сыворотке крови уровня тиреотропного гормона (ТТГ) и снижением уровня свободного тироксина (T_4), не требует коррекции дозы или отмены α -ИФН. При данной патологии назначается заместительная терапия тиреоидными гормонами.

Деструктивный тиреодит, как правило, возникает на фоне спорадического или эндемического зоба. Клинически проявляется в виде эпизода возникшего тиреотоксикоза (изменение размеров ЩЖ при этом не происходит) и снижением уровня ТТГ, а уровень T_4 всегда повышен. Медикаментозная коррекция осуществляется короткодействующими β -блокаторами.

ДТЗ клинически характеризуется развернутой картиной тиреотоксикоза, ЩЖ увеличивается в размерах, в сыворотке крови определяется значительное снижение уровня ТТГ и повышение концентрации T_4 . При легкой степени ДТЗ назначают короткодействующие β -блокаторы, при средней и тяжелой – терапия α -ИФН должна быть прекращена с последующим лечением тиреостатическими препаратами [4].

У большинства пациентов нарушение функции ЩЖ возникает на ранних сроках лечения ИФН (в первые 3 месяца), хотя возможно ее появление на протяжении всего лечения, а также в отдаленном периоде. Клиническими предикторами ИИТ у больных, получающих ПВТ по поводу ХГС, являются: женский пол, более старший возраст, большая продолжительность заболевания, выраженная активность воспалительного процесса в печени. У подавляющего большинства пациентов с исходно существовавшим аутоиммунным тиреодитом его проявления усугубляются на фоне лечения ИФН [5].

Возникновение ИИТ на фоне ПВТ ХГС не является показанием к ее отмене или снижению дозы α -ИФН [6]. Отмена терапии практически не отражается на течении ИИТ – она все равно проходит две типичные фазы (короткой – деструктивный тиреодит,

сменяющийся гипотиреозом) и, как правило, заканчивается гипотиреозом. Даже если предположить, что продолжение терапии ухудшит прогноз со стороны ЩЖ, то худшим последствием в этом плане будет стойкий гипотиреоз, лечение которого достаточно просто, тогда как при отмене ПВТ у пациента сохранится вирусный гепатит, последствия которого несоизмеримо тяжелее. В тоже время курс ПВТ весьма дорог, и его прерывание делает бессмысленными сделанные затраты. То же самое касается ДТЗ, при котором наиболее предпочтительно назначение тиреостатической терапии на фоне продолжающегося курса ПВТ [5, 7].

Цель исследования: определить структуру и частоту возникновения ИИТ на фоне тройной ПВТ хронического гепатита С.

Материалы и методы: в гепатологическом отделении дневного стационара ОБУЗ ГКБ № 1 г. Иваново находятся на амбулаторном лечении 38 больных ХГС с 1 генотипом вируса: генотип 1 определен у 12 (31,6 %) пациентов, генотип 1а – у 6 (15,8 %) больных и генотип 1в – у 20 (52,6 %) наблюдаемых. Диагноз ХГС установлен на основании обнаружения РНК ВГС методом ПЦР. С учетом генотипа 1 ВГС всем пациентам была назначена тройная ПВТ ХГС с применением ПегИФНа2а, рибавирина, нарлапревира и ритонавира.

Среди пациентов, получающих тройную ПВТ ХГС мужчин было 20 (52,6 %) человек, женщин – 18 (43,4 %). Средний возраст больных - $38,5 \pm 7,6$ года.

У 4 (10,5 %) пациентов сопутствующий сахарный диабет II типа, у 2 (5,3 %) больных – экзема.

Анемия была диагностирована у 2 (5,3 %) пациентов, лейкопения – 1 (2,6 %) больного, тромбоцитопения – у 5 (13,1 %) наблюдаемых. Изменения в биохимических показателях крови (повышение уровня АЛТ, АСТ) имели место у 33 (86,8 %) человек.

Всем пациентам была выполнена оценка степени фиброза печени на аппарате FibroScan. Фиброз F2 наблюдался у 2 (5,3 %) больных, F3 – у 27 (71,1 %) человек, F4 – у 9 (23,6 %) пациентов.

Все пациенты до начала ПВТ были консультированы эндокринологом, заболеваний ЩЖ выявлено не было. Контроль состояния ЩЖ (определение уровня ТТГ, T_4 , консультация эндокринолога, УЗИ ЩЖ по показаниям) на фоне лечения ИФН выполнялся ежемесячно.

Результаты и обсуждение: на 4 неделе ПВТ ХГС мы наблюдали изолированное снижение уровня T_4 у 8 (21,1 %) больных (5 (62,5 %) мужчин и 3 (37,5 %) женщин).

На 8 неделе терапии уже у 20 (52,6 %) пациентов было диагностировано снижение уровня T_4 (13 (65 %) мужчин и 7 (35 %) женщин).

Снижение уровня гормона ТТГ, при повышении T_4 наблюдалось у 1 (2,6 %) мужчины, при этом структура и размер щитовидной железы оставались в норме, что свидетельствовало о развитии кратковременной стадии тиреотоксикоза (деструктивный тиреоидит), который через 4 недели перешел в аутоиммунный тиреоидит (ТТГ стал в норме, T_4 – ниже нормы).

На 12 неделе терапии у 17 (44,7 %) человек (9 (52,9 %) мужчин и 8 (47,1 %) женщин) наблюдалось изолированное снижение уровня гормона T_4 при нормальных показателях ТТГ. И вновь уже у 2 (5,3 %) больных (мужчины и женщины) мы наблюдали стадию кратковременного тиреотоксикоза с переходом в стадию аутоиммунного тиреоидита.

На 16 неделе у 21 (55,3 %) пациента (10 (47,6 %) мужчин и 11 (52,4 %) женщин), наблюдалось снижение уровня гормона Т₄ (рисунок 1).

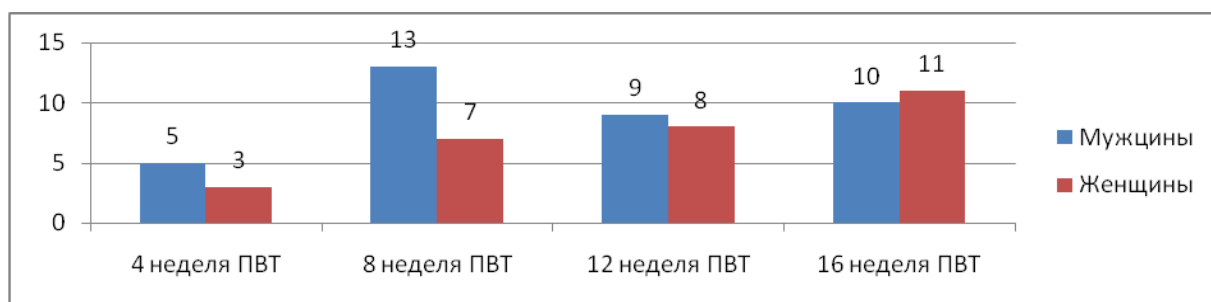


Рисунок 1 - Абсолютное число пациентов с изолированным снижением Т₄ на фоне тройной ПВТ ХГС, абс.

Стоит отметить, что у пациентов, у которых было диагностировано изменение уровня гормонов ЩЖ, клинических проявлений заболевания не наблюдалось. Больные были консультированы эндокринологом. Клиническое состояние изолированного снижения уровня Т₄ было расценено, как развитие аутоиммунного тиреоидита на фоне терапии ИНФ. При этом снижение дозы или отмена ИФН не потребовалась.

Также у больных, получающих тройную ПВТ ХГС были выявлены такие побочные эффекты, как лейкопения, тромбоцитопения, анемия (таблица 1). Треть пациентов отметила снижение массы тела на фоне терапии. У одного мужчины наблюдалась крапивница.

Таблица 1 – Побочные эффекты тройной ПВТ ХГС, абс. (%)

Показатель	Все обследованные, n = 38				
	До начала ПВТ	4 неделя ПВТ	8 неделя ПВТ	12 неделя ПВТ	16 неделя ПВТ
Анемия	2 (5,3)	10 (26,3)	11 (28,9)	15 (39,5)	9 (23,7)
Лейкопения	1 (2,6)	20 (52,6)	27 (71,1)	25 (73,7)	19 (50)
Тромбоцитопения	5 (13,1)	21 (55,3)	29 (76,3)	24 (63,2)	17 (44,7)

Эффективность тройной ПВТ ХГС мы отметили уже на 4 неделе терапии. Быстрый вирусологический ответ имел место у 30 (78,9 %) больных. До терапии большая часть больных – 33 (86,8 %) пациента имели высокие уровни АлАТ, АсАТ, на 4 неделе терапии лишь у 6 (15,8 %) не произошла нормализация этих показателей (рисунок 2).

Заключение: на фоне тройной ПВТ хронического гепатита С у половины пациентов регистрировались нарушения функции ЩЖ. Развитие ИИТ чаще всего наблюдалось в виде аутоиммунного тиреоидита на 8–16 неделе ПВТ, встречалось с одинаковой частотой у мужчин и женщин, при этом имело место изолированное снижение уровня Т₄ (при нормальных показателях ТТГ), в отсутствии клинических проявлений заболевания. Появление ИИТ не потребовало снижение дозы или отмены терапии ИНФ.

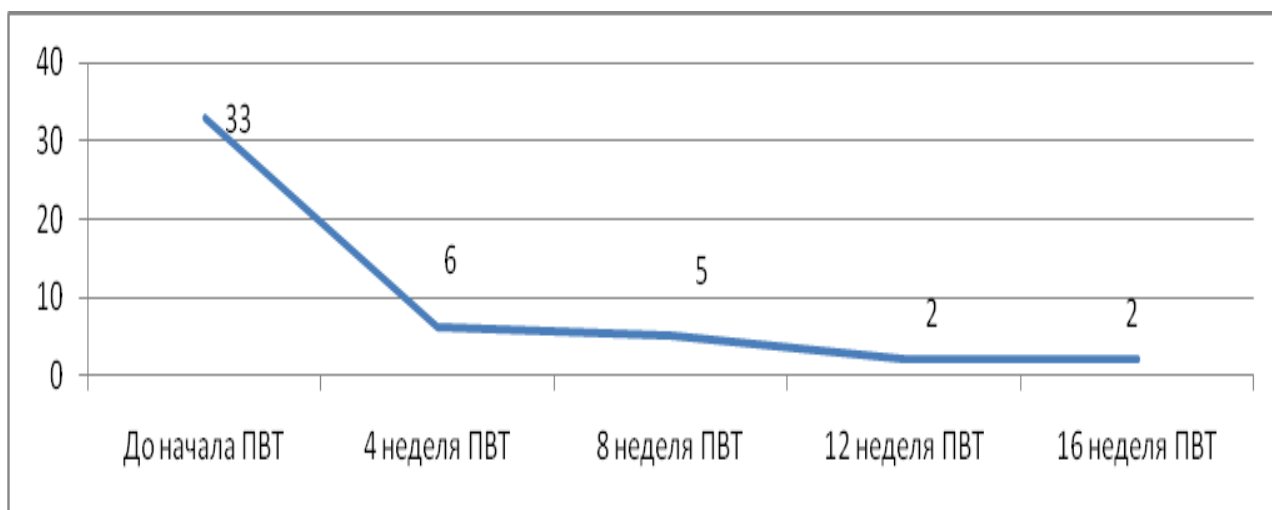


Рисунок 2 - Абсолютное число больных, получающих тройную ПВТ ХГС, с повышенным уровнем АлАТ, АсАТ, абс.

Литература

1. Никитин И. Г. Поражение щитовидной железы на фоне противовирусной терапии хронических вирусных гепатитов / И. Г. Никитин // Лечебное дело. – 2007. – № 1. – С. 69-74.
2. The clinical and physiological spectrum of interferon–alpha induced thyroiditis: toward a new classification / Mandac J. C., Chaudhry S., Sherman K. E., Tomer Y. // Hepatol. – 2006. – V. 43 – P. 661.
3. Bini E. J., Mehandru S. / Incidence of thyroid dysfunction during interferon alfa2b and ribavirin therapy in men with chronic hepatitis C: a prospective cohort study // Arch. Intern. Med. – 2004. – V. 164 (21) – P. 2371–2376.
4. Архипова Г. А. Причины и механизмы развития гипотиреоза (литературный обзор) // Вестник Ошского государственного университета. – 2016. – С. 9-14.
5. Моргунова Т. Б., Решетник Н. А., Фадеев В. В. Цитокининдуцированные тиреопатии // Клиническая и экспериментальная тиреоидология. – 2010. – Т. 1. – № 1. – С. 19-28.
6. Рекомендации по диагностике и лечению взрослых больных гепатитом С / Под ред. Ивашкина В. Т., Ющук Н. Д. – Москва, 2017. – 69 с.
7. Варианты дисфункции щитовидной железы у пациентов с хроническим гепатитом С (на материале Алтайского края) / Н. С. Лубская, М. А. Никонорова, В. М. Гранитов, О. И. Матрос // Вестник Мордовского университета. – 2017. – Т. 27. – №3. – С. 304–314.

Э. З. Дундаров, ассистент; К. Р. Корольчук, студент
Кафедра травматологии, ортопедии, ВПХ с курсом анестезиологии и реаниматологии
УО Гомельский ГМУ, г. Гомель, Республика Беларусь

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПУНКЦИОННО-ДИЛАТАЦИОННОЙ ТРАХЕОСТОМИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НАБОРА CIAGLIA BLUERHINO (CVR) И БАЗОВОЙ ТЕХНИКИ СИГЛИ/ГРИГЗА

Обеспечение адекватного функционирования дыхательной системы человека, защита дыхательных путей, обеспечение их проходимости – наиболее частые и важные задачи врача-реаниматолога. Преимущественно, эти задачи достигаются проведением искусственной (вспомогательной) вентиляции легких. Главным образом, для проведения ИВЛ (ВВЛ) выполняется интубация трахеи. Ввиду того, что длительность ИВЛ в некоторых случаях может достигать нескольких месяцев, то для этой категории пациентов необходимо выполнение трахеостомии. Также при вентиляции через трахеостому снижается объем мертвого пространства дыхательных путей и создаются условия для хорошего туалета бронхов.

В настоящее время трахеостомия — одна из наиболее часто выполняемых манипуляций, уступая только пункции и катетеризации магистральных сосудов, часто именуемых малыми операциями в отделение реанимации. В современной практике широко используются как хирургические методики (хирургическое вскрытие трахеи), так и чрескожная техника (вскрытие трахеи с использованием пластиковых расширителей) [1].

Методика чрескожной пункционно-дилатационной трахеостомии (ПДТ) была впервые описана в 50–60-х годах XX века, однако широкое распространение получила только после разработки различных наборов для чрескожной трахеостомии.

Этот метод предполагает использование тупой дилатации для прохождения трахеостомической трубки. Сторонники ПДТ предполагают, что ограниченное рассечение приводит к меньшему повреждению тканей, снижает риск кровотечения и раневой инфекции. Несомненным плюсом является возможность проведения у постели пациентанепосредственно в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). Данный фактпомогает преодолеть определенные риски, связанные с переводом в операционный блок пациентов в критическом состоянии [2].

Наибольшее распространение получили следующие методики:

1. Методика Сигли (Ciaglia);
2. Методика Григза (Griggs);
3. Комбинированная методика Сигли/Григза.

В 2000году техника, предложенная Ciaglia, была модифицирована Вyhahn и соавт. путем разработки специального набора Blue Rhino (Ciaglia Blue Rhino CVR; Cook Critical Care, Bloomington, IL). Изогнутый дилататор с гидрофобным покрытием позволяет обеспечить дилатацию тканей в один прием, снижая при этом риск повреждения задней стенки трахеи, интраоперационного кровотечения, а также десатурации, которая может

возникать при неоднократной обструкции дыхательных путей во время последовательного использования дилататоров [3].

В сравнении с методикой Григза, использование изогнутого конического бужа Blue Rhino позволяет избежать недостаточной или чрезмерной дилатации трахеостомического отверстия [4].

На основании опыта использования, накопленного рядом исследователей, ученых и врачей, проведено немало исследований, результатами которых стали следующие выводы о методике чрескожной ПДТ с одним коническим расширителем (Ciaglia Blue Rhino) [5, 6, 7]:

- процедура является безопасной,
- простой в использовании,
- практичной, быстро выполнимой и экономически выгодной,
- возможно проведение процедуры «у постели пациента»,
- имеет низкий риск осложнений.

В свою очередь получены данные о возможных осложнениях, которые могут возникнуть:

- кровотечения (ранние и отсроченные).
- перфорация трахеи,
- стеноз гортани,
- подкожная эмфизема,
- пневмоторакс.

Время выполнения пункционно-дилатационной трахеостомии зависит от опыта и требует фиброоптического пособия. Однако использование упрощенного набора Ciaglia Blue Rhino позволяет безопасно выполнять процедуру без дополнительной визуализации через бронхоскоп, а так же в ситуациях, когда ограничено оборудование и медицинский персонал.

Цель исследования: анализ и сравнение результатов ПДТ с использованием набора Blue Rhino и базовой техники Сигли/Григза.

Материалы и методы: проведено ретроспективное исследование. За период с начала 2017 года по сентябрь 2018 года в отделении анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии Гомельской областной клинической больницы проведено 50 чрескожных ПДТ пациентам с черепно-мозговой травмой; 25 из них - с использованием набора Ciaglia Blue Rhino и 25 – базовыми методами Ciaglia и Griggs. Трахеостомия была выполнена успешно у всех пациентов. Основными проанализированными переменными были: время выполнения процедуры, частота сердечных сокращений (ЧСС), среднее артериальное давление (СрАД). Так же анализ осложнений возникающих в процессе и после процедуры.

Предоперационное обследование включало стандартную оценку клинического состояния пациента, рентгенологический контроль легких, лабораторный контроль, включая показатели свертывающей системы крови, определение уровня гемоглобина, гематокрита, числа эритроцитов и тромбоцитов.

Анестезиологическое пособие, срок выполнения (3-4 сутки), а также состояние пациентов было идентичным во всех случаях. Последнее оценивалось как тяжелое (сопор/кома 1).

Проведен анализ возникших осложнений, их структуры, абсолютного и относительного количества. Сравнение полученных данных с результатами рандомизированных исследований опубликованных зарубежными авторами [4, 7].

При проведении трахеостомии методом CBR зарегистрировано 1 незначительное кровотечение во время выполнения процедуры и 1 в более поздний период. Других осложнений не выявлено.

В процессе постановки трахеостомической канюли базовыми методами зарегистрировано 3 кровотечения непосредственно во время процедуры и 1 отсроченное; 1 случай пневмоторакса; 1 случай подкожной эмфиземы.

Сравнение структуры и количества осложнений с данными исследований зарубежных авторов не показало существенных различий в показателях [7, 8, 9].

Дополнительно был проведен анализ изменения среднего артериального давления (СрАД) и частоты сердечных сокращений (ЧСС) и во время проведения процедуры.

Повышение частоты сердечных сокращений во время проведения трахеостомии методом Ciaglia Blue Rhino зарегистрировано у 1 пациента (110/мин), ПДТ базовыми методами Сигли и Григза – у 5 пациентов (120/мин, 115/мин, 117/мин, 124/мин, 109/мин соответственно). Снижение среднего артериального давления (СрАД): CBR – 1 случай (65 мм ртст); базовая ПДТ – 3 случая (67, 63, 65 мм ртст). Повышение СрАД: CBR – 1 случай (115 мм ртст); базовая ПДТ – 3 случая (120, 125, 117 мм ртст).

Результаты и обсуждение: за период с начала 2017 года по сентябрь 2018 года в отделении анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии Гомельской областной клинической больницы проведено 50 чрескожных пункционно-дилатационных трахеостомий пациентам с черепно-мозговой травмой. 25 из них с использованием набора CiagliaBlueRhino и 25 – базовыми методами Ciaglia и Griggs. Трахеостомия была выполнена успешно у всех пациентов. Для CBR среднее время выполнения процедуры составило 10 минуты (± 2 мин). Продолжительность самой короткой процедуры составила 8 минуты, самой продолжительной – 12 минут. Первые процедуры выполнялись в условиях операционной, в дальнейшем – в реанимационном зале отделения. Время выполнения ПДТ базовыми методами составило в среднем 15 минут (± 2 мин).

При сравнении возникших осложнений с данными публикаций других авторов – расхождения в структуре и относительном количестве не выявлено, что доказывает соответствие нашей работы общемировой практике.

Выводы: процедура проведения трахеостомии с использованием методики Ciaglia Blue Rhino:

- в меньшей степени оказывает влияние на гемодинамику пациентов;
- требует затраты меньшего количества времени на выполнение процедуры;
- может быть выполнена непосредственно у постели пациента;
- сопровождается меньшим числом осложнений, таких как: кровотечения, подкожная эмфизема, стеноз гортани, пневмоторакс.

Литература

1. Brass, P. Percutaneous techniques versus surgical techniques for tracheostomy/Brass, P, Hellmich M, Ladra A. // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2016. – iss. 7.
2. Al-Ansari, M. A. Clinical review: Percutaneous dilatational tracheostomy / Al-Ansari M. A., Hijazi M. H. // Critical Care. – 2005. – Vol. 10. – P. 202.
3. Update in Anaesthesia / World Federation of Societies of Anaesthesiologists (WFSA) / B. McCormick, Anaesthetics Department, Royal Devon & Exeter NHS Foundation Trust, Barrack Road, Exeter, EX2 5DW, UK. 2014.
4. Ambesh, S. P. Percutaneous tracheostomy with single dilatation technique: a prospective, randomized comparison of Ciaglia blue rhino versus Griggs' guidewire dilating forceps / Ambesh S. P. et al. // Anesth.Analg. – 2002. – Vol. 95, iss. 6. – P. 1739-1745.
5. Cianchi, G. Comparison between single-step and balloon dilatational tracheostomy in intensive care unit: a single-centre, randomized controlled study / G. Cianchi et al. // BJA: British Journal of Anaesthesia. – 2010. – Vol. 104, iss. 6. – P. 728–732.
6. Johnson J. L. Percutaneous dilational tracheostomy: a comparison of single- versus multiple-dilator techniques. / Johnson J.L. et al. // Critical Care Med. – 2001. – Vol. 29, iss. 6. – P. 1251-1254.
7. Sanabria A. Which percutaneous tracheostomy method is better? A systematic review / A. Sanabria// Respir. Care. – 2014. – Vol. 59, iss. 11. – P. 1660-1667.
8. Divisi D. Fantonitranslaryngeal tracheostomy versus ciaglia blue rhino percutaneous tracheostomy: a retrospective comparison. / Divisi D., Altamura G., Di Tommaso S. et al. // Surg. Today. – 2009. – Vol. 39, iss. 5. – P. 387-392.
9. Byhahn C. Percutaneous tracheostomy: ciaglia blue rhino versus the basic ciaglia technique of percutaneous dilational tracheostomy. / Byhahn C. et al. // Anesth. Analg. – 2000. – Vol. 91, iss. 4. – P. 882-886.

АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ НА НАКОПЛЕНИЕ ПОЛИСАХАРИДОВ

В настоящее время в медицинской практике России используется свыше 6,5 тысяч лекарственных средств, производимых из лекарственного растительного сырья. Все возрастающий интерес к фитопрепаратам обусловлен тем, что в случае рационального применения они сочетают в себе хороший терапевтический эффект с относительной безвредностью. Основная часть заготовок лекарственного растительного сырья традиционно сосредоточена в европейской части России, причем, в ее самых населенных и промышленно освоенных регионах, в частности в Центральном Черноземье. При этом большинство эксплуатируемых ресурсов дикорастущих лекарственных растений расположено в зоне активной хозяйственной деятельности человека [1-3].

Цель исследования: оценка безопасности и эффективности листьев подорожника большого, собранного на территории Воронежской области в естественных биогеоценозах, испытывающих на себе различное антропогенное воздействие.

Материалы и методы: для проведения исследований в рамках Воронежской области как среднестатистической области Центрального Черноземья нами на основе уже имеющегося литературного и картографического обзора были выбраны точки отбора образцов почв и лекарственного растительного сырья. Выбор исследуемых районов обусловлен характером специфического антропогенного воздействия на него (рисунок 1, таблица 1). В качестве объекта исследования решено было использовать листья подорожника большого (*Plantago major* L.) - лекарственного растительного сырья, собираемого, как правило, от дикорастущих организмов, являющихся характерными представителями как естественных растительных сообществ, так и урбанофлоры [1, 3].

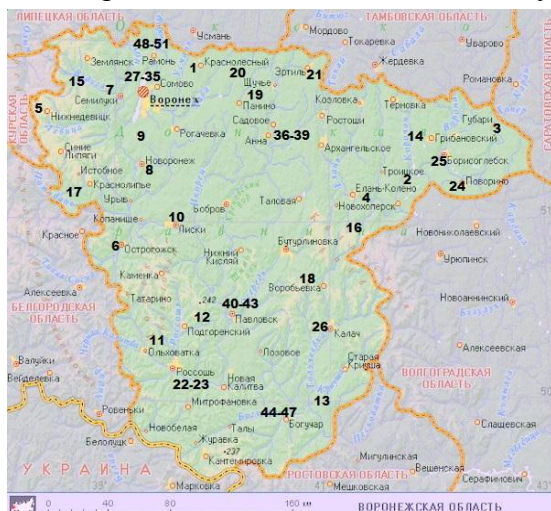


Рисунок 1 - Карта отбора образцов почв и лекарственного растительного сырья (обозначения расшифрованы в таблице 1)

Анализ образцов лекарственного растительного сырья, отобранного на территории Воронежской области, проводили с использованием аналитического комплекса на базе атомно-абсорбционного спектрометра с электротермической атомизацией МГА-915МД [4]. В изучаемых образцах определяли содержание свинца, кадмия, ртути, мышьяка, так как именно эти элементы нормируются в лекарственном растительном сырье и лекарственных растительных препаратах, а также в сельскохозяйственной продукции и других продуктах питания, а также никеля, так как Воронежская область рассматривается как перспективный источник этого нейро- и нефротоксичного элемента с доказанной канцерогенной активностью [5]. Содержание основных биологически активных веществ – водорастворимых полисахаридов (ВРПС) - определяли по ранее разработанной и запатентованной методике [2, 6].

Результаты и обсуждение: результаты исследований отобранных образцов лекарственного растительного сырья на содержание тяжелых металлов и ВРПС приведены в таблице 1.

Таблица 1 - Содержание тяжелых металлов (мг/кг) и ВРПС в изучаемых образцах, %

№ п/п	Район сбора	Валовое содержание тяжелых металлов, мг/ кг					Содержание ВРПС, %
		Pb	Hg	Cd	As	Ni	
1.	Воронежский биосферный заповедник	0,67	0,007	0,02	0,32	1,53	24,1
2.	Хоперский заповедник	0,46	0,005	0,04	0,30	2,53	23,5
3.	Борисоглебский район (Губари)	0,56	0,006	0,02	0,24	1,29	24,5
4.	Елань-Колено	0,75	0,005	0,05	0,27	2,61	20,4
5.	Нижнедевицк	0,63	0,006	0,03	0,25	1,10	18,4
6.	Острогожск	0,86	0,009	0,11	0,32	3,72	19,1
7.	Семилуки	0,90	0,009	0,12	0,37	2,83	17,9
8.	Нововоронеж	0,78	0,007	0,01	0,27	1,96	18,3
9.	Воронеж-Нововоронеж (ВЛЭ)	0,85	0,006	0,01	0,24	1,40	14,3
10.	Лискинский район	1,05	0,007	0,14	0,26	1,28	20,1
11.	Ольховатский район	0,79	0,006	0,11	0,43	3,02	19,0
12.	Подгоренский район	0,90	0,009	0,19	0,35	4,29	16,3
13.	Петропавловский район	0,76	0,006	0,17	0,21	0,96	17,5
14.	Грибановский район	0,70	0,006	0,05	0,47	4,19	16,9
15.	Хохольский район	0,79	0,006	0,15	0,32	2,70	17,0
16.	Новохоперский район	0,67	0,007	0,17	0,36	2,18	18,3
17.	Репьевский район	0,46	0,006	0,13	0,44	2,62	17,2
18.	Воробьевский район	0,68	0,009	0,09	0,25	3,48	18,0
19.	Панинский район	0,73	0,006	0,16	0,43	3,79	16,8
20.	Верхнехавский район	1,90	0,006	0,19	0,46	2,71	19,8
21.	Эртиль	1,37	0,007	0,10	0,26	4,27	20,2
22.	Россошанский район	0,63	0,006	0,13	0,45	4,80	15,7

23.	Россошь (Химическое предприятие ОАО «Минудобрения»)	1,08	0,009	0,25	0,87	6,49	13,9
24.	Поворино (ООО «Бормаш»)	3,18	0,009	0,27	0,65	4,84	14,7
25.	Борисоглебск	1,63	0,008	0,17	0,41	4,40	18,4
26.	Калач	2,58	0,009	0,18	0,39	4,66	19,5
27.	Вблизи теплоэлектростанции «ВОГРЭС»	1,78	0,009	0,17	0,78	4,65	19,1
28.	Вблизи химического предприятия ООО «Воронежский Гипрокаучук»	2,37	0,007	0,13	0,32	3,21	18,7
29.	Вдоль низовья Воронежского водохранилища	0,84	0,007	0,11	0,45	4,24	20,2
30.	Вблизи периметрового ограждения Воронежского аэропорта	1,75	0,009	0,17	0,43	5,71	16,4
31.	Улица города	1,13	0,009	0,22	0,32	5,46	17,6
32.	Вдоль трассы М4 (смешанный лес) (Рамонский район)	3,23	0,008	0,12	0,47	7,1	12,4
33.	100 м от трассы М4 (смешанный лес)(Рамонский район)	1,14	0,008	0,08	0,43	5,83	12,2
34.	200 м от трассы М4 (смешанный лес)(Рамонский район)	0,79	0,006	0,06	0,36	3,41	13,5
35.	300 м от трассы М4 (смешанный лес)(Рамонский район)	0,36	0,006	0,07	0,34	2,76	15,7
36.	Вдоль трассы А144 (лесостепь) (Анна)	3,15	0,008	0,1	0,36	8,90	12,9
37.	100 м от трассы А144 (лесостепь) (Анна)	1,62	0,006	0,01	0,35	7,22	13,6
38.	200 м от трассы А144 (лесостепь) (Анна)	0,58	0,006	0,01	0,27	5,34	14,8
39.	300 м от трассы А144 (лесостепь) (Анна)	0,50	0,007	0,01	0,23	3,09	15,0
40.	Вдоль трассы М4 (степная зона) (Павловск)	2,36	0,008	0,19	0,37	8,49	15,3
41.	100 м от трассы М4 (степная зона)(Павловск)	1,09	0,007	0,04	0,36	7,16	15,1
42.	200 м от трассы М4 (степная зона)(Павловск)	0,97	0,007	0,05	0,27	3,25	15,6
43.	300 м от трассы М4 (степная зона)(Павловск)	0,86	0,006	0,01	0,29	3,10	16,0
44.	Вдоль нескоростной автомобильной дороги (Богучар)	1,63	0,007	0,05	0,43	5,72	16,4
45.	100 м от нескоростной автомобильной дороги (Богучар)	0,55	0,005	0,01	0,32	5,37	16,6
46.	200 м от нескоростной автомобильной дороги (Богучар)	0,45	0,005	0,01	0,30	3,18	16,5
47.	300 м нескоростной автомобильной дороги (Богучар)	0,47	0,005	0,00	0,21	2,52	16,6
48.	Вдоль железной дороги (Рамонский район)	1,56	0,009	0,13	0,43	8,37	15,5

49.	100 м от железной дороги (Рамонский район)	0,53	0,009	0,10	0,42	7,31	16,4
50.	200 м от железной дороги (Рамонский район)	0,50	0,007	0,02	0,39	5,29	17,6
51.	300 м от железной дороги (Рамонский район)	0,50	0,007	0,02	0,36	3,21	17,7
Среднее для Воронежской области		1,11	0,007	0,12	0,38	3,60	18,0
ПДК		6,0	0,1	1,0	0,5	-	≥12

Из отобранных 51 образцов неудовлетворительными признаны лишь 3: собранные вблизи теплоэлектростанции «ВОГРЭС», ООО «Бормаш» (Поворино) и ОАО «Минудобрения» (Россошь) - в них превышено содержание мышьяка [4].

В целом, чувствительность ВРПС листьев подорожника большого к антропогенному воздействию в условиях нашего эксперимента оценивается как низкая. Содержание ВРПС в листьях растений, произрастающих в местах наиболее сильного антропогенного воздействия, не сильно отличается от содержания ВРПС в растениях, отобранных в экологически благополучных зонах. При этом все образцы оказались соответствующими требованиям нормативной документации. Для детального анализа влияния содержания в растениях тяжелых металлов на накопление биологически активных веществ были рассчитаны коэффициенты корреляции, которые оказались для свинца равны (-0,28); для ртути (-0,16); для кадмия (-0,05), для мышьяка (-0,22), для никеля (-0,56).

Выводы: отмечено экологически благополучное состояние изучаемого лекарственного растительного сырья. На накопление ВРПС листьев подорожника большого умеренное отрицательное влияние оказывает никель. Для остальных элементов корреляционной зависимости с накоплением ВРПС не отмечено.

Литература

1. Великанова, Н. А. Оценка экологического состояния почв и лекарственного растительного сырья (травы горца птичьего и листьев подорожника большого) по содержанию тяжелых металлов в городе Воронеже и его окрестностях / Н. А. Великанова, С. П. Гапонов, А. И. Сливкин // Вестник ВГУ. Серия: Химия, Биология, Фармация. – 2012. – №2. – С. 238-244.
2. Великанова, Н. А. Усовершенствование методики количественного определения водорастворимых полисахаридов в листьях подорожника большого / Н. А. Великанова [и др.] // Пути и формы совершенствования фармацевтического образования. Создание новых физиологически активных веществ: Материалы 5-й Международной научно-методической конференции «Фармобразование-2013». – Воронеж, 2013. – С. 216-220.
3. Гапонов, С. П. Изучение содержания водорастворимых полисахаридов в листьях подорожника большого, произрастающего в городе Воронеже и его окрестностях / С. П. Гапонов [и др.] // Пути и формы совершенствования фармацевтического образования. Создание новых физиологически активных веществ: Материалы 5-й Международной научно-методической конференции «Фармобразование-2013». – Воронеж, 2013. – С. 251-254.

4. ОФС.1.5.3.0009.15 Определение содержания тяжелых металлов и мышьяка в лекарственном растительном сырье и лекарственных растительных препаратах.
5. Экооценка лекарственного растительного сырья в урбоусловиях г. Воронежа / Н. А. Великанова, С. П. Гапонов, А. И. Сливкин / LAMBERT AcademicPublishing, 2013. – 211 с.
6. Пат. 2530501 РФ, МПК С 08 В 37/00 Способ получения водорастворимых полисахаридов из листьев подорожника большого / Н. А. Великанова, С. П. Гапонов, А. И. Сливкин. - № 2013110215/13, заявл. 06.03.2013; опубл. 10.10.2014, Бюл. № 28. – 6 с.
7. Великанова, Н. А. Изучение микроскопических особенностей листьев подорожника большого, собранного в городе Воронеже и его окрестностях / Великанова Н. А., Сливкин А. И., Гапонов С. П., Подвигина Н. В., Карлов П. М. // Вестник Воронежского государственного университета. Серия: Химия. Биология. Фармация. – 2013. – № 2. – С. 173-177.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ НА НАКОПЛЕНИЕ ФЛАВОНОИДОВ

Согласно современным представлениям, оценка безопасности лекарственного растительного сырья должна учитывать все потенциальные факторы риска, специфичные для данной группы лекарственных средств. Основная часть заготовок лекарственного растительного сырья традиционно сосредоточена в европейской части России, причем, в ее самых населенных и промышленно освоенных регионах, в частности в Центральном Черноземье [1, 2].

Цель исследования: оценка безопасности и эффективности травы горца птичьего, собранной на территории Воронежской области в естественных биогеоценозах, испытывающих на себе различное антропогенное воздействие.

Материалы и методы: для проведения исследований в рамках Воронежской области нами на основе уже имеющегося литературного и картографического обзора [3] были выбраны точки отбора образцов почв и лекарственного растительного сырья. Выбор исследуемых районов обусловлен характером специфического антропогенного воздействия на него (таблица 1).

В качестве объекта исследования решено было использовать траву горца птичьего (*Polygonum aviculare* L.) - лекарственного растительного сырья, собираемого, как правило, от дикорастущих организмов, являющихся характерными представителями как естественных растительных сообществ, так и урбанофлоры [3, 4].

Анализ образцов лекарственного растительного сырья, отобранного на территории Воронежской области, проводили с использованием аналитического комплекса на базе атомно-абсорбционного спектрометра с электротермической атомизацией МГА-915МД [5]. В изучаемых образцах определяли содержание свинца, кадмия, ртути, мышьяка и никеля. Содержание основных биологически активных веществ – флавоноидов в пересчете на авикулярин - определяли по фармакопейной методике.

Результаты и обсуждение: результаты исследований отобранных образцов лекарственного растительного сырья на содержание тяжелых металлов и флавоноидов приведены в таблице 1.

Анализ полученных данных показал полное соответствие требованиям действующей нормативной документации на содержание тяжелых металлов и мышьяка всех отобранных образцов травы горца птичьего.

Результаты исследования содержания флавоноидов в пересчете на авикулярин в траве горца птичьего показали, что все отобранные образцы соответствуют действующим требованиям нормативной документации и, таким образом, могут быть признаны пригодными для применения в медицинской и фармацевтической практике. Ввиду того, что для лекарственного растительного сырья горца птичьего, собранного в экологически чистых

районах и даже в районах, подвергшихся антропогенному воздействию, показатель количественного содержания действующих веществ значительно превышает установленный нормативной документацией, вероятно, целесообразно задуматься об изменении числового показателя «суммы флавоноидов в пересчете на авикулярин не менее 0,5 %» на «суммы флавоноидов в пересчете на авикулярин и абсолютно сухое сырье не менее 1,0 %». Это позволит повысить эффективность и безопасность на стадии контроля качества поступившего лекарственного растительного сырья и избежать реализации населению сырья, собранного в экологически неблагоприятных районах [6, 7, 8].

Таблица 1 - Содержание тяжелых металлов (мг/кг) и флавоноидов в пересчете на авикулярин в изучаемых образцах, %

№ п/п	Район сбора	Валовое содержание тяжелых металлов, мг/ кг					Флавоноиды, %
		Pb	Hg	Cd	As	Ni	
1.	Воронежский биосферный заповедник	0,24	0,002	0,01	0,06	1,75	1,81
2.	Хоперский заповедник	0,52	0,003	Отс.	0,04	2,75	1,52
3.	Борисоглебский район (Губари)	0,34	0,002	0,01	0,05	1,84	1,78
4.	Елань-Колено	0,83	0,002	0,02	0,07	2,64	1,63
5.	Нижедевицк	0,95	0,003	0,02	0,05	1,23	1,45
6.	Острогожск	0,94	0,002	Отс.	0,08	3,97	1,05
7.	Семилуки	1,26	0,003	0,02	0,09	3,24	1,57
8.	Нововоронеж	0,74	0,004	Отс.	0,06	2,04	1,02
9.	Воронеж-Нововоронеж (ВЛЭ)	1,72	0,002	0,02	0,11	3,75	0,64
10.	Лискинский район	0,92	0,002	0,03	0,06	1,63	1,03
11.	Ольховатский район	0,25	0,002	0,01	0,09	4,63	1,26
12.	Подгоренский район	0,83	0,003	0,02	0,07	4,34	1,05
13.	Петропавловский район	0,79	0,003	0,02	0,06	1,57	1,34
14.	Грибановский район	0,97	0,002	0,01	0,10	3,81	1,02
15.	Хохольский район	1,46	0,002	0,01	0,07	3,85	0,95
16.	Новохоперский район	1,18	0,003	0,01	0,10	2,96	1,41
17.	Репьевский район	0,73	0,003	0,02	0,10	4,91	1,28
18.	Воробьевский район	0,46	0,003	0,01	0,05	4,29	1,38
19.	Панинский район	0,70	0,003	0,02	0,11	4,73	1,04
20.	Верхнехавский район	1,70	0,003	0,03	0,10	3,95	0,98
21.	Эртиль	1,82	0,002	0,03	0,06	4,03	1,68
22.	Россошанский район	1,05	0,003	0,02	0,10	4,83	1,65
23.	Россошь (Химическое предприятие ОАО «Минудобрения»)	1,68	0,002	0,04	0,19	5,94	2,01
24.	Поворино	4,95	0,002	0,05	0,25	7,47	1,90
25.	Борисоглебск	1,93	0,003	0,04	0,11	3,73	1,66
26.	Калач	2,05	0,004	0,01	0,10	4,84	2,07

27.	Вблизи теплоэлектростанции «ВОГРЭС»	1,03	0,002	0,01	0,27	3,85	0,97
28.	Вблизи химического предприятия ООО «Воронежский Гипрокаучук»	2,62	0,003	0,03	0,12	3,92	0,95
29.	Вдоль низовья Воронежского водохранилища	2,07	0,003	0,03	0,11	4,45	1,23
30.	Вблизи периметрового ограждения Воронежского аэропорта	4,59	0,004	0,03	0,11	4,79	1,92
31.	Улица города	2,53	0,002	0,03	0,12	3,48	1,04
32.	Вдоль трассы М4 (смешанный лес)	4,51	0,003	0,05	0,13	6,36	0,70
33.	100 м от трассы М4 (смешанный лес)	1,67	0,002	0,05	0,13	5,52	0,67
34.	200 м от трассы М4 (смешанный лес)	1,19	0,002	0,04	0,10	3,01	0,82
35.	300 м от трассы М4 (смешанный лес)	0,95	0,002	0,03	0,10	2,98	1,19
Среднее трасса М4		2,08	0,002	0,04	0,12	4,47	0,85
36.	Вдоль трассы А144 (лесостепь)	3,02	0,003	0,04	0,11	5,27	0,65
37.	100 м от трассы А144 (лесостепь)	2,10	0,002	0,04	0,10	4,02	0,93
38.	200 м от трассы А144 (лесостепь)	1,35	0,003	0,04	0,07	3,65	1,10
39.	300 м от трассы А144 (лесостепь)	1,03	0,003	0,02	0,06	2,62	1,23
Среднее трасса А144		1,88	0,003	0,04	0,09	3,89	0,98
40.	Вдоль трассы М4 (степная зона)	3,62	0,004	0,04	0,08	5,55	0,72
41.	100 м от трассы М4 (степная зона)	2,60	0,003	0,04	0,08	4,64	0,85
42.	200 м от трассы М4 (степная зона)	1,79	0,003	0,03	0,06	3,83	0,93
43.	300 м от трассы М4 (степная зона)	1,15	0,003	0,03	0,06	2,90	0,89
Среднее трасса М4		2,29	0,003	0,04	0,07	4,23	0,85
44.	Вдоль н/а дороги	1,04	0,004	0,04	0,10	4,68	0,94
45.	100 м от н/а дороги	0,53	0,004	0,03	0,09	3,02	1,13
46.	200 м от н/а дороги	0,43	0,002	0,03	0,09	2,67	1,20
47.	300 м н/а дороги	0,40	0,002	0,02	0,07	2,03	1,31
Среднее н/а дорога		0,60	0,003	0,03	0,09	3,10	1,15
48.	Вдоль железной дороги	4,57	0,003	0,04	0,12	5,95	0,84
49.	100 м от железной дороги	1,35	0,003	0,04	0,11	5,02	0,93
50.	200 м от железной дороги	0,46	0,004	0,03	0,10	3,24	1,02
51.	300 м от железной дороги	0,41	0,003	0,03	0,10	2,46	1,01
Среднее железная дорога		1,70	0,003	0,04	0,11	4,17	0,95
Среднее для Воронежской области		1,46	0,003	0,02	0,10	3,75	1,31
ПДК		6,0	0,1	1,0	0,5	-	≥0,5
Примечание: н/а - нескоростная автомобильная (дорога)							

При этом в некоторых образцах травы горца птичьего с территорий, испытывающих на себе антропогенную нагрузку и отличающихся повышенным содержанием в верхних слоях почвы и в траве токсичных элементов (Россошь (Химическое предприятие ОАО «Минудобрения»), Поворино, вблизи периметрового ограждения Воронежского аэропорта), выявлена индукция синтеза полифенолов, что, вероятно, связано с их антиоксидантным (мембраностабилизирующим, цитозащитным) действием в условиях загрязнения среды и окислительного стресса. Однако некоторые образцы травы горца птичьего, также отличающиеся повышенным содержанием в них токсичных элементов (образцы, собранные вблизи крупных автомобильных и железнодорожных магистралей), выделяются резко сниженными концентрациями флавоноидов в них. Объяснить данный факт возможно экологическим законом взаимодействия факторов. Вблизи крупных дорог условия обитания вида отличаются не только повышенными концентрациями тяжелых металлов в окружающей их среде и, как следствие, в них самих, но и высокой загазованностью, запыленностью территорий, что также сказывается как на физиологических особенностях растительного организма, так и на силу токсического воздействия изучаемых поллютантов.

Для детального анализа влияния содержания в растениях тяжелых металлов на накопление биологически активных веществ были рассчитаны коэффициенты корреляции (таблица 2) [4]. Можно судить об умеренном отрицательном влиянии кадмия на накопление флавоноидов в траве горца птичьего.

Таблица 2 - Коэффициенты корреляции между содержанием тяжелых металлов и флавоноидов в траве горца птичьего

Коэффициенты корреляции				
Свинец	Ртуть	Кадмий	Мышьяк	Никель
-0,07	-0,03	-0,28	0,03	-0,09

Выводы: результаты исследования содержания флавоноидов в пересчете на авикулярин в траве горца птичьего показали, что все отобранные образцы соответствуют действующим требованиям нормативной документации и, таким образом, могут быть признаны пригодными для применения в медицинской и фармацевтической практике. Умеренное отрицательное влияние на накопление флавоноидов в изучаемом сырье оказал кадмий.

Литература

1. Великанова Н. А. Экологический анализ состояния почв и лекарственного растительного сырья (травы горца птичьего и листьев подорожника большого) по содержанию тяжелых металлов и пестицидов в городе Воронеже и его окрестностях // Труды молодых ученых Воронежского государственного университета. – 2012. – № 1-2. – С. 17-22.
2. Дьякова Н. А. Экологическая оценка сырьевых ресурсов лекарственных растений в условиях нарастающей антропогенной нагрузки Центрального Черноземья / Н. А. Дьякова, И. А. Самылина, А.И. Сливкин, С.П. Гапонов // Вестник ВГУ. Серия: Химия, Биология, Фармация. – 2014. – №. 3. – С. 106-110.

3. Великанова Н. А., Сливкин А. И., Гапонов С. П. Изучение накопления флавоноидов травой горца птичьего, собранного в разных с экологической точки зрения районах города Воронежа и его окрестностей // Вестник Воронежского государственного университета. Серия: Химия. Биология. Фармация. – 2013. – №1. – С. 181-185.
4. Дьякова Н. А. Анализ взаимосвязи между накоплением поллютантов и основных биологически активных групп веществ в лекарственном растительном сырье на примере травы горца птичьего (*Polygonum aviculare* L.) и листьев подорожника большого (*Plantago major* L.) / Н. А. Дьякова [и др.] // Химико-фармацевтический журнал. – 2015. - Т. 49, №6. – С. 25-28.
5. ОФС.1.5.3.0009.15 Определение содержания тяжелых металлов и мышьяка в лекарственном растительном сырье и лекарственных растительных препаратах.
6. Великанова Н. А., Гапонов С. П., Сливкин А. И. Экооценка лекарственного растительного сырья в урбоусловиях г. Воронежа / LAMBERT Academic Publishing, 2013. – 211 с.
7. Великанова, Н. А. Оценка экологического состояния почв и лекарственного растительного сырья (травы горца птичьего и листьев подорожника большого) по содержанию тяжелых металлов в городе Воронеже и его окрестностях / Н. А. Великанова, С. П. Гапонов, А. И. Сливкин // Вестник ВГУ. Серия: Химия, Биология, Фармация. – 2012. – №2. – С. 238-244.
8. Великанова, Н. А. Изучение микроскопических особенностей травы горца птичьего, собранной в городе Воронеже и его окрестностях / Великанова Н. А., Гапонов С. П., Сливкин А. И. // Вестник Воронежского государственного университета. Серия: Химия. Биология. Фармация. – 2013. – № 1. – С. 86-91.

ТРАВА ТЫСЯЧЕЛИСТНИКА КАК ПЕРСПЕКТИВНЫЙ ИСТОЧНИК ФЛАВОНОИДОВ

В настоящее время качество травы тысячелистника оценивается по содержанию эфирного масла (не менее 0,1 %) [1]. Согласно литературным данным, трава тысячелистника содержит до 0,8 % эфирного масла, в состав которого входят моно- (туйол, цинеол, камфора) и сесквитерпеноиды, а также дубильные вещества, витамин К, полиацетилены, стерины, тритерпеновые спирты и до 3 % полифенольных соединений (кверцетин, апигенин, лютеолин, кемферол, и их гликозиды) [2, 3, 4]. Проведенный анализ литературных данных выявил разработки Евдокимовой с соавторами по количественному содержанию флавоноидов в траве тысячелистника в пересчете на лютеолин [4]. Однако стандартный образец данного вещества является редким и дорогостоящим, что затрудняется широкое применение предлагаемой методики.

Цель исследования: разработка методики количественного определения флавоноидов травы тысячелистника в пересчете на рутин.

Материалы и методы: для исследований использовали траву тысячелистника обыкновенного, заготовленную в период цветения растения в экологически чистом месте его произрастания в Воронежской области в 2015 году. Для количественного определения флавоноидов использовали спектрофотометр Hitachi U-1900, основываясь на их способности образовывать устойчивый окрашенный комплекс с раствором алюминия хлорида, вызывающий батохромный сдвиг полосы поглощения с максимумом поглощения в длинноволновой области при длине волны 414 ± 2 нм, что близко к максимуму поглощения комплекса рутин со спиртовым раствором алюминия хлорида (412 ± 2), используемого далее в качестве стандартного образца [5, 6].

Результаты и обсуждение: прежде всего, необходимо было определить условия проведения реакции комплекса флавоноидов травы тысячелистника со спиртовым раствором алюминия хлорида (таблица 1, 2).

Таблица 1 - Результаты определения оптимального количества 2 % спиртового раствора алюминия хлорида для реакции с комплексом флавоноидов травы тысячелистника, содержащегося в 1 мл извлечения, %

Количество 2% спиртового раствора алюминия хлорида	Определяемое содержание суммы флавоноидов в пересчете на рутин
1 мл	$1,04 \pm 0,04$
2 мл	$1,77 \pm 0,01$
3 мл	$1,56 \pm 0,02$
4 мл	$1,23 \pm 0,06$

Таблица 2 - Результаты определения оптимального времени реакции 2 % спиртового раствора алюминия хлорида с комплексом флавоноидов травы тысячелистника, %

Время	Определяемое содержание суммы флавоноидов в пересчете на рутин
10 мин	1,03±0,04
20 мин	1,46±0,02
30 мин	1,77±0,01
40 мин	1,67±0,01
50 мин	1,50±0,03
60 мин	1,39±0,02

Дальнейшие исследования были направлены на определение оптимальных условий экстрагирования флавоноидов из травы тысячелистника. Нами были подобраны оптимальные размер частиц травы тысячелистника, экстрагент, соотношение сырья и экстрагента, время экстракции (таблицы 3-6).

Таблица 3 - Результаты определения оптимальных размеров частиц сырья травы тысячелистника, %

Размер частиц сырья	Определяемое содержание суммы флавоноидов в пересчете на рутин
0,2-0,5 мм	1,77±0,02
0,5-1,0 мм	1,23±0,03
1,0-2,0 мм	0,82±0,01

Таблица 4 - Результаты определения оптимального экстрагента для травы тысячелистника, %

Экстрагент	Полярность экстрагента	Определяемое содержание суммы флавоноидов в пересчете на рутин, %
Спирт этиловый 96%	5,20	1,77±0,02
Спирт этиловый 70%	6,34	1,44±0,03
Спирт этиловый 40%	7,48	0,89±0,02
Вода	9,00	0

Таблица 5 - Результаты определения оптимального соотношения травы тысячелистника и экстрагента (спирта этилового 96 %)

Соотношение сырья и экстрагента	Определяемое содержание суммы флавоноидов в пересчете на рутин, %
1,0 г на 10 мл	0,90±0,03
1,0 г на 20 мл	1,31±0,01
1,0 г на 30 мл	1,77±0,01
1,0 г на 40 мл	1,43±0,02
1,0 г на 50 мл	1,12±0,03

Таблица 6 - Результаты определения оптимального времени экстракции травы тысячелистника, %

Время	Определяемое содержание суммы флавоноидов в пересчете на рутин
15 мин	1,10±0,02
30 мин	1,59±0,02
45 мин	1,77±0,02
60 мин	1,53±0,01
75 мин	1,24±0,03
90 мин	0,92±0,03

Комплекс проведенных исследований позволяет рекомендовать следующую методику количественного определения флавоноидов в пересчете на рутин в траве тысячелистника: Около 1,0 грамма (точная навеска) измельченной до размера частиц 0,2-0,5 мм травы тысячелистника, предварительно просеянной от пыли, помещают в колбу на 100 мл с притертой крышкой, заливают 30 мл спирта этилового 96 %, взвешивают на технических весах (с точностью до 0,01 г). Колбу присоединяют к обратному холодильнику и нагревают на кипящей водяной бане 45 мин, периодически встряхивая колбу. Затем колбу охлаждают до комнатной температуры и доводят тем же спиртом до первоначальной массы. Полученное извлечение фильтруют через бумажный фильтр, предварительно промытый тем же спиртом этиловым 96%, первые 10 мл фильтрата отбрасывают (раствор А). 2 мл раствора А помещают в мерную колбу на 25 мл, добавляют 4 мл спиртового раствора алюминия хлорида и доводят раствор до метки спиртом этиловым 96 % (раствор Б). Через 45 мин измеряют оптическую плотность раствора Б на спектрофотометре в кювете с толщиной слоя 10 мм при длине волны 414±2 нм. В качестве раствора сравнения используют: 2 мл раствора А, доведенного метки в мерной колбе на 25 мл спиртом этиловым 96 %. Параллельно измеряют оптическую плотность раствора РСО рутина, приготовленного аналогично испытуемому раствору. Количественное содержание суммы флавоноидов в процентах (X) в пересчете на рутин и абсолютно сухое сырье вычисляют по формуле.

Относительная ошибка предлагаемой методики при доверительной вероятности 95 % составляет 3,31 %.

Заключение: полученные результаты позволяют считать траву тысячелистника одним из перспективных источников флавоноидов, так как содержание суммы флавоноидов в пересчете на рутин в данном сырье сопоставимо с другими известными источниками этой группы БАВ (например, в траве зверобоя содержание суммы флавоноидов в пересчете на рутин не менее 1,5 %, в листьях вахты трехлистной - суммы флавоноидов в пересчете на рутин не менее 1 %).

Литература

1. Государственная фармакопея СССР: вып. 2. Общие методы анализа. Лекарственное растительное сырье МЗ СССР. 11-е изд. Москва, Медицина, 1989. - 400 с.

2. Смяловская Г. П., Мазулин О. В., Абрамов А. В., Бухтиярова Н. В. Фармако-токсикологічні властивості ліофільного екстракту *Achilleasetacea* Waldst. et Kit. // Запорозький медичинський журнал. - 2017. - Т. 19, № 6 (105). - С. 823-826.
3. Ушанова В. М., Воронин В. М., Репях С. М. Исследование влияния компонентов лекарственного растительного сырья на состав получаемых экстрактов // Химия растительного сырья. - 2001. - № 3. - С. 105-110.
4. Евдокимова О. В. Разработка и валидация методики количественного определения суммы флавоноидов в траве тысячелистника // Вестник Воронежского государственного университета. Серия: Химия. Биология. Фармация. - 2007. - № 2. - С. 155-160.
5. Государственная фармакопея СССР: вып. 1. Общие методы анализа. МЗ СССР. 11-е изд. / Москва: Медицина, 1987. - 336 с.
6. Великанова Н. А., Сливкин А. И., Гапонов С. П. Изучение накопления флавоноидов травой горца птичьего, собранного в разных с экологической точки зрения районах города Воронежа и его окрестностей // [Вестник Воронежского государственного университета. Серия: Химия. Биология. Фармация.](#) - 2013. - № 1. - С. 181-185.
7. Гринеева О. В., Сливкин А. И., Воропаева С. С. Разработка и валидация методики количественного определения флавоноидов в листьях крапивы двудомной // Вестник Воронежского государственного университета. Серия: Химия. Биология. Фармация. - 2014. - № 1. - С. 138-144.

Е. А. Евстифеева², профессор; С. И. Филиппченкова², профессор;
Д. Д. Григорьева¹, старший преподаватель; Л. А. Мурашова¹, доцент;
С. Л. Кокорина¹, студентка

¹ – Кафедра философии и психологии с курсами биоэтики и истории Отечества
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

² - Кафедра философии и психологии
ФГБОУ ВО Тверской ГТУ, г. Тверь, Россия

ФЕНОМЕН ДОСТОИНСТВА В ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОЙ ФИЛОСОФИИ

На протяжении столетий представителей научного мира интересовали тайны человеческой психики. Специфика мировоззрения, мышления, душевного склада личности и по сей день волнует многих ученых и исследователей. Каждый человек в процессе социализации и становления собственной идентичности рано или поздно сталкивается с вопросами о смысле жизни, существовании, принятии решений, свободе выбора и ответственности.

Своеобразие и уникальность экзистенциальной философии Ж.-П. Сартра в представлении человека как существа свободного по природе. В конечном итоге, идеальная свобода по Ж.-П. Сартру, продуцирующая личностное достоинство – это свобода личности от общества.

Тема свободы и свободного образа жизни, является ключевой в экзистенциальной философии мыслителя. Однако свободный выбор человека всегда сопряжен с мерой ответственности, принятием решений, чувством собственного достоинства.

Цель исследования: разбор феномена человеческого достоинства в экзистенциальной философии Ж.-П. Сартра.

Результаты и обсуждение: проведя теоретический анализ произведений Ж.-П. Сартра «Тошнота» и «Стена», было выявлено, что образ человеческого «Я» нельзя понимать односторонне, его отличает богатство внутреннего мира, он берет ответственность за себя и других, и всегда следует категорическому императиву. Человек в его произведениях всегда бесценен и трансцендентен:

1. «На мгновение, на одно короткое мгновение мне показалось, что я заплачу тоже, и тоже от жалости к себе. Но случилось обратное: я взглянул на мальчика, увидел его худые вздрагивающие плечи и почувствовал, что стал бесчеловечным — я был уже не в состоянии пожалеть, ни себя, ни другого. Я сказал себе: ты должен умереть достойно» [1, с. 28].
2. «Но теперь кончено – я перечел то, что записал в кафе «Мабли», и мне стало стыдно: довольно утаек, душевных переливов, неизъяснимого, я не девица и не священник, чтобы забавляться игрой в душевные переживания» [2, с.18].
3. «Ничего нового». Просто диву даешься, как можно лгать, прикрываясь здравым смыслом» [2, с.18].
4. «И все-таки вовсе не потому я согласился умереть вместо него: его жизнь стоила мне дороже моей – любая жизнь не стоит ни гроша. Когда человека толкают к стене и

палят по нему, пока он не издохнет, кто бы это ни был – я, или Рамон Грис, или кто-то третий, – все в принципе равноценно» [1, с. 32].

Заключение: чувство собственного достоинства – это самоощущение человека, имеющее видимое проявление в сфере поведения, которое отражается высокой самооценкой собственных социальных ценностей и прав. Релевантными понятиями в его творчестве выступают «самоуважение», «самооценка», «чувство собственного достоинства», но сходства не отождествляют эти понятия, а обогащают и дополняют друг друга.

Литература

1. Ж. П. Сартр Стена. – Москва: АСТ, 2014. – 288 с.
2. Ж. П. Сартр Тошнота; Стена; Слова; Ставок больше нет. – Москва: АСТ, 2017. – 608 с.
3. Маклаков А. Г. Общая психология. – С.-Пб: Питер, 2001. — 592 с.

УДК 616-009.8

Е. А. Евстифеева², профессор; Л. А. Мурашова¹, доцент; Д. Д. Григорьева¹, старший преподаватель; А. В. Макаров¹, доцент; Е. Д. Тертишников¹, студент

¹ - Кафедра философии и психологии с курсами биоэтики и истории Отечества
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

² - Кафедра философии и психологии
ФГБОУ ВО Тверской ГТУ, г. Тверь, Россия

СПЕЦИФИКА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИСТЕРОИДНОЙ РЕАКЦИИ

Актуальность исследования заключается в развитии проблематики пограничной психиатрии в контексте современных тенденций и особенностей диагностики и лечения. Истерические состояния являются одной из самых частых и наиболее динамичных форм в области «малой», пограничной психиатрии. По данным, истерией страдает около 8 % населения, при этом на 10 больных женщин приходится 1 мужчина. Выход из таких состояний сложен и опасен без помощи других людей и специалистов, так как при данной реакции пострадавший может нанести травмы как себе, так и окружающим.

К сожалению, человек не может полностью контролировать свою реакцию на ту или иную ситуацию и нередко впадает в состояние истерики. Особенно это проявляется при чрезвычайных ситуациях, неожиданных потрясениях или сильной утрате.

И сотрудникам медицинских организаций, будь то сотрудники скорой помощи прибывшей на место ДТП, реаниматологу сообщившему о смерти родственника или онкологу поведавшему пациенту о страшной болезни важно вовремя диагностировать и предотвратить истероидную реакцию (ИР) до того момента когда человек нанесет травмы себе или окружающим. Так же истерика является важной частью в клинической картине таких заболеваний как реактивный психоз, истерическая шизофрения, синдром Ганзера и многих других. Они рассмотрены в данном докладе, описана общая и частная характеристика этих заболеваний.

Цель исследования: проанализировать специфические методы оказания медицинской помощи при ИР.

Результаты и обсуждение: для оказания допсихологической помощи пострадавшему при истерике используют такие методы как: «китайское зеркало», «тоннельное зрение», «удаление зрителей».

Метод «китайского зеркала» заключается в повторении жестов, слов, словосочетаний, интонации и мимики за пострадавшим. Человек смотрит как он выглядит со стороны, реакция понемногу меняет свое направление и затухает.

«Тоннельное зрение» – метод действующий при близком контакте с пострадавшим. Следует обхватить лицо человека ладонями таким образом, чтобы в его поле зрения оставалось только ваше лицо. Метод весьма эффективен в экстренных ситуациях.

ИР – это игра на публику и если удалить всех зрителей от пострадавшего, то «спектакль» не будет иметь смысла. Именно в это суть метода «удаления зрителей»

Ситуация в здравоохранении сегодня требует от специалиста медика глубоких профессиональных, в том числе и психологических знаний [1, 120].

Выводы: ИР - это психосоматическое состояние, которое опасно для жизни и здоровья как самого пострадавшего. Поэтому помощь при ИР должна оказываться грамотно и своевременно, во избежание тяжелых последствий для здоровья больного и окружающих.

Литература

1. Мурашова Л. А., Корнеенкова М. Н. Эмпатия как составляющая коммуникативной компетентности будущего врача// в сборнике трудов IV междунар. науч.-практ. и образов. конф.: «Медицинский дискурс: вопросы теории и практики». Тверь, 14 апреля 2016 г. / под общ. ред. Е. В. Виноградовой. – Тверь: Ред. изд. центр Твер. гос. мед.ун-та, 2016. – С. 119–124.

А. А. Жданок, студентка; С. Н. Чепелев, старший преподаватель; Е. Н. Чепелева, ассистент
Кафедра патологической физиологии
УО Белорусский ГМУ, г. Минск, Республика Беларусь
Научный руководитель: старший преподаватель С. Н. Чепелев

ПРОЯВЛЕНИЕ ТРИПОФОБИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЦВЕТА И ФОРМАТА ИЗОБРАЖЕНИЙ С КЛАСТЕРНЫМИ ОТВЕРСТИЯМИ. ПРЕДЛОЖЕНИЕ КЛАССИФИКАЦИИ ТРИПОФОБИИ ПО СТЕПЕНИ ЕЕ ВЫРАЖЕННОСТИ

На сегодняшний день трипофобия является малоизученным видом фобий по сравнению с другими [1]. Данная фобия представляет собой боязнь скоплений отверстий на различных поверхностях, которые представлены кластерами (скоплениями) дыр. В настоящее время отсутствуют достоверные статистические сведения о распространенности данного феномена среди населения [2, 3]. Согласно исследованию, проведенному GeoffCole и ArnoldWilkins, в котором приняло участие 286 человек в возрасте от 18 до 55 лет, было установлено, что при просмотре фотографии лотоса с семенами 11 % мужчин и 18 % женщин описали данное изображение, как «неприятное или даже отталкивающее», и оценили уровень отвращения, который соответствовал фобии [4].

На данный момент имеется две основные теории, объясняющие причины возникновения трипофобии: ассоциация с опасными животными и ассоциация с дефектами и опасными заболеваниями [4]. Согласно первой теории, предполагается, что большинство кластерных изображений имеют общую структуру, включающую в себя небольшие контрастные элементы, например, точки или полосы. Подобные закономерности в цветах наблюдаются в окраске кожи многих видов опасных или ядовитых животных. Суть второй теории заключается в том, что решающей причиной трипофобии может быть ассоциация с дефектами, например, поражениями кожи (шрамами, язвами и т.п.) либо с заболеваниями.

Остаются невыясненными закономерности проявления трипофобии в зависимости от цвета и формата изображений с кластерными отверстиями.

Интересным представляется тот факт, что люди, имеющие данную фобию, могут и не подозревать о ее наличии, пока не встретятся с упоминаем о фобии в литературе, интернете или просто с различными изображениями, на которых имеются характерные кластерные отверстия [5]. Поэтому особенностью нашего исследования является и то, что в нем приняли участие студентки Белорусского государственного медицинского университета, которые, в большинстве своем, были ознакомлены с данным явлением.

Цель исследования: изучить влияние цвета и формата изображений с кластерными отверстиями на степень выраженности трипофобии у студенток медицинского университета и предложить классификацию трипофобии в зависимости от степени ее выраженности.

Материалы и методы: в исследовании приняло участие 200 студенток Белорусского государственного медицинского университета в возрасте от 19 до 24 лет с отсутствием в анамнезе какой-либо значимой патологии органа зрения. Студентки были разделены на 4 равные группы по 50 человек. Каждой группе было предложено последовательно оценить 5 изображений с кластерными отверстиями следующих цветов и форматов: первой группе –

цветные изображения А4, второй – цветные изображения А6, третьей – черно-белые изображения А4, четвертой – черно-белые изображения А6. После просмотра каждой фотографии испытуемые заполняли анкету-опросник, в которой описывали свои ощущения после увиденного на изображении, также в анкете уточнялось, ознакомлены ли студентки с таким явлением, как «трипофобия». В анкете были предложены варианты, указанные на рисунке 1.

Уважаемые коллеги! Просим Вас обратить внимание на предоставленные 5 фотографий и пройти небольшой анонимный опрос. Спасибо!

1. Знаете ли вы о таком явлении, как «трипофобия»?

да нет

2. Ваши ощущения при просмотре фотографий? (нужное подчеркнуть):

Фотография № 1: ничего, отвращение, беспокойство, кожный зуд, головокружение, тошнота, дрожь, учащение сердцебиения, ощущение мурашек по коже; если другое – *написать, что именно:* _____

Фотография № 2: ничего, отвращение, беспокойство, кожный зуд, головокружение, тошнота, дрожь, учащение сердцебиения, ощущение мурашек по коже; если другое – *написать, что именно:* _____

Фотография № 3: ничего, отвращение, беспокойство, кожный зуд, головокружение, тошнота, дрожь, учащение сердцебиения, ощущение мурашек по коже; если другое – *написать, что именно:* _____

Фотография № 4: ничего, отвращение, беспокойство, кожный зуд, головокружение, тошнота, дрожь, учащение сердцебиения, ощущение мурашек по коже; если другое – *написать, что именно:* _____

Фотография № 5: ничего, отвращение, беспокойство, кожный зуд, головокружение, тошнота, дрожь, учащение сердцебиения, ощущение мурашек по коже; если другое – *написать, что именно:* _____

Рисунок 1 – Анкета-опросник, предлагаемая для заполнения студенткам

Статистическая обработка данных проводилась при помощи компьютерной программы «Microsoft Excel 2013». Оценка значимости различий определялась по рассчитанному коэффициенту соответствия χ^2 при числе степеней свободы $n'=1$. Значения $p<0,05$ рассматривались как достоверные.

Результаты и обсуждение: в качестве предложенных студенткам фотографий были отобраны из глобальной сети интернета представленные на рисунке 2 изображения с кластерными отверстиями.

Среди всех исследуемых студенток Белорусского государственного медицинского университета 62% отметили, что ознакомлены с таким явлением, как трипофобия. На основе проанализированных анкет нами была предложена классификация трипофобии по степени ее выраженности в зависимости от того, сколько изображений у исследуемых вызвало негативные эмоции и ощущения. Таким образом было выделено 4 степени выраженности трипофобии (таблица 1).



Рисунок 2 – Изображения с кластерными отверстиями, предложенные к просмотру студенткам медицинского университета

Таблица 1 – Предложенная классификация трипофобии по степени ее выраженности

Степень выраженности	Количество изображений, вызвавших негативные эмоции, и ощущения после просмотра
Отсутствие	0
Слабо выраженная	1
Выраженная	2-3
Сильно выраженная	4-5

Распространенность трипофобии по степени выраженности (в %) в различных группах испытуемых представлена в таблице 2.

Таблица 2 – Распространенность трипофобии по степени выраженности (%) в различных группах испытуемых

Вид изображения/Степень выраженности трипофобии	Отсутствие	Слабо выраженная	Выраженная	Сильно выраженная
Цветные А4	20	28	48	4
Цветные А6	44	22	22	12
Черно-белые А4	30	26	30	14
Черно-белые А6	34	6	28	32

Установлено, что среди студенток Белорусского государственного медицинского университета 68 % имеют один или несколько симптомов, указывающих на трипофобию. Среди всех обследуемых распределение трипофобии по степени выраженности было следующим: отсутствие у 32 % анкетированных, слабо выраженная – 21 %, выраженная – 32 %, сильно выраженная – 16 % (рисунок 3).

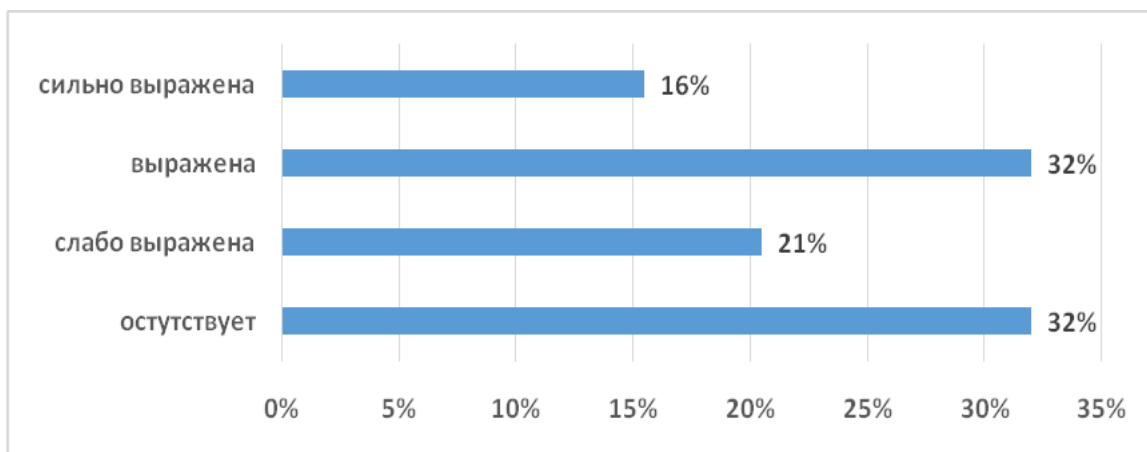


Рисунок 3 – Распространенность трипофобии по степени выраженности среди всех студенток-медиков, %

При анализе эмоций и ощущений у студенток было установлено следующее: в 60 % случаев при просмотре изображений отсутствовали какие-либо негативные эмоции и ощущения. Из отрицательных эмоций и ощущений чаще всего отмечались отвращение (18 %), беспокойство (6 %), ощущение ползания мурашек по коже (5 %). В меньшей степени ощущались тошнота (2 %), дрожь (2 %), кожный зуд (2 %), головокружение (2 %), учащенное сердцебиение (1 %), а также другие негативные эмоции и ощущения (3 %) (рисунок 4).

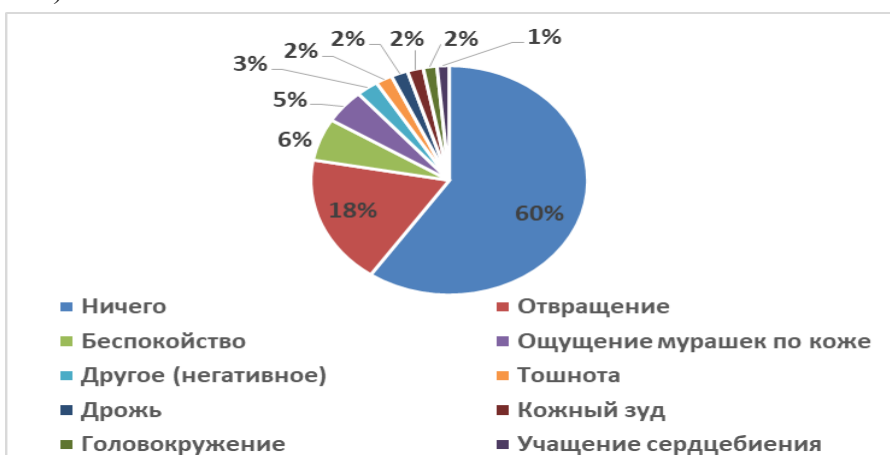


Рисунок 4 – Эмоции и ощущения, которые отметили студентки медицинского университета в результате просмотра изображений с кластерными отверстиями, %

Характер влияния формата изображений с кластерными отверстиями на степень выраженности трипофобии оценивался путем сравнения результатов обработки анкет-опросников групп испытуемых, просмотревших черно-белые и цветные изображения формата А₆ с группами, которым были предложены изображения аналогичных цветов формата А₄. Установлено, что изображения формата А₄ по сравнению с форматом А₆ на 23 % ($p < 0,05$) чаще вызывали ощущения, характерные для трипофобии, у студенток-медиков.

Влияние цвета изображений с кластерными отверстиями на степень выраженности трипофобии у студенток медицинского университета оценивалось сравнением результатов обработки анкет-опросников групп испытуемых, просмотревших черно-белые изображения форматов А₄ и А₆ с группами, которым были предложены цветные изображения

аналогичных форматов. Статистически значимых различий по восприятию черно-белых и цветных изображений не было ($p > 0,05$).

Выводы

1. В соответствии с предложенной классификацией трипофобии по степени выраженности выделено 4 степени: отсутствие, слабо выраженная, выраженная и сильно выраженная.
2. Цвет изображений с кластерными отверстиями не оказывает влияния на степень выраженности трипофобии у студентов медицинского университета.
3. Формат изображений с кластерными отверстиями влияет на степень выраженность трипофобии у студентов: она тем больше, чем больше формат изображений

Литература

1. Aminuddin I. Understanding tryphobia: the fear of holes / I. Aminuddin, H. Lotfi // Malaysian Journal of Psychiatry. – 2017. – Vol. 25, № 2. – P. 3-7.
2. Ayzenberg V. Pupillometry reveals the physiological underpinnings of the aversion to holes / V. Ayzenberg, M. R. Hickey, S. F. Lourenco // PeerJ 6:e4185. – 2018. – <https://doi.org/10.7717/peerj.4185>.
3. Can W. Is tryphobia a phobia? / W. Can, Z. Zhuoran, J. Zheng // Psychological Reports. – 2017. – Vol. 120, № 2. – P. 206–218.
4. Cole G. G. Fear of holes / G. G. Cole, A. J. Wilkins // Psychological Science. – 2013. – Vol. 24, № 10. – P. 1980-1985.
5. Imaizumi, S. Development of the Japanese version of tryphobia questionnaire / S. Imaizumi, M. Furuno, H. Hibino, S. Koyama // The Japanese Journal of Personality. – 2016. – Vol. 25, № 2. – P. – 171-173.

А. А. Зайцева, студентка; В. В. Буланов, доцент
Кафедра философии и психологии с курсами биоэтики и истории Отечества
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Научный руководитель: д.ф.н., доцент В. В. Буланов

РОМАН Б. ВИАНА «ПЕНА ДНЕЙ»: ПРОБЛЕМА ФАНАТИЗМА КАК ФОРМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ

Тревожная распространенность фанатизма в современном мире побуждает проанализировать психологическую составляющую этого феномена.

Цель исследования: доказать, что фанатизм предполагает психическое неблагополучие.

Задачи: доказать, что: во-первых, фанатизм является следствием ведения человеком неподлинного существования; во-вторых, фанатизм человека свидетельствует о его психологическом неблагополучии.

Материалы: выводы, полученные в ходе анализа романа Б. Виана «Пена дней».

Методы: герменевтический анализ, феноменологическая редукция.

Результаты и обсуждение: согласно экзистенциальной теории Ж.-П. Сартра, достоинство человека формируется из двух аспектов: ответственности и честности. По Ж.-П. Сартру, каждый человек за свой выбор берет как личную ответственность, так и ответственность перед всем человечеством, так как каждое принятое (или непринятое) решение отражается не только на судьбе конкретного человека, но и на окружающих его людях [3, 439-440].

Честность в концепции Ж.-П. Сартра играет ключевую роль, так как любому выбору, а, соответственно, быть честным – это тоже выбор, придается значение универсальной ценности. Будучи честным с самим собой, человек не может полагаться на высшие силы, а, следовательно, принимать навязанные моральные ценности.

Философское знание учит человека ставить под сомнение любую информацию, давать критическую оценку при анализе вещей и событий, делать правильные выводы, исходя из проведенного анализа. Необходимое условие - ощущение человеком экзистенциального вакуума (концепт В. Франкла) – мучительной нехватки смысла жизни [6, 25], ведь оно побуждает этот смысл искать. Как раз в состоянии экзистенциального вакуума и появилась философия – когда человек впервые в мучительном одиночестве начал задавать конечные вопросы о себе, о мире и о целях своей жизни и деятельности [7, 33-34].

Однако не все люди способны на такой поиск. Нередко философия принимает форму идолопоклонства со стороны отчаявшегося и страдающего человека. Тогда он теряет способность критически мыслить, все его сознание устремляется к одной сверхценной идее. В конце концов, такой человек теряет свое достоинство, положив все к алтарю слепой веры. Он становится фанатиком, человеком, упорствующим в защите некритически принятой точки зрения [4, 475]. Фанатизм – проявление крайней безответственности, ведь, как отмечает М. Бубер, «ответственность есть лишь там, где есть действительная возможность ответа» [1, 137] на вопросы и вызовы со стороны мира, то есть возможность диалога. А

фанатик являет собой пример человека, живущего монологически, то есть не желающего вступать в общение с кем-либо, чья позиция отличается от его точки зрения [1, 137]. Фанатики нетерпимы к тем, кого считают еретиками или инакомыслящими. Уже поэтому можно считать фанатизм одной из форм психологического неблагополучия: здоровая человеческая психика предполагает открытость к коммуникации с окружающим миром, которая, в свою очередь, предполагает терпимость к инакомыслию и готовность брать на себя ответственность за свои поступки.

Есть три основных вида фанатизма – религиозный (его проявление – костры католической инквизиции), политический (его выражение – «ГУЛАГ») и идейный (его формой является восхищенное отношение к философии и к личности Ф. Ницше, то есть ницшеанство). Фанатизм – это массовое явление, для его существования нужны две составляющие: толпа и лидер, который поведет ее за собой.

В романе Б. Виана «Пена дней» лидером для идейных фанатиков стал Жан-Соль Партр (пародия на Ж.-П. Сартра) («Партр перестал читать, он хохотал от души и хлопал себя по ляжкам, радуясь, что столько людей втянуто в это светопреставление» [2, 103]), ведь на его лекции ходил весь Париж, залы ломились от огромного количества зрителей. «Улица была из конца в конец запружена народом. Все яростно толкались, пытаясь прорваться в зал, где Жан-Соль должен был прочитать свою лекцию».

Люди прибегали к самым изощренным уловкам, чтобы обмануть бдительных экспертов — искусствоведов, поставленных для проверки подлинности пригласительных билетов, поскольку в продажу были пущены десятки тысяч подделок» [2, 96]. Но самым преданным был, конечно, Шик. («Шик появился здесь еще накануне. За баснословные деньги швейцар согласился, чтобы Шик заменил его. Но это оказалось возможным только после того, как Шик ломом перебил ему левую ногу. Когда речь шла о Партре, Шик не скупился на инфлянки» [2, 97-98]).

Вся жизнь персонажа сосредоточена вокруг одного лица – Жана-Соля Партра, а те сферы, которые не связаны с именем кумира Шика, он подстраивает под свое «увлечение». Он встречает свою любовь на одной из лекций Партра, а когда она влюбляется в Шика больше, чем в его непревзойденного кумира, легко отказывается от нее. («— Дело ведь не только в деньгах, — сказал Шик, — а еще и в том, что родители Ализы не согласятся на наш брак и будут правы. В одной из книг Партра как раз описана подобная история» [2, 57]).

Фанатизм Шика приводит к тому, что, умирая, он думал вовсе не о «любимой» девушке, не о лучшем друге, а о том, что же станет с книгами, пластинками и всей его коллекцией, вещи из которой так или иначе были связаны с Партром [2, 219-220]. («Сотрудники подошли к книжным полкам, сенешаль же сделал два шага в сторону Шика.

— Не трогайте эти книги... — простонал Шик. Кровь булькала у него в гортани, голова склонялась все ниже и ниже»).

Становление фанатиком убивает в человеке достоинство, а, следовательно, мешает ему вести подлинное существование. Как отмечает К. Ясперс, человек, сталкиваясь с собственной противоречивостью, может отказаться от самого себя во имя иллюзорной самоидентификации с объектом поклонения (например, с религией, с государством, с философским учением) [7, 378-379], то есть стать фанатиком. Фанатизм как форма неподлинного существования заставляет человека следовать одной модели поведения. Все

эмоции фанатика направлены только в одну сторону, все действия подчинены только одному – в данном случае Жану-Солю Партру.

«Но ...только действительность идет в счет, ... мечты, ожидания и надежды позволяют определить человека лишь как погибшую мечту, как напрасные ожидания, то есть определить его отрицательно, а не положительно» [3, 448] - пишет Ж.-П. Сартр. Очевидно, сознание Шика, как фанатика, является ничем иным, как погибшей мечтой, напрасными ожиданиями, о чем и говорит Сартр.

Шик возвел персону Партра в абсолют, но герой не живет, считаясь с философскими правилами Партра, он слепо коллекционирует все, что сближает его с кумиром – труды, одежду, курительные трубки и даже отпечатки пальцев. Шик низвел свою личность до минимума, полностью подменив ее трудами Партра, тем самым герой потерял свое достоинство – он нечестен – как с собой, так и с окружающими (Шик обманывает и свою «возлюбленную», и друга, но больше всего он обманывает самого себя), к тому же, герой не способен брать на себя ответственность – несмотря на образование инженера, у него нет работы – он боится брать ответственность за подчиненных, у него нет семьи – он боится предложить Ализе выйти за него замуж, потому что ее родители якобы против, да и материальное положение не позволяет, несмотря на то, что лучший друг отдал четверть своего состояния – лишь бы Шик и Ализа сыграли свадьбу, искренне желая им счастья [2, 60].

Выводы: Б. Виан создает образ, призванный подчеркнуть актуальность проблемы фанатизма. Образ Шика, созданный Б. Вианом в романе «Пена дней», призван подчеркнуть актуальность проблемы фанатизма, убеждая читателя в том, что не критическое восприятие философии не содействует обретению самоуважения, а напротив, превращает в фанатика, унижающего свое достоинство собственным идолопоклонством, делающим свое социальное бытие ущербным. Поэтому фанатизм является признаком психического неблагополучия.

Литература

1. Бубер М. Диалог // Бубер М. Два образа веры. – М., 1999. – С. 122-161.
2. Виан Б. Пена дней. – М., 2012. – 256 с.
3. Сартр Ж.-П. Экзистенциализм – это гуманизм// Сартр Ж.-П. Тошнота: Избранные произведения. - М., 1994. – С. 435–469.
4. Философский энциклопедический словарь. – М., 2007. – 576 с.
5. Франкл В. Человек в поисках смысла: Сборник. – М., 1990. – С. 24-44.
6. Ясперс К. Духовная ситуация времени// Ясперс К. Смысл и назначение истории. – 2-е изд. – М., 1994.– С. 288-418.
7. Ясперс, К. Истоки истории и ее цель // Ясперс К. Смысл и назначение истории. – 2-е изд. – М., 1994. – С. 28-286.

УДК 616-056.3-08(471.24)

В. А. Иллюминарская, А. С. Ярковая, студенты

Кафедра микробиологии и иммунологии

Институт медицинского образования

ФГБОУ ВО Новгородский ГУ им. Ярослава Мудрого, г. Великий Новгород, Россия

Научный руководитель: ординатор С. А. Нора

ИЗУЧЕНИЕ СТРУКТУРЫ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПРИМЕНЯЕМЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ В НОВГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

Аллергические заболевания стали глобальной медико-социальной проблемой. Регистрируется рост заболеваемости до 40 % больных, каждый третий житель планеты страдает аллергическим ринитом и каждый десятый – бронхиальной астмой. Каждый пятый человек хотя бы однажды в жизни страдал от аллергии. Распространенность аллергических болезней и астмы прогрессирует, несмотря на то, что потребление противоаллергических и противоастматических средств значительно возросло в течение последнего десятилетия.

Цель исследования: изучить структуру заболеваемости и оценить эффективность применяемых методов лечения аллергии в Новгородской области.

Материалы и методы: мета-анализ статистических данных в Новгородской областной детской клинической больницы за 2015-2017 года. Специфические кожные пробы – 150 человек (2016 год), 80 человек (2017 год), пикфлоуметрия – 450 человек, функция внешнего дыхания – 40 человек.

Применяемые методы лечения: специфическая иммунотерапия причинно значимыми аллергенами:

- Пыльца деревьев «весенняя смесь» – 2 человека, пыльца деревьев «летняя смесь» - 2 человека.
- «Оралайер» Т под язык – клещ домашней пыли – 3 человека.
- «Оралайер» Т под язык – луговые травы – 10 человек.
- «Сталораль» сублимировано (пыльца березы) – 10 человек.

Удельный вес Бронхиальной астмы в 2016 году составил: 57,9 %, в 2017 году – 47,6 %, снизился на 10,3%. Пневмонии и рецидивирующие бронхиты с бронхообструктивным синдромом сохраняются на уровне 2016 года. Повысились показатели аллергодерматозов на 5,3 %, аллергического ринита – на 1,8 %. Снизилось количество больных с пищевой и лекарственной аллергией на 8,7 %, а также количество больных с крапивницами и отеками Квинке – на 6,5 %.

Возможно, не все родители обращаются с данной патологией к аллергологу, а снимают симптомы острой кожной аллергологии самостоятельно с применением антигистаминных препаратов 1-го и 2-го поколений, обращаются в скорую помощь, или в приемное отделение ОДКБ, где по назначению педиатра проводятся инъекции антигистаминных или стероидных препаратов (преднизолон, дексаметазон). Поэтому данная патология не фиксируется в аллергологической статистике

На конец 2017 года на диспансерном учете состоит 4339 аллергологических больных. До 7 лет – 1182 (27,2 % от общего количества аллергологических больных) человек, с 7-15 лет – 2403 (55,3 %), человека, с 15-18 лет – 754 (17,3 %) человека.

Изменения цифр в данных возрастных группах с небольшими колебаниями. По нозологии:

- Бронхиальная астма – 2096 человек (легкая форма - 1274 человек, средней тяжести – 797 человек, тяжелая – 25 человек, все имеют группу инвалидности).
- Поллинозы – 210 человек.
- Дерматозы - 1004 человек.
- Пневмонии с СБО – 194 человек.
- Рецидивирующие бронхиты – 194 человек.
- Пищевая и лекарственная аллергия – 292 человека.
- Риниты - 424 человек.
- Крапивница и ангионевротический отек – 292 человек! (в 2016 году зарегистрировано 483 ребенка).

Удельный вес Бронхиальной астмы в структуре всего детского населения составил 1,79 %. Данный показатель снизился на 0,51 %, что говорит о том, что не все дети в районах и городах области берутся на диспансерный учет. Удельный вес БА в структуре всего детского населения должен оставаться на прежнем уровне или повышаться.

Удельный вес Дерматозов в 2017 году составил 0,8 %, (2016 год – 0,71 %). Удельный вес дерматозов за 2017 год немного повысился.

Поллиноз - 0,17 %, показатель сохраняется на уровне 2016 года. Данный диагноз выставляется после аллергологического обследования ребенка при соответствующих жалобах. Обследование проводится в детских поликлиниках города и в ОДКБ; СКП, определение уровня сывороточных иммуноглобулинов и общего иммуноглобулина Е в Ке\л. Есть сложности в проведении аллергологического обследования для детей области, хотя в межрайонных центрах появились лаборатории, которые проводят данные анализы на платной основе.

Пищевая и лекарственная аллергия – 0,39 % в 2017 году, (в 2016 году показатель составил 1,03 %). Отмечается снижение цифры данного показателя за счет неполной регистрации данных больных. В эту группу заболеваний входят острые аллергические реакции; отеки Квинке, токсикодерматозы, крапивницы. На стационарное лечение поступают дети с крапивницами и отеками Квинке в результате неправильного пищевого поведения по возрасту: употребление продуктов, содержащих химические добавки, красители, консерванты, а также дети, которые дали аллергические реакции на антибиотикотерапию, витаминные препараты, сиропные добавки.

Бронхиальная астма по степени заболевания; тяжелая: 25 человек, средней тяжести - 797 человека, легкая степень тяжести – 1274 человека. Отмечается тенденция к уменьшению количества детей, страдающих тяжелой БА и увеличению количества детей с легкой и средней степенью тяжести БА.

Хронических больных в диспансерной группе – 50 % (2169 человек).

Заключение

В виду высоких показателей аллергологической патологии своевременная профилактика и лечение имеет чрезвычайно большое значение. Единственным средством помощи людям с аллергическими заболеваниями является современная медикаментозная терапия. Методы лечения были изложены выше и в нашей стране являются высокоэффективными. Также ежегодно происходит усовершенствование методов лечения аллергологической патологии и снижение численности больных.

Литература

1. Клиническая иммунология. Учебник для студентов медицинских ВУЗов / Под ред. А. В. Караулова. – М.: Медицинское информационное агентство, 1999.
2. Сидоренко Б. Н. Специфическая десенсибилизация при бронхиальной астме инфекционной природы, в кн.: Бронхиальная астма / под ред. А. Д. Адо и П. К. Булатова. – М., 1969. – 274 с.
3. Аллергические заболевания у детей / под ред. М. Я. Студеникина и Т. С. Соколовой. – М.: 1971. – 331 с.
4. http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/databases

М. А. Инешин, ординатор; И. В. Проценко, доцент
Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Научный руководитель: к.м.н., доцент И. В. Проценко

ПРОБЛЕМА ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ

В настоящее время существует проблема оказания помощи при первом психотическом эпизоде (ППЭ) с последующей интенсивной реабилитацией. Причинами являются недостаточное понимание пациентами природы имеющихся расстройств, страх последствий выявления психического расстройства (стигматизация и самостигматизация), недостаточный скрининг врачами общей практики, неверная диагностика при обращении за психиатрической помощью [1]. На ранних стадиях болезни выявляются негативные симптомы в виде аффективной уплощенности, алогичности, апатии, ангедонии, асоциальности, нарушений внимания. Депрессивные расстройства регистрируют у 7-75 % пациентов, при этом они ассоциируются с плохим исходом, частыми обострениями, повторными госпитализациями и нарушениями социального функционирования [2]. Рано начатое лечение современными психотропными средствами (главным образом, атипичными нейролептиками и антидепрессантами) оказывает необходимое нейропротекторное действие, приводит к снижению тяжести заболевания, ускоряет наступление ремиссии, снижает риск развития когнитивного дефицита и суицидального поведения, что обеспечивает восстановление социального функционирования, препятствует хронизации патологии, уменьшает число госпитализаций и их длительность [3, 4]. Положительное влияние в этом случае оказывает не только фармакологическая, но и психосоциальная терапия [4]. Для решения этих задач в клинике первого эпизода на постоянной основе проводится психообразовательная работа, нейрокогнитивные тренинги, тренинги социальных навыков у больных [1], и работа с родственниками пациентов, у которых в значительном числе случаев также выявляется когнитивный дефицит [5]. Также необходимо ведение больного в течение 5 лет с начала манифестации болезни [3].

Больной Г. впервые обратился за психиатрической помощью в 17 лет. Психических заболеваний у родственников не наблюдалось. Родился в Твери от 3-й беременности протекавшей с угрозой прерывания, в родах вторичная слабость родовой деятельности, родостимуляция, вес при рождении – 4000 г, нарушение ликвородинамики 1 степени, кардиомиопатия. До года наблюдался с диагнозом перинатальная энцефалопатия, натальная травма шейного отдела позвоночника. Воспитывался в неполной семье, мамой, отец оставил семью, единственный ребенок в семье. С отцом общается редко (он иногда отправляет различные научные статьи).

Детские дошкольные учреждения посещал, адаптировался хорошо, любил играть в компании сверстников, испытывал страх темноты. В школу пошел учиться с 6 лет, закончил 11 классов. Из любимых предметов назвал информатику. Также окончил музыкальную школу по специальности аккордеон, после окончания еще полгода с удовольствием посещал

в качестве слушателя, переключал ноты с фортепиано на аккордеон, но постепенно интерес к этому занятию пропал. Считал себя жизнерадостным, не очень общительным. В школе был объектом для насмешек, сам по себе, однако в конфликтных ситуациях мог первым пойти в драку. Сообщает, что с 6 класса увлекся многопользовательскими онлайн играми, просмотром аниме.

До 10 класса была хорошая успеваемость, после сдачи ОГЭ поменялось мировоззрение, много думал «зачем эта учеба? Ничего не изучаем, а только готовимся к ЕГЭ» (сдал в итоге на 179 баллов). Пропал интерес к посещению школы, не видел смысла, было в тягость, появилось навязчивое мудрствование: «раскладываю на мыслительной доске 2 направления философии и размышляю у какого преимущество», сузился круг общения, но поддерживал формальное общение в интернете, от встреч с друзьями отказывался. Одновременно с этим появились вялость, бездеятельность, симптомы нарастали постепенно в течение 2-х лет, ни с чем связать не мог. Появилась инверсия сна, ложился спать в 5-6 вечера, просыпался в 2 часа ночи, отмечал, что ночью спокойней, свежее и может побыть один. Сообщал, что не любит света ламп, раздражает. По настоянию матери обратился к психотерапевту, был направлен на лечение в психотерапевтическое отделение областного клинического психоневрологического диспансера г. Твери (ОКПНД), одновременно с этим находился на обследовании от военкомата.

Врачами отделения выставлен диагноз: Шизофрения: параноидная форма, период наблюдения менее года, депрессивно-параноидный синдром. После лечения почувствовал некоторую легкость, из-за чего перестал принимать поддерживающее лечение. По настоянию матери поступил на математический факультет ТвГУ, перед учебой состояние вновь ухудшилось: снизилось настроение, пропало желание общаться с людьми, беспокоило отсутствие сил, появились навязчивые мысли о предстоящей учебе, и социальных контактах. Вновь по требованию матери обратился к психиатру, был направлен на лечение в дневной стационар №1 ОКПНД. Отметил улучшение состояния: перестали беспокоить навязчивые мысли, улучшилось настроение, но после выписки принимать лечение перестал. С учебой не справлялся, не было желания ходить на занятия, не мог собраться и выйти из дома, появлялись навязчивые мысли предстоящей дороги и дальнейшей учебы. По требованию матери неофициально подрабатывал дворником в гостинице, с работой не справлялся, тяготили мысли о необходимости общения с людьми. Вынужден был уволиться в связи с ухудшением состояния. С 14.03.2017 по 16.05.2017 находился на лечении в круглосуточном мужском отделении №3 ОКПНД с диагнозом Шизофрения: параноидная форма, непрерывно-прогредиентное течение. Формирующийся дефект личности смешанного типа, депрессивно-параноидный синдром. Выписывался в удовлетворительном состоянии: отмечал отсутствие навязчивых мыслей, некоторое повышение активности. Бросил учебу в ТвГУ, поступил в колледж сервиса и туризма на графического дизайнера. В августе 2017 г., перед началом учебы состояние вновь ухудшилось: много обдумывал предстоящую учебу, в дневное время появилось ощущение «психологического внутреннего скручивания», которое возникало из-за мыслей: «нужно куда-то идти, что-то делать», в вечерние и ночные часы чувствовал себя комфортнее; боялся выходить на улицу: «вдруг что случится», «на улице угнетающая обстановка, вытягивает душевные силы», при уточнении кто или что вытягивает, объясняет, что силы сами покидают его. Вновь по настоянию матери обратился

к психиатру, был направлен на лечение в дневной стационар №1 с положительной динамикой, от госпитализации в круглосуточный стационар отказывался. После выписки продолжил обучение на шадящем режиме с элементами дистанционного обучения. Отмечает что мысли о формальностях учебы (ездить сдавать контрольные, рабочие тетради) угнетают. Весной 2018 года вновь ухудшилось состояние: стал задумываться о бессмысленности происходящего, снизилось настроение, пропало желание что-либо делать, усилилась вялость, душевное опустошение; сообщал, что иногда «прерываются мысли», когда выходил на улицу чувствовал потерю сил, раздражал и утомлял свет солнца. Появилось ощущение, что раньше было лучше, а сейчас ничего не радует. По настоянию матери обратился в ОКПНД, предложено лечение в дневном стационаре. Установлен диагноз: Шизофрения, параноидная форма, непрерывно-прогредиентное течение. Формирующийся дефект апато-абулического типа, депрессивно-паранояльный синдром. Со слов, отделение посещает только с целью получения лекарств.

Дома время проводит за просмотром аниме, онлайн играми, чтением книг (фантастического, парапсихологического содержания). Пытался создавать видеоролики, рисовал сюрреалистичные картины в фоторедакторах, после завершения было опустошение и задавал себе вопрос «сделал, а что дальше?». Эмоционально тяжело переносит изменения, много обдумывает, трудно засыпает. Сообщает, что не раз за последние годы появлялись суицидальные мысли, но до планирования и осуществления дело не доходило.

В целом отмечает, что от лечения за время пяти госпитализаций появлялась некоторая легкость, но улучшения состояния не чувствовал. Размышляет, что было бы хорошо, если бы его криогенировали и, в будущем, вживили в сознание различные игровые миры, где можно было бы делать задания. Реальных планов на будущее нет, считает что «пускай все будет по наитию». За время лечения с февраля 2016 года получал только психофармакотерапию.

Заключение: для достижения благоприятного прогноза течения заболевания у пациента необходимо было оказание помощи в отделении первого психотического эпизода, в котором проводится работа по раннему выявлению и началу лечения (сокращение времени «нелеченного психоза»). Также помощь оказывается в наименее стигматизирующих условиях (полустационарный, амбулаторный режим) на основе принципа партнерства с пациентом. К пациенту необходим подход на основе бригадного полипрофессионального (с участием психиатра, психолога, психотерапевта, социального работника) ведения с включением больного и его родственников в психообразовательные программы, осуществление тренинга социальных навыков и нейрокогнитивного тренинга. Необходимо планировать ведение больного в течение 5 лет после начала болезни.

Литература

1. Гурович И. Я., Шмуклер А. Б. Первые психотические приступы у больных шизофренией // РМЖ. – 2004. – №22. – С. 1272.
2. Haroun N., Dunn L., Haroun A., et al. Risk and protection in prodromal schizophrenia: ethical implications for clinical practice and future research // Schizophr Bull. – 2006. – Vol. 32. – P. 166-178.

3. Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Дороднова А. С., Мовина Л. Г., Зайцева Ю. С. Первый психотический эпизод: проблемы организационной помощи больным и ее эффективность // Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи / Под ред. проф. И.Я. Гуровича, проф. О.Г. Ньюфельдта. – М.: ИД «Медпрактика – М», 2007. – С. 174-187.
4. Park S., Holzman P. S., Goldman–Rakic P. S. Spatial working memory deficits in the relatives of schizophrenic patients // Arch. Gen. Psychiat. – 1995. – Vol. 52. – P. 821–828.

В. М. Исмаилов, студент; А. А. Зуйкова, заведующая кафедрой;

О. Н. Красноруцкая, Ю. А. Котова, Н. В. Страхова, доценты

Кафедра поликлинической терапии

ФГБОУ ВО Воронежский ГМУ им. Н. Н. Бурденко Минздрава России, г. Воронеж, Россия

Научный руководитель: д.м.н., профессор А. А. Зуйкова

РОЛЬ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ЗВЕНА В ВЕДЕНИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ, АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ

Злокачественные новообразования (ЗНО) – это одна из наиболее актуальных проблем в нашем обществе. В 2016 году число умерших от ЗНО составило более 290 тыс. человек это порядка 15 % от всех причин смерти [1]. Онкопатология занимает лидирующие строчки по заболеваемости не только у нас, но и в мире и темпы этих показателей только увеличиваются. В 2016 г. в Российской Федерации впервые в жизни выявлено 599 348 ЗНО (в том числе 273 585 и 325 763 у пациентов мужского и женского пола соответственно). Прирост данного показателя по сравнению с 2015 г. составил 1,7 %. Ежегодное увеличение численности населения, прирост доли пожилого возраста и рост численности людей, имеющих вредные привычки, говорит о том, что количество ЗНО будет только расти [2]. Согласно данным ВОЗ, в 2000 году в общей популяции было 6,2 млн смертей от ЗНО, 10,1 млн новых случаев рака и 22,4 миллиона человек, живущих с раком во всем мире. Однако по прогнозам, уже к 2020 году ожидается увеличение числа новых случаев ЗНО, которое достигнет, как минимум, 15 млн в в год, а также увеличится смертность от рака и достигнет 10 млн в год [3]. Диагностика ЗНО в большинстве случаев приходится на амбулаторно-поликлиническое звено [2]. Анализ медико-социальной важности ЗНО показывает важность научного обоснования и совершенствования клинико-организационных форм первичной медико-социальной и специализированной медицинской помощи [4,5].

Цели исследования: изучение основных онкологических показателей (стадия выявления ЗНО, преобладающий возраст и пол, преобладающая нозологическая патология) и качества жизни среди впервые заболевших ЗНО в динамике.

Материалы и методы: объектом исследования стали 87 амбулаторных карт больных, у которых были выявлены ЗНО за первые 6 месяцев 2017 года, и 75 амбулаторных карт за тот же промежуток 2018 года, 30 пациентов с ЗНО подверглись анкетированию. Использован краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни (WHOQOL-BREF), который включает в себя 26 вопросов и разделен на 4 сферы:

- физическое здоровье (минимальное возможное значение равно 7, максимально возможное значение 35, максимально возможный размах 28 баллов);
- психологическое здоровье (минимальное возможное значение равно 6, максимальное возможное значение равно 30, максимально возможный размах 24 балла);
- социальные отношения (минимальное возможное значение равно 3, максимальное возможное значение равно 15, максимально возможный размах 12 баллов);

- окружающую среду (минимальное возможное значение равно 8, максимальное возможное значение равно 40, максимально возможный размах 32 балла).

Исследование проводилось в июне-июле 2018 г. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью пакета прикладных программ Microsoft Excel 2017.

Результаты и обсуждение: за первые полгода 2017 года было выявлено 87 пациентов с ЗНО. При этом 42,53 % было выявлено на первой стадии, 25,29 % – на второй стадии заболевания, пациентов с третьей стадией было 14,94 % и столько же процентов составило больных с четвертой стадией болезни (у 2,3 % отсутствуют данные о стадии процесса). Половые отличия не сказываются на данных о выявлении ЗНО, процент мужчин среди пациентов составляет 50,57 % (44 человека), а женщин 49,43 % (43 человека). Средний возраст мужчин составил 68,5 года, женщин – 65,7 года. В общей группе больных преобладают ЗНО кожи – 24,14 %, на втором месте заболевания предстательной железы 12 случаев (13,79 %), третье место занимают ЗНО молочной железы – 11,49 %, четвертое место занимают опухоли легких и бронхов – 6,9 %, с одинаковым показателем по 5,75 % пятое место делят злокачественные новообразования желудка и матки.

У мужчин, преобладающей патологией являются ЗНО предстательной железы – 12 случаев (27,27 %), на втором месте – онкология кожи, 18,18 %, третье место занимает патология легких и бронхов – 9,09 %. У женщин первое место занимают ЗНО кожи, 13 случаев (30,23 %), на втором месте – ЗНО молочной железы – 23,26 %, третье место занимает патология матки – 11,63 %.

На первой стадии чаще других выявляли ЗНО кожи, они составили 54,05 % всех патологий на первой стадии. На 4 стадии чаще других выявлялась патология предстательной железы 38,46 %. За первые 6 месяцев 2018 года было выявлено 76 пациентов (на 13,64 % меньше чем в 2017 году), среди них мужчин 37 человек (48, 68 %), а женщин 38 (52,32 %). Самой частой патологией, как и в 2017 года является ЗНО кожи, всего было выявлено 28 случаев в первые 6 месяцев 2018 года, это на 7 случаев больше (25 %) чем за тот же период 2017 года. ЗНО кожи занимают 37,33 % от всей патологии 2018 года. На втором месте ЗНО предстательной железы, было выявлено 10 случаев и составляет 13,33 % от всей патологии за первые 6 месяцев 2018 г, это на 2 случая меньше чем в 2017 году за тот же промежуток времени. На третьем месте располагаются ЗНО молочной железы, всего за первые 6 месяцев 2018 г было выявлено 9 случаев (12 % от всей нозологии 2018 года), это на 1 случай меньше чем за тот же временной период 2017 года. Четвертое место занимают опухоли легких и бронхов, всего было выявлено 7 случаев (9,33 % от всей патологии 2018 года), это на 1 случай больше чем в 2017 году. Пятое место делят ЗНО желудка и печени, за первые шесть месяцев 2018 года было выявлено по 4 (по 5,33 %) случая каждой нозологии. Для ЗНО желудка этот показатель меньше на 1 случай по сравнению с 2017 годом, а число ЗНО печени увеличилось в 2 раза по сравнению с 2017 годом.

В 2018 году среди мужчин наиболее часто встречаемой нозологией является ЗНО кожи, которая в 2017 году занимала второе место, этот показатель равен 32,43 % (12 человек в 2018 году против 8 человек в 2017 году) случаев среди всех нозологий у мужчин в 2018 году. Второе место занимает ЗНО предстательной железы, всего было выявлено 10 случаев

(27,07 % от всей патологии у мужчин), на 2 случая меньше чем в 2017 году. Третье место занимает так же как и в 2017 году ЗНО легких и бронхов, всего было выявлено 8,11 % от всей нозологии в 2018 году. Среди женщин наиболее распространенной патологией является ЗНО кожи, всего было выявлено 16 случаев (42,11 % от всей патологии у женщин), это на 3 случая больше чем в 2017 году. Второе место занимает патология молочной железы, в 2018 году было выявлено 9 таких случаев (23,68 %), это на 1 случай меньше чем в 2017 году. Третье место занимает ЗНО легких и бронхов 4 случая (10,53 %), в два раза больше чем в 2017 году.

Анализ полученных данных выявил, что 10 % пациентов оценивают качество своей жизни как «очень плохо», 36,67 % оценили качество жизни как «плохо», «Ни плохо, ни хорошо» дали ответ 46,67 % респондентов и лишь 6,67 % оценили качество жизни как «хорошо».

На второй вопрос: «Насколько Вы удовлетворены состоянием своего здоровья?» 26,67 % дали ответ «очень не удовлетворен», 60 % ответили «не удовлетворен» и 13,33 % дали ответ «ни то, ни другое». При оценке первой сферы было выявлено, что средний балл составляет 20 (в интервале от 7 до 35). При анализе полученных данных второй сферы, был выявлен средний балл равный 17,73 (в интервале от 6 до 30). В третьей сфере средний балл составляет 8,5 (в интервале от 3 до 15). Показатели четвертой сферы самые низкие, средний балл тут равен 18,43 (в интервале от 8 до 40).

Выводы: онкологическая патология выявляются с одинаковой частотой как у мужчин, так и у женщин (2017 год процент мужчин среди пациентов составляет 50,57 % (44 человека), а женщин 49,43 % (43 человека), 2018 год мужчин 37 человек (48,68 %), а женщин 38 (52,32 %). Лидирующими нозологиями у мужчин являются: ЗНО кожи и предстательной железы. Лидирующими нозологиями у женщин являются: ЗНО кожи и молочной железы. Чаще всего участковые терапевты выявляют патологию на первой и второй стадии (более 67 % случаев). Доминирующей патологией, выявленной на первой стадии, является ЗНО кожи. Качество жизни у больных со ЗНО снижено, лишь 6,67 % удовлетворены качеством жизни. Отмечается сниженные показатели во всех 4 сферах оценки качества жизни.

Литература

1. Злокачественные новообразования в России в 2016 году (заболеваемость и смертность) / Под ред. А. Д. Каприна, В. В. Старинского, Г. В. Петровой. – М.: МНИОИ им. П. А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, – 2018. –250 с.
2. Амбулаторно-поликлиническая онкология: руководство / Ганцев Ш. Х., Старинский В. В., Рахматуллина И. Р. и др. – 2012. –448 с.
3. World Cancer Report. – Lyon: J.A.R.C. Press, 2003. – Р. 313.
4. Демографический ежегодник России, 2017: Стат. сб./ Росстат. – Москва, 2017. – 263 с.
5. Организация онкологической службы в России (методические рекомендации, пособия для врачей) Часть 2 / Под редакцией В. И.Чиссова, В. В.Старинского. – М.: ФГУ МНИОИ им. П. А. Герцена Росмедтехнологий, 2007. – 663 с.
6. Войцехович Б. А Общественное здоровье и здравоохранение. – М.: Феникс. 2007. – 125 с.

Д. М. Каландаров, заведующий кафедрой; Н. К. Худоярова, старший преподаватель;
Н. Э. Мадаминова, З. А. Абдилхаева, ассистенты
Кафедра подготовки врачей общей практики №2
Андижанский ГМИ, г. Андижан, Республика Узбекистан
Научный руководитель: к.м.н., доцент А. А.Сабилов

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

По данным ВОЗ, ежегодно в разных странах мира около 300 тыс. человек заболевают вирусным гепатитом В. Во всем мире насчитывается более 350 млн носителей HBV, 5 млн из которых погибают от цирроза печени (ЦП). Серьезную опасность представляет и вирусный гепатит С. В Узбекистане частота встречаемости инфекции HCV составляет около 4,5 % [2, 7, 9].

Ко второй наиболее значимой проблеме современной гепатологии можно отнести алкогольную болезнь печени. До 20-35 % людей, регулярно употребляющих алкогольные напитки, страдают алкогольным гепатитом, у 10-20 % развивается алкогольный ЦП [1, 5, 8].

Ранняя диагностика этих заболеваний чрезвычайно важна. Одним из важнейших диагностических методов современной гепатологии является ультразвуковое исследование с применением методик ультразвуковой доплерографии (УЗДГ) [10]. Несмотря на большое количество публикаций, посвященных доплерографии при диффузных заболеваниях печени и патологии печеночных сосудов, данная проблема остается изученной недостаточно [3, 4].

Цель исследования: определить возможностей УЗДГ печени в диагностике синдрома портальной гипертензии у больных с заболеваниями печени.

Материалы и методы: объектом для исследования послужили 30 больных (мужчин и женщин) в возрасте от 21 до 45 лет, с заболеваниями печени, сопровождаемые синдромом ПГ. Средний возраст составил $27,0 \pm 0,6$ года.

Результаты и обсуждение: у 53,3 % больных были выявлены признаки хронического вирусного гепатита (ХВГ), среди больных частота ЦП составила в 33,3 % случаев. Лишь у 13,4 % больных выявлены симптомы алкогольного гепатита.

Структура заболеваний печени выглядела следующим образом: у больных в возрасте до 25 лет наибольший процент заболеваний печени, сопровождающиеся синдромом ПГ наблюдался при ХВГ и ЦП, соответственно в 66,7 % и 33,3 % случаев, алкогольный гепатит в этом возрасте не наблюдался.

У больных в возрасте 26-35 лет наибольший процент заболеваний печени, сопровождающихся синдромом ПГ, наблюдался при ХВГ и ЦП, соответственно в 50 % и 40 % случаев, алкогольный гепатит в этом возрасте наблюдался лишь в 10 % случаев.

У больных в возрасте 36-55 лет наибольший процент заболеваний печени, сопровождающихся синдромом ПГ, наблюдался при ХВГ и ЦП, соответственно в 35,7 % и 42,8 % случаев, алкогольный гепатит в этом возрасте наблюдался лишь в 21,4 % случаев.

Частота УЗ-синдромов, при заболеваниях печени, сопровождающихся ПГ, выглядела так: синдром бугристости и сглаженности краев печени – в 6,7 % случаев; синдром изменения размера печени - в 33,3 %; синдром нарушения структуры паренхимы печени - в

63,3 %; синдром нарушения функции печени - в 56,6 %; синдром нарушения внутрипеченочной гемодинамики – в 43,3 %; синдром нарушения внепеченочной гемодинамики – в 26,6 %; синдром нарушений в билиарном тракте – в 56,6 %; синдром спленомегалии - в 26,6 %; синдром наличия свободной жидкости в брюшной полости – в 33,3 % случаев.

Выводы: врачам ультразвукового исследования при обследовании больных с заболеваниями печени, следует обращать внимание на состояние сосудов печени; при наличии ПГ обязательно консультирование в комплексной терапии соматической патологии, совместно с гепатологом.

Литература

1. Владимирова Е. С., Додонова Л. В., Шарифуллин Ф. А. и др. Синдром острой портальной гипертензии при травме печени // Рос. журн. гепатол., гастроэнтерол., колопроктол. – 1995. - №4. - С. 81-87.
2. Габуня Р. И., Колесникова Е. К. Компьютерная томография в клинической диагностике. – М.: Медицина, 1995. – 351 с.
3. Гальперин Э. И., Ахаладзе Г. Г. Насиров Ф. Н. Ультразвуковая доплеровская оценка функционального резерва печени // Хирургия. – 1992. – №1. – С. 18-22.
4. Горбаков В. В., Квасовка В. В. Клинико-морфологические варианты и возможности специфической терапии вирусного гепатита С // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 1996. – №1. – С. 29-32.
5. Дворяковский И. В., Дворяковская Г. М., Иванов А. Л. и др. Состояние периферической и центральной гемодинамики у детей с хроническими болезнями печени // Ультразвуковая диагностика. – 1997. – №1. – С. 5-11.
6. Дунаевский О. А. Вирусные гепатиты и дифференциальная диагностика заболеваний печени. Часть 1. –Тверь, 1993. – 76 с.
7. Зубарев А. В. Методы медицинской визуализации УЗИ, КТ, МРТ - в диагностике опухолей и кист печени. – М: Видар, 1995. - 112 с.
8. Зубарев А. В. Ультразвуковая цветовая ангиография при очаговых поражениях печени. //Медицинская визуализация. – 1997. – № 3. – С. 32.
9. Зубарев А. В. Диагностический ультразвук / Под ред. Зубарева А. В. – М.: Реальное время, 1999. – С. 13-26.
10. Зубарев А. В. Новые ультразвуковые методики и эхоконтрастные препараты // Эхография. – 2000. – Т.1, №1. – С. 41-44.
11. Зубарев А. В. Новые возможности ультразвука в диагностике объемных поражений печени и поджелудочной железы // Эхография. – 2000. – Т.1, №2. – С. 140-146.
12. Зубарев А. В., Шипов О. Ю., Сюткин В. Е., Иванников И. О. Портальная гипертензия: диагностические возможности доплеровских ультразвуковых методик // Эхография. – 2001. – Т.2, №1. – С. 6-13.

УДК 616-001:656.21

Е. Р. Камионская, ассистент; А. А. Бибилова, ассистент;
А. С. Ремизова, аспирант; Е. Е. Бибилова, Е. Е. Бибилова, студенты
Кафедра анатомии
Кафедра судебной медицины
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

ИЗМЕНЕНИЕ РЕЛЬСОВОЙ ТРАВМЫ В СВЯЗИ С ВВЕДЕНИЕМ В ЭКСПЛУАТАЦИЮ СКОРОСТНОГО СОСТАВА «САПСАН»

Железнодорожный транспорт (ЖДТ) в его современном понимании зародился в начале 19 века и почти сразу стал для многих стран основным видом транспорта. Бурный рост промышленности и торговли, а также освоение новых районов и их природных богатств повлекло за собой столь же стремительное развитие всех отраслей ЖДТ. Поэтому увеличилась пропускная способность железных дорог, повысилась сила тяги, мощность и скорость поездов.

В связи с прогрессом возросло число травм, получаемых от ЖДТ с изменением морфологии повреждений. По частоте травмы, причиненные железнодорожным составом, стоят на втором месте после травм, полученных в автомобильных катастрофах, и составляют до 40 % всех случаев транспортной травмы. Погибают, в большинстве своем, люди трудоспособного возраста.

С введением в эксплуатацию скоростных составов «Сапсан» на участке движения Москва – Тверь – Санкт-Петербург; Санкт-Петербург – Бусловская, отмечено увеличение травматизма с летальным исходом. Данный вид травматизма не имеет тенденции к снижению, несмотря на значительные материальные вложения в технику безопасности и комплекс дорогостоящих мер по их профилактике. Временная нетрудоспособность, инвалидность наносят социальный и экономический ущерб государству.

Цель исследования: анализ летальных исходов, полученных от ЖДТ, по архивным данным за период 2010–2011 гг., на основании актов судебно-медицинского исследования трупов ГКУ «БСМЭ» Тверской области.

Материалы и методы: материалом исследования являются множественные фрагменты тел потерпевших в результате столкновения со скоростным электропоездом «Сапсан».

Результаты и обсуждение: за 2010–2011 гг. из архива изучены 42 случая столкновения со скоростным составом «Сапсан» с выявлением особенностей повреждений, полученных от скоростного состава «Сапсан» и повреждений, полученных обычным локомотивом (таблица 1). По данным случаев смерти проведены медико-биологические исследования и экспертизы в отделе судебно-медицинской экспертизы и исследования трупов Тверского областного бюро судебно-медицинской экспертизы.

Таблица 1 – Количество пострадавших на участке Тверь — Москва, Тверь — Санкт-Петербург от скоростного поезда «Сапсан», абс.

Пострадавшие	Год	
	2010	2011
Всего травмировано	23	27
Со смертельным исходом	18	21

Особая сложность исследования состояла в установлении причины смерти при обнаружении на полотне железной дороги трупа. Сам по себе факт обнаружения трупа на полотне железной дороги, даже при наличии типичных железнодорожных повреждений, не является бесспорным доказательством того, что смерть в действительности наступила в результате повреждений от железнодорожного транспорта. Во всех изученных нами случаях отмечено следующее:

1. Множественные фрагменты тела потерпевших, причем наибольший фрагмент тела, представленный на судебно-медицинское исследование составлял общими размерами 65×40×14см, был в виде лоскута кожных покровов грудной клетки, большей частью с отсутствием внутренних органов и костей скелета.
2. Наблюдались размятия частей тела и общие изменения конфигурации тела за счет полного – в 33 случаях (78 %) или частичного – в 9 случаях (22 %) отсутствия ребер, грудины, ключиц, лопаток и фрагментов позвоночника. При этом было очевидно несоответствие между незначительными наружными и массивными внутренними повреждениями.
3. Отсутствие одежды на представленных объектах.
4. В 56 % случаев не выявлено признаков волочения тела за составом и участков бокового скольжения и растрескивания кожи.
5. В 77 % случаев при переезде тела колесами на коже в плоскости расчленения не было выявлено полос давления и обтирания, а при повреждении костей образовывались «шлифы» на поверхности их разделения.

Применение современных технологий – видеорегистраторов – на РЖД в настоящее время позволяет определить местоположение пострадавшего в момент столкновения. Нами также выявлено, что использование СКТ и МРТ методов не во всех случаях ЖДТ целесообразно. Во множественных случаях фрагменты тела потерпевших очень малы, так как при столкновении на большой скорости образуется большая раздробленность тела, в частности костей. Приборы СКТ и МРТ при исследовании мелких фрагментов костей не могут выявить особенности травмы – приборы просто «не видят» мелкие фрагменты. Необходимо проводить рентгенологические и гистологические исследования, что позволит более конкретно выявить факт ЖДТ, и определить ее вид от удара, переезда, падения, сдавливания, волочения, внутри вагонов, комплексный характер. Это позволит выявить особенности и механизм образования травм, как у живых пострадавших, так и у трупов.

В ближайшее время ОАО «РЖД» увеличить вдвое парк скоростных поездов и организует движение на новых направлениях. Поэтому считаем, что затронутая нами тема еще долгое время будет актуальной.

Выводы

1. Анализ даже незначительного количества случаев позволило выявить ряд особенностей железнодорожной травмы, причиненной скоростным составом «Сапсан».
2. Выявленные особенности повреждений можно связать со значительно большей скоростью движения состава «Сапсан» (до 250–300 км/ч).
3. При исследовании трупа с экспертной точки зрения могут возникнуть сложности в решении ряда традиционных вопросов, в частности определения направления переезда колесами тела ЖДТ.
4. Дальнейшее изучение травмы, причиненной скоростным составом «Сапсан», должно быть направлено на выявление признаков более четкого определения вида ЖДТ (столкновение, переезд и т.д.).

Литература

1. Сотников Е. А. Железные дороги мира из XIX в XXI век. – М.: Транспорт, 1993. – 200 с.
2. Пиголкин Ю. И., Баринев Е. Х., Богомолов Д. В., Богомоллова И. Н. Судебная медицина. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 359 с.
3. Свадковский Б. С. Учебное пособие по судебно-медицинской стоматологии. – М.: Медицина, 1974. – 174 с.
4. Киричинский Б. Р. Судебная радиология. – Киев: Наукова думка, 1969 – 261 с.
5. Хохлов В. В. Судебная медицина. Руководство. – Смоленск: издание 2-е перераб. и доп., 2003. – 699 с.
6. В. А. Клевно Судебная медицина. Учебник для академического бакалавриата. – Москва: Юрайт, 2014. – С. 232-237.

УДК: 574.06

А. А. Кильчевский, клинический ординатор; М. П. Богомолова, студентка;

Н. А. Куликова, доцент; О. К. Стаковецкая, старший преподаватель

Кафедра биологии

ФГБОУ ВО Ивановская ГМА Минздрава России, г. Иваново, Россия

ОСОБЕННОСТИ СОДЕРЖАНИЯ РЯДА ЭССЕНЦИАЛЬНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ В ЛИСТЬЯХ ДУБА ЧЕРЕШЧАТОГО В НАСЕЛЕННЫХ ПУНКТАХ ЦЕНТРА ЕВРОПЕЙСКОЙ ЧАСТИ РОССИИ

Высокие концентрации населения, различного транспорта и промышленных предприятий в городах приводят к образованию антропогенных ландшафтов, далеких от состояния экологического равновесия, и возникновению серьезных экологических проблем. Вследствие этого возникает сильное загрязнение сред жизни вредными веществами, снижение их способности к самовосстановлению. В отличие воздуха и воды, где протекают процессы самоочищения, почва обладает этим свойством в незначительной мере, в ней тяжелые металлы накапливаются и сохраняются на долгие годы. Загрязнение среды обитания может заметно снизить продуктивность растений, нарушить естественно сложившиеся фитоценозы, привести к нарушению нормальных процессов органогенеза вегетативных органов, деградации растительности. Все это неизбежно ухудшает гигиеническое качество среды обитания человека, включая и качество получаемых продуктов. Учитывая биологическую роль микроэлементов, участие металлов и радиоизотопов практически во всех биохимических процессах в организме человека, вопросы загрязнения окружающей среды волнуют сегодня не только экологов, но и врачей всех специальностей [1]. Стабильность химического состава является одним из важнейших и обязательных условий нормального функционирования организма. Соответственно, отклонения в содержании химических элементов, вызванные экологическими, профессиональными, климатогеографическими факторами или заболеваниями приводят к широкому спектру нарушений в состоянии здоровья. Организм здорового человека обладает четкой саморегулирующейся системой гомеостаза, в которых немаловажную роль играют химические элементы. Дефицит, или избыток макро- и микроэлементов в организме человека приводит к снижению резистентности организма к неблагоприятным факторам окружающей среды, формирования иммунодефицитных состояний, нарушения функции систем антиоксидантной защиты, хронизации болезней, повышения риска развития распространенных заболеваний, снижения качества жизни и эффективности лечебных мероприятий. В настоящее время накоплено множество данных, подтверждающих зависимость элементного состава живых организмов от содержания химических элементов в среде обитания, т.е. состав внутренней среды организма испытывает влияние внешней среды. На содержание микроэлементов в растениях влияют: 1) содержание элемента в почве; 2) количество биодоступной формы элемента в почве; 3) вид растения, фаза развития и распределение элемента по органам; 4) эволюция растений в данных геохимических условиях. Поэтому знание природных концентраций элементов в растениях дает возможность судить о состоянии чистоты или загрязненности региона. Выявление районов с

оптимальным, недостаточным или избыточным содержанием эссенциальных, или жизненно необходимых, элементов в листьях деревьев является актуальными дает возможность регулировать уровень их содержания в почве [2, 3].

Цель исследования: оценка содержания ряда эссенциальных элементов (Na, Ca, Fe, Co, Zn) в листьях дуба черешчатого в населенных пунктах центра Европейской части России.

Материалы и методы: в качестве исследуемого растения был выбран дуб черешчатый (*Quercus robur*). Он является надежным фитоиндикатором качества среды, реагируя асимметрией листовых пластинок, и, как многие растения городов, может накапливать в своих вегетативных органах токсичные элементы. Листья дуба черешчатого в количестве 40 с каждого дерева для исследования были собраны в июле-августе 2015 г. в 25 населенных пунктах Ивановской (12 точек сбора), Владимирской (2), Московской (3), Нижегородской (1), Костромской (1), Ярославской (3), Вологодской областей (2) и Республике Мордовия (1). Для определения качества среды на изучаемых территориях использована методика оценки стабильности развития дуба, предложенная Н.П. Гераськиной: по данным морфометрии по восьми параметрам листьев вычислены средние интегральные показатели флуктуирующей асимметрии (ФА) листьев и сопоставлены с данными шкалы качества воздушной среды [4]. Многоэлементный анализ листьев дуба из 25 точек сбора произведен методом атомной эмиссионной спектроскопии с индуктивно-связанной плазмой на базе кафедры неорганической и аналитической химии РГАУ-МСХА им. К.А. Тимирязева (аналитик А.Н. Волков).

Результаты и обсуждение: методом биоиндикации по показателю ФА листьев дуба установили, что на большинстве изученных территорий критическое загрязнение воздуха – $ФА > 0,084$. В большинстве населенных пунктов Ивановской области отмечен критический уровень загрязнения атмосферы – $ФА > 0,083$, соответствующий 5 баллам, что свидетельствует о поступлении в растения токсичных веществ; в двух населенных пунктах сильное загрязнение, в Заволжье – умеренное. В экосистемах других регионов также отмечены критические уровни загрязнения среды, только в г. Выкса оно сильное. В листьях дуба черешчатого было установлено количество следующих эссенциальных элементов: натрия (Na), кальция (Ca), железа (Fe), кобальта (Co) и цинка (Zn).

Натрий. Содержание натрия в организме растений составляет в среднем по массе 0,02 %. Натрий важен для транспорта веществ через мембраны, входит в так называемый натрий-калиевый насос (Na^+/K^+). Натрий регулирует транспорт углеводов в растении. Хорошая обеспеченность растений натрием повышает их зимостойкость. При его недостатке замедляется образование хлорофилла [5]. В организме человека натрий участвует в передаче нервных импульсов, формирует потенциал действия путем обмена с ионами калия, необходим для поддержания нейро-мышечной возбудимости, способствует удержанию воды в тканях, участвует в гидратации белков, в транспорте аминокислот, углеводов, различных анионов через мембраны клеток, является источником соляной кислоты для желудочного сока.

Наибольшее содержание натрия в листьях дуба отмечено в д. Коптево Тейковского р-на (26314,8 мг/кг), что говорит о засолении почвы. В то же время его наименьшее содержание – в г. Пучеж (10913,7 мг/кг). Также относительно высокое содержание натрия определено в г. Гаврилов Посад, г. Тейково (более 20000 мг/кг). В остальных районах

содержание натрия определено на уровне 15993,4 – 17738,1 мг/кг. В разных населенных пунктах количество этого элемента в листьях различалось не более чем в три раза. Кларк натрия в земной коре составляет 19000 мг/кг. Полученные нами данные сопоставимы с имеющимся значением кларка.

Кальций. Содержание кальция в растениях составляет в среднем 0,3 % (по массе). Пектиновые вещества (кальциевые и магниевые соли галактуроновой кислоты) входят в состав клеточных стенок и межклеточного вещества высших и низших растений. Кальций используется как строительное вещество для срединной пластинки, увеличивает прочность растительных тканей и способствует повышению выносливости растений [5]. Кальций формирует скелет человека, влияет на процессы свертывания крови и обмен воды, нормализует обмен углеводов и хлорида натрия. Этот минерал также регулирует мышечное сокращение и секрецию гормонов, снижает уровень проницаемости стенок сосудов, обладает противовоспалительным действием. Недостаток или избыток кальция нарушает кислотно-щелочной баланс в организме. Гиперкальциемия способствует образованию камней в почках и мочевом пузыре, снижает нервно-мышечную возбудимость, способствует появлению парезов и параличей.

Наименьшее содержание кальция в листьях дуба определено в г. Пучеж Ивановской области – 1,2 мг/кг. Наибольшее его содержание – в районе ж/д вокзала г. Иваново – 11,1 мг/кг. Установлено, что в городах Ивановской области содержание кальция в листьях дуба ниже таковых показателей вне области, и колеблется в районе 1,2 – 3,0 мг/кг. Различия в количестве данного элемента в населенных пунктах может отличаться в 10 раз, что свидетельствует о биоаккумуляции элемента дубами. Кларковое число кальция в земной коре составляет 16000 мг/кг, что значительно превышает его содержание в изученных листьях дубов.

Железо. Железо потребляется растениями в значительно меньших количествах (1 - 10 кг с 1 га), чем другие макроэлементы. Оно входит в состав ферментов, участвующих в создании хлорофилла, хотя в него этот элемент не входит. Железо участвует в окислительно-восстановительных процессах, протекающих в растениях. Кроме того, без железа невозможен процесс дыхания растений, поскольку оно является составной частью дыхательных ферментов [5]. Железо является важным биогенным элементом. Его роль многообразна и сводится к следующим функциям: участие в процессах кроветворения, способствует активной работоспособности мышц при физических нагрузках, обеспечивает выносливость организма, участие в иммунологических процессах. Железо является компонентом многих белковых и ферментных систем организма, участвует в синтезе ДНК и в энергетическом обмене, регулируя процесс передачи кислорода в митохондриях клеток. Элемент принимает участие в синтезе гормонов щитовидной железы, осуществляющих метаболические функции в организме.

Минимальное содержание железа в листьях дуба черешчатого установлено в г. Владимир (у Золотых ворот) – 0,56 мг/кг. Максимальное – в г. Пучеж (0,73 мг/кг) и на ж/д вокзале г. Иваново (0,73 мг/кг). В целом по другим районам распределение железа в листьях примерно одинаковое и определяется на уровне 0,6-0,7 мг/кг. Значение кларкового числа железа в земной коре составляет 22000 мг/кг. В дубовых листьях его в десятки тысяч раз меньше.

Кобальт необходим для усиления азотофиксирующей деятельности клубеньковых бактерий, он входит в состав витамина В₁₂. Этот микроэлемент влияет на накопление сахаров и жиров в растениях. Кобальт благоприятно действует на процесс синтеза хлорофилла в листьях растений, уменьшает его распад в темноте, увеличивает интенсивность дыхания, содержание аскорбиновой кислоты в растениях, принимает активное участие в реакциях окисления и восстановления, стимулирует цикл Кребса и оказывает положительное влияние на дыхание и энергетический обмен, а также биосинтез белка нуклеиновых кислот. Благодаря своему положительному влиянию на обмен веществ, синтез белков, усвоение углеводов он является сильным стимулятором роста растений. Кобальт в организме человека стимулирует кроветворение, входит в состав В₁₂-зависимых ферментов, активизирует ряд ферментативных процессов [5].

Содержание его в листьях дубов на исследованной территории крайне невелико и составляет 0,02-0,03 мкг/кг в девяти точках сбора, в одной – 0,04, двух – 0,05 мкг/кг – г. Тейково и г. Кинешма. В последних двух городах критический уровень загрязнения среды. Количество кобальта в населенных пунктах других областей России составляет 0,02-0,05 мкг/кг. Кларк кобальта в почве в среднем 22 мкг/кг.

Цинк. Этот элемент принимает участие в происходящих в растениях окислительно-восстановительных процессах, в обмене углеводов, липоидов, фосфора и серы, в синтезе аминокислот и хлорофилла. Цинк влияет на процессы оплодотворения растений и развитие зародыша [5]. Биологическая роль цинка заключается в регуляции нормального функционирования половой системы, метаболизма ряда гормонов, таких как инсулин, тестостерон, соматотропин, а также метаболизма витамина Е. При длительном поступлении в организм в больших количествах все соли цинка, особенно сульфаты и хлориды, могут вызывать отравление из-за токсичности ионов Zn^{2+} , что приводит к малокровию, задержке роста, бесплодию. Недостаток цинка в организме приводит к ряду расстройств. Среди них — раздражительность, утомляемость, потеря памяти, депрессивные состояния, снижение остроты зрения, уменьшение массы тела, накопление в организме некоторых элементов (железа, меди, кадмия, свинца), снижение уровня инсулина, аллергические заболевания, анемия и другие.

Минимальное содержание цинка в листьях дуба отмечено в Гаврилов-Посаде, Пучеже и дер. Архиповка Савинского р-на – не более 80 мкг/кг сухой массы, в 19 точках сбора количество цинка составляет 85–199 мкг/кг, а в гг. Владимир, Москва (ВВЦ), двух точках г. Иваново (местечко Авдотьино и у железнодорожного вокзала) – 217–359 мкг/кг. Максимальное количество отмечено в промышленном городе Выкса Нижегородской области – 407 мкг/кг. Дубы могут накапливать в листьях цинк. Кларковое число Zn в почве – 46 мг/кг. Содержание цинка в листьях дубов в сотни раз меньше, чем значение кларкового числа.

Заключение: впервые выявлена геохимическая специфика биоаккумуляции эссенциальных элементов в населенных пунктах. Показано, что элементный состав листьев дуба черешчатого является индикатором экологического состояния территории. Установлено, что наибольшее содержание эссенциальных элементов у дубов отмечено в населенных пунктах с развитой промышленностью.

Литература

1. Злобина, Ю. М., Федосова, И. В. Распределение микроэлементов-биофилов и тяжелых металлов в системе почва-растение в урбанизированной среде/ Ю. М. Злобина, И. В. Федосова // Альманах молодой науки. – 2013. – №4. – С. 9-11.
2. Канжигалина, З. К., Касенова, Р. К., Орадова, А. Ш. Биологическая роль и значение микроэлементов в жизнедеятельности человека / З. К. Канжигалина, Р. К. Касенова, А. Ш. Орадова // Вестник КазНМУ. – 2013. – №5 (2). – С. 88-90.
3. Ялалтдинова, А. Р. Элементный состав растительности как индикатор техногенного воздействия на территории г. Усть-Каменогорска: дисс. на соиск. учен. степ. канд. геолого-минералогических. наук (25.00.36). – Томск: Труа, 2015. – 172 с.
4. Гераськина, Н. П. Оценка стабильности развития дуба черешчатого на территории национального парка «Орловское полесье» / Н. П. Гераськина // Самарская Лука. – 2009. – Т. 18, № 3. – С. 240-244.
5. Кабата-Пендиас А., Пендиас Х. Микроэлементы в почвах и растениях. – М.: «Мир», 1989. 439 с.

В. Д. Киреева, студентка; В. В. Буланов, доцент
Кафедра философии и психологии с курсами биоэтики и истории Отечества
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Научный руководитель: д.ф.н., доцент В. В. Буланов

ИУДАИЗМ: ОТНОШЕНИЕ К СМЕРТИ И ПОНИМАНИЕ ДОСТОИНСТВА

Многие пациенты испытывают страх перед смертью и этот страх существенно понижает качество их жизни, унижая их достоинство и наполняя их существование негативными эмоциями. Автор статьи анализирует иудаистское отношение к смерти в контексте проблемы сохранения человеческого достоинства.

Цель исследования: доказать, что иудаизм может помочь людям обрести и сохранить их достоинство при размышлении о смерти.

Задачи: во-первых, проанализировать специфику понимания достоинства в иудаизме, во-вторых, выявить особенности отношения иудаистов к смерти; в-третьих, определить, насколько следование иудаизму содействует сбережению человеческого достоинства при размышлении о смерти.

Материалы: выводы, полученные в ходе применения психологической методики С.С. Бубнова

Методы: герменевтический анализ, феноменологическая редукция.

Результаты и обсуждение: в данной статье я попытаюсь доказать, что отношение к смерти, присущее иудаизму, помогает его приверженцам сохранить свое человеческое достоинство. Актуальность этого исследования обусловлена моими наблюдениями. Я заметила, что люди, недовольные своей жизнью, пытаются добиться уважения, как среди сверстников, так и людей старшего поколения. Поэтому я провела опрос, чтобы разобраться в этом среди молодых людей в возрасте 16-30 лет. Их цели – это определение уровня их фрустрированности и выявление их ценностных ориентиров по методике С. С. Бубнова. В итоге можно увидеть следующие результаты: группы с высоким уровнем фрустрированности и преобладание убежденности в том, что наиболее ценны помощь другим людям, также важны признание и самоуважение. То есть люди, находясь в состоянии сильной фрустрации, стремятся обрести и сохранить свое достоинство. Может ли им в этом помочь иудаизм?

Начнем с того, что термин «иудаизм» происходит от названия еврейского племени Иуды, самого многочисленного среди 12 колен израилевых, как об этом повествуется в Библии. Выходцем из рода Иуды был царь Давид, при котором иудейско-израильское царство достигло наивысшего могущества. Термин «иудей» часто используется как эквивалентный слову «еврей». В иудаизме понятие достоинство выражает ответственное отношение человека к жизни, ее смыслу и ценностям. Но если атеист Ж.-П. Сартр понимает ее как ответственность за свои выборы и поступки перед человечеством [4, 439-440], то в иудаизме достоинство понимается религиозно. Оно базируется на четырех компонентах:

1. Главная идея иудаизма – идея богоизбранности евреев. Бог один, и он выделил один народ — евреев, чтобы помогать им и передавать свою волю через его пророков.

2. У еврейского народа есть особая Миссия (то есть Избранность), заключающаяся в том, чтобы донести эти Божественные истины до человечества и через это помочь человечеству приблизиться к Богу. Для реализации этой задачи Бог заключил с еврейским народом Завет и дал ему заповеди. Божественный Завет неотменим, и он налагает на еврейский народ более высокий уровень ответственности.
3. Иудаизм провозгласил монотеизм, углубленный учением о сотворении человека Богом по своему образу и подобию — следствием чего является любовь Бога к человеку, стремление Бога помочь человеку и уверенность в конечной победе Добра.
4. Учение об абсолютной ценности человека, человеческой жизни (как индивидуума, так и народов и также всего человечества в целом) — как бессмертного духовного существа, созданного Богом по Своему образу и подобию.

С точки зрения иудеев, умирание и сама смерть – это неотъемлемые части жизни. Рассмотрим основные принципы отношения евреев к смерти. Они, как мне видится, таковы:

- Иудейский подход к смерти основан на реальности. Как гласит Экклезиаст – есть время рождаться, и есть время умирать. Искусство смерти у евреев является основополагающим фактором искусства жизни евреев;
- В иудаизме с древних времен есть обычай, что хоронить умершего нужно как можно скорее после того, как наступила смерть, а именно, в течение 24 часов;
- По еврейской традиции не рекомендуется утешать скорбящего человека перед похоронами;
- У евреев считается неправильным относиться к смерти пренебрежительно, и наоборот, слишком долго останавливаться на ней;
- Процесс траура и смерти сопровождают разные традиции и обычаи. Даже те евреи, которые не соблюдают заповеди, находят надежду и утешение в этих обычаях;
- Обсуждать смерть необходимо, но многие ее обсуждать боятся, так как разговоры о смерти заставляют чувствовать себя бессильными и беспомощными, всех это пугает, так как каждый понимает, что рано или поздно смерть заберет всех. Иудаизм помогает справиться со страхом перед глазами смерти, чтобы люди продолжали спокойно жить.

Минусы иудаистского отношения к смерти, на мой взгляд, таковы:

- Современный иудейский теолог Гольдшмидт пытается доказать ..., что добро связано исключительно с праведным образом жизни, с беспрекословным выполнением всех предписаний бога Яхве, что добро творит тот, кто ... отказывается от борьбы против социальной неустроенности. Как мы видим, иудаисты не стремятся менять общество так, как им нравится;
- Автор средневековой нравоучительной книги «Пути праведных» писал, о необходимости страха и благоговения перед Богом каждого человека как «ничтожной, скудоумной и беспомощной особы». Можно прийти к выводу, что «покорный раб, лишенный чувства достоинства, — вот идеал человека по иудаизму» [3, 235-236].

По-моему, есть такие плюсы иудаистского отношения к смерти:

- Философ-иудаист М. Бубер учит, что диалог человека с Богом делает для человека лишенным значимости все остальное сущее [2, 536], в том числе и смерть;

- В иудаизме, как и у древнегреческого философа Эпикура, доказывается, что глупо бояться физической смерти. Но если Эпикур ограничивается констатацией того, что смерть тела – всего лишь исчезновение ощущений [5, 739], то в иудаизм еще добавляет, что Бог дарует жизнь вечную, а телесная смерть – лишь этап на пути к ней.

В современном мире слово достоинство имеет множество трактовок. Основной является как осознание внутреннее превосходство над другими людьми. Мне кажется, что это влияет не только на самого человека, но и на других людей. Как говорил М. Бубер: «Каждый из нас облачен панцирем, задача которого отторгать знаки. Знаки направлены на нас непрерывно, жить — значит быть тем, к кому обращаются, надо лишь принять, лишь услышать это обращение» [1, 131]. Человек, лишенный достоинства не может откликаться на зов других людей. Поэтому понимание достоинства у иудеев и принятие ими его как внутреннее ощущение благородства и собственной ответственности за свою жизнь и жизнь ближних, поможет людям в осознание не только своей гордости за свои поступки и действия, но и один из факторов улучшения качества жизни в мире. Достойные поступки начинаются с одного человека. Стать этим человеком, в частности, может помочь иудаизм.

Выводы: следование иудаизму может помочь человеку сберечь человеческое достоинство пациента при его размышлениях о своей смертности.

Литература

1. Бубер М. Диалог // Бубер М. Два образа веры. – М., 1999. – С. 122–161.
2. Бубер М. Затмение Бога. Мысли по поводу взаимоотношений религии и философии // Бубер М. Два образа веры. – М., 1999. – С. 440–540.
3. Настольная книга атеиста. 8–е изд. – М., 1985. – 474 с.
4. Сартр, Ж.–П. Экзистенциализм – это гуманизм // Сартр Ж.–П. Тошнота: Избранные произведения. – М., 1994. – С. 435–469.
5. Эпикур. Письма и фрагменты// Мыслители Греции: от мифа к логике. Сочинения. – М.; Харьков, 1999. – С. 737–795.

Ю. В. Киселева¹, ординатор; О. Н. Гуськова¹, доцент; А. А. Редников², врач-патологоанатом

¹ – Кафедра патологической анатомии

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

² – ГБУЗ Тверской области «Городская клиническая больница №7»

Научный руководитель: к.м.н., доцент О. Н. Гуськова

ВИРТУАЛЬНОЕ ВСКРЫТИЕ: ВЗГЛЯД ПАТОЛОГОАНАТОМА

В соответствии с Федеральным законом №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в целях получения данных о причине смерти человека и диагнозе проводится патологоанатомическое вскрытие. Однако, согласно п. 3 ст. 67, по религиозным мотивам родственники умершего имеют право отказаться от процедуры вскрытия [1]. В настоящее время, учитывая широкое применение компьютерной томографии (КТ) и мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) в диагностике различных патологических процессов и болезней, все более активно дискутируются вопросы проведения виртуального вскрытия. С использованием КТ для исследования тел умерших появился новый термин «виртуальная аутопсия» (виртопсия).

Виртопсия – постмортальная методика, заключающаяся в построении послойного трехмерного изображения трупа с помощью КТ и/или МСКТ без применения контрастных веществ. Специалисты отмечают высокую чувствительность и специфичность метода в визуализации многих состояний, характерных для насильственной и ненасильственной смерти. Среди преимуществ посмертной КТ подчеркивают инфекционную безопасность медицинского персонала, так как изучение всех частей тела проводится неинвазивным способом, а также неограниченное время хранения результатов виртопсии на цифровых носителях [2]. Главными недостатками являются отсутствие в нашей стране правовой и нормативной основы использования посмертной КТ-визуализации, а также дефицит доказательной базы эффективности виртуальной аутопсии по сравнению с традиционным вскрытием трупа. До настоящего времени в мире не проведено ни одного проспективного многоцентрового рандомизированного исследования. Самый крупный на сегодняшний день сравнительный анализ результатов виртуальной и традиционной аутопсии выполнен коллективом британских рентгенологов и судебных экспертов, которые изучили 182 трупа людей при помощи КТ и магнитно-резонансной томографии (МРТ) с последующим проведением традиционного вскрытия. Расхождения рентгенологических заключений с патологоанатомическими диагнозами имели место в 32 % наблюдений для КТ и в 43 % случаев – для МРТ [3].

Цель исследования: изучить возможность использования данных прижизненной КТ диагностики для определения первоначальной и непосредственной причины смерти больного.

Материалы и методы: проведен анализ протоколов патологоанатомического вскрытия пациентов, умерших в стационаре в 2018 году. Отобраны эпизоды расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов, в которых заключительный клинический диагноз был сформулирован на основании результатов КТ и пребывания пациента в

стационаре составило более 24 часов. Среди причин расхождения установлены факты неправильной интерпретации данных дополнительных методов исследования, когда с помощью лучевой диагностики патологические изменения были визуализированы, но неверно диагностированы, а также случаи, когда после проведения КТ-исследования патология осталась недиагностированной. Наиболее демонстративные наблюдения мы приводим ниже.

Больной К. доставлен бригадой скорой медицинской помощи с подозрением на пневмонию. Заключение КТ органов брюшной полости (ОБП): образование субкардиального отдела желудка.

Заключение МСКТ ОБП: выпот в брюшную полость, образование субкардиального отдела желудка с региональной лимфоаденопатией, гепатомегалией, множественные кистовидные образования печени (учитывая образования желудка, подозрительны на метастазы). Киста левой доли печени. Хронический холецистит. Признаки хронического панкреатита. Паранефральные кисты обеих почек.

После обследования и исключения пневмонии, был выставлен клинический диагноз: образование субкардиального отдела желудка, панкреодуоденальной зоны. Осложнения основного заболевания: метастазы в печень, лимфатические узлы брюшной полости. Канцероматоз брюшины. Синдром холестаза, паранеопластическая нефропатия. Острая почечная недостаточность.

По результатам вскрытия первоначальной причиной смерти больного явился генерализованный актиномикоз с поражением желудка, печени и почек, осложнившийся двусторонней очаговой гнойно-геморрагической пневмонией, хроническим лимфаденитом бифуркационных лимфоузлов и фибринозно-геморрагическим перикардитом. Причина расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов субъективная - недоучет или переоценка данных лабораторных, рентгенологических и других дополнительных методов исследования.

Пациент М. доставлен бригадой скорой медицинской помощи с подозрением на желудочно-кишечное кровотечение. Заключение КТ органов грудной клетки (ОГК): двусторонняя полисегментарная параканкротическая пневмония, метастазы в лимфатические узлы средостения, подкожную клетчатку. Заключение КТ ОБП: экзофитное образование верхней трети тела желудка, объемное образование левого надпочечника.

На основании результатов обследования был выставлен основной клинический диагноз: злокачественное образование тела желудка. Осложнения основного заболевания: двусторонняя полисегментарная параканкротическая пневмония. Метастазы в легкие, лимфатические узлы средостения, подкожную клетчатку и левый надпочечник.

На вскрытии диагностирован гипернефроидный рак левой почки 4 стадии (опухолевый узел выполнял практически весь объем органа, прорастая за пределы фасции Героты, и врастал в надпочечник) с метастазами в левое легкое, в висцеральную плевру левого легкого, бифуркационные, паратрахеальные и парабронхиальные лимфатические узлы, печень, левый надпочечник, поджелудочную железу. Причина расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов субъективная - недоучет данных лабораторных, рентгенологических и других дополнительных методов исследования.

Больной У. поступил в стационар с подозрением на пневмонию. Заключение КТ ОГК и ОБП: метастатическое поражение легких. Образование левой почки. После обследования сформулирован клинический диагноз: злокачественное новообразование левой почки. Осложнение основного заболевания: метастазы в легкие.

Аутопсийное исследование позволило выявить амёбный абсцесс печени размерами 8,0×5,0×5,0 см, осложнившийся септикопиемией, септической гиперплазией селезенки и очаговой двусторонней гнойно-некротической абсцедирующей пневмонией. Причина расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов субъективная - недостаточное обследование больного, недоучет анамнестических данных, недоучет или переоценка данных лабораторных, рентгенологических и других дополнительных методов исследования.

Пациент П. поступил с диагнозом: последствия острого нарушения мозгового кровообращения. Заключение КТ головного мозга: последствия острого нарушения мозгового кровообращения. Заключение КТ ОГК: без патологии.

После обследования клинически было диагностировано основное заболевание: Последствия перенесенного инфаркта головного мозга в бассейне правой средней мозговой артерии, на фоне сахарного диабета 2 типа со множественными осложнениями.

Результаты патологоанатомического вскрытия показали, что непосредственной причиной смерти больного явилась сердечная недостаточность, вызванная гипертрофической кардиомиопатией (масса сердца 570 г, толщина стенки правого желудочка 0,5 см, левого 2,0 см). Причина расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов субъективная – недостаточное обследование больного и недоучет данных лабораторных, рентгенологических и других дополнительных методов исследования.

Больной С. поступил с клинической картиной острой кишечной непроходимости. Заключение КТ головного мозга – острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу в бассейне правой средней мозговой артерии. Заключение обзорной рентгенограммы ОГК – резецирована верхняя доля правого легкого. В остальном без патологии.

Заключительный клинический диагноз оформлен как острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу на фоне атеросклероза сосудов головного мозга. Отек головного мозга с дислокацией и вклиниванием в большое затылочное отверстие стволовых структур.

На аутопсии в резецированном правом легком выявлена нижнедолевая очагово-сливная бронхопневмония, вызванная *Klebsiella pneumoniae*. Прогрессирование основного заболевания осложнилось гнойно-некротическим менингитом с множественными кровоизлияниями в вещество мозга и стенки боковых желудочков, что и стало непосредственной причиной смерти пациента. Расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов вызвано субъективным фактором – недостаточным обследованием больного и недоучетом данных лабораторных, рентгенологических и других дополнительных методов исследования.

Приведенные примеры дефектов прижизненной диагностики, выявленных посредством патологоанатомического вскрытия, свидетельствуют о проблеме правильной интерпретации результатов обследования. В большинстве описанных нами случаев

патологические изменения были обнаружены при жизни пациентов, но неверно расценены, что повлекло диагностическую ошибку и неадекватную лечебную тактику. В некоторых обстоятельствах врачи-клиницисты переоценивают значимость дополнительных методов исследования. Необходимо помнить, что диагноз – это медицинское заключение, основанное на всестороннем систематическом изучении пациента, а, следовательно, должен являться результатом обобщения анамнестических сведений, данных физикального обследования и результатов лабораторных и инструментальных методов исследования. Таким образом, при установлении первоначальной и непосредственной причин смерти без проведения аутопсии нельзя базироваться исключительно на данных прижизненной КТ. Не следует забывать о существовании ограничений любого инструментального метода и, в частности КТ, что обычно обусловлено функциональными и анатомическими особенностями исследуемой области. Примером может служить диагностика ишемического инфаркта головного мозга: область пониженной плотности мозгового вещества на КТ-снимках визуализируется у подавляющего большинства пациентов спустя 12-24 часов [3]. Для виртуальной аутопсии актуальна проблема интерпретации результатов сканирования с учетом особенностей постмортальной лучевой морфологии. Неспецифические артефакты, к которым относятся посмертные свертки, седиментация крови, трупные пятна, гипостазы во внутренних органах, посмертная регургитация и аспирация содержимого желудка в воздухоносные пути, а также специфические артефакты, такие как потеря дифференцировки между серым и белым веществом головного мозга, симптом «псевдосубарахноидального кровоизлияния», посмертный аутолиз, создают проблемы в дифференциальной диагностике, с которыми не сталкиваются в своей практической деятельности клинические рентгенологи [4, 5]. В настоящее время описаны многие посмертные изменения, которые имеют отношение к КТ-изображению трупа, однако сбор материала по морфо-рентгенологическим сопоставлениям продолжается и требует обобщения.

Заключение: возможности посмертной визуализации патологических изменений значительно ограничены в диагностике патологии сердца и сосудов, заболеваний паренхиматозных и полых органов, мягких тканей. Кроме того, лучевой метод не позволяет верифицировать патологический процесс при помощи микроскопического исследования. Таким образом, на сегодняшний день единственным объективным методом контроля диагностической работы в случае летального исхода пациента является традиционная аутопсия. Не вдаваясь в правовые и финансовые аспекты использования виртопсии, следует заключить, что посмертная КТ-морфология пока не может являться альтернативой патологоанатомическому вскрытию.

Литература

1. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ред. от 03.08.2018 г.)// Сборник законодательства Российской Федерации. – 2018. – №32. – ст. 5116.
2. Коков Л.С., Кинле А. Ф., Синицын В. Е., Филимонов Б. А. Возможности компьютерной и магнитно-резонансной томографии в судебно-медицинской экспертизе механической

- травмы и скорпостижной смерти // Журнал им. Н. В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь» – 2015. – №2. – С. 16-26.
3. Колесникова К. С., Гизатулина Д. А., Спиридонов В. А. Виртопсия – новое направление в использовании и развитии лучевых методов исследования // Научное издание III Съезд Национального общества нейрорадиологов. Научные материалы. – 2016. – С. 47-48.
 4. Дуброва С. Э., Вишнякова М. В., Кинке А. Ф., Филимонов Б. А. Особенности компьютерной томографии трупа: проблема специфических и неспецифических артефактов // Лучевая диагностика и терапия. – 2016. – С. 25-40.
 5. Туманова У. Н., Щеголев А. И. Лучевая визуализация неспецифических посмертных изменений сердечно-сосудистой системы // Судебно-медицинская экспертиза. – 2016. – С. 59-63.

Л. А. Кудрич, профессор; Л. П. Пикалова, доцент;
А. В. Афанасьева, Е.О. Глушенкова, Е.О. Кошанская, студенты
Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г.Тверь, Россия
Научный руководитель: к.п.н., доцент Л. П. Пикалова

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Частые и тяжело протекающие ОРВИ приводят к нарушению развития функционирования различных органов и систем: органов дыхания с формированием хронических воспалительных процессов в бронхолегочной системе, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, вегетативной нервной системы, способствуют срыву компенсаторно-адаптационных механизмов.

Цель исследования: выявить способы снижения заболеваемости ослабленных детей.

Материалы и методы: по данным различных авторов, ЧБД составляют в общей популяции детского населения в среднем от 14 до 18 %. Наибольший процент часто болеющих детей (ЧБД) регистрируется в первый год посещения детских дошкольных учреждений (до 40 %). Заболеваемость ЧБД обусловлена в основном (до 80 %) острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ). Две трети заболеваемости приходится на первые семь лет жизни. По данным разных авторов, ЧБД составляют от 15 до 75 % детской популяции.

Результаты и обсуждение: решением проблемы ЧБД занимается множество специалистов. ЧБД – категория детей, подверженных высокому уровню заболеваемости ОРЗ вследствие преходящих, корригируемых нарушений в защитных системах организма. В группу ЧБД включены дети, переносящие более 4 эпизодов ОРВИ в год, которые могут протекать в различных клинических формах.

К ЧБД относят детей в соответствии с инфекционным индексом (ИИ), определяемым как соотношение суммы всех случаев острых респираторных заболеваний (ОРЗ) в течение года к возрасту ребенка. У часто болеющих детей он составляет от 1,1 до 3,5, а у редко болеющих колеблется от 0,2 до 0,3. Если наблюдение за ребенком осуществляется меньше года, то рассчитывают индекс резистентности (ИР). Это отношение числа перенесенных ребенком острых респираторных заболеваний к числу месяцев наблюдения [1]. В соответствии с этим принадлежность ребенка к группе часто болеющих можно установить, если его ИР составляет 0,33 и более.

Высокая частота заболеваемости детей респираторными инфекциями в большей степени обусловлена изменением иммунного реагирования организма на фоне неблагоприятных ante- и перинатальных факторов.

В раннем детском возрасте высокая восприимчивость к возбудителям ОРЗ обусловлена отсутствием иммунологической памяти предыдущих контактов с патогенами, при этом не происходит адекватного восстановления функциональных характеристик иммунной системы при повторяющихся ОРЗ.

Частые и особенно тяжело протекающие ОРВИ/ОРЗ, следующие одно за другим, оказывают на организм ребенка негативное воздействие, способствуя снижению функциональной активности иммунитета, важными составляющими которого являются фагоцитарная система и интерфероногенез [5].

Патогенетической основой частых респираторных заболеваний являются изменения гомеостатического равновесия иммунной системы [4]. Эти изменения неспецифичны, разнонаправлены и могут затрагивать все звенья иммунитета. Часто рецидивирующие респираторные инфекции приводят к стойкому нарушению функций органов дыхания, пищеварения, центральной и вегетативной нервной системы, срыву адаптационнокомпенсаторных механизмов. В результате ОРВИ формируются гиперсенсibilизация, аллергические состояния. У детей с предрасположенностью к аллергии или атопии ОРВИ нередко сопровождаются обструкцией дыхательных путей (крупом, обструктивным бронхитом). В 20–30 % случаев течение ОРВИ осложняется пневмонией либо обострением хронических заболеваний легких, сердечно-сосудистой системы и почек [3].

Выделяют следующие группы причин [2], способствующих возникновению частых респираторных заболеваний:

- Экзогенные факторы: частый контакт с источниками инфекции. Так, малыши, пребывающие первый год в организованном коллективе, болеют наиболее часто (для прекращения внутрисемейной циркуляции инфекции нужно контролировать как детей, так и взрослых членов семьи, а также тех, кто длительно контактирует с ребенком); недостатки санитарно-гигиенического режима, несоблюдение правил здорового образа жизни в семье, курение родителей; экологические нарушения (влияние аэрополлютантов); ятрогенное воздействие лекарственных средств, при их нерациональном использовании;
- Эндогенные факторы: неблагоприятные ante-, постнатальные факторы развития ребенка (недоношенность, гипотрофия, перинатальная гипоксия, рахит и др.); очаги хронической инфекции; наследственные особенности иммунитета, предрасположенность к Th2-типу иммунного ответа (аллергия) [5].

В настоящее время существует много эффективных немедикаментозных методов физической реабилитации ЧБД, которые способны повысить активность неспецифических факторов защиты иммунитета ребенка, улучшить адаптационные возможности и снизить уровень заболеваемости.

Организационные принципы диспансеризации

В проведении лечебно-профилактических мероприятий [1], направленных на оздоровление ЧБД, ведущая роль принадлежит детской поликлинике. Диспансеризация этого контингента детей осуществляется участковым педиатром узкими специалистами и медицинскими работниками, обслуживающими дошкольные и школьные образовательные коллективы. ЧБД берутся на диспансерный учет, заводится форма 30, на каждого ребенка составляется индивидуальный план оздоровления.

В оздоровлении ЧБД выделяют основные направления:

- Поиск и внедрение новых форм оздоровления.

- Оздоровление не только ЧБД но и семейное оздоровление.
- Воспитание здорового образа жизни.

Резкое изменение обычного образа для ребенка является стрессовой ситуацией, ведущей к угнетению защитных факторов, снижению резервных возможностей, с нарушением сна, эмоционального тонуса, питания, показателей иммунитета, что приводит к повышенной восприимчивости организма к различным инфекционным заболеваниям.

Рекомендации по оздоровлению ЧБД включают в себя комплекс мероприятий, направленных на соблюдение режима дня, питания ребенка, санитарно-эпидемиологического режима, а также учитываются индивидуальные особенности организма. Комплекс специальных лечебно-оздоровительных мероприятий, включение общеукрепляющих средств повышающих неспецифическую резистентность, иммуномодуляторы.

Заключение: основными критериями в оздоровлении и профилактики ЧБД являются следующие показатели: снижение кратности острых заболеваний в течении года от трех и менее; положительная динамика роста-весового показателя; стойкая нормализация показателей функционального состояния организма; отсутствие осложненного течения острых заболеваний; уменьшение числа дней, пропущенных по болезни ребенка в образовательном коллективе. С учета по выздоровлению снимаются дети, у которых в течение 12 месяцев выявлены положительные показатели оздоровления.

Литература

1. Актуальные проблемы профилактики и лечения часто болеющих детей / В. И. Струков, А. Н. Астафьева, Р. Т. Галеева, Г. В. Долгушкина // Известия высших учебных заведений. Поволжский район. Медицинские науки. – 2009. – №1 (9). – С. 121-135.
2. Альбицкий В. Ю., Баранов А. А. Часто болеющие дети. Клинико-социальные аспекты. Пути оздоровления / Саратов. – 1986. –45 с.
3. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика. Научно-практическая программа Союза педиатров России. – 2002. – 73 с.
4. Самсыгина Г. А. Часто болеющие дети: проблемы патогенеза, диагностики и терапии // Педиатрия. – 2005. – № 1. – С. 66–74.
5. Учайкин В. Ф., Таточенко В. К., Гаращенко Т. И. Часто болеющие дети — современный взгляд на ведение и иммунопрофилактику. Материалы интерактивного междисциплинарного симпозиума на 4-м Конгрессе педиатров-инфекционистов // Детские инфекции. – 2005. – Т. 5. – С. 65–67.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ХОНДРОМЫ ПРАВОЙ УШНОЙ РАКОВИНЫ

Хондрома – это доброкачественная опухоль, характеризующаяся образованием зрелого хряща. По морфологическому строению хондрома является истинной опухолью, развивающейся из хрящевой ткани, и представляет собой гиалиновый хрящ с небольшим количеством эластических волокон без коллагеновых образований. Клетки имеют большие размеры и, в отличие от нормального хряща, расположены беспорядочно. Иногда встречаются миксоматозные изменения, очаги окостенения (с образованием костного мозга) [1]. Опухоли больших размеров могут озлокачествляться. По разным данным, удельный вес хондромы среди доброкачественных новообразований кости колеблется от 4,2 до 36,4 %. Вместе с тем, оценить реальную частоту доброкачественных опухолей хряща, в частности хондромы, довольно трудно, так как они отличаются медленным, как правило, бессимптомным течением и часто диагностируются как случайные находки. Значительно реже встречаются другие локализации опухоли (например, интракраниальные хондромы). В литературе встречаются единичные случаи описания хондромы гортани. Хондрома встречается у 2 % больных с первичными доброкачественными опухолями и опухолеподобными образованиями челюстей. Обнаруживается как на верхней, так и на нижней челюсти. Достаточно редкой локализацией хондромы являются полостьноса и околоносовые пазухи. Также одной из редких локализаций хондромы является носовая перегородка и ушная раковина. Причины возникновения хондром остаются малоизученными. В большинстве случаев эти опухоли развиваются из хрящевой ткани.

Клиническая картина хондромы характеризуется наличием круглой или овальной плотной, а иногда – плотно-эластичной опухоли. Поверхность ее может быть гладкой или дольчатой и бугристой. Опухоль имеет широкое основание. Опухоль безболезненна, спаяна с подлежащими тканями, возможно прорастание ее в носовую полость, верхнечелюстную пазуху и орбиту, в связи с чем отмечается иногда невралгическая боль и парестезии.

Растет опухоль обычно медленно (до 20-40 лет), ничем не проявляя себя. Первыми признаками бывают: боль, подвижность и смещение зубов в зоне опухоли (в случае локализации в области челюстей), одышка и дисфония, иногда расстройство глотания (в случае локализации в области гортани). Затем появляется выпячивание – плотное, неподвижное, спаянное с подлежащими тканями (с костью), часто болезненное при пальпации, иногда с симптомом пергаментного хруста.

Мы наблюдали случай хондромы правой ушной раковины у пациента 38 лет. Из анамнеза известно, что новообразование появилось 12 лет назад, медленно росло, больного не беспокоило. В связи с эстетическим недостатком в феврале 2016 обратился в отделение челюстно-лицевой хирургии. При внешнем осмотре обнаружено изменение конфигурации правой ушной раковины за счет наличия новообразования в верхнем ее полюсе. Новообразование плотно-эластической консистенции, неподвижное, с четкими границами,

2,5×1,5×1,0 см, на широком основании. Регионарные лимфоузлы в размере не увеличены, открывание рта в полном объеме. Патологии зубочелюстной системы не выявлено. Цитологическое заключение: хондрома.



Рисунок 1 – Внешний вид больного

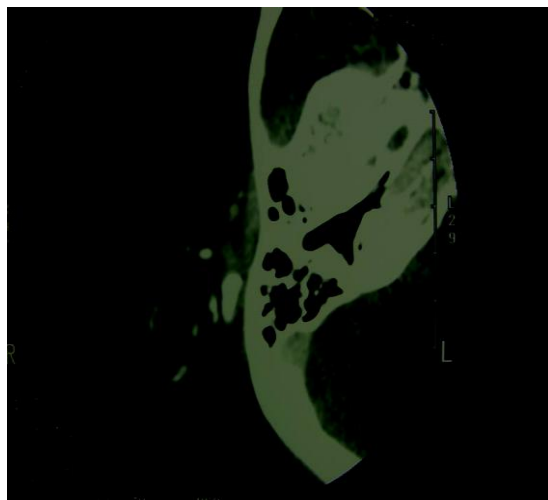


Рисунок 2 – МРТ больного

Пациент подготовлен к операции. Под местной анестезией была проведена клиновидная резекция правой ушной раковины, новообразование было полностью удалено в пределах здоровых тканей. Рана ушита послойно. Операция без осложнений. Швы сняты на 7-е сутки. Рана зажила первичным натяжением. Исход лечения – выздоровление.

Макроскопически имеет вид дольчатого хрящевого образования плотной консистенции, серо-белого цвета. Морфологическое заключение: хаотично расположенные хондроциты с небольшим количеством волокнистой ткани.



Рисунок 3 – Макропрепарат

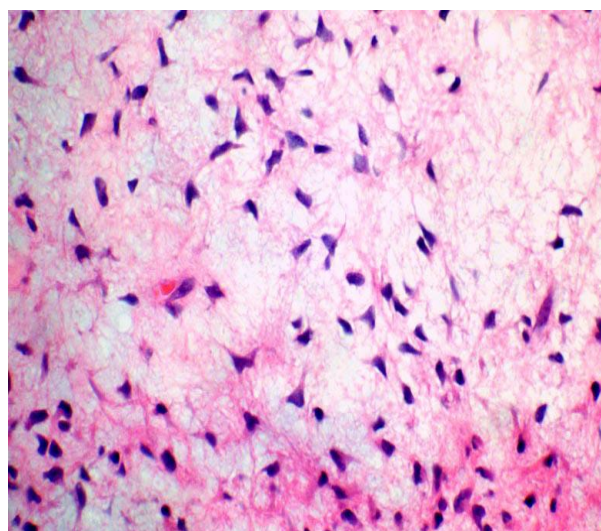


Рисунок 4 – Микропрепарат

Методом выбора при лечении хондром является радикальное хирургическое лечение. В случае локализации в области челюстей – удаление методом экономной частичной резекции, но в пределах здоровых тканей. После нерадикального удаления возможны

рецидивы с малигнизацией. Только радикальное удаление опухоли гарантирует хороший исход лечения.

Заключение: несмотря на достаточно хорошее медицинское, в том числе и стоматологическое обеспечение нашего населения, еще встречаются длительно существующие, остающиеся без врачебного вмешательства опухоли челюстно-лицевой области значительных размеров. Для диагностики целесообразно использовать цитологический метод, МРТ. В случае выявления хондромы показано ее радикальное удаление с последующим морфологическим исследованием.

Литература

1. Быкова В. П. Опухоли полости носа, околоносовых пазух и носоглотки // Патолого-анатомическая диагностика опухолей человека / Под ред. Н. А. Краевского, А. В. Смольяникова, Д. С. Саркисова. – М.: Медицина, 1993. – Т. 1. – С. 409–436.
2. Носуля Е. В., Молоков К. В., Винников А. К., Ким И. А., Хондрома полости носа (литература и клинический случай) / Российская ринология. – 2013. – Т.21, №1. – С. 40-43.

В. С. Кузнецова, ординатор; Г. М. Портенко, заведующий кафедрой;
Е. Г. Портенко, профессор
Кафедра оториноларингологии
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Научный руководитель: д.м.н., профессор Г. М. Портенко

ПРИМЕНЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННОЙ ТЕХНОЛОГИИ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА

Важнейшей проблемой оториноларингологии на протяжении многих десятилетий остается хронический тонзиллит (ХТ) [1, 2]. До настоящего времени при постановке диагноза ХТ врачам рекомендуется пользоваться двумя общепринятыми клиническими классификациями Б. С. Преображенского (1964) и И. Б. Солдатова (1979). Эти две классификации ХТ, предложенные в свое время академиками РАМН СССР, направили все научные изыскания на доказательство субъективно выделенных двух форм одного заболевания. Это не устранило за столько лет решения данной проблемы сложности, путаницы и субъективизма в постановке диагноза ХТ.

Однако в последнее время появились работы, в которых авторы уже начинают сомневаться в правильности предложенных классификаций [3]. Основанием к этому послужило то, что большинство из существующих субъективных и объективных признаков ХТ остаются весьма малоинформативными и могут быть расценены как проявление наличия других заболеваний [4]. Нет объективных критериев дифференциальной диагностики компенсированной и декомпенсированной форм ХТ по классификации И. Б. Солдатова [5].

Цель исследования: применить современные информационные технологии, в частности кластерный анализ и теорию графов, для определения информационно значимых симптомов ХТ и его форм по классификации И. Б. Солдатова.

Материалы и методы: сделана попытка увеличения достоверности диагностики заболевания – ХТ – путем применения аналитических методов, объясняющих информационную ценность симптомов заболевания. С этой целью в ЛОР-отделении ГБУЗ Тверской области ОКБ обследовано 111 человек с клинически установленным диагнозом ХТ: 61 человек с компенсированной формой и 50 человек с декомпенсированной формой. При обследовании пациента заполнялась анкета, в которой наличие симптома обозначалось 1, его отсутствие – 0. Таким образом, каждый симптом характеризовался дихотомитрическими (бинарными) признаками. Из анализа литературных источников следует, что нет ни одного симптома ХТ, который мог бы считаться ведущим при установке диагноза [6]. Компенсированную форму ХТ ставили при наличии субъективных жалоб (боли в горле, боль при глотании иррадиирующая в ухо, першение и неловкость в горле, ощущение постороннего тела в горле, сухость, беспричинный сухой кашель, запах изо рта, периодическое постреливание в ухо, покалывание при глотании и разговоре, жжение, ощущение «крупинки» на языке) и фарингоскопических данных (наличие миндалин I – II – III степени, разрыхленность, бугристость миндалин, сращение их с небными душками, широкие лакуны, гнойные пробки в лакунах, нагноившиеся субэпителиальные фолликулы

небных миндалин, симптомы Гизе, Зака и Преображенского). Декомпенсированную форму ХТ диагностировали при наличии тех же вышеперечисленных признаков ХТ и общей реакции организма на воспалительный процесс в небных миндалинах: дополнительные жалобы на слабость, недомогание, снижение работоспособности, частые ангины в анамнезе, субфебрилитет, нерезкие болевые ощущения в области регионарных лимфатических узлов, рецидивы паратонзиллитов и паратонзиллярных абсцессов, боли в сердце, сердцебиение, экстрасистолии, тонзиллокардиальный синдром, боли в суставах; и объективно: увеличение регионарных верхне-боковых шейных лимфатических узлов, расположенных вдоль переднего края грудино-ключично-сосковой мышцы. Кроме того, мы взяли из литературы те спорные симптомы ХТ, которым некоторые авторы стремятся придать диагностическое значение: аллергологический анамнез, лейкоцитоз, ускоренное СОЭ, эозинофилия, диспротеинемия, гамма-глобулинемия, бета-глобулинемия, снижение фосфатазной активности нейтрофилов. Таким образом, набралось 45 симптомов и показателей форм ХТ, которые мы проверили у обследованных больных.

Первый этап исследования заключался в разбиении всего множества симптомов на однородные группы (классы). Этим требованиям отвечает способ автоматической классификации – метод кластерного анализа (классификация без обучения), являющийся эвристическим и представляющий собой набор довольно простых процедур, что позволяет свести к минимуму ошибки при трактовке результатов анализа [7, 8].

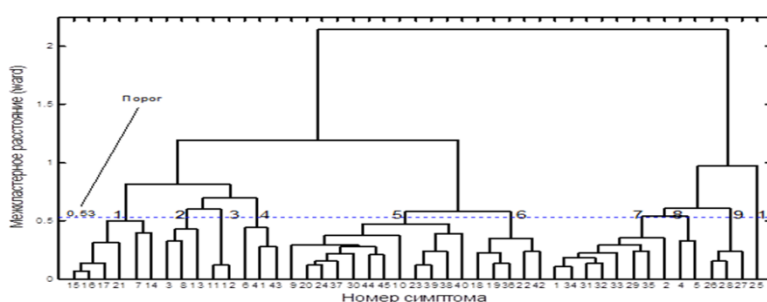


Рисунок 1 – Дендрограмма кластерного анализа симптомов хронического тонзиллита. Числами в поле рисунка обозначены номера кластеров.

Как видно из рисунка 1, 45 симптомов ХТ были распределены на 10 кластеров. Каждому кластеру была дана медицинская интерпретация: 1 кластер – симптомы воспаления; 2 кластер – симптомы патологии слизистой глотки; 3 кластер – симптомы раздражения ЧМН (черепно-мозговых нервов) (IX, X пар); 4 кластер – симптомы иммунологического дисбаланса; 5 кластер – симптомы вторичного иммунодефицита; 6 кластер – симптомы тонзилло-кардиального рефлекса; 7 кластер – симптомы нарушения биоценоза глотки; 8 кластер – симптомы хронического фарингита; 9 кластер – симптомы индивидуального строения небных миндалин; 10 кластер – симптомы вариации величины небных миндалин. Дальнейшей целью исследования явилось установление для каждого симптома значимости его доли (процента) для каждой формы ХТ, т.е. определение того, какая доля каждого симптома в данной форме ХТ характеризуется интересующим врача эффектом и какая доля каждого симптома в данной форме ХТ этим эффектом не характеризуется. В нашем случае таким эффектом будет считаться доля, для которой некий критерий имеет статистический уровень значимости $p < 0,05$ [9, 10].

Результаты и обсуждение: значимыми ($p < 0,05$ или $p < 0,01$) для декомпенсированной формы ХТ оказались следующие симптомы: частые ангины в анамнезе, боль при глотании, иррадирующая в ухо, нерезкие болевые ощущения в области региональных лимфоузлов и их увеличение, слабость, недомогание, снижение работоспособности, боли в сердце, сердцебиение, рецидивы паратонзиллярных абсцессов, рецидивы паратонзиллитов, разрыхленность, бугристость, симптом Гизе, увеличение регионарных лимфоузлов, тонзилло-кардиальный синдром, лейкоцитоз, величина миндалин II степени.

Таким образом, кластерный анализ подтвердил информационную значимость 17 из 45 отобранных симптомов при диагностике декомпенсированной формы ХТ, которым опытные клиницисты придают важное диагностическое значение. Анализируя эти симптомы, можно заметить, что они отражают общую реакцию организма на хронический воспалительный процесс в небных миндалинах и эти самым действительно подтверждают так называемую «декомпенсацию», т.е. влияние хронического очага инфекции в небных миндалинах на различные органы и системы нашего организма.

Для компенсированной формы ХТ значимыми оказались только 2 симптома: эозинофилия и величина миндалин I степени. Отсюда напрашивается логический вывод о близости данной формы ХТ к норме и об аллергическом фоне организма, который и вызывает местную аллергическую реакцию со стороны глотки, трактуемую как компенсированная форма ХТ.

Анализ взаимосвязей информационно значимых симптомов ($p < 0,05$) в кластерах показал интересную значимую корреляцию симптомов, которая подтверждает высказанное ранее нами положение о едином причинном их происхождении. Так, например, в 1 кластере: такие симптомы, как слабость, недомогание, снижение работоспособности, субфебрилитет, нерезкие болевые ощущения в области регионарных лимфатических узлов, которые коррелируют между собой, объясняют такой информационно значимый симптом ХТ, как увеличение регионарных лимфоузлов, т. е. подчелюстной лимфаденит; во 2 кластере: запах изо рта и сухость можно объяснить сухостью слизистой оболочки глотки; в 3 кластере: боли при глотании с иррадиацией в ухо и периодическое постреливание в ухе связаны с раздражением IX и X пар ЧМН; в 4 кластере: диспротеинемия и повышение гамма-глобулина связаны с дисбалансом иммунной системы; в 5 кластере: положительный аллергологический анамнез и эозинофилия в крови подтверждают роль аллергии в патогенезе ХТ, а рецидивирующие паратонзиллярные абсцессы, укоренное СОЭ и лейкоцитоз связаны с инфекцией; в 6 кластере: боли в сердце, сердцебиение, боли в суставах и тонзиллокардиальный синдром объясняются афферентными связями ХТ; в 7 кластере: гнойные пробки коррелируют с симптомами Зака, Преображенского и происхождение последних можно объяснить реакцией слизистой небных дужек на антигенный материал в лакунах; в 8 кластере: першение и неловкость в горле – синонимы и могут быть объяснены сопутствующим хроническим фарингитом. Таким образом, информационная характеристика оценки внутрикластерных связей симптомов ХТ также подтвердила значимость 17 из 45 отобранных симптомов, применяемых при диагностике декомпенсированной формы ХТ. При компенсированной форме ХТ информационно значимыми оказались только 2 симптома: эозинофилия и величина миндалин I степени. Отсюда напрашивается логический вывод об отсутствии хронического гнойного воспаления

в небных миндалинах. Надо признать, что за «компенсированную» форму принимается хронический фарингит (хроническая аллергическая фарингопатия) с неинформационно значимыми симптомами (ощущение постороннего тела в горле, запах изо рта, сухость, беспричинный сухой кашель, периодическое постреливание в ухо, покалывание при глотании и разговоре, жжение, боли в горле, симптом Зака, симптом Б.С. Преображенского, першение в горле, неловкость в горле, аллергологический анамнез). К неинформационно значимым симптомам ХТ отнесены также гнойные пробки в лакунах, широкие лакуны и сращения миндалин с дужками, по которым в основном и диагностируется ХТ. А они, как мы видим, имеют косвенное отношение к ХТ, и по одним им неправомерно ставить диагноз ХТ. Здесь весьма актуальны выводы Б. С. Преображенского и соавт. [11], что нет ни одного симптома хронического тонзиллита, который мог бы считаться патогномоничным. К каждому симптому надо относиться критически, анализируя его ценность и значение применительно к тем или иным условиям в данном случае. Как и при других заболеваниях, при диагностике хронического тонзиллита приходится основываться не на каком-либо отдельном, хотя бы и ярко выраженном симптоме, а на сумме их.

Выводы

1. Современная информационная технология в виде кластерного анализа и теории графов позволила установить информационно-значимые симптомы хронического тонзиллита и, тем самым, отказаться от общепринятых классификаций, доказала неправомерность выделения его форм.
2. Задача врача состоит в том, чтобы принять правильное диагностическое решение: есть у больного хронический тонзиллит или нет, а не путаться в субъективно выделяемых формах.

Литература

1. Зеленкин Е. М., Кулы С. М., Орлова О. С. Эффективность применения динамической электро-нейростимулирующей терапии (ДЭКС-терапии) у больных хроническим тонзиллитом // Российская оториноларингология. – 2003. – №4 (7). – С. 53-55.
2. Карпова Е. П., Байкова В. Н., Фейзуллаев Э. Ф. Оценка эффективности антиоксидантной терапии у детей с хроническим тонзиллитом // Материалы IV Всероссийской ежегодной конференции оториноларингологов «Надежность и достоверность научной информации в оториноларингологии», Москва 9-10 ноября 2005 г. // Вестник оториноларингологии – 2005. – Приложение №5. – С. 266.
3. Черныш А. В., Гофман В. Р., Мелконян Э. Р. О патогенезе хронического тонзиллита // Российская оториноларингология. – 2002. – №2(2). – С. 51-57.
4. Яковенко В. Д. К вопросу о причинно-следственных взаимосвязях в патогенезе хронического тонзиллита как инфекционно-аллергического процесса // Вестник оториноларингологии. – 1998. – №5. – С. 38-39.
5. Шульга И. А., Ливенец В. И., Карпучин В. М. и др. Исследование импеданса небных миндалин в дифференциальной диагностике патологии глотки // Материалы научно-

- практической конференции с международным участием «Современные аспекты и перспективы развития оториноларингологии». Москва 29-30 сентября 2005 г. – С. 27.
6. Викулов В. В., Гофман В. Р., Черныш А. В. и др. К вопросу о существовании безангинной формы хронического тонзиллита // Материалы Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 120-летию со дня рождения Н. П. Симановского «Н. П. Симановский – основоположник отечественной оториноларингологии» 4–5 февраля 2004 г. – СПб. – С. 267.
 7. Кулаичев А. П. Методы и средства комплексного анализа данных. – М.: ФОРУМ: ИНФРА–М, 2006. – 512 с.
 8. Новорожкина Л. И., Арженовский С. В. Многомерные статистические методы в экономике. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и Ко»; Ростов н/Д: Наука-Спектр, 2008. – 224 с.
 9. Портенко Г. М., Портенко Е. Г., Шматов Г. П. Хронический тонзиллит с позиций современных информационных технологий. – Тверь: РИЦ Тверская ГМА, 2012. – 79 с.
 10. Портенко Г. М., Портенко Е. Г., Шматов Г. П. Информационная технология в решении проблемы хронического тонзиллита. – Тверь: РИЦ Тверской ГМУ, 2016. – 194 с.
 11. Преображенский Б. С. Клиническая классификация хронического тонзиллита и сопряженные с ним другие заболевания // Вестник оториноларингологии. – 1964. – № 5 – С. 7–18.
 12. Солдатов И. Б. Классификация и принципы лечения хронического тонзиллита. Методические рекомендации. – М., 1979. – 20 с.

С. О. Кузнецова¹, О. М. Филькина², заведующая отделом охраны здоровья детей

¹ – Областной центр здоровья школьников, г. Иваново, Россия

² – ФГБУ Ивановский НИИ материнства и детства им. В. Н. Городкова Минздрава России,
г. Иваново, Россия

Научный руководитель: д.м.н., профессор О. М. Филькина

РОЛЬ ОБЛАСТНОГО ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ В ОРГАНИЗАЦИИ ОЗДОРОВЛЕНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ

Результаты профилактических медицинских осмотров и лонгитудинальных исследований динамики здоровья школьников свидетельствуют, что за период школьного обучения здоровье обучающихся ухудшается, возрастает распространенность функциональных отклонений и хронических заболеваний [1, 2, 3, 4]. В формировании нарушений здоровья школьников большое значение имеют факторы, непосредственно связанные с процессом обучения: высокие педагогические нагрузки, сложные обучающие программы, несоответствие методик и технологий обучения возрастным особенностям детей, недостаточное использование здоровьесберегающих технологий, гиподинамия, высокие требования учебного процесса к организму ребенка (длительная статическая нагрузка, высокая концентрация внимания, напряжение зрения). Для сдерживания влияния этих факторов на здоровье обучающихся важно постоянно в условиях образовательной организации проводить профилактические мероприятия, направленные на сохранение и укрепление здоровья, формирование здорового образа жизни (ЗОЖ) [5, 6, 7]. Решение всех задач школьной медицины возможно лишь при интеграции медицинских и педагогических работников, обеспечении профилактической направленности и создании оптимальных условий ее реализации. Возникает необходимость создания управляющих и реализующих организационных структур межведомственной интеграции для укрепления здоровья обучающихся [8]. В Ивановской области с этой целью создан Областной центр здоровья школьников (ОЦЗШ).

Цель исследования: изучить роль (ОЦЗШ) в организации оздоровления и улучшении показателей здоровья обучающихся.

Материалы и методы: метод моделирования, организационного эксперимента, анализ результатов профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних г. Иваново и Ивановской области.

Результаты и обсуждение: ОЦЗШ – это организационно-функциональное объединение, реализующее координационную, организационную, методическую, консультативную, обучающую, информационную, аналитическую деятельность. Создан Координационный Совет, в состав которого вошли представители Департаментов здравоохранения и образования Ивановской области, ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова» Минздрава России. Свою деятельность ОЦЗШ осуществляет во взаимодействии со школами Ивановской области, центрами здоровья, медицинскими учреждениями, общественными организациями.

Задачами ОЦЗШ является:

- координация деятельности органов образования, здравоохранения, Ивановского НИИ материнства и детства для межведомственной интеграции в решении приоритетных задач по сохранению и укреплению здоровья, формированию навыков ЗОЖ школьников;
- обеспечение комплексного сопровождения формирования культуры ЗОЖ школьников, формирование мотивации к ведению ЗОЖ, занятиям физической культурой и спортом;
- осуществление межведомственного взаимодействия с центрами здоровья, организациями культуры и спорта Ивановской области;
- сбор, систематизация, анализ информации о здоровье обучающихся, выявление проблем и основных закономерностей в развитии школьников региона;
- проведение автоматизированного мониторинга состояния здоровья обучающихся, формирование компьютерной базы данных состояния здоровья школьников и индивидуальных особенностей их развития;
- разработка и реализация индивидуальных и коллективных программ оздоровления учащихся, исходя из состояния здоровья, индивидуальных возможностей и особенностей развития;
- осуществление координации деятельности школьных команд (педагогов, психологов, медицинских работников, учащихся и их родителей), координация работы по обучению педагогов, психологов, медицинских работников здоровьесберегающим и информационно-коммуникационным технологиям;
- информационно-просветительская деятельность и пропаганда ЗОЖ с целью мотивирования и повышения информированности медиков, педагогов, родителей и учащихся в вопросах формирования здоровья и ЗОЖ школьников;
- создание и использование единого информационного пространства, методическая поддержка школ;
- осуществление деятельности, как структурного подразделения Центра, отделения дистанционного управления здоровьем школьников с использованием телеметрических технологий.

Для методической и информационной поддержки медико-психолого-педагогического сопровождения здоровья школьников подготовлены информационно-методические пособия для педагогов, родителей, учащихся и медицинских работников. На сайте Областного центра здоровья школьников создана база данных оздоровительных технологий, проводится мониторинг их использования в образовательных учреждениях. Для конкретных школ осуществляется дифференцированный подбор рекомендаций по оздоровлению обучающихся, созданию оздоровительной инфраструктуры в образовательных организациях.

Информационно-образовательная деятельность ОЦЗШ осуществляется в нескольких направлениях: обучение специалистов работе с компьютерной программой мониторинга здоровья школьников, помощь при оборудовании автоматизированного рабочего места медицинского работника в школах; обучение школьных команд взаимодействию в медико-психолого-педагогическом сопровождении здоровья школьников; обучение медицинского персонала, педагогов, психологов технологиям оздоровления, организации оздоровительной инфраструктуры в образовательных учреждениях; обучение и информирование школьных отрядов волонтеров, учащихся, медицинских работников, педагогов, родителей по вопросам

формирования здоровья, здорового и безопасного образа жизни, мотивации отказа от вредных привычек, в том числе, отказа от потребления алкоголя, табака и т. д.

Оказывается консультативная помощь ОЦЗШ школам с выездами непосредственно в образовательные организации для обеспечения профилактических осмотров детей, в том числе, силами выездных бригад, с использованием автоматизированных программ мониторинга здоровья, а также телеметрических технологий; в организации работы школьных команд, школьных кабинетов здоровья, школьных отрядов волонтеров, при формировании оздоровительной инфраструктуры образовательных организаций; консультирование администрации школ по вопросам соответствия статусу «Школа, содействующая здоровью».

В ОЦЗШ поступает информация от школ с данными профилактических осмотров, «Паспорта школ», включающие сведения о статусе образовательной организации, численности обучающихся, состоянии оздоровительной инфраструктуры, наличии медицинского кабинета, лицензии, штатах и их укомплектованности, реализации оздоровительных программ, показателях здоровья школьников. На основании этих материалов осуществляется анализ с изданием информационных писем, выявление проблем, связанных с организацией и созданием условий формирования здоровья школьников, и разработка мер по их решению; планирование организационно-методических, профилактических и оздоровительных медико-психолого-педагогических мероприятий по оптимизации здоровья школьников, формированию здорового образа жизни.

Для повышения качества реализации основных направлений деятельности ОЦЗШ, повышения доступности медицинской и психологической помощи, повышения информированности педагогов, учащихся и родителей о формировании здоровья, ЗОЖ организовано отделение дистанционного управления здоровьем школьников. Это отделение реализует свои задачи с использованием телемедицинских технологий с обратной связью от школ и анализом полученных данных специалистом ОЦЗШ.

Для использования дистанционных форм работы приобретено необходимое оборудование. Программное обеспечение Adobe Connect позволяет ОЦЗШ и школам сотрудничать через простой в использовании и защищенный онлайн-доступ, является средством организации совещаний и семинаров по сети в реальном времени, проведения многопользовательских видеоконференций, вебинаров, позволяет проводить презентации проектов, демонстрировать аудио-видео файлы. На сайте ОЦЗШ создана электронная база хранения видеоматериалов, что обеспечивает быстрый доступ к информации.

Задачи отделения дистанционного управления здоровьем школьников:

- дистанционное консультирование школьников врачами-специалистами и психологом ОЦЗШ в режиме реального времени;
- обучение школьных отрядов волонтеров, медиков, педагогов, школьных психологов, школьников и родителей технологиям формирования здоровья и ЗОЖ, организации оздоровительной деятельности, методам здоровьесбережения;
- своевременное выявление проблем по реализации межведомственной интеграции в охране здоровья школьников и дистанционное консультирование школьных команд.

Формы работы отделения дистанционного управления здоровьем школьников самые разнообразные: вебинары (онлайн-семинары), обучающие тренинги, видеофорумы,

телемосты, тематические дискуссии, круглые столы по обмену опытом, индивидуальные консультации.

Ежемесячно на базе ОЦЗШ в онлайн-режиме проводится областная акция «Управляй своим здоровьем!» по актуальным вопросам формирования здорового и безопасного образа жизни. Еженедельно проводятся вебинары, посвященные вопросам формирования соматического, физического, психического, репродуктивного здоровья, ответственного родительства, в режиме онлайн проводятся интернет-уроки по антинаркотической направленности. К проведению данных мероприятий привлекаются волонтеры из числа студентов Ивановской государственной медицинской академии, аспирантов и ординаторов Ивановского НИИ материнства и детства.

Как результат оптимизации межведомственной интеграции с 2008 года по 2016 год увеличилось число детей с 1 группой здоровья с 14 % до 22 %, уменьшилось число часто болеющих детей с 15 % до 10 %, уменьшилось число детей с дефицитом массы тела и низким ростом; повысилась информированность по вопросам здорового и безопасного образа жизни у 100 % школьников, 84 % педагогов, 67 % родителей, мотивация к ЗОЖ – у 70 % обучающихся, удовлетворенность медико-психолого-педагогическим сопровождением детей в образовательных организациях – у 94 % родителей. Отмечается положительная динамика общей заболеваемости детей. По данным профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних в Ивановской области, за последние два года среди детей 5-9 лет общая заболеваемость на 10000 детей снизилась с 8408 случаев (2015 год) до 6166 случаев (2017 год), среди детей 15-17 лет – с 11322 случаев (2015 год) до 6006 случаев (2017 год).

Заключение: создание ОЦЗШ позволило улучшить межведомственную интеграцию медицинских работников, педагогов, психологов в оздоровлении обучающихся; обеспечить полноту проведения и повышение качества профилактических осмотров, организацию оздоровления обучающихся с учетом результатов профилактических осмотров; повысить информированность учащихся, педагогов, родителей по вопросам ЗОЖ; снизить заболеваемость, уменьшить число часто болеющих, увеличить число детей с первой группой здоровья; сформировать ценностные ориентации на сохранение здоровья и ЗОЖ у школьников, педагогов, родителей.

Литература

1. Кучма В. Р. Вызовы XXI века: гигиеническая безопасность детей в изменяющейся среде // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. – 2016. – № 3. – С. 4–22.
2. Сухарева Л. М., Намазова-Баранова Л. С., Рапопорт И. К. Заболеваемость московских школьников в динамике обучения с первого по девятый класс // Российский педиатрический журнал. – 2013. – № 4. – С. 48–53.
3. Особенности заболеваемости и физического развития подростков 15-17 лет с различными темпами полового созревания / Е. А. Воробьева, О. Ю. Кочерова, Л. А. Пыхтина, О. М. Филькина, Т. Г. Шанина // Вестник новых медицинских технологий. – 2007. – Т. 14, № 2. – С. 54–56.
4. Состояние здоровья и пути совершенствования медицинской помощи детям старшего подросткового возраста: монография / О. М. Филькина, Т. Г. Шанина, С. М. Кушнир,

- Е. А. Воробьева, Л. А. Пыхтина, О. Ю. Кочерова, Л. К. Антонова / под редакцией Л. В. Посисеевой. – Иваново, 2004. – 240 с.
5. Руководство по гигиене детей и подростков, медицинскому обеспечению обучающихся в образовательных организациях / под ред. В. Р. Кучмы. – М.: ФГАУ «НЦЗД» Минздрава России, 2016. – 610 с.
 6. Кучма В. Р., Макарова А. Ю., Рапопорт И. К. Медицинское обеспечение детей в образовательных учреждениях в Российской Федерации: проблемы и пути решения // Здравоохранение Российской Федерации. – 2014. – № 3. – С. 4–9.
 7. Система прогнозирования нарушений здоровья у подростков 15-17 лет / О. М. Филькина, Т. Г. Шанина, Е. А. Воробьева, Л. А. Пыхтина, О. Ю. Кочерова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2007. – № 6. – С. 14–19.
 8. Региональная модель укрепления здоровья школьников Ивановской области / О. М. Филькина, Е. А. Воробьева, Т. В. Слабинская, Т. В. Румянцева // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. – 2017. – № 1. – С. 22–26.

Г. Ф. Куракин, И. Н. Живова, студенты; И. В. Елисеева, доцент
Кафедра акушерства и гинекологии
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Научный руководитель: к.м.н., доцент И. В. Елисеева

ПРЕЭКЛАМПСИЯ: СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПАТОГЕНЕЗЕ И НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ

Преэклампсия является одним из самых грозных осложнений беременности. По разным оценкам, она встречается в 2–8 % беременностей [1, 2] и является значимой причиной материнской и перинатальной смертности, а также осложнений у матери и плода. Ежегодно более 50 000 женщин во всем мире погибают вследствие преэклампсии [2, 3]. Частым следствием преэклампсии является досрочное родоразрешение, что приводит к нарушению физического и психосоматического развития детей. У женщин перенесенная во время беременности преэклампсия является фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета [2]. Данные факты обуславливают высокую медицинскую и социальную значимость преэклампсии.

Вопрос этиологии и патогенеза этого заболевания остается дискуссионным [3]. Несмотря на прогресс патофизиологического изучения преэклампсии, она по-прежнему заслуженно называется «болезнью теорий» [3, 4]. Лечение преэклампсии до сих пор остается преимущественно симптоматическим, возможности патогенетической терапии крайне ограничены.

Цель исследования: прояснить картину патохимии преэклампсии, проанализировать имеющиеся в литературе сведения по ее патогенезу и разработке новых подходов к лечению.

Метод исследования: обзор литературы (научных статей, руководств, клинических рекомендаций).

Результаты и обсуждение: в настоящее время классической [4, 5, 6], вошедшей в учебники и руководства [7, 8, 9], является теория нарушения равновесия ангиогенных и антиангиогенных факторов. Она описывает те факторы патогенеза преэклампсии, которые в настоящее время признаются основными.

Согласно наиболее устоявшимся представлениям, начальным этапом развития преэклампсии является неполная инвазия трофобласта в сосуды матки и нарушение ремоделирования спиральных артерий [2, 9, 10]. Предполагается, что такая задержка может происходить по иммунологическим причинам [10, 11].

В патофизиологическом аспекте дефект инвазии приводит к гипоперфузии плаценты. Подобное состояние в эксперименте на крысах индуцируется перевязкой маточных артерий у беременного животного, такое состояние получило название маточно-плацентарной ишемии [12]. Ключевым ее следствием является гипоксия цитотрофобласта.

Любая клетка человека и животных, оказавшись в условиях гипоксии, реагирует на них путем повышения транскрипции фактора, индуцируемого гипоксией-1 (hypoxia-inducible factor-1, HIF-1). Данный белок является фактором транскрипции и активирует выработку

клеткой белков, вовлеченных в процесс улучшения доставки кислорода к клетке, среди них факторы ангиогенеза VEGF и Flt-1 [13].

VEGF (Vascular endothelial growth factor, фактор роста эндотелия сосудов) – сигнальный белок, стимулирующий ангиогенез. Flt-1 (FMS-like tyrosine kinase-1, ФМС-подобная тирозинкиназа-1) – тирозинкиназный рецептор, опосредующий его действие. Другое его название, более понятное – VEGFR1 (Vascular endothelial growth factor receptor 1, рецептор фактора роста эндотелия сосудов-1).

«Каноническая» форма рецептора расположена на мембране клетки и имеет три домена: внеклеточный (связывающий лиганд), трансмембранный и цитоплазматический (собственно тирозинкиназный домен, передающий сигнал внутрь клетки). Но мРНК данного рецептора способна подвергаться альтернативному сплайсингу с образованием форм различной длины.

Одна из них – sFlt-1. Второе ее название sVEGFR1, «s» означает «soluble» – «растворимый», тем самым подчеркивая не мембранную, а циркуляторную природу данного белка. У данной формы нет трансмембранного и цитоплазматического доменов, в силу чего она не способна заякориться в мембране клетки и передавать сигнал [14]. Поэтому данная форма является растворимой и способна циркулировать в крови. При этом sFlt-1, как и Flt-1, связывает VEGF, но, так как не передает ангиогенный сигнал, то такое связывание приводит к блокированию действия VEGF. В итоге sFlt-1 является антиангиогенным фактором, нейтрализующим VEGF.

В клетках цитотрофобласта, как и в других клетках, в ответ на гипоксию происходит активация транскрипции генов ангиогенных факторов, в том числе Flt-1. Но клетки цитотрофобласта отличаются от других клеточных типов тем, что в данных условиях:

- среди продуктов сплайсинга мРНК Flt-1 в остальных клеточных типах преобладает «полная» форма Flt-1, что ведет к усилению ангиогенеза;
- в клетках цитотрофобласта, наоборот, при сплайсинге образуется повышенное количество sFlt-1. Данная особенность на сегодняшний день пока не объяснена и является единственным пробелом в знании молекулярных основ патогенеза преэклампсии [13].

Аналогичная ситуация складывается применительно к корцептору TGF- β (трансформирующего фактора роста бета). Его неполная растворимая форма, подобная sFlt1, получила название эндоглин [15, 16].

Вырабатываемые в повышенном количестве клетками цитотрофобласта sFlt-1 и эндоглин попадают в системный кровоток матери и блокируют действие VEGF на эндотелий.

При этом VEGF важен не только для неоангиогенеза, но и для поддержания жизнедеятельности эндотелия в сформированных сосудах.

Предположительно, он необходим для предотвращения апоптоза эндотелиальных клеток: под его действием в них индуцируются антиапоптотические факторы Bcl-2, A1, XIAP и сурвивин [17].

Особенно VEGF необходим для сохранения нормальной структуры и функции фенестрированного и синусоидального эндотелия, который и преобладает в органах, наиболее поражаемых при поздних гестозах:

- почках,
- печени,
- мозге [7].

Блокирование действия VEGF sFlt-1 и эндоглином ведет к эндотелиальной дисфункции в этих органах. По всей видимости, нарушение продукции эндотелием простаглицлина и оксида азота – сосудорасширяющих медиаторов – ведет к вазоконстрикции [8], которая, в свою очередь, приводит к гипертензии.

Наиболее чувствителен к нарушению VEGF-опосредованной сигнализации эндотелий капилляров почек, поэтому они поражаются в первую очередь [8]. Развивается так называемый гломерулярный эндотелиоз, включающий в себя набухание и вакуолизацию эндотелиоцитов и окклюзию просвета капилляров. Под эндотелиальными клетками откладывается фибрин. Фенестры капилляров исчезают: для их наличия необходима сигнализация VEGF [7, 9]. Возникающие в клубочках изменения приводят к нефротическому синдрому: протеинурии и отекам.

Так складывается характерная для преэклампсии триада Цангемейстера (отеки, протеинурия, гипертензия).

Однако, данной триадой патологические изменения не ограничиваются. Поражение эндотелия приводит к снижению синтеза им антикоагулянтных медиаторов (простаглицлина, тромбомодулина, тканевого активатора плазминогена) [10, 18]. Утрата антитромботической функции эндотелия – второе (наряду с утратой его вазодилатирующей функции) важнейшее звено патогенеза преэклампсии. В результате ее развивается тромботическая микроангиопатия, к которой прежде всего чувствительны печень и мозг.

Микротромбозы в печени приводят к ее ишемическому повреждению, которое выделено в отдельную патологию и называется HELLP-синдромом: гемолизом, повышением печеночных ферментов, тромбоцитопенией [9]. Поражение же мозга, приводящее к эклампсии, сочетает в себе два механизма: ишемический (как в случае печени) и гипертонический.

Помимо описанного выше механизма, в настоящее время становятся известны другие факторы патогенеза преэклампсии. Наиболее изучаемый из них – это стимулирующие аутоантитела к ангиотензиновому рецептору AT1 (AT1-антитела). Они действуют на упомянутый рецептор подобно широко известным тиреоид-стимулирующим антителам при болезни Грейвса.

Показано и хорошо известно, что:

1. У беременных женщин, страдающих преэклампсией, обнаруживаются данные антитела [19, 20, 21].
2. Их уровни коррелируют с тяжестью заболевания [22].

Данные антитела не уникальны для преэклампсии. Они также часто обнаруживаются у пациентов, развивших злокачественную гипертензию после трансплантации почки, у

пациентов с эссенциальной гипертензией (гипертонической болезнью), рефрактерной к стандартной терапии, и у пациентов с системной склеродермией [19].

Опыты на животных демонстрируют отличие действия данных антител на организме при беременности и вне ее. При введении АТ1-антител беременным мышам развивается весь комплекс симптомов и синдромов, характерный для преэклампсии: артериальная гипертензия, протеинурия, задержка внутриутробного роста плода, повреждение плаценты и надпочечников [19]. При введении тех же антител небеременным мышам развивается только артериальная гипертензия, без повреждения почек [19]. Таким образом, АТ1-антитела при беременности способны вызвать весь симптомокомплекс преэклампсии, в то время как вне беременности, как и следует ожидать, они вызовут только гипертензию (за счет активации АТ1-ангиотензинового рецептора).

Причина данного различия, согласно современным представлениям, состоит также в наличии при беременности плаценты, трофобласт которой способен продуцировать sFlt-1. В нормальном трофобласте продукция sFlt-1 регулируется ангиотензином II: он через АТ1-рецепторы стимулирует выделение sFlt-1 [23]. Предполагается, что это нормальный механизм, необходимый для остановки продолжающегося ангиогенеза на поздних сроках беременности («тормоз ангиогенеза») [21; 23].

При появлении стимулирующих антител к ангиотензиновому рецептору АТ1 они оказывают аналогичное действие в избыточном масштабе, что и ведет к избыточному синтезу плацентой sFlt-1 и описанному выше дисбалансу ангиогенных и антиангиогенных факторов. Таким образом, и антитела к рецептору 1 ангиотензина II, и сама по себе маточно-плацентарная ишемия могут активировать один и тот же антиангиогенный общий конечный путь.

Любопытно, что АТ1-антитела появляются в эксперименте на животных при маточно-плацентарной ишемии, вызванной хирургическим путем [19]. Тем самым данные антитела могут оказаться если не связующим звеном, то еще одним, непрямым, путем от маточно-плацентарной ишемии к повышенному синтезу антиангиогенных факторов.

Также отмечено, что инфузия провоспалительных цитокинов (TNF- α , IL-6 или IL-17) экспериментальным животным приводит к появлению у них АТ1-антител. Этот эффект связан с тем, что указанные цитокины стимулируют продукцию АТ1-антител В-лимфоцитами [24].

С одной стороны, повышение провоспалительных цитокинов наблюдается у животных с хирургически сниженным перфузионным давлением в маточных артериях [24] – тем самым замыкается еще одна патогенетическая цепь, связывающая маточно-плацентарную ишемию с развитием симптомов преэклампсии.

С другой стороны, поздний тип преэклампсии эпидемиологически тесно связан с ожирением [11]. При этом ожирение само по себе создает в организме избыток провоспалительных цитокинов, в том числе TNF- α и IL-6 [25]. Возможно, цепь событий «ожирение – провоспалительные цитокины – АТ1-антитела» и есть одно из связующих звеньев между ожирением и нарушением ангиогенеза и, как следствие, клиникой преэклампсии.

Исследование биохимической основы преэклампсии открывает путь к предсказанию ее на доклинической стадии. Предлагаемые существующими клиническими рекомендациями

тесты – PAPP-A, АФП, ХГЧ, ингибин А, PlGF – не имеют достаточной чувствительности [2]. Из всех этих анализов патогенетически значим только PlGF – свободный плацентарный фактор роста. Это аналог VEGF, вырабатываемый трофобластом, также необходимый для нормального ангиогенеза в период беременности [26]. Он же рассматривается и как наиболее чувствительный показатель из перечисленных [11].

Также как наиболее чувствительные и перспективные отмечаются методики, оценивающие уровни перечисленных выше факторов – sFlt1 и эндоглина [16, 27, 28, 29]. В большинстве проанализированных статей рекомендуется использовать именно данные три фактора. Различается только акцент на одном из них, хотя единогласно исследователи признают недостаточную чувствительность какого-то одного фактора и необходимость использования соотношения. Наиболее зарекомендовавший себя показатель – отношение sFlt1/PlGF. Таким образом, задача предсказания преэклампсии сводится к изучению соотношения между основным антиангиогенным и основным проангиогенным факторами, производимыми плацентой. В итоге получается, что в патофизиологии и лабораторной диагностике преэклампсии очень ярко проявляется патофизиологический принцип системы и антисистем. Важно, что рекомендуемые исследователями показатели повышаются на доклинической стадии преэклампсии, задолго до первых клинических признаков.

В настоящее время при преэклампсии рекомендована антигипертензивная терапия, контроль жидкости, инфузионная терапия [2]. В стадии разработки находятся методы патогенетической терапии, направленные на лежащие в основе преэклампсии молекулярные процессы.

Наиболее рациональным подходом явилась бы заместительная терапия VEGF. Он имел бы преимущества, связанные с тем, что не является ксенобиотиком (рекомбинантный VEGF по строению молекулы максимально близок к человеческому), что на порядки снижает возможные риски для плода.

Как уже было написано выше, альтернативный сплайсинг лежит в основе появления в крови беременных антиангиогенных факторов, но он же может позволить ученым разработать заместительную терапию VEGF. Матричная РНК VEGF также подвергается альтернативному сплайсингу, вследствие чего существуют несколько его изоформ, обозначаемых по числу аминокислотных остатков: VEGF₁₂₁, VEGF₁₆₅, VEGF₁₈₉ и VEGF₂₀₆. В организме преобладает изоформа VEGF₁₆₅. Но в клиническом аспекте важна диффузионная способность данных изоформ. Крупномолекулярные изоформы VEGF, имеющие 165 и более аминокислотных остатков, сильно связываются с внеклеточным матриксом, вследствие чего секвестрируются из кровотока [17]. VEGF₁₂₁ слабо связывается с матриксом, хорошо диффундирует и циркулирует свободно [17], вследствие чего имеет терапевтический потенциал [30].

В настоящее время в фазе VEGF₁₂₁ для лечения преэклампсии находится в фазе I клинических испытаний [7]. В эксперименте на животных (крысы и мыши) он показал эффективность при индуцированной в эксперименте преэклампсии [31, 32].

Статины также могут оказаться эффективными при преэклампсии, действуя через гем-оксигеназу 1 и снижая экспрессию sFlt1 [7]. Кроме того, они повышают экспрессию PlGF [33], тем самым логически завершая эффект по смещению равновесия между ангиогенезом и антиангиогенезом в сторону ангиогенеза [33]. Однако, из-за возможного тератогенного

эффекта они опасны при беременности [7], что сильно затрудняет разработку такой терапии. Возможно, проблему поможет решить дизайн новых лекарственных средств на основе статинов, сохраняющих активность в отношении гем-оксигеназы, но лишенных тератогенности.

Аналогичная проблема возникает в связи с попытками блокировать влияние стимулирующих антител к АТ1-рецептору ангиотензина. Теоретическое решение проблемы очевидно: подавить их действие способны только блокаторы рецепторов ангиотензина (например, лозартан), но эти препараты тератогенны [5, 21].

Если в случае всех заболеваний, кроме осложнений беременности, детальное изучение молекулярных основ заболевания означает скорую разработку новых лекарственных средств, направленных на данные молекулярные процессы, то в случае преэклампсии основным ограничением подобных разработок является тератогенность. Это хорошо видно на примере статинов и блокаторов рецепторов ангиотензина. Решить эту проблему можно было бы путем детального изучения молекулярных путей, обеспечивающих тератогенный эффект этих соединений, и направленного дизайна лекарств, сохраняющих благоприятную активность и лишенных тератогенного эффекта.

Это означает, что по объему необходимых исследований проблема патогенетического лечения преэклампсии имеет такой же масштаб, как проблема таргетной терапии онкологических заболеваний. Однако это не уменьшает актуальности этой проблемы и поиска путей ее решения.

Выводы

1. В настоящее время достигнут прогресс в понимании патогенеза преэклампсии. В ее основе лежит повреждение эндотелия идентифицированными антиангиогенными факторами sFlt-1 и эндоглином, продуцируемыми трофобластом в условиях ишемии и гипоксии. Также выработку этих факторов могут стимулировать антитела к рецептору ангиотензина АТ1.
2. На основе знания патохимии гестозов разработаны новые тесты для предсказания наступления гестоза на доклинической стадии, в частности соотношение sFlt-1/PlGF. Было бы перспективно их повсеместное внедрение в качестве скрининга.
3. Также на основе новых сведений о патогенезе преэклампсии разрабатываются новые терапевтические подходы к ее лечению. Наиболее перспективен в этом отношении VEGF₁₂₁. Использование низкомолекулярных средств (статинов и антагонистов рецепторов ангиотензина) сдерживается проблемой тератогенности, которая является одной из основных в разработке патогенетического лечения преэклампсии.

Литература

1. Jeyabalan A. Epidemiology of preeclampsia: impact of obesity // Nutrition reviews. – 2013. – Vol. 71. – №. suppl. 1. – P. S18-S25.
2. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. - 4 е изд., перераб. и доп. / под ред. В. Н. Серова, Г. Т. Сухих. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2015. – 1024 с.: ил.

3. Gathiram P., Moodley J. Pre-eclampsia: its pathogenesis and pathophysiology // Cardiovascular journal of Africa. – 2016. – Vol. 27. – №. 2. – P. 71.
4. Espinoza J. Uteroplacental ischemia in early-and late-onset pre-eclampsia: a role for the fetus? // Ultrasound in Obstetrics & Gynecology. – 2012. – Vol. 40. – №. 4. – P. 373–382.
5. Phipps E., Prasanna D., Brima W. et al. Preeclampsia: updates in pathogenesis, definitions, and guidelines // Clinical Journal of the American Society of Nephrology. – 2016. – Vol. 11. – №. 6. – P. 1102-1113.
6. Меркушева Л. И., Козловская Н. Л. Современные представления о патогенезе поражения почек при преэклампсии // Акушерство и гинекология. – 2015. – №. 8. – С. 12-17.
7. Taal M. W., Chertow G. M., Marsden P. A. et al. Brenner and Rector's The Kidney. Ninth Edition. 2-Volume set. – Philadelphia, Elsevier Health Sciences, 2012. – 2 v. – 3064 p.
8. Кумар В. Основы патологии заболеваний по Роббинсу и Котрану / Кумар В., Аббас А. К., Фаусто Н., Астер Дж. К.; пер. с англ.; под ред. Е. А. Коган, Р. А. Серова, Е. А. Дубовой, К. А. Павлова. В 3 т. Том 3: главы 21 – 29. – М.: Логосфера, 2016. – 500с.; ил.
9. Нефрология. Национальное руководство. Краткое издание / гл. ред. Н. А. Мухин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 608 с.
10. Акушерство: учебник / Г. М. Савельева, Р. И. Шалина, Л. Г. Сичинава, О. Б. Панина, М. А. Курцер. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2015. – 656 с.: ил.
11. Стрижаков А. Н., Тимохина Е. В., Пицхелаури Е. Г., Белоусова В. С., Якушина Н. И. Преэклампсия сегодня: патогенез и возможности прогнозирования и лечения // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2016. – Т. 15. – №. 3. – С. 24-31.
12. Makris A., Thornton C., Thompson J. et al. Uteroplacental ischemia results in proteinuric hypertension and elevated sFLT-1 // Kidney international. – 2007. – Vol. 71. – №. 10. – P. 977-984.
13. Nagamatsu T., Fujii, T., Kusumi, M. et al. Cytotrophoblasts up-regulate soluble fms-like tyrosine kinase-1 expression under reduced oxygen: an implication for the placental vascular development and the pathophysiology of preeclampsia // Endocrinology. – 2004. – Vol. 145. – №. 11. – P. 4838-4845.
14. Karumanchi S. A., Bdeir Y. Hypoxia and sFlt-1 in preeclampsia: the “chicken-and-egg” question // Endocrinology. – 2004. – Vol. 145. – №. 11. – P. 4835-4837.
15. Venkatesha S., Toporsian M., Lam C. et al. Soluble endoglin contributes to the pathogenesis of preeclampsia // Nature medicine. – 2006. – Vol. 12. – №. 6. – P. 642.
16. Levine R. J., Lam C., Qian C. et al. Soluble endoglin and other circulating antiangiogenic factors in preeclampsia // New England Journal of Medicine. – 2006. – Vol. 355. – №. 10. – P. 992-1005.
17. Ferrara N. Vascular endothelial growth factor: basic science and clinical progress // Endocrine reviews. – 2004. – Vol. 25. – №. 4. – P. 581-611.
18. Акушерство: учебник / Э. К. Айламазян [и др.]. – 9-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 704 с.: ил.
19. Xia Y., Kellems R. E. Angiotensin receptor agonistic autoantibodies and hypertension: preeclampsia and beyond // Circulation research. – 2013. – Vol. 113. – №. 1. – P. 78-87.

20. Wallukat G, Homuth V., Fischer T. et al. Patients with preeclampsia develop agonistic autoantibodies against the angiotensin AT 1 receptor // *The Journal of clinical investigation*. – 1999. – Vol. 103. – №. 7. – P. 945-952.
21. Xia Y., Zhou C. C., Ramin S. M., Kellems R. E. Angiotensin receptors, autoimmunity, and preeclampsia // *The Journal of Immunology*. – 2007. – Vol. 179. – №. 6. – P. 3391-3395.
22. Siddiqui A. H., Irani R. A., Blackwell S. C., Ramin S. M., Kellems R. E., Xia, Y. Angiotensin receptor agonistic autoantibody is highly prevalent in preeclampsia: correlation with disease severity // *Hypertension*. – 2010. – Vol. 55. – №. 2. – P. 386-393.
23. Zhou C. C., Ahmad S., Mi T. et al. Angiotensin II induces soluble fms-Like tyrosine kinase-1 release via calcineurin signaling pathway in pregnancy // *Circulation research*. – 2007. – Vol. 100. – №. 1. – P. 88-95.
24. Harmon A. C., Cornelius D. C., Amaral L. M., Faulkner J. L., Cunningham M. W., Wallace K., LaMarca B. The role of inflammation in the pathology of preeclampsia // *Clinical science*. – 2016. – Vol. 130. – №. 6. – P. 409-419.
25. Ellulu M. S., Patimah I., Khaza'ai H., Rahmat A., Abed, Y. Obesity and inflammation: the linking mechanism and the complications // *Archives of medical science: AMS*. – 2017. – Vol. 13. – №. 4. – P. 851.
26. Khalil A., Muttukrishna S., Harrington K., Jauniaux E. Effect of antihypertensive therapy with alpha methyl dopa on levels of angiogenic factors in pregnancies with hypertensive disorders // *PloS one*. – 2008. – Vol. 3. – №. 7. – P. e2766.
27. Verlohren S., Herraiz I., Lapaire O. et al. The sFlt-1/PIGF ratio in different types of hypertensive pregnancy disorders and its prognostic potential in preeclamptic patients // *American journal of obstetrics and gynecology*. – 2012. – Vol. 206. – №. 1. – P. 58. e1-58. e8.
28. De Vivo A., Baviera G., Giordano D., Todarello G., Corrado F., D'anna, R. Endoglin, PIGF and sFlt-1 as markers for predicting pre-eclampsia // *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. – 2008. – Vol. 87. – №. 8. – P. 837-842.
29. Verlohren S., Galindo A., Schlembach D. et al. An automated method for the determination of the sFlt-1/PIGF ratio in the assessment of preeclampsia // *American journal of obstetrics and gynecology*. – 2010. – Vol. 202. – №. 2. – P. 161. e1-161. e11.
30. Woods A. K., Hoffmann D. S., Weydert C. J. et al. Adenoviral delivery of VEGF121 early in pregnancy prevents spontaneous development of preeclampsia in BPH/5 mice // *Hypertension*. – 2011. – Vol. 57. – №. 1. – P. 94-102.
31. Gilbert J. S., Verzwylvelt J., Colson D., Arany M., Karumanchi S. A., Granger J. P. Recombinant VEGF121 infusion lowers blood pressure and improves renal function in rats with placental ischemia-induced hypertension // *Hypertension*. – 2010. – Vol. 55. – №. 2. – P. 38.
32. Siddiqui A. H., Irani R. A., Zhang Y. et al. Recombinant vascular endothelial growth factor 121 attenuates autoantibody-induced features of pre-eclampsia in pregnant mice // *American journal of hypertension*. – 2011. – Vol. 24. – №. 5. – P. 606-612.
33. Kumasawa K., Ikawa M., Kidoya H. et al. Pravastatin induces placental growth factor (PGF) and ameliorates preeclampsia in a mouse model // *Proceedings of the National Academy of Sciences*. – 2011. – Vol. 108. – №. 4. – P. 1451-1455.

О. Н. Кухарук, ординатор; И. В. Проценко, доцент
Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Научный руководитель: к.м.н, доцент И. В. Проценко

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ АУТОИМУННОГО ЭНЦЕФАЛИТА

Аутоиммунные энцефалиты (АЭ) — неврологические заболевания, характеризующиеся поражением преимущественно серого вещества, в патогенезе которых основную роль играют аутоантитела (АА) к внутри- и/или внеклеточным структурам нервной системы, выступающие в качестве антигенов.

В 2005 году были выявлены первые случаи среди молодых женщин, которые одновременно страдали нарушением поведения необъяснимой природы и опухолью яичников. Было сделано предположение о так называемой паранеопластической природе заболевания. В 2007 году профессором Далмау была подтверждена эта связь между опухолью, образованием АА и соответствующими клиническими проявлениями. Клиническая симптоматика аутоиммунных заболеваний центральной нервной системы зависит от локализации поражения головного мозга и имеет полиморфный характер: эпилептические припадки, двигательные, психические и когнитивные нарушения, вегетативные нарушения, расстройства сна.

Цель исследования: проанализировать литературу и современные исследования по статистике выявления АЭ в современное время.

Обсуждение: наиболее изученным является патогенез развития АЭ, при которых аутоиммунный ответ инициируется антигенами опухолевых клеток. Описано более 30 нейрональных АА, часть из которых хорошо изучена. Первая группа нейрональных АА получила название «истинные» паранеопластические антитела — это антитела к внутриклеточным белкам — Nu, Yo, Ma2, CV2, amphiphysin. Вторую группу составляют АА, которые могут определяться как при энцефалитах на фоне онкологического процесса, так и при идиопатических АЭ. Антигенами для них служат внеклеточные мембранные белки — mGluR5, GABAR, NMDAR, AMPAR, Contactin2, Caspr2 [1]. Третью группу составляют АА, которые редко выявляются при паранеопластических неврологических синдромах, а чаще наблюдаются при идиопатических АЭ — они бывают как к мембранным, так и внутриклеточным структурам, и к ним относят — GAD65, LGI1, GlycineR [2]. Среди всех паранеопластических неврологических синдромов выделяют «классические» АЭ, развитие которых практически всегда связано с онкологией [3]. К «классическим» паранеопластическим неврологическим синдромам с поражением ЦНС относятся паранеопластический энцефаломиелит, лимбический энцефалит, подострая церебеллярная дегенерация, опсоклонус-миоклонус. К редким, или нетипичным, паранеопластическим неврологическим синдромам относят стволый энцефалит, синдром ригидного человека, некротическую миелопатию, болезнь мотонейрона [3].

Идиопатические АЭ - патологические изменения обусловлены прямым воздействием АА на синаптические или мембранные белки. Наиболее изученными являются энцефалиты,

ассоциированные с анти-NMDAR, AMPAR-, GABAR-, LGI1- и Caspr2-антителами. Аутоиммунный ответ при этом характеризуется следующими признаками: эпитопы (участки антигена, распознаваемые антителами) располагаются внеклеточно; антитела выявляются на клетках, в которые был встроен (трансфицирован) данный антиген; антитела повреждают структуру и/или функцию данной клетки; эффект действия антител обычно обратим; клиническая картина близка к клиническим проявлениям экспериментальных фармакологических или генетических моделей заболевания с участием данного антигена и, наконец, наблюдается положительный эффект иммуномодулирующей терапии на динамику неврологических симптомов [1].

В настоящий момент основными критериями диагностики АЭ являются: острое или подострое (менее 12 мес.) развитие неврологических симптомов. Признаки воспалительного процесса в ЦНС (как минимум один): изменения в ЦСЖ (лимфоцитарный плеоцитоз, повышенное содержание белка и иммуноглобулинов G, специфические олигоклональные иммуноглобулины), изменения на МРТ (гиперинтенсивные очаги на T2-взвешенных изображениях и в режиме FLAIR, признаки воспалительных изменений в головном мозге при иммуногистохимическом исследовании. Исключение других причин (инфекции, травмы, метаболические, токсическое повреждение, опухоли, демиелинизация) [4].

В Англии, с октября 2005 года по ноябрь 2006 года, было проведено мультицентровое, популяционное, проспективное исследование, в ходе которого 37 % энцефалитов отнесено к нерасшифрованным. Общая летальность среди пациентов с инфекционным энцефалитом составила 12 %. Летальность среди пациентов с энцефалитом, ассоциированным с АА – 56 % (9/16) – большинство случаев были идентифицированы при повторном изучении образцов от пациентов с неуточненным генезом энцефалита, задержка диагноза и адекватной терапии могла быть причиной высокой частоты неблагоприятных исходов [5].

Проспективное, мультицентровое, популяционное исследование в Испании, март 2008 г. – февраль 2009 г. Значительное число случаев (42,9 % менингита, 59,3 % менингоэнцефалита, 72,4 % энцефалита) до сих пор не имеют этиологического диагноза [6].

Систематический обзор и мета-анализ оценки наличия анти-NMDAR АА в сыворотке крови пациентов с шизофренией или первым эпизодом психоза. 115 пациентов имели АА к NMDAR рецепторам, 21 пациент имели АА к NMDAR рецепторам IgG класса. Только анти-NMDAR IgG АА встречались статистически значимо чаще у пациентов с шизофренией или первым эпизодом психоза по сравнению с группой контроля [7].

Национальное проспективное исследование во Франции в 2007 году. Было включено 253 пациента с острым инфекционным энцефалитом из 106 медицинских единиц по всей Франции. Их возраст варьировал от 1 месяца до 89 лет (средний возраст 54 года); 61 % - мужчины. Причина энцефалита была определена только у 131 пациента (52 %). Не идентифицированы около 50 % энцефалитов. Аутоиммунные причины энцефалитов и менингоэнцефалитов не исследовались.

В 2007-2011 проведено рутинное тестирование ЦСЖ на anti-NMDAR (California Encephalitis Project, 2007-2011), в итоге которого Анти-NMDAR энцефалит у лиц в возрасте до 30 лет диагностировался в 4,5 раза чаще, чем ВПГ-1 энцефалит (41,0 vs 9,0 %, $p < 0,01$),

Анти-NMDAR энцефалит – 32 из 79 случаев энцефалита первоначально неустановленной этиологии (40,5 %), 65 % случаев – лица младше 18 лет, чаще женщины [8].

Часть пациентов с первым эпизодом психоза либо диагностированной шизофренией могут на самом деле иметь аутоиммунный энцефалит. С января 2011 года по август 2013 года) в Лондоне проведено ретроспективное исследование сывороток крови 43 пациентов с впервые возникшим эпизодом психоза: у 4 (6,4 %) – обнаружены аутоАТ (3 пациента – антиNMDAR, 1 пациент – анти-VGKC). У всех 4 пациентов с аутоАТ была диагностирована шизофрения согласно критериям DSM-IV [9].

У пациентов с диагностированной шизофренией детектируются разнообразные АА к различным отделам головного мозга. Исследование случай-контроль в Италии. Отобрано 30 пациентов с диагностированной шизофренией, 39 здоровых волонтеров. У пациентов с шизофренией статистически значимо чаще детектируются АА различным участкам мозга по сравнению с группой контроля (диффузное нарушение проницаемости ГЭБ и активация аутоиммунитета, как возможные элементы патогенеза шизофрении) [10].

Выполнено исследование сывороток крови 121 пациента с шизофренией, 70 пациентов с глубокой депрессией, 38 пациентов с пограничным расстройством личности, 230 здоровых лиц. АА к NMDAR обнаружены у 15 субъектов: у 9,9 % с шизофренией, 2,8 % с глубокой депрессией, 0 % с пограничным расстройством личности, 0,4 % здоровых лиц. У 2 пациентов (1,6 %) с первоначально диагностированной шизофренией выставлен диагноз аутоиммунного энцефалита (специфические IgG NR1 АА обнаружены в сыворотке крови и ЦСЖ). Остальные серопозитивные пациенты имели АА классов IgA и/или IgG или АА против NR1a/NR2b – неспецифичные для NMDAR энцефалита [11].

Выводы: АЭ являются редкодиагностируемым воспалительным расстройством ЦНС, несмотря на уже многочисленные исследования в этой области. В России до сих пор отсутствуют данные по выявляемости заболевания. Важно подчеркнуть, что сочетание анамнестических, клинических результатов исследований ЦСЖ, ЭЭГ и МРТ головного мозга позволяет выставить диагноз «возможный АЭ». Клиническая картина различных видов аутоиммунных энцефалитов имеет сходные проявления, поэтому определение АА в сыворотке либо в ликворе и онкопоиск обязательны для установления правильного диагноза. Также необходима тщательная диагностика пациентов с первым эпизодом шизофрении и пациентов с судорожным синдромом. Своевременная постановка диагноза и вовремя начатое лечение способствуют улучшению качества жизни пациента и, в большинстве случаев, предотвращают прогрессирование заболевания.

Литература

1. Lancaster E., Martinez-Hernandez E., Dalmau J. Encephalitis and antibodies to synaptic and neuronal cell surface proteins. *Neurology*. – 2011. – 77: 179-189.
2. Boronat A., Sabater L., Saiz A., Dalmau J., Graus F. GABA (B) receptor antibodies in limbic encephalitis and anti-GAD — associated neurological disorders. *Neurology*. – 2011. – 76: 795-800.
3. Graus F., Delattre J. Y., Antoine J. C. et al. Recommended diagnostic criteria for paraneoplastic neurological syndromes. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. – 2004. – 75: 1135-1140.

4. Graus F., Keime-Guibert F., Rene R. et al. Anti-Hu-associated paraneoplastic encephalomyelitis: analysis of 200 patients / *Brain*. – 2001. – 124: 1138-1148.
5. Granerod J., Ambrose H. E. , Davies N. W. et al. Causes of encephalitis and differences in their clinical presentations in England: a multicentre, population-based prospective study / *Lancet Infect. Dis.* – 2010. – 10: 835-44.
6. de Ory, Avellón A., Echevarría J.E. et al. Viral infections of the central nervous system in Spain: a prospective study / *J. Med. Virol.* – 2012. – 85: 554-562.
7. Pollak T. A., McCormack R., Peakman M., Nicholson T. R. Prevalence of anti-N-methyl-d-aspartate (NMDA) receptor antibodies in patients with schizophrenia and related psychoses: a systematic review and meta-analysis / *Psychological medicine*. – 2014. – 4: 2475-2487.
8. Gable M. S., Sheriff H., Dalmau J. et al. The frequency of autoimmune N-methyl-D-aspartate receptor encephalitis surpasses that of individual viral etiologies in young individuals enrolled in the California Encephalitis Project. Gable et al. / *Clin. Infect. Dis.* – 2012. – 54: 899.
9. Beck K., Lally J., Shergill S. S. et al. Prevalence of serum N-methyl-D-aspartate receptor autoantibodies in refractory psychosis / *Br. J. Psych.* PMID: PMC4312967.
10. Margari F. Anti-brain autoantibodies in the serum of schizophrenic patients: a case-control study / F. Margari, M. G. Petruzzelli, R. Mianulli et al. // *Psychiatry Res.* – 2013. – Vol. 210 (3). – P. 800-805.
11. Steiner J., Walter M., Glanz W. et al. Increased Prevalence of Diverse N-Methyl-D-Aspartate Glutamate Receptor Antibodies in Patients With an Initial Diagnosis of Schizophrenia Specific Relevance of IgG NR1a Antibodies for Distinction From N-Methyl-D-Aspartate Glutamate Receptor Encephalitis / *JAMA psychiatry*. – 2013. – 70 (3): 271-278.

УДК618.331+618.5-089.888.61

Ю. А. Кучеренко, доцент; Н. А. Резниченко, профессор;
Л. М. Литнарлович, А. С. Кучер, клинические ординаторы
Кафедра акушерства и гинекологии №1

Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии
ФГАОУ ВО «Крымский Федеральный университет им. В. И. Вернадского»
Медицинская академия имени С. И. Георгиевского, г. Симферополь, Россия

Научные руководители: к.м.н., доцент Ю. А. Кучеренко;
д.м.н., профессор Н. А. Резниченко

БЛАГОПРИЯТНЫЙ ИСХОД ЗАПУЩЕННОГО ПОПЕРЕЧНОГО ПОЛОЖЕНИЯ ПЛОДА, ОСЛОЖНИВШЕГОСЯ ВЫПАДЕНИЕМ РУЧКИ

Предлежание и выпадение ручки при головных предлежаниях — серьезное осложнение [1]. Частота их от 0,5 до 1,5 %; они чаще встречаются при второй позиции [3]. В современном акушерстве принята тактика срочного оперативного родоразрешения (кесарево сечение) при наличии жизнеспособного плода и благоприятного прогноза для новорожденного [2].

Цель исследования: предоставление клинического случая ведения предродового периода, родов и послеродового периода у женщины 27 лет с многоводием, неправильным (косым) положением плода, выпадением ручки плода, кистой правого яичника, анемией 1 степени.

Обсуждение: из анамнеза установлено позднее менархе, нерегулярный цикл, ожирение 1 ст., гипертоническая болезнь, прервавшаяся беременностью на 22-й неделе 3 года назад.

Больная Н. поступила в родильный дом в 05.45 с диагнозом: беременность 35 нед. 5 дней, преждевременный разрыв плодных оболочек (безводный промежуток 2 часа 15 минут). УЗИ в 33 недели беременности: многоводие, неправильное (косое) положение плода. Резус-отрицательный тип крови. Киста правого яичника.

Жалобы на подтекание околоплодных вод с 03.30. Шейка матки сформирована. Подтекают светлые околоплодные воды. Учитывая выбранную выжидательную тактику вагинально не осмотрена. Решено начать антибактериальную терапию. Через 24 часа осмотр консилиума: 06.30 следующего дня, безводный промежуток 27 часов. КТГ от 21.01.2018 — удовлетворительное состояние плода. Матка легковозбудима, безболезненная при пальпации. Положение плода на момент осмотра поперечное. Головка справа. Сердцебиение плода ясное, ритмичное до 120 ударов в минуту. Выделения из половых путей: светлые околоплодные воды.

С целью уточнения акушерского статуса осмотрена вагинально. Влагалище рожавшей, емкое. Шейка матки сглажена, края мягкие, тонкие. Открытие маточного зева 4 см. Плодный пузырь не определяется. Во влагалище определяется ручка плода. Мыс недостижим. Стенки таза гладкие. Крестцовая ямка емкая.

Со слов пациентки в 23.00 накануне уснула и была разбужена дежурными врачами. Объективных изменений в своем состоянии не отмечала. Поэтому точное время выпадения ручки зафиксировать не удалось.

Диагноз: Беременность 35 недель 6 дней, преждевременный разрыв плодных оболочек, поперечное положение плода, выпадение ручки плода, киста правого яичника, анемия I степени.

План ведения родов: учитывая поперечное положение плода с выпадением ручки плода в сроке беременности 35 недель 6 дней с преждевременным разрывом плодных оболочек (27 часов), родоразрешить операцией кесарево сечения в экстренном порядке.

Согласие на операцию получено.

Кесарево сечение 06.55 – 08.40 (кровопотеря 1500 мл). Учитывая технические сложности поперечный разрез на матки расширен до «Г»-образного. Родоразрешена плодом мужского пола, 2200 г, длина 46 см. При осмотре новорожденного оценен по шкале Апгар на 6-7 баллов, морфофункциональная незрелость, отек, гиперемия и болезненность левой ручки. Новорожденному выставлен диагноз: Недоношенность 35 недель. Болевой синдром. Синдром длительного сдавления? Группа риска гемолитической болезни новорожденных, Rh-конфликт.

Протокол-консилиум: отек распространился на надключичную область и область лопатки по латеральному краю. Левая ручка отечна и цианотична за счет венозного полнокровия. При надавливании симптом «белого пятна» менее 3 сек. Чувствительность сохранена, активные движения в полном объеме (сгибание и разгибание в локтевом суставе, приведение к груди, сжатие ручки в кулак, движения пальцев). Затруднена пальпация пульса на лучевой области из-за отека. В динамике отмечается нарастание отека. St. localis: левая верхняя конечность отечна, синюшного цвета с переходом лопатки заднюю область лопатки.

Диагноз: синдром длительного сдавления левой верхней конечности. Плексит? Недоношенность 35 недель.

Осмотрен сосудистым хирургом: левая верхняя конечность отечна, имеет выраженный цианотичный оттенок. Консистенция отека плотная. Кисть теплая, активные движения сохранены. Пульсация из-за отека на лучевом сегменте сомнительная. Пальцы кисти розовые, теплые. Трофических расстройств нет. Заключение: синдром длительного сдавления левой верхней конечности.

Гистология: пуповина без особенностей. Дистрофические изменения оболочек. Фиброз стромы створчатых ворсин. Очаговые явления расстройства кровообращения.

Заключение: роды при неполном выпадении ручки хотя и затягиваются, но все же возможно самопроизвольное родоразрешение живым плодом [5]. Полное выпадение ручки ведет к серьезным нарушениям биомеханизма родов и к дальнейшему нарушению членорасположения плода: возникают разгибательные вставления головки, патологические ее асинклитизмы и аномалии вставления [4]. Выпадению ручки часто сопутствует выпадение петли пуповины, что еще больше осложняет и без того осложненные роды и приводит к высокой смертности детей.

Литература

1. Радзинский В. Е., Князев С. А., Костин И. Н. Акушерский риск. Максимум информации - минимум опасности для матери и младенца. – М.: Эксмо, 2009.
2. Де Черни А. Х., Натан Л. Акушерство и гинекология: диагностика и лечение. Учебное пособие. В 2-х томах. – М.: МЕДпресс-информ, 2009.
3. Айламазян Э. К., Радзинский В. Е., Кулаков В. И., Савельева Г. М. Акушерство. Национальное руководство. – М.: Гэотар-Медиа, 2009.
4. Стрижаков А. Н., Давыдов А. И., Буданов П. В., Баев О. Р. Акушерство: курс лекций. – М.: Гэотар-Медиа, 2009.
5. Подтетенев А. Д., Стрижова Н. В. Аномалии родовой деятельности: руководство для врачей. – М.: МИА, 2006.

УДК 614.7 : 661.185.1

Е. Ю. Лебедева, ассистент; Н. В. Шарков, студент;

Г. Е. Бордина, Н. П. Лопина, доценты

Кафедра химии

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

Научные руководители: к.б.н., доцент Г. Е. Бордина;

к.х.н, доцент Н. П. Лопина

РОЛЬ МИКРООРГАНИЗМОВ В ПРОЦЕССАХ БИОДЕГРАДАЦИИ ПОВЕРХНОСТНО-АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

С момента активного использования поверхностно-активных веществ (ПАВ) как в промышленности, так и в быту возникла глобальная экологическая проблема зарастания природных водоемов [1, 2, 3]. Неорганические фосфаты, являющиеся компонентами ПАВ, как известно, являются питательной средой для всех видов водорослей [4].

Вопросы микробного метаболизма неприродных соединений, в том числе и всевозможных ПАВ, химический синтез которых увеличивается с каждым годом во всем мире, являются актуальными, а их решение – крайне необходимым в экологическом отношении.

Цель исследования: изучить влияние микроорганизмов на процессы разложения поверхностно-активных веществ.

Материалы и методы: методы теоретического уровня: изучение, обобщение, анализ литературных данных.

Результаты и обсуждение: в настоящее время большую опасность для окружающей среды представляют анионные (АПАВ) и неионогенные поверхностно-активные вещества, а также фосфаты, широко используемые в качестве компонентов моющих средств или детергентов [4].

Неорганические фосфаты очень легко попадают в водоемы, где влияют на усиленное образование сине-зеленых водорослей. Они служат питательной средой для цианобактерий и вызывают цветение водоемов, что приводит к гибели большинства их обитателей. Водоросли, разлагаясь, выделяют в огромных количествах газы (метан, аммиак, сероводород), которые негативно влияют на все живое в воде и нарушают экосистему водоемов. Токсины цианобактерий, попадающие в питьевую воду, способствуют активизации и развитию раковых клеток. Загрязненная питьевая вода приводит к выкидышам на ранних сроках беременности у женщин. Новорожденные имеют низкий вес, врожденные патологии, повышенную заболеваемость, что приводит к снижению продолжительности жизни.

При попадании в водную среду и почву молекулы ПАВ подвергаются деструкции в результате биохимических и физико-химических процессов, и частично разрушаются микроорганизмами, присутствующими в воде, почве и активном иле [5, 6, 7].

Процессы деструкции многих ПАВ в природе происходят очень медленно, так как у микроорганизмов водных объектов отсутствует адаптация к этим веществам. Они подвержены процессам биохимического окисления, скорость которых зависит от структуры

их молекул, температуры воды, pH, содержания взвешенных веществ и т.д. К числу наиболее легко окисляющихся ПАВ относятся первичные и вторичные алкилсульфаты нормального строения. Наиболее трудно разрушаются алкилбензолсульфонаты (R-O-SO₂-Me), имеющие в своей структуре ароматическое кольцо.

Биодеградация алкилбензолсульфонатов, имеющих в алкильной цепи от одного до трех атомов углерода, начинается с сульфонатной группы, а у соединений с большим числом углеродных атомов – с боковой цепи. В аэробных условиях эти вещества разлагаются бактериями и грибами, осуществляющими расщепление ароматических углеводов и других соединений этого типа. В анаэробных условиях биодеградацию алкилбензолсульфонатов могут осуществлять бактерии с бродильным типом метаболизма.

Кроме того, эти соединения могут использоваться бактериями в качестве акцепторов электронов при анаэробном дыхании. Процессы анаэробной деградации алкилбензолсульфонатов протекают с большей эффективностью в ассоциации, состоящей из бактерий родов *Clostridium*, *Desulfovibrio*, *Methanobacterium*, *Methanosarcina*.

Большой интерес представляют исследования разложения ПАВ чистыми культурами микроорганизмов. Первые работы на эту тему проводились еще в 50-х годах прошлого столетия [8]. Так, Ризен показал, что *Pseudomonas aeruginosa*, *Serratia marcescens*, *Escherichia coli*, *Aerobacter aerogenes*, *Salmonella enteritidis*, *Paracolobactrum aerogenoides* при выращивании на синтетической среде могут использовать различные АПАВ в качестве единственного источника углерода. Обнаружено, что на скорость биоразложения влияет минеральный состав питательной среды.

Пейн с сотрудниками из почвы, взятой, в районе очистного сооружения методом накопительных культур выделил 2 штамма *Pseudomonas* – C12 и C12B, которые активно разрушали АПАВ. Представители рода *Pseudomonas* особенно часто выделяются из накопительных культур на средах с АПАВ. Методом накопления, ими также были получены один штамм *Pseudomonas fluorescens* и два штамма *Nocardia sp.*, способные использовать в качестве единственного источника углерода линейные АПАВ. В процессе исследования было установлено, что способность разрушать ПАВ широко варьирует у разных микроорганизмов, даже среди представителей одного рода.

Интерес к данной теме не потерял своей актуальности и в настоящее время.

Сопруновой О. Б. и др. [9] в результате исследований из промышленных отходов было выделено 13 штаммов бактерий, относящихся к родам *Bacillus*, *Pseudomonas*, *Kocuria*, *Stenotrophomonas*, *Proteus*, *Staphylococcus*. Исследование показало, что все штаммы способны усваивать углерод, азот и фосфор как основные источники энергии в органической и минеральной форме; способны усваивать основные компоненты сточных вод. При изучении их деструктивной способности по отношению к ПАВ установлено, что все штаммы способны к деградации анионных и катионных ПАВ. Это позволяет рассматривать возможность использования бактериальных культур для разработки способов очистки водных сред от ПАВ.

Исследования деградации ПАВ микробными культурами чаще ограничиваются лабораторными экспериментами, так как имеются определенные сложности при внедрении в практику очистки сточных вод. Использование метода локальной микробной очистки в настоящее время в отношении ПАВ-содержащих сточных вод сохраняется на уровне 13 %.

Данный метод является наиболее перспективным для обезвреживания высококонцентрированных стоков, так как единственной группой организмов, вносящей реальный вклад в разрушение ПАВ в окружающей среде, являются бактерии. Кроме того он отличается экологической безопасностью, высокой экономичностью и эффективностью по сравнению с другими методами.

Заключение: экологическое состояние водоемов в России, в том числе и в Тверской области, требует синтеза и внедрения в производство биоразрушаемых ПАВ и разработки новых, более интенсивных методов очистки окружающей среды от данных соединений. Эти методы должны основываться на использовании специально полученных высокоактивных чистых культур микроорганизмов-деструкторов ПАВ. Применение таких культур в микробном методе очистки будет способствовать защите окружающей среды от загрязнения синтетическими соединениями, и сохранению окружающей человека природы [10].

Литература

1. Давлетшина А. Д. Загрязнение водоемов. Промышленная экология / А. Д. Давлетшина // Международный научный журнал «Символ науки». – 2016. – №12. – С. 266-267.
2. Попова Т. А. Заращение водоемов на северо-западе России воздушно-водной и водной растительностью в различных экологических условиях / Т. А. Попова, И. А. Бычкова // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2012. – №1. – С. 1515-1518.
3. Калашник Ж. В. Экологические проблемы водных ресурсов нижнего Поволжья и их влияние на здоровье населения / Ж. В. Калашник // Вестник Астраханского государственного технического университета. – 2005. – №6. – С. 195-199.
4. Петухов Б. Е. Влияние хозяйственной деятельности человека на реку Цну / Б. Е. Петухов, А. А. Липецких, К. В. Сложеникина // Вестник ТГУ. – 2014. – №1. – С. 247-250.
5. Елисеев С. А. Поверхностно-активные вещества и биотехнологии / С. А. Елисеев, Р. В. Кучер. – Киев: Наукова думка, 1991. – 116 с.
6. Трошкова Г. П. Экологическая биотехнология: учеб. пособие / Г. П. Трошкова, Е. К. Емельянова, Н. О. Карабинцева. – Новосибирск: Сибмедиздат НГМУ, 2011. – С. 31-35.
7. Волченко, Н. Н. Скрининг углеводородокисляющих бактерий-продуцентов ПАВ биологической природы / Н. Н. Волченко, Э. В. Карасева // Биотехнология. – 2008. – №6. – С. 42-49.
8. Лукиных Н. А. Очистка сточных вод, содержащих синтетические ПАВ / Н. А. Лукиных / Москва: Стройиздат, 1972. – 94 с.
9. Сопрунова О. Б. Микроорганизмы – деструкторы ПАВ в водных средах / О. Б. Сопрунова, А. А. Утепешева, Виет Тиен Нгуен // Вестник АГТУ. Сер.: Рыбное хозяйство. – 2013. – №1. – С. 83-90.
10. Государственный доклад о состоянии и об охране окружающей среды в Тверской области в 2015 году. – [Электронный ресурс]. – https://mpr-tver.ru/Min_file/Государственный_доклад_2015.pdf

Л. М. Литнарович¹, ординатор; А. А. Бондарь², врач-инфекционист

¹ – ФГАОУ ВО Крымский Федеральный университет им. В. И. Вернадского
Медицинская академия имени С. И. Георгиевского, г. Симферополь, Россия

² – ГБУЗ РК Керченская больница №1 им. Н. И. Пирогова, г. Керчь, Россия

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КИШЕЧНОГО ИЕРСИНИОЗА

В настоящее время острая кишечная инфекция, вызванная *Yersinia enterocolitica*, продолжает оставаться проблемой здравоохранения во всем мире [1]. Как в развитых, так и в развивающихся странах *Yersinia enterocolitica* является одним из основных энтеропатогенов с высоким уровнем заболеваемости. Употребление сырых овощей или недостаточно термически обработанной свинины является основным фактором риска для возникновения иерсиниоза. При этом бактерии не только долго сохраняются в пищевых продуктах при хранении в холодильнике, но и способны расти и активно размножаться при низких температурах благодаря свойственной иерсиниям психрофильности, что повышает риск заражения [2, 4]. По данным литературы, чаще всего иерсиниоз наблюдается у детей младшего возраста. В более старшем возрасте детей и у молодых людей симптомы заболевания могут напоминать симптомы аппендицита, которые приводят к госпитализации и потенциально ненужной аппендектомии. Помимо кишечной инфекции *Y. enterocolitica* может вызывать реактивный артрит, узловатую эритему и конъюнктивит [3, 5].

Цель исследования: определить клинические особенности течения острой кишечной инфекции, вызванной *Y. enterocolitica*.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 32 пациента с кишечной инфекцией, вызванной *Yersinia enterocolitica*, госпитализированных в Керченскую инфекционную больницу за период 2014-2016 гг. Лабораторное подтверждение диагноза иерсиниоза было основано на обнаружении антител к *Y. enterocolitica* класса IgM в крови методом иммуноферментного анализа.

Результаты и обсуждение: среди пациентов с кишечной инфекцией, вызванной *Yersinia enterocolitica*, чаще госпитализировались дети (60,0-71,4 %). Заболевание характеризовалось острым началом, с появлением рвоты у 21,4±5,5 % пациентов, повышением температуры тела у 67,9±3,4 % пациентов. Явления колита имели место у 45,8±4,2 % пациентов. Диарея в преобладающем большинстве (91,7±8,5 %) регистрировалась менее 5 раз в сутки, только у 8,3±3,5 % пациентов стул был более частым. При этом гемоколит наблюдался у 29,2±5,5 % пациентов. При УЗИ органов брюшной полости у 16,7±5,2 % пациентов отмечались увеличенные мезентеральные лимфатические узлы, у 29,2±6,7 % пациентов было увеличение печени, у 12,5±4,5 % пациентов наблюдалось увеличение селезенки. Изменения в общем анализе крови в виде лейкоцитоза регистрировалось у 35,7±4,8 % пациентов, нейтрофилия у 25,0%±6,4 % пациентов и повышения СОЭ у 35,7±6,8 % пациентов.

Выводы: кишечной инфекцией, вызванной *Yersinia enterocolitica*, чаще болеют дети (60,0-71,4 %). Заболевание характеризуется невыраженным колитическим синдромом, с признаками мезаденита и гепатоспленомегалией при УЗИ органов брюшной полости.

Литература

1. Prevalence, seasonal variation, and antibiotic resistance pattern of enteric bacterial pathogens among hospitalized diarrheic children in suburban regions of central Kenya / Shah M. [et al.] // Trop. Med. Health. – 2016. - Nov 29;44:39.
2. Prevalence of *Yersinia enterocolitica* Bioserotype 3/O:3 among Children with Diarrhea, China, 2010-2015 / Duan R [et al.] // Emerg Infect Dis. – 2017. – Sep;23(9):1502-1509.
3. Клиническая характеристика бактериальных кишечных инфекций / Е. В. Крылова, Т. И. Дмитраченко, В. М. Семенов, Н. В. Ляховская, Е.В. Стычевская // Клиническая инфектология и паразитология. – 2017. – №2. – С.151-160.
4. Kamińska, S. Yersiniosis in Poland in 2014 / Kamińska S., Sadkowska-Todys M. // Przegl. Epidemiol – 2016. – №3. – P. 367-374.
5. Rosner, B. M. Clinical aspects and self-reported symptoms of sequelae of *Yersinia enterocolitica* infections in a population-based study, Germany 2009-2010 / Rosner B. M., Werber D., Höhle M., Stark K. // BMC Infect. Dis. – 2013. – №23. – P. 13

ОБ УЧАСТИИ АРГИНАЗЫ ПЕЧЕНИ И КЛЕТОК КУПФЕРА В ПРОЦЕССАХ ДЕТОКСИКАЦИИ И ФОРМИРОВАНИИ ТИРЕОИДНОГО СТАТУСА У КРЫС ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ЭТАНОЛОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Современная медицина стоит перед проблемой неуклонного роста алкогольной патологии, патологии приводящей к сокращению продолжительности жизни и отрицательно сказывающейся на состоянии здоровья.

Как известно, заболеваемость и смертность при регулярном потреблении алкогольных напитков связана с токсическим воздействием этанола на важнейшие органы человека и в первую очередь, печень, а гепатоциты и клетки Купфера (КК) играют важную роль в процессах детоксикации [1].

К настоящему времени накопилось достаточное количество фактов, свидетельствующих о значении КК и аргиназы печени в процессах жизнедеятельности в норме и при патологии [1, 2, 3]. Известно, что печень играет значимую роль в процессах детоксикации и метаболизме гормонов щитовидной железы, обеспечивая регуляцию их обмена и поддержание оптимальной концентрации в крови. Однако исследования с целью выяснения значимости аргиназы печени и КК в процессах детоксикации и формировании тиреоидного статуса у крыс при хронической алкоголизации не проводились.

Цель исследования: выяснение значимости аргиназы печени и клеток Купфера в процессах детоксикации и формировании тиреоидного статуса у крыс при хронической этаноловой интоксикации.

Материалы и методы: опыты выполнены на взрослых ненаркотизированных белых крысах-самцах массой 180 – 220 г.

В связи с тем, что в литературе имеются данные о том, что у животных в течение суток происходят значительные колебания уровня ряда гормонов и биогенных аминов в крови, которые сопровождаются изменениями в энергетическом и пластическом обмене, опыты проводили в строго определенное время (8–12 часов утра).

Модель хронической этаноловой интоксикации воспроизводили на крысах путем ежедневного интрагастрального введения животным 30 % раствора этанола (из расчета 3,5 г 92 % этанола на 1 кг массы тела животного) в течение 60 дней. Селективную депрессию КК вызывали у животных внутрибрюшинным введением водного раствора гадолиния хлорида ($GdCl_3$) в дозе 10 мг/кг. Активность аргиназы в печени определяли спектрофотометрически [4]. Продукцию NO оценивали по суммарному уровню в плазме крови нитратов/нитритов (NO_3^-/NO_2^-) [5]. О детоксикационной функции печени, степени эндогенной интоксикации судили по продолжительности наркотического сна (ПНС), степени токсичности крови (СТК) и содержанию в плазме крови «средних молекул» (СМ). ПНС (гексенал 100 мг/кг, внутрибрюшинно) оценивали по времени нахождения животных в положении на боку (Парк Д. В., 1973). Определение содержания в крови СМ проводили методом кислотно-

этанольного осаждения, разработанным В. М. Моиным с соавт. (1987), СТК способом, предложенным О.А. Радьковой с соавт. (1985). О тяжести повреждения печени судили по активности в плазме крови аланинаминотрансферазы (АлАТ) и аспартатаминотрансферазы (АсАТ). Определение активности АлАТ и АсАТ в плазме крови проводили колориметрически динитрофенилгидразиновым методом.

Экспериментальный гипотиреоз воспроизводили с помощью тиреостатика мерказолила (НПО «Укрмедпрепараты», Украина), который в дозе 25,0 мг/кг на 1 % крахмальном растворе вводили крысам интрагастрально ежедневно в течение 20 дней. Для создания модели гипертиреоза использовали синтетический препарат трийодтиронина гидрохлорид (Liothyronin, «Berlin Chemie», Германия), который на 1 % крахмальном растворе вводили животным интрагастрально ежедневно в течение 20 дней в дозе 30,0 мкг/кг.

С целью выяснения значимости аргиназы печени и монооксида азота (NO) в процессах детоксикации, формировании тиреоидного статуса и регуляции температуры тела использовали ингибитор аргиназы N^ω-гидрокси-нор-L-аргинин (nor-NOHA) фирмы BACHEM (Германия) и неселективный ингибитор NO-синтазы – метиловый эфир N^G-нитро-L-аргинина (L-NAME) фирмы ACROS ORGANICS (США). Nor-NOHA в дозе 10,0 мг/кг вводили крысам внутривентрально ежедневно в течение недели. L-NAME (25,0 мг/кг) вводили однократно: кроликам – внутривенно, крысам – внутривентрально. Ректальную температуру измеряли электротермометром ТПЭМ-1.

Взятие для исследований крови и ткани печени у животных проводилось за возможно минимальное время после декапитации. Декапитацию производили через один час после последнего введения этанола (опыт) или физ. раствора (контроль).

Все эксперименты выполнены в соответствии с этическими нормами обращения с лабораторными животными.

Полученные цифровые данные обработаны общепринятыми методами вариационной биологической статистики с помощью критерия Стьюдента. Все данные представлялись в виде среднего арифметического и стандартной ошибки среднего арифметического ($X \pm S_x$). Достоверность результатов учитывали при «р» менее 0,05.

Результаты и обсуждение: ежедневное интрагастральное введение животным 30 % водного раствора этанола в течение 60 дней приводит к выраженным изменениям температуры тела, детоксикации, активности аргиназы печени, уровня три- (Т₃) и тетраiodтиронина (Т₄), NO₃⁻/NO₂⁻ и активности трансаминаз в плазме крови.

Опыты показали, что длительное интрагастральное введение этанола приводит к угнетению детоксикационной функции печени, что проявлялось повышением СТК на 57,8 % (p<0,05, n=10), уровня СМ в плазме крови на 38,5 % (p<0,05, n=10) и увеличением ПНС на 24,5% (p<0,05, n=7). Содержание СМ в плазме крови, СТК и ПНС в контроле (ежедневное интрагастральное введение физ. раствора в течение двух месяцев, n=10) составили соответственно 0,69±0,012 г/л, 1,3±0,11 ед. и 27,8±3,22 мин. Активность аргиназы печени в этих условиях снижалась на 54,7 % (p<0,05, n=8) и составляла 2,5±0,27 мкмоль мочевины/г сырой ткани·час. Активность АлАТ и АсАТ, важнейших показателей тяжести поражения печени, в крови у алкоголизованных животных, по сравнению с соответствующим контролем, повышалась на 488,5 % (p<0,05, n=8) и 196,3 % (p<0,05, n=8) и составляла

2,71±0,13 и 1,77±0,16 мккат/л соответственно. Интрагастральное введение этанола через 60 дней алкоголизации, приводило у крыс (n=8) к повышению в плазме крови уровня $\text{NO}_3^-/\text{NO}_2^-$ (конечных продуктов деградации NO) на 79,1 % (p<0,01) и который составлял 11,02±1,34 мкМоль/л. Ректальная температура снижалась (через 60 дней от начала эксперимента) на 1,1±0,14°C (p<0,05, n=20).

Установлено, что хроническая алкоголизация у крыс сопровождается изменениями уровня йодсодержащих гормонов щитовидной железы в плазме крови. Так в результате длительного (60 дней) ежедневного интрагастрального введения 30 % раствора этанола у животных отмечалось снижение в плазме крови уровня T_3 на 62,6 % (p<0,05, n=7), в то время как концентрация T_4 достоверно не изменялась по сравнению с контролем (ежедневное интрагастральное введение физ. раствора в течение 60 дней). Содержание T_3 и T_4 в плазме крови животных контрольной группы (n=7) составило 3,7±0,7 нМоль/л и 73,1±11,44 нМоль/л соответственно.

В опытах на алкоголизованных крысах было установлено, что угнетение КК GdCl_3 ослабляет развитие характерных изменений активности аргиназы, детоксикационной функции печени, а также температуры тела на действие этанола. Так, температура тела у крыс, которым предварительно, за 12 часов до интрагастрального введения этанола, внутривентриально вводили 1,0 мл физ. раствора (1 раз в неделю в течение 60 дней) по сравнению с контрольными животными (введение физ. раствора интрагастрально и внутривентриально) понижалась на 1,0°C (p<0,05, n=10), а в опыте, у животных, которым до алкоголизации предварительно внутривентриально вводили GdCl_3 (10 мг/кг), снижалась на 0,5°C (p<0,05, n=20). Выявлено, что у алкоголизованных животных в условиях депрессии КК значения основных показателей печеночной детоксикации (уровень – СМ в плазме крови, степень ее токсичности), были меньше по сравнению с контрольными (физ. раствор внутривентриально 1 раз в неделю в течение 60 дней и этанол интрагастрально ежедневно в течение 2 месяцев) на 25,2 % (p<0,05, n=9) и 28,5 % (p<0,05, n=9) соответственно. ПНС у крыс в этих условиях уменьшалась по сравнению контролем на 27,1% (p<0,05, n=9). Содержание СМ в плазме крови, СТК и ПНС у крыс (n=7) в контроле (этанол интрагастрально ежедневно и физ. раствор внутривентриально 1 раз в неделю в течение 60 дней) составили 1,13±0,029 г/л, 2,8±0,32 ед. и 35,4±3,68 мин. соответственно. Обнаружено, что действие этанола в организме животных, получавших GdCl_3 , сопровождается не только менее значительным угнетением процессов теплообмена и детоксикации, но и не столь значимым снижением уровня T_3 в плазме крови. Так концентрация T_3 и T_4 в плазме крови у крыс с хронической алкогольной интоксикацией (внутривентриальное введение физ. раствора один раз в неделю в течение 60 дней и интрагастральное введение 30% раствора этанола в течение 60 дней) составляла 0,6±0,14 нМоль/л (n=8) и 50,7±5,86 нМоль/л (n=8), а у животных, которым за 12 часов до введения этанола 1 раз в неделю в течение 8 недель внутривентриально вводился водный раствор GdCl_3 , составляла 1,0±0,13 нМоль/л (n=9) и 51,3±4,18 нМоль/л (n=9).

Опыты показали, что хроническая алкогольная интоксикация у крыс, которым предварительно, за 12 час до интрагастрального введения этанола, вводили один раз в неделю в течение 60 дней внутривентриально ингибитор КК GdCl_3 (10 мг/кг), сопровождается

менее значимым повышением уровня АЛАТ, АсАТ, $\text{NO}_3^-/\text{NO}_2^-$ в плазме крови и температуры тела.

Установлено, что ежедневное внутрибрюшинное введение в течение 2-х недель крысам ингибитора аргиназы N^{ω} -гидрокси-нор-L-аргинина (nor-NOHA) фирмы BACHEM (Германия) в дозе 10 мг/кг статистически значимо не сказывалось на температуре тела и приводило к снижению активности аргиназы печени на 70,8 % ($p < 0,05$, $n=7$). Выявлено, что в условиях депрессии аргиназы печени nor-NOHA действие этанола сопровождается более значимым угнетением детоксикационной функции печени, повышением уровня $\text{NO}_3^-/\text{NO}_2^-$ в плазме, понижением температуры тела. Температура тела у крыс, подвергшихся хронической этаноловой интоксикации снижалась на $1,2 \pm 0,16$ ($p < 0,01$, $n=12$), а в условиях действия nor-NOHA на $1,6 \pm 0,13^\circ\text{C}$ ($p < 0,05$, $n=8$). Содержание $\text{NO}_3^-/\text{NO}_2^-$ в плазме крови у крыс с хронической алкогольной интоксикацией ($n=8$) получавших nor-NOHA, по сравнению с уровнем в контрольной группе животных (алкоголизация и внутрибрюшинное введение физ. раствора, $n=8$) было выше на 47,1 % ($p < 0,05$).

Установлено, что действие этанола у крыс, в условиях предварительной (за 30 мин до итрагастрального введения животным этанола в течение 60 дней) инъекции в организм животным L-NAME, по сравнению с контрольной группой животных, ведет к менее выраженному угнетению процессов детоксикации. ПНС, уровень СМ в плазме крови и СТК у опытных крыс, подвергшихся хронической алкоголизации, по сравнению с животными контрольной группы (внутрибрюшинное введение физ. раствора и хроническая алкоголизация, $n=8$) были ниже на 27,1 % ($n=9$, $p < 0,05$), 48,3 % ($n=8$, $p < 0,05$) и 24,2 % ($n=8$, $p < 0,05$) соответственно. Активность АЛАТ и АсАТ плазмы крови у крыс, подвергшихся хронической алкоголизации в условиях действия в организме животных блокатора NO-синтазы по сравнению с животными контрольной группы были ниже соответственно на 37,5 % ($p < 0,05$, $n=7$) и 48,8 % ($p < 0,05$, $n=7$), а содержание $\text{NO}_3^-/\text{NO}_2^-$ – на 39,1 % ($p < 0,05$, $n=7$).

Выявлено, что у гипотиреоидных крыс имеет место снижение активности аргиназы печени, температуры тела и процессов детоксикации. Так, до начала введения мерказолила ректальная температура у крыс опытной группы составляла $37,3 \pm 0,10^\circ\text{C}$ ($n=12$), а через 60 дней его применения снижалась на $0,9^\circ\text{C}$ ($p < 0,05$). ПНС у гипотиреоидных крыс ($n=8$) увеличивалась на 29,4 % ($p < 0,05$), а содержание СМ возрастало на 18,8 % ($p < 0,05$). СТК в этих условиях увеличивалась на 17,1 % ($p < 0,05$) по сравнению с контрольной группой. У гипотиреоидных крыс снижалась активность аргиназы печени на 25,6 % ($p < 0,05$, $n=7$) и повышался уровень валина в крови на 22,5 % ($p < 0,05$, $n=7$).

У гипертиреоидных крыс ($n=7$) имело место повышение активности аргиназы, детоксикационной функции печени и температуры тела. Так, ПНС сокращалась на 26,5 % ($p < 0,05$) по отношению к контролю и составляла $21,4 \pm 2,65$ мин, содержание в плазме крови СМ снижалось на 21,6 % ($p < 0,05$), а СТК уменьшалась на 19,8 % ($p < 0,05$). У крыс с экспериментальным гипертиреозом температура тела повышалась на $0,7^\circ\text{C}$ ($p < 0,05$), а активность аргиназы печени на 41,0 % ($p < 0,05$).

Заключение: хроническая этаноловая интоксикация у крыс сопровождается снижением температуры тела, уровня три- и тетраiodтиронина в плазме крови, активности аргиназы печени, увеличением ПНС и повышением уровня $\text{NO}_3^-/\text{NO}_2^-$, СМ, СТК, а также активности АЛАТ и АсАТ в плазме крови. Действие в организме как ингибитора КК GdCl_3 ,

так и ингибитора NO-синтазы L-NAME ослабляет, а депрессия аргиназы пог-НОНА способствует развитию характерных изменений детоксикационной функции печени, уровня трийодтиронина в крови и температуры тела при хронической алкогольной интоксикации. Следовательно, на основании результатов исследований можно заключить, что активность аргиназы печени и КК определяют выраженность процессов детоксикации и формирование тиреоидного статуса при хронической алкогольной интоксикации. Кроме того, данные исследований дают основания полагать, что продукция купферовскими клетками NO в условиях алкоголизации имеет значение в патогенезе хронической алкогольной интоксикации.

Литература

1. Маянский, Д. Н. Клетки Купфера и патология печени: Обзор // Патофизиология, 1985. – № 4. – С.80-86.
2. Висмонт, А. Ф. Роль аргиназы печени в процессах детоксикации и ее участие в механизмах регуляции температуры тела при бактериальной эндотоксинемии / А. Ф. Висмонт, Л. М. Лобанок // Доклады НАН Беларуси. – 2011. – Т. 55, №2. – С. 83-87.
3. Тэйлор, Б. С. Индуцибельная синтаза оксида азота в печени: регуляция и функции/ Б. С. Тэйлор, Л. Х. Аларсон, Т. Р. Биллиар // Биохимия. – 1998. – Т. 63, №7. – С. 905-923.
4. Geyer, J. W. Rapid method for determination of arginase activity in tissue homogenates / J. W. Geyer, D. Dabich // Anal. Biochem. – 1971. – Vol. 39, № 2. – P. 412-417.
5. Moshage, H. Nitrite and nitrate determinations in plasma: A critical evaluation / H. Moshage, B. Kok, J. R. Huizenga, P. L Jansen // Clin. Chem. – 1995. – Vol. 41, №6. – P. 892-896.

О. И. Мазунова, аспирант; В. В. Гордеева, доцент
Кафедра фармакогнозии и фармацевтической технологии
ФГБОУ ВО Иркутский ГМУ Минздрава России, г. Иркутск, Россия
Научный руководитель: к.фарм.н., доцент Е. Г. Привалова

РАЗРАБОТКА ТЕХНОЛОГИИ ЭКСТРАКТА СУХОГО ВОДОРАСТВОРИМОГО ИЗ НИВЯННИКА ОБЫКНОВЕННОГО ТРАВЫ

В последние годы наблюдается рост воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей (ангина, тонзиллит, ларингит, фарингит и др.), сопровождающихся отеком и болевым синдромом. Свойственным перечисленным патологиям разнообразие клинических проявлений, различная степень тяжести и длительность течения обуславливают частую обращаемость больных за медицинской помощью. С целью лечения используются антибактериальные препараты (антибиотики, сульфаниламиды), вызывающие при длительном использовании большое количество побочных эффектов (нарушение кишечной микрофлоры, нефротоксичность, гепатотоксичность и др.). По этой причине остается актуальным поиск более совершенных методов лечения и, соответственно, поиск новых лекарственных средств, эффективных и безопасных в терапии данной патологии. Одним из путей решения этой проблемы является разработка комплексных методов лечения и профилактики таких заболеваний с использованием фитопрепаратов, которые отличаются низкой токсичностью, широтой терапевтического действия, низкой рецидивностью и малой стоимостью.

Цель исследования: разработка оптимальной технологии экстракта сухого водорастворимого на основе нивяника обыкновенного травы и стандартизация готового продукта по содержанию флавоноидов и влажности. В этой связи в качестве объекта исследования выбрана нивяника обыкновенного трава. Перспективной формой лекарственных растений являются экстракты сухие, которые можно использовать в качестве удобной фармацевтической субстанции в технологии таблеток, гранул, капсул, сиропов и суппозиторияев.

Материалы и методы: для разработки оптимальной технологии экстракта сухого водорастворимого в качестве объекта исследования использована нивяника обыкновенного трава (*Leucanthemum vulgare* Lam., она же луговая ромашка, поповник, роман-трава, нивянка, белоцвет) – многолетнее травянистое растение семейства сложноцветных – Asteraceae, относится к отряду цветковые или покрытосеменные – Modnoliophita или Angiospermae. Видовое название – *Matricaria chamomilla* (recutita). Фармакотерапевтическое действие обусловлено содержанием в растении флавоноидов, полисахаридов, дубильных веществ, аминокислот и других ценных компонентов. В народной медицине используются стебли, листья, цветки нивяника в качестве обезболивающего, противовоспалительного и ранозаживляющего средства [1, 2].

Товароведческие показатели сырья оценивали по общепринятым методикам ГФ XIII издания [3]. Стандартизацию сырья и полученного на его основе экстракта сухого водорастворимого проводили по количественному содержанию флавоноидов и влажности.

Флавоноиды определяли спектрофотометрическим методом при длине волны 410 нм в пересчете на рутин. Растительный экстракт получали методом дробной мацерации при нагревании в динамических условиях с использованием магнитной мешалки.

Результаты и обсуждение: с целью разработки оптимальной технологии экстракта сухого водорастворимого из нивяника обыкновенного травы проведен товароведческий анализ сырья на образцах двух партий, собранного в районах Иркутской области. Сырье оценивали по следующим показателям: влажность, зола общая, содержание органических и минеральных примесей, содержание золы, нерастворимой в 10 % растворе кислоты хлористоводородной, содержание экстрактивных веществ, суммы флавоноидов в пересчете на рутин. Определение перечисленных показателей проводили по ГФ XIII издания. Результаты определения представлены в таблице 1 и показывают, что лекарственное растительное сырье отвечает требованиям нормативной документации (проект ТУ на нивяника обыкновенного траву). Влажность в исследуемых образцах составила от 3,77 до 3,78 %. Норма по этому показателю не более 13 %. Содержание экстрактивных веществ, извлекаемых водой очищенной, – от 34,72 до 35,08 %. Норма по этому показателю не менее 30 %. Содержание золы общей – от 2,34 до 3,15 %, при норме по этому показателю не более 10 %. Содержание органических примесей – от 0,65 до 0,86 %, норма – не более 1 %. Минеральная примесь в исследуемых образцах содержится в незначительных количествах (0,29 до 0,38 %), при норме не более 1 %.

Количественное содержание флавоноидов в пересчете на рутин составило от 2,27 до 2,41, норма – не менее 2 %.

Таблица 1 – Товароведческий анализ нивяника обыкновенного травы, %

Наименование показателей, требований ТУ	№ партии	
	1	2
Внешний вид, цвет, запах	Соответствует	Соответствует
Влажность, не более 13 %	3,77	3,78
Органическая примесь, не более 1 %	3,65	4,73
Минеральная примесь, не более 1 %	-	1,2
Зола общая, не более 12 %	2,34	2,79
Содержание экстрактивных веществ, извлекаемых водой очищенной, не менее 30 %	34,72	35,08
Содержание флавоноидов в пересчете на рутин, не менее 2 %	2,41	2,27

Начальной стадией получения препаратов растительного происхождения является экстрагирование лекарственного растительного сырья. В этой связи изучено влияние на технологический процесс производства экстракта сухого водорастворимого следующих основных факторов: размер частиц сырья, соотношение сырья и экстрагента, температура, время и кратность экстракции [4].

Для выбора оптимальной температуры сырье экстрагировали при температурах 60⁰, 70⁰, 80⁰, 90⁰, 95⁰С. Проведенные исследования позволили выбрать требуемую температуру в

технологии экстракта сухого водорастворимого, равную 95⁰С, при экстракции сырья в динамических условиях.

Общеизвестно влияние степени измельчения растительного материала, являющейся важным фактором повышения выхода экстрактивных веществ и интенсификации процесса экстрагирования. Для изучения этого параметра сырье измельчали до размеров частиц на фракции: 0,5-1,0; 2,0-3,0; 4,0-5,0 мм. В качестве экстрагента использовали воду очищенную. Соотношение между сырьем и экстрагентом во всех опытах составляло 1:10. Оценку результатов проводили по экстрактивным веществам. Данные трех параллельных опытов позволили выбрать оптимальную степень измельчения нивяника обыкновенного травы 2-3 мм.

Кроме того, изучено влияние на полноту извлечения экстрактивных веществ из сырья такого фактора, как соотношение сырья и экстрагента и установлено, что оптимальным является соотношение 1:14.

Существенную роль на процесс выхода веществ из сырья оказывает время и кратность экстракции. Для изучения этого параметра сырье экстрагировали водой очищенной при температуре 95⁰С при перемешивании с помощью магнитной мешалки. Через определенные промежутки времени каждого контакта фаз извлечения сливали, сушили и анализировали.

Результаты исследований представлены в таблице 2, из которой следует, что равновесное состояние при первом и втором контакте достигается за 60 минут. При этом двукратная экстракция обеспечивала достаточно полное истощение сырья. Эффективность процесса экстракции на первой ступени составило 58,98%, на второй – 38,55%, что позволило существенно снизить потери веществ на диффузии.

Таблица 2 – Влияние кратности экстрагирования на выход экстрактивных веществ и эффективность экстракции нивяника обыкновенного травы, %

Ступень	Время экстракции, мин	Масса сухого остатка в 10 мл извлечения, г	Теоретически рассчитанная масса экстракта, г	Выход экстракта к сырью, %	Эффективность экстракции, %
1	90	0,3227	0,9681	20,12	57,95
	60	0,2663	0,9853	20,47	58,98
2	60	0,2169	0,6507	13,52	38,55
	30	0,1439	0,5324	11,06	31,54

На основании технологических исследований получено 3 образца экстракта сухого водорастворимого и проведена их стандартизация по содержанию влажности, не превышающей 5 %, и сумме флавоноидов в пересчете на рутин-стандарт, которое составило от 3,41 до 3,62 %.

Заключение: на основании результатов физических и физико-химических исследований научно обоснована и разработана технология экстракта сухого водорастворимого на основе нивяника обыкновенного травы. Изучено влияние основных факторов на процесс экстракции экстрактивных веществ из сырья : оптимальная температура экстрагирования – 95⁰С; соотношение сырья и экстрагента – 1:14; оптимальная степень

измельчения – 2-3 мм; кратность экстракции – 2; время первой и второй ступеней экстракции – 60 минут. Проведена стандартизация готового продукта по содержанию влажности, не превышающей 5 % и флавоноидов. Содержание последних превысило 3 %.

Литература

1. Нивяник обыкновенный [Электронный ресурс]: Лекарственные растения в народной медицине / Махлаюк В. П. / <http://bibliotekar.ru/lekarstvennye/5/30.htm/>.
2. Телятьев В. В. Полезные растения Центральной Сибири. – Иркутск: Восточно-Сибирское книжное издательство, 1985. – 384 с.
3. Государственная фармакопея Российской Федерации XIII издания [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://femb.ru/feml>.
4. Разработка технологии и стандартизация экстракта сухого сбора «Анастасия» / В. В. Гордеева, В. В. Тыжигирова, Е. Г. Горячкина и др. // Ученые записки Орловского государственного университета. Серия «Естественные науки»: науч. Журнал / Орел: изд-во ФГБОУ ВПО ОГУ, 2014. - №7 (63). – С. 195–196.

А. В. Макаров, доцент; Л. А. Мурашова, доцент;
Д. Д. Григорьева, старший преподаватель; Д. Ф. Аббдуллаева, студентка
Кафедра философии и психологии с курсами биоэтики и истории Отечества
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

ДЕСТРУКЦИЯ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ДОСТОИНСТВА И СТРАХ НАКАЗАНИЯ

Страх сопровождает нас на протяжении всей жизни, и каждый индивид знает это чувство в лицо. Оно является главной причиной страданий человека. Один из наиболее могущественных страхов – страх наказания. Такой страх развивается у человека в ситуации пережитого или ожидаемого наказания относительно запрещенных действий, нарушения табу. Зачастую страх наказания толкает человека избегать ответственности или перекладывать ее на других. Это страх, который сегодня парализует ту огромную часть человечества, которая не готовит себя с детства нести ответственность, находясь в комфортных условиях существования, созданных высокотехнологичным потребительским обществом, где чрезвычайно разросшаяся правовая и судебная система создали столь послушного индивида.

Актуальность рассматриваемой проблемы о страхе возмездия и наказания особенно остро стоит в современных профессиональных реалиях специалистов-медиков. Существует страх наказания для врача, с одной стороны, в ситуации нарушения правовых норм. С другой стороны, и пациент испытывает страх наказания под влиянием моральных установок (религиозных, семейных, и т. д.). Самым ярким примером здесь будет ценностный конфликт в ситуации аборта по медицинским показаниям.

Цель исследования: проследить трансформацию и взаимосвязь феноменов личностного достоинства и страха наказания в историческом процессе.

Согласно идее французского философа Мишеля Фуко, у современного человека не осталось возможности достойно пережить свою смерть на «лобном месте». В своей книге «Надзирать и наказывать» он показывает, что само наказание для человека, сегодня, стало настолько, с одной стороны, неотвратимо, а с другой стороны – это наказание практически в большей степени сместилось в психологическую плоскость. Последний оплот достоинства – телесные муки, был упразднен социальной институцией наказания и заменен «исправлением» души человека, что, в свою очередь, разрушило важнейший ритуал демонстрации и возвращения достоинства личности.

В истории не единожды случались примеры, когда человек поддавался страху наказания и потому утрачивал достоинство, а иногда затем и свою жизнь:

- Император Петр III, низложенный своей женой (будущей Екатериной II) при помощи гвардейцев, унизился, согласившись на отречение от российского престола, но его все равно вскоре убили.
- Ни один из российских генералов и политиков Государственной Думы, изменивших императору Николаю II в феврале 1917 года, не только не сделал блестящей политической карьеры, но и всю оставшуюся жизнь был вынужден отбиваться от обвинений в подлом предательстве.

- В период сталинских репрессий 1930-х годов многие бывшие видные большевики (Бухарин, Каменев, Зиновьев) каялись во всех реальных и нереальных ошибках, клеветали на всех, на кого скажут, но все равно были публично осуждены и расстреляны.
- Генерал Власов, попав в 1942 году в плен к нацистам и согласившись создать Русскую освободительную армию из таких же как он предателей СССР, не снискал уважения и успеха, а в 1946 году был предан позорной смерти – повешен по приговору суда СССР.

Даже при поверхностном взгляде на отношение мировых религий к страху наказания мы можем увидеть неоднозначность подходов к его интерпретации и ценности. Мораль, выстроенная на страхе наказания, оказывается не всегда действенна.

В христианстве страх наказания дается нам, как средство априори нужное и необходимое. Страх расплаты за грехи очищает человека, предупреждает его от запретного, предуготовляет для любви. Для христианской культуры характерна амбивалентность: с одной стороны – страх наказания Богом (чаще всего наши действия и молитвы обусловлены не желанием поменять вектор жизни, желанием раз и навсегда расстаться со своим греховным, внутренним, плотским, а просто желанием избежать наказания), с другой стороны – любовь к Богу (в любви нет страха, совершенная любовь изгоняет страх, потому что в страхе есть мучение).

В буддизме показателем того, превосходит человек себя или нет в своем страхе, является его привязанность. Если под действием страха наказания человек продолжает быть привязанным к обстоятельствам, к людям, к социальным нормам, то в таком случае, страх разрушает его, усугубляя вереницу страдания. Поступок, достойный человека с точки зрения буддизма, будет такой, какой будет направлен на разрушение любой привязанности.

Ощущение своей вины, готовность признать виновность отбирают у человека способность к борьбе, лишают смелости и приводят в постоянное невротичное трусливое состояние. Отсюда следует, что признание вины, в некоторых ситуациях, порождает страх наказания. Страх наказания разрушает мотив к поиску принятия решения в сложных ситуациях. Человек опасается не последствий собственного выбора, а наказания за его принятие. Распространенным является страх наказания получить материальные санкции со стороны государства.

Хочу привести пример: в январе 2017 года был введен штраф за ложный вызов скорой помощи. Две девушки вызвали «скорую» для пьяного мужчины, предполагая, что, возможно, с ним случилось еще что-то более серьезное. По приезде к мужчине, врачи спросили: «А вы что, не знаете, что за ложный вызов к пьяным с этого года взимается штраф?». Был и другой подобный случай в Ярославле, когда диспетчер скорой предупредил по телефону заранее, что если они приедут и никого не найдут, то придется заплатить штраф. Из этого выходит, что в следующий раз люди уже не захотят помочь, зная о последствиях помощи нетрезвому человеку. Но в это время может быть с ним действительно случилась настоящая беда. Штрафные или административные взыскания становятся препятствием для ответственного и достойного поступка.

Из программы обучения по философии и психологии нам хорошо известны концепции З. Фрейда, А. Адлера и Э. Фромма, которые дают понимание страха наказания.

Для человека, который постоянно пытается устранить привычку бояться, страх становится средством для познания пределов своих возможностей. Согласно Иммануилу Канту «То, чему мы стремимся оказать сопротивление, есть зло, и, если мы находим наши силы недостаточными для этого, оно предмет страха».

Еще один пример из профессиональной области. О проблеме человеческого фактора в авиации люди задумывались давно. Пилот не имеет права на ошибку! Традиционный воспитательный подход в подготовке пилота заключается в том, чтобы карать его за любую ошибку. В СССР и до сегодняшнего дня в Российской авиации, под особый контроль взята мягкость посадки, что в итоге вылилось в главную оценку мастерства пилота. В подавляющем большинстве случаев, за которые пилоты были наказаны – это «жесткая» посадка, при которой самолет не получил даже малейших повреждений. Соответственно, будучи наказанным, или не будучи, но наслышанным о том, как наказали коллег, пилот будет стремиться избежать кары. Боязнь наказания за «жесткую» посадку приводит к тому, что пилот начинает ставить мягкость посадки во главу угла, в ущерб безопасности, когда этого требует нештатная ситуация.

Заключение: современный человек загнал себя в ловушку. Сегодня мы попросту эксплуатируем желание избежать наказания. И когда это происходит, мы говорим, что нам повезло, мы прошли через это и даже гордимся этим! Мы даже сегодня научились особым образом репрезентировать избегание (например, в рекламе) и это обретает все новые и новые формы, размывая границы нашего достоинства.

Литература

1. Фуко, М. Надзирать и наказывать: Рождение тюрьмы [Текст] / М. Фуко; пер. В. Наумов. – Москва: AdMarginem, 1999. – 480с.
2. Величко, А. Г. Страх наказания / А. Г. Величко // [Электронный ресурс] / Режим доступа: www.youtube.com/watch?v=ktlwSMqKs2Q

А. В. Макаров, доцент; Л. А. Мурашова, доцент;
Д. Д. Григорьева, старший преподаватель; С. В. Сидоркина, студентка
Кафедра философии и психологии с курсами биоэтики и истории Отечества
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

ФЕНОМЕН ПРОВОКАЦИИ И ПРОБЛЕМА ДОСТОИНСТВА ЛИЧНОСТИ

Сегодня, как и прежде, проблема провокативности является достаточно острой с учетом современных социокультурных реалий в условиях ситуаций риска и угроз экстремизма.

Цель исследования: рассмотреть феномен провокации в кратком историческом контексте и установить взаимосвязь с релевантными понятиями.

Методы исследования: герменевтический анализ.

Что общего между красным ценником в сетевом супермаркете и шутом из Средневековья, издевающимся над придворной знатью и рискующим лишиться за это головы? Это крайние точки одного и того же явления – провокации, с которой мы сталкиваемся каждый день, выступая как в роли провокатора, так и его жертвы. Для объяснения ее [провокации] природы зададимся вопросом: «Кого легче всего спровоцировать на что-либо?». Провокативность смыкается в определенных моментах с понятием стимула, что в свою очередь указывает на инстинктивную часть явления прежде всего. Но это лишь слагаемое в общей сумме данного понятия. Наряду с этим провокация рассчитана и на тонкие психические составляющие личности. Это те эмоции и чувства, которые люди обычно отрицают в себе, которые высмеиваются обществом и классифицируются как негативные и недостойные, например, тщеславие, чрезмерная привязанность к какой-либо вещи или патологическая зависимость от чужого мнения и т. д. Подобные чувства так укореняются в нас, что затрагивание их приводит в движение все наше существо. И вот во время таких колебаний на задний план уходит мораль и чувство собственного достоинства, а на передний выступает та темная агрессивная энергия, что таилась в самых глубинах нашего сознания, направленная на скорейшее устранение раздражителя всеми возможными способами.

«Серийный убийца является результатом обстоятельств. И возникает он словно по рецепту: нищета, наркомания, насилие... Ну знаете, все те вещи, которые вносят свой вклад в формирование личности и влекут за собой гнев и разочарование. И затем в какой-то момент жизни он просто взрывается». Такую характеристику процессу появления серийных убийц дал один из самых известных представителей данного социумного подразделения, Ричард Рамirez. И за данными словами человека, который вынес смертный приговор 19 несчастным, видится обвинение в сторону общества, к которому можно в некотором смысле присоединиться и, в контексте рассмотрения проблемы провокации, добавить, что общество само выступает в роли главного провокатора при создании своих же худших кошмаров. Жестокость порождает жестокость. Фраза, которую давно высказал Мартин Лютер Кинг, но актуальность ее возникла вместе с первым живым существом и лишь с последним умрет. Когда личность ограняет свои черты, проходит психосоциальные кризисы, получает

базисное морально-правовое воспитание, на передний план как фактор влияния на индивида выходит именно окружающая его общественная среда. Первичные социальные институты провоцируют в людях появление тех признаков, которые в последующем развитии станут стержнем. А уже этот стержень обрстет оболочкой из черт характера, интересов, увлечений, но при этом все это будет сводиться к той идее личности, которая сформировалась в начале. Чарльз Мэнсон, американский преступник, создатель и руководитель секты «Семья» однажды произнес: «Я таков, каким вы меня сделали, и если вы называете меня бешеной собакой, дьяволом, убийцей, недоноском, то учтите, что я – зеркальное отражение вашего общества». И что, если это правда? Что, если общество само провоцирует создание своих «чистильщиков», которые бы время от времени ворошили бы его и не давали ему разрастаться, подобно плесени на стенах влажнопоподвала?

И раз уж речь зашла об убийцах, стоит поговорить и о жертвах. Статья 107 УК РФ говорит нам, что «убийство, совершенное в состоянии аффекта, вызванного насилием, издевательством или тяжким оскорблением со стороны потерпевшего либо иными противоправными или аморальными действиями (бездействием) потерпевшего» может быть рассмотрено со смягчающей для обвиняемого точки зрения. Данная статья попадает своей идеей в концепцию «виктимности» (от лат. *victima*— жертва) — склонности стать жертвой преступления. В данном вопросе имеет место одна крайне интересная особенность – в отличие от остальных рассмотренных случаев взаимосвязи достоинства и провокации, в данном именно провокатор в первую очередь и теряет достоинство. В животном мире хищник выбирает своей жертвой ту, которую легче всего поймать. В этом плане, как и во многих других, человек недалеко ушел от природы. Американский профессор Бетти Грейсон провела показательный эксперимент. Она предъявила сидящим в разных тюрьмах и абсолютно не связанным между собой преступникам видеоматериалы, на которых изображались идущие по улице люди, и предложила заключенным определить, кого из изображенных на пленке они выбрали бы в качестве своих жертв. Большинство указали на одних и тех же людей. Главный критерий такого человека - степень вовлеченности в окружающий мир – человек, погружившийся в глубокие размышления и не замечающий, что творится вокруг него, легко уязвим. То же касается и людей, беспечно размахивающих пачкой купюр на глазах у всех, или девушек, голосующих на обочине дороги в три часа ночи. Все вышерассмотренные ситуации, разумеется, имеют под собой большую вину жертвы в возможном произошедшем преступлении, однако, на мой взгляд это никак не должно отражаться на судебном разбирательстве. Человеческое общество является высшей формой группового сосуществования, и перед каждым выбором человек сам принимает решение, имея в арсенале для выбора правильного пути не только звериные инстинкты, но и сознательный компонент, что означает, что каждый преступник имел выбор и сам пришел к такому варианту, который привел его на скамью подсудимых.

Хотелось бы также рассмотреть провокацию на арене военных действий, так как ею нередко пользовались военачальники в своих стратегиях. «Сунь-Цзы сказал: кто является на поле сражения первым и ждет противника, тот исполнен сил; кто потом является на поле сражения с запозданием и бросается в бой, тот уже утомлен. Поэтому тот, кто хорошо сражается, управляет противником и не дает ему управлять собой. Уметь заставить противника самого прийти - это значит заманить его выгодой; уметь не дать противнику

пройти - это значит сдержать его вредом» [1]. В разделе о полноте и пустоте своего великого «Искусства войны» он дал описание всем тем хитростям провокации противника, к которым нередко прибегали и иные талантливые военные стратеги. Как, например, Салах-ад-Дин, вернувший Иерусалим мусульманам. В 1187 году, в самый знойный месяц лета, он послал гонца в Иерусалим с вестью, что идет брать город. Это подвигло тщеславных крестоносцев немедленно выступить на встречу. Войска встретились в пустынной каменистой местности Рога Хаттина, где Саладин и разбил крестоносцев. На их пути к Иерусалиму уже практически никого не было. Иерусалим сдался, по сути, без боя. Тем и кончается история о том, как рыцарское самолюбие и гордыня стали главным оружием противника.

История дает нам массу примеров провокации. Особенно остро встает вопрос об ее использовании в период революционных подъемов. Коммунистические плакаты и лозунги сыграли безусловно немалую роль в период событий Великой Октябрьской революции и некоторого последующего времени. Плакатное искусство перешло в Советский Союз вместе с новой властью, а это, вероятно, является главным показателем его эффективности. Со временем такая простая агитация и провокация стала одним из основных инструментов управления населением. Даже малограмотный рабочий без труда разберет емкую фразу, написанную доступным языком, а рифмы и яркая картинка расположат его к себе, действуя через эмоциональные ворота сознания. Различного уровня власть часто прибегает и к ораторскому искусству. В «Скотном дворе» Оруэлл своими красивыми, отчаянными речами с использованием надрывных интонаций и множества литературных приемов эмоциональной окраски свиньи практически не нуждались в использовании иных приемов управления. Отсюда можно сделать вывод, что провокатор (в данном примере власть), играя на людском невежестве, демонстрирует в высшей степени бесчестное и недостойное поведение и, сверх того, лишает достоинства и провоцируемого (народ).

Феномен провокации, очевидно, сопряжен с психической болью, которую пытается преодолеть индивид в ситуации воздействия на него различными технологиями, выработанными идеологическими дискурсами. Одним из таких дискурсов является медицинский. Власть медиков над телом больного осуществляется через механизм провокации в отношении фигуры здоровья и необходимой в этом смысле самодисциплины больного, реализуемые через процедуры иерархического надзора, нормализующего наказания и экзамена, похожие на средства институции отправления наказания. М. Фуко рисует нам так называемое дисциплинарное тело [2, 47], которое является продуктом практик психиатрии.

Из истории психологии нам так же известны примеры использования инструмента провокации. Одним из них является знаменитый психологический эксперимент Ф. Зимбардо, в котором, как известно, добровольцы играли роли охранников и заключенных и жили в импровизированной тюрьме. Но, вопреки ожиданиям, стали возникать по-настоящему опасные ситуации. Эксперимент остановили раньше времени. Он показал, что подобная искусственная провокация всего лишь оголяет человеческие недостатки, вряд ли давая надежду на положительный результат.

Экстремистские угрозы XXI века поставили перед обществом особые задачи по декодированию средств провокации субъектов последних. Понимание психологии экстремиста дает ключ к выработке адекватного ответа на его провокативные действия.

Очевидно, что в первую очередь действия провокатора-экстремиста направлены на расшатывание, разрушение системы псевдоценностей потребительского общества [3, 75-76].

Заключение: провокация сводится к воздействию на человеческие слабости характера и личности, а также инстинктивные аспекты. Да вот только история имеет в себе уже очень много лет, человек приобрел форму разумного создания, стал возносить себя над всем природным. И в таком случае, как мне кажется, он должен соответствовать тому, кем себя величает. И если вот такой «венец природы» не может удержать в себе свое животное происхождение, то может ему и стоит забыть про достоинство, цивилизацию и вернуться обратно в пещеру? Ибо как завещал Будда, воля есть наше лекарство [4] к излечению от пороков низменных и путь к достоинству.

Литература

1. Сунь-Цзы, Искусство войны / Сунь-Цзы // [Электронный ресурс]/Режим доступа: <http://militera.lib.ru/science/sun-tszy/01.html>
2. Евстифеева, Е. А., Белова, Е. А., Михеев, М. И. Гуманитарное измерение боли и практики социальной анестезии [Электронный ресурс]: монография / под ред. Е. А. Евстифеевой, С. И. Филиппченковой — Тверь: Тверская государственная медицинская академия, 2012. — 187 с.
3. Евстифеева, Е. А., Удалова Л. В. [Социально-философский дискурс терроризма](#) [Текст]// [Вестник тверского государственного университета. Серия: Философия](#). – 2018. – № 1. – С. 75-83.
4. Рерих, Е. И., Основы буддизма / Рерих, Е. И. // [Электронный ресурс] / Режим доступа: <http://www.koltunov.ru/WordLiterature/ERoerichOsnovyBuddizma.html>

УДК 616.1+616.4

М. Ш. Манукян, студент; А. А. Зуйкова, заведующая кафедрой;

О. Н. Красноруцкая, Ю. А. Котова, Д. Ю. Бугримов, доценты

Кафедра поликлинической терапии

ФГБОУ ВО Воронежский ГМУ им. Н. Н. Бурденко Минздрава России, г. Воронеж, Россия

Научный руководитель: д.м.н , профессор А. А. Зуйкова

РАПРОСТРАНЕННОСТЬ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Распространенность хронической сердечной недостаточности (ХСН) в России составляет 7 % [1]. Анемия у кардиологических больных встречается 15-55 % в зависимости от тяжести сердечной недостаточности и от функционального класса [2, 3]. При отсутствии адекватного лечения анемии ишемия миокарда возрастает, ухудшается течение хронической сердечной недостаточности, что в свою очередь утяжеляет анемию [4]. Таким образом, даже незначительное снижение уровня гемоглобина крови требует наблюдения и коррекции. Число больных сахарным диабетом (СД) в Российской Федерации составила 3 %, из них 92 % СД 2 типа [5]. Распространенность диабетической нефропатии при СД 1 типа и СД 2 типа составляет около 30 % случаев [6]. Начиная со второй стадии хронической болезни почек у больных с сахарным диабетом появлялась сопутствующая анемия (около 23,3 % при СД1 и 16,9% при СД2), при прогрессировании ХБП до 4 стадии, анемия встречалась в 80% случаев [7]. Анемия у таких больных ускоряет прогрессирование почечной недостаточности и повышает риск развития сердечно-сосудистых осложнений.

Цель исследования: изучить частоту встречаемости, вид и тяжесть анемии у больных ХСН и СД.

Материалы и методы: исследование проводилось на базе БУЗ ВО ВГКБ №11 поликлиника №12. Изучено и проанализировано 50 амбулаторных карт больных хронической сердечной недостаточностью и 50 амбулаторных карт больных СД.

Среди больных ХСН было 18 мужчин и 32 женщины, средний возраст исследуемых 69,3 года . Больных СД мужчин 20, а женщин 30, средний возраст равен 64,3 года. Для постановки анемии оценивали общий анализ крови: эритроциты, гемоглобин, цветовой показатель, гематокрит. Для оценки результатов производилось сравнение анализируемых параметров с помощью статистических методов исследования.

Результаты и обсуждение: среди 50 больных ХСН у 41 исследуемого обнаружена анемия, причем частота встречаемости анемии отличалась между различными стадиями и функциональными классами сердечной недостаточности. Среди больных ХСН I сопутствующая анемия наблюдалась лишь у 40 %, а у больных ХСН II уже у 83,3 - 91,6 % и у 100 % больных ХСН III. При первой стадии сердечной недостаточности обнаружено 2 случая гипохромной анемией (100 % случаев). При последующих стадиях чаще встречалась нормохромная анемия (56 % случаев), причем в 34,8 % анемия сопровождалась снижением уровня гематокрита. На втором месте по частоте находится гипохромная анемия (36,6 % случаев), реже всего наблюдалась гиперхромная анемия, всего у 3 исследуемых.

У всех исследуемых анемия была со снижением гемоглобина не более, чем на 15 г/л и в среднем с момента постановки диагноза ХСН до развития анемии прошло 4-6 лет.

При сравнении функциональных классов ХСН по частоте встречаемости и виду анемии получены следующие результаты: у исследуемых с функциональным классом I анемия встречалась у 41,6 %, у последующих классов частота встречаемости сопутствующей анемии увеличивалась вдвое. Также чаще всего наблюдалась нормохромная анемия, затем гипохромная и реже всего гиперхромная анемия.

Среди 50 больных СД сопутствующей анемией страдают 20 исследуемых (40 % случаев). У 56 % исследуемых поставлена хроническая болезнь почек I стадии, больные находились на учете по СД не более 10 лет, средний уровень глюкозы в крови натощак не превышал 7 ммоль/л и анемия была обнаружена лишь в трех случаях (15 % случаев). Чаще всего анемия наблюдалась при ХБП II и IIIA (40 % и 35 % случаев соответственно), уровень глюкозы крови натощак равен 7-8 ммоль/л и 9-12 ммоль/л соответственно и сроки постановки на диспансерный учет составлял более 10 лет. В 50 % случаев анемия имела гипохромный характер, 45 % нормохромная анемия, и лишь в 5 % случаев гиперхромная анемия.

Выводы

1. В 82 % случаев хронической сердечной недостаточности сопутствует анемия.
2. Из больных ХСН первой стадии и среди ФК I анемия встречается в 2/5 случаев. В более запущенных стадиях сердечной недостаточности анемия наблюдается в два раза чаще, чем при начальной стадии.
3. С момента постановки диагноза ХСН до развития анемии проходило в среднем 4-6 лет.
4. Сахарному диабету сопутствовала анемия в 40 % случаев.
5. У больных СД чаще наблюдалось развитие хронической болезни почек первой стадии и анемия наблюдалась лишь в 15 % случаев. При ХБП II и IIIA в 40 % и 35 % случаев соответственно.

Литература

1. Шилов А. М. Хроническая сердечная недостаточность и железодефицитная анемия в практике врача первичного звена здравоохранения // Лечебное дело. – 2013. – №3. – С. 8-16.
2. Стуклов Н. И. Дефицит железа и анемия у больных хронической сердечной недостаточностью // РФК. – 2017. – №5. – С. 651-660.
3. Захидова К. Х., Кулиев Ф. А., Анемия при хронической сердечной недостаточности: нерешенные проблемы лечения // СМБ. – 2013. – №3-1 (39). – С. 107-112.
4. Провоторов В. М., Авдеева С. А. Анемия у больных с хронической сердечной недостаточностью // Клиническая медицина. – 2012. – №3. – С. 55-59.
5. Дедов И. И., Шестакова М. В., Викулова О. К. Эпидемиология сахарного диабета в Российской Федерации: клинико-статистический анализ по данным Федерального регистра сахарного диабета // Сахарный диабет. – 2017. – №1. – С. 13-41.

6. М. В. Шестакова, М. Ш. Шамхалова, И. Я. Ярек-Мартынова и др. Федеральные клинические рекомендации по диагностике, скринингу, профилактике и лечению хронической болезни почек у больных сахарным диабетом, 2014.
7. Мартынов С. А., Шестакова М. В., Шилов Е. М. и др. Распространенность анемии у больных сахарным диабетом 1 и 2 типа с поражением почек // Сахарный диабет. – 2017. – №5. – С. 454-460.

К. А. Мартынова, К. В. Радченко, студенты; А. И. Ковешников, ассистент
Кафедра госпитальной терапии и профессиональных болезней
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Научный руководитель: к.м.н., ассистент А. И. Ковешников

СЛОЖНОСТИ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЕЗНИ КРОНА

Болезнь Крона (БК) – это хроническое, рецидивирующее заболевание желудочно-кишечного тракта неясной этиологии, характеризующееся трансмуральным, сегментарным, гранулематозным воспалением с развитием местных и системных осложнений [1, 2]. При тяжелом течении заболевания и неэффективности глюкокортикоидов и цитостатиков в лечении БК илеоцекальной локализации используется биологическая терапия препаратами ингибиторов фактора некроза опухоли (ФНО). Адалимумаб, назначаемый пациентам, является полностью человеческим белком (иммуноглобулином G₁). Будучи моноклональным антителом к ФНО-а, он блокирует соединение этого цитокина с его главными рецепторами – p55 и p75 – и лизирует клетки, содержащие ФНО-а на своей мембране (за счет прямого эффекта антител и комплемент-зависимой цитотоксичности).

Однако есть и обратный терапевтический эффект: снижение функций ФНО-а его ингибиторами препятствует формированию и сохранению гранул, ограничивающих распространение микобактерий. Было отмечено, что развитие туберкулеза происходит намного чаще при использовании антител к ФНО-а (инфликсимаба и адалимумаба) [3, 4, 5].

Больной К. с диагнозом БК с поражением терминального отдела подвздошной кишки, хроническое рецидивирующее течение, наблюдается в гастроэнтерологическом отделении ГБУЗ Тверской области Областная клиническая больница с 2013 года. В связи с агрессивным течением заболевания в течение последних 3 лет получал базисную терапию адалимумабом [6]. Чувствовал себя хорошо, при обследовании – клиничко-эндоскопическая ремиссия БК. Важно отметить, что адалимумаб – препарат льготного обеспечения пациентов-инвалидов. Это лекарство выписывается участковым терапевтом и получается пациентом в аптеке для амбулаторного введения дважды в месяц. За время терапии (3 года!) больному ни разу не выполнялась туберкулиновая проба и флюорография.

Ухудшение самочувствия с октября, когда появился кашель, субфебрилитет, недомогание. Через неделю температура до 39-40°C, обратился к участковому терапевту, был назначен цефтриаксон. На фоне лечения положительной динамики не было, консультирован в ОПТД, данных за туберкулез нет. После 2 недель лечения в стационаре (ципрофлоксацин, метронидазол внутривенно) при КТ выявлена пневмония в нижней доле правого легкого. В связи с отрицательной динамикой повторно консультирован в ОПТД, данных за туберкулез нет. Госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение, получал базисную и антибактериальную терапию (меропенем внутривенно). На контрольной КТ: в нижней доле правого легкого, в прикорневой зоне определяется инфильтрат, вокруг которого снижена пневматизация легочной ткани по типу «матового стекла» с наличием мелких очагов по 3-5мм, увеличение медиастинальных лимфоузлов до 13 мм. Диаскин-тест – резко положительный (более 20 мм). В ОПТД диагностирован туберкулез правого легкого.

Ввиду невозможности отмены или замены иммуносупрессоров, консультируясь с врачами-фтизиатрами, было принято решение о назначении противотуберкулезной терапии в сочетании с адалимумабом. В результате полихимиотерапии в течение 8 мес. достигнута ремиссия туберкулеза. БК при этом постоянно находилась в состоянии ремиссии.

Заключение: иммуносупрессивное лечение БК препаратами генно-инженерной биологической терапии способствует развитию системного иммунодефицита и увеличивает риск интеркуррентных инфекций. Такие пациенты должны обязательно наблюдаться врачами-специалистами, включая регулярный скрининг туберкулеза.

Литература

1. Sandborn W. J., Feagan B. G., Hanauer S. B. et al. A review of activity indices and efficacy endpoints for clinical trials of medical therapy in adults with Crohn's disease // *Gastroenterology*. – 2002. – 122:512-30.
2. 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 / Молодежь, наука, медицина [Электронный ресурс]: тезисы 64-й Всероссийской межвузовской студенческой научной конференции с международным участием. – Тверь: Ред.-изд. центр, Твер. гос. мед. ун-т, 2018. — 587 с. – С. 344-345.
3. Lee J.-H., Slifman N. R., Gershon S. K. et al. Life-threatening histoplasmosis complicating immunotherapy with tumor necrosis factor antagonists infliximab and etanercept / *Arthr. Rheum.* – 2002. – 46: 2565–2570.
4. Ruderman E. M., Markenson J. A. Granulomatous infections and tumor necrosis factor antagonists therapy / *Ann. Rheum. Dis.* – 2003. – 62, suppl.1: 172–173.
5. Лукина Г. В., Сигидин Я. А. Риск развития туберкулеза при использовании ингибиторов фактора некроза опухоли // *РМЖ*. – 2009. – 21: 1438.
6. Клинические рекомендации по диагностике и лечению взрослых пациентов с болезнью Крона / РГА / Москва, 2013.

УДК: 616-08-039.57:613.84

С. П. Мелихова, ординатор; Ю. А. Котова, доцент

Кафедра поликлинической терапии

ФГБОУ ВО Воронежский ГМУ им. Н. Н. Бурденко Минздрава России, г. Воронеж, Россия

Научный руководитель: д.м.н., профессор А. А. Зуйкова

ТАБАКОКУРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ

Курение в настоящее время является серьезной проблемой в сфере здравоохранения ввиду большой его распространенности, как среди мужчин, так и среди женщин. Так, на данный момент Россия занимает одну из лидирующих строчек в списке самых курящих стран в мире. Многочисленными исследованиями было доказано пагубное влияние никотина и продуктов горения табака на органы и системы человеческого организма. В составе табачного дыма помимо сильнодействующего и вызывающего зависимость никотина входит целая смесь газообразных, пылеобразных и парообразных веществ (угарный газ, углекислый газ, синильная и муравьиная кислоты, радиоактивный полоний, свинец, смолы и многие другие). Его составляющими являются около пяти тысяч химических соединений, более 100 из которых являются канцерогенными. Попадание этих веществ в организм при курении приводит к нарушениям структуры и функции многих органов и систем организма, может способствовать развитию онкологических заболеваний. Изучение влияния курения на развитие определенной соматической патологии у пациентов является неотъемлемым компонентом работы любого врача, а особенно врача общей практики, так как данная привычка приводит как к появлению новых, так и к усугублению течения уже имеющихся заболеваний; одной из целей в ведении любого пациента должна быть профилактика табакокурения, либо, при наличии у пациента этой привычки, работа должна быть направлена на формирование у пациента отрицательного отношения к курению, пропаганду здорового образа жизни.

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

Задачи:

- установить факт взаимосвязи курения пациента с наличием у него соматической патологии, определить структуру соматической патологии у курящих больных;
- определить влияние стажа курения на возникновение соматической патологии;
- определить зависимость наличия определенной соматической патологии от пола курящих пациентов.

Материалы и методы: исследование проводилось на базе БУЗ ВО Воронежская городская поликлиника №10. Были произведены опрос и объективное исследование 50 больных, имеющих в анамнезе факт курения. Из 50 больных – 40 мужчин, 10 женщин. Было произведено распределение пациентов по стажу курения – 35 из них имели стаж курения больше 15 лет, 15 пациентов – менее 15 лет. Была произведена оценка общей структуры соматической патологии у курящих больных путем определения процентной доли определенного заболевания среди пациентов. Таким же образом производилась оценка

определения распространенности определенной соматической патологии в группах по стажу курения, по полу.

Результаты и обсуждение: из 50 курящих пациентов хроническая обструктивная болезнь легких была выявлена у 13 пациентов, что составило 26 %; хронический бронхит – у 4 пациентов (8 %), бронхиальная астма – у 2 пациентов (4 %), хронический гастрит – у 17 больных (34 %), язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – у 6 пациентов (12 %), облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей – у 8 пациентов (16 %; рисунок 1).



Рисунок 1 – Удельный вес соматической патологии у курящих больных, %

При исследовании в группах по стажу курения (более или менее 15 лет) было выявлено, что из 35 пациентов, имеющих стаж курения более 15 лет, хроническая обструктивная болезнь легких наблюдается у 12 человек (34,30 %), хронический бронхит у 1 человека (2,86 %), язвенная болезнь желудка и ДПК – у 6 человек (17,14 %). хронический гастрит у 9 человек (25,7 %), облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей – у 7 человек (20 %). Из 15 пациентов, имеющих стаж курения менее 15 лет, хроническая обструктивная болезнь легких наблюдается у 1 человека (6,7%), бронхиальная астма – у 2 человека (13,3 %), хронический бронхит – у 3 человека (20%), хронический гастрит у 8 человек (53,3 %), облитерирующий атеросклероз – у 1 человека (6,7 %; рисунок 2).

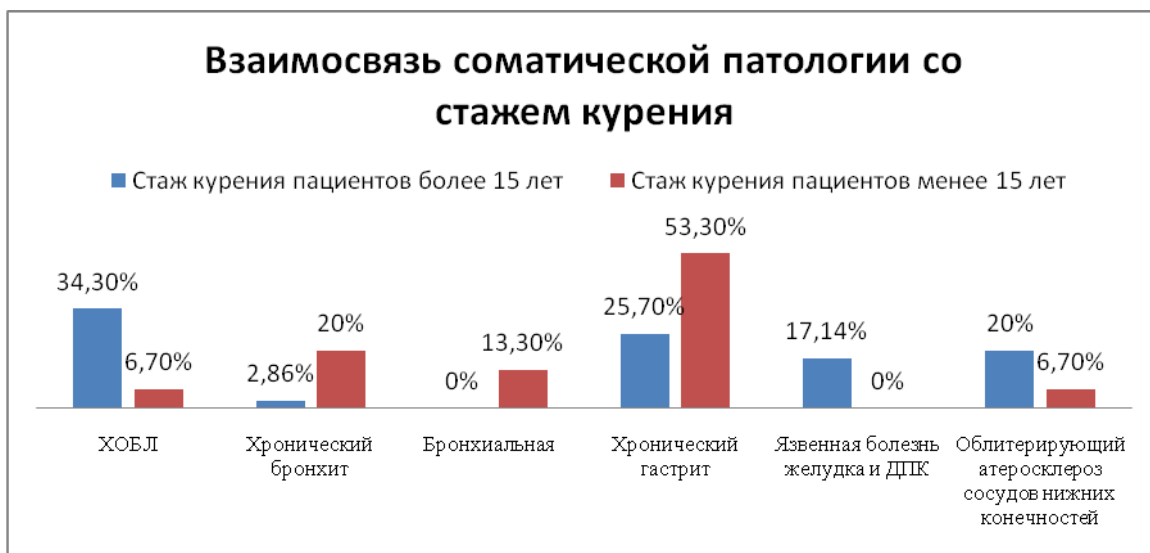


Рисунок 2 – Удельный вес выявленной соматической патологии в зависимости от стажа курения, %

Из 40 курящих мужчин ХОБЛ наблюдается у 13 человек (32,5 %), хронический бронхит у 3 человек (7,5 %), язвенная болезнь желудка и ДПК – у 5 человек (12,5 %), хронический гастрит у 13 человек (32,5 %), облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей – у 6 человек (15 %). Из 10 женщин бронхиальная астма – у 2 человек (20 %), хронический бронхит – у 1 женщины (10 %), хронический гастрит у 4 человек (40 %), облитерирующий атеросклероз – у 2 женщин (20%; рисунок 3).

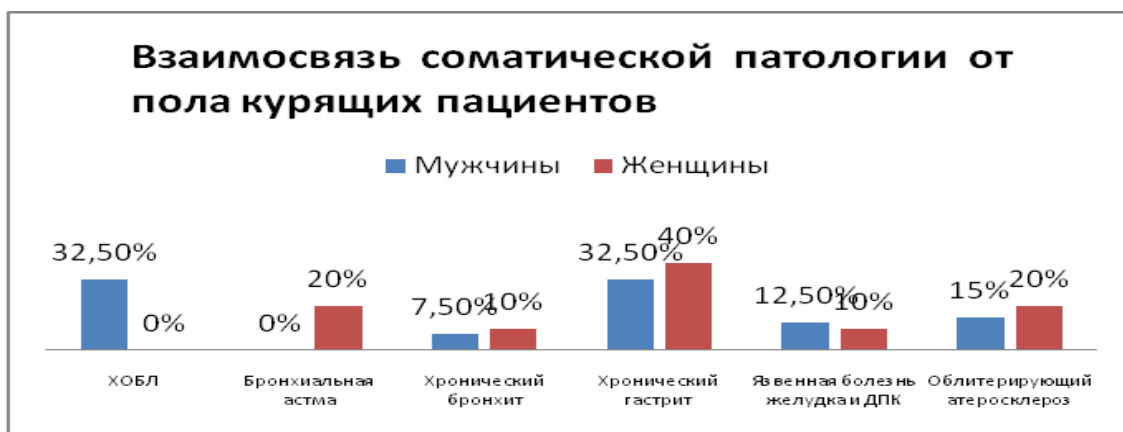


Рисунок 3 – Удельный вес выявленной соматической патологии в зависимости от пола курящих пациентов, %

Выводы

1. У курящих больных на первом месте – хронический гастрит, на втором – хроническая обструктивная болезнь легких, на третьем – облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей; затем язвенная болезнь желудка и ДПК, хронический бронхит, бронхиальная астма.
2. Стаж курения оказывает прямое влияние на структуру соматической патологии; у

пациентов со стажем курения более 15 лет наибольший удельный вес в структуре соматической патологии имеют ХОБЛ, хронический гастрит, облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей; у пациентов со стажем курения менее 15 лет – хронический гастрит, хронический бронхит, бронхиальная астма.

3. Пол курящего пациента влияет на наличие у него определенной соматической патологии; по данным исследования у женщин из выбранной группы больных наиболее распространены хронический гастрит, бронхиальная астма, облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей; у мужчин –ХОБЛ, хронический гастрит и облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей.

Литература

1. Табакокурение: проблемы и пути решения / С. В. Трифонов, Е. Ю. Лемещенко // Медицинская сестра. – 2013. – № 5. – С. 25-29.
2. Анташева, Ю. А. «Курение и здоровье». Программа по профилактике курения среди несовершеннолетних // Социальная педагогика. – 2013. – №3. – С. 70-80.
3. Андреева Т. И. Табак и здоровье. – Казань, 2012. – 224 с.
4. Влияние табакокурения на уровень цинка в сыворотке крови. Шевцова В. И., Котова Ю. А., Страхова Н. В. и др. В сборнике: Материалы III Всероссийской образовательно-научной конференции студентов и молодых ученых с международным участием в рамках XIII областного фестиваля «Молодые ученые - развитию Ивановской области». – 2017. – С. 85-86.
5. Степень никотиновой зависимости у курящих пациентов с различной соматической патологией / Страхова Н. В., Красноруцкая О. Н., Котова Ю. А. и др. В сборнике: Молодежь и медицинская наука: Материалы V Межвузовской научно-практической конференции молодых ученых. – 2018. – С. 417-420.
6. Полиморбидный больной в практике участкового терапевта Емцева А. П., Котова Ю. А., Страхова Н. В., Шевцова В. И. В книге: Завадские чтения: Материалы XIII межрегиональной научно-практической конференции молодых ученых с международным участием по актуальным вопросам внутренней патологии. – 2018. – С. 66-67.

УДК: 616.379-008.64-008.9

С. П. Мелихова, ординатор; В. И. Шевцова, ассистент; А. А. Зуйкова, профессор
Кафедра поликлинической терапии
ФГБОУ ВО Воронежский ГМУ имени Н. Н. Бурденко Минздрава России, г. Воронеж, Россия
Научный руководитель: д.м.н., профессор А. А. Зуйкова

ВЛИЯНИЕ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И СТАЖА ЗАБОЛЕВАНИЯ НА УРОВЕНЬ КОМОРБИДНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Проблема распространенности сахарного диабета (СД) 2 типа в настоящее время является особенно актуальной, что, в свою очередь, связано со стремительным ростом количества больных, высокой частотой встречаемости и большим разнообразием коморбидных состояний [1, 2]. Наличие метаболического синдрома (МС) в анамнезе также вносит свой вклад в возникновение высокого уровня коморбидности у данных пациентов, так как это состояние приводит к выраженным нарушениям обмена веществ, что в последствии может влиять на развитие СД 2 типа, ишемической болезни сердца, гипертонической болезни и других заболеваний [2, 3].

Цель исследования: изучение особенностей коморбидной патологии у пациентов с СД 2 типа на основе определения индексов коморбидности (ИК).

Задачи исследования: определение индексов коморбидности у пациентов с СД 2 типа с помощью систем расчета CIRS, Kaplan-Feinstein, Charlson; выявление зависимости уровня коморбидности от отдельных компонентов МС и стажа заболевания.

Материалы и методы: исследование проведено на базе БУЗ ВО «Воронежская городская поликлиника №10». Был произведен ретроспективный анализ 50 медицинских карт амбулаторных больных пациентов с СД 2 типа (средний возраст $65,82 \pm 9,24$ года), из них женщин - 32 (средний возраст $67,72 \pm 9,26$ года), мужчин – 18 (средний возраст $62,44 \pm 8,12$ года).

При расчете индексов коморбидности использовались системы CIRS, Kaplan-Feinstein, Charlson. Статистическая обработка данных была произведена при помощи следующих программ: Microsoft Excel 2010 и Statistica 20.0. Отличия между группами считались значимыми при $p \leq 0,05$. Оценка тесноты связи между признаками была произведена с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена: коэффициент $< 0,3$ считался показателем очень слабой связи; $0,3-0,5$ – слабой; $0,5-0,7$ – средней и $\geq 0,7$ – сильной.

Результаты и обсуждение: на первом этапе исследования был произведен расчет индексов коморбидности по системам CIRS, Kaplan-Feinstein, Charlson. Полученные данные представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Средние показатели индексов коморбидности у исследуемых пациентов

Исследуемая группа	Индекс		
	CIRS, средний балл	Kaplan-Feinstein, средний балл	Charlson, средний балл
Все исследуемые	12,18+3,67	9,86+2,89	6,52+2,11
Мужчины	10,9+3,47	8,83+2,40	6,3+2,00
Женщины	12,9+3,68	10,4+3,05	6,625+2,19

Далее было изучено влияние отдельных компонентов МС на уровень коморбидности пациентов с СД 2 типа. Средние значения данных компонентов у пациентов отображены в таблице 2.

Таблица 2 – Средние значения компонентов метаболического синдрома у исследуемых пациентов

Компонент метаболического синдрома	Глюкоза на момент первого посещения	Глюкоза на момент последнего посещения	Общий холестерин на момент последнего посещения	Объем талии на момент первого посещения	Индекс массы тела на момент первого посещения
Среднее значение	9,51+1,34 ммоль/л	7,93+0,88 ммоль/л	6,43+0,96 ммоль/л	103,16+8,41 см	34,04+4,89 кг/м ²

На основании проведения корреляционного анализа Спирмена были получены следующие данные: была установлена сильная достоверная положительная корреляционная связь ($r=0,85$, $p\leq 0,05$) между концентрацией глюкозы крови, зарегистрированным на момент первого посещения, и средними баллами ИК по системе Charlson. Такой же вид связи выявлен между концентрацией глюкозы крови на момент последнего посещения и средними баллами ИК по системе CIRS ($r=0,78$, $p\leq 0,05$), по системам же Kaplan-Feinstein и Charlson с данным параметром имеется положительная достоверная корреляционная связь средней силы ($r=0,69$ и $r=0,67$ соответственно, $p\leq 0,05$). Между уровнем общего холестерина крови, зарегистрированным на момент последнего посещения, и уровнем коморбидности исследуемых пациентов была установлена сильная достоверная положительная связь ($r=0,83$, $r=0,73$, $r=0,72$ соответственно по системам; $p\leq 0,05$). Такая же сильная достоверная положительная связь была выявлена между показателями индексов массы тела и объема талии, рассчитанных при первом посещении, и средними показателями ИК по системе Charlson ($r=0,78$ и $r=0,74$ соответственно; $p\leq 0,05$).

На следующем этапе исследования была изучена зависимость уровня коморбидности от стажа заболевания СД 2 типа. Средний стаж заболевания исследуемых пациентов составил 9,38+4,65 года. При проведении корреляционного анализа установлена сильная достоверная положительная связь между стажем и ИК по всем системам ($r=0,92$, $r=0,85$, $r=0,78$ соответственно по системам; $p\leq 0,05$).

Выводы

1. Компоненты метаболического синдрома напрямую влияют на частоту возникновения коморбидной патологии у пациентов с установленным диагнозом сахарного диабета 2 типа: чем выше уровень глюкозы, общего холестерина крови, показатели индекса массы тела и объема талии, тем выше уровень коморбидности данных пациентов.
2. При увеличении стажа заболевания происходит возрастание уровня коморбидности пациентов с сахарным диабетом 2 типа.

Литература

1. Мелихова С. П., Зуйкова А. А., Шевцова В. И. Расчет индексов коморбидности при сахарном диабете 2 типа как осложнении метаболического синдрома / Молодежный инновационный вестник. – 2018. – Т. 7, № S1. – С. 68-69.
2. Емцева А. П., Котова Ю. А., Страхова Н. В., Шевцова В. И. Полиморбидный больной в практике участкового терапевта / Завадские чтения: Материалы XIII межрегиональной научно-практической конференции молодых ученых с международным участием по актуальным вопросам внутренней патологии. – 2018. – С. 66-67.
3. Остроумова О. Д., Зыкова А. А. Метаболический синдром в практике врача: новые возможности коррекции / Эндокринология. – 2011. – №2. – С.18-22.

С. П. Мелихова, ординатор; В. И. Шевцова, ассистент;
Ю. А. Котова, О. Н. Красноруцкая, доценты; А. А. Зуйкова, профессор

Кафедра поликлинической терапии

ФГБОУ ВО Воронежский ГМУ имени Н. Н. Бурденко Минздрава России, г. Воронеж, Россия

Научный руководитель: д.м.н., профессор А. А. Зуйкова

ОСОБЕННОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований (ЗНО) стоят в ряду наиболее актуальных проблем современной медицины. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, в 2015 году ЗНО стали причиной смерти почти 9 млн человек [1]. Одним из основных приоритетных направлений в работе врача первичного звена здравоохранения является наиболее раннее выявление ЗНО [2].

Цель исследования: изучение особенностей выявления онкологической патологии в условиях первичного звена здравоохранения.

Задачи исследования: выявление зависимости стадии новообразования при выявлении от возрастной и гендерной составляющей; определение роли факторов риска в формировании злокачественных процессов; определение значимости диспансеризации в выявлении злокачественных заболеваний.

Материалы и методы: исследование было проведено на базе БУЗ ВО «Лискинская РБ». Были исследованы списки онкологических больных на одном из терапевтических участков и впоследствии медицинские карты амбулаторного больного данных пациентов. В исследовании приняли участие 72 человека (средний возраст 59,17 года), из них 36 мужчин (средний возраст 58,6 года) и 36 женщин (средний возраст 59,7 года). Все они имели первично выявленную онкологическую патологию на приеме в поликлинике. Разделение по группам было проведено в соответствии с гендерным признаком, а также в зависимости от вида первично выявленного новообразования: предракового заболевания, I или II стадии онкологического процесса, III или IV стадии процесса или доброкачественной опухоли. Для изучения возрастного аспекта пациенты также были расформированы по группам: пациенты среднего возраста (до 60 лет), пожилые (от 61 года – 75 лет у мужчин и от 56 лет – 75 лет у женщин) и старческого возраста (от 75 лет-90 лет). В исследуемых группах была произведена оценка факторов риска.

Результаты и обсуждение: на первом этапе исследования при изучении гендерного аспекта были получены следующие данные (рисунок 1). Так, выявление предраковых состояний и доброкачественных опухолей у мужчин и женщин происходит с одинаковой частотой. Выявление же онкологических заболеваний на более поздних стадиях у мужчин происходит чаще, чем у женщин ($t=0,75$; при $f=70$ и $p=0,05$ $t_{крит} \leq 1,994$). Это может быть связано с большей обеспокоенностью женщин своим здоровьем, по сравнению с мужчинами.



Рисунок 1 – Частота выявления предраковых заболеваний, онкологических заболеваний на ранних и поздних стадиях и доброкачественных опухолей в зависимости от пола

При исследовании возрастного аспекта было установлено, что частота выявления онкологической патологии у мужчин выше в среднем возрасте ($t=3$; при $f=70$ и $p=0,05$ $t_{крит} \geq 1,994$); а у женщин - в пожилом и старческом возрастах ($t=2,1$; при $f=70$ и $p=0,05$ $t_{крит} \geq 1,994$; рисунок 2).



Рисунок 2 - Частота выявления первично выявленного онкологического заболевания в зависимости от возрастной категории

Возможно, более высокую выявляемость ЗНО у лиц среднего возраста обуславливает обязательность посещения профилактических осмотров мужчинами, женщины же, обеспокоенные своим здоровьем, посещают врачей самостоятельно вне зависимости от возраста.

На третьем этапе исследования были изучены факторы риска у исследуемых пациентов. Были получены следующие данные: мужчины имеют большую приверженность к вредным привычкам, что связано и с большей первичной выявляемостью III и IV стадий онкологии у мужчин. ($t=2$; при $f=70$ и $p=0,05$ $t_{крит} \geq 1,994$); производственные факторы одинаково воздействуют и на мужчин, и на женщин (рисунок 3).



Рисунок 3 - Распределение мужчин и женщин рабочей группы в зависимости от наличия факторов риска или их отсутствия

Таким образом, данные исследования еще раз подчеркивают большую роль первичного звена здравоохранения в выявлении доброкачественных и злокачественных новообразований. Ранняя диагностика онкологической патологии главным образом зависит от онкологической настороженности врачей амбулаторно-поликлинического звена и их знаний и дальнейшей тактики в отношении больного.

Выводы

1. Выявление злокачественных новообразований на поздних стадиях у мужчин происходит чаще, чем у женщин.
2. Наиболее частое выявление онкологической патологии у мужчин происходит в среднем возрасте, у женщин - в пожилом и старческом.
3. Мужчины с онкологическими заболеваниями более подвержены влиянию факторов риска.

Литература

1. Емцева А. П., Котова Ю. А., Страхова Н. В., Шевцова В. И. Полиморбидный больной в практике участкового терапевта / Завадские чтения: Материалы XIII межрегиональной научно-практической конференции молодых ученых с международным участием по актуальным вопросам внутренней патологии. – 2018. – С. 66-67.
2. Алгоритмы выявления онкологических заболеваний у населения Российской Федерации. [электронный ресурс] В. И Чиссов., В. В Старинский., А. С Мамонтов, Т. В. Данилова – 2009 - режим доступа - <http://www.oncology.ru/service/organization/algorithms.pdf>.

УДК 616.147.22-007.64-089.5

А. А. Мельников, студент

Кафедра травматологии, ортопедии, военно-полевой хирургии
с курсом анестезиологии и реаниматологии

УО Гомельский ГМУ, г. Гомель, Республика Беларусь

Научный руководитель: ассистент А. М. Карамышев

ВОЗМОЖНОСТИ НЕЙРОАКСИАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЦЕЛЕ

Варикоцеле возникает, в среднем, у 15 % мужчин. У 20 % из них может стать причиной развития мужского бесплодия. Варикоцеле левого яичка возникает чаще, чем правого, что связано с разностью давлений в яичковых венах. Варикоцеле обоих яичек возникает крайне редко. Одним из эффективных методов лечения была признана операция Иванисевича. В современной анестезиологической практике при такой патологии чаще всего применяются: спинальная анестезия (СА) и общая эндотрахеальная анестезия (ОЭТА).

Цель исследования: определить частоту применения и безопасность СА при оперативных вмешательствах у пациентов с варикоцеле.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 111 историй болезни пациентов с варикоцеле, перенесших операцию Иванисевича, за период с 2014 по 2017 гг. на базе урологического отделения Гомельской областной клинической больницы. Полученные результаты заносились в электронную базу данных, в дальнейшем проводилась их статистическая обработка с использованием пакета программ Statistica 8.0. Данные описательной статистики приведены в виде: Me [Q1, Q3]. Медиана возраста и индекса массы тела в исследуемой группе составила 18 [15; 20] и 21 [19; 23] соответственно.

Результаты и обсуждение: количество пациентов, которые перенесли хирургическое вмешательство под ОЭТА, составило 47 (42 %). СА в качестве обезболивания использовалась у 44 (40 %) пациентов. У 20 (18 %) пациентов младшего возраста была применена масочная ингаляционная анестезия. Опиоидные анальгетики в различных дозах вводили внутривенно всем пациентам, которым была применена ОЭТА и масочная анестезия, и частично пациентам, которым была применена СА (таблица 1).

Таблица 1 -Различия по уровню пункции у пациентов, которым применялась СА

Уровень пункции	Количество пациентов
L _{I-II}	1
L _{II-III}	8
L _{III-IV}	27
L _{IV-V}	8
Общее число пациентов	44

При анализе межпозвоночного промежутка для проведения люмбальной пункции выявлено наибольшее количество случаев введения иглы на уровне L_{III-IV}27, по 8 пункций в промежутках L_{II-III} и L_{IV-V}, а так же выполнена только 1 попытка введения пункционной иглы

на уровне L₁₋₂. При анализе историй болезни осложнений свойственных СА выявлено не было.

Заключение: СА может быть применена как адекватный, эффективный и безопасный метод анестезиологического пособия при оперативных вмешательствах у пациентов с варикоцеле.

Литература

1. Ким В. В. Анатомо-функциональное обоснование оперативного лечения варикоцеле / В. В. Ким. – М.: Медпрактика-М, 2008. – 113 с.
2. Канус И. И. Протоколы диагностики, анестезии, реанимации и интенсивной терапии критических состояний в стационарных условиях / И. И. Канус. – Минск, 2004. – 80 с.
3. Реброва О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О. Ю. Реброва. – М.: Медиа Сфера, 2006. – 305 с.

УДК 614.25

С. М. Милехин, О. М. Чистякова, аспиранты
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
с курсом менеджмента ФДПО и ординатуры
Кафедра акушерства и гинекологии
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Научный руководитель: д.м.н., профессор Д. П. Дербенев

ФОРМИРОВАНИЕ ПРИОРИТЕТНОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ МОЛОДОГО ВРАЧА НА ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ СФЕРУ ЖИЗНИ И РЕШЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАДАЧ ПОД ВЛИЯНИЕМ ФАКТОРОВ ТРУДОВОЙ МОТИВАЦИИ И ТЕРМИНАЛЬНЫХ ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ

Правительством Российской Федерации признано, что кадры в здравоохранении - это интеллектуальный потенциал отрасли, требующий длительной и продуманной подготовки, постоянного профессионального развития каждой кадровой единицы [1, 2]. Под приоритетной направленностью личности на профессиональную сферу жизни и решение профессиональных задач понимается качественное выполнение профессиональных обязанностей, деловое сотрудничество и конструктивное решение деловых проблем [3, 4]. Данная приоритетная направленность личности, отвечает интересам общества и является одним из важнейших условий успешной работы системы здравоохранения [5, 6]. Но на данном этапе существует ряд вопросов, таких как повышение интереса к профессии медицинского работника, улучшение путей трудоустройства молодежи, разработка программ по закреплению молодых специалистов на местах, сопряженного с ускорением процесса адаптации к труду выпускников учебных заведений, их высокой мотивированностью к профессиональному развитию, приверженности организации, а также с обеспечением удовлетворения работодателей качеством профессиональной подготовки молодых специалистов [7].

Цель исследования: изучение формирования приоритетной направленности личности на профессиональную сферу жизни и решение профессиональных задач под влиянием факторов трудовой мотивации и терминальных ценностных ориентаций.

Материалы и методы: приоритетная направленность личности на профессиональную сферу жизни и решение профессиональных задач в качестве составляющей профессиональной социализации молодых врачей, исследовалась при помощи психодиагностической методики «Мотивации в профессиональной деятельности», разработанной Б. Бассом [3, 4]. Данная методика позволяет построить личностный профиль обследуемого, опирающийся на три шкалы, характеризующие уровень направленности личности:

1. На «дело» – качественное выполнение профессиональных обязанностей, деловое сотрудничество и конструктивное решение деловых проблем.
2. На «себя» – прямое вознаграждение себя, агрессивность в достижении статуса, власти, склонность к соперничеству.

3. На «общение» – поддержку отношений с людьми при любых условиях, ориентация на совместную деятельность, но часто в ущерб выполнению конкретных задач.

С целью выявления причин и условий, определяющих приоритетную направленность личности на профессиональную сферу молодых врачей, проанализированы психологические характеристики ценностной и мотивационной сфер личности врачей (40 факторов).

Основная группа состояла из молодых врачей, чья направленность «на дело» была максимальной и превышавшей направленность, имевшую субмаксимальный уровень на 10 и более процентов. Группа контроля включала врачей, чей личностный профиль был иным, чем в основной группе. С целью элиминации влияния на направленность личности в медицинской организации возраста и пола, основная и контрольная группа были подобраны по этим признакам по принципу копия-пара. Достоверность различий между распределениями оценивалась путем расчета и верификации χ^2 . Наличие значимого χ^2 ($p < 0,05$) позволяло считать влияние соответствующего фактора статистически значимым. С целью оценки силы влияния факторов использовался коэффициент взаимной сопряженности Чупрова (К).

Результаты и обсуждение: приоритетная направленность «на дело» врачей является результатом относительно высокой значимости для них в качестве факторов, мотивирующих к труду следующих: гибкий рабочий график (для почти 50 % отнесенных к основной группе); количество достаточной информации о том, что происходит в медицинском учреждении (для более 1/2 принадлежащих к основной группе); сложная и трудная работа (для почти 1/3 лиц из основной группы). В группе контроля удельный вес тех, для кого данные трудовые мотиваторы также были сильными, оказался существенно ниже: по мотивирующему фактору гибкого рабочего графика в 5,0 раза; по мотивирующему фактору количества достаточной информации о том, что происходит в медицинском учреждении в 3,7 раза; по мотивирующему фактору сложной и трудной работы в 4,4 раза.

Приоритетная направленность личности на «дело» у врачей формируется также и под влиянием факторов, играющих относительно малую роль в качестве инструментов создания сильной трудовой мотивации. К числу последних относятся: хорошие взаимоотношения с руководством (среди лиц с приоритетной направленностью личности на дело сильно мотивированных этим фактором чуть более 1/10, в контроле – в 5,0 раза больше); перспектива карьерного роста, возможность стать руководителем (в основной группе высокомотивированных им только 1/5, а в контрольной группе в 3,7 раза больше).

Приоритетная направленность личности на «дело» молодых врачей в медицинской организации обуславливается доминированием таких терминальных ценностей, как «физическое и психическое здоровье» (почти у 7/10 респондентов из основной группы она занимает высокие или средние ранговые позиции), тогда как в контроле в 1,1 раза меньше.

Ведущая направленность личности на «дело» исследуемого контингента обуславливается и относительно низкой значимостью таких ценностей, как «материально обеспеченная жизнь» (всего лишь у 2/5 респондентов из основной группы она занимает высокие или средние ранговые позиции), в контрольной группе, лиц, для которых данная ценностная ориентация приоритетна, в 2 раза больше. Также это относится и к «уверенности в себе» (только немногим более 2/5 респондентов из основной группы она занимает высокие

или средние ранговые позиции), а в группе контроля, лиц, для которых данная ценностная ориентация приоритетна, в 1,3 раза больше.

Заключение: приоритетная направленность личности молодых врачей представляет результат действия такой терминальной ценности, как «физическое и психическое здоровье». Относительно высокую значимость имеют следующие факторы, мотивирующие к труду: гибкий рабочий график, количество достаточной информации о том, что происходит в медицинском учреждении, сложная и трудная работа.

Литература

1. Москаленко В. Ф., Свинцицкий А. С., Цехмистер Я. В. Роль принципов врачебной этики в формировании молодого врача как личности // Электронный научно-образовательный вестник Здоровье и образование в XXI веке. – 2010. – Т. 12, № 8. – С. 410-412.
2. Стародубов В. И. Здоровье нации и система здравоохранения Российской Федерации // Уровень жизни населения регионов России. – 2005. – № 11. – С. 65-68.
3. Карелин А. А. Большая энциклопедия психологических тестов. – М.: Эксмо, 2007.
4. Выготский Л. С. Избранные психологические исследования. – М.: Академия педагогических наук РСФСР, 1956.
5. Бреусов А. В., Отставнов С. С. Перспективы совершенствования системы подготовки кадров для медицинской промышленности // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. – 2016. – № 1. – С. 102-107.
6. Заляев А. Р. Кадры для российского здравоохранения: ожидания и надежды российских студентов-медиков // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия: Социальные науки. – 2015. – № 2. – С. 139-145.
7. Дербенев Д. П., Крячкова О. В., Расторгуева Т. И. Врачебные кадры здравоохранения Тверской области: проблемы, задачи, пути решения // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2013. – № 1. – С. 216-220.

УДК 612.116:616.379

Е. Е. Миронова, магистрант

Кафедра анатомии и физиологии

УО Витебский ГУ имени П. М. Машерова, г. Витебск, Республика Беларусь

Научный руководитель: к.б.н, доцент Г. А. Захарова

АНЕМИЯ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ

В прогрессировании диабетической нефропатии значительное внимание уделяется развитию анемии. Значимой причиной развития анемии у больных сахарным диабетом (СД) с диабетической нефропатией, является снижение продукции эритропоэтина в перитубулярных клетках проксимальной части нефрона. Анемия преобладает у пациентов с диабетической нефропатией, она связана с сердечно-сосудистыми заболеваниями, ретинопатией. Развиваться анемия начинает задолго до нарушения фильтрационной функции почек.

Таким образом, можно сказать, что анемия, как одно из серьезных осложнений диабетической нефропатии, одновременно является и фактором ее прогрессирования, требующим патогенетической заместительной терапии на самых ранних стадиях [1].

Цель исследования: выявить и изучить развитие анемией у пациентов с СД.

Материалы и методы: использовались данные амбулаторных карт и данные лабораторных исследований пациентов, находящихся на учете у врача эндокринолога в Учреждении здравоохранения «Витебская городская поликлиника № 6». Для исследования в основную группу были выбраны 104 пациента с СД 2 типа (56 женщин, 51 мужчин) и 42 с СД 1 типа (13 женщин, 29 мужчин). Возраст пациентов 20-48 лет. Длительность заболевания не превышает 5 лет, с момента постановки на учет в лечебно-профилактическом учреждении. Контрольной группой являлись доноры крови 75 человек, у которых в процессе обследования были исключены заболевания почек, артериальная гипертензия и наследственная отягощенность по СД.

Анализ анамнеза пациентов показал превышение уровня артериального давления у 97 пациентов, несоблюдение диеты питания - у 107 пациентов, 58 пациентов с ожирением, 4 пациента с хроническим циститом, злоупотребление курением – у 72 пациентов, у 7 пациентов в анамнезе хронический пиелонефрит.

Для изучения анемии крови проводилось взятие капиллярной крови натощак (7:30 - 10:00) в клинко-диагностической лаборатории Учреждения здравоохранения «Витебская городская поликлиника № 6». Определяли уровень гемоглобина (Hb, г/л), количество эритроцитов (RDC, $10^{12}/л$), концентрацию среднего объема эритроцита (MCV, фл), концентрацию среднего содержания гемоглобина в эритроците (MCH, пг), среднюю концентрацию гемоглобина в эритроците (MCHC, %), количество ретикулоцитов (RTC, $^0/_{00}$). Исследования проводились в клинко-диагностической лаборатории Учреждения здравоохранения «Витебская городская поликлиника № 6» на гематологическом анализаторе Sysmex XP- 300 [1].

Обработка полученных данных проводилась при помощи пакета анализа данных в MS Excel 2010 года.

Результаты и обсуждение: у 86 % больных при компенсированном СД 1 типа и у 70% пациентов с СД 2 типа со стажем заболевания не более 5 лет не выявлено снижения уровня гемоглобина.

У больных СД 1 типа и у пациентов СД 2 типа с длительностью диабета не более 5 лет, в возрасте до 48 лет, при неудовлетворительном контроле заместительной терапией развивается анемия. При этом длительность заболевания диабетом усугубляет тяжесть анемии (рисунок 1).

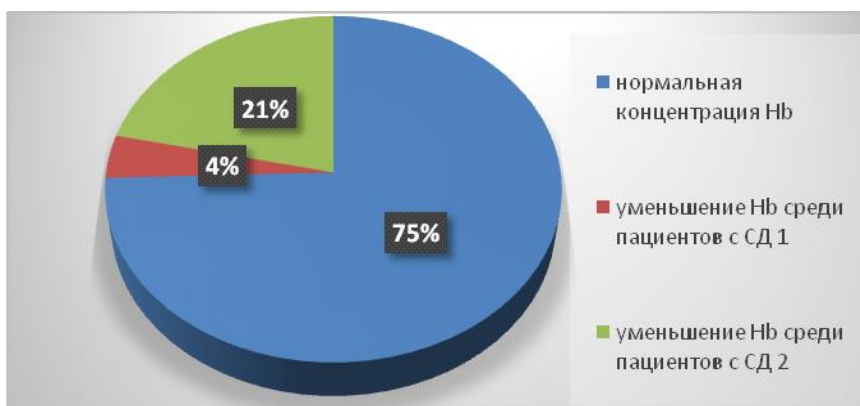


Рисунок 1 – Снижение уровня гемоглобина среди пациентов с СД, %

Определено, что у 30 % больных с СД 2 типа выявлено снижение уровня гемоглобина, что приводит к развитию анемии легкой степени. У пациентов с СД 1 типа наблюдается эта же картина у 14 % пациентов от общего числа пациентов с СД 1 типа. Снижение уровня гемоглобина преобладает у женщин.

Наименьшая концентрация уровня гемоглобина среди женщин с длительностью заболевания не превышающей 5 лет – 104 г/л, среди мужчин – 123 г/л.

У 13% пациентов с диабетом 1 типа и у 30% пациентов с СД 2 наблюдается эритропения в общем анализе крови, что служит показателем развития анемии у пациентов (рисунок 2).

Выраженное снижение RDC наблюдается среди женщин как СД 1 типа, так и СД 2 типа – $3,26 \times 10^{12}/л$. Среди мужчин наименьшее значение RDC – $3,52 \times 10^{12}/л$.



Рисунок 2 – Уменьшение содержания эритроцитов среди пациентов с СД, %

Можно предположить, что уменьшение уровня эритроцитов связано с секрецией почками эритропоэтина, который является физиологическим стимулятором эритропоэза.

Снижение MCV у диабетиков 1 типа, наблюдается у 17 % пациентов из 42 больных. У пациентов с СД 2 типа эта цифра достигает 32 % из 107 пациентов. Можно судить о развитии микроцитарной анемии. Кроме того, пониженное значение MCV говорит о гипертоническом характере нарушений водно-электролитного баланса (рисунок 3).



Рисунок 3 – Снижение MCV среди пациентов с СД, %

Установлено, что среди женщин с СД 1 и 2 типов наименьший MCV – 76,1 фл, а среди мужчин MCV – 76,9 фл, эритроциты в крови характеризуются как микроциты. Можно предположить, что развивается микроцитарная анемия.

Изменения MCH, в сторону уменьшения среди диабетиков 1 типа наблюдается у 12 % пациентов от общего числа больных участвующих в исследовании. Более выраженные изменения с длительностью заболевания до 5 лет выявлены у пациентов с СД 2 типа - 29 % (рисунок 4).

MCH среди женщин с СД снижается до 25,4 пг, у мужчин с СД нижняя концентрация MCH равна 26,0 пг.

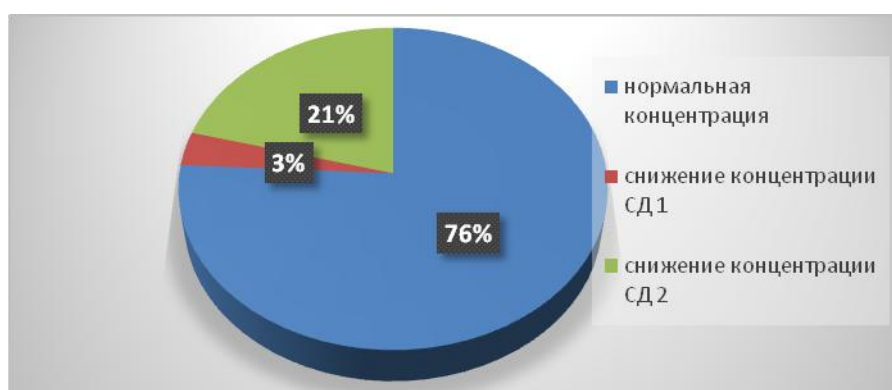


Рисунок 4 – Снижение концентрации MCH среди пациентов с СД, %

Снижение концентрации MCH может свидетельствовать о развитии гипохромной анемии.

Также среди пациентов с СД выявлено снижение MCHC, что свидетельствует о нарушении синтеза гемоглобина и развитии у пациентов гипохромной анемии (рисунок 5).

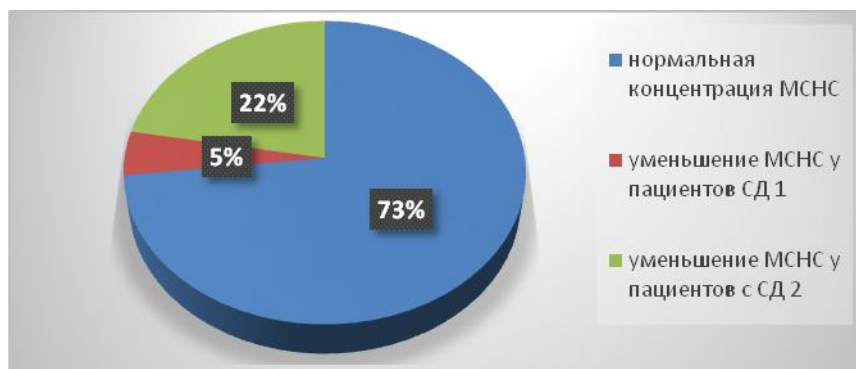


Рисунок 5 – Снижение МСНС среди пациентов с СД, %

В ходе исследования установлено что количество RTC снижено или находится в нижней границе нормы у пациентов с СД. Следовательно, это может быть связано с почками, в которых синтез эритропоэтина тормозится (рисунок 6).

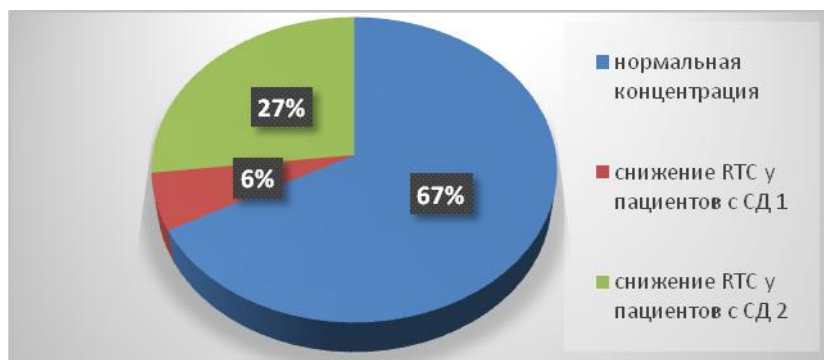


Рисунок 6 – Уровень RTC среди пациентов с СД, %

Снижение RTC наблюдается чаще у женщин, чем у мужчин. В большинстве случаев RTC равен 1⁰/₀₀ у женщин и 2⁰/₀₀ у мужчин.

Установлена прямая корреляционная связь между уровнем гемоглобина и стажем диабета ($r=0,39$), а также между уровнем гемоглобина и возрастом больных ($r=0,30$).

Выводы: анемия при диабетической нефропатии нуждается в своевременной диагностике и коррекции.

Литература

1. Шестакова М. В. Диабетическая нефропатия: клиника, диагностика, лечение / М. В. Шестакова, М. Ш. Шамхалова. – Москва: Сервье, 2009.
2. Камышников В. С. Клинико-биохимическая лабораторная диагностика / В. С. Камышников. – Интерпрессервис. Экоперспектива, 2003.

УДК 616-01

Е. В. Мирошников, аспирант; С. Б. Короткова, заведующая кафедрой;
О. Н. Крюкова, доцент

Кафедра физической культуры и медицинской реабилитации
ФГБОУ ВО Воронежский ГМУ им. Н. Н. Бурденко Минздрава России, г. Воронеж, Россия
Научный руководитель: к.м.н. О. Н. Крюкова

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ДВИГАТЕЛЬНЫХ РЕЖИМОВ СРЕДИ СТУДЕНТОК МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Развитие системы образования в области физической культуры и спорта имеет большое значение. Отечественный и зарубежный опыт показывает высокую эффективность средств физической культуры и спорта в профилактической деятельности по охране и укреплению здоровья, в борьбе с наркоманией, алкоголизмом, курением и правонарушениями, особенно среди молодежи [1, 2].

Педагогами и врачами отмечаются факты отставания и несоответствия показателей физического развития, физической подготовленности и функциональных возможностей значительной части учащейся молодежи с нормативными показателями рассматриваемого возраста. При этом продолжает сохраняться устойчивая тенденция дальнейшего снижения этих показателей в процессе обучения в вузе, роста числа студентов, отнесенных к специальной медицинской группе [3, 4].

Цель исследования: изучить двигательные режимы у студенток ВГМУ им. Н. Н. Бурденко.

Материалы и методы: определение уровня двигательной активности осуществлялось с помощью шагометрии и с использованием методов анкетирования.

Инструментальный анализ двигательной активности студенток проводили с помощью электронно-механического шагомера. Обследуемые носили шагомер на поясе в течение недели с момента пробуждения и до сна, не снимая. В конце дня показания прибора фиксировались в протоколе. Данная методика позволила определить количество локомоций за сутки и за неделю.

В эксперименте приняли участие 62 студентки 2 курса, обучающиеся на различных факультетах. Для максимальной однородности из числа обследуемых, были исключены спортсменки и студентки, по состоянию здоровья, отнесенные к специальной медицинской группе.

Результаты и обсуждение: при распределении на группы по уровню двигательной активности использовалась методика построения эмпирических кривых распределения лиц по количеству локомоций на протяжении суток. На оси абсцисс откладывалось количество локомоций в сутки, на оси ординат - количество лиц, имеющих соответствующее число локомоций за сутки. Анализ полученных данных о количестве шагов за сутки и в неделю, позволил разделить всех обследованных на 3 основные группы по уровню двигательной активности.

1 группа – низкий уровень двигательной активности с количеством локомоций до 8699 шагов/сутки;

2 группа – средний уровень двигательной активности с количеством локомоций от 8700 до 15000 шагов/сутки;

3 группа – высокий уровень двигательной активности с количеством локомоций свыше 15000 шагов/сутки (таблица 1).

Таблица 1 – Распределение обследованных по группам двигательной активности, тыс. шагов

Уровень двигательной активности	Среднесуточный объем	Средненедельный объем
Низкий	6,72±1,3	49,33±3,7
Средний	11,3±1,7	63,71±5,3
Высокий	21,06±3,5	134,96±14,1

Критериями оценки явились литературные данные, которые свидетельствуют, что средняя двигательная активность у студентов во время учебных занятий (8 мес.) составляет 8000-11000 шагов в сутки; в экзаменационный период (2 мес.) – 3000-4000 шагов, а в каникулярный период – 14 000-19 000. Очевидно, что уровень двигательной активности студентов во время каникул отражает среднюю естественную потребность в движениях, ибо в этот период они свободны от учебных занятий. Исходя из этого, можно отметить, что уровень их двигательной активности в период учебных занятий составляет 50-65 %, в период экзаменов - 18-22 % от биологической потребности. Это свидетельствует о реально существующем дефиците движений на протяжении 10 месяцев году.

По данным А. Г. Сухарева, число локомоций у девушек этого возраста — 20-25 тысяч в сутки, а проходимое ими расстояние – 15,0-20,0 км, у юношей соответственно 25-30 тысяч в сутки и 18,0-23,0 км [5].

На основании полученных результатов было рассчитано процентное соотношение между группами по двигательной активности во всей совокупности обследованных студенток. Первая группа – девушки с низкой двигательной активностью – 36,3 %. Вторая группа – девушки со средней двигательной активностью – 50,6 %. Третья группа девушки с высокой двигательной активностью - составила 13,1 % .

Сравнивая полученные показатели с показателями средней суточной шаговой активности, можно отметить дефицит на 35-50 %, аналогичный дефициту, который наблюдается у учащихся школ.

Как показали исследования, суммарная двигательная активность студентов в период занятий составляет 56–65 %, а во время экзаменов и того меньше – 18-22 % от ее уровня. Из этого мы видим, что налицо дефицит движений у большинства студентов в течение 80 % времени учебного года [6].

В сравнении со спортсменами высокой квалификации, которые выполняют до 38 тысяч локомоций в день, студенты неспортивных вузов ущербны, суммарная значимость их локомоций составляет максимум до 5–8 тысяч локомоций в сутки. Оптимальный уровень физической активности, при котором достигается наилучшее, функциональное состояние организма, составляет от 15 до 22 тысяч локомоций.

Проведенный в литературе анализ позволяет сделать вывод, что студенты, обладающие более высоким уровнем двигательной активности, лучше учатся и значительно реже болеют.

Помимо того, что занятия физической культурой направлены на укрепление здоровья, они также позволяют студентам отвлечься от аудиторных занятий и восстановить работоспособность в течение учебного дня, чего оказываются лишены студенты, освобожденные от занятий физической культурой или пропускающие такие занятия, что неизбежно ведет к накоплению у них усталости и снижению успеваемости [7].

В ходе статистического анализа выявлены минимальные и максимальные границы двигательной активности в группах. Минимальные границы должны характеризовать тот объем движений, который необходим студенту, чтобы сохранить нормальный уровень функционирования организма. Этому уровню должен отвечать двигательный режим оздоровительно-профилактического характера. Оптимальные границы должны определить тот уровень физической активности, при котором достигается наилучшее функциональное состояние организма, высокий уровень выполнения учебно-трудовой и социальной деятельности. Такой режим носит оздоровительно-развивающий характер. Максимальные границы должны предостерегать от чрезмерно высокого уровня физических нагрузок, который может привести к переутомлению, перетренировке, к резкому снижению уровня работоспособности в учебной деятельности, т.е. режим индивидуально адаптированный к максимальным возможностям студентов [6].

Помимо инструментального анализа уровня двигательной активности студенткам было предложено провести самообследование, позволившее выявить особенности физической активности. В карту субъективного анализа были включены два задания: первое – самооценка двигательной активности путем анкетирования, второе – составление расписания с хронометражем типового учебного дня.

Заключение: анализ полученных данных позволяет констатировать, что подавляющее большинство студенток ведут малоподвижный образ жизни. Подавляющее большинство опрошенных проводят в сидячем положении более 6 часов в сутки, а треть – более 8 часов.

Литература

1. Артемьева С. С. Влияние занятий фитнесом на физиологические показатели студенток медицинского ВУЗа / С. С. Артемьева, О. Н. Крюкова // Наука и спорт: современные тенденции. – 2014. – Т. 3, № 2 (3). – С. 29-31.
2. Крюкова О. Н. Оценка влияния занятиями степ-аэробикой на компонентный состав тела студенток медицинского вуза / О. Н. Крюкова, Н. И. Цицкишвили, С. С. Артемьева // Ученые записки университета им. П. Ф. Лесгафта. – 2012. – № 11 (93). – С. 74-77.
3. Бакшина, А. И. Современные подходы к профессионально-прикладной физической подготовке студентов различных специальностей / А. И. Бакшина, Ю. В. Никитченко, Л. Д. Калашникова // Современные проблемы физической культуры и спорта: материалы XII научной конференции. – Хабаровск, 2009. – С. 17-19.

4. Батыргишиева, Б. Н. Двигательная активность и современный взгляд на состояние здоровья студентов / Б. Н. Батыргишиева, Р. А. Мусаева, Р. М. Макова // Проблемы теории и практики развития физической культуры и спорта на современном этапе: материалы II Всероссийской научно-практической конференции. – Махачкала, 2010. – С. 154-156.
5. Сухарев А. Г., Теленчи В. И., Шелонина О. А. Двигательная активность и здоровье детей и подростков // Обзорная информация «Медицина и здравоохранение». Серия: Гигиена. – М.: ПК ВНИИМИ МЗ СССР, 1988. -73 с.
6. Давиденко, Д. Н. Здоровье и образ жизни студентов / Д. Н. Давиденко, Ю. Н. Щедрин, В. А. Щеголев; Под. общ. ред. проф. Д. Н. Давиденко: Учебное пособие. – СПб.: СПбГУИТМО, 2005. – 124 с.
7. Усатов А. Н. Дополнительные занятия физической культурой как фактор повышения двигательной активности студентов / Усатов А. Н., Усатов В. Н. // Вестник спортивной науки. - 2009. - №1. - С. 45-50.

О РАЗВИТИИ ТЕХНОЛОГИЙ БИОНИЧЕСКОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ

По статистике, около 12 % людей на планете [1] имеют нарушения функций и структур организма, препятствующие физической активности, затрудняющие социальную жизнь и профессиональную деятельность человека. Более 50 млн человек в год становятся инвалидами [2] по тем или иным причинам. Из них в среднем около 300 тысяч теряют ноги [3], а 390 тысяч – теряют руки [4].

Цель исследования: оценить возможность и качество использования биопротезов на настоящем этапе развития восстановительной медицины.

Материалы и методы: изучение и компиляция основных фактов из актуальных публикаций, содержащих информацию по современным бионическим протезам и истории их создания, подробному внутреннему строению высокотехнологичных протезов, а также информацию об успешных применениях таких протезов. В процессе работы были использованы не только библиотечные ресурсы, но и интернет-источники.

Результаты и обсуждение: первый функциональный протез большого пальца ноги, согласно данным ученых, был создан в период 950-710 гг. до н. э. Он состоял из двух деревянных частей, соединенных кожаной нитью через отверстия, просверленные в древесине. Палец закреплялся с помощью ремешка [5]. Толчок в развитии механизированных протезов произошел в эпоху Ренессанса. В летописях от 1508 года упоминается о немецком наемнике Гетце фон Берлихингене, использующем усовершенствованные железные протезы рук, которые управлялись с помощью пружин, подвешенных на кожаных ремнях [6].

Только в конце 20 и начале 21 веков развитие микроэлектроники, медицины и нейрофизиологии создало необходимые условия для появления биопротезирования. На сегодняшний день современный бионический протез представляет собой электронно-механическое устройство, основными компонентами конструкции которого являются: каркас, для создания которого используются поливинилхлориды, стеклопластики, жесткие и эластичные пенопласты [7], а также легкие металлические сплавы, покрытые силиконовой или резиновой оболочкой для повышения эстетических качеств; механика – это встроенные механизмы, которые делают устройство подвижным, чаще всего применяются гидравлические, пружинные или пневматические амортизаторы, обеспечивающие смягчение и распределение ударной нагрузки при движении [6]; система управления, а именно датчики нервных сигналов и обрабатывающий процессор, который осуществляет управление приводами. Для некоторых моделей ученые смогли разработать искусственный заменитель кожи, который способен к передаче владельцу импульсов поверхностной и глубокой чувствительности [8].

Искусственные конечности имеют возможность программироваться так, чтобы принимать собственные решения с использованием камер и алгоритмов [9]. Протезы обладают широким, разработанным для повседневных задач набором вариантов захвата и сжатия предметов.

Биопротезы устроены так, что при установке требуется минимальное инвазивное вмешательство и, как следствие, незначительное количество инородных материалов в суставе, что также обеспечивает малую болезненность.

Более совершенная конструкция не требует дополнительных ремней для крепления, которые не сдавливают сосуды и не нарушают трофику тканей культы, обеспечивая их нормальную жизнедеятельность [10].

Заключение: в основе управления биопротезов заложены принципы работы здоровой конечности, что делает их физиологичными. Благодаря нейрофизиологическому принципу работы бионического протеза, появилась возможность значительно упростить управление им, а также хотя бы частично вернуть пациенту ощущение обладания полноценной конечностью. Усовершенствование способов ампутации и развитие протезирования позволяет сократить сроки реабилитации людей. Ранняя ходьба на бионическом протезе способствует более быстрой адаптации больного к новым условиям жизни, формированию нового двигательного стереотипа, оказывает положительное влияние на психику больного. К сожалению, наиболее известные случаи получения бионического органа относятся к благотворительности частных организаций. Однако государственные программы, занимающиеся этим вопросом, уже существуют.

Литература

1. Оксенюк Д. Н., Черноус Д. А. Минимизация сил и моментов в биомеханической модели конечностей человека // Механика. Научные исследования и учебно-методические разработки. – Т. 201, №8. – С. 148-153.
2. Модельный образец специальных образовательных условий для получения высшего образования студентами с инвалидностью: опыт создания и применения / Рубцов В. В., Васина Л. Г., Куравский Л. С., Соколов В. В. // Психологическая наука и образование. – 2017 – Т. 22, № 1. – С. 34-49.
3. Роль дуплексной флоуметрии в оценке состояния тканей нижней конечности у пациентов с хронической ишемией нижних конечностей / Литвинова Н.Ю., Черняк В.А., Панчук О.В., Плюта И.И. // Сердце и сосуды. – 2014. – № 3 (47). – С. 83-88.
4. Степаненко Д. По мановению мысли // Популярная механика. – 2016. – №2. – С. 26-27.
5. Саакян А. Х., Гильметдинова Ю. Ф. Бионические протезы: история, будущее, реальность // Студенческий: электрон.научн. журн. – 2018. – № 3 (23). – С. 43-45.
6. Бионические протезы: история, принципы работы, последние достижения. [Электронный ресурс]. – 2017. – <https://robo-sapiens.ru/stati/bionicheskie-protezyi/> – свободный.
7. Энциклопедия полимеров. Под ред. Кабанова В. А. Т. 2 – М., «Советская энциклопедия», 1974. – С. 928.
8. Завьялов С. А., Мейгал А. Ю. Технологии биоуправляемых протезов сегодня и завтра // Journal of Biomedical Technologies – 2015. – №2. – С. 36-42.

А. М. Морозов, ассистент; В. А. Игнатенко, О. В. Пельтихина, студенты

Кафедра общей хирургии

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

Научный руководитель: ассистент А. М. Морозов

СТАНОВЛЕНИЕ БЕСПЛАТНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

С целью сохранения и увеличения человеческих ресурсов необходим высокий уровень жизни [1]. Здоровье является неотъемлемым показателем качества жизни населения в целом. В настоящее время в России сложилась не самая простая проблема в области здравоохранения. После развала Советского Союза, система охраны здоровья которого заслуженно считалась одной из лучших в мире, показатели значительно снизились. Однако, вопрос оптимальных условий оказания бесплатной медицинской помощи до сих пор остается открытым.

Цель исследования: проследить и оценить развитие бесплатного здравоохранения в разные исторические периоды.

Материалы и методы: анализ литературы и интернет-источников.

Результаты и обсуждение: система здравоохранения, как одна из частей социальной жизни человека, формировалась на протяжении всей истории человечества. Если погрузиться в историю Древней Руси, то можно отметить, что конкретной системы здравоохранения или хотя бы ее прототипа там не существовало. Врачебную помощь оказывали частные лица в виде народной и монастырской медицины, в условиях нехватки ресурсов и знаний, чтобы оказать помощь всем нуждающимся. Естественно ни о какой централизованной помощи, страховании и защите здоровья речи не шло [2].

Переломным моментом можно считать проведение реформ системы государственного управления и возникновения приказов, в частности, возникновение Аптекарского приказа в 1581 году. Обеспечивался Аптекарский приказ полностью за счет царской казны [3]. А в начале XVII века в Российском государстве начинает формироваться территориальная система медицинского обеспечения, но затем провели реорганизацию в медицинскую канцелярию в 1720 г. Петром Великим [4]. Медицинская канцелярия своим функционированием подтвердила необходимость и эффективность государственного регулирования в сфере медицинского обеспечения населения [2].

С расширением территории здравоохранение все больше нуждалось в развитии и изменениях. В 1763 году Екатериной II вводится Медицинская коллегия. Система ее организации была та же, однако только эта организация смогла разделить всю сферу здравоохранения на 3 уровня от нижнего к верхнему, установила четкое подчинение одних медицинских органов другим [2].

Затем охраной здоровья стал заниматься Медицинский департамент, который был подчинен, являясь его ведомством, Министерству внутренних дел [5].

В период после отмены крепостного права возник новый вид медицины - земская медицина, которая вплотную занялась обслуживанием нужд сельского населения [6].

В послереволюционный период, в годы становления Советского союза СНК принял декрет от 11 июля 1917 года «Об учреждении Народного комиссариата здравоохранения». Чуть позже была национализирована вся аптечная сеть. И впервые была провозглашен приоритет профилактической медицины. Но вскоре III Всероссийский съезд здравотделов провозгласил главные принципы здравоохранения - государственность и бесплатность. Было выяснено, что профилактика помогает значительно сэкономить государственные средства, и именно поэтому она стала выходить в массы, трудящиеся стали вовлекаться в работу по оздоровлению, пропаганда здорового образа жизни также сделала свое дело. Действовавший в стране так называемый остаточный принцип финансирования здравоохранения обусловил серьезное ослабление внимания к аспекту охраны здоровья [7].

В годы Великой Отечественной войны службы здравоохранения (Главное военно-санитарное управление, Ученый медицинский совет) были нацелены на выполнение задач, связанных с боевыми действиями и обеспечением тыла, предупреждением распространения эпидемий. С финансовой точки зрения этот период был крайне тяжелым в связи с тем, что больницы уничтожались врагом [7].

После окончания войны правительство обратило внимание на развитие специализированных служб: скорой медпомощи, стоматологии и другие. Однако было видно, что результаты деятельности органов здравоохранения переставали соответствовать потребностям населения [8]. Финансирование осуществлялось, как и прежде, по остаточному принципу, доля эта снижалась [9]. Необходим был новый подход к использованию имеющихся остаточных ресурсов, поиску новых путей реорганизации здравоохранения на всех уровнях [10].

В 1990 годы тяжелое положение охватило все отрасли и сферы всех организаций страны, в том числе и здравоохранение, существовала острая нехватка лекарственных препаратов и медицинских материалов, кадров [11]. В качестве альтернативы сложившейся государственной системе здравоохранения вводится медицинское страхование, но, к сожалению, до сих пор эта мера не изменила сложного положения дел в медицинском обслуживании населения, что связано с резким дефицитом финансирования отрасли, в целом [12].

Недостаток государственного финансирования компенсировался ростом расходов населения на оплату медицинской помощи. С 2000 г. государственное финансирование здравоохранения увеличивалось, но расходы населения росли более быстрыми темпами [13].

Заключение: главной проблемой, родившейся в царский период, укоренившейся в годы СССР и дающей плоды в наше время, остается проблемы остаточного финансирования [14]. Модель страховой медицины позволяет ликвидировать недостатки как платной, так и бесплатной медицины. Она сохраняет бесплатность оказываемых услуг населению, в то же время уничтожая последствия остаточного принципа финансирования, коим руководствовался Советский Союз.

Литература

1. Здравоохранение в России. Финансовое и материальное обеспечение / интернет-ресурс <https://works.doklad.ru/view/cDZLP-98ZaY.html>

2. История медицины: учебн. для студентов/ под ред. Сорокиной Т.С. – 4-е изд., перераб и доп. – М.: Академия, 2008. – 209 с.
3. Общественное здоровье и здравоохранение: уч. пособие / под ред. Г. Н. Царик. – М., 2018. – 912 с.
4. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. – М.: Издательство «Медицинское информационное агентство», 2010. – 544 с.
5. Здравоохранение в России в первой половине XIX века [Электронный ресурс] режим доступа: свободный // istoriirossii.ru/19-vek/311-zdravooxranenie-rossii-v-pervoj-polovine-xix-veka.html
6. Богословский С. М. Земский медицинский бюджет за 1883-1905 годы. – М., 1908. – С. 14-19.
7. Общественное здоровье и здравоохранение: учебн. для студентов/под ред. В. А. Миняева, Н. И. Вишнякова. – 5-е изд., перераб. и доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2013. – 656 с.
8. Величковский Б. Т. Стратегия медицины в охране здоровья населения на пороге XXI века // Вестник РАМН. – 2000. – №9. – С. 51-56.
9. Экономика здравоохранения / под ред. М. Г. Колосницыной, И. М. Шеймана, С. В. Шишкина. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 464 с.
10. Ермаков В. В., Соболевский Г. Н. Основы финансирования учреждения здравоохранения // Социальная гигиена и организация здравоохранения – М.: Медицина, 2014. – С. 559-576.
11. Щепин В. О., Овчаров В. К. Здравоохранение России: Стратегический анализ и перспективные направления развития // Здравоохранение РФ. – 2013. – №6. – С. 24-26.
12. Колиева Г. Л., Воробьев П. А., Лукьянцева Д. В. Развитие процесса стандартизации в отечественном здравоохранении // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2014. – № 3/4. – С. 3-7.
13. Грачева Т. Ю. Комментарий к Федеральному закону от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»// Справочная система «Гарант». – М., 2014. – 456 с.
14. Ивойлов В. М., Царик Г. Н., Штернис Т. А. и др. Финансирования здравоохранения: учебное пособие для студентов. – Кемерово: ИнСЭПЗ, 2009. – 41 с.

УДК 614.88 (471.331-20)(091)

А. М. Морозов, ассистент; Е. А. Графи, Д. С. Шишкова, О. В. Пельтихина, студенты

Кафедры общей хирургии

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

Научный руководитель: ассистент А. М. Морозов

СКОРАЯ ПОМОЩЬ В ГОРОДЕ ТВЕРИ: ИСТОРИЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ

Скорая медицинская помощь (СМП) – это система организации круглосуточной экстренной медицинской помощи при состояниях и заболеваниях, угрожающих жизни человека. Каждый день миллионы людей нуждаются в экстренной помощи. Основной особенностью СМП является быстрота ее действия. Развитие службы не стоит на месте как на федеральном, так и на областном уровне.

Цель исследования: рассмотрение истории создания скорой медицинской помощи в г. Твери и Тверской области.

Материалы и методы: анализ литературы и интернет-источников.

Результаты и обсуждение: первое упоминание о СМП в Твери приходится на 1920 годы, то есть, на времена гражданской войны. Медицинская деятельность скорой помощи берет начало с неотложной помощи, осуществляемую одним врачом, который имел в своем распоряжении лошадь с повозкой. В скором времени появилось два пункта скорой помощи: «фабричный», который находился на «пролетарке», и «городской» – в городе [1]. В каждом пункте медицинскую помощь оказывали два врача, их выезды осуществлялись на двух лошадях. В 1928 году были созданы еще два пункта скорой медицинской помощи на промышленных предприятиях города: на Вагонном заводе, на фабрике им. Вагжанова [2].

6 февраля 1929 г. в свет вышло постановление Тверского Губздравотдела «Об организации станции скорой помощи в г. Твери». Первоначально она была основана при институте физических методов лечения [2], который позднее станет областной клинической больницей. Ее коллектив состоял из заведующего станцией, 4 врачей, 4 сестер, 4 санитаров, 5 шоферов [3].

В 1939 г. в городе Калинин для станции СМП было отведено специальное здание, в результате увеличилось количество врачебных ставок до 15, работало 6 машин, одна из которых для перевозки рожениц.

В годы Великой Отечественной войны большая часть медперсонала ушла на фронт. Согласно архивным данным, в 1944 г. на станции СМП в Калининне работал всего лишь один врач, а в качестве транспортного средства в его распоряжении была только лошадь [1].

В 1945 г. станция все еще оставалась некомплектованной: в штате числился один врач вместо 5 и семь медсестер вместо 9, в их распоряжении уже была «одна машина и одна старая лошадь» [4]. Однако медперсонал часто ездил на вызовы в трамвае или ходил пешком, а больные доставлялись в больницы случайным транспортом.

На 1 января 1947 г. население Калинина составляло уже 175000 человек, и на такое количество населения города на станции СМП работало уже 3 машины. На этот период времени скорая помощь считалась станцией 2 категории, но по данным статистики она превысила норму по количеству обслуживаемого населения (вместо 20000 вызовов было

сделано 24488), поэтому 12 марта 1953 года Исполнительный комитет городского совета принял решение № 68 «Об утверждении городской ССМП как ССП 1 категории» [5].

Крупные изменения произошли с приходом на станцию главного врача Зои Петровны Шац. Благодаря ее усилиям на 1 января 1956 г. на станции СМП уже находилось 11 автомашин. За этот год было выполнено уже 34152 вызова. На станции СМП было 123 штатных должностей, 16 врачей, 33 работника среднего медперсонала, 29 – младшего медперсонала и 45 прочих работников [2].

В 1958 году для улучшения качества обслуживания населения были пополнены медицинские ящики в соответствии с положением о станции СМП. В 1960 г. введена новая документация — выездная карта [2], на основе которой стала осуществляться статистическая обработка карт, был создан справочный отдел. Со следующего года на станции СМП обязательно находился постоянный дежурный врач.

В 1959 г. по всей стране начался новый этап развития — в службе СМП стали создаваться специализированные бригады разного профиля [1].

С 1 января 1962 г. все машины скорой радиофицированы, радиостанции работают круглосуточно. В этом же году впервые стала проводиться регистрация ЭКГ на дому лицам с подозрением на инфаркт. 20 мая 1970 г. в целях дальнейшего повышения качества оказания скорой и неотложной помощи была организована специализированная психоневрологическая бригада [2]. Затем в октябре того же года была создана первая кардиологическая и педиатрическая бригады. Также в октябре 1970 г. было сдано новое здание станции СМП и открыта II подстанция в Новопромышленном (Московском) районе [2].

С 20 апреля 1975 г. по 1 апреля 1992 г. станцию скорой и неотложной медпомощи Твери возглавлял главный врач Эдуард Михайлович Вишняков, который продолжил усовершенствование специализированной службы догоспитального этапа и ввел в эксплуатацию две новые подстанции: III подстанция в микрорайоне Южный и IV подстанция в Пролетарском районе. Также в 1980 г. создана хирургическая бригада. К 1990 г. на станции функционировало уже 6 кардиологических бригад [2, 7].

С апреля 1992 г. главным врачом Тверской станции СМП является Валентина Александровна Марунова, открывшая V специализированную педиатрическую подстанцию и новую подстанцию в пос. Химинститута [2, 8].

Сегодня служба СМП Тверской области представлена тремя станциями - в Твери, Вышнем Волочке и Ржеве, а также отделениями СМП при центральных районных больницах. С ноября 2017 года главным врачом станции является Мечетный Алексей Борисович [6]. По сообщениям министерства здравоохранения Тверской области, сейчас на Тверской станции СМП кроме общепрофильных бригад работают специализированные педиатрические и психиатрические бригады, а также бригады интенсивной терапии.

Успехи в организации медицинской помощи пациентам с инфарктом миокарда в Тверском регионе оценены даже на федеральном уровне. На догоспитальном этапе применяются технологии теле-ЭКГ, то есть дистанционное консультирование бригад СМП специалистами Регионального сосудистого центра с передачей электрокардиограммы по цифровым каналам связи в режиме реального времени [9].

Станция скорой и неотложной медпомощи является базой для подготовки студентов Тверского медицинского колледжа и Тверского Государственного медицинского университета по разделам экстренной медпомощи больным и пострадавшим на догоспитальном этапе [10].

Заключение: проследив, всю историю развития СМП в Тверской области, можно сказать, что ее возникновение существенно улучшило условия жизни населения. Увеличилось качество работы скорой помощи в связи с появлением нового оборудования, современных автопарков, высококвалифицированных специалистов. Появление бригад разных профилей существенно повлияло на своевременное оказание помощи людям с совершенно разными заболеваниями. На сегодняшний день СМП в Тверской области играет значительную роль в спасении человеческих жизней. Несмотря на то, что СМП в Тверской области несовершенна, есть небольшие пробелы, но все равно этот тяжелый труд работников экстренной помощи требует глубокого уважения.

Литература

1. Скабицкая Н. От упряжки до реанимобиля // Тверская Жизнь. – 2009. – № 4.
2. Становление организационно-методических и лечебно-диагностических принципов оказания экстренной догоспитальной помощи. – Тверь: НТП «Фактор», 1999. – 212 с.
3. РАКО. ФР-480. Оп 12. Д 125 л.42. ГОС. Архив Тверской области.
4. Тверские ведомости. [Электронный ресурс] Режим доступа: свободный <https://vedtver.ru/news/society/rabotniki-tverskoy-skoroy-otmechayut-professionalnyy-prazdnik/>
5. Медкарта.ру. История создания тверской службы скорой медицинской помощи. [Электронный ресурс] Режим доступа: свободный <http://www.medkarta.ru/articles/444-istorija-sozdaniya-tverskoi-sluzhby-skoroi-medicinskoj-pomoschi.html>
6. Тверская станция скорой медицинской помощи. История. [Электронный ресурс] Режим доступа: свободный <http://scoraya-tver.ucoz.ru/index/history/0-9>
7. Барановская Т. «Скорая помощь» через увеличительное стекло // Твер. Губерн. Известия. – 1998. – № 11.
8. Раченкова Н. Что ждет врача за вашей дверью // Тверская жизнь. – 2001. – 16 июня.
9. Суворов С. К 100-летию первых санитарных автомобилей в России // Автомобильный транспорт. – 2007. – № 2. – С. 49-51.
10. Сучков Н. «Скорая» немощь // Вече Твери. – 2001. – 30 авг.

А. М. Морозов, ассистент; Д. В. Ахмедова, И. В. Пономарева, О. В. Пельтихина, студенты
Кафедра общей хирургии
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Научный руководитель: ассистент А. М. Морозов

РАЦИОНАЛЬНЫЙ ВЫБОР МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО АТЕРОСКЛЕРОЗА СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Облитерирующий атеросклероз (ОА) артерий нижних конечностей – частное проявление атеросклероза, которое отличается от других его проявлений лишь органом-мишенью. Для него характерно поражение крупных артерий эластического и мышечно-эластического типа [1]. Самая распространенная причина высокой смертности людей во всем мире – сердечно-сосудистые заболевания [2]. По оценкам Всемирной организации здравоохранения, в 2015 г. от ССЗ умерло 17,5 млн человек, что составило 31 % всех случаев смерти в мире [3]. В России же на долю ССЗ приходится 57 % смертей, где большинство летальных случаев связаны с болезнями, обусловленными атеросклерозом [4]. Атеросклероз – единственная болезнь, генетически предназначенная каждому человеку [5]. Риск негативных последствий, таких как ампутация нижних конечностей в течение 1 года после постановки диагноза, составляет 10-40 % [6].

Цель исследования: изучение методов диагностики ОА и выявление наиболее простых и безболезненных способов получения информации о состоянии периферических сосудов нижних конечностей, предоставляющих наиболее информативную картину болезни.

Материалы и методы: анализ литературы и интернет-источников.

Результаты и обсуждение: особенность ОА заключается в отсутствии первичных расстройств микроциркуляции. Поскольку изменение тока крови по микрососудам отражают лишь последствия снижения интенсивности кровотока. Так, для выявления ОА применяют не только инструментальный и лабораторные методы диагностики, но и обращают внимание на внешние симптомы при общем осмотре. В первую очередь уделяется внимание симптомам: изменение цвета кожных покровов на бледный или с синюшным оттенком, нарушение температуры и систолического давления в локализации поражения, отеки, чувство тяжести при ходьбе, проявление болевых синдромов ионемений, недостаточная регенеративная способность, затруднение при ощупывании пульса на ногах, помутнение радужки [7].

Немаловажное значение отводится измерению лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ). Этот метод обследования позволяет не только обнаружить процесс атерогенеза, но и выявить окклюзионно-стенозических изменений. Методика определения ЛПИ проста и заключается в измерении систолического кровяного давления на плечевой артерии и *a. dorsalis pedis*, *a. tibialis posterior*. Определение АД проводится трижды на плече и лодыжке, после чего рассчитывается отношение максимального систолического АД на лодыжке к максимальному значению на плече. В норме показатель ЛПИ составляет от 0,9-1,3. При ОА показатели снижаются [8].

Ультразвуковое доплеровское исследование (УЗДГ) позволяет безболезненно и неинвазивно сделать заключение о соответствии скорости кровотока в определенном месте

сосуда. Данный метод имеет следующие преимущества: доступность и малая стоимость, отсутствие ионизирующего излучения, детализация изображения выше, чем при других скрининговых методах, данная процедура проводится в онлайн-режиме, после чего сразу возможно проведение биопсии.

Ультразвуковое дуплексное сканирование (УЗДС) позволяет выявить причины развития атерогенеза. При этом исследовании сканер позволяет получить двухмерное изображение стенок сосуда. Абсолютно безопасный и безвредный метод, позволяющий выявить участки нарушения кровотока.

Основным этапом исследования атеросклероза является ангиография [9]. Она осуществляется двумя путями: пункцией, если сосуд расположен поверхностно и введение контрастного вещества осуществляется через шприц, и катетеризацией, при глубоком расположении артерии или вены, после разреза под местной анестезией находят сосуд и вставляют в просвет интродьюсер. По скорости распространения контрастного вещества судят о состоянии кровотока [8]. К сожалению, этот метод имеет отрицательные качества, как, например, противопоказания при выраженной сердечной недостаточности, психических заболеваниях, острых инфекционных и воспалительных заболеваниях, беременности контрастное вещество оказывает вредное воздействие на организм из-за осмотической токсичности, также данное исследование затратно с экономической точки зрения.

МРТ сосудов нижних конечностей – наиболее современный метод диагностики, позволяющий выполнить обследование в определенной области без вреда для пациента, а также выявить полную картину заболевания, а именно: общее состояние сосудов, наличие новообразований, нарушение кровотока, в том числе и степень нарушения кровообращения. Положительным моментом является и отсутствие рентгеновского излучения. Однако МРТ не проводится, если в организме пациента присутствует металлический предмет (считаются даже татуировки с металлическими частицами), поскольку эти элементы могут перегреться или сместиться под действием магнитных полей, а так же при наличии кардиостимулятора.

Электронно-лучевая томография (ЭЛТ) позволяет провести оценку состояния коронарных сосудов и несет минимальный вред для пациента, но может вызвать развитие симптомов ослабления миокарда, ускорение пульса, нестабильность сердечных ритмов [10].

В дополнение применяют биохимические исследования, а именно: развернутую липидограмму (определение в сыворотке крови общего холестерина, ЛПВП, ЛПНП и триглицеридов). При атеросклерозе также выявляется увеличенный индекс атерогенности.

Заключение: без предварительного осмотра и выявления симптомов, характеризующих ОА, нет необходимости в назначении скрининговых методов. Это наиболее простой способ обследования, хотя недостаточно информативный. В дальнейшем все зависит от стоимости скринингового метода, а также необходимости его назначения. На данный момент наиболее простым методом диагностики является ультразвуковое дуплексное исследование, которое является наиболее безопасным и недорогим.

Литература

1. Новицкий В. В., Гольдберг Е. Д., Уразова О. И. Патологическая физиология, Т. 2: учебник / под ред. акад. РАМН В. В. Новицкого [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 168 с.

2. Царик Г. Н. Здоровоохранение и общественное здоровье: учебник / под ред. Г. Н. Царик. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 141 с.
3. Латфуллин И. А. Атеросклероз (краткие сведения истории развития, причины, патогенез заболевания, факторы риска, принципы профилактики) / И. А. Латфуллин. – Казань: Изд-во Казан.ун-та, 2015. – 144 с.
4. Покровский А. В. Клиническая ангиология. – М., 2003.
5. Ашер Э., Покровский А. В. Сосудистая хирургия по Хаймовичу, 2 т. Т. 1, 2-е изд. (эл.). – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2012. — С. 5-9.
6. Дортланд Р. В. Ампутации при атеросклеротическом поражении сосудов нижних конечностей / Р. В. Дортланд, Б. К. Экель-баум // Ангиология и сосудистая хирургия. – 1997. – № 4. – С. 32–42.
7. Терновой С. К. Спиральная компьютерная и электронно-лучевая ангиография / С. К. Терновой, В. Е. Сеницын. – М., 1998. – 140 с.
8. Карпов Р. С. Атеросклероз: патогенез, клиника, функциональная диагностика, лечение / Р. С. Карпов, В. Д. Дудко. – Томск, 1998. – 656 с.

М. Н. Мотеркина, В. О. Юрченко, студенты;
К. С. Данилина, ординатор; О. Б. Поселюгина, доцент
Кафедра госпитальной терапии и профессиональных болезней
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Научный руководитель: д.м.н., доцент О. Б. Поселюгина

МОДИФИЦИРОВАННЫЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

В современной России больные с хронической болезнью почек (ХБП) составляют около 15 % [1, 2]. Ежегодно количество пациентов с этой патологией растет [1]. Основные причины гибели больных с ХБП – это осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы (ССС), такие как инфаркты и инсульты [2, 3].

Цель исследования: изучение факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у больных с ХБП.

Материалы и методы: обследовано 100 пациентов с ХБП, находившихся на стационарном лечении в нефрологическом отделении Областной клинической больницы города Твери. Среди обследованных половину составили мужчины - 50 %, другую половину – женщины (50 %), средний возраст – $52 \pm 5,1$ года. У всех пациентов проводился сбор анамнестических данных, измерялось артериальное давление, выполнялись лабораторные исследования: общий анализ мочи, биохимический анализ крови с оценкой показателей мочевины, креатинина, калия, глюкозы крови, с последующим расчетом скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКД-EPI. Статистическая обработка проводилась с использованием программы STATISTICA. За статистическую значимость различий принимали $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение: основная часть обследованных предъявляла жалобы на наличие отеков (56,7 %), головной боли и головокружений (50,7 %), одышки (43 %), сердцебиений или перебоев в работе сердца (41,8 %), боли в мышцах ног при ходьбе (37,3 %).

Больных с ХБП в большей степени беспокоили жалобы сердечно-сосудистого характера. В меньшей степени пациенты предъявляли жалобы, связанные с наличием нарушенной функции почек. Так, на постоянную сухость во рту и жажду жаловались 36 % обследованных, плохой аппетит и отвращение к мясной пище – 23,9 %, частые позывы к мочеиспусканию – 18 %, кожный зуд – 15 %, учащенное мочеиспускание – 10,4 %.

Все обследованные пациенты имели артериальную гипертензию (АГ). Первая степень АГ выявлялась у 7,8 % больных, 2-я – у 49,4 %, 3-я – у 32,8 %. Более чем в 30 % случаев обследованных отмечалось наличие сахарного диабета (СД); у мужчин это заболевание встречалось в 17,9 %, а у женщин было чуть меньше и составило 13,4 % случаев. Общеизвестно, что никотин и оксид углерода ухудшают функцию сердечно-сосудистой системы [4]. По нашим данным, среди всех обследованных курильщики составили 47 %. Из них 35,8 % с получением информации об отрицательном влиянии курения на течение ХБП бросили курить.

Отягощенная наследственность по ССЗ у больных с ХБП встретилась в 56 % случаев, по СД в 10,4 %, по заболеваниям почек в 15 % случаев.

Оказалось, что 40 % больных с ХБП принимали обезболивающие препараты курсами до нескольких раз в год; 13 % – несколько раз в месяц и 9 % – принимали препараты несколько раз в неделю и чаще.

Полученные данные показали, что 40 % обследованных больных вообще не уделяют внимания физическим нагрузкам, 35 % – ежедневно выполняют утреннюю зарядку длительностью 15 минут, 25 % – физическим нагрузкам уделяют менее 40 минут несколько раз в неделю.

Известно, что протеинурия является важным ФР, усиливающим прогрессирование ХБП [3, 4].

У обследованных средний уровень протеинурии был патологическим и, в среднем, составил 0,44 г/л.

При расчете СКФ оказалось, что больных с 1-й стадией (СКФ > 90 мл/мин/1,73 м²) ХБП не встретилось, со 2-й стадией (СКФ 60-89) они составили 3 %, с 3а стадией (СКФ 45-59) – 8,9 %, 3в стадией (СКФ 44-30) – 14,8 %, с 4 стадией (СКФ 29-15) – 17,9 % и 5 стадией (СКФ менее 15 %) – 51,1 %. Различий по полу во всех стадиях ХБП зарегистрировано не было.

Заключение: у пациентов с ХБП наиболее частыми модифицированными ФР развития ССЗ явились курение, низкая физическая активность, злоупотребление анальгетиками и протеинурия. Можно полагать, что своевременная коррекция указанных факторов позволит снизить смертность больных от заболеваний ССС и затормозить процессы прогрессирования ХБП.

Литература

1. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза (IV пересмотр) / Российские рекомендации. – М., 2009. – 56 с.
2. Клинические практические рекомендации KDIGO 2012 по диагностике и лечению хронической болезни почек / Перевод с английского Е. С. Камышовой под ред. Е. В. Захаровой. – 2017 г. – 64 с.
3. Кутырина И. М., Фомин В. В., Швецов М. Ю. Артериальная гипертензия как фактор прогрессирования хронических заболеваний почек / Нефрология: национальное руководство / под ред. Н. А. Мухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 82 с.
4. Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению. Национальные рекомендации. – Коллектив авторов (руководитель группы А. В. Смирнов). – С.-Пб.: «Издательство «Левша. С-П.», 2012. – 25 с.

УДК 159.962

Л. А. Мурашова¹, доцент; Д. Д. Григорьева¹, старший преподаватель;
М. И. Михеев², доцент

¹ - Кафедра философии и психологии с курсами биоэтики и истории Отечества
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава, г. Тверь, Россия

² – Кафедра психологии и философии
ФГБОУ ВО Тверской ГТУ, г. Тверь, Россия

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ, НАПРАВЛЕННОЕ НА ВЫЯВЛЕНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ И ОЦЕНКА ИХ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

В современной психологической, социологической и медицинской полемике по вопросам формирования моральных и ценностных смыслов врача, его нравственности, ментальности, хабитуса, образа жизни, этоса все более значимую роль играет проблема «качества жизни».

Проблема взаимосвязи этоса и качества жизни в современном медицинском дискурсе нуждается в междисциплинарном изучении, которое предполагает проведение всесторонних эмпирических исследований.

Качество жизни человека понимается как оценочная категория, обобщенно характеризующая свойства всех ее составляющих: жизненного потенциала, условий, процессов и результатов жизнедеятельности по отношению к объективным или субъективным эталонам. «Многомерное понятие качества жизни презентует физические, психические и социальные реалии и жизнедеятельность человека. Качество жизни – интегральный показатель жизненного пространства, личностного, субъектного, профессионального потенциала, здоровья человека» [1, с. 250]. Другими словами, под качеством жизни подразумевается «...сочетание восприятия индивидом положения в обществе, оценку социального статуса и роли через интроспекцию культурных идеологем и ценностей, в соответствии с уровнем притязаний, а также удовлетворенность социальными, физическими, экономическими, политическими и эмоционально-психологическими факторами жизни человека» [2, с. 119].

Снижение качества жизни студентов-медиков может быть обусловлено высокой степенью напряженности процесса обучения. Здоровый образ жизни, который не всегда поддерживается во время обучения в ВУЗе, ухудшение эколого-гигиенического состояния объектов учебы и места жительства студентов, нестабильность социально-экономического состояния и др., способны привести к множественным и длительным стрессам, обострить внутриличностные, а также спровоцировать возникновение межличностных конфликтов, зачастую достигающих до открытой конфронтации к социальному окружению. Все вышеперечисленные факторы, в свою очередь, вынуждают молодых людей искать выход из этих психотравмирующих обстоятельств, нередко приводя к отчужденности, потере внутренней целостности и формированию аддиктивного поведения.

В связи с актуализацией этой проблемы в период с ноября по декабрь 2017 г. было проведено групповое социально-психологическое тестирование, актуальность которого

заключается в возможности выявления уровня эмоциональной напряженности среди студентов - медиков и определения возможных психологических проблем, выявления обучающихся с признаками аддиктивного поведения, оценки качества жизни.

Цель исследования: проведение эмпирического социально-психологического тестирования студентов ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России по выявлению личностных особенностей.

Объект исследования: студенты 2-ого курса лечебного, стоматологического, педиатрического и фармацевтического факультетов в возрасте от 19 лет до 21 года, в количестве 497 человек.

Предмет исследования: «конституционные факторы личности» студентов ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России.

Методы исследования: в качестве диагностического инструментария исследования были использованы 16-ти факторный личностный опросник Р. Кеттелла, предназначенный для выявления индивидуально-психологических особенностей личности и шкала оценки удовлетворенностью качеством жизни, разработанная Э. Динером и предназначенная для измерения глобальной удовлетворенностью жизнью.

Результаты и обсуждение: в ходе исследования 16-ти личностных факторов у студентов-медиков были выявлены особенности характера, темперамента, интеллекта, эмоциональных, волевых, моральных, коммуникативных и других особенностей.

По результатам проведенного исследования большую часть студентов-медиков (2/3) можно охарактеризовать как подозрительных, недоверчивых и полных сомнений, проявляющих нетерпимость в межличностных коммуникациях, с ярко выраженными лидерскими способностями и потребностью к конкуренции и соперничеству, стремящихся к доминированию. Им свойственны высокий уровень интеллекта, развитое абстрактное мышление, сообразительность, быстро схватывают новое, хорошо обучаются, имеют разнообразные интеллектуальные интересы. Большой части студентов свойственны тревожность, склонность к самобичеванию и депрессии. Они недооценивают свои возможности, подвержены эмоциям. Им свойственно постоянное напряжение, фрустрированность. Для них характерен высокий уровень тревожности и беспокойства. При этом достаточно легко подстраиваются под быстро меняющиеся внешние стимулы, склонны к гибкости в изменении поведенческих стратегий.

Заключение: будучи обусловленным в значительной степени социально-экономическими условиями, уровень качества жизни находится в зависимости от мотивов деятельности конкретного человека, особенностей его психики, состояния здоровья и функциональных возможностей организма. Этим, в частности, объясняется реальная ситуация уровня качества студентов-медиков.

Литература

1. Евстифеева Е. А., Алексеева Ю. А., Филиппченкова С. И. и др. Междисциплинарные исследования качества жизни и адаптационного потенциала подростков // Научный журнал. Врач-аспирант. – 2015. – № 1, 2 (68). – С. 250-259.
2. Макаров А. В., Михеев М. И., Чистякова Д. Д. Дуализм представлений о «качестве

жизни» в современном российском обществе. Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение. Вопросы теории и практики. – 2015. – №12-14 (62). – С. 118-123.

Д. С. Мячина, студентка; И. С. Добрынина, доцент
ФГБОУ ВО Воронежский ГМУ им. Н. Н. Бурденко Минздрава России, г. Воронеж, Россия
Кафедра поликлинической терапии
Научный руководитель: к.м.н., доцент И. С. Добрынина

ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЕМЕ

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) выявлена более чем у 23 млн человек в мире. В современных условиях проблема корректной терапии хронической сердечной недостаточности (ХСН) при коморбидных состояниях является важной и приоритетной в разработке мер по улучшению качества жизни пациентов, имеющих сердечно-сосудистую патологию [1]. У многих больных с ХСН диагностируется анемия, усугубляющая тяжесть ХСН, снижающая адаптационные возможности организма, ухудшающая психологическое состояние и качество жизни пациентов, приводящая к прогрессированию заболевания [2].

Цель исследования: изучить особенности течения ХСН у амбулаторных пациентов при наличии и отсутствии анемического синдрома.

Материалы и методы: в исследовании приняли участие 57 человек, страдающих ХСН I-IV ФК. Функциональный класс у больных определялся при помощи шкалы оценки клинического состояния (в модификации В. Ю. Мареева). Когнитивная функция оценивалась согласно МОСА-тесту и пробы Шульце. Определение качества жизни включало опросники: Миннесотский опросник качества жизни при ХСН (MLHFQ), оценка индекса активности (индекс DASI), субъективная шкала оценки астении (MFI-20), также была проведена оценка индекса коморбидности Charlson. Статистическая обработка полученных результатов выполнялась на персональном компьютере с использованием стандартных статистических методов и пакета программ STATISTICA 6.0. Количественные данные (при нормальном распределении признака) представлены в виде $M \pm m$, где M - выборочное среднее, m - стандартная ошибка средней. Сравнение количественных показателей было проведено с помощью теста Mann-Whitney, критерия Kolmogorov-Smirnov. Достоверными считали различия при $p < 0,05$. Для анализа связей между изучаемыми признаками (корреляций) применялись параметрический метод Pearson и непараметрический метод Spearman.

Результаты и обсуждение: обследовано 23 мужчины и 34 женщины с установленным диагнозом ХСН, проходящие амбулаторное лечение в БУЗ ВО «ВГКП № 4» и ГУЗ «Гербунская МРБ». С момента первичной постановки диагноза ХСН средняя продолжительность данной нозологии составила $9,08 \pm 0,64$. Данный показатель составил $7,9 \pm 0,91$ года в мужской группе обследованных и $9,83 \pm 0,87$ года – в женской. Средний возраст опрошенных пациентов – $70,4 \pm 1,37$ года. Средний возраст мужчин составил $66,1 \pm 1,88$ года, женщин $73,05 \pm 1,78$ ($p = 0,16$; $p > 0,1$). Среднее значение ФК по ШОКС равно $2,64 \pm 0,19$ и $2,37 \pm 0,12$ для мужчин и женщин соответственно ($t = 0,58$; $p = 0,56$; $p > 0,1$). Средний показатель индекса коморбидности Charlson у мужчин - $5,77 \pm 0,39$, у женщин – $5,23 \pm 0,34$

($p > 0,1$). Таким образом, исследуемые группы сопоставимы по возрасту, тяжести основного заболевания и индексу коморбидности.

Анемический синдром, подтвержденный лабораторно ($Hb < 120$ г/л у женщин и < 130 /л у мужчин) отмечался у 29 опрошенных (51 %). 28 пациентов не имели сопутствующей анемии (49 %). Средние показатели ФК по ШОКС у больных ХСН и анемическим синдромом составили $2,85 \pm 0,16$, у пациентов с диагнозом ХСН без анемии – $2,1 \pm 0,09$ ($p = 0,0026$; $p < 0,05$). Среднее значение MLHFQ составило $64,5 \pm 2,49$ при максимально возможном результате 105 баллов (наиболее низкий показатель качества жизни), DASI – $15,2 \pm 0,97$ (самое высокое качество жизни по данным опросника соответствует 58,2 балла). Средний показатель индекса коморбидности Charlson равен $5,4 \pm 0,26$. Показатели качества жизни значительно снижались при наличии у пациентов сопутствующей анемии. Так, значение MLHFQ составило $74,25 \pm 1,98$ балла у больных ХСН и анемией, в свою очередь пациенты без анемического синдрома имели данный показатель в пределах $55,13 \pm 3,83$ баллов ($p = 0,00027$; $p < 0,001$). Средние показатели опросника DASI – $15,2 \pm 0,97$. Для больных с сопутствующей анемией данное значение составило $11,8 \pm 1,12$, для пациентов с ХСН без анемии – $18,5 \pm 1,33$ ($p = 0,0006$; $p < 0,001$).

Согласно субъективной шкале оценки астении (MFI-20) наиболее выраженные проявления данного синдрома были отмечены в группе больных ХСН и сопутствующей анемией – $78,6 \pm 2,53$, среднее значение у пациентов без анемии составило $56,6 \pm 3,3$ ($p = 0,000006$; $p < 0,001$). В общей группе средний показатель был равен $67,4 \pm 2,53$ балла при максимально возможном уровне астении 100 баллов. Число госпитализаций пациентов с анемией – $2,25 \pm 0,14$ относительно больных без анемии – $1,58 \pm 0,1$ ($p = 0,002$; $p < 0,05$). Когнитивная дисфункция была отмечена у большинства опрошенных, среднее значение по МОСА-тесту составило $23,03 \pm 0,38$ (норма 25- 30 баллов), пробе Шульте – $94,5 \pm 2,3$ сек (нормальные показатели 25-30 сек). У пациентов с ХСН без анемического синдрома средние показатели данных тестов составили $24,8 \pm 0,34$ для МОСА-теста и $83,2 \pm 1,81$ для пробы Шульте. Результаты опроса ухудшились у больных ХСН с анемическим синдромом: средние значения МОСА-теста равны $21,2 \pm 0,5$; пробы Шульте – $106,1 \pm 2,97$. Согласно данным критериям различия в обеих группах по МОСА можно считать достоверными ($p = 0,000003$; $p < 0,001$), различия по пробе Шульте также достоверны ($p = 0,000000$; $p < 0,001$). Таким образом, у пациентов с ХСН в сочетании с анемическим синдромом в познавательной деятельности выявлены выраженные нарушения. Наибольшие отклонения у данной категории больных отмечались при оценке внимания ($p < 0,01$), речи, отсроченного воспроизведения, зрительно-конструктивных навыков и абстракции, и ориентации ($p < 0,05$); достоверная значимость отсутствовала при анализе называния ($p > 0,1$).

При оценке корреляционной связи была установлена обратная сильная корреляционная связь между показателями шкалы MFI-20 и DASI ($r = -0,83$; $p < 0,01$), а также результатами MFI-20 и МОСА-теста ($r = -0,71$; $p < 0,01$). Сильная положительная корреляционная связь прослеживается между значениями MFI-20 и MLHFQ ($r = 0,81$; $p < 0,01$), показателями индекса коморбидности Charlson ($r = 0,71$; $p < 0,01$). При анализе корреляционной связи между значениями индекса коморбидности Charlson и показателями качества жизни пациентов (опросник MLHFQ) была выявлена сильная положительная корреляционная связь ($r = 0,75$; $p < 0,01$), касательно опросника DASI – сильная отрицательная

связь ($r=-0,75$; $p<0,01$). Подобные показатели сильной положительной корреляционной связи были относительно данных индекса коморбидности и уровня когнитивной дисфункции больных согласно пробе Шульте ($r=0,71$; $p<0,01$), умеренная отрицательная связь – результатам МОСА-теста ($r=-0,68$; $p<0,01$). Также умеренная положительная корреляционная связь подтверждает возрастание тяжести течения основного заболевания относительно увеличению индекса коморбидности: по уровню функционального класса согласно ШОКС ($r=0,59$; $p<0,01$), частоте госпитализаций ($r = 0,51$; $p<0,01$), длительности течения ХСН ($r =0,55$; $p<0,01$). Данные связи подтверждают усиление астенических состояний при снижении качества жизни, увеличении коморбидной патологии и когнитивного дефицита.

Заключение: наличие диагноза ХСН выражено ухудшает качество жизни больных, приводит к нарушениям в эмоционально-волевой сфере, снижению устойчивости к стрессам и, как следствие, развитию депрессии. Значительное влияние на повседневную жизнедеятельность пациентов оказывает сопутствующий ХСН анемический синдром. Показатели качества жизни согласно опросникам DASI, MLHFQ, MFI-20 снижаются при наличии анемического синдрома ($p<0,001$), что ухудшает течение основного заболевания. Когнитивная дисфункция отмечена у большинства больных. Нарушение познавательной деятельности наиболее выражено у больных ХСН с сопутствующей анемией по данным опросника МОСА ($p <0,001$) и пробы Шульте ($p <0,001$). На фоне анемии происходит усугубление астенических проявлений, чаще развивается дефицит когнитивных функций. Наиболее выраженные отклонения у больных ХСН с анемическим синдромом отмечались при оценке параметров: внимание, речь и отсроченное воспроизведение, зрительно-конструктивные навыки. Таким образом, своевременное установление полного коморбидного фона больного, страдающего ХСН, может значимо отразиться на дальнейшем прогнозе заболевания и жизни пациента.

Литература

1. Провоторов В. М., Авдеева С. А. Анемия у больных хронической сердечной недостаточностью // Клиническая медицина. – 2012. – № 3. – С. 55-59.
2. Добрынина И. С. Особенности психологического статуса больных бронхиальной астмой пожилого возраста с нарушениями сна на фоне терапии мелатонином / И. С. Добрынина, А. В. Будневский, А. А. Зуйкова // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2013. – Т. 12, № 4. – С. 925-928.

Л. Нганкам¹, ассистент; Л. С. Горнаева¹, аспирант; А. А. Соболева², врач-нейрохирург;
А. М. Фомин², врач-нейрохирург; А. В. Зайцева², главный врач; Ю. Г. Портенко¹, ассистент

¹ – Кафедра неврологии, медицинской реабилитации и нейрохирургии

Кафедра детской хирургии

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

² – ГБУЗ Тверской области «Детская областная клиническая больница», г. Тверь, Россия

Научные руководители: д.м.н., профессор Г. Н. Румянцева,

д.м.н. Л. В. Чичановская, д.м.н. А. А. Юсуфов

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ, ОСЛОЖНИВШЕЙСЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ГНОЙНЫМ МЕНИНГИТОМ, АРЕЗОРБТИВНОЙ СООБЩАЮЩЕЙСЯ ГИДРОЦЕФАЛИЕЙ

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) у детей является одной из самых актуальных и сложных проблем в педиатрии во всем мире. По данным литературы, травма головы занимает третье место среди причин смерти у детей до 1 года, а у детей старше 1 года является основной причиной гибели. Заметим, что мальчиков среди детей, получивших травму, примерно в 3 раза больше, чем девочек. Последствия тяжелой ЧМТ в 20-50 % случаев приводят к инвалидизации (резидуальные изменения в развивающейся нервной системе, остаточные явления в виде физических дефектов, нарушения в познавательной и эмоциональной сферах).

Адекватное сопоставление данных литературы и клинических материалов помогают доктору выбирать оптимальные пути в лечении пациентов. На нашем клиническом примере мы разбираем проявления осложнений тяжелой черепно-мозговой травмы в виде гнойного менингита и посттравматической гидроцефалии [1, 2].

Посттравматическая гидроцефалия (ПТГ) является одной из частых и тяжелых форм последствий ЧМТ и препятствует клиническому восстановлению пострадавших [3, 4, 5].

ПТГ – прогрессирующий процесс избыточного накопления жидкости в ликворных пространствах, обусловленный нарушениями циркуляции и резорбции cerebro-спинальной жидкости и характеризующийся морфологически увеличением желудочковой системы, перивентрикулярным отеком и облитерацией субарахноидальных щелей (рисунок 1).

Нарушения циркуляции и резорбции ликвора на фоне перенесенной ЧМТ возникают вследствие субарахноидального кровоизлияния, очаговых и диффузных повреждений вещества головного мозга, рубцово-спаечных процессов, обусловленных наличием гематом, оперативных вмешательств, а также вентикулита, менингоэнцефалита [4, 6].



Рисунок 1 – МР-картина (аксиальный срез) посттравматической гидроцефалии: вентрикуломегалия, перивентрикулярный отек

В литературе отмечается особое влияние декомпрессивной трепанации черепа (краниэктомии), используемой для снижения внутричерепной гипертензии, профилактики отека головного мозга вследствие ЧМТ, на формирование посттравматической гидроцефалии (рисунок 2).

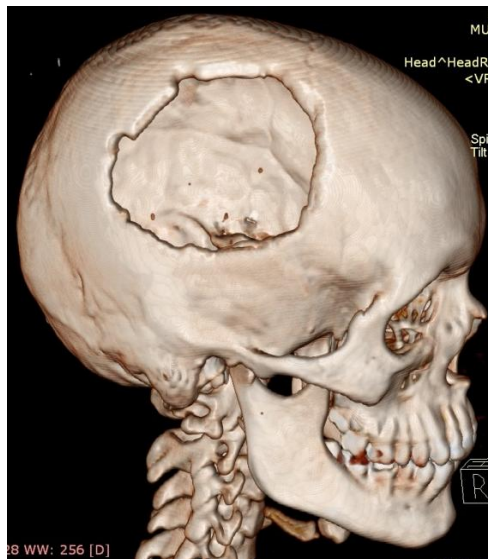


Рисунок 2 – СКТ головного мозга с 3D-реконструкцией: посттрепанационный дефект после декомпрессивной краниэктомии по поводу тяжелой ЧМТ

Считается, что широкая декомпрессивная трепанация является дополнительным травмирующим фактором и ухудшает состояние каналов ликворототока. В то же время наличие посттрепанационного окна ведет к нарушению всасывания в связи с изменением объемных соотношений градиента ликворного и венозного давления в условиях негерметичного черепа [7, 8, 10].

Морфологические исследования выявляют блокаду ликвороносных каналов, фиброзное утолщение мягкой мозговой оболочки, что влечет за собой дисрезорбцию (нарушение всасывания) ликвора [4, 9]. Сроки проявления ПТГ варьируют от 1 месяца до 1 года [3, 6].

ПТГ может протекать внескольких клинических вариантах: нормотензивная (наиболее характерна после диффузного аксонального повреждения головного мозга), гипертензионная, окклюзионная. В нашем клиническом наблюдении ЧМТ осложнилась гипертензионной, а точнее напряженной арезорбтивной сообщающейся гидроцефалией. Для данного вида нарушения ликвородинамики характерны следующие клинические проявления: цефалгический синдром, психопатологическая симптоматика, замедление темпов восстановления сознания, пролабирование мозговой ткани в посттрепанационное отверстие (при наличии последнего) [3, 4, 5, 6].

Диагностика ПТГ осуществляется на основе данных магнитно-резонансной томографии (МРТ) и спиральной компьютерной томографии (СКТ) головного мозга, используя патогномичные симптомы: баллонообразное расширение передних рогов боковых желудочков, расширение височных рогов и III желудочка, расширение базальных цистерн и IV желудочка, зоны перивентрикулярного отека [3, 4].

Основным методом лечения данного осложнения являются ликворшунтирующие операции. С каждым годом актуальность данной операции повышается. Доступно множество разнообразных шунтирующих систем, из которых нейрохирург может выбрать наиболее оптимальную систему для конкретного клинического случая.

Клинический случай.

Девочка В., 17 лет, находилась на лечении в Детской областной клинической больнице г. Твери с диагнозом: ЗЧМТ. Острая массивная субдуральная гематома левой гемисферы с размождением мозгового вещества (10×8×3 см). Линейные переломы лобной и теменной костей справа. Ушиб головного мозга тяжелой степени. Посттравматическая гидроцефалия (арезорбтивная сообщающаяся). Посттравматическая порэнцефальная киста левой гемисферы. Поздний посттравматический гнойный менингит. Парез лицевого нерва справа. Моторная афазия. Правосторонний гемипарез.

Из анамнеза: девочка пострадала в результате ДТП (была сбита легковым автомобилем на пешеходном переходе). Бригадой скорой медицинской помощи доставлена в ДОКБ г. Твери. Госпитализирована в отделение реанимации: состояние крайне тяжелое, сознание угнетено до комы II, психомоторное возбуждение, кровотечение из наружного слухового прохода справа. СКТ головного мозга - острая массивная субдуральная гематома левой гемисферы, смещение срединных структур до 8 мм влево, диффузный отек головного мозга (рисунок 3).

Выполнено экстренное оперативное лечение: декомпрессивная краниэктомия 12×9 см в левой височно-теменной области, удаление субдуральной гематомы, санация мозгового детрита, пластика твердой мозговой оболочки аутофасцией, имплантация костного лоскута в префасциальный карман передней брюшной стенки слева (для последующей пластики дефекта черепа).

СКТ головного мозга (через 7 суток после операции) – положительная динамика. Состояние после оперативного лечения: трепанация в теменно-височной области,

постоперационное геморрагическое пропитывание вещества мозга в стадии обратного развития, диффузный отек левой гемисферы. Латеральная дислокация 4,5 мм.

По стабилизации состояния ребенок через 14 суток переведен в отделение нейрохирургии. Состояние ребенка оценивалось как стабильное, в неврологическом статусе отмечалось: умеренное оглушение, зрачки D=S, парез лицевого нерва справа, моторная афазия, глотание затруднено, правосторонний гемипарез (3 балла). В области посттравматического отверстия отмечалась передаточная пульсация головного мозга.

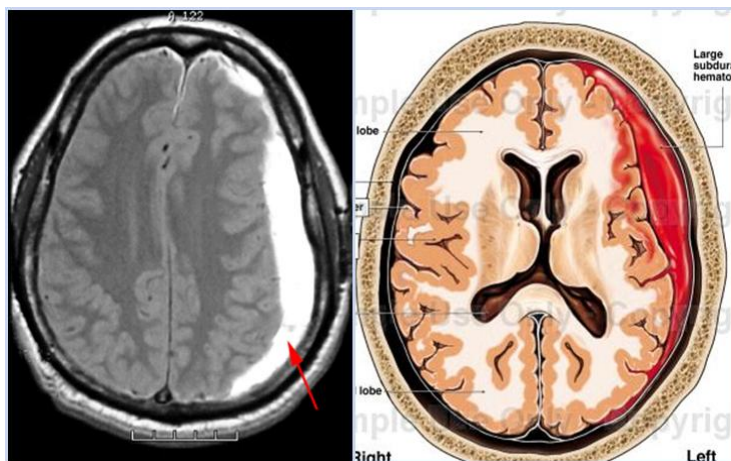


Рисунок 3 – МРТ головного мозга (аксиальный срез): субдуральная гематома левой гемисферы, дислокация срединных структур вправо

На 30-е сутки после операции в связи с лихорадкой, появлением оболочечной симптоматики выполнена люмбальная пункция. Под высоким давлением получен мутный ликвор (лейкоциты - 1620, нейтрофилы – 92 %, лимфоциты – 8 %). По данным клинической картины, люмбальной пункции, диагностирован посттравматический гнойный менингит.

С целью санации ликворных пространств, проведения интратекальной антибактериальной терапии под местной анестезией имплантирован наружный люмбальный дренаж: установка дренажа в субдуральное пространство между остистыми отростками поясничных позвонков L₄-L₅ (рисунок 4, 5).

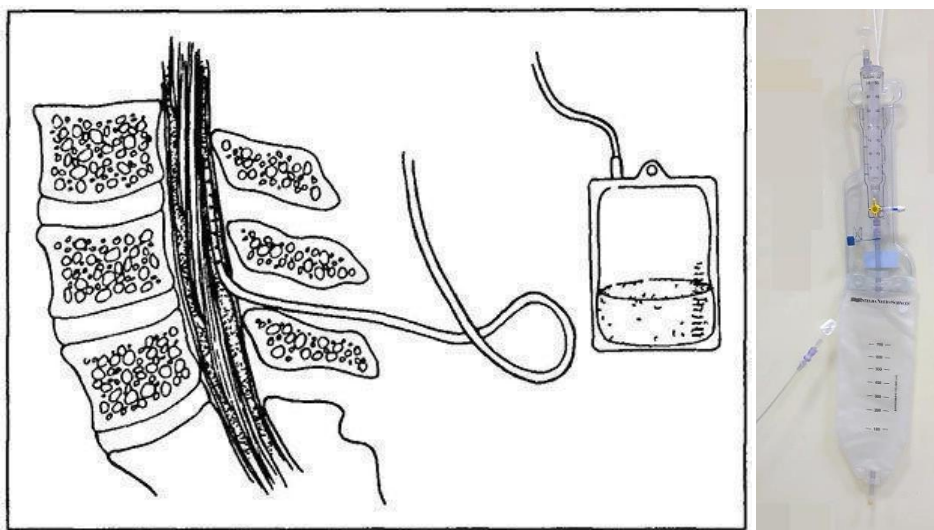


Рисунок 4 – Схема люмбального дренирования; ликвороприемник с манометром

Ликвор по наружному люмбальному дренажу поступал в ликвороприемник (около 160 мл в сутки), при этом отмечалось уменьшение пролапса тканей мозга в посттрепанационное отверстие.

Ежедневно по наружному люмбальному дренажу вводился раствор антибиотика (ванкомицин) с последующей экспозицией 60 мин.

Через 10 суток после наружного люмбального дренирования ликвор санировался (лейкоциты 25, нейтрофилы 12 %, лимфоциты 88 %). МРТ-контроль головного мозга – порэнцефалическая киста в левой гемисфере 7×6×4 см.

Выполнено оперативное лечение: пластика дна порэнцефалической кисты, краниопластика левой теменной области аутокостью (рисунок 5).

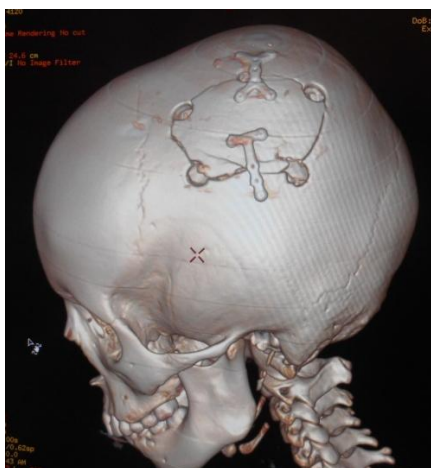


Рисунок 5 – Краниопластика аутокостью (ранее удаленный костный фрагмент, предварительно сохраненный в фасциальном пространстве передней брюшной стенки, установлен на прежнее место, закрывает посттрепанационный дефект)

В связи с риском развития ПТГ наружный люмбальный дренаж оставлен.

Послеоперационный период протекал гладко, в неврологическом статусе с положительной динамикой: сознание ясное, парез лицевого нерва, моторная афазия регрессировали, глотание не затруднено, гемипарез справа до 4 баллов.

Отмечались симптомы напряженной арезорбтивной сообщающейся гидроцефалии: избыточное поступление ликвора по наружному вентрикулярному дренажу (около 160 мл в сутки) в ликвороприемник (рисунок 6), при перекрытии дренажа ребенка беспокоили головные боли, тошнота, сонливость.

Выполнено клапанное люмбо-перитонеальное шунтирование (помпа-клапан - среднее давление Medtronic (USA) - уложена на гребень подвздошной кости слева).

Послеоперационный период протекал гладко, заживление ран первичным натяжением. На 10-е сутки девочка выписана в стабильном состоянии в Областной клинический реабилитационный центр г. Твери.

Срок лечения в стационаре составил 70 суток.

На контрольном осмотре через 3 месяца: состояние удовлетворительное, контактна, ориентирована, критична, очаговой и оболочечной симптоматики нет.

МРТ головного мозга (контроль): глиозные изменения в левой гемисфере, порэнцефальная киста регрессировала. СКТ поясничной области – люмбальный дренаж находится в субдуральном пространстве на уровне L₄-L₂, определяется в брюшной полости. УЗИ брюшной полости – определяется небольшое количество жидкости (дренируемый ликвор) 23×29 мм.

Заключение: гнойный менингит, посттравматическая гидроцефалия являются серьезными осложнениями ЧМТ, оказывают серьезное влияние на восстановление пациента, требуют дифференцированного подхода к конкретному пациенту, а также использования современных методов лечения.

Литература

1. Васюкова М. Г., Дотдаева С. А., Джамбаева Н. И. Медико-эпидемиологический анализ черепно-мозговой травмы у детей // Научный альманах. – 2016. – № 9-2 (23). – С. 54-57.
2. Игнатенко В. В., Чернухин М. Т., Петров Л. В. Структура непосредственных причин смерти при черепно-мозговой травме в различные сроки посттравматического периода // Вестник Самарской гуманитарной академии. – 2008. - № 1. – С. 87-91.
3. Лихтерман Л. Б., Кравчук А. Д., Потапов А. А. Посттравматическая гидроцефалия. CONSILIUM MEDICUM. – 2013. – Т. 15. – № 9. – С. 5-12.
4. Латышев Я. А., Кравчук А. Д., Лихтерман Л. Б. и др. Современная диагностика и лечение посттравматической гидроцефалии // Вопросы нейрохирургии. – 2018. – № 3 – С. 81-85.
5. Шмырев В. Лечение отдаленных последствий черепно-мозговой травмы // Врач. – 2014. – № 2. – С. 21-23.
6. Лихтерман Л. Б. Черепно-мозговая травма. Диагностика и лечение. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2014. – 488с.
7. Коваль Р. П., Ларькин В. И., Катина М. М. Декомпрессивная трепанация черепа как основной путь устранения масс-эффекта, возникающего при тяжелой черепно-мозговой травме у детей (обзор литературы) // Нейрохирургия и неврология. – 2011. – № 3. – С. 72-79.
8. Мамытов М. М., Брысов К. Б., Мамытова Э. М. Необходимость дифференцированного подхода к лечению ушибов головного мозга тяжелой степени // Сибирский научный медицинский журнал. – 2010. – № 6. – С. 27-33.
9. Студеникин В. М. Гидроцефалия: только факты // Лечащий врач. – 2018. – № 4. – С. 66-70.
10. Крылов В. В., Талыпов А. Э, Пурас Ю. В. Хирургическое лечение тяжелой черепно-мозговой травмы // Нейрохирургия и неврология. – 2012. – № 2-3. – С. 91-104.

А. Н. Некрасов, аспирант; А. М. Васильев, ассистент; С. Б. Иванова, доцент

Кафедра ортопедической стоматологии

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

Научный руководитель: д.м.н, профессор В. Н. Стрельников

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ЧАСТИЧНОЙ ПОТЕРЕЙ ЗУБОВ, КОТОРЫМ ПРОВОДИЛОСЬ ЛЕЧЕНИЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ ВНУТРИКОСТНЫХ ИМПЛАНТАТОВ, И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ЕГО АЛГОРИТМ

Не смотря на стремительное развитие технологий, в стоматологической науке и практике остаются пока не решенные проблемы. Старение населения сопровождается постепенной утратой различных структур и функций, что значительно снижает качество жизни пациентов. По мнению Р. Gehrkes, при потере зубов негативные последствия отсутствия протезов или их низкого качества включают в себя ограничение социального общения, нарушения жевания, фонетические проблемы, снижение самооценки [1].

Эти проблемы достаточно успешно решаются только путем применения специальной хирургической подготовки – введения искусственных опор или внутрикостных имплантатов. Для того, чтобы обеспечить функциональную ценность протеза, должна произойти интеграция имплантата [2], проявлением ее высшей степени является остеоинтеграция, при которой достигается непосредственный контакт поверхности имплантата с костью без соединительно-тканной прослойки. В идеале через 8-15 лет (на практике, к сожалению, часто раньше) наступает стадия дезинтеграции, дискоординируются процессы резорбции кости и синтеза.

Сегодня большинство людей предпочитают дентальные имплантаты традиционным методам замещения утраченных зубов. Соответственно, увеличивается число лиц с осложнениями после имплантации и возрастает значимость профилактики и терапии этих осложнений [2]. Тем не менее, в повседневной практике, по литературным данным, такие пациенты встречаются довольно часто: 1 на 15 обращений. Существуют различные системные нарушения и заболевания, при наличии которых врачи из-за определенных рисков предпочитают отказывать пациентам в проведении имплантации. Это связано со снижением общего и местного иммунитета, нарушением микроциркуляции, в том числе в тканях полости рта, сниженным ответом на хирургическую агрессию, прогрессивно увеличивающимся риском развития периоперационных местных и системных осложнений. Однако, по мнению А. В. Щипского и соавт. [3], именно такие пациенты в наибольшей степени нуждаются в полноценной реабилитации, восстановлении и поддержании стоматологических элементов качества жизни.

На заре эры имплантологии в России О. Н. Суров [4] такие хронические заболевания организма как туберкулез, диабет, ревматизм, болезни кровеносных органов и нервной системы, злокачественные новообразования, стоматиты, аллергические заболевания относил к абсолютным противопоказаниям к имплантации. По мере накопления данных о результатах ортопедического лечения на внутрикостных опорах пациентов с соматической

патологией многие абсолютные противопоказания постепенно переходили в разряд относительных. Серьезной проблемой для успешного прогноза имплантации является остеопороз, который может быть самостоятельной патологией, симптомом ряда заболеваний или связан с морфологическими особенностями организма (при долихоцефалическом строении черепа) [5]. Другая анатомическая особенность – «треугольная» форма зубов – часто связана с неблагоприятными для имплантации параметрами свободной десны, требующими пластики перед операцией [6]. При снижении степени минерализации челюстных костей на 50 % и более вероятность плохой интеграции имплантатов становится максимальной [2]. Однако, уже имеется достаточно сообщений, которые подтверждают эффективность имплантации у пациентов с остеопорозом [7].

В то же время сама процедура имплантации у пациентов с соматической патологией может спровоцировать обострение ее клинических проявлений. Например, такие факторы, как страх и боль могут спровоцировать развитие ишемии миокарда, бронхоспазма, гипертонического криза. Расширение перечня профилактических мероприятий в предимплантационном периоде у соматических больных с потерей зубов способствует повышению безопасности и результативности дентальной имплантации [8]. При ее планировании у пациентов с хроническим пиелонефритом диагностические и лечебные мероприятия должны быть направлены не только на купирование рецидива основного заболевания, но и на сохранение остеоинтеграции в тканях полости рта, где были установлены дентальные имплантаты [9]. У пациентов с системными заболеваниями обнаружена зависимость остеоинтеграции от методики имплантации [3].

По мнению ряда исследователей, все имплантологические манипуляции у пациента с соматической патологией следует проводить под контролем показателей основных органов и систем совместно с врачом-анестезиологом. При наличии у пациента любого вида соматической патологии имплантологическая помощь должна приобретать специализированный характер. В особенно тяжелых случаях (пациентам с гемофилией) имплантологическая помощь возможна только в условиях гематологического стационара после проведения соответствующей заместительной терапии [10].

При этом распространенность соматических заболеваний у пациентов при имплантологическом лечении в Тверской области изучена не достаточно. Кроме этого отсутствуют обоснованные рекомендации их влияния на проведение лечения.

Цель исследования: определить распространенность соматических заболеваний у пациентов, обратившихся для протезирования на внутрикостных имплантатах, и их влияние на алгоритм лечения.

Материалы и методы: обследовано 63 пациента (32 женщины и 31 мужчина) в возрасте от 26 до 77 лет, получавших ортопедическое лечение на внутрикостных имплантатах. Критериями включения служило наличие малых включенных дефектов зубных рядов при частичной потере зубов. Критериями исключения были средние и большие включенные дефекты, а также все концевые дефекты зубных рядов при частичной потере зубов.

Для установления диагноза, определения тактики лечения, объема оперативного вмешательства, конструкции имплантатов и зубных протезов всем больным проводили клиническое обследование, включающее сбор жалоб, анамнестических данных, оценку

состояния зубных рядов, челюстей, слизистой оболочки полости рта. Определяли высоту нижнего отдела лица в положении центрального соотношения и свободное межокклюзионное пространство. Изучали окклюзионные взаимоотношения на диагностических моделях в регулируемом артикуляторе. Рентгенологическую картину оценивали при помощи конусно-лучевой компьютерной томографии альвеолярных отростков челюстей и костей лицевого скелета в прямой и боковой проекциях.

В целях установления сопутствующей патологии во всех случаях сотрудничали со специалистами, которые исследовали клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимические, иммунологические показатели крови, проводили электрокардиографию, измерение артериального давления, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, фиброгастроскопию, выявляли заболевания внутренних органов и систем.

У пациентов с наличием соматических болезней в комплекс лечебных мероприятий, помимо местных воздействий, входило лечение сопутствующей патологии, коррекция остеопороза, реологических свойств крови и иммунитета, поскольку их отклонения от нормы могли быть причиной обострения заболевания или негативно влиять на течение репаративных процессов вокруг имплантата. Лечение болезней внутренних органов и систем проводили специалисты соответствующего профиля. Динамические наблюдения за состоянием тканей в зоне установленных имплантатов и определение индексов налета по Грину и Вермиллиону (ИН) и кровоточивости по Мюлеману и Коуэлу (ИК) проводили до имплантации, через 2 недели, 1 месяца, 3, 4 и 6 месяцев после нее, а также в аналогичные сроки после наложения временных протезов.

На всех этапах дентальной имплантации и последующего протезирования временными несъемными конструкциями проводилась профилактика воспалительных осложнений, которая включала максимальное снижение травматичности операции, обучение больного оптимальным гигиеническим мероприятиям, назначение антисептических и антимикробных препаратов с учетом чувствительности к ним микрофлоры.

Статистическая обработка полученных данных выполнена на ПК при помощи пакета программ для статистической обработки данных STATISTICA for Windows 7,0. Для оценки различий значений количественных показателей в разных группах после проверки распределения признаков на соответствие закону нормального распределения по критерию Колмогорова-Смирнова применяли непараметрический U-критерий Манна-Уитни. Критический уровень достоверности нулевой статистической гипотезы принимали равным 0,05.

Результаты и обсуждение: соматические заболевания были выявлены у 48 пациентов, которые вошли в 1 группу, остальные (15) образовали контрольную. У 22 пациентов 1 группы установлено наличие сопутствующих заболеваний опорно-двигательного аппарата (34,92 %), у 25 – заболевания желудочно-кишечного тракта (39,68 %), у 32 - сердечно-сосудистой (50,79 %), у 11 - нервной (17,46 %) и у 6 – дыхательной (9,52 %) систем, у 9 обнаружена патология соединительной ткани (14,29 %), у 4 - гормональные расстройства (6,34 %), из них у 2 был компенсированный сахарный диабет II типа и у 2 - аутоиммунный тиреоидит, у 3 – аллергические заболевания (4,76 %). У 47 пациентов (74,60 %) было сочетание патологии нескольких органов и систем, чаще 1 или 2 степени тяжести. У ряда

пациентов в анамнезе встречались более тяжелые заболевания: у 5 пациентов ранее перенесенный инфаркт миокарда (7,93 %), у двух (3,17 %) - химиотерапия после онкологических заболеваний.

Проведенное исследование показало, что распространенность соматической патологии у обследованных пациентов достаточно высокая. На всех этапах исследования ИН и ИК были статистически значимо выше в 1 группе, особенно в начале исследования. Воспалительные изменения периимплантатной зоны в результате образования мягкого налета в области формирователей десны также встречались в этой группе относительно чаще (соответственно (54,7 % в 1 группе и 18,9 % – в контрольной). Это требовало немедленного проведения комплекса лечебных мероприятий.

Заключение: для предупреждения возможных осложнений протекания сопутствующих заболеваний и раннего их обнаружения важно учитывать диагнозы, установленные профильными специалистами на основании комплексных лабораторных и инструментальных исследований.

Наличие соматических заболеваний требует более тщательного обследования пациента перед имплантацией и составления плана подготовки к ней вместе со специалистом соответствующего профиля.

Во время репаративного периода после имплантации и проведения ортопедического лечения пациенты с соматическими заболеваниями в виду большей вероятности ранних осложнений, должны чаще назначаться на осмотры для своевременного их купирования

После завершения ортопедического лечения пациенты с соматическими заболеваниями должны назначаться для диспансерного наблюдения у стоматологов не 1 раз в шесть месяцев, как обычно, а минимум 1 раз в квартал (или чаще), в зависимости от тяжести основного заболевания. Они также должны быть мотивированы на диспансеризацию по поводу основного заболевания, без которой не возможно стабилизировать остеоинтеграцию имплантатов.

Литература

1. Gehrke P., Fischer C., Locher T. Что нужно пациентам? // Новое в стоматологии. – 2015. – № 8. – С. 24-35.
2. Кулаков А. А., Григорьян А. С., Архипов А. В. Интеграция имплантатов в костную ткань: теоретические аспекты проблемы // Стоматология. – 2010. – №5. – С. 4-8.
3. Щипский А. В., Билозецкий И. И. Комплексное лечение и реабилитации пациентов с системными заболеваниями // Пародонтология. – 2015. – № 1 (74). – С. 10-20.
4. Суров О. Н. Зубное протезирование на имплантатах. М.: Медицина. –1993. – 208 с.
5. Параскевич В. Л. Разработка системы дентальных имплантатов для реабилитации больных с полным отсутствием зубов // Автореф.дисс...доктора мед. наук. – М., 2008. – 46 с.
6. Некрасов А. Н., Соколов Д. О., Иванова С. Б. Клинические предикторы необходимости пластики мягких тканей при ортопедическом лечении с опорой на внутрикостные имплантаты // МАТЕРИАЛЫ XII Международной научно-практической конференции и

- студентов и молодых ученых-медиков «Молодежь – практическому здравоохранению» Россия, г. Тверь: –18 мая 2018 г. – Тверь, 2018. – С. 721-726.
7. Салеева Г. Т. Остеопороз в дентальной имплантологии: экспериментальное моделирование и клиническая диагностика // Российский вестник дентальной имплантологии. – 2014. – № 3 (27). – С. 133-139.
 8. Кузнецов С. В., Маркина М. С. Установка имплантатов с последующим протезированием металлокерамическими коронками у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа и бронхиальной астмой // Стоматология. – 2013. – №1. – С. 66-69.
 9. Основные тенденции предимплантационного периода у соматических больных / Чертанова Д. Р., Поляков С. В., Чурсин Д. Н., Чигринцев О. В. // MAESTRO. – 2012. – № 2. – С. 76-81.
 10. Общие положения оказания стоматологической помощи больным гемофилией/ Халявина И. Н., Гилева О. С., Пленкина Ю. А., Хохрин Д. В. // Стоматология. – 2012. – № 2.– С. 9-11.

ОСОБЕННОСТИ КОМПЛАЕНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ С ПОЗИЦИИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С РОДИТЕЛЯМИ ПАЦИЕНТА

В педиатрии важно соблюдение родителями всех рекомендаций, от которых зависят скорость выздоровления и уменьшение вероятности рецидивов и осложнений заболевания. Необходимы доверительные отношения между врачом и родителями с рождения ребенка, так как педиатр долгие годы наблюдает и лечит маленького пациента.

В случае уверенности родителей во враче гарантирована приверженность ребенка к терапии. Необходимо заинтересовать в лечении и самого ребенка, нежелающего принимать лекарства из-за испуга перед таблеткой, страха инъекции; прошлого опыта, когда прием лекарств вызвал неприятные ощущения («таблетка горькая») [2].

Эффективность взаимодействия врача и родителей отражается на качестве медицинской помощи детям, для оценки которого широко применяются не только статистические данные, экспертная оценка и клинико-экономический анализ, но и социологические методы изучения мнения родителей о работе педиатрических амбулаторно-поликлинических организаций [1].

Цель исследования: изучить особенности приверженности родителей к назначенному лечению в педиатрическом амбулаторно-поликлиническом медицинском учреждении.

Материалы и методы: для изучения мнения родителей была разработана оригинальная анкета, состоящая из 16 вопросов преимущественно закрытого типа. В анкетировании приняли участие 81 респондент. Среди опрошенных женщины составили 98 %, мужчины – 2 %.

Результаты и обсуждение: проведенный опрос показал, что 47 % респондентов неукоснительно следуют всем рекомендациям врача. Уверены в профессионализме врачей-педиатров только 53 % респондентов.

Для уточнения состояния своего ребенка перед визитом к врачу 72 % опрошенных использует ресурсы интернета. За разъяснениями сложных и непонятных моментов, касающихся здоровья ребенка, 86 % родителей обращаются к педиатру во время приема. В случае появления вопросов по поводу лечения 47 % родителей обращаются к врачу, 31 % – ищут ответ в интернете и специальной литературе, 22 % – спрашивают у знакомых.

Большинство респондентов (69 %) ищут замену препарату, назначенному врачом, вследствие либо высокой стоимости лекарства (36 %), либо наличия аналогичных препаратов дома (41 %).

Назначенный срок лекарственной терапии на протяжении всего периода, обозначенного врачом, соблюдают 64 % опрошенных. Большинство родителей (74 %) полностью следуют указанием врача, даже в случае несовпадения назначений и инструкции

к лекарству, и лишь 7 % будут следовать инструкции, не обратившись за консультацией повторно.

Заключение: около половины родителей не уверены в правильности рекомендаций врачей-педиатров, поэтому не следуют им и предпочитают искать ответы на вопросы в интернете или среди своего окружения. Таким образом, необходимо повышать эффективность взаимодействия между врачом-педиатром и родителями, благодаря чему будут улучшаться показатели здоровья детского населения.

Литература

1. Дьяченко Г. С., Грибина Л. Н., Девляшова О. Ф. Мнение родителей о работе педиатрических амбулаторно-поликлинических организаций как важный критерий оценки качества медицинской помощи детскому населению // Педиатр. – 2017. – Т. 8, № 2. – С. 50–55.
2. Данилов Д. С. Терапевтическое сотрудничество (комплаенс): содержание понятия, механизмы формирования и методы оптимизации / Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2014. – №2. – С. 4–12.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПОДРОСТКОВ

Юные беременные – это беременные, чей паспортный возраст составляет менее 18 лет. Этот возраст считается периодом «физиологической незрелости». Беременность и роды у юных женщин протекают с большим количеством осложнений, в сравнении с женщинами детородного возраста, и представляет огромный риск для юной роженицы, внутриутробного плода и новорожденного.

Цель исследования: изучить особенности течения беременности и родов у подростков, по данным современной литературы.

Результаты и обсуждение: ежегодно в мире проходят роды у 15 млн подростков, что составляет 2,0–4,5 % от общего количества родов. В России за последние 30 лет показатель плодовитости женщин моложе 20 лет увеличился с 28,4 до 47,8. Анализ литературных данных за последние 10–15 лет свидетельствует о некоторой тенденции к снижению количества родов в группе 15–18-летних женщин в России [1]. Так, число родившихся у матерей в возрасте до 18 лет в 1995 году (53600) было почти в 2 раза больше, чем в 2009 году (28300). Вместе с тем, отмечается повышение уровня общей заболеваемости подростков в возрасте 15–17 лет — за период с 1995 по 2009 год — на 45 %, в том числе заболеваний мочеполовой системы — на 78 %, которые могут сказаться на репродуктивной функции [4]. За период с 2005 по 2009 год количество воспалительных гинекологических заболеваний среди девочек-подростков 15–17 лет увеличилось на 4 %, а нарушений менструальной функции у девочек 10–17 лет – на 13 %. Причем у живущих половой жизнью подростков частота гинекологической патологии в 2–3 раза выше, чем у их сверстниц, не вступавших в половую связь. Доля рожавших в возрасте 15–19 лет, проживающих в наименее развитых странах, составляет 76 %, т. е. ежегодно — 13 млн. Доля рожавших в возрасте до 20 лет колеблется в этих странах от 8 % (Восточная Азия) до 55 % (Западная Африка), что в среднем составляет 33 %. В более развитых странах к 20-летнему возрасту рожают около 10 % женщин. Так, число беременных среди несовершеннолетних в Аргентине и Бразилии составляет 16,8–17,5 %, в Шотландии — 7,0–12,5 %, в Румынии, Болгарии, России — 7,0–10,0 %, в США — 7,0–9,8 %, в Австралии, Новой Зеландии, Канаде — 4,0–6,9 %, в Японии, Германии, Франции — 4,0 %, в Нидерландах — 1,2 %.

Факторы риска для плода и матери. Наиболее значимыми факторами риска развития осложнений для плода являются: юный возраст матери, курение, санитарно-гигиенические условия жилища, особенности питания матери, наличие осложнений во время беременности, несоответствие степени зрелости плаценты сроку гестации, маловодие и многоводие.

Угроза невынашивания беременности встречается в подростковом возрасте в 13,6 % случаев чаще, чем у женщин репродуктивного возраста, и наблюдается преимущественно во втором триместре беременности (62,4 %) [5]. Частота осложненных родов у юных женщин

составляет от 30 до 81 %. Частота преждевременных родов у юных женщин составляет от 7,4 до 9,3 %. Кроме биологической незрелости организма матери имеют значение соматические и гинекологические заболевания и осложненное течение беременности. Частота кесарева сечения в юном возрасте колеблется от 2,2 до 55,7 %, в популяции от 9 до 38 % [5]. У рожениц юного возраста отмечается высокий удельный вес патологического течения послеродового периода. В структуре осложнений преобладают гнойно-септические послеродовые заболевания [1]. Частым осложнением в послеродовом периоде является анемия – 39,1 % .

По данным различных авторов, экстрагенитальные заболевания выявлены у двух из трех (43,5–70,9 %) несовершеннолетних беременных, из них наиболее часто отмечены заболевания мочевыделительной системы (10,77–39,1 %), анемия (13,3–32,4 %), эндокринные и обменные нарушения (4,7–28,2 %), болезни сердечно-сосудистой системы (6,54–28,6 %). У 42,5 % юных женщин во время беременности выявляются очаги хронической инфекции, нередко в сочетании с острыми заболеваниями верхних дыхательных путей.

По данным как зарубежных, так и отечественных авторов, акушерские осложнения у юных женщин достигают 30–90 %. С наибольшей частотой встречаются: гестоз (4,6–67 %), фетоплацентарная недостаточность (19–79,25 %), инфекции во время беременности (27,69 %), угроза прерывания (16,1–56,7 %), анемия (15,5–71,8 %), гестационный пиелонефрит (16,4–18,1 %), токсикоз (4,9–69,1 %). Средняя продолжительность беременности несколько меньшая ($37,5 \pm 0,9$ недели), чем у взрослых женщин; в то же время преждевременные роды встречаются не чаще обычного, по данным одних авторов, другие же исследователи отмечают повышенный процент преждевременных родов. Ведущие факторы преждевременных родов — незрелость нейроэндокринной системы женского организма, проявляющаяся в сниженной продукции гормонов (ХГ, эстрогенов, пролактина), незавершенном формировании нервно-рецепторного аппарата матки, гипоксемии и другие.

Роды у подростков. Несмотря на то, что средняя продолжительность родов не выходит за нормальные пределы ($13,0 \pm 6,0$ часа), велика доля рожениц с аномалиями родовой деятельности: быстрые роды констатированы в 3 раза чаще, а затяжные в 1,5 раза чаще, чем у старших женщин. Частота осложненных родов у юных рожениц составляет от 14,2 до 81,3 %. К наиболее частым осложнениям относятся: аномалии родовой деятельности (6,5–37,2 %), несвоевременное излитие околоплодных вод (14,7–45,3 %), кровотечения в родах и раннем послеродовом периоде (4–25,5 %), травматизм мягких родовых путей (75,3 %), оперативные вмешательства (2,1–17 %), гнойно-инфекционные послеродовые заболевания (20,0–71,7 %). При первой беременности у подростков чаще, чем у взрослых рожениц, возникает риск проведения кесарева сечения. Частота кесарева сечения в юном возрасте, по данным различных авторов, колеблется от 2,2 до 55,7 %.

Перинатальные осложнения. Риск развития перинатальных осложнений при родах в возрасте от 13 до 15 лет (по сравнению с родами в возрасте от 20 до 24 лет) возрастает в 4 раза, а в возрасте 16–17 лет — в 2 раза. Некоторые авторы отмечают, что дети, рожденные женщинами моложе 18 лет, чаще умирают в возрасте от 1 мес. до 1 года. Ранняя неонатальная смерть в группе новорожденных от юных матерей вдвое выше, чем детей от матерей в возрасте 25–29 лет. А. Cowden и Е. Funkhouser (2001) считают, что, исключив

подростковую беременность, можно было бы уменьшить на 4–8 % младенческую смертность.

Частота рождения маловесных детей составляет 11,9 %, у взрослых женщин — 1 %, а число крупных детей в два раза меньше, чем у взрослых женщин.

Внутриутробная гипоксия и асфиксия новорожденного составляют соответственно 16–18 % и 11,8–24 %. У детей чаще встречаются внутричерепные кровоизлияния, пневмонии, гнойно-септические осложнения, анемия. Недоношенные новорожденные несовершеннолетних матерей часто имеют признаки внутриматочной гипотрофии, внутриутробного инфицирования, проявления гипертензивного и геморрагического синдрома. Дети несовершеннолетних матерей имеют повышенный риск развития отклонений в нервно-психическом развитии. Отмечается задержка по возрасту в развитии психомоторных навыков, задержка физического и психического развития и нарушения в поведении, выравнивание физического развития наблюдается к концу третьего года жизни. Количество детей-олигофренов у несовершеннолетних матерей, почти в 5 раз больше, чем в популяции. Частота аномалий развития детей у юных матерей выше, чем у взрослых женщин, причем преобладает патология опорно-двигательного аппарата.

Показатель общей заболеваемости детей первого года жизни, родившихся у матерей в возрасте до 18 лет, значительно выше, чем у детей взрослых матерей 20–25 лет. Удельный вес детей, не болеющих на первом году жизни, составляет 9–18 % [10].

По данным В. К. Юрьева, положительно отнеслись к рождению ребенка у их юной дочери только 60 % родителей; 15,6 % — резко негативно, а более 14 % родителей настаивали на прерывании беременности даже на более поздних сроках, когда существовала реальная опасность для здоровья и жизни их собственного ребенка. Среди возрастной группы 15–19 лет самый высокий показатель внебрачной рождаемости [9]. Он составляет 27,1 % от всех рождений в этой возрастной группе, превышая данный показатель в других возрастных группах: 17,6 % — в 20–24 года, 18,9 % — в 25–29 лет. Тревожным фактом является прогрессивное увеличение количества отказных детей.

Аборты у подростков. Как правило, ранняя беременность является в 50–60 % случаев незапланированной и в 30–40 % нежелательной, а потому чаще завершается искусственным прерыванием [3]. Соотношение родов и абортов у подростков колеблется от 1:5 до 1:8. Основной мотивацией для искусственного аборта у 60,8 % юных женщин является неблагоприятное социально-экономическое состояние [8].

Абортом заканчивается первая беременность у 95,1 % девочек в возрасте до 15 лет и 52,8 % подростков в возрасте 15–19 лет [2]. Если учесть, что более 50 % абортов влекут за собой ранние или поздние осложнения, то имеет место реальная угроза потери здоровья будущего населения страны. По официальным данным, в 2012 году в России было проведено 1 063 982 медицинских прерываний беременности. По данным зарубежных специалистов, реальное число абортов в Российской Федерации более чем в 3 раза превышает заявленные цифры. Данные 2012 года гласят: доля абортов в возрасте до 19 лет составляет 5,3 %, и половина юных женщин прерывают беременность уже повторно. В возрастных группах 20–24 и 25–29 лет доля абортов тоже очень высока и не снижается — 25,2 и 26,4 % соответственно [6]. А ведь именно от этих молодых женщин закономерно было бы ожидать повышения рождаемости.

Заключение: учитывая сохраняющуюся тенденцию увеличения числа юных беременных, необходимы эффективные меры социального характера по ее предупреждению, для разработки которых необходимо изучение социального статуса, репродуктивного поведения и здоровья подростков. Эти факты требуют разработку современных технологий оценки, прогноза и коррекции акушерских и перинатальных осложнений.

Литература

1. Буралкина Н. А., Уварова Е. В. Современные представления о репродуктивном здоровье девочек (обзор литературы) // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2010. – № 2. – С. 12–31.
2. Дикке Г. Б., Яроцкая Е. Л., Ерофеева Л. В. Проблемы нежелательной беременности, репродуктивного выбора и контрацепции у девочек-подростков // Эффективная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии. – 2010. – № 2. – С. 16–21.
3. Ерофеева Л. В. Поведение риска у подростков. Роль сексуального образования // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2009. – № 5. – С. 68–77.
4. Общая заболеваемость детского населения России в 2012 году: статистический сборник / М., 2013. – 148 с.
5. Савельева И. С., Шадничева Е. В. Особенности подростковой беременности // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2006. – № 5. – С. 68–79.
6. Богатова И. К., Сотникова Н. Ю. Проблема нежеланной беременности и аборта в молодежной среде // Материалы IX Российского форума «Мать и дитя» / Москва, 2007. – С. 334–335.
7. Демографический ежегодник России 2013: статистический сборник. – М., 2013. – 543 с.
8. Трубин В. Б., Трубина Т. Б., Красникова М. Б. и др. Девушки-подростки, прервавшие первую беременность медицинским абортom, – группа риска по нарушению репродуктивного здоровья // Материалы IV съезда акушеров-гинекологов России, – Москва, 2008. – С. 501–502.
9. Трубина Т. Б., Трубин В. Б., Красникова М. Б. и др. Состояние репродуктивного здоровья сексуально активных девушек-подростков // Материалы IV съезда акушеров-гинекологов России. – Москва, 2008. – С. 503.
10. Туманова В. А., Овчинникова В. В., Зароченцева Н. В. и др. Беременность у несовершеннолетних // Материалы IX Российского форума «Мать и дитя». – Москва, 2007. – С. 268.

А. А. Новик, Д. А. Мельников, студенты; М. А. Чайковская, старший преподаватель
Кафедра общей гигиены, экологии и радиационной медицины
УО Гомельский ГМУ, г. Гомель, Республика Беларусь

РОЛЬ ПИЩЕВЫХ ДОБАВОК И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

В современном мире медицина уделяет большое внимание взаимосвязи между здоровьем человека и особенностями его питания. Полноценное и регулярное снабжение организма человека необходимыми нутриентами имеет важнейшее значение для поддержания здоровья, работоспособности и активного долголетия человека [1].

Изготовление продуктов питания в промышленных масштабах привело к тому, что пищевые добавки стали составной частью огромного количества пищевых продуктов в ежедневном рационе населения. Пищевые добавки не обладают пищевой и биологической ценностью. К пищевым добавкам, разрешенным к применению, предъявляются требования: они не должны разрушать ферменты и витамины, кумулироваться в организме человека, должны достигать эффекта при применении в малых дозах [2].

Для гигиенической регламентации пищевых добавок на основе токсикологических критериев международными организациями ООН (ВОЗ, ФАО и др.), а также органами здравоохранения отдельных государств приняты следующие основные величины: ДСП (англ. ADI) - допустимое суточное поступление (acceptable daily intake). Количество вещества, выражаемое в миллиграммах на 1 кг массы тела в сутки, ежедневное поступление которого в организм в течение всей жизни не оказывает негативного влияния на здоровье человека.

Несмотря на государственную политику в области обеспечения пищевой безопасности в экономически развитых странах использование пищевых добавок постоянно расширяется. Пищевые добавки являются чужеродными веществами для организма человека, поэтому особую актуальность приобретают исследования влияния пищевых добавок на состояние здоровья человека. Недостаточное количество исследований в этом направлении обуславливают необходимость детального изучения этого вопроса.

Цель исследования: исследовать степень осведомленности студентов УО «ГоГМУ» о применении пищевых добавок в продуктах питания и их влиянии на здоровье человека.

Материалы и методы: проведено анкетирование более 400 студентов 1-6 курсов УО «Гомельский государственный медицинский университет» для изучения информированности молодых людей о влиянии пищевых добавок на здоровье. Проанализирован состав наиболее часто приобретаемых молодежью продуктов питания на содержание в них различных пищевых добавок.

Результаты и обсуждение: информированность студентов о пищевых добавках изучали путем анкетного исследования. Результаты показали, что большинство респондентов не изучают этикетки при покупке пищевых продуктов – 43,2 %, всегда изучают этикетки продуктов питания - 31,2 % респондентов и 25,5 % респондентов изучают этикетки продуктов исключительно с целью изучения калорийности продукта.

При изучении осведомленности молодых людей о значении пищевых добавок для их здоровья выявили, что 45 % респондентов знают о значении пищевых добавок для здоровья человека, но не используют эти знания при выборе продуктов питания; 33,3 % стараются употреблять натуральные продукты и максимально отказаться от продуктов питания с пищевыми добавками; 11,7 % не имеют знаний о пищевых добавках в продуктах питания; 6,7 % считают «вред пищевых добавок – это миф», 3,3 % респондентов считают все пищевые добавки очень опасными для здоровья человека. Определяющим фактором при покупке продуктов питания является стоимость – 45,6 % респондентов, состав и отсутствие пищевых добавок – 33,1 % респондентов, популярность и доверие производителю – 21,3 % респондентов.

На территории г. Гомеля распространены следующие пищевые добавки, содержащиеся в продуктах питания: колбасные изделия: Е-325 – Лактат натрия, Е-451 – Триполифосфат, Е-250 – Нитрит натрия, Е-621 – Глутамат натрия однозамещенный, Е-407 – Каррагинан и его соли; молочные продукты: Е1442 – Гидроксипропилдикрахмалфосфат, Е-1422 – Дикрахмал адипатацетилованный, Е-440 – Пектин, Е-330 - Лимонная кислота, сладости конфеты, печенье, бисквиты, рулеты: Е-475 – Эфиры полиглицеридов и жирных кислот, Е-450 – Пирофосфаты, Е-330 - Лимонная кислота, чипсы: Е-330- Лимонная кислота, Е-471 – Моно- и диглицериды жирных кислот, Е-551 – Диоксид кремния, Е-621 – Глутамат натрия однозамещенный, кетчуп: Е-200 – сорбиновая кислота, Е-202 – Сорбат калия, Е-211 – Бензоат натрия, Е-260 – Уксусная кислота, Е-270 – Молочная кислота, Е-536 Ферроцианид калия майонез: Е-1442 – Гидроксипропилдикрахмалфосфат, Е 160а – каротины, Е 260 – уксусная кислота, Е-270 – Молочная кислота, Е-330 - Лимонная кислота, Е-414 – Гуммиарабик, сладкие газированные напитки: Е-338 – Ортофосфорная кислота, Е- 150а – сахарный колер, Е-211 – Бензоат натрия, Е-330 – Лимонная кислота. К наиболее вредным пищевым добавкам можно отнести: глутаминат натрия, бензоат натрия и бета-каротин.

Одной из проблем современного общества в сфере питания является чрезмерное использование натрия глутамата в пищевых продуктах. Глутамат натрия (Е-621) или глютамат натрия (лат. *Monosodium glutamate*, моносодиевая соль глутаминовой кислоты) - пищевая добавка, предназначенная для усиления вкусовых ощущений, за счет увеличения чувствительности вкусовых рецепторов языка. Ежегодное потребление глутамата натрия на планете достигло 200 000 тонн. Действие глутамата натрия основано на усилении чувствительности рецепторов языка за счет увеличения проводимости нервных каналов и силы нервного импульса – эффекта, длящегося на протяжении 20 минут после употребления пищевой добавки. Высокие концентрации глутамината способны вызывать оксидативный стресс и оказывать гепатотоксическое действие. Есть информация, что глутаминат натрия может вызывать приступы агрессивности, головокружение, слабость, головные боли, зуд, сыпи и другие реакции [3, 4].

Следующее анкетирование позволило оценить осведомленность молодых людей о глутамате натрия, на вопрос «Верите ли Вы, что глутамат натрия вызывает зависимость?» было получено следующее процентное соотношение ответов: 43,6 % респондентов – верит, 32 % не верит и 24,4 % ничего не знают о глутамате натрия.

Заключение: выявлена недостаточная осведомленность молодых людей в вопросах о качестве и безопасности продуктов питания, содержащих пищевые добавки. Главную роль

при выборе продуктов питания играет стоимость, популярность, доступность, желание быстро перекусить. Спектр пищевых добавок, содержащихся в продуктах питания, употребляемых ежедневно, многочисленный и разнообразный. Многообразие ассортимента категорий пищевых добавок в продуктах питания, маркетинговые уловки индустрии производства пищевых продуктов, яркая и привлекательная упаковка не всегда гарантирует полную безвредность продукта питания. Существует необходимость повышенной информированности современной молодежи о рациональности выбора и составе продуктов питания, влиянии пищевых добавок на здоровье человека.

Литература

1. Нечаев, А. П., Кочеткова, А. А., Зайцев, А. Н. Пищевые добавки. – 2002. – С. 5.
2. Бирик, Е. Ю., Яровая, Э. А. Анализ спектра пищевых добавок в продуктах питания / Е. Ю. Бирик, Э. А. Яровая // Український медичний альманах. – 2011. – Том 14, № 2. – С. 20-22.
3. Kawakita T. L-monosodium glutamate (MSG). In: Kirk-Othmer Encyclopedia of Chemical Technology, 4th edn. - Vol 2. - Inter-Science-Wiley. - 1992. - P. 571.
4. Duncan Graham-Rowe Too much MSG could cause blindness // Experimental Eye Research.- 2002. - Vol 75. - P. 307.

М. Р. Образцова, студентка; М. Д. Антонова, доцент
Кафедра офтальмологии
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Научный руководитель: к.м.н., доцент М. Д. Антонова

АНАЛИЗ ФУНКЦИОНАЛЬНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ КУЛЬТИ ПОСЛЕ ЭНУКЛЕАЦИИ У ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ГРУППЫ ЖИВОТНЫХ

В настоящее время сложным вопросом является решение о сохранении органа зрения при офтальмотравме или при тяжелых приобретенных и врожденных заболеваниях глаз. Согласно научно-исследовательским данным И. А. Филатовой (2006), 7,5-8 тыс. пациентов в России ежегодно нуждается в удалении глазного яблока по определенным показаниям. Основные причины удаления глазного яблока следующие: последствия проникающих ранений и контузий тяжелой степени с вялотекущим рецидивирующим увеитом и угрозой развития симпатической офтальмии (30,1 %), терминальная стадия глаукомы, не подлежащая органосохранному лечению (9,6 %), субатрофия глазного яблока с косметической целью (28,3 %), внутриглазная инфекция (3,7 %), внутриглазные новообразования (28,7 %). Из них, по данным И. А. Филатовой (2006) и П. Ю. Чеглакова (2005), 58 % - лица молодого трудоспособного возраста (от 14 до 45 лет). Поэтому социальная реабилитация пациентов с анофтальмом является актуальной проблемой. По данным М. П. Харлампиди (2008), до 75 % энуклеаций производится без имплантации орбитального протеза, что обуславливает отсутствие или низкую подвижность опорно-двигательной культи. В связи с этим косметические исходы произведенных операций часто остаются неудовлетворительными, поэтому не менее важным аспектом являются грамотные условия для формирования полноценной хирургической реабилитации и профилактики развития анофтальмического синдрома при проведении энуклеации, для которых необходимо одномоментная имплантация орбитального имплантата. Существует большое разнообразие материалов для имплантатов, у которых есть свои преимущества и недостатки.

Цель исследования: анализ проведения оперативного вмешательства, энуклеации глаза, у экспериментальной группы животных, особенностей физико-химических свойств материала используемого имплантата, оценка послеоперационного периода и косметических результатов.

Материалы и методы: на базе экспериментальной операционной вивария ТГМУ были проанализированы результаты 6 энуклеаций глазного яблока с последующей имплантацией полиэфирного имплантата, пропитанного антибиотиком (доксциклином гидрохлоридом) и иммуномодулятором (панакселом) у экспериментальной группы животных – кроликов породы Шиншилла. Сроки наблюдения за исследуемой группой кроликов составили 3, 6 и 10 месяцев. Оперативное вмешательство осуществлялось под действием в/м и в/в наркоза. Энуклеацию выполняли на одном глазу животного по стандартной методике с предварительным прошиванием и отсечением прямых экстраокулярных мышц. Производили неврэктомию. После гемостаза имплантировали орбитальный вкладыш цилиндрической формы из полиэфирного волокна, который

изготавливается на базе ФГУП «Научно-исследовательский институт синтетического волокна» г. Тверь. Далее производили послойное ушивание тканей над имплантом (мышцы, теновая оболочка, конъюнктивы), после ушивания конъюнктивальной полости выполняли блефарорафию. Ретробульбарно вводился антибиотик – 1 мл гентамицина. Далее проводили анализ на состоятельность и функциональность опорно-двигательной культы, оценивали ранний и поздний косметический эффект. На базе кафедры микробиологии и вирусологии провели микробиологическое исследование на определение антимикробной активности полиэфирных полотен, пропитанных доксициклином гидрохлоридом и панакселом, методом диффузии в плотную питательную среду на тестах-штампах: *Staphylococcus aureus* ATCC 25923, *Candida albicans* ATCC 885-653, *Pseudomonas aeruginosa* ATCC 27853, *Shigella sonnei* I фазы 941, *Bacillus subtilis* 534, *Escherichia coli* ATCC 25922, *Klebsiella pneumoniae* K1 5054. После проведения экспериментальной части подопытные животные выводились из исследования 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 мм², пропитанного антибиотиком (доксициклином гидрохлоридом) и иммуномодулятором (панакселом) в терапевтических дозах, была установлена антибактериальная активность по отношению к следующим микроорганизмам: *B. subtilis*, *S. aureus*, *Salmonella typhimurium*, *E. coli*, *Sh. sonnei*. В отношении псевдомонад и дрожжеподобных грибов рода *Candida* медикаментозные пропитки не активны.

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 культа имеет стабильный объем и хорошую подвижность, и предназначена для дальнейшей установки глазного протеза и клинического применения.

Выводы: 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 культа, предназначенная для дальнейшего протезирования.

Литература

1. Вериго Е. Н., Гундорова Р. А., Садовская Е. П. Сравнительная характеристика подвижности культы 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. Травмы глаза: учебное пособие. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2015. – С. 323-346.

3. Егоров Е. А., Елифанова Л. М. Глазные болезни: Учебник для медицинских училищ и колледжей. – 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. Атлас нормальной анатомии человека: учебное пособие. – М.: «МЕДпресс-информ», 2009. – С. 464-473.
6. Филатова И. А., Вериге 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 616-618

В. И. Паршина, студент; А. А. Зуйкова, заведующая кафедрой;

О. Н. Красноруцкая, Ю. А. Котова, Д. Ю. Бугримов, доценты

Кафедра поликлинической терапии

ФГБОУ ВО Воронежский ГМУ им. Н. Н. Бурденко Минздрава России, г. Воронеж, Россия

Научный руководитель: д.м.н., профессор А. А. Зуйкова

ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ В РАЗЛИЧНЫЕ СТАДИИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ПЕРИОДА

Климактерический период знаменует собой важный этап в жизни женщин, встречающийся в среднем в возрасте 51 года и связанный с флуктуирующими уровнями гормонов [1, 2]. В данный период более 80 % женщин испытывают физические и/или психологические симптомы разной степени выраженности, нарушение качества жизни [3, 4]. Клинические проявления различаются между женщинами по частоте, тяжести и продолжительности, на фоне снижения эстрогенов у женщин развиваются различные соматические заболевания, которые часто сочетаются между собой, отягощая общее состояние в целом. Доказано, что гипоэстрогения может способствовать развитию артериальной гипертензии (АГ), ишемической болезни сердца (ИБС), метаболическому синдрому (МС), сахарному диабету (СД) 2-го типа, ожирению и другой соматической патологии, а также формированию психосоматических расстройств [3, 4, 7, 8, 9, 10].

Цель исследования: оценить частоту и характер коморбидных состояний у женщин в различные стадии климактерического периода.

Задачи:

1. Определить уровень гендерной обращаемости за медицинской помощью в возрастной период от 42 до 69 лет.
2. Установить доминирующую нозологию в структуре соматической патологии основной и контрольной групп.
3. Оценить индекс коморбидности по CIRS, Kaplan-Feinstein, Charlson в исследуемых группах.
4. Провести сравнительный анализ частоты и характера коморбидных состояний у женщин в различные стадии климактерического периода.
5. Установить роль гипоэстрогении в формировании индекса коморбидности.

Материалы и методы: обследовано 100 человек в возрасте от 42 до 69 лет, находящиеся на амбулаторном лечении у участкового терапевта в поликлинике №1 г. Губкин, Белгородской области.

Все пациенты были разделены на 4 группы: I группа – женщины в период менопаузального перехода (нестабильный менструальный цикл), II группа - женщины в менопаузе и перименопаузе (прекращение менструаций и ее отсутствие в течении 12 месяцев), III группа - женщины в постменопаузе (менструация отсутствовала от 1 года и более), контрольная группа – мужчины того же возрастного периода.

Для решения поставленных задач были изучены и проанализированы 100 медицинских карт амбулаторного больного (форма № 025/у). Для оценки индекса коморбидности использовались опросники CIRS, Kaplan-Feinstein, Charlson.

Результаты и обсуждение: сравнительный анализ обращаемости пациентов за медицинской помощью в поликлинику представлен в таблице 1. Повышение обращаемости женщин отмечается в возрастном периоде от 42 до 50 лет, что соответствует пременопаузе, с пиком максимальной активности в менопаузе в возрасте от 51 до 59 лет. Что по-видимому, связано с гормональными изменениями женского организма, характеризующихся уменьшением содержания уровня эстрогенов. Максимальная обращаемость за медицинской помощью в контрольной группе приходится на возрастной период от 60 до 69 лет.

Таблица 1 – Обращаемость в поликлинику

Возрастной интервал	Женщины в пременопаузе	Женщины в менопаузе/ перименопаузе	Женщины в постменопаузе	Мужчины
42-50	8	2	1	6
51-59	8	19	5	19
60-69	-	1	6	25

Анализ структуры соматической патологии по нозологии представлен в таблице 2.

Таблица 2 – Структура заболеваемости по нозологии

Заболевания	Женщины в пременопаузе	Женщины в менопаузе	Женщины в постменопаузе	Мужчины
Гипертоническая болезнь	6	10	14	9
Ожирение	10	8	6	5
Гастрит, язвенная болезнь	2	6	8	14
Сахарный диабет	1	3	5	1
Заболевания щитовидной железы	3	6	8	1
Заболевания костно-мышечной системы	3	5	8	6

Таким образом, максимальная частота выявления соматического заболевания приходится на периоды менопаузы и постменопаузы. Как видно из таблицы 2 до 48 % женщин климактерического периода страдают ожирением, разной степени выраженности. Наибольшее увеличение массы тела отмечается у женщин в пременопаузе, в связи с уменьшением выработки эстрогенов яичниками и ростом андрогенов, что и приводит к увеличению жировой ткани.

В постменопаузе возрастает количество женщин (10 %) с сахарным диабетом (СД). Отсутствие влияния эстрогенов, в норме усиливающих действие инсулина, предрасполагает к развитию гипергликемии и как следствие, возможное развитие СД.

Количество женщин с гипертонической болезнью (ГБ) наиболее выражено в постменопаузе – 28 %. Это обосновано тем, что в климактерическом периоде существует ряд предпосылок к развитию ГБ, особенно в постменопаузе, что связано с дисбалансом половых гормонов – резким снижением уровней эстрогенов и прогестерона, а также относительным избытком андрогенов. На фоне гормонального дисбаланса повышается активность симпатической нервной системы, активация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, дисфункция эндотелия.

ГБ в контрольной группе была выявлена у 10 % исследуемых, это, возможно, связано с наличием у них вредных привычек в виде табакокурения и злоупотребления алкоголем, а также наследственной предрасположенностью. В сравнении с женщинами (таблица 3) видно, что у мужчин ГБ протекает более доброкачественно. Это можно объяснить тем, что у женщин ГБ выступает как сопутствующее заболевание, в то время как у мужчин, оно является самостоятельным.

Таблица 3 – Оценка основных показателей

Возрастной интервал, годы	Артериальное давление, мм рт. ст.		ИМТ, кг/м ²		Уровень глюкозы, мм/л		ЧСС, уд./мин.	
	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж
42-50	125/80	140/90	25	27	3,8	4,3	65	80
51-59	140/90	155/110	23	30	4,1	6,2	75	85
60-69	150/100	170/115	22	34	5,2	7,2	80	95

У 16 % женщин в постменопаузе была диагностировано заболевание щитовидной железы. Способствовать формированию тиреоидной патологии может как дефицит йода, так и гормональная перестройка, нестабильность уровня женских половых гормонов предыдущих периодов климактерия.

Аналогичные изменения происходят в структуре опорно-двигательного аппарата обследуемых женщин. В постменопаузе снижается тонус мышц и изменяется структура костей. Благодаря эстрогенам костная система в репродуктивном периоде получает достаточное количество кальция и другого «строительного материала». В постменопаузе появляются признаки остеопороза, когда кальций не накапливается в костных структурах, а «вымывается», поэтому кости становятся хрупкими, а суставы – менее крепкими.

Оценка индекса коморбидности у мужчин в возрасте от 42-69 лет и женщин этой же возрастной категории (таблица 4), находящихся на различных стадиях климактерического периода показала, что наибольшие индексы коморбидности по системе CIRS (11 баллов), Kaplan-Feinstein (10 баллов), Charlson (3 балла) были выражены у женщин в постменопаузе. Что по-видимому, связано с метаболическими последствиями дефицита эстрогенов, которые являются пусковым моментом развития соматической патологии у женщин, что в свою очередь способствует развитию коморбидных состояний.

Таблица 4 – Оценка индекса коморбидности

Группа	Индекс коморбидности CIRS	Индекс коморбидности Kaplan Feinstein	Индекс коморбидности Charlson
Женщины в пременопаузе	6	5	1
Женщины в менопаузе	8	7	2
Женщины в постменопаузе	11	10	3
Мужчины	5	5	2

Заключение: в постменопаузе отмечается увеличение заболеваемости и обращаемости пациентов женского пола, что напрямую связано с гормональными нарушениями, происходящими у женщин в этот период. При этом ни одна из женщин не получала заместительной гормональной терапии, соматическая патология велась без учета гормонального фона женщины.

Доминирующей нозологией в структуре соматической патологии у женщин явилось ожирение (48 %), в контрольной группе заболевания пищеварительного тракта – 28 %.

Сравнительная оценка индекса коморбидности выявила более высокие показатели в группе женщин, что может быть обусловлено особенностями гормонального фона данного периода, обращаемостью к специалисту, как правило, уже при развернутой картине заболеваний или даже при наличии осложнений, что ухудшает их течение и прогноз в последующем.

Все вышесказанное требует своевременной оценки индекса коморбидности женщин климактерического периода, взятия на диспансерный учет их у терапевта, с последующим дообследованием у специалистов соответствующего профиля.

Литература

1. Чазова И. Е., Сметник В. П., Балан В. Е. и др. Ведение женщин с сердечно-сосудистым риском в пери- и постменопаузе: консенсус кардиологов и гинекологов / Российский медицинский журнал. – 2008. – №4. – С. 61-78.
2. Лазебник Л. Б. Полиморбидность и старение // Новости медицины и фармации. – 2007. – С. 205.
3. Kaplan M. H., Feinstein A. R. The importance of classifying initial comorbidity in evaluating the outcome of diabetes mellitus // Journal Chronic Disease. – 1974. – С. 387–404.
4. Charlson M. E., Sax F. L. The therapeutic efficacy of critical care units from two perspectives: a traditional cohort approach vs a new case-control methodology // J. Chronic. Dis. – 1987. – P. 31–39.
5. Баранова Е. И. Артериальная гипертензия в постменопаузе: патогенез и подходы к терапии / Фарматека. – 2009. – №12. – С. 29–33.

6. Кириченко А. А. Лечение гипертонической болезни у женщин в постменопаузе / А. А. Кириченко // Практикующий врач. — 2003. — № 1. — С. 5-8.
7. С. А. Бутрова, О.В . Чигарькова, А. В. Ильин // Ожирение и метаболизм. - 2006. - № 3 (8). — С. 35-39.
8. Калашникова М. Ф. Особенности пери- и постменопаузального периода у женщин с эндокринными заболеваниями (клиническая лекция) / М. Ф. Калашникова, Ю. Б. Катхурия, Г. А. Мельниченко // Проблемы репродукции. — 2003. — №1. — С. 44-52.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНГИБИТОРОВ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) — это хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное нарушением моторно-эвакуаторной функции органов гастроэзофагеальной зоны и характеризующееся регулярно повторяющимся забросом в пищевод содержимого желудка, а иногда и двенадцатиперстной кишки, что приводит к появлению клинических симптомов, ухудшающих качество жизни пациентов, повреждению слизистой оболочки дистального отдела пищевода с развитием в нем дистрофических изменений неороговевающего многослойного плоского эпителия, катарального или эрозивно-язвенного эзофагита (рефлюкс-эзофагит), а у части больных — цилиндроклеточной метаплазии [1, 2].

Лечение должно быть направлено на уменьшение выраженности рефлюкса, снижение агрессивных свойств рефлюктата, улучшение пищеводного клиренса и защиту слизистой оболочки пищевода. В настоящее время основными принципами лечения ГЭРБ являются назначение ингибиторов протонной помпы (ИПП) и проведение длительной основной (не менее 4–8 нед.) и поддерживающей (6–12 мес.) терапии. При несоблюдении этих условий вероятность рецидива заболевания очень высока. Исследования, проведенные во многих странах мира, показали, что более чем у 80 % пациентов, не получающих адекватного поддерживающего лечения, рецидив развивается в течение ближайших 26 нед., а вероятность рецидива в течение года составляет 90–98 %. Из этого следует, что необходимо проводить поддерживающее лечение [3, 4].

Медикаментозное лечение включает известные группы препаратов как альгинаты, антациды, адсорбенты, прокинетики.

При наличии как пищеводных, так и внепищеводных проявлений ГЭРБ эффективны ИПП — препараты, подавляющие активность фермента H^+ , K^+ -АТФазы, находящегося на апикальной мембране париетальной клетки и осуществляющего последний этап синтеза соляной кислоты. ИПП считают наиболее эффективными и безопасными препаратами для лечения ГЭРБ. В клинических исследованиях ИПП постоянно демонстрируют наибольшую эффективность в лечении эрозивного эзофагита и купировании ГЭРБ-ассоциированных симптомов.

Согласно современной Анатомо-терапевтическо-химической классификации лекарственных средств (АТХ) ингибиторы протонной помпы (ИПП) включены в раздел А02В «Противоязвенные препараты и препараты для лечения гастроэзофагеального рефлюкса» в группу А02ВС «Ингибиторы протонного насоса». В ней перечислены международные непатентованные наименования семи ингибиторов протонной помпы

(первые шесть из них разрешены к применению в США и в Российской Федерации; седьмой, дексрабепразол, в настоящее время разрешения для применения не имеет):

A02BC01 Омепразол

A02BC02 Пантопразол

A02BC03 Лансопразол

A02BC04 Рабепразол

A02BC05 Эзомепразол

A02BC06 Декслансопразол

A02BC07 Дексрабепразол

Цель исследования: сравнить эффективность препаратов, относящихся к группе ИПП, применяемых при ГЭРБ.

Материалы и методы: методы сравнения и обобщения сведений официальных данных и научных статей.

Результаты и обсуждение: существенным для практики применения моментом является такой момент, что прием антацидов и пищи не влияет на фармакокинетику пантопразола.

Сукральфат и прием пищи могут изменять абсорбцию лансопразола. Фармакокинетика омепразола может быть изменена приемом пищи, но не изменяется жидкими антацидами. Поэтому лансопразол и омепразол принимают за 30 мин. до еды, а пантопразол и рабепразол – независимо от приема пищи.

Установлено, что у всех ИПП продолжительность антисекреторного эффекта коррелирует не с концентрацией препарата в плазме крови, а с площадью под фармакокинетической кривой концентрация-время (AUC), отражающей количество препарата, достигшего протонной помпы. Сравнительными исследованиями было установлено, что после 1-го приема из всех ИПП наибольший показатель AUC был у пантопразола. У эзомепразола она была меньшей, но, постепенно увеличиваясь, к 7-му приему она несколько превосходила показатель AUC пантопразола. Показатель AUC омепразола был наиболее низким у всех сравниваемых ИПП. Поэтому, – омепразол следует назначать 2 раза в день, – а препараты с наибольшим показателем AUC (пантопразол и эзомепразол) большинству больных достаточно принимать однократно. Отмечается, что для некоторого числа пациентов вышесказанное может быть отнесено и к лансопразолу и рабепразолу.

Благодаря высокой константе диссоциации pK_a рабепразол способен быстро аккумулироваться в большом количестве париетальных клеток и приводить к быстрому и выраженному торможению секреции кислоты, связывая протонную помпу, что обеспечивает высокую скорость действия и стойкий антисекреторный эффект уже после 1-х суток приема препарата. Фармакокинетические особенности рабепразола обуславливают эффективное купирование дневной и контроль ночной изжоги с 1-го дня терапии, высокую частоту заживления эрозий пищевода и поддержание длительной ремиссии ГЭРБ, в том числе при использовании препарата в режиме «по требованию».

Декслансопразол — единственный ИПП с модифицированным высвобождением активного вещества. Его капсула содержит гранулы двух типов, высвобождающие активное

вещество в зависимости от рН в разных отделах тонкой кишки: высвобождение начинается в ее верхнем отделе через 1–2 ч после приема препарата и продолжается в дистальном отделе через 4–5 ч. Двойное отсроченное высвобождение активного вещества позволяет пролонгировать его действие и способствует снижению секреции соляной кислоты в течение продолжительного времени. Пролонгирование эффекта декслансопразола обеспечивает эффективный контроль ночных симптомов ГЭРБ.

Заключение: наиболее часто назначаемый препарат омепразол не обладает выраженной биодоступностью, в отличие от эзомепразола, который может применяться 1 раз в день, а по остальным критериям идентичен ему. Рабепразол показал самое высокое время удержания рН. Оптимальные показатели у пантопразола: в сравнении с омепразолом биодоступность выше, прием пищи и антацидов не влияют на концентрацию препарата, что делает его более удобным в применении, время удержания рН > 4,0 ед. в желудке и максимальное ингибирование протонного насоса выше.

Литература

1. Курилович С. А., Чекалина Е. А., Белковец А. В. Дозозависимая антисекреторная активность эзомепразола: результаты длительного мониторинга внутрижелудочного рН / Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2014. – №5. – С. 24-28.
2. Онучина Е. В, Брикова С. И, Рожанский А. А. Казакова Р. В. Сравнительное исследование применения эзомепразола и омепразола для инициальной терапии больных ГЭРБ разного возраста / НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН/ Красноярск, 2016.
3. Гималетдинова И. А., Абсалямова Л. Р., Амиров Н. Б. Сравнительная оценка эффективности рабепразола и омепразола в терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / Вестник современной клинической медицины. – 2017. – Т10, Вып 4. – С. 22-26.
4. Колесникова И. Ю., Волков В. С. Диагностика и лечение кислотозависимых заболеваний пищеварительного тракта: Руководство для врачей. – М: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2014. – 432 с.

О. В. Пендрикова, Р. М. Беридзе, студенты; Т. Н. Захаренкова, заведующая кафедрой
Кафедра акушерства и гинекологии
УО Гомельский ГМУ, г. Гомель, Республика Беларусь

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ДИСМЕНОРЕЕ

Дисменорея – наиболее распространенное гинекологическое заболевание женщин репродуктивного возраста, частота встречаемости которого, по мнению разных авторов, составляет 35-75 %. Дисменорея характеризуется болезненными спазмами маточного происхождения непосредственно перед и/или во время менструации при отсутствии какой-либо выраженной макроскопической тазовой патологии. Нередко отмечаются такие системные симптомы, как тошнота, рвота, диарея, повышенная утомляемость, бессонница, головокружение и боль [1]. Симптомы первичной дисменореи обычно проявляются спустя 6–24 мес. после менархе. Хроническая боль является одной из основных причин снижения качества жизни. Дисменорея нарушает сон, а накапливающаяся усталость, испытываемая женщинами, способна усилить негативное влияние боли на жизнедеятельность в дневное время [2]. К тому же, показатели распространенности дисменореи часто снижены, что обусловлено интерпретацией женщинами боли во время менструации, как варианта нормы, а не расстройства, вследствие чего большинство не обращаются за медицинской помощью. Таким образом, дисменорея – не только медицинская, но и социальная проблема.

Цель исследования: выявить особенности течения дисменореи у женщин.

Материалы и методы: материалом для исследования явились публикации, содержащие информацию об особенностях течения и характеристике болевого синдрома у женщин при дисменорее, размещенные в англоязычных ресурсах «U.S. National Library of Medicine» и в ряде русскоязычных изданий за период 2009-2017 гг.

Результаты и обсуждение: важными факторами риска развития первичной дисменореи являются: ранний возраст менархе, большая продолжительность менструального цикла, наследственный анамнез по дисменорее, нарушение синтеза и обмена простагландинов, курение, по крайней мере, одной сигареты в день [3]. Кроме того, ретроспективное исследование с участием 9 688 женщин, длившееся 13 лет, позволило прийти к выводу, что и ожирение, и дефицит массы тела являются факторами риска развития данного заболевания [4, 5]. Также было установлено, что после первых самопроизвольных родов происходит значительное уменьшение степени выраженности менструальной боли, что, по мнению авторов, обусловлено снижением послеродовой продукции простагландинов в эндометрии и возможным подавлением адренергической иннервации матки [6, 7]. Усиленное высвобождение простагландинов из разрушающихся клеток эндометрия во время его десквамации вызывает гипертонус миометрия, приводящий к его ишемии и гипоксии, и в конечном итоге - к боли. Степень тяжести менструальной боли и ассоциированные симптомы дисменореи прямо пропорциональны количеству продуцируемых простагландинов [8].

Установлено, что клинические признаки психических расстройств при дисменорее в период пубертата и в раннем репродуктивном возрасте отличаются выраженным

полиморфизмом, нередко достигая картины прогрессирующих нарушений, так как соматические заболевания оказывают патогенное воздействие на психику, наиболее уязвимую в периоды гормональных и психофизиологических изменений. При этом формирование и динамику психических расстройств детерминируют соматогенные, психогенные и социальные факторы. Полученные результаты обосновывают необходимость создания высокоэффективных лечебных и профилактических стратегий с целью использования при данных расстройствах в психиатрической и гинекологической практике, а также формирования специализированных служб для их реализации [4].

Необходимо отметить, что у женщин с дисменореей внутриматочное давление может достигать 300 мм рт.ст. и не падает ниже 100 мм рт.ст. между одиночными сокращениями, что обуславливает не только травматизацию эндометриальной зоны, приводя к инвагинации базального эндометрия в миометрий и развитие аденомиоза, но и попадание этих агрессивных клеток в брюшную полость и формирование наружного эндометриоза, благодаря так называемому «перистальтическому насосу» [9]. Данные трансмиссионной электронной микроскопии, иммуногистохимического исследования на маркеры CD45 и CD68 подтверждают, что ультрамикротравма в зоне эндометриального перехода (junctional zone) является одним из ключевых звеньев патогенеза аденомиоза [10].

Существующая большая вариативность эффективности различных фармакологических и нефармакологических стратегий дает основание полагать, что действенность методов терапии сугубо индивидуальна: один способ может обеспечивать относительное облегчение боли одной пациентки, но не может гарантировать того же другой. Было доказано, что бег и различные физические упражнения на растягивание и расслабление мышц являются эффективным способом подавления выраженности дисменореи при условии, если они выполняются регулярно. Эффективность иглоукалывания при лечении больных с первичной дисменореей может зависеть от точного определения конкретных акупунктурных точек. Внутриматочные гормональные системы способны уменьшать интенсивность маточного кровотечения и частично подавлять боль, но их использование у нерожавших женщин является относительно низкоэффективным [11, 12]. Комбинированные оральные контрацептивы (КОК) подавляют овуляцию и, снижая толщину эндометрия, уменьшают объем менструальной десквамации, синтез простагландинов и, как следствие, степень выраженности боли. Наиболее распространенным фармакологическим средством для лечения дисменореи являются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВС), обладающие ингибирующим действием на выработку простагландинов. Кроме того, первичная дисменорея интерпретируется как асептическое воспалительное заболевание с повышенной активностью нейтрофилов, а также со сниженной антиоксидантной защитой. Применение НПВС способно положительно влиять как на воспалительный процесс, так и на уровень антиоксидантной защиты [13, 14].

Заключение: с учетом выявленных причинно-следственных связей между дисменореей, опухолевыми процессами (аденомиоз, эндометриоз), психическими нарушениями и качеством жизни указывает на тот факт, что заблаговременное лечение женщин репродуктивного возраста с дисменореей – это не только повышение качества их жизни, но и профилактика возможных отдаленных осложнений.

Литература

1. Iacovides, S. What we know about primary dysmenorrhea today: a critical review /S. Iacovides, I. Avidon, F. Baker //Hum Reprod Update. – 2015. – №21 (6). – P. 762–778.
2. Iacovides, S. Reduced quality of life when experiencing menstrual pain in women with primary dysmenorrhea / S. Iacovides, I. Avidon, A. Bentley, F. Baker // Acta Obstet Gynecol Scand. – 2014. – №93. – P. 213–217.
3. Pejčić, A. Risk factors for dysmenorrhea among young adult female university students / A. Pejčić, S. Janković // Ann Ist Super Sanita. – 2016. – №52 (1). – P. 98–103.
4. Менделевич, Д. М. Гинекологическая психиатрия: современные аспекты проблемы /Д. М. Менделевич, В. Д. Менделевич // Неврологический вестник, 2013. – №25. – С. 104–108.
5. Ju, H. U-Shaped Relationship between Body Mass Index and Dysmenorhea: A Longitudinal Study /H. Ju, M. Jones, G. A. Mishra // PLoS One. – 2015.– №10 (7). – P. 557–559.
6. Juang, C. M. Impact of pregnancy on primary dysmenorrhea /C. M. Juang, M. S. Yen, N. F. Twu et al. // Int J Gynaecol Obstet, 2016. – №1. – P. 25–34.
7. Кулакова, В. И. Национальное руководство «Гинекология» / В. И. Кулакова, И. Б. Манухина, Г. М. Савельева // М.: ГЭОТАР Медиа, 2016. – 1063 с.
8. Dawood, M. Y. Primary dysmenorrhea: advances in pathogenesis and management / M. Y. Dawood // Obstet Gynecol. – 2006. – №108. – P. 428–441.
9. Vincent, K. Dysmenorrhoea is associated with central changes in otherwise healthy women /K. Vincent, C. Warnaby, C. J. Stagg et al. // Pain. – 2011. – №5. – P. 125–127.
10. Ye, R. Primary dysmenorrhea is potentially predictive for initial orthodontic pain in female patients /R. Ye, S. Wang, Y. Li et al. //Angle Orthod. – 2014.– №84 (3). – P. 424 – 429.
11. Ortiz, M. I. Effect of a physiotherapy program in women with primary dysmenorrhea / M. I. Ortiz, S. K. Cortés-Márquez, L. C. Romero-Quezada et al. // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. – 2015. – №194. – P. 24–29.
12. Proctor, M. L. Combined oral contraceptive pill (OCP) as treatment for primary dysmenorrhoea / M. L. Proctor, H. Roberts, C. M. Farquhar // Cochrane Database Syst Rev. – 2014. – №6. – P. 224–226.
13. Kaplan, Ö. Nonsteroidal anti-inflammatory drug modulates oxidative stress and calcium ion levels in the neutrophils of patients with primary dysmenorrhea / Ö. Kaplan, M. Nazıroğlu, M. Güney, M. J. Aykur // Reprod. Immunol. – 2013. – №100 (2). – P. 87–92.
14. Захаренкова, Т. Н. Акушерство и гинекология: учеб.-метод. пособие для студентов 4, 5 курсов всех факультетов медицинских вузов. Ч. 2.: Гинекология. – Т. Н. Захаренкова [и др.]. – Гомель: ГомГМУ, 2017. — 148 с.

Е. Д. Петрова, М. Д. Платонова, ординаторы;
С. Н. Бельдиев, доцент; И. В. Егорова, ассистент
Кафедра внутренних болезней ФДПО и ординатуры
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Научный руководитель: д.м.н., доцент Д. Ю. Платонов

ОПИСАНИЕ УЛЬЦЕРОГЕННЫХ ЭФФЕКТОВ НИКОРАНДИЛА В ЕВРОПЕЙСКОЙ И ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ИНСТРУКЦИЯХ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА

Активатор калиевых каналов никорандил применяется в качестве антиангинального средства в Европе (Великобритании, Франции и ряде других стран) с середины 90-х годов прошлого века [1], а в России – с 2009 г. [2]. За прошедшие десятилетия накоплено большое количество данных о способности никорандила вызывать изъязвления желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и некоторых других локализаций [1]. В связи с этим в 2015 г. Европейское агентство по лекарственным средствам (European Medicines Agency – ЕМА) внесло соответствующие изменения в инструкцию к препаратам никорандила, применяемым в европейских странах [3].

Цель исследования: сравнить и проанализировать, как охарактеризованы ulcerогенные эффекты никорандила в европейской и отечественной инструкциях.

Материалы и методы: для сравнения и анализа использованы: 1) краткая характеристика (summary of product characteristics – SmPC) препаратов никорандила, размещенная в 2015 г. на сайте ЕМА [3]; 2) инструкция по медицинскому применению отечественного препарата никорандила, размещенная на сайте компании-производителя (дата последнего обновления – 7 сентября 2016 г.) [4].

Результаты и обсуждение: в SmPC к европейским препаратам никорандила раздел «Предостережения и особые указания» начинается со слов о том, что имеются сообщения об изъязвлениях ЖКТ, кожи и слизистых при лечении никорандилом.

Далее в подразделе «Изъязвления ЖКТ» говорится следующее: «Индукцированные никорандилом изъязвления могут иметь различную локализацию у одного и того же пациента. Они рефрактерны к лечению и большинство из них заживает только после отмены никорандила. При возникновении изъязвлений прием никорандила следует прекратить. Специалисты здравоохранения должны знать о важности своевременной диагностики вызванных никорандилом изъязвлений и необходимости немедленной отмены препарата в случае их появления. На основе имеющейся информации установлено, что промежуток времени от начала приема никорандила до момента возникновения изъязвлений может составлять от нескольких дней до нескольких лет. Имеются сообщения о кровотечениях из язвенных дефектов ЖКТ, вызванных приемом никорандила. Пациенты, принимающие ацетилсалициловую кислоту (АСК) или нестероидные противовоспалительные средства (НПВС), имеют повышенный риск развития кровотечений. Поэтому рекомендуется соблюдать осторожность при использовании никорандила одновременно с АСК или НПВС. В тяжелых случаях язвы могут приводить к развитию перфораций, свищей или абсцессов.

Пациенты с дивертикулярной болезнью особенно подвержены риску образования свищей или перфораций кишечника во время терапии никорандилом. Сообщалось о перфорациях ЖКТ при одновременном приеме никорандила и кортикостероидов, поэтому рекомендуется соблюдать осторожность при их совместном назначении» [3].

Вслед за приведенным фрагментом в подразделе «Изъязвления глаз» отмечается: «Имеются очень редкие сообщения о развитии конъюнктивита, язв конъюнктивы и язв роговицы при лечении никорандилом. Пациенты должны быть проинформированы о риске развития этих осложнений и необходимости обращения к специалистам в случае появления соответствующих симптомов. При развитии изъязвлений прием никорандила следует прекратить» [3].

В разделе «Взаимодействие с другими лекарственными средствами» вновь подчеркивается: «Сообщалось о перфорациях ЖКТ при одновременном приеме никорандила и кортикостероидов. Рекомендуется соблюдать осторожность при их совместном назначении. У пациентов, одновременно получающих НПВС, в том числе АСК в дозах для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и в противовоспалительных дозах, имеется повышенный риск тяжелых осложнений, таких как изъязвления ЖКТ, перфорации и кровотечения» [3].

В разделе «Побочное действие» в сводной таблице частота развития конъюнктивитов, изъязвлений роговицы и конъюнктивы, а также изъязвлений кожи и слизистых (главным образом, перианальных, генитальных и парастомальных) оценена как «очень редкая» (very rare). В этой же таблице изъязвления ЖКТ (афтозный стоматит, язвы рта, тонкой, толстой и прямой кишки) причислены к категории «редких» (rare), а частота кровотечений из ЖКТ обозначена как «неизвестная» (not known). Вслед за сводной таблицей в подразделе «Дополнительная информация» со ссылкой на исследование IONA (Impact of Nicorandil in Angina) приведена вторая таблица, в которой язвы полости рта охарактеризованы уже как «нечастые» (uncommon), а ректальные кровотечения – как «частые» (common) побочные эффекты терапии никорандилом [3].

В инструкции к отечественному препарату никорандила в разделе «Побочное действие» указано, что препарат может вызывать «стоматит (крайне редко)» [4]. Никаких иных сведений об ulcerогенных эффектах никорандила в инструкции не содержится.

В отечественных клинических рекомендациях сведения об эффективности и безопасности лекарственных средств не всегда соответствуют сведениям из современных зарубежных клинических рекомендаций [5, 6], в том числе потому, что первые, как правило, разрабатываются на основе вторых, а это требует определенного времени. Как отмечается в работах ряда исследователей, инструкции к отечественным лекарственным препаратам тоже не всегда обновляются своевременно, по сравнению с инструкциями к зарубежным препаратам, содержащим аналогичное действующее вещество [7, 8], и приведенные выше результаты вполне согласуются с данным утверждением.

Вместе с тем, содержащаяся в европейской инструкции информация о частоте вызываемых никорандилом изъязвлений ЖКТ в настоящее время тоже нуждается в обновлении. В опубликованном в 2016 г. систематическом обзоре, посвященном неблагоприятному влиянию никорандила на ЖКТ [9], приведены следующие сведения об ulcerогенных эффектах никорандила в исследовании IONA. Пациенты со стабильной

стенокардией на протяжении в среднем 1,6 лет в дополнение к стандартной антиангинальной терапии получали никорандил по 20 мг 2 раза в день (2565 человек) либо плацебо (2561 человек). Язвы рта у получавших никорандил были выявлены в 5 случаях, у получавших плацебо – не выявлялись. Проктиты с ректальными кровотечениями в группе никорандила наблюдались в 15 случаях, в группе плацебо – в 3 случаях. Дивертикулярная болезнь и дивертикулиты в группе никорандила отмечены в 14 случаях, в группе плацебо – в 3 случаях [9].

Каждый из приведенных показателей по отдельности соответствует определению «нечастый побочный эффект» (табл. 1 [10]): язвы полости рта – 5/2565 (0,19 %), ректальные кровотечения (в группе никорандила на 12 больше, чем в группе плацебо) – 12/2565 (0,47 %), дивертикулиты (в группе никорандила на 11 больше, чем в группе плацебо) – 11/2565 (0,43 %). Следовательно, содержащаяся в европейской инструкции характеристика ректальных кровотечений как «частого» (common) побочного эффекта никорандила представляется необоснованной. Вместе с тем, при суммировании всех трех показателей получаем величину 28/2565 (1,09 %), которая, в соответствии с классификацией (таблица 1), дает основание утверждать, что изъязвления ЖКТ в целом были частым побочным эффектом никорандила в исследовании IONA.

Таблица 1 – Классификация побочных эффектов лекарственных средств в зависимости от их частоты [10]

Частота	Доли (%)
Очень частые (very common)	$\geq 1/10$ ($\geq 10\%$)
Частые (common, frequent)	$\geq 1/100$ и $< 1/10$ ($\geq 1\%$ и $< 10\%$)
Нечастые (uncommon, infrequent)	$\geq 1/1000$ и $< 1/100$ ($\geq 0,1\%$ и $< 1\%$)
Редкие (rare)	$\geq 1/10000$ и $< 1/1000$ ($\geq 0,01\%$ и $< 0,1\%$)
Очень редкие (very rare)	$< 1/10000$ ($< 0,01\%$)

Механизм ulcerогенного действия никорандила до сих пор остается неуточненным. Предполагается, что в его основе лежит химическое повреждение тканей, вызванное локальным накоплением в зоне изъязвления метаболитов никорандила (никотиновой кислоты и никотинамида) [11], но данное предположение не является общепризнанным [9]. Как бы то ни было, в практической работе целесообразно исходить из того, что изъязвления ЖКТ – частый побочный эффект никорандила, который может развиваться как минимум у одного из каждых 100 человек, принимающих препарат.

Заключение: в настоящее время полученные за рубежом сведения об ulcerогенных эффектах никорандила не нашли отражения в инструкции к отечественному препарату, что может способствовать его недостаточно безопасному использованию в повседневной практике.

Литература

1. European Medicines Agency. Icorel and Dancor: Assessment report. EMA/238211/2015. 26 March 2015 [Электронный ресурс] / Режим доступа:

- http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Referrals_document/Ikorel_and_Dancor_30/WC500188989.pdf. Дата доступа: 11.09.2018.
2. Малышева А. М., Марцевич С. Ю., Гинзбург М. Л. Применение никорандила – препарата с дополнительными кардиопротективными свойствами – у пациентов с ишемической болезнью сердца // *Терапевтический архив*. – 2011. – № 9. – С. 14-19.
 3. European Medicines Agency. Ikorel and Dancor: summary of product characteristics, labelling and package leaflet. 30/06/2015 [Электронный ресурс] / Режим доступа: http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Referrals_document/Ikorel_and_Dancor_30/WC500184864.pdf. Дата доступа: 11.09.2018.
 4. Инструкция по медицинскому применению препарата Кординик. Регистрационный номер: ЛСР-006552/09 (07.09.2016) [Электронный ресурс] / Режим доступа: <https://pikfarma.ru/upload/iblock/1b4/1b4f1702999088815d41458c71886c15.pdf>. Дата доступа: 11.09.2018.
 5. Обоснование гиполипидемической эффективности урсодезоксихолевой кислоты в отечественных клинических рекомендациях: превращение пешки в ферзя / С. Н. Бельдиев, О. А. Лаздин, И. В. Егорова, Д. Ю. Платонов // *Верхневолжский медицинский журнал*. – 2017. – № 4. – С. 37-41.
 6. Первые российские клинические рекомендации по ведению больных с коморбидной патологией: оцениваем уровень доказательности / Д. Ю. Платонов, С. Н. Бельдиев, И. В. Егорова, О. А. Лаздин, Е. И. Березина, Е. В. Андреева, И. В. Медведева, Г. Ю. Труфанова, С. А. Смирнов // *Верхневолжский медицинский журнал*. – 2018. – № 3. – С. 23-32.
 7. Инструкция по применению лекарственного препарата – ключевой элемент регистрационного досье / А. Н. Васильев, Е. В. Гавришина, Р. Р. Ниязов и др. // *Разработка и регистрация лекарственных средств*. – 2013. – № 5. – С. 142-149.
 8. Основные подходы к оценке качества медикаментозной терапии в кардиологии / С. Ю. Марцевич, Н. П. Кутищенко, Ю. В. Лукина и др. // *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. – 2018. – № 4. – С. 558-566.
 9. Nicorandil, gastrointestinal adverse drug reactions and ulcerations: a systematic review / U. Pisano, J. Deosaran, S. J. Leslie [et al.] // *Adv Ther*. – 2016. – Vol. 33, № 3. – P. 320-344.
 10. Guidelines for preparing core clinical-safety information on drugs / CIOMS Working Groups III and V. – Geneva: Council for International Organizations of Medical Sciences; 1999. – 381 p.
 11. Role of nicotinic acid and nicotinamide in nicorandil-induced ulcerations: from hypothesis to demonstration / P. Trechot, J. Y. Jouzeau, C. Brouillard [et al.] // *Int. Wound. J.* – 2015. – Vol. 12, № 5. – P. 527-530.

А. Е. Петров, Б. А. Набиев, ординаторы; М. В. Зинченко, доцент
Кафедра лучевой диагностики
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Научный руководитель: д.м.н., профессор А. А. Соколов

ЛЕЧЕНИЕ ЛЕВОСТОРОННЕГО ВАРИКОЦЕЛЕ ПРИ ПОРТО-ТЕСТИКУЛЯРНЫХ АНАСТОМОЗАХ

Варикоцеле является нередкой патологией у мужчин (по разным источникам во время призыва на военную службу варикоцеле выявляют у 5-7 % молодых людей). На сегодняшний день существуют различные методики лечения варикоцеле хирургическим путем, в том числе относительно недавно внедренные в клиническую практику эндоваскулярные операции.

Цель исследования: изучить причины варикоцеле и результаты его эндоваскулярного лечения.

Материалы и методы: проведены ультразвуковые и флебографические исследования до и после ретроградной склеротерапии у 326 пациентов с варикоцеле.

Результаты и обсуждение: ультразвуковые исследования показали наличие стенотических изменений почечной вены слева с реверсивным током крови по яичковой вене у 37 % пациентов. При флебографических исследованиях выявлены изменения органического и гемодинамического характера на уровне самой гонадной вены. К ним относятся многоствольный вариант строения яичковой вены с межвенозными кавал-кавальными анастомозами, стеноз гонадной вены, сдавление вены мочеточником, аномальное впадение в нее удвоенной почечной вены и порто-кавальные анастомозы. У 4 пациентов в возрасте 24 года в качестве причины варикоцеле был выявлен тромбоз нижней полой вены, связанный с длительной чрезбедренной катетерной инфузионной терапией в течение первого 1 года жизни [1]. Одной из причин патологии является наличие порто-кавальных анастомозов. Они функционируют во внутриутробном периоде плода и прекращают свою функцию после рождения. Однако часть анастомозов остается функционирующими особенно в органах и системах с поздней закладкой (мочеполовая система, дистальный отдел прямой кишки и др.). Влияние «грязной крови» из портальной системы, давление в которой в 4 раза выше, чем в кавальной системе, приводит к порто-кавальному рефлюксу и нарушению сперматогенеза [2]. По нашим данным, прямые и косвенные признаки порто-кавальных анастомозов на флеботестикулограммах были выявлены у 27 больных в 8,28 %, причем соотношение анастомозов в С/3 и Н/3 яичковой вены составляет соответственно 1:3. Однако, проведенный нами ретроспективный анализ гистологических исследований резецированных яичковых вен после операции Иванисевича выявил более частую встречаемость данной причины варикоцеле - 28,5 %. Учитывая низкий процент флебографического обнаружения порто-кавальных анастомозов нами была предложена методика их обнаружения (способ ангиографической диагностики порто-кавальных анастомозов, патент №2525217) [3]. Использование в дальнейшем методики ретроградной обтурационной флеботестикулографии позволило увеличить их выявление

практически в 3 раза. Влияние всех видов рефлюксов приводит к венозной яичковой гипертензии с угнетением репродуктивной функции. Основными современными способами лечения патологии являются хирургический - операция по Мар-Мару и эндоваскулярная склеротерапия ретроградным доступом.

Однако, в последнее время опубликованные работы, связанные с изучением морфологической структуры паренхимы яичка до и после хирургического лечения, в которых отмечено нарушение микроциркуляции в герминативном эпителии после вмешательства. В этой связи появилось мнение о целесообразности выжидательной тактики у пациентов с секреторным бесплодием и субклиническим и варикоцеле I ст. В таких случаях рекомендуется использование только лекарственной терапии без оперативного вмешательства. Однако, устранение ретроградного сброса крови в яичко даже у этого контингента больных, приводит к улучшению количественных и качественных лабораторных показателей сперматогенеза. Проанализированы результаты склеротерапии яичковых вен у 124 пациентов в возрасте 22-42 лет с варикоцеле и секреторным бесплодием. Следует отметить, что пик обращаемости (92 % пациентов) по поводу бесплодия пришелся на возраст 26-36 лет. Склеротерапия проводилась ретроградным или трансскротальным доступами. Проведен анализ спермограмм до склеротерапии и через 1 месяц после нее. Короткий период наблюдения обусловлен тем, что после этого срока проводилась лекарственная терапия. До проведения склеротерапии практически у всех больных наблюдались олигозооспермия, астенозооспермия и снижение жизнеспособности после получения эякулята. Спустя месяц от склеротерапии увеличение концентрации сперматозоидов в эякуляте составило 5-22 % млн/мл в зависимости от степени олигозооспермии, что свидетельствовало об уменьшении угнетения герминативного эпителия. Астенозооспермия уменьшилась на 7-15 %, а жизнеспособность увеличилась на 3-7 %. Это свидетельствовало о положительном влиянии проведенного оперативного лечения [4].

Заключение: эндоваскулярная склеротерапия оказывается достаточно эффективным методом лечения у пациентов с варикоцеле при порто-тестикулярных анастомозах, являющихся распространенной причиной данной патологии (28,5 % по результатам гистологических исследований резецированных яичковых вен).

Литература

1. Клиника, диагностика и эндоваскулярное лечение варикозной болезни вен малого таза / Соколов А. А. и др. // Материалы IX Всероссийского национального конгресса лучевых диагностиков и терапевтов «Радиология – 2015». – 2015. – Т.5, №2. – С. 240-241.
2. Особенности диагностики и лечения левостороннего варикоцеле при порто-кавальных анастомозах / Соколов А. А., и др. // Материалы XI Всероссийского национального конгресса лучевых диагностиков и терапевтов «Радиология – 2017». – М., 2017 – 371 с. – С. 241-242.
3. Результаты склеротерапии варикоцеле / Соколов А. А. и др. // Материалы IX Всероссийского национального конгресса лучевых диагностиков и терапевтов «Радиология – 2015». – 2015. – Т.5, №2. – С. 241-242.

Л. П. Пикалова¹, доцент, А. А. Изотова², врач-педиатр

¹- Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

²- ЦРБ Селижаровского района Тверской области

Научный руководитель: к.пс.н., доцент Л. П. Пикалова

ПОРТАТИВНАЯ СИСТЕМА ДЛЯ КОРМЛЕНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Правильно организованное вскармливание детей первого года жизни обеспечивает их гармоничное физическое и психическое развитие, своевременное созревание морфологических структур, устойчивость ребенка к инфекциям и является важным фактором среди профилактических мероприятий, направленных на укрепление здоровья и снижение детской заболеваемости.

Рациональное питание играет наиболее важную роль в процессе роста и развития детей. В отличие от взрослого организма у детей формируются и созревают многие органы и системы, совершенствуются их функции. Поэтому детский организм быстрее реагирует на недостаток или избыток различных веществ в рационе, быстро развиваются нарушения деятельности тех или иных систем организма, физического развития, снижается иммунологическая реактивность.

Цель исследования: разработать портативную систему для кормления детей первого года жизни со съемным модулем терморегуляции и стерилизации.

Материалы и методы: провести анализ патентов по системам кормления детей первого года жизни.

Результаты и обсуждение: основываясь на факте, что температура молока матери составляет примерно 37°C, было признано, что молочная смесь для кормления младенца или ребенка должна иметь примерно такую же температуру. Жидкость, температура которой выше или ниже данной температуры, ребенок может отвергнуть. Если жидкость принимается, но является слишком горячей, губы и ротовая полость ребенка могут получить ожоги. Если жидкость слишком холодная, это может привести к расстройству пищеварения. Также известно, что грудное молоко может сохранять свои полезные свойства при температуре 22°C в течение 6 часов. И если температура повышается, то срок хранения уменьшается, а при понижении температуры, срок хранения увеличивается. Также известна необходимость стерилизации детской бутылочки. Для стерилизации используют разные способы, при удовлетворительном выполнении которых у ребенка не нарушается процесс пищеварения.

В прошлом подогрев детского питания вне дома производился с помощью запаса термосов с горячей водой, или же другими способами. Охлаждение грудного молока вне дома выполняется с помощью сумки-холодильника, что не всегда удобно. Данных на тему стерилизации бутылочек вне дома найдено не было.

Обычно подогреватели для бутылочек имеют только питание от сети, не содержат дополнительных функций в виде охлаждения и стерилизации, требуют использования дополнительных устройств при использовании от сети. Люди, осуществляющие уход за

ребенком, хотят использовать все необходимые для питания ребенка приспособления, чтобы обеспечить ребенка безопасной пищей без использования электрической сети. Некоторые из людей, осуществляющих уход за ребенком, предпочитают использовать одно устройство для выполнения данной функции.

В патентном документе России Ru 2590874 предложено решение одной из вышеупомянутых проблем. Подогреватель имеет датчик температуры, его принцип работы основан на инфракрасном излучении. Во втором варианте Ru 2014127882 осуществляется постепенный подогрев бутылочки, с последующим продвижением ее по выпускной камере.

Однако проблема заключается в том, что решения, предложенные в двух вышеуказанных документах, не содержат в себе все три необходимые функции в одном устройстве. Данные решения позволяют только нагреть молоко или жидкость до определенной температуры.

Задачей настоящего исследования является создание портативной модульной системы для детского питания имеющей функции терморегулятора и стерилизатора в одном устройстве.

Данная задача достигается за счет того, что модульная система включает основной модуль, состоящий из корпуса, нагревательного элемента, радиатора и вентилятора, а также алюминиевой пластины, на которую посредством полурезьбы плотно закрепляется бутылочка для нагревания или охлаждения. Для стерилизации на основной модуль терморегулятор закрепляется дополнительный модуль стерилизатор, на него впоследствии накручивается горлышко бутылочки, что обеспечивает полную стерилизацию.

Техническим результатом, обеспечиваемым приведенной совокупностью признаков, является улучшенное нагревание или охлаждение содержимого бутылочки, а также обеспечение стерилизации предметов, контактирующих прямо или косвенно с ротовой полостью ребенка.

Нами была разработана бутылочка для кормления ребенка и устройства, обеспечивающие подогрев, охлаждение и стерилизацию данной бутылочки, без необходимости подключения к электрической сети.

Устройство работает следующим образом: бутылочку, содержащую грудное молоко, или питательную смесь закрепляют с помощью полурезьбы к основному модулю. В зависимости от выбранной позиции происходит либо нагревание питательной смеси, либо охлаждение (рисунок1).

Стерилизация поверхности бутылочки происходит путем закрепления съемного модуля-стерилизатора на основном модуле-терморегуляторе. На защитный перфорированный чехол УФ лампы закрепляется соска, в дальнейшем на соску дном вверх надевается бутылочка и закрепляется на съемном модуле посредством полурезьбы. После закрепления происходит стерилизация бутылочки.



Рисунок 1 – 3D портативная модульная система для детского питания с терморегулятором и стерилизатором

Заключение: создана система портативного кормления, которая может использоваться в качестве дополнительного средства как для прикорма, так и в походе, на природе, в условиях отсутствия обычных условий – электроэнергии, стерилизатора и т.д.

Литература

1. Верещагина Т. Г. Питание детей первого года жизни / Т. Г. Верещагина, И. Г. Михеева, О. Б. Курасова. – М.: РГМУ, 2009. – С. 41-92.
2. Пырьева Е. А. Вскармливание детей первого года жизни: новые возможности/Е.А. Пырьева // Вопросы современной педиатрии. – 2011. – Т.11, №3. – С. 83-86.
3. Рациональное питание ребенка первого года жизни. Заболевания желудочно-кишечного тракта, билиарной системы и органов дыхания у детей. Ч.1 / Т. Г. Мананичева (и др.). – Казань: Медицина, 2011. – 240 с.

Л. П. Пикалова, доцент; А. В. Афанасьева, Е. О. Глущенко, Е. О. Кошанская, студенты
Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Научный руководитель: к.пс.н., доцент Л. П. Пикалова

ПРОФИЛАКТИКА РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

Острые респираторные заболевания (ОРЗ) – проблема детского населения. Наверное, нет такого ребенка, который хотя бы раз не переболел острым респираторным заболеванием. Можно улучшить качество жизни ребенка таким образом, чтобы снизить заболеваемость и облегчить его течение.

Острые респираторные заболевания (ОРЗ) - этиологически разнородная группа инфекционных болезней, имеющих сходные эпидемиологические и клинические характеристики.

Типичная клиническая картина ОРЗ характеризуется воспалением слизистых оболочек респираторного тракта с гиперпродукцией секрета и активацией защитных реакций дыхательного эпителия с последующим удалением избытка секрета.

Выделяют острые заболевания верхних дыхательных путей (ОРЗ/ВДП) - воспаление слизистых оболочек, расположенных выше голосовых связок (ринит, синусит, фарингит, тонзиллит, отит), и острые заболевания нижних дыхательных путей (ОРЗ/НДП) - поражение дыхательного тракта ниже голосовых связок (ларингит, трахеит, бронхит, пневмония).

Цель исследования: провести анализ различных способов профилактики острых респираторных заболеваний (ОРЗ) у детей.

Материалы и методы: по данным различных авторов, заболеваемость ОРЗ приходится в основном (до 80 %) на детское население (от 3 до 8 лет). Две трети заболеваемости приходится на первые семь лет жизни.

Результаты и обсуждение: частые и тяжело протекающие ОРЗ, приводят к нарушению развития функционирования различных органов и систем: органов дыхания с формированием хронических воспалительных процессов в бронхолегочной системе, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, вегетативной нервной системы, способствуют срыву компенсаторно-адаптационных механизмов.

Дети грудничкового возраста редко болеют, так как почти изолированы от внешних и частых контактов и благодаря иммунитету, доставшегося от родителей.

У ребенка грудного вскармливания риск заболеть ОРЗ значительно снижается, так как с молоком матери получает антитела и множество других не специфических защитных факторов к вирусам.

Чаще всего дети болеют, когда начинают посещать детские коллективы. У детей с четырех-пяти лет частота заболеваемости снижается, что связано с проявлением специфического иммунитета после перенесенных заболеваний.

Профилактика ОРЗ в детских дошкольных коллективах заключается в следующих мероприятиях:

1. Закаливание.

2. Правильная организация сна на свежем воздухе.
3. Санитарно-просветительная работа для родителей и персонала.
4. Обогащение рациона питания продуктами с более высоким содержанием витаминов А, В и С.
5. Изоляция ребенка от источника инфекции.

Школьный период – это наиболее большая и активная часть нашего общества и поэтому они очень восприимчивы к инфекциям. Прежде всего профилактика и лечение ОРЗ предполагает вести активный образ жизни и создание условий, в которых организм ребенка сам легко справится с вирусом.

Экспозиционная профилактика имеет целью предотвращение контакта ребенка с источником инфекции. С учетом путей распространения гриппа и ОРЗ изоляция ребенка от больного и потенциального источника инфекции играет ведущую роль в предупреждении данных заболеваний. Основные меры, которые могут быть предприняты в этом отношении, следующие:

1. Ограничение контактов ребенка в сезоны повышения респираторной заболеваемости.
2. Сокращение использования городского транспорта для поездок с детьми.
3. Удлинение времени пребывания ребенка на воздухе.
4. Ношение масок членами семьи, имеющими признаки ОРЗ.
5. Тщательное мытье рук после контакта с больным ОРЗ или предметами ухода за ним.
6. Ограничение посещения детских учреждений детьми со свежими катаральными симптомами.

В очагах острых респираторных инфекций проводятся следующие меры профилактики:

- вводится карантин сроком на 7 дней с момента последнего случая заболевания, усиливается санитарно-эпидемиологический режим;
- проводится влажная уборка помещений;
- больные ОРЗ изолируются или госпитализируются;
- контактных лиц ежедневно осматривают и проводят термометрию;
- в очагах проводится также интерферонпрофилактика, другие методы предотвращения заболевания ОРЗ.

Основными методами повышения сопротивляемости ребенка инфекционным агентам служат вакцинация и закаливание. Закаливание не требует очень низких температур, важна контрастность температуры и систематичность проведения процедур.

Профилактика простудных заболеваний у детей может начинаться с вакцинации. Употребление свежих фруктов и овощей для детей и взрослых – это лучшая профилактика простудных заболеваний.

Широкое распространение ОРЗ требует постоянной и своевременной этиологической диагностики их. За последние годы в практике здравоохранения важное значение приобрел иммунофлюоресцентный метод (ИФМ) диагностики, который позволяет быстро (3-4 ч) обнаружить и определить вид возбудителя ОРЗ. Более подробно о самом методе будет

сказано в следующей главе. Здесь лишь отметим значение метода для анализа эпидемиологической ситуации по респираторным инфекциям.

ИФМ позволяет быстро (поэтому его часто называют "экспресс-метод") определять вид возбудителя при вспышках ОРЗ; он незаменим для изучения циркуляции возбудителей ОРЗ и коллективах (района, городе), при определении сроков заразительного периода в очагах инфекции, выявления бессимптомных форм болезни, случаев вирусносительства, особенно среди переболевших. Используя результаты ИФ-исследований, можно снизить частоту внутрибольничных инфекций путем своевременного обнаружения больных, их изоляции и проведения лечения и профилактических мероприятий в соответствии с особенностями возбудителя.

Заключение: правильное и своевременное применение комплексных мер профилактики ОРВИ может существенно снизить показатели заболеваемости этими инфекциями.

Литература

1. Лобзин Ю. В., Михайленко В. П., Львов Н. И. Воздушно-капельные инфекции. – Санкт-Петербург: Фолиант, 2000.
2. Ткаченко В. К. Лечение ОРЗ у детей // Лечащий врач. – 2005. – №7.
3. Геппе Н. А. Справочник по педиатрии. – Москва, 2002.
4. Морозова С. В. Лечение острых инфекций верхних дыхательных путей // РМЖ. – 2005. – Т.13, № 26. – С. 1748-1751.
5. Маркова Т. П., Чувиров Г. Н. Лечение и профилактика респираторных инфекций // РМЖ, – 2005. – Т.13, № 27. – С. 1869-1874.
6. Колобухина Л. В. Новые стандарты лекарственной терапии гриппа // РМЖ. – 2005. – Т 13, № 21. – С. 1429-1432.
7. Крюков А. И., Туровский А. Б. Симптоматическая терапия при острых респираторных заболеваниях // Справочник поликлинического врача. – 2005. – Т. 4, № 4.
8. Грипп и другие респираторные вирусные инфекции: эпидемиология, профилактика, диагностика и терапия / Под ред. О.И. Киселева и др. – С.-Пб.: Боргес, 2003.
9. Карпухин Г. И., Карпухина О. Г. Диагностика, профилактика и лечение острых респираторных заболеваний. – С.-Пб.: Гиппократ, 2000.
10. Морозова С. В. Лечение острых инфекций верхних дыхательных путей / Русск. Мед. Жур. – 2005. – Т.13, №26.
11. Зайцев А. А., Тропин А. В., Лукашкин Р. В., с соавт. Лечение острых респираторных инфекций у военнослужащих / Воен-мед. журнал. – 2007. – №11 (Т. 328). – С. 15-19.

Л. П. Пикалова, доцент; А. И. Масловский, К. Д. Рыбаков, студенты
Кафедры мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Научный руководитель: к.м.н., доцент И. А. Жмакин

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПУБЛИКАЦИОННОЙ АКТИВНОСТИ ПРОФЕССОРСКО-ПРЕПОДАВАТЕЛЬСКОГО СОСТАВА ТВЕРСКОГО ГМУ

Публикационная активность – это результат научно-исследовательской деятельности автора или научного коллектива, воплощенный в виде научной публикации, например, журнальной статьи, статьи в коллективном сборнике, доклада в трудах научной конференции, авторской монографии, опубликованного отчета по НИР. Публикации российских ученых делаются на русском языке в отечественных изданиях, а также на иностранных языках (в основном, на английском, как универсальном языке современной науки) в переводных, зарубежных национальных и международных журналах. Иноязычные труды российских авторов, которые индексируются в международных аналитико-библиографических системах WebofScience и Scopus отражают уровень развития национальной науки на фоне других стран. Анализ данных параметров лежит в основе проделанной работы.

Цель исследования: определить число публикаций за 2016-2017 гг. на портале elibrary.ru, в РИНЦ; распределить число публикаций по тематике.

Материалы и методы: провести анализ публикационной активности профессорско-преподавательского состава Тверского ГМУ с использованием портала elibrary.ru, а также анализ других региональных ВУЗов.

Результаты: многие годы стоял вопрос определения рейтинга ученого и развития науки. Последние 300 лет данный параметр определялся числом открытий ученого в науке. В XX веке публикационная активность ученого стала главным показателем его научных работ и достижений.

В 2005 году американский ученый-физик Х. Хирш ввел данный индекс в оборот. Он является количественной характеристикой продуктивности ученого, основанной на количестве его публикаций и количестве цитирований его публикаций, и вычисляется на основе распределения цитирований работ данного исследователя.

По результатам библиометрических исследований, международные и национальные индексы научного цитирования содержат библиографические описания статей и пристатейные списки литературы. Показатели цитируемости являются одними из основных составляющих в оценке научной деятельности высших учебных заведений и напрямую отражаются на рейтинге университетов.

По исследованиям нашего университета, публикационная активность зарегистрированных пользователей в период 2016-2017 гг. увеличилась:

- Число публикаций на портале elibrary.ru на 32;
- Число публикаций в РИНЦ на 49;
- Число публикаций, загруженных в РИНЦ 1021;

- Число загрузок публикаций за год на 5136.

Эффективный путь повышения цитируемости научных трудов стратегический - активизация научной деятельности университетов.

Педагогические исследования последних лет и практика указывают на то, что устойчивый интерес преподавателя к научно-методической и исследовательской работе может быть достигнут в процессе развития его научно-методической компетенции. В условиях воздействия множества разнонаправленных факторов любой педагог должен самостоятельно оценивать ситуацию, совершать выбор и принимать решения. Важна внутренняя регуляция поведения, которая обеспечивает его внутреннюю личностную устойчивость. Одним из источников устойчивости являются внутренние мотивы деятельности [1].

В целом можно утверждать, что наукометрический анализ деятельности научных сообществ как ключевое направление развития исследований постепенно приобретает самостоятельный статус, а концептуальные подходы и методический инструментарий, учитывающие специфику этого направления, находятся в стадии разработки. Постановка такой научной задачи, как обоснование и апробация системы измеримых индикаторов публикационной активности научного сообщества предопределяет пристальное внимание к результатам ее решения со стороны тех, кто играет активную роль в социальноэкономических процессах и принимает стратегические решения. Это значительно расширяет возможности практического применения научных результатов подобного исследования. По сути, наукометрические разработки становятся одним из инструментов комплексного прогнозирования инновационной составляющей социально-экономического развития региона. В поддержку такой точки зрения укажем, что разработанная по поручению Минэкономразвития России система мониторинга инновационного развития регионов России содержит 16 показателей, объединенных в три блока; при этом первый блок «Потенциал в создании инноваций» учитывает критерий «Публикационная активность ученых и исследователей» [2]. Изучение публикационной активности научного сообщества предполагает в первую очередь отбор необходимых наукометрических индикаторов, в совокупности достаточных для адекватного отражения публикационной деятельности ученых ВУЗов. Важным этапом на подготовительном этапе исследования является создание тезауруса, полномерно охватывающего понятия и термины стратегических направлений развития конкретного ВУЗа. Составление тезауруса является ключевым моментом для успешного использования наукометрических данных, т.к. это обеспечивает содержательный анализ документного потока научных исследований и определение тематической структуры публикационной активности.

На современном этапе развития науки перспективность и востребованность библиометрических исследований обусловлены комплексом факторов. На библиометрических показателях основывают системы оценки научных исследований, прогнозируют развитие науки, выстраивают научную политику, принимают управленческие решения. Объективная, доступная для измерения и сравнения информация, получаемая с помощью библиометрии, способствует получению точных количественных индикаторов для оценки динамики развития научной мысли, а результаты такого анализа интересны как для ученых, так и для практиков. С конца XX – начала XXI вв. библиометрические исследования

преимущественно проводятся на основе электронных ресурсов. Информационный и поисковый потенциал наукометрических баз данных и доступность огромных объемов данных в цифровом формате открывают принципиально новые возможности для поиска и интерпретации библиометрической информации о научных публикациях. После выявления и отбора информационных ресурсов для проведения библиометрического и самого библиометрического анализа документного потока научных публикаций с описанием и визуализацией полученных данных в форме таблиц и диаграмм станет возможным: – определить приоритетные направления исследований и центры научной активности ВУЗов; – выявить ученых – научных лидеров; – определить авторитетные научные журналы. Помимо перечисленных ожидаемых результатов, обеспечивающих вовлечение в научный оборот новых данных о публикационной активности ВУЗов, исследование открывает возможность установления креативных корреляций параметров и индикаторов потока научных публикаций, генерируемых академическим сообществом и обусловленных особенностями репрезентации научного потенциала территории. Потенциально это означает обоснование новых наукометрических показателей, отражающих специфику публикационной активности именно т научного сообщества.

Заключение: для поддержания и дальнейшего роста публикационной активности профессорско-преподавательского состава ВУЗа необходимо изменение тактики поведения авторов. Мы предлагаем изменить ситуацию в лучшую сторону, на ближайшую и долгосрочную перспективу:

- В первую очередь необходима регистрация каждого публикующегося научного сотрудника ВУЗа в Научной электронной библиотеке (Российский индекс научного цитирования – РИНЦ - elibrary.ru). РИНЦ учитывает все поступающие публикации. У каждого автора, публикаций заведомо больше, чем отражено в РИНЦ, если автор регулярно публикуется.
- Зарегистрированным в РИНЦ авторам необходимо активно поработать со списком своих публикаций. Каждый автор лично должен регулярно отслеживать учет своих публикаций, добавлять пропущенные, исправлять неточности.
- Ввести правило обязательных ссылок в статье на труды коллег. Публикации часто не имеют достаточных ссылок на труды специалистов по освещаемой проблеме, по которым можно было бы проследить состояние проблемы и достигнутые результаты. Увеличение цитирования научной работы, дает, увеличение вероятности цитирования этих работ. Кроме того, такое требование заставляет автора поинтересоваться трудами коллег по этой тематике, а не подавать свою работу как открытие.

Литература

1. Большеротов Л. А. Повышение публикационной активности – условиевысокого рейтинга университета // Международный студенческий научный вестник. – 2014. – №3. URL: <http://eduherald.ru/ru/article/view?id=11869> (дата обращения: 20.02.2018).
2. Бабаев А. А. Современные зарубежные и отечественные подходы оценки инновационного развития территорий // Вестник Казанского технологического университета. – 2013. – № 9. – С. 314–319.

3. Гордукалова Г. Ф. Библиометрия, наукометрия и вебометрия – от числа строк в работах Аристотеля // Научная периодика: проблемы и решения. – 2014. – № 2 (20). – С. 40–46.
4. Гуськов А. Е. Российская наукометрия: обзор исследований. – Библиосфера. – 2015. – № 3. – С. 75–86.
5. Сорочайкин А. Н. Оценочные характеристики публикационной активности государственных вузов Самарской области на основе базы данных РИНЦ // Основы экономики, управления и права. – 2014. – № 5 (17). – С. 3–11.

Л. П. Пикалова, доцент; О. В. Грибченко, студент
Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Научный руководитель: к.пс.н., доцент Л. П. Пикалова

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Рак шейки матки (РШМ) – злокачественная опухоль, исходящая из слизистой оболочки матки (эктоцервикса или цервикального канала).

Цель исследования: провести анализ статистических данных по распространенности заболевания, ранней диагностике и профилактике в России.

Задачи: изучить и проанализировать данные научной литературы; проанализировать благоприятные и неблагоприятные прогнозы по данному заболеванию; оценить профилактические мероприятия по данному заболеванию.

Материалы и методы: проведен статистический анализ и обзор научной литературы по теме исследования.

Результаты: по данным научных исследований, РШМ занимает второе место по распространенности онкологических заболеваний у женщин [3].

По данным мировой статистики, 78 % всех случаев РШМ регистрируются в развитых странах. Ежегодно в мире регистрируется 528 тысяч новых больных РШМ и 274 тысячи смертей от этого заболевания [1].

В 2012 г. в России было зарегистрировано 15 427 новых случаев РШМ, т.е. на долю этой патологии в структуре заболеваемости женщин злокачественными новообразованиями пришлось 5,3 % (5 место). По отношению к 2007 г. прирост абсолютного числа заболевших составил 12,2 %.

В возрастной группе 15-39 лет заболеваемость РШМ была максимальной (22,3 %) по сравнению с другими возрастными группами [2]. В структуре смертности от онкологических заболеваний в России в 2012 году среди женщин РШМ составил 4,7 %, что соответствует 8-му месту [1]. В возрастной группе 15-39 лет смертность от РШМ также была максимальной (21,1 %) по сравнению с другими возрастными группами .

Предрасполагающие факторы развития РШМ:

1. Инфицирование вирусом папилломы человека (ВПЧ). Его носительство может привести к дисплазии шейки матки, которая заканчивается развитием инвазивного рака. ВПЧ может присутствовать в организме женщины, не проявляясь при этом никакими симптомами. В целом до 80% всех женщин на планете имеют риск быть инфицированными вирусом папилломы человека, из них до 50% – онкогенными штаммами. Вероятность приобретения вируса увеличивается в случае начала половой жизни в очень молодом возрасте; наличия множества половых партнеров и половых контактов. Презервативы не защищают от ВПЧ.
2. Фоновые заболевания шейки матки (дискератозы, лейкоплакии, эритроплакии), железисто-мышечные гиперплазии (папиллярная или фолликулярная эрозия, фолликулярная гипертрофия).

3. Инфицирование вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) и хламидийной инфекцией.
4. Курение.
5. Длительный прием оральных контрацептивов (нарушается нормальный баланс гормонов).
6. Раннее начало половой жизни. Множественные аборты и роды (постоянная травматизация шейки при абортах или в родах приводит к эрозии шейки матки).
7. Наследственная предрасположенность.
8. Возраст. Наиболее часто РШМ регистрируется в старших возрастных группах (старше 40 лет), достигая максимума в 55-65 лет. В это время в организме женщины происходят существенные гормональные изменения, обусловленные началом развития климакса и наступлением менопаузы, снижаются адаптационные возможности и устойчивость эндокринной системы к воздействию различных факторов [1].
9. Затяжной стресс и хроническая усталость снижают адаптационные возможности организма, подрывают его защитные силы, в результате чего обостряются все формы доброкачественных болезней шейки матки, и начинается рост онкологической патологии.

Факторы риска увеличивают вероятность развития РШМ, однако наличие одного или даже нескольких факторов риска еще не означает вероятность развития заболевания.

Первичная профилактика основана на применении системы мер по выявлению факторов риска развития РШМ и их устранении:

- здоровый образ жизни;
- образование населения (особенно девочек и подростков) в отношении гигиены сексуальных отношений и раннего начала половой жизни;
- борьба с курением;
- использование барьерных методов контрацепции;
- профилактика и выявление факторов риска распространения папилломавирусной инфекции (ПВИ) и других инфекций, передаваемых половым путем.

Вторичная профилактика направлена на раннее выявление и лечение фоновых и предраковых заболеваний шейки матки (качественный и хорошо организованный скрининг женского населения), внедрение единых протоколов диагностики и лечения инвазивного РШМ). Скрининг позволит снизить заболеваемость запущенных форм РШМ и смертность от нее. Также проводимая вакцинация снижает риск возникновения РШМ.

В детском и подростковом возрасте для *первичной* профилактики надо провести следующие мероприятия:

- проведение вакцинации от ВПЧ;
- пропаганда здорового образа жизни;
- сексуальное воспитание и привитие ответственности в интимных отношениях.

Меры *вторичной* профилактики для женщин в период детородного возраста:

- ЗОЖ в повседневной жизни и половой сфере;
- скрининг рака шейки матки – тестирование всех женщин группы риска. Окрашенные цитологические мазки исследуют на наличие предраковых и опухолевых изменений;
- неотложное лечение при выявлении патологий;

- систематическая госпитализация.
Для женщин, болеющих, важна *третичная* профилактика:
- ЗОЖ;
- Плановые осмотры;
- Медикаментозное и другие способы лечения, неуклонное соблюдение назначений врача.

С профилактической и лечебной целью проводится санация (очистка) половых путей:

- Накануне родов и для предупреждения преждевременных.
- Перед операцией.
- После выкидыша.
- При обнаружении в мазке болезнетворных бактерий.

Заключение: с профилактической целью молодые женщины после начала половой жизни должны проходить осмотр у гинеколога не реже одного раза в год, а женщины старше 40 лет – не реже двух раз в год. В 2004 году Международное агентство по изучению рака рекомендовало проводить цитологический скрининг населения для выявления РШМ начиная с 25 лет каждые 3 года до 50 лет, а затем каждые 5 лет – до 65 лет. Каждая женщина должна осознать необходимость плановых визитов к гинекологу.

Литература

1. Walter R. B., Brasky T. M., Buckley S. A. et al. Height as an Explanatory Factor for Sex Differences in Human Cancer / J. Natl. Cancer. Inst. – 2013. – 105: 860-868.
2. Green J., Cairns B.J., Casabonne D. et al. Height and cancer incidence in the Million Women Study: prospective cohort, and meta-analysis of prospective studies of height and total cancer risk / Lancet Oncol. – 2011. – 12 (8): 785-794.
3. Kabat G. C., Anderson M. L, Heo M. et al. Adult Stature and Risk of Cancer at Different Anatomic Sites in a Cohort of Postmenopausal Women / Cancer. Epidemiol. Biomarkers Prev. / Опубликовано онлайн 25 июля 2013 г.

Е. В. Полухов, студент; А. А. Зуйкова, заведующая кафедрой;

О. Н. Красноруцкая, Ю. А. Котова, Н. В. Страхова, доценты

Кафедра поликлинической терапии

ФГБОУ ВО Воронежский ГМУ им. Н. Н. Бурденко Минздрава России, г. Воронеж, Россия

Научный руководитель: д.м.н., профессор А. А. Зуйкова

ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, СОЧЕТАЮЩЕЙСЯ С НАРУШЕНИЯМИ СЕНСОРНЫХ ФУНКЦИЙ И КОГНИТИВНОГО СТАТУСА

В пожилом возрасте проблемы коморбидности и приверженности к лечению стоят наиболее остро. И если сочетания сердечно-сосудистых заболеваний и заболеваний дыхательной системы, пищеварительной, опорно-двигательного аппарата постепенно изучаются, то расстройства сенсорных функций и когнитивного статуса в комплексе с кардиоваскулярной патологией до настоящего времени широко не освещаются. Более того большинство пациентов и врачей амбулаторно-поликлинического уровня недостаточно внимания уделяют этим нарушениям, по умолчанию считая их проявлением возрастных изменений. Это вряд ли можно считать правильным подходом, ведь для поиска причины каждой патологии необходимо проводить более глубокие исследования. К примеру, данные по связи расстройств слуха и гипертонической болезни разнятся. Некоторые авторы [1] считают, исходя из своих исследований, что связь кардиоваскулярных заболеваний и, в частности, ГБ с потерей слуха неочевидна, а купирование сердечно-сосудистых факторов риска мало чем может помочь в защите слуховой функции. Другие авторы устанавливают прямую связь между снижением слуха и заболеваниями сердечно-сосудистой системы, артериальной гипертензией [2, 3], указывают на возможное снижение слуха из-за атеросклеротического поражения сосудов вертебробазилярной системы [4].

Проблема приверженности к лечению артериальной гипертензии широко изучается во всем мире [5]. Нуман и Pavlik [6] в своем обзоре собрали результаты нескольких крупных работ: количество нон-адгерентных (не приверженных лечению) пациентов с резистентной эссенциальной артериальной гипертензией по их данным колеблется от 7 до 66 %. Если учесть приведенные выше цифры статистики, а также тот факт, что коморбидные болезни снижают приверженность пациентов к лечению [7], становится ясной необходимость целенаправленно выявлять причины снижения приверженности к лечению и проводить их коррекцию в каждом конкретном случае до наступления фатальных последствий.

Цель исследования: оценка приверженности к лечению пациентов с гипертонической болезнью в сочетании с нарушениями сенсорных функций и когнитивного статуса.

Задачи:

- установить распространенность расстройств слуха, зрения и когнитивной сферы среди пациентов с артериальной гипертензией;
- оценить степень приверженности к лечению пациентов с данной патологией;

- определить вероятную зависимость степени снижения зрительной и слуховой функций от степени АГ, влияние на эту зависимость приверженности к лечению.

Материалы и методы: в исследовании приняли участие 60 пациентов поликлиники БУЗ ВО «Лискинская РБ» в возрасте от 50 до 88 лет. В качестве методов исследования были включены: оценка шепотной речи с расстояния 6 метров, исследование остроты зрения при помощи таблицы Сивцева, тест для оценки расстройств когнитивного статуса – Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA-тест) [8] и модифицированный опросник Мориски-Грин с 8 вопросами [9], оценивающими приверженность пациента к лечению заболевания. Проводился анализ медицинских карт амбулаторного больного (форма № 025/у), согласно которой учитывались следующие данные – возраст, пол, клинический диагноз, уровень АД, консультация узких специалистов (офтальмолог, оториноларинголог, сурдолог, невролог, эндокринолог), наличие пристрастия к курению, индекс массы тела. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы SPSS Statistics 17.0, для анализа использовался критерий Спирмена.

Результаты и обсуждение: из 60 обследованных пациентов 78 % (47 человек) – женщины и 22 % (13 человек) – мужчины. Средний возраст обследуемых пациентов – 68,5 года (50-88 лет).

У всех пациентов (100 %) имелась гипертоническая болезнь, при этом у 41 человека (68 %) – II стадии, у остальных 19 (32 %) – III стадии. На момент обращения каждый пациент имел превышающее норму артериальное давление. У 25 (42 %) пациентов отмечена АГ 1 степени, у 25 (42 %) – АГ 2 степени и еще у 10 (16 %) – АГ 3 степени. Риск сердечно-сосудистых осложнений был высоким и очень высоким – у 33 (55 %) и 27 (45 %) соответственно. Из всех пациентов у 6 (10 %) дополнительно имелся аритмический вариант ИБС (фибрилляция предсердий), еще у 10 (17 %) – стабильная стенокардия напряжения, у 2 (3,3 %) - постинфарктный кардиосклероз. Также у двух пациенток (3,3 %) были диагностированы клапанные пороки сердца (аортальный порок с преобладанием стеноза и недостаточность митрального клапана), у 19 (32 %) – сахарный диабет 2 типа.

Курящие среди опрошенных выявлены не были. 23 человек (38 %) страдали ожирением 2 степени, 12 (20 %) – ожирением 3 степени, 9 (15%) – ожирением 1 степени, 7 (12 %) – ожирением 4 степени, у 9 (15 %) данные о росте и весе отсутствовали.

Наличие цереброваскулярной болезни: дисциркуляторная энцефалопатия имело место быть у 22 пациентов (37 %). Нарушений слуха, зрения или когнитивных функций было выявлено у каждого исследуемого пациента. Это представляет интерес, учитывая, что пациенты отбирались лишь по наличию длительной ГБ в анамнезе и возрасту более 50 лет. У 43 из 60 пациентов (72 %) были выявлены нарушения слуха, из них у 4 пациентов – снижение слуха высокой степени – шепотная речь исследуемым ухом не определялась, у 4 – средней степени – шепотная речь определялась на расстоянии до 1 метра, у остальных 52 человек – снижение слуха в небольшой степени – восприятие шепотной речи на расстоянии 1 – 5 метров. Из этих 60 пациентов 34 жалоб на снижение слуха не предъявляли. 10 из пациентов со сниженным слухом обращались к оториноларингологу, 4 из них были направлены к сурдологу, рекомендовано использование слухового аппарата, 1 пациенту, с его слов, в помощи было отказано, со ссылкой на возраст. В записях в амбулаторной карте

таких пациентов в диагнозе фигурирует формулировка «нейросенсорная тугоухость», что затрудняет определение причины снижения слуха.

Жалобы на снижение зрительной функции, как и ее объективное нарушение, получили более широкое распространение. Лишь 8 (13,3 %) пациента из 60 обследованных не предъявляли жалоб на снижение зрения, 6 из них и не показали объективного снижения. 10 пациентов (17 %) имели крайне выраженные нарушения – без коррекции не различают 1 строчку. Остальные 50 обследованных (83 %) также показали снижение зрения различной интенсивности. Лечение у офтальмолога исследуемые пациенты проводили более активно: 20 пациентов обращались за консультацией и лечением, 4 перенесли оперативные вмешательства по поводу катаракты. В амбулаторных картах кроме специфичных для офтальмологов диагнозов (кератит, конъюнктивит) можно встретить диагноз «пресбиопия», что отражает возрастную причину снижения зрительной функции.

Значимое снижение когнитивных функций, оцениваемое при помощи МоСА-теста, было определено у 16 пациентов (27 %) (менее 26 баллов теста) – наиболее сложной оказалась проверка зрительно-конструктивных навыков, памяти и беглости речи. У двух пациенток (3 %) выполнение теста оказалось невозможным ввиду выраженного снижения остроты зрения. 8 пациентов получают лечение по диагнозу «ДЭП» у невролога, 1 пациентка обратилась за лечением впервые.

По данным, полученным при помощи модифицированного опросника Мориски-Грин 14 пациентов (23,3 %) показали высокий уровень приверженности к лечению, 15 (25 %) – средний уровень приверженности и 14 (23,3 %) – низкий уровень приверженности. Еще 17 (28,3 %) пациентов практически полностью игнорировали указания врача, что не позволяет применить к ним опросник, но в соответствии с этим говорит о их низкой приверженности. Таким образом суммарно 31 (51,7 %) пациентов из 60 имеют низкий уровень приверженности лечению ГБ. Можно выделить следующие причины такого уровня приверженности к лечению ГБ: самостоятельная отмена препарата в назначенной дозировке без коррекции, т.к. он со слов пациентов слишком сильно снижает давление, легкомысленное отношение к болезни, прекращение приема препаратов после нормализации давления, заблуждения относительно режима приема препаратов, уход за тяжело больными родственниками, что, по словам пациентов, препятствует соблюдению лечебного режима. Ни один пациент в процессе опроса не указал на явную связь между расстройствами сенсорных и когнитивных функций и низкой приверженностью к лечению.

Статистическая обработка данных установила следующие корреляции:

1. Степень АГ имеет обратную зависимость от приверженности лечению АГ ($p < 0,05$),
2. Приверженность лечению прямо зависит от риска сердечно-сосудистых осложнений ($p < 0,01$).

Для выявления связей у больных со зрительными нарушениями из выборки были исключены те пациенты, офтальмологический диагноз которых известен и заведомо не связан с ГБ, которые длительно наблюдаются и получают лечение у квалифицированного специалиста, перенесшие оперативные вмешательства на глазах. К таким диагнозам относились кератиты, катаракта, глаукома, синдром сухого глаза, отслоение сетчатки. Степень снижения зрения оставшейся группы пациентов была соотнесена со степенью АГ, в

результате чего была выявлена прямая статистически значимая зависимость ($p < 0,01$). Статистически значимой связи между степенью АГ и снижением слуха установлено не было.

Обобщая полученные данные можно вполне обоснованно говорить, что приверженность к лечению играет ведущую роль при ведении пациентов с ГБ. При несвоевременном, нерегулярном приеме препаратов, а также при прекращении его, артериальное давление выходит из-под контроля. Тяжесть данного события можно оценить, установив степень АГ при обращении. Каждое такое «обострение» в свою очередь приводит к прогрессированию поражения органов-мишеней, в частности, глаза. Таким образом, врачу необходимо вести тщательную работу с каждым отдельным пациентом: ясно и четко устанавливать время, срок и частоту приема лекарственных средств, срок повторного обращения, правила коррекции дозы, условия самостоятельной отмены препарата, предупреждать о негативных последствиях, причиной которых может стать низкая приверженность лечению. Прямая связь рССО со степенью приверженности лечению возможно говорит о более серьезном отношении к терапии пациентов с сочетанной отягощающей патологией (СД, ФП, пороки клапанов сердца).

Выводы

1. Расстройства слуха, зрения и когнитивных функций широко распространены среди пожилых пациентов с гипертонической болезнью, при этом качество их выявления и лечения невелико.
2. Практически половина обследуемых имеет низкий уровень приверженности к лечению.
3. Степень артериальной гипертензии обратно коррелирует с приверженностью лечению и прямо - со степенью зрительных нарушений.
4. Врач должен вести работу по улучшению приверженности лечению, так как это поможет избежать потерь контроля над артериальным давлением и прогрессирования поражения органов-мишеней.

Литературы

1. Engdahl B., Aarhus L., Lie A. Cardiovascular risk factors and hearing loss: The HUNT study / International Journal of Audiology. – 2015. – 54:12, 958-966, DOI: 10.3109/14992027.2015.1090631
2. Бейлина Н. И. Особенности течения гипертонической болезни у лиц пожилого и старческого возраста / Н. И. Бейлина, Р. М. Газизов // Евразийский кардиологический журнал. – 2016. – №3. – С. 119.
3. Алексеева Н. С. Недостаточность кровообращения в вертебро-базилярной системе и кохлеовестибулярные синдромы / Н. С. Алексеева // Нервные болезни. – 2005. – №3. – С. 20-24.
4. Изменения концентрации общего и лабильного цинка у пациентов с артериальной гипертензией на фоне приема препарат «Цинктерал» / Ю. А. Котова, А. А. Зуйкова, А. Н. Пашков и др. // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 5. – С. 114.

5. Глаз - зеркало сердечно-сосудистой патологии. эволюция представлений о гипертонической ретинопатии / В. С. Задионченко, Т. В. Адашева, А. М. Шамшинова, М. А. Аракелян // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2010. – Т. 6, №6. – С. 853-858.
6. Изменение пороговых значений вкусовой чувствительности к фенилтиокарбамиду у больных артериальной гипертензией с метаболическими нарушениями и без / Е. Н. Колесникова, А. Н. Пашков, А. А. Зуйкова и др. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2015. – Т. 14, № S2. – С. 52-53.
7. Особенности гипертонической ангиоретинопатии / Мошетьова Л. К., Воробьева И. В., Дгебуадзе А. / В сборнике: XVII Всероссийская школа офтальмолога Сборник научных трудов. Под редакцией Е. А. Егорова. – 2018. – С. 111-122.
8. Association of cardiovascular comorbidities with hearing loss in the older old K. Wattamwar, Z. J. Qian, J. Otter et al. / JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. – 2018. – Jun 14. doi: 10.1001/jamaoto.2018.0643.
9. Nyman D. J., Pavlik V. Medication adherence and resistant hypertension / J. Hum. Hypertens. – 2015. – 29 (4): 213-218. doi: 10.1038/jhh.2014.73.

Н. Д. Попов, студент; В. В. Жигулина, доцент
Кафедра биохимии с курсом КЛД
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Научный руководитель: к.б.н., доцент В. В. Жигулина

ОБРАЩАЕМОСТЬ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

Труд медицинских работников, характеризующийся высоким уровнем нервно-эмоционального напряжения, требует постоянного внимания, высокой выносливости [1, 2, 3]. Студенты медицинских ВУЗов являются одними из наименее обследованных в социально-гигиеническом отношении групп учащейся молодежи. Они относятся к группе значительного риска развития заболеваний, что обусловлено большими интеллектуальными нагрузками, резкими изменениями привычного образа жизни в связи с началом учебы, необходимостью адаптации к новым условиям труда, проживания и питания [4, 5, 6]. Проблема здоровья студентов привлекает все большее внимание ученых, врачей и педагогов, что обусловлено высокой заболеваемостью как населения России в целом, так и студенческой молодежи [7, 8, 9].

Цель исследования: анализ обращаемости студентов 2 и 4 курсов лечебного факультета Тверского государственного медицинского университета за медицинской помощью.

Материалы и методы: объект исследования – студенты 2 (n=81) и 4 (n=45) курсов лечебного факультета в возрасте до 25 лет. Вид исследования: одномоментное, описательное, аналитическое, выборочное. Применялся анкетный опрос методом самостоятельного заполнения в присутствии интервьюера. Интервьюер приходил в аудиторию после лекции и раздавал анкеты присутствующим студентам. Студенты самостоятельно заполняли анкеты в присутствии интервьюера. Полученные значения подвергали статистической обработке с использованием критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение: число обратившихся студентов за медицинской помощью на 2 и 4 курсах отличалось: на 2 курсе – 91,4 %, на 4 курсе – 68,9 %. Причем 3/5 студентов 2 курса (62,8 %) посетили терапевта, в отличие от 4 курса, где у терапевта были только 48,7 % студентов. Следует отметить, что для 2/3 студентов 2 курса (66,2 %) и для 42,9 % студентов 4 курса прохождение профилактического осмотра является вынужденной мерой при устройстве на работу или получения необходимой справки. Только 4,5 % 2 курса и 10,7 % 4 курса посетили терапевта по собственной инициативе. При появлении симптомов заболевания, к врачу обращаются «всегда» 15 % 2 курса и 7,7 % 4 курса, 2/3 обоих курсов обращались только в случае серьезного заболевания и около четверти студентов 2 и 4 курсов «когда им был неясен диагноз». К сожалению, приверженными к лечению, а также к выполнению всех предписанных лечащим врачом методик оказались лишь 32,2 % учащихся 2 курса и 51 % учащихся 4 курса, что относится к недостаточно удовлетворительным результатам. Отказываясь от квалифицированной помощи, студенты: подбирают лекарства самостоятельно или по совету родных/друзей – 2 курса (68 %), 4 курса (57,1 %), подбирают

лекарства по совету работников аптек – 2 курса (28 %), 4 курса (11,4 %), ничего не делают и ждут, пока болезнь пройдет сама – 2 курса (10,7 %), 4 курса (20 %), лечатся самостоятельно – 2 курса (22,6 %), 4 курса (14,4 %). Среди причин невыполнения предписаний врача отмечается отсутствие материальных возможностей – 2 курс (43,1 %) и 4 курс (58,3 %).

Выводы

1. Основными причинами обращений к врачу являются лечение заболеваний, в большинстве случаев из-за появления симптомов серьезного недуга, и прохождение профилактических осмотров.
2. Основной причиной отказа от посещения специалиста для обоих курсов является «необходимость отработки пропущенного занятия».
3. Были выявлены лишь малые различия данных среди 2 и 4 курсов.
4. Немалое количество опрошенных отказываются от сотрудничества с врачом и от медицинских рекомендаций. Причинами такого поведения является недоверие ко квалификации врача, а также отсутствие материальных возможностей.

Литература

1. Глыбочко П. В., Есауленко И. Э., Попов В. И., Петрова Т. Н. Здоровье студентов медицинских вузов России: проблемы и пути их решения // Сеченовский вестник. – № 2 (28). – 2017. – С. 4–11.
2. Стародубцева О. С., Ржаникова Д. Д., Бегичева С. В. Анализ обращаемости за медицинской помощью студентов медицинского вуза // Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции «Информационные технологии в медицине и фармакологии». – Ростов-на-Дону, 2017. – С. 40–41.
3. Яценко С. Г., Рыбалко С. Ю., Пилунская О. А. Состояние здоровья студентов-медиков (ретроспективный анализ) // Материалы Международного Форума Научного совета Российской Федерации по экологии человека и гигиене окружающей среды, посвященного 85-летию ФГБУ «Современные методологические проблемы изучения, оценки и регламентирования факторов окружающей среды, влияющих на здоровье человека». – Москва, 2016. – С. 347–349.
4. Истягина-Елисеева Е.А. Анализ отношения к здоровому образу жизни, физической культуре и спорту в современной России // Историческая и социально-образовательная мысль. – 2015. – № 3. – С. 8–14.
5. Кузнецов В.Д. Гигиеническая оценка питания современных студентов-медиков // Вопросы питания. – 2016. – Т. 85. – № 2. – С. 102–103.
6. Черников Н. К., Черникова А. А. Отношение студенческой молодежи к здоровому образу жизни // Международный научный журнал «Инновационная наука». – 2016. – № 6. – С. 10–15.б
7. Жигулина В.В. Анализ питания студентов медицинского вуза и соблюдение ими здорового образа жизни. Часть 1. // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. – Москва, 2016. – № 9. — С. 227–228.

8. Жигулина В. В. Питание студентов и их отношение к проблемам здоровья // Материалы II Международной научно-практической конференции «Проблемы современной медицины: актуальные вопросы». Вып. 2. – Красноярск, 2015. — С. 132–133.
9. Жигулина В. В. Формирование здорового образа жизни студентов ТГМУ // Сборник научных трудов по материалам VII международной научно-практической конференции «Наука сегодня». Часть 4. – Вологда, 2015. — С. 66–68.

УДК: 616.441-07

В. В. Похожай, доцент

Кафедра онкологии

УО Гомельский ГМУ, г. Гомель, Республика Беларусь

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ТОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА

Первичный гиперпаратиреоз – эндокринопатия, развивающаяся в результате первичного поражения околощитовидных желез, и обусловленная избыточным синтезом паратиреоидного гормона. Гиперпаратиреоз приводит к нарушению фосфорно-кальциевого баланса, и, как следствие, поражению внутренних органов и деструкции костной ткани.

В настоящее время единственным радикальным методом лечения является хирургический. Однако эффективность оперативного вмешательства во многом опирается на дооперационную топическую диагностику, которая включает такие методы, как ультразвуковое исследование, сцинтиграфия с ^{99m}Tc -MIBI, однофотонная эмиссионная компьютерная томография, мультиспиральная компьютерная томография с контрастированием и магнитно-резонансная томография [1, 2, 3].

По данным различных литературных источников, прогностическая ценность и эффективность всех вышеперечисленных методов различается между собой, и составляет достаточно большой разброс в процентном выражении [4, 5].

Цель исследования: изучение показателей чувствительности и специфичности различных методов топической диагностики ПГПТ.

Материалы и методы: участниками исследования являлись 200 пациентов, с первичным гиперпаратиреозом, находившихся на лечении в хирургическом отделении ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» в период с 2013 по 2015 гг. В 100 % случаев ($n=200$) для топической диагностики было проведено ультразвуковое исследование шеи, и лоцировано 204 патологических образования. Сцинтиграфия ПЩЖ с Технеций- ^{99m}Tc -MIBI была выполнена в 91,5 % ($n=183$) случаев, при этом было выявлено 174 патологических очагов. В 87 % ($n=174$) пациентам было выполнено КТ и МРТ шеи и средостения с контрастированием. При проведении КТ- исследования диагностировано 150 очагов поражения ПЩЖ, при МРТ-172. Всем пациентам из группы исследования была выполнена паратиреоидэктомия.

Во всех случаях проведено сравнение интраоперационной топической локализации измененной ПЩЖ, с полученными дооперационными результатами УЗИ, сцинтиграфии, КТ и МРТ. Данные обработаны статистически с использованием пакета прикладного программного обеспечения «Statsoft (USA) Statistica 8.0».

Результаты и обсуждение: ультразвуковое исследование ПЩЖ было произведено пациентам в 100 % случаев ($n=200$). При УЗИ было лоцировано 204 патологических образований. При сопоставлении с интраоперационными данными совпадение было у 196 пациентов из 200, что составило 98 %. По данным УЗИ поражение локализовалось в верхней правой (ВП) железе в 14 случаях (7 %), в верхней левой (ВЛ) - в 26 случаях (13 %), в нижней правой (НП) в 76 случаях (38 %), в нижней левой (НЛ) в 78 случаях (39 %). Сочетанное

поражение желез встречалось в 5 случаях, при этом в 2 случаях (1 %) поражение локализовалось в НЛ и НП железах. По 1 случаю (0,5 %) пришлось на поражения, локализованные в ВЛ и НЛ, ВП и НЛ, а также в ВП и ВЛ железах. В одном случае (0,5 %) патологическое образование при УЗИ не было обнаружено.

Сцинтиграфическое исследование паращитовидных желез было произведено 183 пациентам (91,5 %). Лоцировано 174 патологических очага в шее. При сопоставлении с интраоперационными данными совпадение было выявлено у 153 пациентов, что составило 83,6 %. Поражение ВП железы встречалось в 11 случаях (6 %), ВЛ- 30 случаях (16 %), НП- 63 случаях (34 %), НЛ- 62 случаях (34 %). Сочетанное поражение ПЩЖ при сцинтиграфии было диагностировано у 4 пациентов. По 1 случаю (0,5 %) сочетание встречалось в ВП и ВЛ, НП и НЛ, ВП и НЛ, а также ВЛ и НЛ. У 13 пациентов (7 %) патология при сцинтиграфическом исследовании не выявлена.

Компьютерная томография была произведена 173 пациентам (86,5 %). При данном исследовании обнаружено 150 очагов поражения ПЩЖ. При сопоставлении с интраоперационными данными совпадение было у 122 пациентов, что составило 70,5 %. Поражение ВП железы отмечено в 14 случаях (8 %), ВЛ - 27 случаях (16 %), НП - 52 случаях (30 %), НЛ - 47 случаях (27 %). Сочетанное поражение диагностировано в 5 случаях (3 %). В 2 случаях (1 %) поражение локализовалось в ВЛ и ВП железах. По 1 случаю (0,6 %) сочетание встречалось в НП и ВЛ, ВЛ и НЛ, а также НЛ и НП ПЩЖ. У 28 пациентов (16 %) патология при данном исследовании не выявлена.

Магнитно-резонансная томография выполнена 174 пациентам (87 %). Лоцировано 172 патологических образования. При сопоставлении с интраоперационными данными совпадение было у 139 пациентов, что составило 80 %. Поражение ВП железы встречалось в 12 случаях (7 %), ВЛ - в 28 случаях (16 %), НП - 60 случаях (34%), НЛ - в 56 случаях (32 %). Сочетанное поражение было диагностировано у 8 пациентов (4,5 %). В 2 случаях (1,2 %) поражение локализовалось в ВП и ВЛ железах, а также ВЛ и НЛ. В 3 случаях (2 %) поражение было локализовано в ВП и НП ПЩЖ, и в 1 случае (0,6 %) НП и НЛ железы.

На основании полученных данных были рассчитаны диагностические показатели (чувствительности, специфичности и эффективности) для данных методов исследования. Наивысшими диагностическими показателями, превышающими 99 %, обладает УЗИ метод диагностики ПГПТ. Чувствительность УЗИ составляет 99,1 %, специфичность - 99,5 %, а эффективность - 99,3 %. Чувствительность сцинтиграфии и МРТ близки по значениям, и составляют 84,6 % и 83,2 % соответственно. Чувствительность КТ составляет 75,8 %.

При анализе различных методов топической диагностики ПГПТ в зависимости от локализации пораженной железы наилучшие показатели основных диагностических параметров принадлежат ультразвуковому методу исследования. Данные изолированного сцинтиграфического исследования ПЩЖ колеблются в широких пределах, в зависимости от локализации патологии от 78,6 % до 92,3 %, однако диагностическая специфичность и эффективность данного метода довольно высока, что свидетельствует о его ценности в диагностическом поиске при ПГПТ (таблица 1).

Таблица 1 – Сравнительная характеристика различных методов топической диагностики в зависимости от локализации пораженной ПЩЖ, %

Железа	Метод	ДЧ %	ДС %	ДЭ %
ПВ	УЗИ	100	99,5	99,7
	Сцинтиграфия	78,6	98,8	88,7
	КТ	80,0	97,5	88,7
	МРТ	84,6	96,3	90,4
ЛВ	УЗИ	100	100	100
	Сцинтиграфия	92,3	94,9	93,6
	КТ	84,0	93,3	88,6
	МРТ	81,5	93,2	87,3
ПН	УЗИ	97,5	100	98,8
	Сцинтиграфия	82,4	97,2	89,8
	КТ	71,8	97,1	84,5
	МРТ	84,1	94,3	89,2
ЛН	УЗИ	98,8	98,3	98,5
	Сцинтиграфия	84,9	97,3	91,1
	КТ	67,2	96,3	81,7
	МРТ	82,6	98,1	90,4

С целью определения наиболее оптимального и эффективного сочетания различных методов диагностики ПППТ были проанализированы следующие комбинации:

- УЗИ и технеций-99mTc-MIBI – сцинтиграфия;
- УЗИ и КТ;
- УЗИ и МРТ;
- технеций-99mTc-MIBI – сцинтиграфия и КТ;
- технеций-99mTc-MIBI – сцинтиграфия и МРТ;
- КТ и МРТ;
- УЗИ, технеций-99mTc-MIBI – сцинтиграфия и КТ;
- УЗИ, технеций-99mTc-MIBI – сцинтиграфия и МРТ;
- технеций-99mTc-MIBI – сцинтиграфия, КТ и МРТ;
- совокупность всех четырех методов.

Для решения данной задачи были сформированы 4-х полные таблицы результатов исследования методов диагностики. Полученные данные приведены в таблице 2.

Таблица 2 – Сравнительная характеристика показателей диагностической чувствительности, специфичности, эффективности различных методов топической диагностики ПЩЖ, %

Комбинация метода	ДЧ %	ДС %	ДЭ %
УЗИ+Сцинти	99,3	96,5	97,9
УЗИ+ КТ	100,0	95,6	97,8
УЗИ+МРТ	99,3	95,0	97,1

Сцинти+КТ	94,9	93,9	94,5
Сцинти+МРТ	95,2	93,2	94,2
КТ+МРТ	96,6	92,1	94,4
УЗИ+Сци+КТ	100,0	93,5	96,8
УЗИ+СЦИ+МРТ	99,6	92,7	96,2
Сцинти+КТ+МРТ	97,7	90,0	93,8
Все методы	100,0	89,7	94,9

Как видно из данной таблицы, наилучшие показатели чувствительности, равные 100 %, встречаются при использовании УЗИ в сочетании с КТ; УЗИ в сочетании с КТ и технеций-99mTc-MIBI – сцинтиграфией; а также при использовании всех 4-х методов исследования.

Диагностическая чувствительность УЗИ при сочетании его со сцинтиграфией, или МРТ уменьшается до 99,3 %, в сравнении с моноиспользованием (99,5 %), и не имеют статистически значимых различий ($p < 0,5$). Однако при сочетании УЗИ и КТ диагностическая чувствительность увеличивается, до 100 %. В сравнении с изолированным применением, диагностическая чувствительность КТ, МРТ и сцинтиграфии достоверно повышается ($p < 0,05$) при сочетании их с другими методами исследования.

Заключение: высокие показатели диагностической чувствительности (99,1 %) и диагностической эффективности (99,3 %) позволяет рекомендовать метод ультразвукового исследования шеи единственным при топической диагностике ПГПТ. Применение различных комбинаций методов предоперационной диагностики обладает высокими показателями диагностических параметров, однако являются не целесообразными и экономически не выгодными, в случае положительного результата УЗ-диагностики. Полученные сомнительные данные УЗИ диагностики, а также дискордантность с лабораторными данными является показанием к применению всего комплекса диагностических исследований, начиная с технеций-99mTc-MIBI – сцинтиграфии, а также КТ при атипичном расположении ПЩЖ.

Литература

1. Hindie E., Ugur O., Fuster D. et al. Parathyroid Task Group of the EANM. EANM parathyroid guidelines / Eur. J. Nucl. Med. Mol. Imaging. – 2009. – V. 36. – P. 1201–1216.
2. Rose J., Marlon A. Management of Primary Hyperparathyroidism. Thyroid and Parathyroid Diseases - New Insights into Some Old and Some New Issues / Guerrero Department of Surgery, University of Arizona, Tucson, Arizona USA, 2012. – P. 203-220.
3. Iglesias P., Diez J. Current treatments in the management of patients with primary hyperparathyroidism / Postgrad. Med. J. – 2009. – V. 85.
4. Cook G.R. Methionine positron emission tomography for patients with persistent or recurrent hyperparathyroidism after surgery // Eur. J. Endocrin. – 1998. – V. 139. - P. 195-199.
5. Sebag F., Hubbard J. C., Maweja S. et al. Negative preoperative localization studies are highly predictive of multiglandular disease in sporadic primary hyperparathyroidism // Surgery. – 2003. – V. 134. – P. 1033-1041.

УДК: 616.711.5.6 +614.86-616-001

Г. М. Примкулова, З. А. Абдилхаева, Д. Т. Содикова, ассистенты
Кафедра подготовки врачей общей практики №2
Кафедра пропедевтики внутренних болезней
Андижанский ГМИ, г. Андижан, Республика Узбекистан
Научный руководитель: к.м.н., доцент Ш. К. Фазылов

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНСПЕДИКУЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕСТАБИЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА

Основными задачами при лечении нестабильных повреждений грудного и поясничного отделов позвоночника являются: декомпрессия спинного мозга и корешков, восстановление анатомических взаимоотношений в травмированных ПДС, стабилизация поврежденных сегментов, реконструкция опорных структур позвоночного столба на уровне повреждения [1, 3, 10]. В различных клинических ситуациях приоритетное значение может иметь та или иная из указанных задач. Очевидно, что при наличии неврологического дефицита, обусловленного травматическим стенозом или деформацией позвоночного канала, первоочередной задачей является декомпрессия дурального мешка [5, 7, 8]. В ряде случаев декомпрессивный или реконструктивно-пластический этапы могут быть непоказанными, и хирургическое лечение ограничивается репозицией и стабилизацией травмированного отдела позвоночника [2, 4, 6, 9].

Цель исследования: разработать дифференцированный подход к использованию транспедикулярного остеосинтеза (ТПО) при лечении нестабильных повреждений грудного и поясничного отделов позвоночника.

Материалы и методы: объектом для исследования послужили 54 больных (36 мужчин и 18 женщины в возрасте от 14 до 68 лет) с различными травмами грудного и поясничного отдела позвоночника. Работа основана на анализе результатов применения ТПО при лечении нестабильных повреждений грудного и поясничного отделов позвоночника у больных за период с 2016 по 2017 годы.

У 47 больных был травмирован один позвонок, у 7 больных были повреждены 2 позвонка. Повреждения в средне- и нижнегрудном отделе позвоночника на уровне Th7-Th10 были у 8 больного. Наиболее частая локализация повреждений - грудопоясничный переходный отдел Th11-12, была у 47 больных. Повреждения поясничных сегментов L3-L5 наблюдались у 6 пациентов.

Результаты и обсуждение: всем 54 больным для лечения повреждений грудного или поясничного отделов позвоночника применялся транспедикулярный остеосинтез спинальной системой «ChM» Польша. Репозиционные приспособления, входящие в комплект инструментов данной спинальной системы в отличие от многочисленных зарубежных аналогов, имеют конструктивные возможности для осуществления дозированной управляемой разноплоскостной коррекции анатомических взаимоотношений в травмированных позвоночных двигательных сегментах. Указанные свойства особенно

необходимы при лечении больных в поздние сроки после травмы при наличии ригидных деформаций со сложными спондилометрическими характеристиками.

Всем больным производили один этап оперативного лечения - ТПО травмированного отдела позвоночника. Из них у 11 больных (20,4 %), оперированных в относительно ранние сроки при непроникающем характере перелома, ТПО являлся основным и окончательным методом лечения.

У 44 больного (81,5 %) репозицию при выполнении ТПО осуществляли стандартными приемами с помощью репозиционной системы набора «ChM». У 3 больных (5,6 %), оперированных в поздние сроки после травмы, производили постепенную репозицию позвоночника аппаратом внешней фиксации в течение 7-15 дней. У 3 больных (5,5 %), оперированных более чем через 2 месяца после травмы, применяли способ интраоперационной репозиции позвоночника, описанный в последующих разделах. Еще у 3 пациентов (5,6 %) применяли способ репозиции позвоночника при оскольчатых переломах и переломовывихах.

Протяженность фиксации позвоночника при ТПО была различной. У 4 больного (7,4 %) производилась фиксация одного ПДС, у 30 (55,6%) - двух ПДС и у 20 пациентов (37 %) выполнена фиксация трех сегментов.

Декомпрессию дурального мешка при наличии вертебротелового конфликта осуществляли у 13 больных (24,1 %). У одного из них произведена расширенная ламинэктомия, еще у одного - ламинэктомии. У 11 больных декомпрессия дурального мешка достигалась за счет репозиционной реформации позвоночного канала при выполнении ТПО. У 3 из них реформация позвоночного канала достигнута при репозиции переломовывихов. У 4 человек с оскольчатыми переломами декомпрессия дурального мешка достигалась при интраоперационной сегментарной дистракции в сочетании с ламинэктомией. Еще у 3 больных для устранения сдавления дурального мешка применяли описанный в последующих разделах способ реформации позвоночного канала. Ревизию субдурального пространства, менингиолиз, менингомиелорадикулолиз проводили у 5 больных. Активизацию больных осуществляли на 4-8 сутки после операции. Дополнительные средства внешней иммобилизации применяли, которым было рекомендовано использовать жесткие разгрузочные корсеты. У двоих из них имел место остеопороз. Третий больной вследствие ПСМТ и нарушения координации движений испытывал значительные затруднения при самостоятельной ходьбе.

Всем пациентам разъясняли приемы лечебной гимнастики для тренировки мышц спины, рекомендовали избегать сгибания, наклонов и поворотов туловища в течение 2,5-3 мес. Динамическое наблюдение за больными после завершения хирургического лечения осуществлялось в амбулаторных условиях. В течение ближайшего года после операции больным рекомендовали выполнение 3-4 контрольных спондилограмм в стандартных проекциях, а при наличии показаний - КТ или МРТ исследований. Наблюдение за больными продолжается до настоящего времени.

Ближайшие результаты лечения в течение двух месяцев после операций прослежены у всех больных. Хорошие результаты получены у 45 человек (83,3 %). Удовлетворительные - у 9 (16,7 %).

Из 15 пациентов с посттравматическим неврологическим дефицитом положительная динамика на 1 степень по шкале Frankel достигнута у 8 человек. У одного больного отмечен регресс на 2 степени, и у двух - регресс на 3 степени по шкале Frankel. У 3 больных изменений в неврологическом статусе не было.

Динамика перестройки трансплантатов по рентгенологическим данным при выполнении корпородеза у наших пациентов соответствовали наблюдениям других авторов. Сроки формирования корпородеза по результатам контрольных рентгенографии составляли от 10 месяцев до 1,5 лет.

Отдаленные результаты лечения больных со сроком наблюдения более 1 года прослежены у 37 больных (68,5 %). У 30 человек (80,1 %) получены хорошие и у 7 человек (19,9 %) - удовлетворительные результаты.

Имели место осложнения, связанные с поломкой элементов металлоконструкции и с дестабилизацией.

Переломы продольных штанг спинальной системы наблюдались у одного больного (1,9 %). В одном случае более чем через год после операции ломалась одна из штанг, что не приводило к появлению деформации и служило показанием к удалению конструкции. В одном случае у 17-летнего пациента через 2 месяца после ТПО имел место перелом обеих штанг с вторичным смещением. Произведена замена штанг и корпородез травмированного сегмента. Достигнут хороший ближайший и отдаленный результат лечения. У одного больного (0,75 %) через 1,5 года после операции при рентгенологическом обследовании был выявлен перелом одного из четырех винтов транспедикулярного устройства. Этот пациент оперирован в ранние сроки после травмы. На операции было достигнуто полноценное восстановление анатомической формы травмированного позвонка, и ТПО в данном случае был окончательным этапом хирургического лечения. Металлоконструкция была удалена. Получен хороший ближайший и отдаленный результат лечения.

У одном пациенте (1,5 %) при остеопорозе и избыточном весе через 11 и 14 месяцев после ТПО произошла частичная дестабилизация спинальной системы вследствие резорбции костной ткани вокруг одного из верхних винтов. В одном случае произведен реостеосинтез позвоночника на большем протяжении. У этом пациенте получен хороший и удовлетворительный результат лечения.

Заключение: проведен анализ репозиционных и фиксационных возможностей ТПО при его применении в различных клинических ситуациях. Определены факторы, оказывающие негативное влияние на стабильность ТПО в послеоперационном периоде. Предложены способы, расширяющие репозиционные возможности ТПО, а также меры профилактики вторичных смещений и дестабилизации остеосинтеза в послеоперационном периоде.

Литература

1. Аганесов А. Г. Хирургическое лечение травм и заболеваний позвоночника АО-системами CSLP и USS / А. Г. Аганесов // Margo anterior. - 2000. - №5-6.
2. Батрак Ю. М. Комбинированная переднезадняя стабилизация функциональными конструкциями из никелида титана при нестабильных повреждениях позвоночника /

- Ю. М. Батрак, И. В. Кравчуков, А. П. Ануфриев, В. В. Ярных// Современные технологии диагностики, лечения и реабилитации больных с заболеваниями и повреждениями позвоночника, спинного мозга и периферической нервной системы: Материалы Российской научно-практической конференции с международным участием. – Курган, 2005. – С. 35-37.
3. Валеев Е. К. Современные технологии при лечении нестабильных переломов грудного отдела позвоночника / Е. К. Валеев, И. Е. Валеев // Современные технологии диагностики, лечения и реабилитации больных с заболеваниями и повреждениями позвоночника, спинного мозга и периферической нервной системы: Материалы российской научно-практической конференции с международным участием. – Курган, 2005. – С. 50-51.
 4. Ветрилэ С. Т. Остаточная стабильность краниовертебрального сегмента при его различных повреждениях / С. Т. Ветрилэ, С. В. Колесов, Н. С. Гаврюшенко // Вестник травматологии и ортопедии имени Н. Н. Приорова. – 2002. – №1. – С. 25-29.
 5. Герасимов А. А. Лечение болевого синдрома при последствиях переломов позвоночника / А. А. Герасимов // Повреждения позвоночника и таза: Материалы региональной научно-практической конференции травматологов-ортопедов южного федерального округа РФ. – Краснодар, 2004. – С. 17-19.
 6. Джуманов К. Н. Закрытая и открытая реклинация при осложненных травмах грудного отдела позвоночника / К. Н. Джуманов // Современные технологии диагностики, лечения и реабилитации больных с заболеваниями и повреждениями позвоночника, спинного мозга и периферической нервной системы. Материалы российской научно-практической конференции с международным участием. – Курган, 2005. – С. 84-84.
 7. Кандыбо А. А. Диагностический алгоритм нестабильных повреждений грудного и поясничного отделов позвоночника / А. А. Кандыбо, И. А. Ильяевич// Тезисы докладов VII съезда травматологов-ортопедов России. – Новосибирск, 2002. – Т. 1. – С. 82-83.
 8. Измалков С. Н. Отдаленные результаты лечения больных с нестабильностью позвоночника / С. Н. Измалков, С. А. Литвинов, П. В. Михайлов // Тезисы докладов VII съезда травматологов-ортопедов России. – Новосибирск, 2002. - С. 242-243.
 9. Перльмуттер О. А. Хирургическое лечение повреждений позвоночника с применением внутренних стабилизирующих систем / О. А. Перльмуттер, А. К. Истрелов, П. В. Лобанкин // Тезисы докладов VII съезда травматологов-ортопедов России. – Новосибирск, 2002. – Т. 1. – С. 98-99.
 10. Рождественский А. С. Вариант введения транспедикулярных винтов в нижнегрудном и поясничном отделах позвоночника / А. С. Рождественский, В. Д. Усиков, И. Д. Широченко // Тезисы докладов VII съезда травматологов-ортопедов России. – Новосибирск, 2002. – Т.1. – С. 106-107.

А. В. Проневич, ассистент; А. И. Гатальская, А. А. Румянцева, студенты
Кафедры поликлинической терапии и общеврачебной практики с курсом ФПКиП
УО Гомельский ГМУ, г. Гомель, Республика Беларусь
Научный руководитель: к.м.н., доцент П. Н. Ковальчук

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ С КОГНИТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 65 ЛЕТ

В настоящее время проблема когнитивных нарушений (КН) привлекает внимание врачей различных специальностей. Частая встречаемость нарушений памяти и других когнитивных функций в практической деятельности врача обусловлена постепенным старением населения и, как следствие, увеличением распространенности связанных с возрастом патологических состояний [2]. Раннее начало терапии на стадии «преддементных» нарушений позволяет замедлить прогрессирование заболевания и отсрочить появление выраженного когнитивного дефицита. Поэтому раннее выявление лиц, у которых в последующем может развиваться деменция, является одним из наиболее актуальных направлений исследований в области нейрогериатрии [1]. По статистике от 3 до 20 % лиц старше 65 лет имеют тяжелые когнитивные нарушения в виде деменции. Встречаемость более легких когнитивных расстройств у пожилых еще более велика и достигает, по некоторым данным, от 40 до 80 % в зависимости от возраста. Когнитивные нарушения часто являются сопутствующей патологией у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями [3]. Когнитивные нарушения делятся на легкие, умеренные и тяжелые.

Цель исследования: проанализировать структуру когнитивных нарушений у пациентов старше 65 лет терапевтического профиля.

Материалы и методы: исследование когнитивных нарушений проводилось у пациентов, находившихся на лечении в терапевтических отделениях, с помощью шкалы MMSE (mini-mental state examination) и теста «рисование часов». В исследовании приняли участие 65 пациентов старше 65 лет из 3 стационаров: Гомельская городская клиническая больница №3, Гомельская городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Гомельский областной клинический кардиологический центр и Гомельская центральная городская поликлиника, филиал №2.

Результаты и обсуждение: чаще всего встречаются такие патологии как: ишемическая болезнь сердца (ИБС) – 20 %, артериальная гипертензия (АГ) - 9,2 %, сахарный диабет (СД) - 3,1 %, хронический гастрит - менее 2 %, хронический пиелонефрит - менее 2 % и другие патологии - менее 1 %. Но у 47,7 % лиц была выявлена коморбидная патология. В нее входили хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) с частотой 22,5 %, СД - 12,9 %, бронхиальная астма (БА) - 9,7 %, а также сочетание ИБС и АГ, которое встречалось с частотой 45,1 %. Далее мы учитывали патологии, влияющие на сердечно-сосудистую систему (ССС) отдельно (76,9 %). Лица без хронических заболеваний составили 16,9 %.

Был проведен анализ влияния выявленных патологий на когнитивные нарушения пациентов с помощью шкалы MMSE.

Шкала MMSE - краткая шкала оценки психического статуса, которая используется во всем мире для оценки состояния когнитивных функций. Она является достаточно надежным инструментом для первичного скрининга когнитивных нарушений, в том числе деменций. Результат теста получается путем суммации баллов по каждому из пунктов. Максимальный показатель в этом тесте 30 баллов, что соответствует наиболее высоким когнитивным способностям. Чем меньше результат теста, тем более выражен когнитивный дефицит.

По результатам анализа можно судить о том, что более чем у половины опрошенных пациентов имеются преддементные когнитивные нарушения 53,85 %. А клинические проявления легких и умеренных когнитивных нарушений имеют 33,84 % пациентов, т.е. каждый третий пациент. Также выяснилось, что подавляющее большинство пациентов (85,7 %) с преддементными когнитивными нарушениями имеют хроническую сердечно-сосудистую патологию (ИБС, АГ и сочетание ИБС и АГ). И у большинства пациентов с легкими и умеренными когнитивными нарушениями также преобладает патология ССС (54,4 % и 91 % соответственно). Выраженность КН в зависимости от пола представлены на рисунке 1.



Рисунок 1 – Анализ выраженности КН в зависимости от пола, %

Анализируя эту таблицу можно сказать, что гендерные отличия не оказывают влияния на степень выраженности когнитивных нарушений.

При проведении теста «Рисование часов» были получены результаты, представленные в таблице 1.

Таблица 1 - Уровень КН по тесту «Рисование часов»

Уровень КН	Средний балл
Нет нарушений когнитивных функций	8,63
Преддементные когнитивные нарушения	7,37
Деменция легкой степени выраженности	4,0
Деменция умеренной степени выраженности	3,0

Тест «Рисование часов» - один из востребованных врачами тестов на проверку когнитивных функций. Интерпретация результатов производится по десятибалльной шкале. Деменции тяжелой степени соответствуют 1-2 балла, деменции умеренной степени - 3-4 балла, деменции легкой степени - 5-6 баллов, преддементным КН - 7-8 баллов, и соответственно 9-10 баллов у пациентов без КН.

В приведенной таблице степень КН исследуемых пациентов соответствует среднестатистическим баллам других опросов, проводимых по тесту рисования часов.

Выводы

1. Когнитивные нарушения у лиц после 65 лет встречаются в 87,7 %, т. е. 9 из 10 пациентов имеют нарушения.
2. Тест с часами для распознавания когнитивных расстройств может использоваться для быстрой диагностики когнитивных дисфункций.
3. Для предотвращения КН необходима своевременная диагностика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний, что позволит замедлить прогрессирование деменции.

Литература

1. Михалюк, Р. А. Когнитивные нарушения у пожилых: учеб-метод. пособие / Р. А. Михалюк. – Минск, 2010. – 27 с.
2. Брунова С. Н., Лебедева Л. А. Когнитивные нарушения пожилого и старческого возраста // Международный студенческий научный вестник. – 2015. – № 6. – С. 1-3.
3. Шишкова В. Н. Когнитивные нарушения у пациентов с артериальной гипертензией / В. Н. Шишкова // Медицинский алфавит. – 2014. – Т.1, № 21. – С. 7-12.

В. В. Путик, ассистент; А. И. Масюкевич, студент
Кафедра патологической физиологии
УО Белорусский ГМУ, г. Минск, Республика Беларусь

ЗАВИСИМОСТЬ РАБОТОСПОСОБНОСТИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ В ПЕРИОД СЕССИИ ОТ ВЫРАБОТКИ МЕЛАТОНИНА И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ СНА

В современном мире актуальной является проблема тревожности, недосыпания, неустойчивости к стрессу. Особенно это касается студентов, в частности, медицинских университетов. Несоблюдение режима дня приводит к различным состояниям, в которых студентам становится сложнее учиться, работать.

Режим дня формируется под влиянием биологических ритмов и социально-обусловленных факторов. Установлено, что правильно организованный и систематически выполняемый режим дня способствует правильному развитию человека, нормальному функционированию и четкому взаимодействию всех органов и систем организма, предохраняет нервную систему от переутомления, повышает сопротивляемость организма к заболеваниям, обеспечивает высокую работоспособность на протяжении учебного дня [1].

Многочисленными исследованиями доказано, что режим дня, построенный с учетом биологических циркадных ритмов, является залогом здоровья. Водителями этих ритмов являются супрахиазматические ядра (СХЯ), расположенные в гипоталамусе. В нервных клетках этих образований происходит циклический процесс, работающий по принципу отрицательной обратной связи. Есть четыре гена, ответственные за периодичность этого процесса: PER (period), TIM (timeless), CLK (clock), CYC (cycle). Они кодируют полипептидную последовательность одноименных белков. Транскрипция этих белков с ДНК начинается рано утром, что приводит к медленному накоплению иРНК. К вечеру на сформированной матрице иРНК начинается синтез двух белков, и образуется PER/TIM-комплекс. К концу светового дня PER/TIM-комплекс входит в ядро и начинает блокировать транскрипцию собственных иРНК. Также этот комплекс передает сигналы через верхний шейный симпатический ганглий и норадренергические волокна в эпифиз. В ответ на это в клетках эпифиза начинается экспрессия гена, кодирующего аминокислотную последовательность оксииндол-О-метилтрансферазы (ОИМТ). Этот фермент катализирует реакцию образования гормона мелатонина из его субстрата – аминокислоты триптофана. После каскада реакций образованный мелатонин путем простой диффузии поступает в кровеносное русло [2].

Максимальные уровни мелатонина обнаруживаются в крови людей в период между 23 и 5 ч, пик секреции – с 12 до 2 ночи. Днем мелатонин почти не определяется. В настоящее время доказано участие мелатонина во внутрисуточной ритмике и регуляции цикла «сон—бодрствование». Гормон также оказывает влияние на терморегуляцию, устойчивость к стрессу, иммунные реакции, внутриклеточные антиокислительные процессы и развитие психиатрических заболеваний [3].

Цель исследования: проанализировать зависимость успеваемости, качества жизни студентов в период зимней и летней сессии от длины светового дня и продолжительности ночного сна, а также определить степень влияния выработки мелатонина на когнитивные способности и работоспособность учащихся.

Задачи:

1. Исследовать выборку студентов на продолжительность ночного сна, среднего балла и качества жизни во время летней и зимней сессий.
2. Провести сравнительный анализ вышеизложенных показателей между периодами зимней и летней сессий.
3. Дать заключение о возможном влиянии мелатонина на продуктивность учебы и качество жизни студентов.

Материалы и методы: в исследовании приняли участие 153 студента БГМУ первого-пятого курсов лечебного факультета. В результате опроса были собраны данные о продолжительности сна в период зимней и летней сессий, и об отметках за экзамены, полученных в эти сессии. Также проводилась оценка качества жизни студентов методом анкетирования. Был использован «Краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни» с сайта www.who.int, на его основе составлен адаптированный опросник. В состав опросника вошло 14 вопросов. Ответы оценивались по шкале от 1 до 5, где 1 балл соответствовал лучшей оценке качества жизни, а 5 баллов — худшей оценке. Результаты оценивались по трем диапазонам качества жизни: высокое — 25 и ниже, удовлетворительное — от 25 до 49 включительно, низкое — 50 и выше.

С помощью критерия Стьюдента все результаты исследовались на доверительные интервалы и разница, полученная в двух выборках, проверялась на достоверность. Вероятность попадания случайного события в границы доверительных интервалов составила 95% ($p < 0,05$).

Результаты и обсуждение: средняя продолжительность сна в летнюю сессию ($6,81 \pm 0,24$ ч) меньше, чем в зимнюю ($7,21 \pm 0,23$ ч). Среднее значение среднего балла студентов в летнюю сессию ниже ($7,06 \pm 0,22$), чем в зимнюю ($7,46 \pm 0,18$). На основании этих данных можно судить о большей продуктивности учебы студентов в период зимней сессии. Среднее значение качества жизни в зимнюю и летнюю сессии существенно не различалось ($35,04 \pm 1,60$ зимой и $37,22 \pm 1,72$ летом). Исходя из результатов, можно предположить, что количество сна и продолжительность светового дня на качество жизни влияет незначительно.

При разделении по диапазонам качества жизни (рисунок 1):

1. Летняя сессия: высокое качество жизни (≤ 25) – 18 студентов, удовлетворительное ($25 < N \leq 49$) – 111 студентов, низкое (> 49) – 24 студента.
2. Зимняя сессия: высокое качество жизни (≤ 25) – 35 студентов, удовлетворительное ($25 < N \leq 49$) – 108 студентов, низкое (> 49) – 10 студентов.

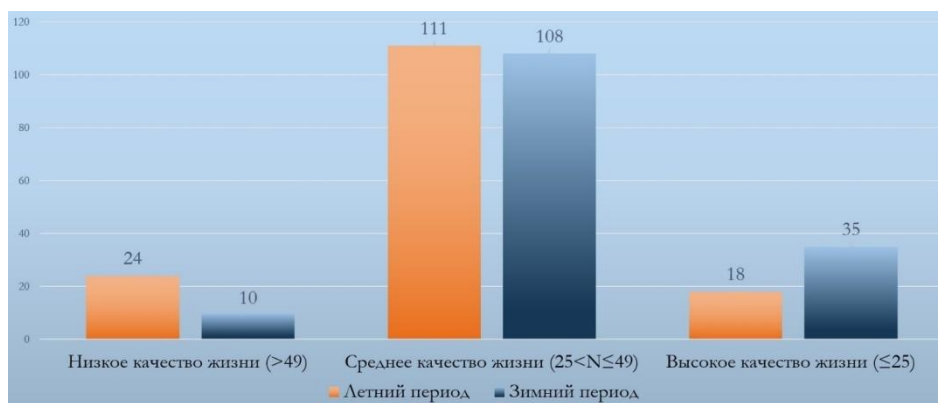


Рисунок 1 – Количество студентов в разных диапазонах качества жизни в период летней и зимней сессии

Таким образом, количество студентов с удовлетворительным качеством жизни было примерно одинаковым зимой и летом, но при этом студентов с высоким качеством жизни зимой оказалось больше.

Студенты были разделены на 2 группы в соответствии со средним баллом: ≥ 8 и < 8 ; получены следующие результаты.

Количество студентов со средним баллом 8 и выше в период летней сессии составило 56 человек, в зимнюю сессию таких студентов было больше — 75. Средняя продолжительность сна студентов этой группы также отличалась: летом она составила 7,07 ($\pm 0,38$) ч, а зимой — 7,35 ($\pm 0,32$) ч. Качество жизни студентов этой группы не имело существенных различий в период летней и зимней сессий (33,54 \pm 2,27 и 33,43 \pm 2,06 соответственно) (рисунок 2).



Рисунок 2 – Сравнение количества (5а), средней продолжительности сна (5б) и среднего значения качества жизни (5в) студентов со средним баллом 8 и выше в период летней и зимней сессии

Число студентов со средним баллом ниже 8 в период летней сессии равно 97, а в период зимней сессии их количество было меньше — 78. Средняя продолжительность сна, как и в первой группе, летом оказалась меньше ($6,65 \pm 0,3$ ч), чем зимой ($7,08 \pm 0,34$ ч), а качество жизни летом оказалось незначительно ниже, чем зимой ($39,38 \pm 2,28$ и $36,54 \pm 2,40$) (рисунок 3).

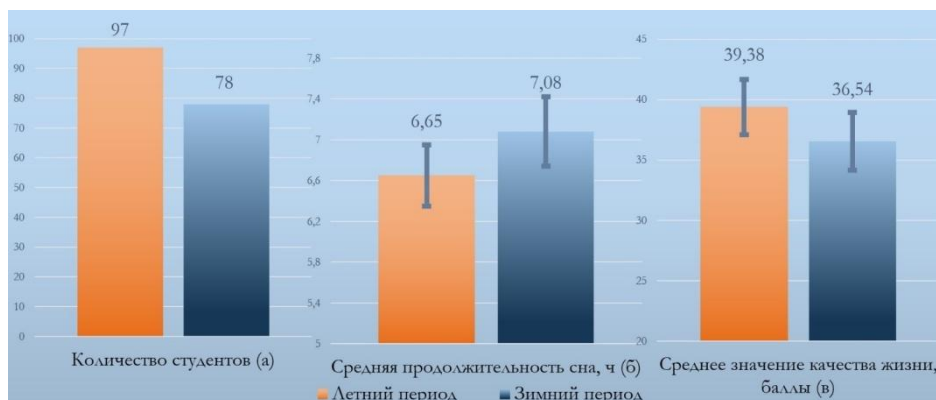


Рисунок 3 – Сравнение количества (5а), средней продолжительности сна (5б) и среднего значения качества жизни (5в) студентов со средним баллом ниже 8 в период летней и зимней сессии

При сравнении двух групп между собой видно, что при большей продолжительности сна количество студентов со средним баллом ≥ 8 оказалось больше, а при меньшей продолжительности сна возросло число студентов со средним баллом < 8 . При оценке качества жизни между двумя группами наблюдается более высокое качество жизни в первой группе, где студенты спали больше.

Выводы

1. Исходя из цифр, полученных в результате опроса, было установлено, что в период зимней сессии при большей продолжительности темного времени суток и, следовательно, большей выработки мелатонина, студенты спали больше (7,21 ч), чем в летнюю сессию (6,81 ч).
2. Оценки за зимнюю сессию оказались лучше (7,46 б.), чем за летнюю (7,06 б.), также зимой было больше студентов со средним баллом ≥ 8 (75 человек), чем летом (56 человек). Это может свидетельствовать о благоприятном влиянии вырабатываемого мелатонина на когнитивные способности студентов.
3. Была отмечена зависимость: в зимний период студентов с высоким качеством жизни было больше, а с низким качеством жизни — меньше, чем летом. Это может указывать на позитивное влияние мелатонина на качество жизни студентов.
4. Таким образом, можно предположить, что большая продолжительность ночного сна и, соответственно, большее количество вырабатываемого мелатонина положительно влияет на работоспособность и успеваемость студентов.

Литература

1. Lore Correia and Germaine Mayers: Melatonin: Medical Uses and Role in Health and Disease / Biochemistry Research Trends, 2017. — P. 319.
2. Медицинская экология: учебное пособие / А. Н. Стожаров. – Минск: Выш. шк., 2007. — 368 с.
3. Мелатонин: теория и практика / Голиченков В. А., Рапопорт С. И., Беспярых А. Ю., Бродский В. Я. – М.: Медпрактика-М, 2009. — 100 с.

А. О. Римашевская, ассистент; М. А. Халиль, А. С. Коротков, студенты
Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ НА ОСНОВЕ РАЗВИТИЯ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ НАВЫКОВ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ НОЗОЛОГИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ НА БАЗЕ ОКПНД Г. ТВЕРЬ

В настоящее время на территории Тверской области зарегистрировано свыше девяти тысяч лиц, являющихся инвалидами по психическим заболеваниям. Эти люди испытывают значительные трудности с трудоустройством и жизнью в социуме, поэтому неотъемлемой частью современной концепции оказания психиатрической помощи является психосоциальная терапия и реабилитация, одна из составляющих которой – это трудотерапия и трудовая реабилитация. Успешное проведение реабилитационных мероприятий выводит больного человека на новый социальный уровень, способствует улучшению контакта с врачом, скорейшему выздоровлению и наиболее качественной и длительной ремиссии.

Еще во времена СССР проблеме социальной реабилитации и последующего трудоустройства психически больных уделялось большое внимание. Тогда базой для проведения данных мероприятий стали дневные стационары при ПНД, кабинеты трудовой терапии и лечебно-профилактические мастерские (ЛПМ), где, помимо всего прочего, широко применялась и культуротерапия. Пациенты смотрели фильмы, могли пользоваться библиотекой и т. д. Возможности такой реабилитации существенно возросли после введения в клиническую практику эффективных антипсихотических средств, которые позволили добиваться не только улучшения состояния многих больных, но и выписки их из стационара с переводом на поддерживающую терапию. Поэтому развитие промышленной реабилитации в нашей стране достигло наибольшего «расцвета» в 70—80-е годы. Но к концу 2000-2010 годов наметилась тенденция в всеобщему закрытию отделений подобного типа. На данный момент ЛПМ существуют лишь в Москве, Санкт-Петербурге и нескольких областных центрах. На базе ОПНД г. Тверь с 1964 года функционирует отделение лечебно-производственных мастерских, рассчитанное на 104 койки. Отделение работает по принципу дневного стационара и включает раскройный, столярный, пакетный и швейный цеха. Здесь больные могут выполнять простейшую работу: шьют наволочки, собирают мелкие детали разных приборов, делают игрушки, склеивают коробки и так далее.

Цель исследования: определить взаимосвязь эффективности реабилитационных мероприятий с длительностью прохождения реабилитации, проводимой на базе лечебно-профилактических мастерских ОКПНД г. Твери

Материалы и методы: для оценки влияния реабилитационных мероприятий на длительность ремиссии и частоту обострений мы провели анализ 104 амбулаторных карт больных с различными нозологиями: шизофрения, умственная отсталость, органические поражения головного мозга (ОЗГМ), эпилепсия (таблица 1).

Таблица 1 - Распределение нозологий среди больных в ЛПМ, %

Нозология	Количество человек (чел.)	%
Шизофрения	50 человек	48
Умственная отсталость	37 человек	35
Эпилепсия	3 человека	4
ОЗГМ	14 человек	13

Результаты и обсуждение: на момент исследования в цехах ЛПМ работали мужчины и женщины от 15-ти до 50-ти и более лет, каждый из которых испытывал трудности в социальной сфере. Абсолютное большинство больных, а именно 100 человек, не состоят в браке, и половина из них проживают с родителями. Также психические заболевания негативно отразились на обучении и дальнейшем трудоустройстве больных. 38,5 % исследуемых посещали коррекционную школу, 28,9 % получили средне-специальное, 16,4 % среднее и только 12,5 % закончили высшее учебное заведение. В то же время, трудовой стаж имеют только 51 %. Пациенты, в основном, являются инвалидами второй группы и существенное количество больных длительное время (15-20 и более 20 лет). (таблица 2).

Таблица 2 - Длительность заболевания, %

Длительность заболевания.	Количество человек (чел.)	%
До 3 лет	2 чел.	2
3-5 лет	5 чел.	5
5-10 лет	7 чел.	7
10-15 лет	9 чел.	8
15-20 лет	26 чел.	25
Больше 20 лет	55 чел.	53

При анализе структуры больных по цехам можно сделать выводы: наиболее благоприятными условиями для ремиссии больных с шизофренией обладают раскройный и швейный цеха. Столярный в большей степени востребован больными с умственной отсталостью, а пакетный в равной степени способствует благоприятной реабилитации при наличии обеих патологий. В то время как больные с эпилепсией дают позитивную динамику преимущественно в столярном цехе (таблицы 3, 4).

Таблица 3 - Распределение больных по цехам, %

Цех	Количество человек (чел.)	%
Пакетный	28 чел.	27
Раскройный	19 чел.	18
Швейный	38 чел.	37
Столярный	19 чел.	18

Таблица 4 – Распределение нозологий по цехам, %

Нозология	Раскройный цех	Швейный цех	Столярный цех	Пакетный цех
Шизофрения	65	46	26	45
Умственная отсталость	23	38	44	38
ОЗГМ	12	13	17	13
Эпилепсия	-	3	13	3

Был проведен анализ частоты обострений у больных, на основе количества госпитализаций в круглосуточные стационары при возникновении признаков обострения заболевания в течении года (таблица 5). После чего была выявлена закономерность, что те пациенты, кто длительное время работает в ЛПМ, обладают наиболее устойчивой ремиссией, вплоть до отсутствия обострений. Данный вывод справедлив вне зависимости от нозологии, так как у больных по каждому заболеванию наблюдается уменьшение количества обострений до менее чем одного раза в год.

Таблица 5 - Длительность реабилитации и частота обострений, %

Длительность реабилитации		%	Частота обострений		%
До трех лет	35 чел	34	Менее раза в год	62 чел	60
Три года и более	69 чел	66	Раз в год и более	42 чел	40

Для оценки реабилитационных мероприятий на основе производственных навыков был выполнен подсчет объема производимой продукции пациентами в швейном цехе в период с ноября 2016-го года по май 2017-го. Пациенты с легкой и умеренной умственной отсталостью в течении реабилитации улучшили свои производственные навыки. Пациенты с шизофренией непрерывно - прогрессирующего типа течения не существенно повысили свои показатели, в отличие от пациентов с приступообразным-прогрессирующим течением заболевания. Пациенты с органическим заболеванием головного мозга различного генеза за время реабилитации существенно снизили производственные навыки в связи с обострением хронических заболеваний, связанным с переходным периодом, во время которого проводилось исследование.

Заключение: социально-трудовая реабилитации психически больных с помощью цехов ЛПМ хорошо себя зарекомендовала в психиатрической практике. Данный метод оказался весьма полезным для поддержания благоприятного состояния пациентов и способствует наиболее эффективному лечению. Однако успех трудотерапии напрямую зависит от длительности реабилитации. Чем более длительное время больной работает в цехах ЛПМ, тем меньше он подвержен госпитализациям. Пациенты, которые успешно преодолели порог реабилитации в 3 и более лет, вне зависимости от нозологии, приобретают устойчивые производственные навыки и у них существенно уменьшается количество обострений. Данные исследования в очередной раз подтверждают высокую эффективность лечебно-профилактических мастерских, существующих на базе психоневрологических диспансеров. Открытие отделений подобного типа при всех психиатрических клиниках

существенно снизит нагрузку на круглосуточные стационары, а также окажет благоприятное влияние на течение заболевания у пациентов, в особенности, с шизофренией с приступообразным–прогредиентным типом течения, что в свою очередь благоприятно скажется на общем уровне качества жизни психиатрических больных.

Литература

1. Трудоустройство лиц с психическими расстройствами на примере Тверской области / Н. Е. Максимова, Н. В. Климок // Социальная и клиническая психиатрия. – 2016. – №1. – С. 67-71.
2. Новая организационная форма психиатрической помощи: отделение внебольничной реабилитации / Под редакцией И. Я. Гуровича, О. Г. Ньюфельдта // Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи. – М.: Медпрактика-М, 2007. – С. 217-226.
3. Организация учебно-методической деятельности в лечебнопрофилактическом учреждении, как залог улучшения качества работы сестринского персонала. // Материалы Российской конференции «Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии». – М.: Медпрактика, 2007. – С. 460-462.
4. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии / Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Сторожакова Я. А. – Медпрактика-М, 2004, – 402 с.

АНАЛИЗ РАЗЛИЧНЫХ ИМПЛАНТАТОВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ПРИ ГЕРНИОПЛАСТИКЕ БОЛЬШИХ И ГИГАНТСКИХ ХИАТАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Проблема эффективности методов пластики больших и гигантских грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) основывается на принципах повышения качества жизни пациентов. Появляются новые техники операций с использованием различных имплантатов, однако, в российской практике рандомизированные результаты с использованием имплантатов с данными по рецидивам и отклонениям не публикуются, хотя вопрос выбора вида имплантата и методики его установки крайне важны.

Данное исследование основано на контент-анализе проспективных рандомизированных исследований (ПРИ) из хирургической практики пациентов с большими и гигантскими грыжами пищеводного отверстия диафрагмы.

Полипропиленовые имплантаты.

Полипропиленовые имплантаты (например, «Prolene») — наиболее прочные, обеспечивают формирование плотного надежного рубца и являются относительно не дорогими.

Опрос Frantzides и соавторов на 264 респондентах и 5486 операциях показал, что 1111 имплантатов в своей практике применяют 25,6 % хирургов, а частота АР при использовании полипропиленовых сетчатых имплантатов была 0,8 %, что составляет 5,2 % от всех рецидивов при использовании любых видов сеток [1].

Недостатком полипропиленовых имплантатов является их чрезмерная жесткость. Они могут вызвать выраженный периэзофагеальный фиброз, что приводит к длительной более 3 месяцев дисфагии без развития стриктуры, или к развитию рубцовой стриктуры, или к аррозии пищевода с миграцией сетки в его просвет. Это может осложняться инфицированием имплантата вплоть до абсцедирования [2].

Вторым недостатком является возможность их уменьшения со временем в объеме на 15,0–20,0 %. Так, в обзоре Antoniou и соавторов, частота дисфагий при использовании полипропиленовых сеток составила 21,7 % [2].

Политетрафторэтиленовые имплантаты.

Политетрафторэтиленовые имплантаты, например, «DualMesh», являются композитными, то есть состоят из двух компонентов — полипропилена или полиэстера и слоя политетрафторэтилена, который является антиадгезивным материалом и служит для профилактики рубцевания при контакте имплантата с внутренними органами.

В опросе Frantzides и соавторов композитные политетрафторэтиленовые имплантаты применяют 30,7 % хирургов [1]. В исследовании Staropoulos и соавторов на 45 пациентах частота АР составила 2,2 % [3]. Приведенные данные литературы свидетельствуют о сравнимой с полипропиленовыми сетками частоте АР.

Однако политетрафторэтиленовые имплантаты все же достаточно жесткие и имеют большую толщину, чем полипропиленовые, что также может приводить к послеоперационным осложнениям. В обзоре Antoniou и соавторов частота дисфагии при использовании композитных данных сеток составила 15,5–34,3 %, то есть оказалась выше, чем при использовании полипропиленовых сеток [2]. Следует вывод, что как политетрафторэтиленовые, так и полипропиленовые сетки имеют одинаковую вероятность развития осложнений.

Облегченные и рассасывающиеся имплантаты.

В настоящее время являются наиболее перспективными. Облегченные имплантаты могут быть сделаны из полипропилена, полиэстера или иного волокна, которое не рассасывается. Например, полиэстеровые сетки «Mersilene» и «Ethicon».

Частично рассасывающиеся имплантаты являются композитными, то есть состоят из рассасывающихся и нерассасывающихся волокон. Например, «Ultrapro» и «Ethicon», которые состоят наполовину из полипропилена и наполовину из полиглекапрона. Такие сетки можно считать оптимальными, поскольку они обладают не только высокой прочностью, но и имеют облегченную структуру — тонкие и мягкие волокна с крупными ячейками. Кроме того, они частично рассасываются, способствуя формированию негрубого соединительнотканного рубца и не вызывая аррозии тканей.

Как показывает наш опыт использования облегченных сетчатых частично рассасывающихся имплантатов «Ultrapro», оптимальное соотношение эффективности и безопасности обеспечивается не только самим имплантатом, но и способом его фиксации. Наше ретроспективное исследование по оригинальной методике «sublay» пластики облегченным сетчатым частично рассасывающимся имплантатом «Ultrapro» включало 192 пациента. Послеоперационное наблюдение производилось в среднем через 28 месяцев (10–47 месяцев), частота симптоматических АР при больших ГПОД была 4,9%. Частота длительной дисфагии составила всего 2,1 %, а рубцовых стриктур и аррозий пищевода не наблюдалось.

В исследовании Geißler и соавторов на 138 пациентах с пластикой облегченной сеткой и 148 пациентах с круорографией частота симптоматических АР достоверно отличалась в пользу аллопластики (1,4 и 7,4 %), данные о послеоперационных осложнениях в доступном резюме отсутствовали [4].

Синтетические сетки, которые полностью рассасываются, например, полиглактиновые «Vicril» и «Ethicon», полностью лишены возможности осложнений, но рецидивы за счет полного рассасывания отмечаются чаще. Так, в исследовании Gebhart и соавторов на 92 пациентах, с послеоперационным наблюдением в среднем через 30 месяцев, анатомический рецидив наступил в 18,5 % случаев, послеоперационных осложнений не было [5].

Биологические бесклеточные дермальные имплантаты.

Биологические бесклеточные дермальные имплантаты, например, «Allograft» и «LifeCell» имеют все три преимущества описанных выше сеток в плане профилактики послеоперационных осложнений - антиадгезивность, мягкую структуру и возможность рассасывания. В настоящее время такие имплантаты набирают популярность, особенно в США.

В литературе данные об эффективности этих имплантатов очень отличаются и в целом недостаточны для окончательных выводов.

Методика постановки имплантатов во всех литературных источниках одна - «onlay» пластика, усиленная задней крурорафией. В исследовании Chang и соавторов на 221 пациенте, с послеоперационным наблюдением в среднем через 14 месяцев, зафиксировано 8 рецидивов (3,6 %), послеоперационные осложнения четко не охарактеризованы и их количество обозначено как минимальное [6].

В исследовании Alicuben и соавторов на 82 пациентах, с послеоперационным наблюдением в среднем через 5 месяцев, было зафиксировано 3 рецидива (4,3 %), послеоперационных осложнений не было [7].

В обзоре Huddy и соавторов было выполнено 152 пластики биологическими и 214 пластик синтетическими имплантатами, частота рецидивов была достоверно выше при использовании биологических сетей — 17,1 и 12,6 % соответственно [8].

Однако имеются данные о недостаточной эффективности биологических имплантатов в профилактике рецидивов.

В исследовании Latzko и соавторов на 94 пациентах, с послеоперационным наблюдением в среднем через 23 месяца, частота AP была 21,0 %, а реоперации были выполнены 5 больным. В исследовании Ward и соавторов на 44 пациентах, с послеоперационным наблюдением в среднем через 17 месяцев, частота анатомических рецидивов была 18,0%, данные о послеоперационных осложнениях в статье расплывчатые [9].

В обзоре Antoniou и соавторов был сделан вывод о большей эффективности биологических сеток относительно крурорафии, но меньшей эффективности по сравнению с синтетическими сетками, и, в целом, что биологические сетки требуют дальнейшего изучения [2, 10].

Заключение: вопрос выбора оптимального имплантата при пластике пищеводного отверстия диафрагмы остается большой и нерешенной хирургической проблемой, о чем свидетельствуют проанализированные литературные источники, в основном, обзоры и клинические рекомендации.

Во-первых, при использовании жестких полипропиленовых и композитных политетрафторэтиленовых сетчатых имплантатов и при методике их циркулярной параэзофагеальной фиксации возможны послеоперационные осложнения с частотой до 20,0 % — длительная дисфагия, стриктуры и аррозии пищевода. Современные биологические сетки на данный момент времени показывают достаточно высокую частоту AP, поэтому большинство специалистов продолжает использовать синтетические имплантаты, из которых наиболее перспективными являются облегченные сетчатые частично рассасывающиеся конструкции.

Во-вторых, до сих пор не разработаны четкие показания к выбору того или иного имплантата, например, в зависимости от размера грыж, который является основным фактором риска рецидива.

Эти проблемы могут быть реализованы путем тщательного и более длительного ретроспективного сравнительного анализа большого клинического материала и проведения проспективного репрезентативного исследования.

Литература

1. Frantzides C. T. Hiatal hernia repair with mesh: a survey of «SAGES» members / C. T. Frantzides, M. A. Carlson, S. Loizides et al. // *Surgical endoscopy*. — 2010. — Vol. 24, № 5. — P. 1017–1024.
2. Antoniou S. A. Mesh – reinforced hiatal hernia repair: a review on the effect on postoperative dysphagia and recurrence / S. A. Antoniou, O. O. Koch, G. A. Antoniou et al. // *Langenbeck's archives of surgery*. — 2012. — Vol. 397, № 1. — P. 19–27.
3. Staropoulos G. Laparoscopic repair of giant paraesophageal hernia with synthetic mesh: 45 consecutive cases / G. Staropoulos, I. I. Flessas, T. Mariolis – Sapsakos et al. // *The American surgeon*. — 2012. — Vol. 78, № 4. — P. 432–435.
4. Geißler B. Report of 12 years experience in the surgical treatment of 286 paraesophageal hernias / B. Geißler, E. Birk, M. Anthuber // *Chirurg*. — 2016. — Vol. 87, № 3. — P. 233–240.
5. Gebhart A. Initial outcomes of laparoscopic paraesophageal hiatal hernia repair with mesh / A. Gebhart, S. Vu, C. Armstrong et al. // *The American surgeon*. — 2013. — Vol. 79, № 10. — P. 1017–1021.
6. Chang C. G. Laparoscopic hiatal hernia repair in 221 patients: outcomes and experience / C. G. Chang, L. Thackeray // *Journal of the society of laparoendoscopic surgeons*. — 2016. — Vol. 20, № 1.
7. Alicuben E. T. Impact of crural relaxing incisions, Collis gastroplasty, and noncross – linked human dermal mesh crural reinforcement on early hiatal hernia recurrence rates / E. T. Alicuben, S. G. Worrell, S. R. De Meester. // *Journal of the American college of surgeons*. — 2014. — Vol. 219, № 5. — P. 988–992.
8. Huddy J. R. Laparoscopic repair of hiatus hernia: Does mesh type influence outcome? A meta – analysis and European survey study / J. R. Huddy, S. R. Markar, M. Z. Ni et al. // *Surgical endoscopy*. — 2016. — Vol. 30, № 12. — P. 5209–5221.
9. Latzko M. Laparoscopic repair of paraesophageal hernias / M. Latzko, F. Boraio, A. Squillaro et al. // *Journal of the society of laparoendoscopic surgeons*. — 2014. — Vol. 18, № 3.
10. Розенфельд И. И. Классификация негативных результатов лапароскопических операций при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы / И. И. Розенфельд, В. А. Акопян // *Материалы XII Международной научно-практической конференции студентов и молодых ученых-медиков «Молодежь — практическому здравоохранению»*. — Тверь: ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России. Совет молодых ученых и студентов. — 2018. — С. 856–858.

И. И. Розенфельд, доцент; Д. Л. Чиликина, студентка
Кафедра патологической физиологии
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

ПРОБЛЕМЫ ПЛАСТИКИ ХИАТАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Основная проблема лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) заключается в частом (80 % случаев) развитии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), которая может привести к предраковому заболеванию — пищеводу Баррета.

Важную роль в диагностике и выборе тактики лечения ГПОД играет размер дефекта, в зависимости от него выделяют: малые ГПОД с площадью дефекта менее 5 см², средние ГПОД с площадью дефекта 6-10 см², большие ГПОД с площадью дефекта менее 11-20 см², гигантские ГПОД с площадью дефекта более 20 см².

Большой сложностью в хирургии больших и гигантских грыж является увеличение частоты анатомических рецидивов (АР). В клинических рекомендациях «SAGES» по лечению ГПОД указано, что данные об отдаленных результатах аллопластики пока недостаточно убедительны [1].

Цель исследования: анализ хирургического лечения больших и гигантских ГПОД, определение наиболее эффективного метода пластики на основе обзора зарубежной литературы рандомизированных исследований и собственной практики.

Материалы и методы: исследование включало в себя две части: в первой представлен обзор медицинской литературы по новейшим проспективным рандомизированным исследованиям (ПРИ) хирургического лечения ГПОД и определены основные практические проблемы. Во второй части показаны результаты собственного опыта использования различных видов пластики при ГПОД.

Производилось определение количества пациентов с симптомами рецидива грыжи и ГЭРБ (изжога, боль), а также наличие пищеводных осложнений с функциональной дисфагией длительностью более 3 месяцев без рентгенологических и эндоскопических признаков стриктуры. Проводилось рентгенологическое обследование для определения АР. Применялось эндоскопическое исследование и суточный рН – мониторинг для определения функциональных рецидивов.

Результаты и обсуждение: по данным литературы, оперативные техники лечения ГПОД делятся на группы: простые методы аутопластики мышечным или мышечно-апоневротическим лоскутом на ножке, тампонада за счет рядом лежащего органа и аллопластика композитными материалами. Оперативное вмешательство проводят классическим методом и лапароскопическим путем. При больших и гигантских грыжах показано хирургическое лечение с использованием аллопластики и круорографии [2].

Показания к оперативному лечению описаны в клинических рекомендациях «SAGES». При грыжах I типа при отсутствии симптомов и объективных признаков ГЭРБ оперативное лечение не показано, при наличии симптомов должна быть выполнена фундопликация. Грыжи других типов при наличии соответствующих симптомов также являются показанием к операции. Однако при отсутствии симптомов операция не является

строго обязательной, особенно в пожилом возрасте и при тяжелой сопутствующей патологии.

Принципиальная осуществимость лапароскопических операций при больших и гигантских ГПОД — серьезная проблема, особенно в осложненных и ургентных случаях. По данным обзора литературы Nguyen N. T. и соавторов на 2726 операциях плановую лапароскопию по поводу ГПОД больших и гигантских размеров удалось выполнить в 81 % случаев, а при наличии осложнений в виде острой обструкции и гангрены — только в 57 % случаев. В этом исследовании при лапароскопических операциях по сравнению с открытыми вмешательствами было получено достоверное снижение частоты послеоперационных осложнений — 2,7 и 8,4 %, продолжительности пребывания в стационаре — 3,7 и 8,3 дня [3].

Таким образом, лапароскопические операции имеют неоспоримые преимущества по сравнению с открытыми доступами. В рекомендациях «SAGES» сказано, что лапароскопический доступ является лучшим за счет сопоставимой эффективности. Он уменьшает частоту рецидивов и послеоперационных осложнений, уменьшает продолжительность пребывания пациентов в стационаре. Поэтому необходимо более широкое внедрение лапароскопических пластик ГПОД. Необходимо совершенствование техники, поскольку на данный момент времени даже при лапароскопическом доступе сохраняется высокая частота осложнений.

Так, в обзоре Ballian N., и соавторов на 950 операциях, из которых 80 % плановые, частота послеоперационных осложнений достигла 20 %, а такие факторы как возраст более 80 лет, ургентная операция, сердечная и дыхательная недостаточность дали риск летальности в 88 % [4].

Второй важной проблемой в хирургии ГПОД является высокая частота АР. При выполнении крурорафии, или первичной пластики, частота АР по данным большинства обзоров со сроком наблюдения около 3 лет достигает 40 %, а при оценке отдаленных результатов со сроком до 12 лет может достигать даже 60 % [5].

Снижение частоты АР возможно благодаря аллопластике пищеводного отверстия диафрагмы. Как и при других видах грыж, при ГПОД в ножках и сухожильной части диафрагмы отмечаются выраженные структурные нарушения соединительной и мышечной ткани. Следовательно, аллопластика является патогенетически обоснованной. В клинических рекомендациях «SAGES» сказано, что идеальной техники выполнения аллопластики на данный момент не разработано. В обзоре Huddy J. R. и соавторов на 676 пациентах, в том числе 310 пациентов с крурорафией, 214 пациентов с пластикой синтетическими имплантатами и 152 пациента с пластикой биологическими имплантатами, частота АР составила — 25,5 и 14,5 % соответственно [6].

Основываясь на этом результате, можно сделать вывод, соответствующий клиническим рекомендациям «SAGES»: использование сетчатых имплантатов при больших и гигантских грыжах уменьшает частоту рецидивов. Хотя в клинических рекомендациях также указано, что данные об отдаленных результатах аллопластики пока недостаточно убедительны. В исследовании Targarona E. M. и соавторов на 55 пациентах с послеоперационным наблюдением в среднем через 107 месяцев, частота АР была практически одинаковой — 46 и 50 % соответственно [7]. Данное исследование доказывает необходимость поиска надежных методик, обеспечивающих долгосрочный результат.

Во второй части статьи проанализируем результаты собственного оперативного исследования с 2008 по 2015 год по поводу ГПОД на 270 больных одной бригадой хирургов на базе Тверской областной клинической больницы.

Аналізу подвергнута выборка пациентов с фундопликацией по Ниссену с ГЭРБ и ГПОД I типа I степени, со сроком оценки отдаленных результатов менее 1 года. Больные были распределены на группы согласно оригинальной классификации в зависимости от площади дефекта пищеводного отверстия диафрагмы, измеренной по методике Granderath F. A. и соавторов [8]. Обоснована необходимость использования нового показателя — «HSA», особенность которого такова, что согласно формуле расчета, больший вклад в его результат вносит именно горизонтальный размер, то есть расстояние между ножками диафрагмы. Чем он больше, тем более выраженная атрофия ножек и, следовательно, увеличивается риск AP.

Авторская классификация основана на обработке 280 историй болезни и практики проведения лапароскопических операций при ГПОД. Гендерно-возрастная характеристика больных выглядит следующим образом: средний возраст пациентов составил 52,6 лет (38,0 до 68,0 лет). В настоящее время широкое распространение приобрела оценка степени риска по классификации «ASA». Риск «ASA I» (практически здоровый пациент) был характерен для 23 больных, а риск «ASA II» (больной с незначительной патологией без нарушения функций) для 21 человека; средний индекс массы тела (ИМТ) пациентов составил $32,4 \pm 4,0$ ($25,1-41,9$) $\text{кг}/\text{м}^2$; по методике измерения Granderath F. A. и соавторов были выявлены ГПОД II типа (262 пациента), III типа (399 человек) и IV типа (92 пациента), при этом субтотальные желудочные грыжи имели место у 139 больных, тотальные желудочные грыжи — у 52 больных. Средний размер ГПОД составил $38,1 \pm 15,6$ ($22,5-75,4$) см^2 .

Первая группа — 122 пациента с большими ГПОД, которым выполнялась либо круоропфия (подгруппа А — 47 человек), либо аллопластика (подгруппа Б — 75 человек). В подгруппе Б у 40 пациентов использовалась «onlay» пластика имплантатом «Prolene» («Ethicon»), а у 35 больных — пластика с использованием оригинального биокарбонового имплантата.

Вторая группа — 148 пациентов с гигантскими ГПОД, которым выполнялась либо аллопластика (подгруппа А — 108 человек), либо использовалась новая методика ненапряжной аллопластики (подгруппа Б — 40 человек). В подгруппе А у 32 пациентов использовалась «onlay» пластика полипропиленовым имплантатом «Prolene» («Ethicon»), а у 76 больных — «sublay» пластика с использованием оригинального биокарбонового имплантата.

Автор использует методику лапароскопической двухслойной аллогерниопластики пищеводного отверстия диафрагмы облегченным сетчатым двухслойным имплантатом: первый слой частично рассасывается, второй слой — биокарбоновая пленка на основе карбита [9].

В исследовании проанализированы результаты со сроком наблюдения 3 года. Сравнимые группы и подгруппы были сопоставимы по демографическим показателям — возрасту, полу, риску «ASA» и индексу массы тела.

Отдаленные результаты изучены от 12 до 48 месяцев, что в среднем составляет $21,5 \pm 7,9$ месяца. Частота AP между подгруппой А и подгруппой Б 1-й группы достоверно

отличалась в пользу аллопластики ($p = 0,0011$), что доказывает необходимость ее использования при больших ГПОД, а частота дисфагии — в пользу крурорафии ($p = 0,0220$), что соответствует данным литературы. Однако сравнение методик аллопластики полипропиленовым имплантатом «onlay» и авторской методики с биокарбоном выявило достоверное увеличение частоты дисфагии при использовании первого — 13,6 % по сравнению с 3,6 % соответственно ($p = 0,0008$). При этом различия по частоте рецидивов были недостоверными — 5,2 % по сравнению с 4,8 % соответственно ($p = 0,9115$). Таким образом, авторская методика является оптимальной при больших ГПОД.

Частота рецидивов в подгруппе А 2-й группы по сравнению с подгруппой Б 1 группы достоверно отличались в пользу больших грыж по сравнению с гигантскими ($p < 0,0001$), что закономерно с учетом размеров грыжевого. В подгруппе Б 2-й группы двухслойная пластика по авторской методике характеризовалась достоверно меньшей частотой дисфагии при недостоверных различиях в частоте рецидивов по сравнению с «onlay» пластикой полипропиленовым имплантатом. При этом частота АР (18,4 %) при использовании двухслойной пластики является неприемлемо высокой, хотя и соответствует данным литературы. Так, по данным ряда авторов, частота рецидивов при гигантских грыжах пищеводного отверстия диафрагмы в среднем составляет 25 %, достигая иногда 40 %.

Данные об отсутствии рецидивов и одновременно пищеводных осложнений при достаточно большом сроке оценки отдаленных результатов были получены нами первыми. С учетом этих результатов, нами в 2015 году начато ПРИ эффективности нового метода по сравнению с двухслойной пластикой.

Выводы

1. Выявлена проблема хирургического лечения больших и гигантских ГПОД и сравнительно небольшая эффективность крурорафии и аллопластики.
2. Практическим путем доказано, что при больших ГПОД оптимальной техникой представляется оригинальная методика двухслойной пластики биокарбоновым частично рассасывающимся сетчатым имплантатом.
3. Практическим путем доказано, что при гигантских ГПОД с площадью дефекта более 20 см² перспективным методом является ненатяжная пластика биокарбоновым частично рассасывающимся сетчатым имплантатом.

Литература

1. Kohn G. P. Guidelines for the management of hiatal hernia / G. P. Kohn, R. R. Price, S. R. De Meester, J. Zehetner // *Surgical endoscopy*. — 2013. — Vol. 27, № 12. — P. 4409–4428.
2. Розенфельд И. И. Классификация негативных результатов лапароскопических операций при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы / И. И. Розенфельд, В. А. Акопян // *Материалы XII Международной научно-практической конференции студентов и молодых ученых-медиков «Молодежь — практическому здравоохранению»*. — Тверь: ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России. Совет молодых ученых и студентов, 2018. — С. 856–858.

3. Nguyen N. T. Utilization and outcomes of laparoscopic versus open paraesophageal hernia repair / N. T. Nguyen, C. Christie, H. Masoomi et al. // *The American surgeon*. — 2011. — Vol. 77, № 10. — P. 1353–1357.
4. Ballian N. A clinical prediction rule for perioperative mortality and major morbidity after laparoscopic giant paraesophageal hernia repair / N. Ballian, J. D Luketich, R. M Levy et al. // *Journal of thoracoscopic and cardiovascular surgery*. — 2013. — Vol. 145, № 3. — P. 721–729.
5. Moher D. Consort 2010 explanation and elaboration: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials / D. Moher, S Hopewell, K. F. Schulz et al. // *International journal of surgery*. — 2012. — Vol. 10, № 1. — P. 28–55.
6. Huddy J. R. Laparoscopic repair of hiatus hernia: Does mesh type influence outcome? A meta-analysis and European survey study / J. R Huddy, S. R Markar., M. Z. Niet et al. // *Surgical endoscopy*. — 2016. — Vol. 30, № 12. — P. 5209–5221.
7. Targarona E. M. Long-term outcome and quality of life after laparoscopic treatment of large paraesophageal hernia / E. M. Targarona, S Grisales, O Uyanik. et al. // *World journal of surgery*. — 2013. — Vol. 37, № 8. — P. 1878–1882.
8. Granderath F. A. Laparoscopic Nissen fundoplication with prosthetic hiatal closure reduces postoperative intrathoracic wrap herniation: preliminary results of a prospective randomized functional and clinical study / F. A Granderath, U. M. Schweiger, T. Kamolz et al. // *Archives of surgery*. — 2005. — Vol. 140, № 1. — P. 40–48.
9. Адамян А. А. Биокарбон, способ его получения и устройство для его осуществления / А. А. Адамян, В. Г. Бабаев, М. Б. Гусева и другие // Патент на изобретение № 2095464. — Опубликовано 1997.

И. И. Розенфельд, доцент; Д. Л. Чиликина, студентка
Ккафедра патологической физиологии
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

ФИКСАЦИОННАЯ И БЕСФИКСАЦИОННАЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПЛАСТИКА ПРИ БОЛЬШИХ И ГИГАНТСКИХ ХИАТАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ

Согласно рекомендациям «Европейского общества герниологов», пациентам старше 18 лет следует выполнять герниопластику с использованием аллопротеза [1, 2, 3].

Герниопластика больших и гигантских грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) является серьезной проблемой современной медицины. Данные операции выполняются в большом количестве — около 20 миллионов вмешательств ежегодно [4].

Вопрос о фиксации имплантата является крайне актуальным. По данным Sajid M. S. и соавторов, отсутствие фиксации протеза не повышает риск его миграции или возникновения рецидива грыжи [5], но данная апробация методики при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы не была проведена. В рандомизированных исследованиях, выполненных Tam K. W. говорится, что при проведении лапароскопической герниопластики обнаружено, что выполнение хирургической операции без фиксации протеза не влечет к повышению рецидивов.

Согласно рекомендациям «Международной ассоциации эндоскопической герниологии» фиксация или ее отсутствие имеют одинаковые низкие уровни рецидивов в группах, которым выполняли «ТАРР» или «ТЕР» методику [6].

Для предупреждения рецидивов в руководствах по эндоскопии рекомендуется, учитывая физический принцип Паскаля, использовать сетку размером 10×15 см, однако при размерах грыжи более 4 см лучше имплантировать сетку с большими параметрами, например, размером 12×19 см. Но фактически ограничивающими факторами для выполнения «ТАРР» являются большие и гигантские грыжи пищеводного отверстия диафрагмы [7].

По данным исследований I и II уровня доказательности, жесткие полипропиленовые и композитные материалы — самые надежные в плане профилактики рецидивов, а сетчатые имплантаты дают осложнения с частотой 2–25 %.

Биологические имплантаты наоборот, хотя и дают минимальный процент осложнений, но частота анатомических рецидивов при их использовании составляет 10–50%, что является неприемлемым [7].

Предположительно перспективны облегченные частично рассасывающиеся сетки, которые сохраняют надежность синтетических имплантатов в плане профилактики анатомических рецидивов, и характеризуются минимальным процентом осложнений, однако клинических исследований по этой проблеме не проводилось.

Следовательно, необходима разработка новых методик аллогерниопластики, минимизирующих риск анатомических рецидивов (АР) при больших и гигантских ГПОД. Перспектива определилась благодаря разработке нового метода каркасной аллогерниопластики с помощью облегченного имплантата, предполагающего отсутствие АР и осложнений в пищеводе при больших и гигантских ГПОД.

Цель исследования: описание преимуществ двухслойной аллогерниопластики частично рассасывающимся облегченным сетчатым имплантатом при больших и гигантских ГПОД.

Материалы и методы: в исследовании приняло участие 124 пациента: 66 больным контрольной группы I проводили первичную пластику по традиционному бесфиксационному методу крурорафии; 58 человек — исследовательская группа II, им выполняли оригинальный фиксационный способ. В исследовании проводился анализ непосредственных и отдаленных результатов 58 пациентов (51 мужчина и 7 женщин), находившихся в хирургическом отделении по поводу оперативного лечения больших грыж (грыжевые ворота 10–20 см²) и в основном гигантских ГПОД (грыжевые ворота более 20 см²) с выполнением методики «TAPP». Им выполнялся оригинальный способ двухслойной аллогерниопластики пищеводного отверстия диафрагмы на основе «биокарбона медицинского»[®]. Все 58 пациентов группы II прошли повторную диагностику в обеих обсервационных точках. Основная группа без фиксации имплантата (n = 37) и группа с фиксацией (n = 21) были репрезентативны по возрасту (52,0 ± 10,5 лет и 57,0 ± 13,0 лет) и индексу массы тела (ИМТ) (25,1 ± 2,7 кг/м² и 25,3 ± 2,7 кг/м²). Критерии включения в исследование: возраст старше 18 лет, информированное согласие пациента. Из исследования исключались пациенты с ИМТ более 35 кг/м², сопутствующими злокачественными заболеваниями, декомпенсированной сердечно-сосудистой, дыхательной, почечной, печеночной недостаточностью, с противопоказаниями к общей анестезии. Поэтому возникла необходимость сравнения отдаленных результатов различных способов фиксации имплантата при антирефлюксных операциях по удалению больших и гигантских ГПОД.

Операцией выбора при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, ассоциированной с ГПОД, признана пластика пищеводного отверстия диафрагмы и фундопликация по Ниссену, эффективность которой составляет 86–95 % [2]. Наиболее часто используются следующие варианты фиксации: фиксация сетки поверх ножек диафрагмы после крурорафии и фиксация краев сетки к ножкам диафрагмы без крурорафии [3]. На базе хирургического отделения «Областной клинической больницы» и государственной клинической больницы № 7 города Твери в 2014 году автором данной статьи предложен оригинальный способ двухслойной аллогерниопластики медицинским биокарбоном с фиксацией сетки позади ножек диафрагмы в комбинации с крурорафией. Облегченный имплантат состоит из двух слоев: первый частично рассасывается, второй — биокарбоновая пленка на основе карбита. Предложенная структура не вызывает «пилящего» эффекта при дыхательных движениях. Это преимущество позволяет снизить риск AP, так как при классической методике может формироваться грубая рубцовая ткань, происходит сморщивание сетки, сохраняется контакт имплантата с пищеводом, что приводит к развитию AP.

Результаты новой технологии оценивались в рамках пилотного исследования по шкале «VAS», согласно которой 1–3 балла — незначительная болевая чувствительность, 4–6 баллов — умеренная, 7–10 баллов — интенсивная боль. Для определения нарушений использовали шкалу антихолинергической активности «AAS». Пациенты опрашивались перед операцией, на 3-й день после операции и через 1 год наблюдения. Осложнения имплантата регистрировались согласно классификации «Clavien – Dindo». Обработку результатов исследования проводили методами вариационной и альтернативной статистики

с использованием лицензионного программного пакета «IBM SPSS v. 23». Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимался при значении менее 0,05 по Пирсону.

Результаты и обсуждение: впервые представлена концепция использования техники ненапряжной каркасной аллогерниопластики с использованием биокарбонового имплантата для лечения больших и гигантских ГПОД для проведения пилотного исследования. Предложенная методика основана на клинических рекомендациях «SAGES» и «Международной ассоциации эндоскопической герниологии», что свидетельствует об охранный способности метода [6, 8]. Операция несет в себе уникальный научно-прикладной результат и показывает перспективность исследования. Средняя продолжительность оперативного лечения 58 пациентов по оригинальной методике $67,0 \pm 4,1$ минут, а средняя продолжительность пребывания в стационаре $1,5 \pm 0,5$ дня. В послеоперационном периоде осложнения по «Clavien – Dindo» I, III, IV и V классов не регистрировались. Осложнения II класса отмечены у 3-х пациентов (7,7 %).

Отметим, что 66 больным группы I проводили первичную пластику пищеводного отверстия диафрагмы по традиционному методу крурорафии. У 54 из 66 — подозрение на рецидив (у 10,1% от этого числа диагноз подтвердился). У 12 больных было подозрение на проблему фиксации и слабую манжету (у 2,1 % подозрение подтвердилось). Из 66 больных в 5,4 % случаев привело к скручиванию пищевода и у 1,2 % к сужению пищеводного отверстия диафрагмы.

Другие 57 человек II группы, которым выполняли оригинальный способ фиксации первичной двухслойной аллогерниопластики пищеводного отверстия диафрагмы медицинским биокарбоном (результаты одного пациента нерепрезентативны в связи с выявленным сахарным диабетом II типа в послеоперационном периоде). Они были распределены на подгруппы А (сетка поверх ножек диафрагмы) и В (сетка позади ножек диафрагмы). Для подгруппы А подозрение на рецидив грыжи и феномен телескопа у 28 больных, но реально был диагностирован всего лишь у 3,5% пациентов; по слабой манжете — у 12 больных и подтвержден в 1,5% случаев. Данные по дисфагии получены на недостаточном уровне — у 7,1% больных обнаружено скручивание и у 3,3% — сужение пищеводного отверстия. При этом у всех 56 человек в послеоперационном периоде было подозрение на патологию. Данные по авторской методике с размещением сетки позади ножек диафрагмы минимизировало эти показатели. Таким образом, кроме использования инновационных материалов и техники (подгруппа А), важно размещение имплантата (подгруппа Б).

По показателям снижения рецидивов, в общем, наблюдалась статистически значимая корреляция между дооперационной и послеоперационной выраженностью болевого синдрома: критерий Пирсона ($r = 0,270$) для экспериментальной группы, коэффициент ранговой корреляции Спирмена для полной выборки и сравнительной характеристики методов лечения ($r_s = 0,280$; $p < 0,001$).

По контрольной группе необходимо отметить, что болевой синдром отмечался у 53,3 % пациентов. На 3-й день показатель болевого синдрома снизился до 16,4 %. Через 1 год болевой синдром отмечался у 7,4 %. Стоит отметить, что 14 пациентов не жаловались на послеоперационные боли. У 9 пациентов (15,5 %) только через 1 год после операции

появился болевой синдром. У 7 больных степень интенсивности боли по визуальной аналоговой шкале составила 1–3 балла, один отмечал умеренную боль по аналоговой шкале в 4–6 балла, у одного пациента из группы с фиксированным протезом наблюдался сильный болевой синдром (7–10 баллов). Соответственно у 5 из этих 9 пациентов значимого нарушения активности не отмечалось — по шкале антихолинергической активности менее 8,0 % от максимального значения, 3 пациента имели незначительное нарушение активности (10,4 %, 12,5 %, 14,6 %), а у вышеуказанного пациента с фиксацией сетки наблюдалось существенные нарушения активности (43,7 %). В операции значимой разницы в отношении болевого синдрома между пациентами обеих групп не наблюдалось. Размер грыжевого дефекта тоже не коррелировал с интенсивностью и продолжительностью боли (критерий Пирсона $\chi^2=0,031$; $p=0,607$).

В экспериментальной группе пациентов, отмечалась высокая частота болевых ощущений со статистически значимым отличием от основной группы больных на 3-й день после операции (71,2 и 57,2 %, $p<0,038$).

Болевой синдром значимо уменьшился в послеоперационном периоде, по визуальной аналоговой шкале составил 1–3 балла у подгруппы Б. Ни у одного из пациентов основной группы не отмечалось сильной хронической боли. Средняя максимальная интенсивность боли по аналоговой шкале составляла до операции $2,70 \pm 2,90$ и $3,30 \pm 2,30$ в 1-й послеоперационный день. На 3-й день болевые ощущения по аналоговой шкале снизились до $1,60 \pm 1,70$, а через 1 год после операции составили $0,65 \pm 1,70$ ($p < 0,001$). В то время как 42,0% пациентов контрольной группы I описывали после операции ограничение физической активности из-за боли, у одного из них через 1 год после оперативного вмешательства не отмечалось данных жалоб. Средний показатель нарушения физической активности существенно снизился по шкале антихолинергической активности до $2,90 \pm 8,20$ в группе с фиксацией сетки и до $2,00 \pm 5,90$ ($p<0,001$) в основной группе.

Выводы

1. Выявлена проблема в хирургическом лечении ГПОД, проявляющаяся в высоком риске возникновения болевого синдрома и риска рецидивов при ГПОД.
2. Доказана перспектива оптимизации хирургического метода для профилактики АР на основе оригинального фиксационного способа двухслойной аллогерниопластики пищеводного отверстия диафрагмы позади ножек медицинским биокарбоном при больших и гигантских грыжах.
3. Получены положительные клинические результаты новой методики по показателям АР и болевому синдрому сразу после операции и в течение 1 года после в рамках пилотного эксперимента.

Литература

1. Баулин А. А. От оперативного лечения грыжи пищеводного отверстия диафрагмы до оперативного лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / А. А. Баулин, В. А. Баулин, О. А. Баулина, В. А. Стародубцев // Хирургия. — 2017. — С. 31–33.

2. Tam K. W. Outcomes of staple fixation of mesh versus no fixation in laparoscopic total extraperitoneal inguinal repair: a meta-analysis of randomized controlled trials / K. W. Tam, Liang H. H, C. Y. Chai // *World Journal of Surgery*. — 2010. — Vol. 34, № 12. — P. 3065–3074.
3. Розенфельд И. И. Классификация негативных результатов лапароскопических операций при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы / И. И. Розенфельд, В. А. Акопян // *Материалы XII Международной научно-практической конференции студентов и молодых ученых-медиков «Молодежь — практическому здравоохранению» / Тверь: ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России. Совет молодых ученых и студентов. — 2018. — С. 856–858.*
4. Granderath F. A. Laparoscopic antireflux surgery: Tailoring the hiatal closure to the size of hiatal surface area / F. A. Granderath, U. M. Schweiger, R. Pointner // *Surgical endoscopy*. — 2007. — Vol. 21, № 4. — P. 542–548.
5. Simons M. P. European hernia society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients / M. P. Simons // *Hernia*. — 2009. — № 13. — P. 343–403.
6. Bittner R. Guidelines for laparoscopic (TAPP) and endoscopic (TEP) treatment of inguinal hernia (International endohernia society [IEHS]) / R. Bittner, E. Arregui, T. Bisgaard et al. // *Surgical Endoscopy*. — 2006. — № 25. — P. 2773–2843.
7. Грубник В. В. Методы лапароскопической фундопликации / В. В. Грубник, В. В. Ильяшенко, А. В. Грубник, А. В. Малиновский // *Клиническая хирургия*. — 2007. — Т. 5, № 6. — С. 23–24.

С. В. Сальников, ординатор; И. В. Проценко, доцент
Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Научный руководитель: к.м.н., доцент И. В. Проценко

ДЕПРЕССИЯ И ОБСТРУКТИВНОЕ АПНОЭ СНА

Слово «депрессия» стало настолько распространенным в нашем языке и культуре, что уже чаще используется скорее как бытовое или обще-социальное, нежели медицинское понятие. Это серьезное заболевание, которое резко снижает трудоспособность и приносит страдание, как самому больному, так и его близким. Депрессивное расстройство, включая однократные эпизоды и рекуррентные депрессии, по распространенности в популяции занимают одно из основных мест среди всех психических расстройств. Годовая распространенность депрессий в популяции составляет 2–11 %, а распространенность в течение жизни достигает 16,6 %. Европейские данные годовой распространенности составляют 6,9 %. В России масштабные эпидемиологические исследования аффективных расстройств были проведены в 70-х годах XX в. Согласно этим данным, распространенность эндогенных депрессий в популяции составляла 0,5 %. Депрессии у женщин выявляются в 2 раза чаще, чем у мужчин. В последнее время отмечается рост частоты выявления депрессии, это частично связано с расширением возможностей обращения за помощью на ранних этапах развития депрессивного расстройства, соответственно лучшей выявляемостью [1].

Еще одной из актуальных проблем последнего времени является синдром обструктивного апноэ сна (СОАС). Обструктивное апноэ сна является наиболее распространенной формой нарушений дыхания во сне и наблюдается у 9 % мужчин и 4 % женщин. ОАС характеризуется структурной нестабильностью верхних дыхательных путей, что ведет к их полной (апноэ) или частичной (гипопноэ) обструкции во время сна и прекращению легочной вентиляции при сохраняющихся дыхательных усилиях. Периодически повторяющиеся апноэ/гипопноэ приводят к хронической перемежающейся гипоксии и гиперкапнии. Дыхательные усилия против закрытых дыхательных путей, гипоксия и гиперкапния вызывают микропробуждения, которые приводят к дезорганизации и депривации сна. Вся эта ночная борьба за дыхание, которая весьма наглядно регистрируется при исследовании сна, остается неосознанной самим больным. Для него болезнь проявляется дневными жалобами, среди которых важное место занимают выраженная дневная сонливость, тревожность, отсутствие настроения, нарушение памяти, внимания и мыслительных процессов. Последние в совокупности с соматическими последствиями ОАС значительным образом ухудшают качество жизни и человек просто не может наслаждаться жизнью [2].

Выявление частого сочетания депрессии и нарушений дыхания во сне привело к новому взгляду сочетание этих двух патологий.

Цель исследования: определение соотношения депрессивного расстройства и синдрома обструктивного апноэ сна, выявления возможных механизмов зависимости этих

патологий и способов терапии, для достижения положительной динамики в течении обеих патологий.

Результаты и обсуждение: последние два десятилетия ознаменовались интенсивным изучением связи между ОАС и депрессией и механизмов, обуславливающих эту связь. Д-р М.М. Ohayon провел популяционное исследование с вовлечением 18 980 взрослых из 5 европейских стран с применением экспертной системы Sleep-EVAL, основывающейся на критериях Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV. Согласно результатам 18 % взрослых с депрессией имеют нарушение дыхания во сне и 17,6 % взрослых с нарушением дыхания во сне имеют депрессию. Мультивариантный анализ показал, что даже после контроля по индексу массы тела и гипертонии, риск наличия ОАС у больных с депрессией в 5,26 раз выше, чем в общей популяции. В результате можно заключить: выявление одной из этих двух патологий должно привести к исследованию на предмет наличия другой, т.к. в каждом пятом случае ОАС и депрессия сочетаются. Остается неизвестным развивается ли депрессия до или после начала ОАС, и в какой мере апноэ во сне вносит свой вклад в поддержание или ухудшение депрессивной симптоматики [3].

При случайной выборке 130 мужчин и 130 женщин одного возраста из канадской клинической базы данных по ОАС оказалось, что депрессия в прошлом была диагностирована у 21 % женщин и 7 % мужчин. Исследования ряда авторов, в частности McCalletal. (США), также свидетельствуют о высокой частоте депрессии у больных с ОАС женского пола по сравнению с апнеиками мужского пола [4].

Для достоверного подтверждения теории, данных одномоментных анализов было недостаточно и требовалось проведение проспективного исследования. Для этого Repardetal. (США) наблюдали 1408 лиц в течение 4 лет. Для выявления нарушений дыхания во сне проводилась полная ночная полисомнография, наличие депрессивной симптоматики оценивалось по Zung Depression Scale. Обследования проводились в начале и в динамике в течение 4 лет. По мере появления ОАС или ухудшения степени тяжести уже имеющегося ОАС в течение наблюдаемого периода риск развития депрессии повышался в 1.8 раза. У лиц с умеренной и тяжелой степенью ОАС риск развития депрессии увеличивался в 2.6 раза независимо от возраста, индекса массы тела, приема алкоголя и наличия сердечно-сосудистых заболеваний. Результаты показали значимую связь между ухудшением тяжести ОАС и развитием депрессии: ухудшение ОАС за время исследования сопровождалось развитием депрессии у лиц, у которых депрессия на момент начала исследования не наблюдалась [5].

Таким образом можно прийти к заключению о существовании причинной связи между ОАС и депрессией, а также необходимости клинической оценки больных с ОАС на предмет наличия депрессии. Но какие механизмы обуславливают связь между ОАС и депрессией?

Структурное повреждение мозга у больных с ОАС изучено путем определения нейро-биохимических маркеров сыворотки – белка S100B и нейрон-специфической энолазы. Концентрация S100B в сыворотке повышается после повреждения мозга различного характера. Исследование Masey et al. показало повышение уровня S100B, а так же уменьшение объема серого вещества в различных регионах мозга, включая

фронтальную и париетальную кору, височную долю, anteriorcingulate, гиппокамп и мозжечок у 21 больного с ОАС в сравнении с контрольной группой, состоящей из 21 здорового лица одинакового с больными возраста [6].

Структурные и функциональные повреждения мозга при ОАС наблюдаются в anteriorcingulate, фронтальной коре, гиппокампе, инсулярной коре, мозжечке и миндалевидном теле – в областях, изменение которых наблюдается и при депрессии. Это вызывает предположение, что часть повреждений мозга, обнаруживаемых при ОАС, может быть связано с депрессивной симптоматикой. В исследовании Cross et al. выяснилось, есть ли отношение между повреждением мозга при ОАС и депрессивной симптоматикой. Повреждение ткани мозга оценивалось с помощью магнитно-резонансной T2 релаксометрии у 40 больных с ОАС и 61 здорового лица. Согласно результатам у больных с ОАС и депрессивной симптоматикой наблюдалось более значительное повреждение мозга, чем у больных с ОАС без депрессивной симптоматики. Из этого можно сделать вывод, что имеется различие в повреждении мозга при ОАС в зависимости от наличия или отсутствия депрессивной симптоматики. Депрессивные симптомы могут усугублять уже имеющееся повреждение или вызвать дополнительное повреждение в областях аффективного, когнитивного, респираторного и автономного контроля. При этом структурные нарушения мозга, обнаруживаемые при депрессии, ответственны как за аффективные нарушения, так и за нарушение дыхания во сне [7].

Структуры мозга, повреждающиеся при депрессии, напрямую не связываются с контролем дыхания, однако они играют значительную роль в регуляции вентиляции и осцилляции респираторного драйва. В частности, известна роль гиппокампа и мозжечка в этом процессе. Повреждение мозжечка у больных с ОАС может способствовать поддержанию и прогрессированию апноэ, поскольку кора мозжечка и глубокое ядро играютучаствуют в регуляции дыхания. Клетки Пуркинье коры мозжечка крайне чувствительны к гипоксии. Их повреждение приводит к мышечной дискоординации, гипотонии мышц верхних дыхательных путей и диссинхронизации их работы с работой диафрагмы, что может способствовать развитию ОАС [8].

Таким образом, структурные нарушения мозга, обнаруживаемые при депрессии, могут внести вклад как в проявление аффективных нарушений, так и способствовать нарушению дыхания во сне. С другой стороны, процессы, связанные с ОАС, могут способствовать нервным нарушениям, ведущим к развитию депрессии. Структурное повреждение мозга характерно для обеих рассматриваемых патологий – как для депрессии, так и для ОАС.

Принимая во внимание эти данные, можно добиться большей терапевтической эффективности и положительной динамики у пациентов, страдающих депрессивной патологией и синдромом обструктивного апноэ.

Посредством протон магнитно-резонансной спектроскопии (1H-MRS) оценивался метаболизм мозга у больных с ОАС до и после CPAP терапии. 1H-MRS является чувствительной неинвазивной техникой оценки и мониторинга биохимических изменений в интересующих областях мозга. Результаты исследования у больных с ОАС без сопутствующей кардиоваскулярной и цереброваскулярной патологии показали изменение метаболизма коры мозга, соответствующее потере нейронов. Результаты исследования

показали, что степень повреждения нейронов у больных с ОАС находится в прямой зависимости от уровня минимальной сатурации в течение сна. Отсутствие других значимых корреляций свидетельствует о решающей роли перемежающейся гипоксии в нарушении метаболизма мозга у больных с ОАС. На конгрессе Sleep 2010: Associated Professional Sleep Societies 24th Annual Meeting были представлены результаты МРТ мозга больных с тяжелой степенью ОАС до и после CPAP терапии, согласно которым у больных с ОАС в сравнении с контрольной группой отмечается повреждение белого вещества и уменьшение объема серого вещества в области гиппокампа, задней париетальной коры и правого верхнего фронтального гируса. Через 3 месяца CPAP терапии исследователи наблюдали увеличение объема серого вещества в области гиппокампа и фронтальных структур. Изменение объема серого вещества коррелировало с результатами нейropsychологического тестирования [9].

Как известно, патофизиологическую основу ОАС составляет повышенная склонность верхних дыхательных путей к коллапсу во время сна. Ночное уменьшение уровня серотонина приводит к уменьшению активности мышц-дилататоров глотки во время сна, что вносит свой вклад в развитие апноэ во сне. Функциональное уменьшение серотонинергической нейротрансмиссии, характерное для депрессии, может быть одним из механизмов развития ОАС у больных с депрессией. Исходя из этого предполагается, что ингибиторы обратного захвата серотонина, широко применяемые при депрессии, могут быть эффективны и при ОАС. Флуоксетин, протриптилин и пароксетин уже опробованы у больных с ОАС с перспективным успехом, но для подтверждения эффективности необходимо выполнить более объемные исследования [10].

Закключение: имеющиеся научные данные свидетельствуют о частом сочетании ОАС и депрессии. Знание о взаимосвязи между этими двумя патологиями может значительно улучшить диагностическую точность и терапевтическую эффективность. Врачи будут иметь в виду связь между двумя патологиями при лечении больных с депрессией, поскольку если у человека обнаруживается ОАС, то ему можно радикальным образом помочь, полностью ликвидируя обструктивные апноэ и его последствия при помощи CPAP терапии. Как известно, даже в наши дни только у 1/3 пациентов с депрессией удается достичь состояния полной ремиссии в результате фармакотерапии, еще у 1/3 больных отмечается частичный эффект, а оставшаяся треть пациентов относится к нонреспондерам. Именно у этих больных ОАС должен быть исключен как важнейший содействующий фактор, поскольку лечение ОАС может улучшить не только податливость к фармакотерапии, но также лечебный ответ на антидепрессанты.

Литература

1. Психиатрия: национальное руководство / под ред. Ю. А. Александровского, Н. Г. Незнанова. - 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. — 976 с.
2. Синдром обструктивного апноэ сна у взрослых и детей / Р. В. Бузунов, И. В. Легейда, Е. В. Царева. – М., 2013 – С. 69-100.
3. Ohayon M. M. The effects of breathing-related sleep disorders on mood disturbances in the general population / J. Clin. Psychiatry. – 2003. – 64:1195-200.

4. McCall W. et al. Correlation of depressive symptoms in patients with obstructive sleep apnea / *J. Clin. Sleep. Med.* – 2006. – 2 (4): 424-426.
5. Peppard P. E. et al. Longitudinal association of sleep-related breathing disorder and depression / *Arch. Intern. Med.* – 2006. – 66: 1709-1715.
6. Macey P. M. et al. Brain morphology associated with obstructive sleep apnea / *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* – 2002.– Vol. 166. – P. 1382-1387.
7. Cross R. L. et al. Neural alteration and depressive symptoms in obstructive sleep apnea / *Sleep.* – 2008. – 31(8): 1103-1109.
8. Pae E.K. et al. Intermittent hypoxia damages cerebellar cortex and deep nuclei / *Neuroscience Letter.* – 2005. – 375. – 123-128.
9. Kling J. Treatment reverses brain changes in patients with obstructive sleep apnea / *Associated Professional Sleep Societies 24th Annual meeting: Abstract 0328, 0329 / Sleep.* – 2010.
10. Veasey S. C. Serotonin agonists and antagonists in obstructive sleep apnea: therapeutic potential / *Am. J. Respir. Med.* – 2003. – 2: 21-29.

А. А. Сарычев, студент; И. С. Добрынина, доцент
ФГБОУ ВО Воронежский ГМУ им. Н. Н. Бурденко Минздрава России, г. Воронеж, Россия
Кафедра поликлинической терапии
Научный руководитель: к.м.н., доцент И. С. Добрынина

ОСОБЕННОСТИ ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У ПАЦИЕНТОВ НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ВРАЧЕБНОМ УЧАСТКЕ

Сахарный диабет (СД) - одно из самых распространенных хронических неинфекционных заболеваний. На сегодняшний день, он стал важной медико-социальной проблемой, характеризующийся постоянным ростом заболеваемости. Это способствует увеличению числа людей с хроническими осложнениями и инвалидностью, что влечет за собой дополнительные расходы государства на диагностику и лечение больных СД [1, 5].

Согласно международным данным, на сегодняшний момент в мире зарегистрировано 415 млн человек с СД, но уже через 20 лет число больных с СД может достичь 642 млн чел. [2]. В Российской Федерации на 2016 зарегистрировано 4,348 млн больных СД, и эта цифра постоянно растет [1]. Осложнения у больных СД становятся основной причиной их смертности. По статистике люди с СД умирают в 2-4 раза чаще. Согласно данным ВОЗ, каждый час от осложнений СД умирает около 450 человек [3,4].

Для профилактики и лечения указанной патологии большое значение имеют показатели хронических осложнений СД.

Цель исследования: провести анализ распространенности хронических осложнений у пациентов с СД 2 типа и оценить объем больных СД прошедших «школу сахарного диабета».

Материал и методы: проведен ретроспективный анализ медицинских карт (учетная форма 025/у) ТОБУЗ «Мордовская ЦРБ». Учетный признак - СД 2 типа. Критерии исключения: обострение ХНИЗ, декомпенсация СД, наличие микро- и макрососудистых заболеваний до постановки диагноза СД 2 типа. Обработка полученных данных проводилась с помощью пакета программ Microsoft Excel 2017.

Результаты и обсуждение: в Мордовском районе на 01.07.2018 зарегистрировано 714 (4,3 % от общего числа населения района) больных СД 2 типа. Средний возраст пациентов $45 \pm 10,2$ года. Среди них 530 (72,2 %) женщин и 184 (27,8 %) мужчины. У 18,9 % больных выявлена диабетическая ретинопатия, что значительно превосходит средние значения по России 13,0 %. В данной патологии имеются различия по половому типу: 46 мужчин и 84 женщины. Диабетическая нефропатия выявлена у 8,4 % (60 человек) больных, эти значения на 2,1 % превосходят данных по России (6,3 %). Наиболее распространенным осложнением СД 2 типа в Мордовском районе является диабетическая полиневропатия, она встречается у 43,3 % (309 человек) больных. Данные показатели более чем в 2 раза превосходят средние значения по Российской Федерации (18,6 %).

Показатели макрососудистых осложнений по Мордовскому району: синдром диабетической стопы - 12,8% (92 человека), инфаркт миокарда на фоне сахарного диабета - 3,2%(23человека), цереброваскулярные нарушения на фоне сахарного диабета - 3,6%(26

человек); по Российской Федерации: синдром диабетической стопы – 2,0 %, инфаркт миокарда на фоне сахарного диабета – 3,3 %, цереброваскулярные нарушения на фоне сахарного диабета – 4,0 %.

Приведенные данные показывают, что осложнения СД 2 типа в Мордовском районе Тамбовской области встречаются чаще, чем по стране. Особенно ярко это демонстрируют показатели синдрома диабетической стопы, которые выше общероссийских в 6,4 раза. Все это свидетельствует о низкой комплаентности больных. Возможной причиной этого является низкий уровень больных, прошедших обучения в «школе сахарного диабета» (21,4 %). Научные данные достоверно свидетельствуют о снижении количества осложнений у лиц, которые прошли обучение в школе здоровья для пациентов с СД.

Выводы

1. Самыми частыми осложнениями СД 2 типа в Мордовском районе Тамбовской области являются диабетическая полиневропатия (43,3 %), диабетическая ретинопатия (18,9 %) и синдром диабетической стопы (12,8 %).
2. Процент больных с осложнениями СД 2 типа в Мордовском районе Тамбовской области выше, чем по Российской Федерации.
3. Лишь 21,4 % больных прошли обучения в школе здоровья для пациентов с СД.

Литература

1. Дедов И. И., Шестакова М. В., Викулова О. К. Эпидемиология сахарного диабета в Российской Федерации: клинико-статистический анализ по данным федерального регистра «Сахарного диабета» // Сахарный диабет. – 2017 – Т. 20, № 1. – С. 13-41.
2. Салко О. Б., Богдан Е. Л., Шепелькевич А. П. и др. Распространенность хронических осложнений сахарного диабета в республике Беларусь (по данным республиканского регистра «Сахарный диабет») // Лечебное дело: научно-практический терапевтический журнал. – 2016. – №5. – С. 31-34.
3. Шелудько Л. П., Суранова М. Д., Борожапова Ц. Г. Хронические осложнения сахарного диабета 2 типа (по данным регистра «сахарный диабет» в поликлинике) // В сборнике: VI съезд терапевтов Забайкальского края. – 2018. – С. 79-81.
4. Суранова М. Д., Борожапова Ц. Г. Распространенность хронических осложнений сахарного диабета 2 типа по данным регистра «Сахарный диабет» // Медицина завтрашнего дня: конф. – Чита, 2018. – С. 59-60.
5. Кузнецов А. И., Кашина Е. С., Лазарева Л. А. и др. Школа здоровья для пациентов с сахарным диабетом 2 типа // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. Социальные, гуманитарные, медико-биологические науки. – 2014. – Т. 16, № 5-4. – С. 1511-1513.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Варикозная болезнь нижних конечностей (ВБНК) является весьма распространенной, и если раньше пациентами флеболога в основном были люди старшего возраста, то сейчас ею довольно часто страдают лица 21-40 лет [1]. Ее признаки, по различным данным, наблюдаются у 67 % мужчин и 89 % женщин населения развитых стран [2]. Методика стандартной флебэктомии нередко ведет к длительно незаживающим послеоперационным ранам и требует продолжительного восстановительного периода. Это вынуждает использовать новые технологии в процессе излечения данной патологии.

Цель исследования: оценить ближайшие и отдаленные результаты лечения ВБНК с помощью эндовенозной лазерной коагуляции (ЭВЛК), сравнить результаты лечения ЭВЛК с результатами традиционной флебэктомии.

Задачи:

1. Определить показания для проведения ЭВЛК.
2. Оценить среднее время пребывания в стационаре, наличие послеоперационных осложнений.
3. Изучить наличие и характер послеоперационных изменений в отдаленном периоде.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 133 медицинских карт стационарного пациента (88 женщин и 45 мужчин) в возрасте от 22 до 69 лет с варикозной болезнью в стадии С2-С4 по СЕАР, лечившихся в УЗ «5-я ГКБ» г. Минска в 2017 году. Для проведения манипуляции использовался лазер «Медиола-компакт-1». Для анализа клинических результатов применялась шкала оценки тяжести хронических заболеваний вен VCSS (Venous Clinical Severity Score).

Результаты и обсуждение: средний возраст исследуемых составил 46,9 года, большинство из пациентов находились в трудоспособном возрасте. Это позволяет сделать вывод, что варикоз «помолодел» (рисунок 1).

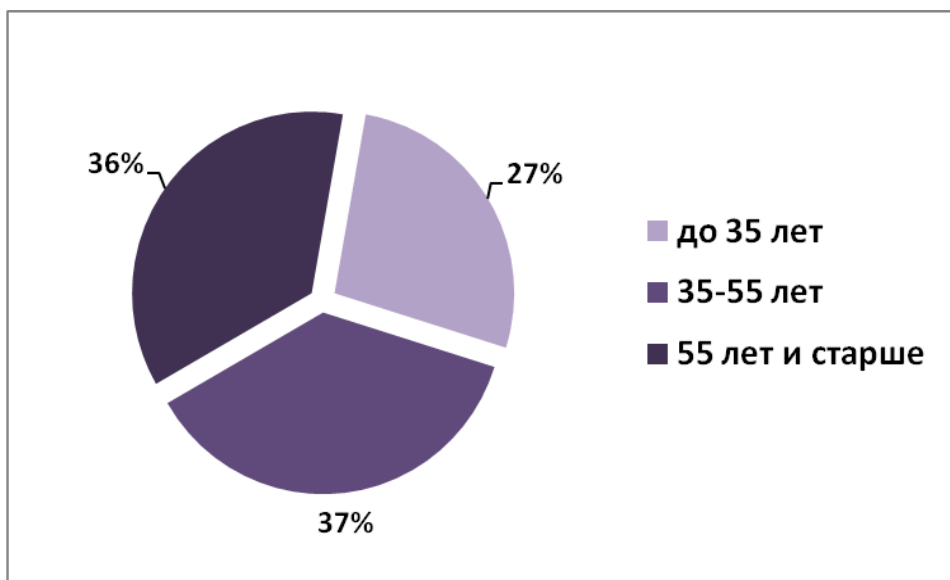


Рисунок 1 – Распределение пациентов по возрасту, %

Оценка ближайших результатов проводилась по времени пребывания в стационаре. В среднем один пациент находился в клинике 1,72 койко-дня (рисунок 2).

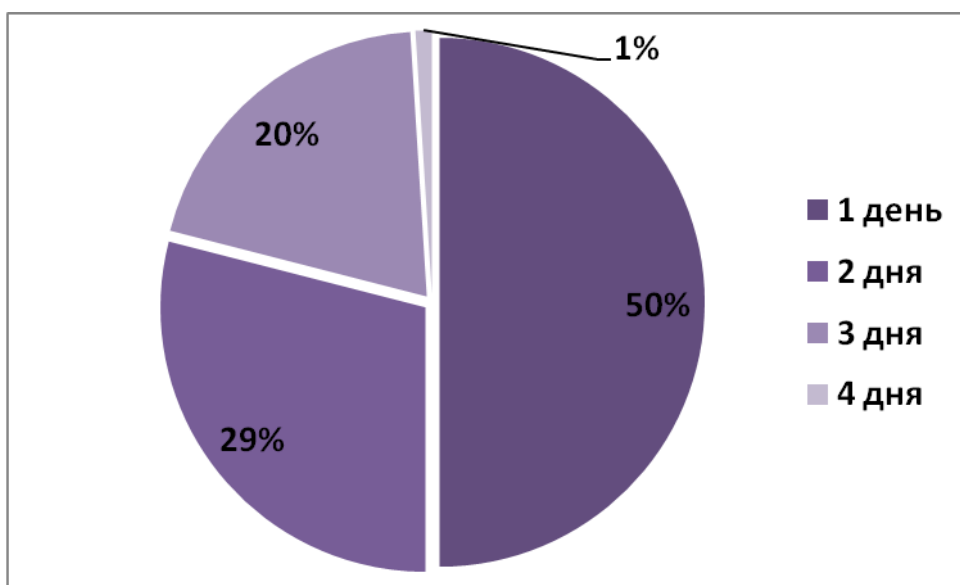


Рисунок 2 – Количество койко-дней, проведенных в стационаре, %

У 4 % пролеченных развился тромбофлебит, не требовавший стационарного лечения.

Проанализировать отдаленный послеоперационный период удалось 76 пациентов, а это 57 % из общей выборки. Боли различной интенсивности наблюдались у 26 %, только 1 % потребовалось применение анальгетиков. Отеки наблюдались у 11 %. Из них утренние, а также отеки во второй половине дня выше лодыжки отмечались лишь у 1 %. Заболевание рецидивировало у 13 % опрошенных, причем у 3 % наблюдалось выраженное варикозное расширение вен без рефлюкса, у 1 % - с рефлюксом (рисунок 3).

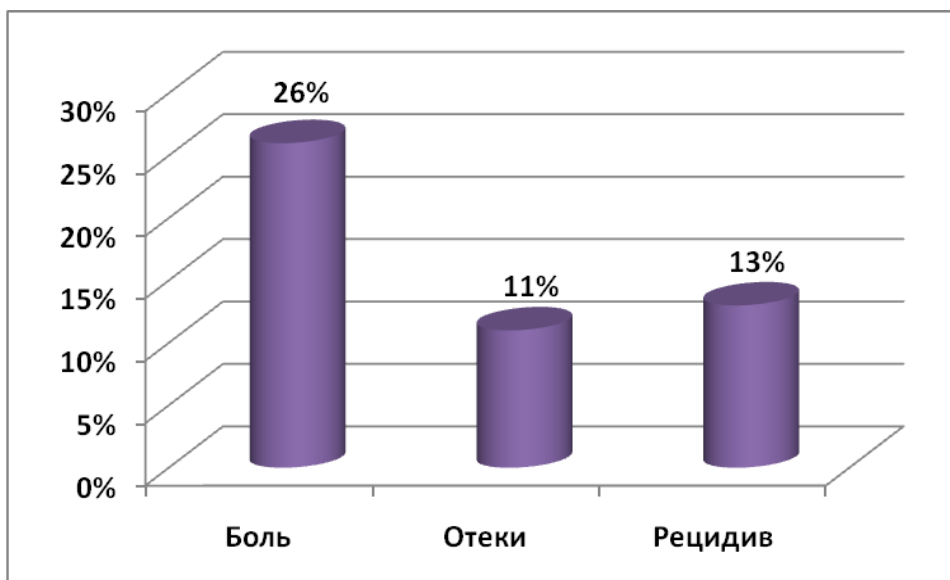


Рисунок 3 – Осложнения в отдаленном послеоперационном периоде, %

Кроме того, оценивалось использование пациентами компрессионного трикотажа. 78 % пациентов использовали трикотаж назначенное лечащим врачом время, 15 % носили дольше положенного срока, 5 % пользовались меньше предписанного времени, 2 % не использовали вовсе. В группе пациентов, не носивших компрессионный трикотаж, никаких послеоперационных осложнений выявлено не было. Однако малый объем выборки не позволяет делать какие-либо заключения (рисунок 4).



Рисунок 4 – Срок использования компрессионного трикотажа, %

Из общей выборки нами была выделена группа пациентов (5 человек), у которых лечение проводилось в 2 этапа (1 – непосредственно ЭВЛК, 2, через месяц, – минифлебэктомия по Вареди). Преимущество 2-х этапной методики заключается в том, что многие мелкие вены после облитерации основного ствола спадаются самостоятельно, что в последующем позволяет производить минифлебэктомию в меньшем объеме. В данной

группе не отмечалось никаких послеоперационных изменений, но малый объем выборки не позволяет сделать заключение о рациональности ее применения.

Выводы

1. Методика ЭВЛК может быть применена у основной массы пациентов с ВБНК в комбинации с минифлебэктомией с использованием местной анестезии и, в большинстве случаев, амбулаторно.
2. Ближайшие результаты сопровождались низким процентом послеоперационных осложнений, отсутствием летальности, малыми сроками стационарного лечения.
3. При комплексной оценке послеоперационных изменений было выяснено, что 74 % пациентов абсолютно удовлетворены результатами и у них не отмечалось никаких клинических проявлений.

Литература

1. Баранов Г. А., Дунаев П. Г. Некоторые аспекты этиопатогенеза и диагностики хронической венозной недостаточности. – Ярославль: Формат-принт, 2003. – 143 с.
2. Лесько В. А., Янушко В. А., Ефимович Л. Л. Типы варикозной болезни и дифференцированный выбор хирургического лечения // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2002. – Т.8, №2. – С. 102-106.

УДК 614.27:615.453.1(571.53)

В. А. Скуратова, студентка

Кафедра управления и экономики фармации,

Кафедра фармакогнозии и фармацевтической технологии

ФГБОУ ВО Иркутский ГМУ Минздрава России, г. Иркутск, Россия

Научные руководители: к.ф.н., доцент А. А. Скрипко, к.ф.н., доцент В. В. Гордеева

НОМЕНКЛАТУРНЫЙ АНАЛИЗ ГОТОВЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В ФОРМЕ ДРАЖЕ В АПТЕКАХ Г. ШЕЛЕХОВ (ИРКУТСКАЯ ОБЛАСТЬ)

Современный фармацевтический рынок сегодня представлен большим разнообразием готовых лекарственных средств как дженериков, так и оригинальных препаратов, не имеющих аналогов. В настоящее время в России зарегистрировано свыше 20 тыс. номенклатурных позиций лекарственных препаратов. В виде драже выпускают в основном трудно таблетлируемые лекарственные вещества. Данная лекарственная форма позволяет скрыть неприятный вкус лекарственных веществ, уменьшить их раздражающее действие и предохранить от воздействия внешних факторов, удобна в применении. В этой связи интерес представляет номенклатура, удельный вес и спрос на готовые лекарственные препараты в форме драже в аптеках г. Шелехов (Иркутская область).

Цель исследования: изучить номенклатуру, удельный вес и спрос на готовые лекарственные препараты в форме драже в аптеках г. Шелехов (Иркутская область).

Материалы и методы: объект исследования номенклатурный перечень готовых лекарственных препаратов в форме драже, реализуемых в аптеках г. Шелехов (Иркутская область). Контент-анализ и анализ востребованности данной группы препаратов на региональном фармацевтическом рынке.

Результаты и обсуждение: драже - твердая дозированная лекарственная форма для внутреннего применения, получаемая путем многократного насаивания (дражирования) лекарственных и вспомогательных веществ на сахарные гранулы (крупинки). Производство драже осуществляется в дражировочных котлах (обдукторах); в качестве вспомогательных веществ для создания оболочки применяют сахар, крахмал, пшеничную муку, магния карбонат, гидрогенизированные жиры, какао, шоколад, пищевые красители и лаки. Номенклатура драже включает свыше десяти наименований, чаще всего в такой форме выпускают витамины («Ундевит», «Гексавит», «Ревит», «Аминазин», «Пропазин», «Диазолин», «Гендевит», «Ренивит», «Ретинола ацетат», «Ферроплекс», «Эргокальциферол» и т.д.).

Административный центр Шелеховского района - г. Шелехов, Иркутской области, расположен в 12 км от областного центра – г. Иркутск. Политический, культурный и экономический центр Шелеховского района, один из ведущих промышленных центров Иркутской области с населением 47 608 чел. (по данным статистики 2017 г.). В городе существует шесть аптечных организаций: «Оптика премиум» - 2 филиала; Аптека «36 и б» – 4 филиала; Аптека «ЭКО-хим»; Аптека «Ригла»; Аптека «Селеста» - 2 филиала; Аптека «Фармэкспресс» - 5 филиалов. На основании анализа данных специализированного сайта сети «Интернет» <https://shelehov.vapteke.ru> при вводе в строку «Поиск» - драже,

представляются следующие виды готовых лекарственных препаратов в виде драже и находящиеся в аптеках г. Шелехов: 763 наименования в наличии, 153 под заказ. При этом отсутствуют: драже в гранулах в соломинках; драже муви; драже Сорбус; драже Формула Ра; драже фруктовое; драже Черника.

Согласно проведенному анализу объема продаж наиболее популярными драже в г. Шелехов являются:

- Драже, Доктор Конфеткин 100 г клубника с йодом и витамином С в шоколаде (цена 147.00 руб.) - полезное и вкусное лакомство для детей. Драже восполняет дефицит йода в организме, активизирует работу щитовидной железы и повышает мозговую активность, рекомендовано детям с трех лет, а также взрослым в качестве обогащенного пищевого продукта, дополнительного источника витамина С и йода.
- Сибирячок фито драже улучшающее аппетит детское, 80 г с яблоком (цена 150.00 руб.) - рекомендуется в качестве диетического профилактического продукта для детей от 3-х лет, способствующего улучшению аппетита, дополнительного источника витамина С. Улучшает моторику и всасывающую способность кишечника, стимулирует усвоение пищи, регулирует естественный обмен веществ, обладает общеукрепляющим действием.
- Сибирячок фито драже успокаивающее детское, 80 г с мятой (цена 150.00 руб.) - рекомендуется в качестве диетического профилактического продукта для детей от 3-х лет, оказывающего успокаивающее действие, дополнительного источника витамина С.
- Сибирячок фито драже противопростудное детское, 80 г с клюквой (цена 170.00 руб.) - для профилактики простуды и гриппа; для профилактики заболеваний верхних дыхательных путей; для снятия воспаления и поднятия общего тонуса организма; при недостаточном и несбалансированном рационе питания; для профилактики авитаминоза.
- Мерц специальное драже, др. №60 (цена 790.50 руб.) и Мерц специальное драже, др. №120 набор (цена 1 135.00 руб.) - рекомендуют принимать с целью профилактики гипо- и авитаминозов, а также недостатка железа в организме

Заключение: номенклатурный перечень лекарственных препаратов в форме драже представлен более 25 наименованиями с разным ценовым диапазоном. Драже в общей номенклатуре готовых лекарственных средств занимают 4 %, причем на долю зарубежных приходится 25 %, а отечественных – 75 %. Чаще лекарственные формы в виде драже выпускаются при производстве витаминов, БАД, лекарственных растительных средств и антигистаминных препаратов. Их розничная реализация варьирует от 2 до 10 % от общего объема лекарственных препаратов в аптечных организациях г. Шелехов (Иркутская область).

Литература

1. Валевко, С. А. Фармацевтическая технология: технология лекарственных форм / С. А. Валевко, И. И. Краснюк, Г. В. Михайлова. – М.: Academia, 2007. – 592 с.
2. Краснюк И. И. Фармацевтическая технология. Технология лекарственных форм: под ред.

- И. И. Краснюка, Г. В. Михайловой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 656 с.
3. Государственная фармакопея Российской Федерации 13 издание он-лайн, 2018 URL: <http://pharmacopoeia.ru/gosudarstvennaya-farmakopeya-xiii-online-gf-13-online/>
 4. Государственный реестр лекарственных средств, 2018, URL: <http://grls.rosminzdrav.ru/grls.aspx>
 5. Регистр лекарственных средств России, 2018. URL: <http://www.rlsnet.ru/>
 6. Поиск лекарств и наличие в аптеках г. Шелехов URL: <https://shelehov.vapteke.ru/>

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАСТАРЕЛЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ МЕНИСКОВ И ХОНДРОПАТИЕЙ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Наиболее распространенным заболеванием в структуре костно-мышечной системы является гонартроз. Частота встречаемости заболевания повышается возрастом и развивается после 35-50 лет в 30-40 %, и после 65 лет в 60-70 %, при этом соотношение заболеваемости мужчин и женщин – 1:3. По данным статистики, в Российской Федерации остеоартритом коленного сустава страдает до 12 % трудоспособного населения. Частота инвалидизации достигает 20 %, а снижение качества жизни, связанное с данной патологией, отмечают у 80 % пациентов. Согласно данным ВОЗ, гонартроз находится на 4-м месте среди основных причин нетрудоспособности у женщин, на 8-м у мужчин.

Остеоартритом является хроническое постоянно прогрессирующее заболевание суставов, при котором изначально повреждаются, а затем разрушаются хрящи и костные суставные поверхности на фоне нарушенного диффузного питания. В данный патологический процесс вовлекаются все структурные компоненты сустава: хрящ, субхондральная кость, синовиальная оболочка, суставная капсула, связки, периартикулярные мышцы [2].

В основе патогенеза остеоартрита коленного сустава лежит изменение биомеханики. Такие факторы, как избыточная масса тела, гиподинамия, последствия различных травм приводят к развитию данной патологии. В основе нарушений лежит неравномерное распределение внутрисуставного костного давления на суставные поверхности, что ускоряет процессы изнашивания сустава и разрушение гиалинового хряща. Возрастные изменения приводят к снижению синтетической функции хондроцитов, потере эластичности хряща, усилению дегградация протеогликанов, разволокнению коллагенового каркаса, данные процессы приводят к истончению, размягчению и разрушению хряща в местах максимальной нагрузки.

Риск развития остеоартрита коленного сустава увеличивается при травматических и дегенеративных повреждениях менисков, которые представляют собой полулунной формы хрящевые прокладки, выполняющие амортизирующую функцию в суставе. Мениски поглощают от 50 до 80% ударной нагрузки на коленный сустав, что защищает его от травм[4]. Разрывы этих структур самая частая из травм коленного сустава - до 75% от всех закрытых повреждений. Одним из основных способов лечения менископатий является артроскопическая резекция поврежденной части. Резекция мениска приводит к меньшему разрушению суставного хряща по сравнению с менискэктомией, но не исключает риск развития гонартроза, так как давление в области контакта бедренной и большеберцовой костей увеличивается. Травматическое повреждение хряща вызывает его структурную

неполноценность, которая выражается в разрушении структуры коллагена, что ведет к уменьшению устойчивости к механическим нагрузкам [3].

Лишний вес увеличивает нагрузку на коленные суставы. У тучных людей происходят изменения положения оси сустава. В норме ось нагрузки проходит через центр тибioфemorального отдела. Лишний вес способствует максимальному смещению нагрузки на медиальную часть сочленения. Изменение оси нарушает нормальное распределение внутрисуставного давления и приводит к повреждению хряща. Согласно статистике, чаще всего поражается медиальный мениск [1].

Среди причин развития гонартроза можно выделить наследственные дефекты генов коллагена II типа – основного структурного материала гиалинового хрящевого каркаса и тканей связочного аппарата, которые приводят к гипермобильности суставов. Повышенная амплитуда движений суставов увеличивает давление на хрящ, что со временем может привести к развитию остеоартрита.

Цель исследования: анализ ближайших результатов оперативного лечения больных с остеоартритом и повреждениями менисков коленного сустава, выявление предрасполагающих факторов на развитие заболевания.

Материалы и методы: на базе ГБУЗ РКБ им. Г. Г. Куватова проанализированы результаты лечения 35 пациентов с артритом коленного сустава и повреждениями менисков, из которых были 16 мужчин и 19 женщин, средний возраст составил 45 лет.

Всем пациентам была проведена артроскопическая операция коленного сустава, резекция поврежденной части мениска, шлифовка-шейвирование поврежденного гиалинового хряща латерального или медиального мыщелков, дебридмент полости сустава.

Пациенты разделены на 2 группы. Первую группу составили пациенты с повреждениями менисков – 16 человек. Вторая группа из 19 пациентов включала в себя больных с гонартрозом 2-3 стадии.

Всем больным проведена оценка болевого синдрома по 10-ти балльной визуально-аналоговой шкале боли (ВАШБ) до оперативного вмешательства и спустя 2 недели после операции, эффективность лечения оценивалась по динамике шкалы. У больных второй группы для оценки тяжести гонартроза рассчитывался альгофункциональный индекс Лекена.

Во всех сравниваемых группах оценены клинические симптомы заболевания до операции и через 2 недели после артроскопии: боль в покое, боль при движении, крепитация(хруст), припухлость, наличие кисты Бейкера.

Результаты и обсуждение: среди женщин 85 % имели избыточный вес, среди мужчин – 50 %. Высокий ИМТ увеличивает нагрузку на сустав, увеличивает скорость дегенерации хряща, что является одной из причин развития гонартроза.

В данном исследовании через 2 недели наблюдалась положительная динамика. Выраженность болевого синдрома при движении по шкале ВАШБ в 1 группе (повреждения менисков) снизилась в 3 раза по сравнению с исходными значениями 5-6: умеренную боль отмечали 3 пациента (20 %), слабую – 8 пациентов (53 %), отсутствие боли – 4 пациента (27 %). Пациенты отмечали улучшение состояния, отсутствие болей при ходьбе, при спуске и подъеме по лестнице, снижение отека.

Во 2 группе (остеоартрит 2-3 стадий) выраженность боли уменьшилась в 2 раза с исходными значениями 7-9: сильная боль в послеоперационном периоде отмечалась у 2

пациентов (7 %), умеренная – у 6 (31 %), слабая – у 12 (62 %). Пациенты ощущали болезненность при разгибании колена, ходьбе по лестнице, сохранение боли в покое. Данные клинической характеристики представлены в таблице 1.

Таблица 1

Клиническая характеристика				
Параметры	1 группа – повреждения менисков (количество пациентов)		2 группа - остеоартроз 2-3стадии (количество пациентов)	
Общее количество пациентов	16		19	
	До операции	После операции (через 2 недели)	До операции	После операции (через 2 недели)
Боль в покое	10	5	17	13
Боль при движении	14	9	19	18
Крепитация	15	5	13	9
Припухлость	9	7	17	11
Киста Бейкера	7	5	15	12

Степень тяжести гонартроза у пациентов 2 группы определялась по альгофункциональному индексу Лекена, который в 98 % составил более 12 баллов (резко выраженная степень гонартроза). Течение заболевания сопровождалось выраженным болевым синдромом, ограничением подвижности, значительным отеком и хрустом в суставе.

Среди предрасполагающих факторов развития остеоартроза в 19 случаях (90 %) были застарелые повреждения менисков, а также перенесенный ревматизм, и иные травмы коленного сустава.

В 1 группе чаще наблюдалось повреждение медиального мениска – 14 случаев (87 %) из 16, что объясняется его меньшей подвижностью за счет сращения с суставной капсулой и большеберцовой коллатеральной связкой, а также смещением максимальной нагрузки на внутренний мениск при различных патологических состояниях. Частая локализация повреждения – область заднего рога, 4 случаях (25 %) из 16 повреждение по типу «ручки лейки». Латеральный мениск был поврежден в 2 случаях (13 %).

Киста Бейкера, развивающаяся вследствие растяжения синовиальной сумки синовиальной жидкостью, выявлялась при МРТ-исследовании. В 1 группе пациентов киста Бейкера в 7 случаях (43 %) из 16, после операции киста сохранилась в 5 случаях (31 %). Во 2 группе наличие кисты отмечалось в 15 случаях (78 %) из 19, после операции киста сохранилась у 12 пациентов (63 %).

В 3 случаях (18 %) повреждения менисков сопровождалось с повреждением передней крестообразной связки.

В 1 случае (3 %) течение заболевания отягощалось наличием свободных хрящевых фрагментов, которые удалены артроскопически.

Заключение: артроскопическая операция является клинически эффективным методом оперативного лечения.

Литература

1. Бадокин В. В. Остеоартроз коленного сустава: клиника, диагностика, лечение / Современная ревматология. – 2013. – № 3. – С. 70-75.
2. Жилияков А. В. Остеоартроз. Основные причины и способы лечения. – Екатеринбург, 2010. – 89 с.
3. Ревматология: нац. руководство / под ред. Е. Л. Насонова, В. А. Насоновой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 720 с.
4. Netter's concise atlas of orthopaedic anatomy / Jon C. Thompson. 1st ed., 2002. – P. 296 – 307.

С. И. Филиппченкова², профессор; Л. А. Мурашова¹, доцент;

Д. Д. Григорьева¹, старший преподаватель; К. А. Котова¹, студентка

¹ - Кафедра философии и психологии с курсами биоэтики и истории Отечества

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

² - Кафедра психологии и философии

ФГБОУ ВО Тверской ГТУ, г. Тверь, Россия

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ 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 акцентуированных черт, а именно: явную и скрытую. Явная акцентуация относится к крайним вариантам нормы. Она отличается наличием довольно постоянных черт определенного типа характера. Скрытая акцентуация. Эта степень видимо 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: в результате проведенного исследования были получены данные о степени выраженности акцентуаций характера у студентов:

- демонстративный тип акцентуации – 0 % (средний балл 11,7);
- застревающий тип акцентуации – 7 % (средний балл 13,6);
- педантичный тип акцентуации – 0 % (средний балл 9,4);
- возбудимый тип акцентуации – 7 % (средний балл 13,8);
- гипертимный тип акцентуации – 27 % (средний балл 14,4);
- дистимный тип акцентуации – 7 % (средний балл 9,8);
- тревожный тип акцентуации – 4 % (средний балл 10,4);
- экзальтированный тип акцентуации – 35 % (средний балл 17,3);
- эмотивный тип акцентуации – 15 % (средний балл 14,2);
- циклотимный тип акцентуации – 27 % (средний балл 15,3).

Таким образом, качественный анализ и анализ средних значений показал, что к наиболее выраженным акцентуациям среди студентов-медиков относятся гипертимный, экзальтированный и циклотимный типы.

Заключение: исследуемые студенты-медики обладают ярко выраженными экзальтированным, циклоидным, гипертимным и эмотивным типами акцентуаций.

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 жадой 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].

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 616.12-089:616.61:616-01/-099:612.19

О. И. Фомина, аспирант; В. Ю. Арсенина, студент
Кафедра нормальной и патологической физиологии
ФГБОУ ВО Тихоокеанский ГМУ Минздрава России, г. Владивосток, Россия
Научный руководитель: д.м.н., профессор Е. В. Маркелова

ОЦЕНКА УРОВНЯ MMP-2, MMP-8, MMP-9, TIMP 1, TIMP 2 В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ В КАЧЕСТВЕ РАННЕГО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО МАРКЕРА ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК

Сердечно-сосудистые заболевания по-прежнему остаются лидирующими и занимают первое место в структуре смертности и инвалидизации населения. Ежедневно во всем мире проводится более 2000 кардиоопераций. Операции на открытом сердце и искусственное кровообращение являются величайшим достижением хирургии 21 века. Аортокоронарное шунтирование (АКШ) относится к наиболее распространенным хирургическим вмешательствам на сердце, но не смотря на развитие хирургической техники, методов анестезиологического пособия, защиты органов в условиях искусственного кровообращения не решенной остается проблема ранних послеоперационных осложнений, зачастую одним из таких осложнений является острое повреждение почек (ОПП), распространенность которого по данным разных авторов достигает 30 % [1]. Привлекают внимание данные о корреляции изменения уровня факторов, регулирующих состояние межклеточного матрикса, с дисфункцией почек и их прогностическая значимость у пациентов с острым повреждением почек, перенесших аортокоронарное шунтирование [2].

Оценка возможных изменений в системе матриксных металлопротеиназ (MMPs) и их ингибиторов позволит использовать их в качестве ранних маркеров почечных осложнений и скорректировать интенсивную терапию [3].

Цель исследования: оценить уровень MMP-2, MMP-8, MMP-9, TIMP 1, TIMP 2 в сыворотке крови у пациентов с ишемической болезнью сердца после аортокоронарного шунтирования в качестве раннего диагностического маркера ОПП.

Материалы и методы: уровень MMP-2, MMP-8, MMP-9, TIMP 1, TIMP 2 определяли в сыворотке крови методом ИФА (R&D Systems, USA) у 70 пациентов обоего пола с ишемической болезнью сердца (ИБС) до и после АКШ.

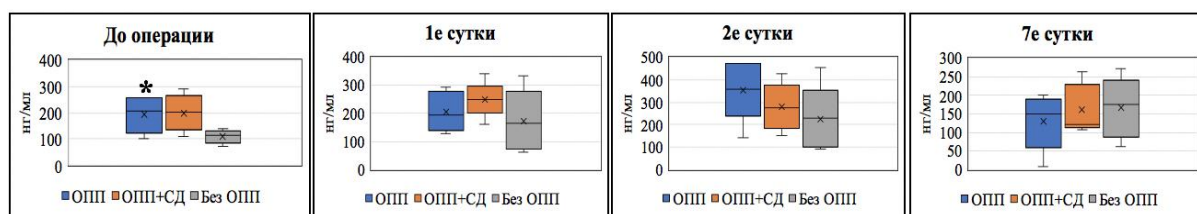
Критерии включения: пациенты с ишемической болезнью сердца в возрасте от 45 до 74 лет обоего пола до и после операции аортокоронарное шунтирование с осложнениями раннего послеоперационного периода, связанными с острым повреждением почек (30 человек); пациенты с ишемической болезнью сердца в возрасте от 45 до 74 лет обоего пола с фоновым заболеванием сахарный диабет (СД) 2 типа до и после операции аортокоронарное шунтирование с осложнениями раннего послеоперационного периода, связанными с острым повреждением почек (20 человек); пациенты с ишемической болезнью сердца в возрасте от 45 до 74 лет обоего пола до и после операции аортокоронарное шунтирование без острого повреждения почек в послеоперационном периоде (20 человек).

Критерии исключения: пациенты обоего пола с сопутствующей онкологической патологией; пациенты с психическими заболеваниями (маниакально-депрессивный психоз,

шизофрения); пациенты с сопутствующими аутоиммунными заболеваниями; пациенты, не способные понять цели и задачи исследования; отказ пациента от участия в исследовании; беременные и кормящие женщины; пациенты молодого возраста до 45 лет; пациенты обоего пола старческого возраста старше 74 лет; пациенты с острыми инфекционными заболеваниями; пациенты с обострением хронических соматических и инфекционных заболеваний.

Ретроспективно пациенты распределены в зависимости от клинического состояния после АКШ на 3 группы: с ОПП (I гр.), с ОПП и фоновым заболеванием: СД 2 типа (II гр.), без осложнений в виде ОПП (III гр.). Производился четырехкратный забор материала: перед операцией, на 1-е, 2-е, 7-е сутки после операции. Статистическая обработка полученных данных проведена непараметрическими методами с использованием программы «SPSS v.16». Результаты представляли в виде медианы, двух квартилей (Me, Q25, Q75). Результаты выражали в нг/мл. Сравнение средних значений в выборках осуществляли с помощью непараметрического критерия Уилкоксона-Манна-Уитни. Различия считали достоверными при $p < 0,05$. Для сравнительного анализа использован критерий хи-квадрат (χ^2), а также построена ROC-кривая.

Результаты и обсуждение: в группе с ОПП отмечено постепенное увеличение уровня ММР-2 в сыворотке крови, на 2-е сутки она достигает максимального значения, далее происходит постепенное снижение до исходного уровня, в то время как у пациентов без повреждения почек ММР2 достигает максимального значения на 7-е сутки (рисунок 1). Для оценки диагностической эффективности показателей как дополнительных критериев развития ОПП использован ROC-анализ, где наглядно видно эффективность метода (до операции area under curve (AUC)=1,95 % CI for AUC=1-1) (рисунок 2).



Примечание: * – статистическая значимость различий с группой контроля ($p < 0,05$)

Рисунок 1 – Уровень ММР-2 в сыворотке крови у пациентов с ИБС после АКШ

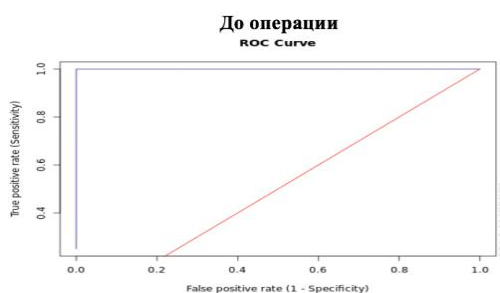
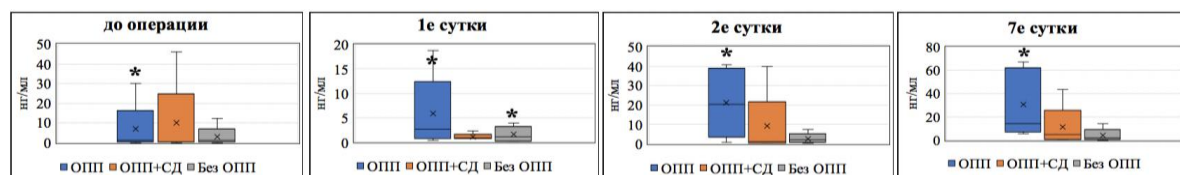


Рисунок 2 – Оценка содержания ММР-2 в сыворотке крови в группе у пациентов с ОПП в сравнении с группой без осложнений (ROC – кривая)

Отмечены высокие значения ММР-8 в сыворотке крови у пациентов с ОПП до операции, а также в последующие дни после, в то время как в остальных группах уровень ММР8 снижается или остается на том же уровне (рисунок 3), $\chi^2=3,86$; d.f=1, $p<0,005$.

Использован ROC-анализ, где наглядно видна эффективность метода (до операции AUC=0.8, 95% CI for AUC=0.473-1; 1-е сутки после операции AUC=0.85, 95% CI for AUC=0.579-1; 2-е сутки после операции AUC=0.95, 95% CI for AUC=0.811-1) (рисунок 4).



Примечание: * – статистическая значимость различий с группой контроля ($p<0,05$)

Рисунок 3 – Уровень ММР-8 в сыворотке крови у пациентов с ИБС после АКШ

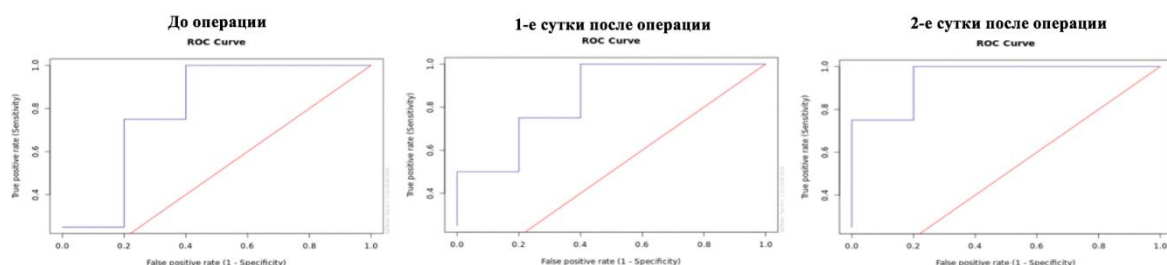
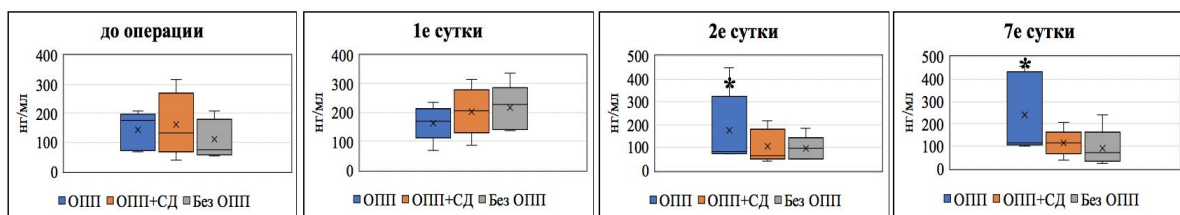


Рисунок 4 – Оценка содержания ММР-8 в сыворотке крови в группе у пациентов с ОПП в сравнении с группой без осложнений (ROC – кривая)

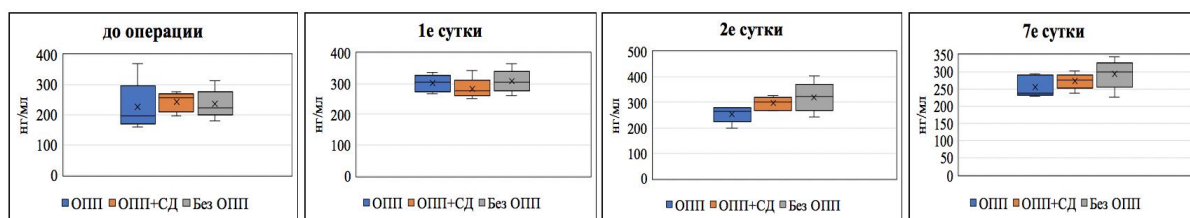
Анализ данных показал, что уровень ММР-9 в группе с ОПП возрастает на 2е сутки, а на 7е сутки увеличивается более чем в 2 раза по сравнению с дооперационным периодом. В группе с ОПП и СД отмечается снижение уровня ММР-9 на 2е и 7е сутки в 2 раза по сравнению с дооперационным периодом. В группе без ОПП уровень ММР-9 оставался практически неизменным (рисунок 5).



Примечание: * – статистическая значимость различий с группой контроля ($p<0,05$)

Рисунок 5 – Уровень ММР-9 в сыворотке крови у пациентов с ИБС после АКШ

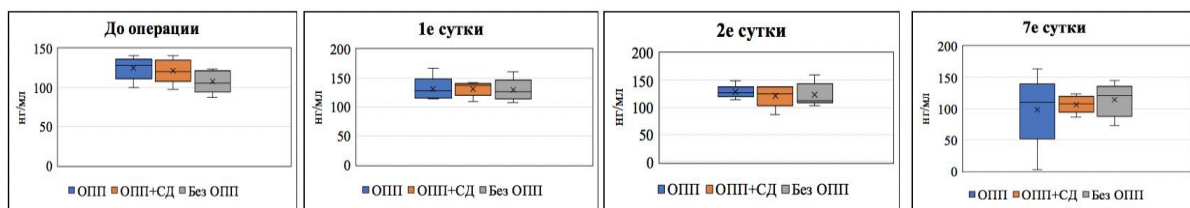
Содержание TIMP 1 до операции практически не отличалось в трех группах. Однако, его значения в группе с неосложненным течением в виде ОПП на 1, 2, и 7 сутки после операции превышали в 1,5 раза значения в сравниваемых группах (рисунок 6).



Примечание: * – статистически значимых различий между группами не обнаружено

Рисунок 6 – Уровень TIMP 1 в сыворотке крови у пациентов с ИБС после АКШ

Уровень TIMP 2 как в до, так и в послеоперационный период в трех сравниваемых группах существенно не различался (рисунок 7).



Примечание: * – статистически значимых различий между группами не обнаружено

Рисунок 7 – Уровень TIMP 2 в сыворотке крови у пациентов с ИБС после АКШ

Заключение: при развитии ранних осложнений в виде ОПП наблюдается увеличение концентрации MMP-8, ответственной за ремоделирование внеклеточного матрикса, необходимой для поддержания структурной и функциональной целостности клубочков и интерстиция; отмечается снижение активности MMP-8 в группе с ранними осложнениями и СД, что сопряжено с подавлением катаболизма компонентов внеклеточного матрикса в условиях гипергликемии; повышенное сывороточное содержание MMP-8 можно расценивать как дополнительный иммунологический предиктор развития ОПП до оперативного вмешательства, так и как дополнительный биомаркер в послеоперационном периоде у пациентов после АКШ на 1-2 сутки. Концентрация MMP-2 и MMP-9 на системном уровне у пациентов I и II группы была значительно выше нормы, что подтверждает участие MMPs в механизмах ОПП посредством активации протеолиза и гибелью гломерулярных и тубулярных клеток, а также увеличению сосудистой и канальцевой проницаемости[4]; повышенное сывороточное содержание MMP-2 можно использовать как дополнительный иммунологический фактор риска развития ОПП в послеоперационном периоде[5]; компенсаторное увеличение уровня TIMP 1 и TIMP 2 после оперативного вмешательства в трех группах было недостаточным, что привело к нарушению баланса протеолитической активности, благодаря чему значительно возрастает активность MMPs.

Литература

1. Колесников С. В., Борисов А. С. Острое почечное повреждение: новые аспекты известной проблемы // Патология кровообращения и кардиохирургия. – 2013. – № 4. – С. 69-73.
2. Табакьян Е. А., Партигулов С. А. Биомаркеры ишемии и острого повреждения почек после операций на сердце с искусственным кровообращением // Анестезиология, реаниматология, перфузиология. – 2013. – № 4. – С. 30-33.
3. Маркелова Е. В., Здор В. В. и др. Матриксные металлопротеиназы их взаимосвязь с системой цитокинов, диагностический и прогностический потенциал // Иммунопатология, аллергология, инфектология. – 2016. – № 2. – С. 11-22.
4. Суханова Г. А., Терентьева А. А. Роль матриксных металлопротеиназ и их тканевых ингибиторов в развитии осложнений при заболеваниях почек у детей // Бюллетень сибирской медицины. – 2015. – Т. 14, № 3. – С. 35-39.
5. Югай Ю. В., Голицына А. А. Анализ показателей матриксных металлопротеиназ и их ингибиторов до и после дентальной имплантации // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2014. – № 3. – С. 65-67.

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ КОСТНЫХ КИСТ

Костная киста (КК) – это псевдокиста, остеолитическое образование, возникающее преимущественно в детском возрасте (5-15 лет). КК занимают третье место среди всех первичных костных образований [1]. Клинические проявления КК зависят от локализации, стадии патологического процесса, формы и величины кисты, степени разрушения кости. Резорбтивный процесс, происходящий внутри кисты, приводит к уменьшению массы костной ткани, следствием чего является уменьшению механической прочности кости, что, в свою очередь, ведет к возникновению патологического перелома [2]. Чаще всего возникновение патологического перелома является поводом обращения за медицинской помощью [1, 3-5].

На сегодняшний день основным методом диагностики КК является рентгенологический метод исследования. На рентгенограммах КК представляет собой центрально расположенное литическое образование с четкой границей. КК может расширяться от центра к периферии, концентрически, но никогда не пенетрирует кортикальный слой. Выступающие внутрь костные септы могут придавать ей вид многокамерной. Периостальной реакции не наблюдается [4, 6, 1]. Патогномоничными рентгенологическими признаками патологического перелома, возникшего на фоне костной кисты, является «fallen fragments», заключающийся в проекционном выявлении мелких костных фрагментов внутри самого костного очага. И признак «восходящего пузыря», представляющий собой наличие пузырька газа на независимом расстоянии от литического костного края после патологического перелома.

К дополнительным методам относится контрастная кистография, которая позволяет определить истинные границы патологического процесса, дифференцировать его от очага фиброзной дисплазии, в ряде случаев подтвердить целостность кортикальной пластинки [2]; ультрасонография позволяет выявить изменение формы поверхности кости, деформацию надкостницы, конфигурацию и размеры полостного образования, структуру содержимого по плотности; компьютерная томография позволяет четко локализовать границы КК, определить количество микрополостей, провести дифференциальную диагностику, с помощью компьютерной томографии возможно косвенно, по плотности жидкостного содержимого, определить активность каждой из микрополостей; магнитно-резонансная томография дополняет компьютерную томографию, позволяет более точно оценить структуру кисты, ее взаимоотношение с окружающими тканями, определить наличие соединительнотканых и костных перегородок [2, 3, 7]; полифазная остеосцинтиграфия показана не только в случае дифференциальной диагностики, но и для определения активности течения патологического процесса, для оценки прогностических критериев при рецидиве КК после хирургического лечения [8].

Рядом ученых при проведении биохимического исследования крови и содержимого КК было установлено, что по качественному составу содержимое КК не отличалось от химического состава сыворотки крови. Однако по ряду показателей были обнаружены количественные различия, зависящие от стадии развития кисты. Представленные данные согласуются с концепцией патогенеза кистозных повреждений костей, согласно которой в основе развития КК лежат гемодинамические нарушения микроциркуляторного русла костной ткани, связанные с нарушением венозного оттока [9].

Цель исследования: обследовать детей с КК для выявления наиболее информативного метода диагностики, специфических показателей, характерных для данной патологии.

Материалы и методы: обследовано 20 пациентов с диагнозом «костная киста», находившихся на стационарном лечении в ортопедо-травматологическом отделении для детей в учреждения здравоохранения «Гродненская областная детская клиническая больница» с 2014 по 2017 год. Методы исследования: сбор анамнеза, клиническое обследование, лабораторные (общий и биохимический анализ крови, общий анализ мочи, коагулограмма, группа крови и резус-фактор) и инструментальные (рентгенограммы пораженного участка в 2-х проекциях, компьютерная томография) и цитологическое исследование содержимого КК с целью верификации диагноза.

Результаты и обсуждение: среди 20 пациентов 11 (55 %) – мужского, 9 (45 %) – женского пола. Средний возраст составил 12 лет (3-17). КК локализовалась в плечевой кости в 9 случаях (45 %), в лучевой – 1 (5 %), в бедренной – 1 (5 %), в малоберцовой – 4 (20 %), в большеберцовой – 1 (5 %), в пяточной – 4 (20 %). В равном соотношении кисты располагались как справа (50 %), так и слева (50 %). На момент поступления 9 (45 %) пациентов предъявляли жалобы на болевой синдром, 11 (55 %) пациентов жалоб не предъявляло. В 4 случаях (20 %) КК выявлена как находка, в 5 случаях (25 %) поводом для обращения был выраженный болевой синдром, в 11 случаях (55 %) у пациентов произошел патологический перелом. При осмотре у 50 % пациентов локальных изменений не выявлено, боль при пальпации, при движении – 45 %, увеличение в объеме пораженного участка – 30 %, ограничение движения в смежном суставе – 10 %. Показатели в общем анализе крови у 17 (85 %) пациентов находились в пределах возрастной нормы, уровень тромбоцитов находился на нижней границе нормы – 3 (15 %). В биохимическом анализе крови повышен уровень калия у 20 %, снижен уровень кальция, снижен уровень общего белка, повышен уровень щелочной фосфатазы – 10 %, у 50 % - биохимические показатели в пределах возрастной нормы. Наиболее часто у пациентов с КК встречалась I группа (Rh+) – 47 %. Показатели коагулограммы у 63 % в пределах возрастной нормы.

Заключение: наиболее часто КК протекают бессимптомно, а начало заболевания связывают с патологическим переломом. Специфических лабораторных показателей для данного заболевания нами не было выявлено. Скрининговым методом является выполнение рентгенограмм. В качестве дополнительного метода мы рекомендуем использовать метод компьютерной томографии, который позволяет четко локализовать границы КК, определить количество микрополостей, провести дифференциальную диагностику, по плотности жидкостного содержимого определить активность КК.

Литература

1. Weinstein Stuart L. Lovell and Winter`s pediatric orthopedics / Stuart L. Weinstein, John M. Flynn.; ed.: Stuart L. Weinstein, John M. Flynn. – 7th edition / Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, a Wolters Kluwer business, 2014. – 1960 p.
2. Сподарь, Д. В. Малоинвазивные технологии в хирургическом лечении дистрофических костных кист у детей с использованием высокоинтенсивного расфокусированного лазерного излучения : дис. ... канд. мед.наук : 14.00.35 / Д. В. Сподарь. – Челябинск, 2004. – 166 с.
3. Вердиев, Ф. В. Кисты костей у детей и подростков (обзор литературы) / Ф. В. Вердиев // Ортопедия, травматология и протезирование. – 2014. – №2. – С. 135–140.
4. Canale, S. T. Campbell`s operative orthopedics / S. T. Canale, J. H. Beaty; ed. K. Daugherty. – 12th edition / Philadelphia: Elsevier Mosby, 2013. – 4637 p.
5. Herring, J. A. Tachdjian`s Pediatric Orthopaedics: From the Texas Scottish Rite Hospital for Children / J.A. Herring; ed. J.A. Herring. – 5th. Edition / Philadelphia: ELSEVIER SAUNDERS, 2014. – 2479 p.
6. Clinical factors affecting pathological fracture and healing of unicameral bone cysts / H. Urakawa [et al.] // BMC Musculoskeletal Disorders. – 2014. - №15. – P. 159.
7. Pediatric Orthopedics in Practice / F. Hefti [et al.] / Berlin: Springer, 2007. – 781 p.
8. Поздеев, А. П. Солитарные костные кисты у детей / А. П. Поздеев, Е. А. Белоусов // Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. – 2017. - № 2. – С. 65–74.
9. Особенности химического состава содержимого костных кист в зависимости от стадии их развития / М. В. Стогов [и др.] // Клиническая лабораторная диагностика. – 2012. - №11. – С. 21–22.

МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ КОСТНЫХ КИСТ С ПРИМЕНЕНИЕМ ВЫСОКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ

Костная киста (КК) – это псевдокиста, остеолитическое образование, возникающее преимущественно в детском возрасте (5-15 лет). КК занимают 3 место среди всех первичных костных образований. Любая кость конечности может быть вовлечена в патологический процесс, но наиболее часто КК возникают в проксимальном отделе плечевой (более 50 %) и бедренной кости (25 %). КК встречаются чаще у лиц мужского пола (2:1). КК наиболее активны на протяжении роста скелета и часто протекают бессимптомно и могут быть выявлены случайно при выполнении рентгенограмм по какой-либо другой причине. Большинство авторов начало заболевания связывают с наличием патологического перелома. На сегодняшний день скрининговым методом диагностики КК является рентгенологический метод исследования. На рентгенограммах КК представляет собой центрально расположенное литическое образование с четкой границей. КК может расширяться от центра к периферии, концентрически, но никогда не пенетрирует кортикальный слой. Выступающие внутрь костные септы могут придавать ей вид многокамерной. Периостальной реакции не наблюдается. Когда кортикальный слой становится совсем тонким, как листок бумаги, возникает патологический перелом. Показаниями для лечения КК являются размер кисты (более 2/3 поперечника кости), локализация в нагружаемой области, высокий риск патологического перелома, выраженный продолжающийся болевой синдром и возраст «молодой взрослый» [1-4]. Существует ряд методик лечения КК, однако, у каждой из них имеется ряд недостатков и определенный процент неудовлетворительных результатов.

Внутренняя выстилка КК является полупроницаемой мембраной и основным источником поступления жидкости. Таким образом, применение высокоинтенсивного лазерного излучения для коагуляции последней является эффективным методом лечения КК. Дополнительным преимуществом использования диодного лазера для лечения данной патологии является стимулирующее воздействие на репаративно-регенераторную функцию костной ткани [5].

Цель исследования: провести оценку эффективности нового хирургического метода лечения КК, основанного на применении высокоинтенсивного лазерного излучения.

Материалы и методы: проанализированы результаты лечения 10 пациентов с диагнозом «КК», прооперированных с использованием высокоинтенсивного лазерного излучения в ортопедо–травматологическом отделении для детей учреждения здравоохранения «Гродненская областная детская клиническая больница» в период с 2016 по 2017 годы. Методы исследования: сбор анамнеза, клиническое обследование, лабораторные (общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, цитологическое исследование содержимого костной кисты для верификации диагноза) и инструментальные

(рентгенография пораженного сегмента в 2-х проекциях, компьютерная томография) методы исследования, статистическая обработка полученных данных.

Результаты и обсуждение: обследовано и прооперировано 10 пациентов, 5 (50 %) мужского, 5 (50 %) женского пола. Средний возраст составил 12 лет (3–17 лет). В 40 % случаев КК локализовалась в проксимальном отделе плечевой кости, 30 % в пяточной кости, 20 % в малоберцовой кости (10 % проксимальный отдел, 10 % дистальный отдел), 10 % в проксимальном отделе лучевой кости. При поступлении только 30 % пациентов предъявляли жалобы на выраженный болевой синдром в области образования. У всех пациентов с КК, локализующейся в области плечевой кости, в анамнезе имеется патологический перелом. У всех пациентов лабораторные показатели в общем и биохимическом анализах крови, в общем анализе мочи были в пределах возрастной нормы.

Всем пациентам была проведена лазерная коагуляция внутренней выстилки КК. Через пункционную иглу, введенную в полость КК под рентгенологическим контролем, производилось опорожнение ее содержимого. Затем вводилась дополнительная пункционная игла, полость кисты промывали 5 % раствором аминокaproновой кислоты с последующей полной эвакуацией последней. Далее выполнялась обработка полости, коагуляция внутренней выстилки, высокоинтенсивным лазерным облучением (диодным лазером с длиной волны 970 нм, мощностью 20 Вт, режим работы непрерывный, время воздействия 3,5 секунды) в несколько этапов, подвод облучения осуществляли поочередно через установленные иглы [6]. Кончик световода располагали на стандартном расстоянии 10 мм перпендикулярно к поверхности. Использовался аппарат лазерный медицинский «МЕДИОЛА-КОМПАКТ» исполнение 1, укомплектованный двумя лазерными излучателями, один из которых диодный, генерирует излучение с длиной волны 0,97 мкм, которое проникает в мягкие ткани на глубину 2-3 мм, что соответствует высоте клеточной выстилки.

Все пациенты на следующий день после оперативного вмешательства были выписаны из стационара, ввиду отсутствия болевого синдрома, дискомфорта в области вмешательства. Имобилизация не использовалась.

Всем пациентам выполнялись контрольные рентгенограммы на 3, 6 и 12 месяц после оперативного лечения. Восстановление костной структуры после однократного воздействия высокоинтенсивным лазерным излучением отмечается у 50 % пациентов, после двухкратного – у 30 %. Неудовлетворительный результат (прогрессирующий рост) был отмечен у 20 %.

Заключение: хирургический метод лечения костных кист с применением высокоинтенсивного лазерного излучения имеет ряд преимуществ:

- малоинвазивный, малотравматичный метод (доставка лазерной энергии через волоконный световод осуществляется чрескожно, без разрезов);
- достигается равномерная деструкция внутренней выстилки КК, являющейся полупроницаемой мембраной и основным источником поступления жидкости;
- по литературным данным, имеется стимулирующее влияние высокоинтенсивного лазерного излучения на ускорение репаративных процессов в костной ткани;
- уменьшение количества дней нахождения ребенка в стационаре, пациент может быть выписан на следующий день после оперативного вмешательства.

Однако, несмотря на значительные преимущества, имеется процент неудовлетворительных результатов хирургического лечения КК с применением высокоинтенсивного лазерного излучения. Таким образом, изучение, разработка и усовершенствование методов лечения КК у детей остается актуальным вопросом на сегодняшний день.

Литература

1. Herring, J. A. Tachdjian`s Pediatric Orthopaedics: From the Texas Scottish Rite Hospital for Children / J. A. Herring; ed. J. A. Herring. – 5th. Edition. – Philadelphia: ELSEVIER SAUNDERS, 2014. – 2479 p.
2. Weinstein Stuart L. Lovell and Winter`s pediatric orthopedics / Stuart L. Weinstein, John M. Flynn.; ed.: Stuart L. Weinstein, John M. Flynn. – 7td edition. – Philadelphia: Lippincolt Williams and Wilkins, a Wolters Kluwer business, 2014. – 1960 p.
3. Pediatric Orthopedics in Practice / F. Hefti [et al.]. – Berlin: Springer, 2007. – 781 p.
4. Canale, S. T. Campbell`s operative orthopedics / S. T. Canale, J. H. Beaty; ed. K. Daugherty. – 12th edition. – Philadelphia: Elsevier Mosby, 2013. – 4637 p.
5. Сподарь, Д. В. Малоинвазивные технологии в хирургическом лечении дистрофических костных кист у детей с использованием высокоинтенсивного расфокусированного лазерного излучения : дис. ... канд. мед.наук : 14.00.35 / Д.В. Сподарь. – Челябинск, 2004. – 166 с.
6. Способ хирургического лечения дистрофических костных кист у детей: пат. RU С1/02217088 / Д. В. Сподарь. – Оpubл. 27.11.2003.

КОМБИНИРОВАННЫЙ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ КОСТНЫХ КИСТ С ПРИМЕНЕНИЕМ ВЫСОКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ И КОСТНОЙ ПЛАСТИКОЙ

Костная киста (КК) – это псевдокиста, остеолитическое образование, возникающее преимущественно в детском возрасте. КК занимают третье место среди всех первичных костных образований [1-4]. Согласно Международной гистологической классификации костных опухолей (ВОЗ, 1993 г.): «КК относится к опухолеподобному процессу и определяется как полость, заполненная жидкостью с выстилкой различной толщины, состоящей из соединительной ткани и единичных гигантских клеток» [5, 6].

Показаниями для хирургического лечения КК является размер кисты, занимающий более 2/3 поперечника кости, локализация в нагружаемой области, высокий риск патологического перелом, выраженный продолжающийся болевой синдром и возраст «молодой взрослый» [1-4].

Существует ряд методик лечения КК: малоинвазивные (пункционные, инъекционные), открытые с резекцией патологического участка. У каждой методики имеется ряд недостатков и осложнений.

Цель исследования: провести оценку эффективности разработанного нами нового хирургического метода комбинированной пластики костных кист.

Материалы и методы: проанализированы результаты лечения 4 пациентов с диагнозом «костная киста», прооперированных по разработанной нами методике в ортопедо–травматологическом отделении для детей учреждения здравоохранения «Гродненская областная детская клиническая больница» в период с января по март 2018 года.

Методы исследования: сбор анамнеза, клиническое обследование, лабораторные (общий анализ крови и мочи, экскреция кальция в моче, биохимический анализ крови, коагулограмма, группа крови и резус-фактор, цитологическое исследование содержимого КК для верификации диагноза) и инструментальные (рентгенография пораженного сегмента в 2-х проекциях, компьютерная томография) методы исследования, статистическая обработка полученных данных.

Результаты и обсуждение: обследовано и прооперировано 4 пациента, все женского пола. Средний возраст составил 10 лет (3–17 лет). КК локализовалась в проксимальном отделе левой плечевой кости, в дистальном отделе левой большеберцовой кости, в правой пяточной кости, в правом надколеннике. При поступлении жалобы на болевой синдром в области образования предъявляли 3 (75 %) пациентов. У пациентов с КК, локализующейся в области плечевой и большеберцовой кости, в анамнезе имелся патологический перелом. У всех пациентов лабораторные показатели были в пределах возрастной нормы.

Всем пациентам была произведена комбинированная пластика КК. Через пункционную иглу, введенную в полость кисты под рентгенологическим контролем, проводилось опорожнение ее содержимого. Затем вводилась дополнительная пункционная игла, полость кисты промывали 5 % раствором аминокaproновой кислоты с последующей полной эвакуацией последней. Далее выполнялась обработка полости, коагуляция внутренней выстилки высокоинтенсивным лазерным облучением (диодным лазером с длиной волны 970 нм, мощностью 20 Вт, режим работы непрерывный, время воздействия 3,5 секунды) в несколько этапов, подвод облучения осуществляли поочередно через установленные иглы [7]. Кончик световода располагали на стандартном расстоянии 10 мм перпендикулярно к поверхности. После коагуляции внутренней выстилки КК через прокол выполняли пункцию стенки кисты троакаром диаметром 5,5 мм, расположенным внутри ушной воронки соответствующего диаметра, под рентгенологическим контролем. После удаления троакара через ушную воронку проводилось заполнение полости кисты смесью, состоящей из измельченной губчатой аллогенной кости, имbibированной аутогенным костным мозгом, взятым из крыла подвздошной кости. Степень заполнения полости КК определяли с помощью рентгенологического контроля.

Всем пациентам выполнялись контрольные рентгенограммы через 1,5 и 3 месяца после оперативного лечения. Через 3 месяца после выше описанного оперативного лечения у всех пациентов отмечено устранение костной полости и ремоделирование костной ткани.

Заключение: комбинированная пластика КК является малоинвазивным, малотравматичным, высокоэффективным методом лечения. Этому способствуют следующие факторы:

- достигается равномерная деструкция внутренней выстилки КК, которая является полупроницаемой мембраной и основным источником поступления жидкости, излучение с длиной волны 0,97 мкм проникает в мягкие ткани на глубину не более 2-3 мм, что соответствует высоте клеточной выстилки КК;
- губчатый аллогенный трансплантат является остеокондуктором, а его измельчение приводит к ускорению процессов регенерации и предотвращает осложнения, характерные для цельных трансплантатов;
- костный мозг выступает в качестве остеоиндуктора;
- визуальный рентгенологический интраоперационный контроль над производимой манипуляцией, что позволяет контролировать перфорацию стенки кисты троакаром, степень заполнения полости КК.

Литература

1. Canale, S. T. Campbell`s operative orthopedics / S. T. Canale, J. H. Beaty; ed. K. Daugherty. – 12th edition. – Philadelphia: Elsevier Mosby, 2013. – 4637 p.
2. Herring, J. A. Tachdjian`s Pediatric Orthopaedics: From the Texas Scottish Rite Hospital for Children / J. A. Herring; ed. J. A. Herring. – 5th. Edition. – Philadelphia: ELSEVIER SAUNDERS, 2014. – 2479 p.
3. Pediatric Orthopedics in Practice / F. Hefti [et al.]. – Berlin: Springer, 2007. – 781 p.

4. Weinstein Stuart L. Lovell and Winter`s pediatric orthopedics / Stuart L. Weinstein, John M. Flynn.; ed.: Stuart L. Weinstein, John M. Flynn. – 7th edition. – Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, a Wolters Kluwer business, 2014. – 1960 p.
5. Вердиев, Ф. В. Кисты костей у детей и подростков (обзор литературы) / Ф. В. Вердиев // Ортопедия, травматология и протезирование. – 2014. - №2. – С. 135–140.
6. Поздеев, А. П. Солитарные костные кисты у детей / А. П. Поздеев, Е. А. Белоусов // Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. – 2017. - № 2. – С. 65–74.
7. Способ хирургического лечения дистрофических костных кист у детей: пат. RU С1/02217088 / Д. В. Сподарь. – Оpubл. 27.11.2003.

Н. К. Худоярова, старший преподаватель; Д. М. Каландаров, заведующий кафедрой;
Д. Т. Содикова, доцент; Абдилхаева З.А., ассистент
Кафедра подготовки врачей общей практики №2
Андижанский ГМИ, г. Андижан, Республика Узбекистан
Научный руководитель: к.м.н., доцент А. А. Сабиров

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ КАРДИОМИОПАТИИ

Кардиомиопатия (КМП), по современным эпидемиологическим данным, встречается в 0,2 % случаев в общей популяции [2, 4]. Одной из актуальных проблем в настоящее время является современная диагностика КМП, которая в некоторых случаях представляет большие трудности [1, 3, 5]. Признанная во всем мире «золотым стандартом» молекулярно-генетическая диагностика КМП практически не применима в отечественной медицине. Между тем, важность своевременной постановки правильного диагноза обусловлена различным подходом к лечению данных заболеваний. Как известно, многие гипотензивные препараты противопоказаны больным КМП из-за высокого риска возникновения серьезных побочных эффектов [6, 7].

Несмотря на определенные успехи, проблема диагностики КМП далека от разрешения. В связи с этим необходимо дальнейшее изучение этого вопроса. Представляется целесообразным применение дополнительных методов исследования, таких как нагрузочные тесты, стресс-эхокардиография и эхокардиография [10].

ЭХОКГ является собирательным понятием, которое объединяет в единое целое различные ультразвуковые методики исследования сосудов: цветовое доплеровское картирование (ЦДК), энергетический доплер (ЭД), импульсно-волновой доплер (ИД), трехмерную реконструкцию сосудов (3-0) [8]. Количество методик ультразвуковой доплерографии, применяемых при исследовании каждого конкретного больного, определяется характером диагностируемой патологии и задачами, поставленными перед исследователем. При необходимости до обследования данные ультразвуковой доплерографии помогают выбрать наиболее подходящий дополнительный метод [9].

Цель исследования: определить возможностей эхокардиографии в диагностике кардиомиопатии, у больных с заболеваниями сердца.

Материалы и методы: объектом для исследования послужили 35 больных (мужчин и женщин) с разными заболеваниями сердца (ИБС, ГБ). Предметом исследования были различные формы КМП, осложненные спинномозговыми нарушениями после операции в ближайшие и отдаленные сроки. Для метода исследования использовали анкетные данные: ФИО, возраст, пол, анамнез больных, а также данные протокола ЭХОКГ.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием стандартных функций пакета программ Statistica 6.0. Все полученные результаты клинико-лабораторных и других исследований заносились в специальные карты наблюдения. Цифровые данные были подвергнуты статистической обработке.

Результаты и обсуждение: наблюдались 35 больных с заболеваниями сердца в возрасте от 35 до 65 лет. Средний возраст составил $50,0 \pm 0,0$ года.

По возрасту больные были разделены на интервалы: до 40 лет (20 %); 41-50 лет (35 %); 50-65 лет (45 %);

Из них у 16 больных (45,7 %) были выявлены признаки ДКМП, среди 10 больных частота ГКМП составила 28,5 %. Лишь у 9 больных (25,7 %) выявлены симптомы РКМП.

Структура КМП выглядела следующим образом: у больных в возрасте до 40 лет наибольший процент наблюдался при ДКМП и РКМП, соответственно в 56,3 % и 23,5 % случаев, ГКМП в этом возрасте наблюдалась лишь в 20,2 % случаев.

У больных в возрасте 41-50 лет наибольший процент КМП, наблюдались в формах ДКМП и ГКМП, соответственно в 42% и 34% случаев, РКМП в этом возрасте наблюдалась лишь в 24% случаев (таблица 1).

Таблица 1. Частота выявления Эхо-изменений, при КМП

Показатели	ДКМП	ГКМП	РКМП
Полость ЛЖ	КДР = 6,0-6,4	КДР = 4,8-5,1	КДР = 4,5-4,7
Стенка ЛЖ	1,2-1,4 мм	1,6-1,8 мм	До 1,2 мм
Сократимость ЛЖ:	Гипокинезия	Гиперкинезия	Гипокинезия
Полость ЛП	До 5,2	4,5-4-,8	3,8-4,2
Полость ПП	4,2-4,4	До 2,1	До 2,0
Полость ПЖ	4,3-4,7	3,0-3,1	До 2,8
Фракция выброса	До 45%	70-74%	42-48%

У больных в возрасте 51-65 лет наибольший процент наблюдались ДКМП и ГКМП, соответственно в 31,7 % и 32,8 % случаев, РКМП в этом возрасте наблюдалась лишь в 35,5 % случаев.

Заключение: специфическая терапия кардиомиопатий отсутствует, поэтому все лечебные мероприятия имеют целью предотвращение несовместимых с жизнью осложнений. Лечение кардиомиопатий в стабильной фазе амбулаторное, при участии кардиолога; периодическая плановая госпитализация в отделение кардиологии показана пациентам с тяжелой сердечной недостаточностью, экстренная – в случаях развития некупируемых пароксизмов тахикардии, желудочковой экстрасистолии, мерцательной аритмии, тромбозов, отека легких.

Литература

1. Мухарлямов Н. М. Кардиомиопатии / М.: Медицина, 1990. - 288 с.
2. Braunwald E. (Ed). Heart Disease. A Textbook of Cardiovascular Medicine / Libbi Bonow Mann Zipes. – Saunders Elsevier, 2008. - 2183 p.
3. Goodwin J., Olsen E. (Eds.). Cardiomyopathies. Realisations and Expectations. – Springer-Verlag, 1993. – 315 p.
4. Brigden W. Uncommon myocardial disease. The non-coronary cardiomyopathies // Lancet. – 1957. - Vol. 2. - P. 1179.
5. Report of the WHO/ISFC Task Force on the Definition and Classification of Cardiomyopathies // Br. Heart J. – 1980. - Vol. 44. - P. 672-673.

6. Report of the 1995 WHO/ISFC Task Force on the Definition and Classification of Cardiomyopathies / Richardson P., McKenna W., Bristow M. et al. // *Circulation*. – 1996. - Vol. 93. - P. 841-842.
7. Classification of the cardiomyopathies: a position statement from the European Society of Cardiology working group on myocardial and pericardial diseases / Elliott P., Andersson B., Arbustini E. et al. // *Eur. Heart J.* 2008. - Vol. 29. - P. 270-276.
8. Teare D. Asymmetrical hypertrophy of the heart in young adults // *Br. Heart J.* -1958. - Vol. 20.- P. 1-18.
9. A Report of the American Collage of Cardiology Foundation Task Force on Clinical Expert Consensus Documents and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines. // *Eur. Heart J.* 2003. - Vol. 24. - P. 1965-1991.
10. Cardiomyopathies: Clinical Presentation, Differential Diagnosis, and Management / Ed. Shaver J. A. F.A., Davis Company, Philadelphia, 1988. - 288 p.

С. З. Цыдендамбаева, С. В. Баранников, студенты
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, г. Благовещенск, Россия

РОЛЬ ТИПА ЛИЧНОСТИ D В РАЗВИТИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

В последнее время психосоциальный стресс признан одним из факторов риска (ФР) развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). В то же время подверженность стрессорным воздействиям и способы реагирования на них могут существенно различаться у отдельных индивидуумов. По-видимому, существуют устойчивые личностные черты, которые делают людей более уязвимыми к стрессорным воздействиям. В кардиологии интенсивно изучался «коронарный» поведенческий тип А, однако его влияние на развитие ССЗ не было подтверждено в проведенных исследованиях [1, 2]. В последнее время стали выделять другой тип личности, «дистрессорный» тип «D», впервые предложенный J. Denollet в 1995 г. [3, 7, 7]. Недавно выполненные работы были посвящены изучению влияния такого типа личности на прогноз, число осложнений и качество жизни при целом ряде ССЗ. Но проведенный нами обзор литературы показал отсутствие информации о влиянии типа личности D на развитие осложнений у больных артериальной гипертензией.

Цель исследования: найти взаимосвязь между типом личности «D» и риском развития сердечно-сосудистых осложнений у больных артериальной гипертензией.

Материалы и методы: в исследовании участвовало 100 пациентов кардиологического отделения ГАУЗ АО «Благовещенская городская клиническая больница».

Исследование проходило в 2 этапа. Первым этапом было анкетирование пациентов на наличие типа личности D с помощью шкалы типа личности Денолета (Denollet Scale 14) [1, 2].

Вопросы в DS 14 делятся на две группы: ориентация на негативные эмоции и коммуникабельность [2, 7]. Набравшие десять и более баллов в каждой группе вопросов относятся к людям с типом личности «D».

На втором этапе мы выявили у пациентов факторы риска развития сердечно-сосудистых осложнений с учетом наличия в анамнезе артериальной гипертензии (АГ).

Классификация риска сердечно-сосудистых осложнений при АГ основана на его оценке в зависимости от наличия ФР, поражения органов-мишеней, ассоциированных клинических состояний, наличия сахарного диабета и метаболического синдрома, а также степени повышения артериального давления [8]. В соответствии с этим выделяют 4 степени риска развития сердечно-сосудистых осложнений у больных с АГ: риск I (низкий), риск II (средний), риск III (высокий), риск IV (очень высокий).

Далее мы провели описательную статистику каждой группы и анализ межгрупповых различий с использованием непараметрического критерия Манна-Уитни. Уровень статистической значимости (p) был принят $\leq 0,01$.

Результаты и обсуждение: в ходе проведения анкетирования мы разделили объекты исследования на 2 группы: I группа – с типом личности D ($n_1=34$ чел.), II группа – лица с

типом личности не D ($n_2=66$ чел). Из них очень высокий риск развития СС осложнений наблюдался чаще у людей с типом личности D (64 %), чем у людей без типа личности D (38 %), высокий риск развития СС осложнений имели 29 % пациентов с типом личности D, чем люди без типа личности D (12%). Средний риск развития сердечно-сосудистых осложнений у больных с типом личности D составил 2 %, у пациентов без типа личности D – 28 %. Низкий риск развития сердечно-сосудистых заболеваний был выявлен только у пациентов без типа личности D и составил 21 %.

При анализе межгрупповых различий с использованием критерия Манна-Уитни, было выявлено, что $U_{\text{эмп}} > U_{0,01}$ ($U_{\text{эмп}}=669$; $U_{0,01}=884$). Полученное эмпирическое значение $U_{\text{эмп}}(669)$ находится в зоне значимости, что свидетельствует о достоверности полученных результатов[4, 5].

Заключение: тип личности D влияет на развитие сердечно-сосудистых осложнений у больных с АГ. В связи с этим для лечения и профилактики сердечно-сосудистых осложнений АГ необходимо проведение не только медикаментозной и хирургической терапии, но также оказание психотерапевтической помощи, заключающейся в психологической адаптации пациентов и ориентации на активный образ жизни.

Литература

1. Беленкова, Ю. Н. Кардиология. Национальное руководство: краткое издание / Ю. Н. Беленкова, Р. Г. Оганова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 848 с.
2. Надежность и валидность русскоязычной версии шкалы DS14 у больных ишемической болезнью сердца / Пушкарев Г. С., Кузнецов В. А., Ярославская Е. И., Бессонов И. С. / Российский кардиологический журнал. – 2016. – №6. – С. 50-51.
3. Тип личности D и уровень маркеров субклинического воспаления у больных ИБС / А. В. Осокина, Н. В. Федорова, О. И. Райх и др. / Российский кардиологический журнал. – 2016. – С. 65–70.
4. Куликов, Л.В. Профессиональная библиотека по психотерапии. Тип-A / Психогигиена личности // Л. В. Куликов. - 2015. - С. 3.
5. Denollet, J. DS14: standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality / Psychosomatic medicine. – 2005. – С. 89-97.
6. Denollet, J. A General Propensity to Psychological Distress Affects Cardiovascular Outcomes: Evidence From Research on the Type D (Distressed) Personality Profile / J. Denollet, A. Schiffer, V. Spek / Circ. Cardiovasc. Qual. Outcomes. – 2010. – С. 546-557.
7. Denollet, J. Type D personality: A potential risk factor refined / J. Denollet // Journal of psychosomatic research. – 2000. – №4. – С. 255-266.
8. Social inhibition and emotional distress in patients with coronary artery disease: The Type D personality construct / I. Timmermans, H. Versteeg, S. Duijndam et al./ Journal of Health Psychology. – 2017. - С. 1-16.

АНТИАРИТМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИСТАНТНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ПОСТКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ ПРИ ИШЕМИИ-РЕПЕРФУЗИИ МИОКАРДА У КРЫС С ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ДИСЛИПИДЕМИЕЙ

В настоящее время ишемическая болезнь сердца (ИБС) является основной причиной смертности в большинстве развитых стран мира, и в Республике Беларусь, в частности [1, 2, 3, 4]. Принимая во внимание большую частоту инвалидизации и сложность реабилитации пациентов с инфарктом миокарда, ИБС представляет собой не только значительную медицинскую, но и важную государственную проблему [1, 2, 3, 4]. В связи с этим поиски новых эффективных методов предотвращения или ослабления ишемического и аритмического повреждения сердца и механизмов их реализации остаются существенной задачей современной клинической и экспериментальной медицины и важным направлением исследований в области физиологии [5, 6].

Объектом повышенного внимания ведущих мировых ученых в области клинической и экспериментальной кардиологии являются кардиопротекторные (противоишемические и антиаритмические) эффекты дистантного ишемического посткондиционирования (ДИПостК), которые воспроизводятся путем ишемии конечностей, осуществляемой после острой ишемии миокарда (ОИМ) [7, 8]. В клинике необходимость защиты сердца от повреждения, вызванного ишемией и реперфузией, чаще всего необходима пациентам с различными факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), к которым относится и дислипидемия (ДЛЕ) [9]. В то же время в современной литературе отсутствуют сведения, касающиеся изучению противоишемической и антиаритмической эффективности ДИПостК при ишемии и реперфузии миокарда у крыс в условиях наличия такого сопутствующего фактора риска ССЗ как ДЛЕ.

Цель исследования: выяснение кардиопротекторной (противоишемической и антиаритмической) эффективности ДИПостК при ишемии и реперфузии миокарда у крыс с экспериментальной ДЛЕ.

Материалы и методы: исследование эффективности ДИПостК проведено на 37 наркотизированных белых крысах-самцах массой 200-250 г, возрастом 3-4 мес. Животные содержались в стандартных условиях вивария УО БГМУ. Для исследования все животные были разделены на 4 группы: Контроль_{Ф.Р.} (n=7), Контроль_{ДЛЕ} (n=11), ДИПостК_{Ф.Р.} (n=7), ДИПостК_{ДЛЕ} (n=12). Экспериментальную ДЛЕ вызывали интрагастральным введением с помощью зонда 10% раствора холестерина («Sigma», США) на оливковом масле, в дозе 10 мл/кг 1 раз в сутки на протяжении 10 дней, крысам без ДЛЕ вводился 0,9 % раствор NaCl (Ф.Р.). Для подтверждения ДЛЕ у животных с помощью автоматического анализатора RandomAccess A-25 (BioSystems, Испания) определялось содержание триглицеридов (ТГ) и общего холестерина (ОХ) в сыворотке крови. Моделирование экспериментальных

протоколов выполнялось через 24 ч после последнего введения холестерина на оливковом масле (крысам с ДЛЕ) либо физиологического раствора (крысам без ДЛЕ).

Для наркотизации крыс применялся внутривенно натрий в дозе 50 мг/кг с последующей в/в инфузией поддерживающей дозы 10 мг/кг/ч. При помощи аппарата ИВЛ животные переводились на искусственное дыхание атмосферным воздухом (частота дыхания составляла 56-60/мин). Острая коронарная недостаточность у крыс моделировалась по методике, описанной С.Clarketal [10]. Грудную клетку наркотизированным животным вскрывали в IV межреберном промежутке слева. После 15-мин. стабилизации гемодинамики выполняли 30-мин. окклюзию левой коронарной артерии (ЛКА) путем ее механического пережатия фишкой. Реперфузия (120 мин) миокарда достигалась удалением фишки. Животные, которым воспроизводилось ДИПостК, дополнительно проводили 15-мин. окклюзию обеих бедренных артерий через 10 мин после 30-мин. ОИМ. В ходе экспериментов регистрировалось ЭКГ во II стандартном отведении, полученные данные обрабатывались программой Spike 4.

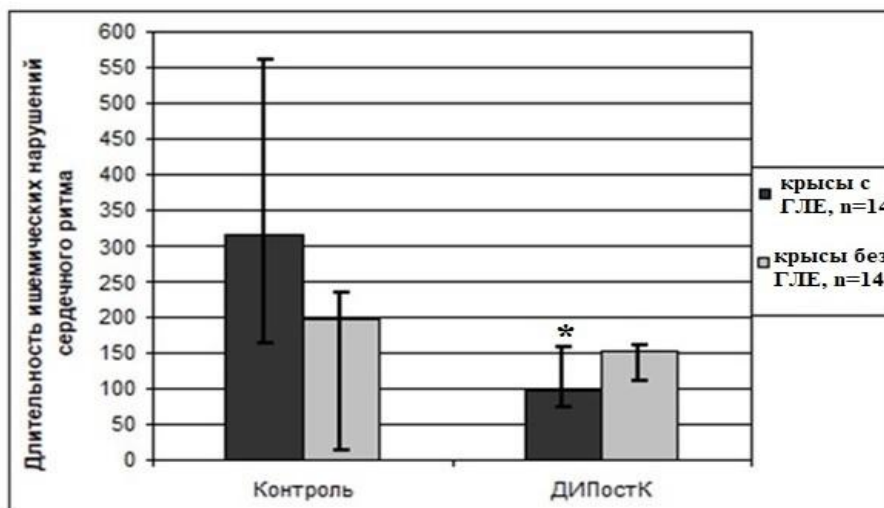
Зона риска определялась с помощью введения в левую общую яремную вену 0,5 мл 5 % раствора синьки Эванса в конце периода реперфузии при непродолжительной повторной окклюзии ЛКА. Синий Эванса окрашивает только перфузируемый миокард, а неперфузируемый остается неокрашенным. Затем сердце извлекали и отделяли от него левый желудочек, который замораживали при -20°C в течение 30 мин и разрезали на 6 поперечных срезов размером по 1 мм. Срезы взвешивали, затем их сканировали с обеих сторон. После этого для идентификации зоны некроза срезы помещали в 1 % р-р трифенилтетразолия хлорида на 20 мин при 37°C , затем инкубировали 24 ч в 10 % р-ре формалина и сканировали повторно для определения отношения площади зоны некроза ко всей зоне риска. Интактный миокард окрашивался в красный цвет, а зона некроза была белесой. Размеры зоны риска и зоны некроза определяли в программе AdobePhotoshop 13.0.1. Полученные результаты заносились в таблицу MicrosoftExcel 2013 и обрабатывались в программе Statistica 10. Статистическая значимость различий, полученных данных, оценивалась при помощи теста множественных сравнений Данна и дисперсионного анализа ANOVA. Данные представлены в виде $M \pm m$. Значения $p < 0,05$ рассматривались как достоверные. Для оценки антиаритмического эффекта ДИПК подсчитывалась общая длительность аритмий – фибрилляции желудочков, пароксизмальные желудочковые тахикардии, парные желудочковые экстрасистолы, желудочковый бигеминии – при ишемии-реперфузии миокарда. По полученным данным рассчитывалась медиана и интерквартильный размах (25-й; 75-й процентиля). При сравнении групп использовали критерий Крускала-Уоллиса и тест множественных сравнений Данна.

Результаты и обсуждение: выживаемость крыс с ДЛЕ после острой коронарной окклюзии составила 56,0 % (11 из 25 крыс погибли во время острой ишемии миокарда). Так, в группе Контроль_{ДЛЕ} показатель выживаемости составил 63,64 %, а в группе ДИПостК_{ДЛЕ} – 50,0 %. У крыс без ДЛЕ выживаемость составила 100%. Таким образом, из каждой экспериментальной группы крыс для последующего анализа данных было отобрано по 7 животных: Контроль_{Ф.Р.} (n=7), Контроль_{ДЛЕ} (n=7), ДИПостК_{Ф.Р.} (n=7), ДИПостК_{ДЛЕ} (n=7).

У крыс с ДЛЕ содержание ТГ в сыворотке крови составило $1,54 \pm 0,12$ ммоль/л ($p < 0,01$), ОХ – $5,86 \pm 0,38$ ммоль/л ($p < 0,01$). У крыс без ДЛЕ содержание ТГ составило

0,26±0,04 ммоль/л, ОХ – 2,78±0,07 ммоль/л. Таким образом, у крыс с ДЛЕ имело место статистически значимое повышение содержания в сыворотке крови ТГ в 5,9 раз и ОХ в 2,1 раза по сравнению с их содержанием у крыс без ДЛЕ ($p<0,01$).

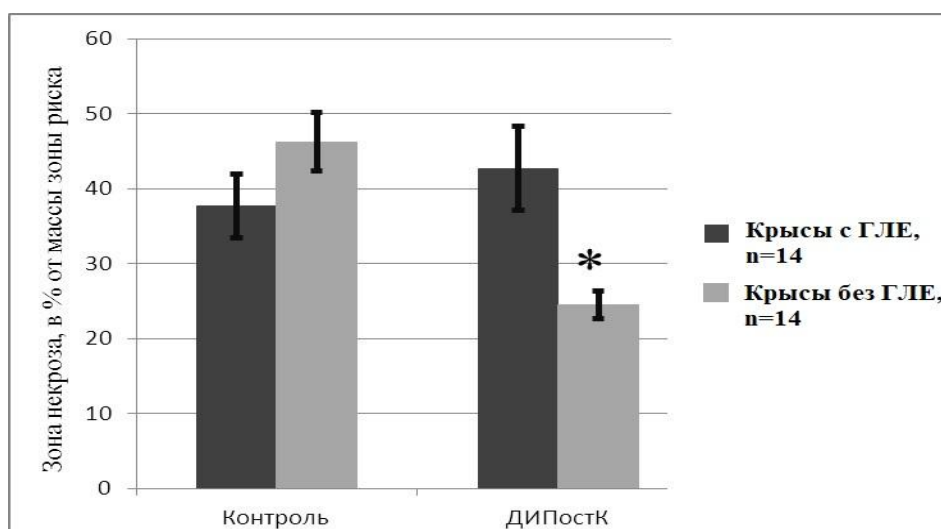
Продолжительности аритмий при ишемии-реперфузии миокарда у крыс были следующими: в группе Контроль_{ДЛЕ} – 316 (137; 563) с, ДИПостК_{ДЛЕ} – 97 (78; 166) с ($p<0,05$), Контроль – 198 (14; 239) с, ДИПостК – 153 (109; 166) с (рисунок 1). Несмотря на то, что ДИПостК не оказывает влияние на нарушения сердечного ритма при ОИМ, в группе ДИПостК_{ДЛЕ} наблюдалось статистически значимое снижение продолжительности аритмий по сравнению с группой Контроль_{ДЛЕ} ($p<0,05$).



* - статистически значимые отличия длительности нарушений сердечного ритма у крыс в группе ДИПостК_{ДЛЕ}, по сравнению с группой Контроль_{ДЛЕ} ($p<0,05$)

Рисунок 1 – Длительность нарушений сердечного ритма (с) во время ОИМ и периодареперфузии в контрольной группе и группе крыс, в которой воспроизводилось ДИПостК (крысы с ДЛЕ и крысы без ДЛЕ)

Размеры зоны некроза миокарда левого желудочка (в % от зоны риска) были следующими: в группе Контроль_{ДЛЕ} – 38±4%, ДИПостК_{ДЛЕ} – 43±6%, Контроль_{Ф.Р.} – 46±4%, ДИПост_{Ф.Р.} – 25±2% ($p<0,01$) (рисунок 2).



*- статистически значимые отличия размеров зоны некроза в группе ДИПостК и группе Контроль ($p < 0,01$)

Рисунок 2 – Размеры зоны некроза в миокарде левого желудочка (в % от зоны риска) в контрольной группе и группах крыс, в которых воспроизводилось ДИПостК (крысы с ДИЕ и крысы без ДИЕ)

Данные исследования свидетельствуют об отсутствии противоишемического эффекта ДИПостК у крыс с ДИЕ. У крыс без ДИЕ, напротив, воспроизводится выраженный противоишемический эффект ДИПостК.

Заключение: ДИПостК неэффективно в плане ограничения размеров зоны некроза в миокарде левого желудочка при ишемии и реперфузии миокарда у крыс с экспериментальной ДИЕ, но эффективно в плане снижения длительности аритмий.

Литература

1. Висмонт Ф. И. Кардиопротекторная эффективность дистантного ишемического прекондиционирования при ишемии-реперфузии миокарда у крыс с экспериментальной дислипидемией / Ф. И. Висмонт, С. Н. Чепелев, А. Н. Глебов и др. // Вестні нацыянальнай акадэміі навук беларусі. Серыя медыцынскіх навук. – 2018. – Т. 15, № 2. – С. 215-221.
2. Висмонт Ф. И. Кардиопротекторная эффективность дистантного ишемического пре- и посткондиционирования при ишемии и реперфузии миокарда у старых крыс / Ф. И. Висмонт, С. Н. Чепелев // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2018. – Т. 17, № S. – С. 40b-41a.
3. Висмонт Ф. И. Противоишемическая и антиаритмическая эффективность дистантного ишемического прекондиционирования при ишемии-реперфузии миокарда у крыс с экспериментальной гиперлипидемией / Ф. И. Висмонт, С. Н. Чепелев, А. Н. Глебов, А. Ф. Висмонт, П. Ф. Юшкевич // Медицинский журнал. – 2018. – № 3 (65). – С. 55-59.
4. Висмонт Ф. И. Кардиопротекторная эффективность дистантного ишемического посткондиционирования при ишемии-реперфузии миокарда у старых крыс / Ф. И.

- Висмонт, С. Н. Чепелев, А. Н. Глебов, П. Ф. Юшкевич // БГМУ в авангарде медицинской науки и практики. – 2017. – № 7. – С. 181-186.
5. Басалай М. Дистантное ишемическое посткондиционирование - новый метод кардиопротекции / М. Басалай, Л. Полонецкий, С. Савенко // Наука и инновации. – 2015. – Т. 4. – № 146. – С. 54-57.
 6. Мрочек А. Г. Сердечно-сосудистые заболевания в Республике Беларусь: анализ ситуации и стратегии контроля / А. Г. Мрочек [и др.]. – Минск: Беларус. навука, 2011. – 341 с.
 7. Basalay M. Remote ischaemic pre- and delayed postconditioning – similar degree of cardioprotection but distinct mechanisms / M. Basalay, V. Barsukevich, S. Mastitskaya // Exp. Physiol. – 2012. – Vol. 97, № 8. – P. 908–917.
 8. Маслов Л. Н. Основные проявления феномена дистантного посткондиционирования сердца. Клиническое применение посткондиционирования / Л. Н. Маслов // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2016. – Т. 22, № 3. – С. 16-23.
 9. Липовецкий Б. М. Дислипидемии, атеросклероз и их связь с ишемической болезнью сердца и мозга: рук-во для врачей и студентов-медиков / Б. М. Липовецкий. – СПб.: Экто-Вектор, 2012. – 75 с.
 10. Clark C. Coronary artery ligation in anesthetized rats as a method for the production of experimental dysrhythmias and for the determination of infarct size / C. Clark // J. Pharmacol Methods. – 1980. – Vol. 3, № 4. – P. 357–368.

Е. В. Черствая, студентка; С. Н. Чепелев, старший преподаватель
Кафедра патологической физиологии
Белорусский ГМУ, г. Минск, Республика Беларусь
Научный руководитель: старший преподаватель С. Н. Чепелев

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕМОГЛОБИНОПЕНИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ

Клиницистов различных специальностей привлекают внимание вопросы диагностики гемоглобинопенических состояний (ГПС) у беременных [1, 3, 5]. Снижение гемоглобина (Hb) крови менее 110 г/л при беременности, по определению ВОЗ, считается анемией, наиболее распространенной причиной которой является дефицит железа – железodefицитная анемия (ЖДА) [1, 2, 4]. До сих пор вопрос о наличии у беременных истинной железodefицитной анемии остается открытым, что во многом обусловлено отсутствием четких нормативных показателей состояния красной крови для различных сроков беременности [7, 9, 10]. Также недостаточно изученной является проблема влияния сопутствующей патологии (отечный синдром, многоводие, хронические заболевания), отягощенного акушерского анамнеза (ОАА) и отягощенного гинекологического анамнеза (ОГА) на показатели красной крови [6, 4]. Высокая частота встречаемости ГПС и их влияние на течение и исходы беременности и родов для матери и плода требует более активной позиции со стороны врачей различных специальностей по отношению к этой проблеме у беременных [8, 9].

Цель исследования: проанализировать показатели красной крови и влияние на них основной сопутствующей патологии у беременных с ГПС.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 157 историй родов на базе УЗ «6-я городская клиническая больница» (г. Минск) за 2017 год. В исследование было включено 126 женщин со сроком беременности от 258 до 291 дней и уровнем Hb в крови ниже 110 г/л. Контрольную группу составила 31 женщина аналогичных сроков беременности и уровнем Hb более 110 г/л, без гестоза и сопутствующей патологии. Также у всех женщин анализировалось содержание эритроцитов (RBC) и гематокрита (Ht) в периферической крови. Беременные женщины с ГПС были разделены на 3 группы в зависимости от уровня Hb (1-я группа – 110-100 г/л, 2-я – 99-90 г/л, 3-я – 89-80 г/л). Статистический анализ данных проводился в программе «Microsoft Excel 2013». Данные представлены в виде среднего арифметического и ошибки среднего арифметического ($M \pm m$). Результаты считались статистически значимыми при значениях $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение: можно выделить следующие основные этиологические факторы ГПС: кровопотери; алиментарный фактор; гастрогенный фактор; энтерогенный фактор (нарушение процессов полостного и пристеночного пищеварения; ограничение процесса всасывания железа); нарушение процесса транспорта железа в связи с дефицитом трансферрина в случае первичной патологии печени; нарушение процесса депонирования железа при тяжелых острых или хронических заболеваниях печени; нарушение процесса

реутилизации железа при кровопотере в замкнутые пространства или интенсивной аккумуляции железа зоной воспаления [2, 6].

Развитие железодефицита при беременности является следствием нарушения равновесия между повышенным расходом железа и его поступлением в организм [1]. Снижение содержания железа в сыворотке крови, костном мозге и депо приводит к нарушению синтеза гемоглобина. При ЖДА у беременных возникает прогрессирующая гемическая гипоксия с последующим развитием вторичных метаболических расстройств. Поскольку при беременности потребление кислорода увеличивается на 15–33%, это усугубляет развитие гипоксии [10]. У беременных с тяжелой ЖДА развивается не только тканевая и гемическая гипоксия, но и циркуляторная, обусловленная развитием дистрофических изменений в миокарде, нарушением его сократительной способности. Изменения при ЖДА, приводящие к обменным, волевым, гормональным, иммунным нарушениям у беременных, способствуют развитию акушерских осложнений, частота которых находится в прямой зависимости от степени тяжести анемии.

Клинические проявления железодефицитных состояний зависят от степени дефицита железа, скорости его развития и включают общеанемические симптомы и симптомы тканевого дефицита железа (siderопения) [6, 8].

Общеанемические проявления: общая слабость, быстрая утомляемость; головокружение, головные боли, шум в ушах; сердцебиение, неприятные ощущения в области сердца; одышка; обмороки; бессонница; извращение вкусовых ощущений; нарушение глотания с ощущением инородного тела в горле (синдром Пламмера–Винсона) [6].

Симптомы тканевого дефицита железа: бледность кожных покровов и слизистых оболочек; сухость кожи, появление на ней трещин; легкая желтизна рук и носогубного треугольника вследствие нарушения обмена каротина; мышечная слабость; ангулярный стоматит, хейлит («заеды»), атрофия сосочков языка; утолщение и ломкость ногтей; сухость, ломкость и выпадение волос; жжение и зуд вульвы [8].

При проведении ретроспективного анализа историй родов оценены показатели красной крови беременных. В ходе чего было установлено, что в опытной группе содержание Hb составило $97,26 \pm 5,2$ г/л, RBC – $3,67 \pm 0,26 \times 10^{12}$ /л, Ht – $34,05 \pm 2,25\%$, в контрольной группе уровень Hb был $114,87 \pm 4,88$ г/л, количество RBC – $4,28 \pm 0,20 \times 10^{12}$ /л, Ht – $40,15 \pm 1,48\%$ (таблица 1).

Таблица 1 – Показатели красной крови у беременных опытной и контрольной групп

Группы беременных женщин	Hb, г/л	RBC, $\times 10^{12}$ /л	Ht, %
Женщины с ГПС	$97,26 \pm 5,2$	$3,67 \pm 0,26$	$34,05 \pm 2,25$
Контрольная группа	$114,87 \pm 4,88$	$4,28 \pm 0,20$	$40,15 \pm 1,48$

Таким образом, беременные женщины с ГПС имеют более низкие значения гемоглобина, эритроцитов и гематокрита по сравнению с группой здоровых беременных женщин.

Среди обследованных беременных женщин с ГПС была выявлена следующая сопутствующая патология: отечный синдром, наблюдавшийся у 16,7 % пациенток, многоводие, которое встречалось у 9,5% беременных, хронические заболевания, выявленные у 11,9 % пациенток (у 6 беременных – хронический пиелонефрит, у 3 – нейроциркуляторная дистония, у 4 – хронический тонзиллит и у 2 – хронический бронхит) (таблица 2).

Таблица 2 – Сопутствующая патология, выявленная у беременных женщин с ГПС

Сопутствующая патология	Число женщин	%
Отечный синдром	21	16,7
Многоводие	12	9,5
Хронические заболевания	15	11,9
Без сопутствующей патологии	78	61,9
Всего	126	100,0

При анализе распространенности ОАА и ОГА у беременных женщин с ГПС было выявлено следующее (таблица 3): 38,9 % беременных женщин наблюдались ОАА; 34,1 % беременных имело ОГА; 16,7% беременных женщин с ГПС наблюдались одновременно ОАА и ОГА.

Таблица 3 – Отягощенный анамнез (ОАА, ОГА), выявленный у беременных женщин с ГПС

Отягощенный анамнез	Число женщин	%
ОАА	49	38,9
ОГА	43	34,1
ОАА и ОГА	21	16,7

При оценке распространенности сопутствующей патологии у беременных женщин с ГПС установлено, что многоводие в 1-й группе встречалось в 6,1 % случаев, во 2-й – в 10,1 %, в 3-й – в 25,0 % ($p < 0,05$) случаев. Частота встречаемости отека также выше у пациенток 3-й группы и составляет 25,0 % (в 1-й и 2-й группах – 14,3 % и 17,4 %) соответственно. ОАА был выявлен у 32,7 % беременных 1-й группы, 39,1 % – 2-й и у 75,0 % беременных 3-й группы. Распространенность ОГА наиболее высока у пациенток 3-й группы и составляет 75,0 % ($p < 0,05$). Одновременно наличие ОАА и ОГА более характерно для беременных женщин 3-й группы ($p < 0,05$). Следовательно, можно предположить, что чем ниже уровень Нв, тем выше распространенность сопутствующей патологии у беременных женщин с ГПС (рисунок 1).

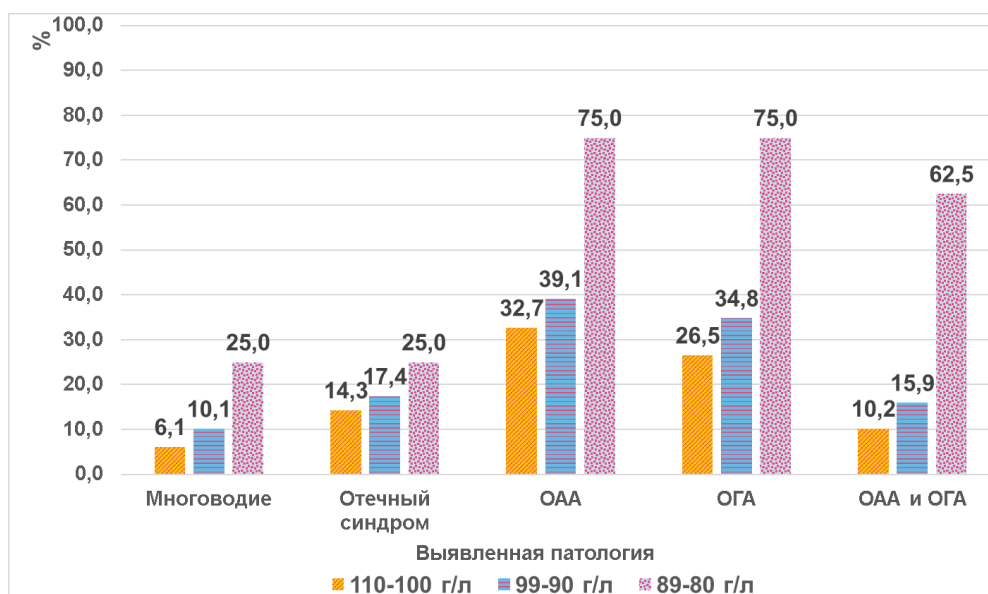


Рисунок 1 – Распространенность сопутствующей патологии у обследованных беременных женщин с ГПС в зависимости от уровня Hb

Выводы

1. Основным патогенетическим звеном ГПС у беременных является дефицит железа, среди клинических проявлений основными синдромами являются общеанемический и сидеропенический.
2. Беременные женщины с ГПС имеют более выраженное снижение не только уровня гемоглобина, но и гематокрита, и количества эритроцитов, по сравнению с группой здоровых беременных женщин.
3. Частота возникновения сопутствующей патологии у беременных женщин с ГПС находится в прямой зависимости от степени тяжести анемии.

Литература

1. Бурлев, В. А. Коррекция железодефицитных состояний у беременных с гестозом / В.А. Бурлев, Е. Н. Коноводова, Л. Е. Мурашко, Ж. А. Сопоева // Проблемы репродукции. – 2002. – № 6. – С. 30-34.
2. Демихов, В. Г. Этиология и патогенез анемии беременных / В. Г. Демихов // Вопросы гематологии/онкологии и иммунопатологии в педиатрии. – 2004. – Т. 3, № 1. – С. 36-42.
3. Коноводова Е. Н., Бурлев В. А. Применение препарата Ферро-Фольгамма® у женщин с железодефицитными состояниями // РМЖ. – 2010. – Т. 18, № 4. – С.204-208.
4. Леонова, Е. В., Чантурия А. В., Висмонт Ф. И. Патопфизиология системы крови. Учебное пособие. 2-е изд. пер. и доп. – Мн.: Выш. шк., 2013. – 144 с.
5. Литовченко, Е. Ю. Алгоритм диагностики и лечения гипохромных анемий: учеб.-метод. Пособие для студентов 5 и 6 курсов всех факультетов медицинских вузов, врачей общей практики / Е. Ю. Литовченко [и др.]. – Гомель: ГомГМУ, 2016. – 24 с.

6. Румянцев, А. Г. Распространенность железодефицитных состояний и факторы, на нее влияющие / А. Г. Румянцев, И. Н. Захарова, В. М. Чернов и др. // Медицинский совет. – 2015. – № 6. – С. 62–66.
7. Соболева, М. К. Железодефицитная анемия у детей раннего возраста: диагностика и современная терапия / М. К. Соболева // Вопросы гематологии/онкологии и иммунопатологии в педиатрии. – 2003. – Т. 2, № 2. – С. 32-37.
8. Стуклов, Н. И. Железодефицитная анемия. Современная тактика диагностики и лечения, критерии эффективности терапии / Н. И. Стуклов, Е. Н. Семенова // Клиническая медицина. – 2013. – № 12. – С. 61–67.
9. Тихомиров, А. Л., Сарсания С. И. Рациональная терапия и современные принципы диагностики железодефицитных состояний в акушерско-гинекологической практике // Фарматека. - 2009. - № 1. – С.32-39.
10. Xiong, X. Anemia during pregnancy and birth outcome: a meta-analysis / X. Xiong, P. Buekens, S. Alexander et al. // Am. J. Perinatol. – 2000. – Vol. 17, № 3. – P.137-146.

А. А. Чеснокова, студентка; В. В. Буланов, доцент
Кафедра философии и психологии с курсами биоэтики и истории Отечества
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Научный руководитель: д.ф.н., доцент В. В. Буланов

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАТЕРНОЙ ЛЕКСИКИ И ПСИХИЧЕСКОЕ НЕБЛАГОПОЛУЧИЕ

Широкая распространенность использования матерной лексики в межличностной коммуникации побуждает проанализировать психологическую составляющую этого феномена.

Цель исследования: доказать, что использование матерной лексики приводит к психическому неблагополучию и выработать рекомендации по воздержанию от матерной брани.

Задачи: во-первых, проанализировать использование матерной лексики в культурологическом аспекте; во-вторых, доказать, что матерная брань взаимосвязана с психологическим неблагополучием; в-третьих, обосновать несовместимость использования матерной лексики с человеческим достоинством; в-четвертых, сформулировать рекомендации по воздержанию от матерной брани.

Материалы: выводы, полученные в результате экспресс-диагностики уровня социальной фрустрированности, разработанной Л. И. Вассерманом.

Методы: герменевтический анализ, феноменологическая редукция.

Результаты и обсуждение: матерная брань — явление древнее. Во времена цивилизаций древности главной задачей выживания в тех условиях являлось привлечение на свою сторону энергий темных сил – бесов. Им строились величественные храмы и давались утчивые имена. Каждый стремился ублажить этих «богов» жертвоприношениями и заручиться их помощью. Наиболее мощной энергией всегда обладали инстинкт продолжения рода. Так называемые «фаллические культы», распространенные по всему древнему миру, основывались на воспевание греха блуда. Те словосочетания, которые сейчас сохранились под названием «матерщина», использовались в этих обрядах и ритуалах как магические заклинания. При этом 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 [8].

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 [2, 49]. Даже в современном медицинском высшем учебном заведении более половины студентов употребляет матерную брань (в Тверском ГМУ, в частности, это при том, что уровень их социальном фрустрированности

преимущественно низок (почти 80 %, что выявлено при помощи методики, разработанной Л. И. Вассерманом)).

Филолог и психолингвист В. И. Жельвис выделяет 27 функций матерной лексики. Приведем самые важные из них:

- средство выражения земного, профанного начала, противопоставленного началу священному, сакральному;
- катартическая, т. е. возможность получить с ее помощью психологическое облегчение за счет сознательного нарушения социальных запретов – норма морали и табу;
- средство понижения социального статуса адресата, помещение его на самой низкой ступени социальной иерархии [5].

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 человек 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, как отмечает М. Баданин, 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 [1]. Тем самым матерная брань взаимосвязана с психологическим неблагополучием как субъекта, использующего нецензурную лексику, так и объекта ее воздействия.

Это неблагополучие связано с и тем обстоятельством, что использование матерной лексики несовместимо с человеческим достоинством.

Достоинство человека - это соответствие его своему предназначению, Божьему Промыслу о себе [7]. 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, а также 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 [8, 429-431]. И 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 [2, 981-982; 3, 601-602]. Со временем «ненужные» ценности переходят из разряда враждебных культуре и обществу в разряд традиционных, принимаемых большинством, что мы и можем наблюдать при проведенном мной исследовании. Ныне 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 [8, 431].

Думается, можно предложить следующие рекомендации человеку, которому очень хочется использовать матереную лексику в своей речи:

1. Представьте, что рядом с вами находится близкий и дорогой вам человек, перед которым вам было бы стыдно ругаться.
2. Старайтесь мыслить разумно: каждый раз, как вас будет клонить к негативу, задайте себе вопрос: «А оно того стоит?»
3. Попробуйте заменить бранные слова другой лексикой: создайте список ваших любимых бранных слов и замените их «хорошими» словами.
4. Учитесь пресекать плохие мысли, контролируя их своей волею, гоните их прочь, произнося про себя «нельзя» и тому подобное.
5. 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.

Заключение: 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 наградил Бог изначально человека. Использование матерной лексики не только унижительно, но и вредно для психики человека, оно является фактором, ведущим к психическому неблагополучию как матерящегося субъекта, так и объекта воздействия нецензурных слов.

Литература

1. Баданин М. Правда о русском мате. – С.-Пб. – Мурманск, 2014. – 32 с.
2. Гаряев П. П. Не убивайте матом хромосому // Сельская новь. – 1998. – №4. – С. 49.
3. Гуревич П. С. Контркультура // Культурология; Т.1. под общ. ред. С. Я. Левит. – М., 2007. — С. 981-982.
4. Гуревич П.С. Субкультура // Культурология; под общ. ред. С. Я. Левит. Т.2. – М., 2007. – С. 601-602.
5. Жельвис В.И. Поле брани. Сквернословие как социальная проблема. 2-е изд., перераб. и доп. – М., 2001. – 352 с.
6. Маркиш М. Псевдоправославие. Вопросы и ответы. – М., 2011. – 184 с.
7. Прекуп И. О сквернословии в привычном и «достойном». – М., 2017. – 304 с.
8. Сорокин П. А. Кризис нашего времени // Сорокин П. А. Человек. Общество. Цивилизация. – М., 1992. — С. 425-504.

А. А. Шанина, студентка; В. В. Буланов, доцент
Кафедра философии и психологии с курсами биоэтики и истории Отечества
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Научный руководитель: д.ф.н., доцент В. В. Буланов

АГРЕССИЯ ПАЦИЕНТА И ЗАЩИТА ДОСТОИНСТВА ВРАЧА

Проблема защиты достоинства врача в ситуации агрессии со стороны пациента 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 их в больницах и на улицах городов. К сожалению, врач незащищен законом отдельно, в отличие от полицейских при исполнении служебных обязанностей.

Цель исследования: доказать, что стратегия защиты достоинства врача должна зависеть от типа агрессии пациента.

Задачи: во-первых, выявить специфику психологических истоков различных типов агрессии пациента, направленной на врача, во-вторых, сформулировать рекомендации по защите достоинства врача в ситуации агрессии со стороны пациента.

Материалы: выводы, полученные В. Франклом в ходе анализа его психотерапевтической практики.

Методы: герменевтический анализ, феноменологическая редукция.

Результаты и обсуждение: 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 сторону 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 экзистенциальный вакуум – чувство мучительной пустоты, которое, по В. Франклу, вызывается отсутствием смысла жизни [3, 25]. Оно так нестерпимо, что может стать причиной невротических заболеваний (так называемых ноогенных неврозов) [3, 25-26]. 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» [4, 21], даруемой конформизмом. У третьих – с неизбежным последствием притяжения постмодернистского релятивизма, в соответствии с

которым в современном мире все ценности уже утратили соответствие чему-либо и потому невозможна какая-либо оценка [1, 10-11].

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 Э. 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.» [3, 249]. Агрессия, провоцируемая уязвленным нарциссизмом, 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, отец, мать, религия, 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 [3, 270-271, 291].

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» [3, 365]. Садист так пытается компенсировать собственную неполноценность. Например, в Саратове пятеро мужчин осуществляли действия, направленные на изнасилование фельдшера. Эти мужчины проявили садистскую агрессию.

Э. Фромм также говорит о феномене некрофилии – остратном влечении ко всему мертвому, больному, страсти к разрушению ради разрушения [3, 417]. Некрофил проявляет агрессию, испытывая «желание превратить все живое в неживое» [3, 417], 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 Э. Фромму: достойные материальные условия жизни, удовлетворение основных потребностей населения, исчезновение господствующих классов. Это может быть достигнуто лишь в результате коренного преобразования всей социальной организации [3, 268-270], ведь у многих ее граждан ощущается экзистенциальный вакуум. А самое главное – это воспитание у российских пациентов биофилии – любви к жизни, это желание способствовать развитию, росту и расцвету любых форм жизни [3, 462].

Заключение: легче предотвратить возникновение агрессии, чтобы не допустить дальнейшего развития конфликта. Для врачей, сталкивающихся с разными проявлениями доброкачественной агрессии, 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.

Для защиты достоинства врачей, сталкивающихся с проявлениями злокачественной агрессии со стороны пациента, предлагается оборудовать их кабинеты тревожными кнопками для экстренного вызова сотрудников полиции.

Литература

1. Бодрийяр Ж. Прозрачность зла. 2-е изд. – М., 2006. – 258 с.
2. Франкл В. Человек перед вопросом о смысле// Франкл В. Человек в поисках смысла: Сборник. – М., 1990. – С. 24-44.
3. Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности. – Мн., 1999. – С. 9-606.
4. Фромм, Э. Здоровое общество// Фромм Э. Здоровое общество. Искусство любить. Душа человека. – М., 2007. – С. 9–330.

УДК: 616.24-037(083.41)

В. И. Шевцова, ассистент; Ю. А. Котова, доцент;
А. А. Зуйкова, профессор; С. П. Мелихова, ординатор

Кафедра поликлинической терапии

ФГБОУ ВО Воронежский ГМУ им. Н. Н. Бурденко Минздрава России, г. Воронеж, Россия
Научный руководитель: д.м.н., профессор А. А. Зуйкова

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ РЕГРЕССИОННЫХ МОДЕЛЕЙ РАСЧЕТА ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ХОБЛ

Ежегодное увеличение значений заболеваемости и смертности от хронической обструктивной болезни легких подтверждает значимость изучения и внедрения методов ранней диагностики и профилактики заболевания [1].

Выявить заболевание на доклиническом этапе возможно при изучении неспецифических биомаркеров [2]. Актуально исследование биомаркеров у людей с различным статусом курения, курильщиков с нормальной функцией внешнего дыхания, и больных ХОБЛ.

Цель исследования: изучение зависимости риска развития ХОБЛ от параметров анамнеза курения и уровня неспецифического маркера – уровня цинка в сыворотке крови.

Материалы и методы: исследование выполнено на базе ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, кафедры поликлинической терапии и общей врачебной практики, БУЗ ВО «ВГКБСМП № 8», ООО «МЦПП». В исследовании использованы результаты анкетирования и обследования 30 пациентов с установленным диагнозом ХОБЛ, без сопутствующей патологии, 20 мужчин и 10 женщин (средний возраст $55,8 \pm 6,78$ года), а также 90 здоровых людей, прошедших периодический медицинский осмотр 48 мужчин и 42 женщин (средний возраст $43,7 \pm 7,17$ года).

Обоснование выбора в качестве неспецифического маркера, способного отразить специфические патофизиологические изменения, микроэлемента цинка приведено в предыдущих работах [3, 4].

Для решения поставленной на данном этапе задачи зависимость риска развития ХОБЛ оценивалась методом бинарной логистической регрессии, который выполнялся в пакете программ IBM SPSS Statistics 20.0. Для проверки прогностической значимости модели был использован ROC-анализ.

Перед включением показателей в регрессионную модель оценивалась значимость отличий потенциальных показателей в группах исследования.

Результаты и обсуждение: в ходе исследования каждый пациент исходной выборки был отнесен к одной из двух групп: «здоровые» (86 человек) или «больные ХОБЛ» (34 человека). В качестве независимых переменных были определены 9 показателей: пол, возраст, отношение к курению, индекс курения, наличие кашля, одышки, уровень общего цинка и его фракций.

При использовании метода бинарной логистической регрессии высокая взаимосвязь была определена со всеми анамнестическими показателями и только с одним лабораторным – уровнем общего цинка в сыворотке крови.

Были предложены 3 математические модели. В первую при формировании регрессионного уравнения методом полного включения были использованы такие анамнестические показатели, как пол, возраст, отношение к курению, индекс курения, наличие кашля и одышки. Все эти показатели, согласно GOLD являются факторами риска развития данного заболевания. Во вторую прогностическую модель был включен единственный лабораторный показатель-уровень цинка, в третью – комбинация анамнестических показателей и уровня цинка.

В ходе проведения бинарной логистической регрессии были получены следующие регрессионные уравнения (таблица 1).

Таблица 1 - Регрессионные уравнения различных прогностических моделей

Модель	Регрессионное уравнение	Вероятность заболевания
1	$z=33,510-0,296\times G-0,251\times A+14,136\times S+0,033\times \text{ИК}-18,183\times C-19,463\times D$	$p = \frac{1}{1 + e^{-33,5100,296G-0,251A+14,136S+0,033\text{ИК}-18,183C-19,463D}}$
2	$z= - 13,877 + 1,005 \times \text{Zn}_{\text{общ}}$	$p = \frac{1}{1 + e^{-13,877+1,005 \times \text{Zn}_{\text{общ}}}}$
3	$z=17,155-0,288\times G-0,226\times A+16,379\times S+0,08\times \text{ИК}-17,584\times C-8,230\times D+0,693\times \text{Zn}_{\text{общ}}$	$p = \frac{1}{1 + e^{-17,1550,288G-0,226A+16,379S+0,08\text{ИК}-17,584C-8,230D+0,693\text{Zn}_{\text{общ}}}}$

где G – пол, (0 – муж, 1 – жен),

A – возраст (лет),

S – отношение к курению (1 – курит, 0 – нет)

ИК – индекс курения (пачка/лет),

C – наличие кашля (1 – кашляет, 0 – нет)

D – наличие одышки (1 – одышка есть, 0 – нет)

Zn_{общ} – значение общего цинка в сыворотке крови

p – вероятность заболевания, %

Полученные регрессионные уравнения были изучены с помощью ROC-анализа.

Показатели чувствительности (94 %), специфичности (98 %) третьей прогностической модели не только максимальны по сравнению с остальными, но, что особо ценно, они максимально сбалансированы между собой. Использование данной модели при скрининговых исследованиях исключает гипер- и гиподиагностику заболевания.

Использование третьей прогностической модели для построения прогноза персонафицированного риска развития ХОБЛ позволило практически полностью избежать расхождения между предсказанным и фактическим наличием заболевания ХОБЛ у наблюдаемых людей. При этом прогноз одинаково точен, как для больных ХОБЛ людей, так и для здоровых людей.

Выводы

1. При использовании метода бинарной логистической регрессии определена высокая взаимосвязь риска развития ХОБЛ с анамнестическими показателями и единственным лабораторным показателем – уровнем общего цинка в сыворотке крови.
2. Предложенные прогностические модели обладают высокими показателями специфичности и чувствительности, однако показатели 3 прогностической модели наиболее сбалансированы.
3. Наиболее оптимально в качестве скрининговой использовать комбинированную прогностическую модель (с включением анамнестических и лабораторных показателей).

Литература

1. The Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2014 // Available from: <http://www.goldcopd.org>.
2. Григорьева Н. Ю. ХОБЛ: новое о патогенетических механизмах / Н. Ю. Григорьева, А. Н. Кузнецов, Е. Г. Шарабрин // Современные технологии в медицине. – 2011. – №1. – С.112-116.
3. Шевцова В. И. Верификация роли цинка в патофизиологии хронической обструктивной болезни легких / В. И. Шевцова, А. А. Зуйкова, А. Н. Пашков [и др.] // Терапевтический архив. – 2018. – Т.90. – №3. – С. 33-37.
4. Шевцова В. И. Концентрация свободного и связанного цинка в крови лиц с различным статусом курения / В. И. Шевцова, А. А. Зуйкова// Архивъ внутренней медицины. – 2017. – Т. 7, №4.– С. 283-286.

УДК 618.14-006.6

М. А. Шевцова, студентка

Кафедра акушерства и гинекологии №1

ФГБОУ ВО Северо-Западный ГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России,

г. Санкт-Петербург, Россия

Научный руководитель: д.м.н., профессор В. А. Печеникова

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПАТОЛОГИИ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН В ПЕРИ- И ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Проблема патологии эндометрия характеризуется высокой популяционной распространенностью и онкологической настороженностью. Гиперпластическими процессами эндометрия в период перименопаузы и постменопаузы страдает более 15% женщин, у 5-10% из них заболевание трансформируется в раковое. Гиперпластические процессы могут стать причиной маточных кровотечений, но наиболее часто протекают бессимптомно.

Цель исследования: сопоставить значимость данных анамнеза, УЗИ органов малого таза и гистологического исследования соскобов в диагностике патологических процессов эндометрия.

Материалы и методы: изучены данные анамнеза, УЗИ органов малого таза, гистологического и цитологического исследования соскобов эндометрия 62 пациенток гинекологического отделения Клиники имени Петра Великого в возрасте от 50 до 81 года, которым проводилось раздельное диагностическое выскабливание в плановом и экстренном порядке

Результаты и обсуждение: по результатам гистологического исследования соскобов эндометрия пациентки были разделены на две группы: первая группа – 9 больных с диагностированным раком эндометрия, вторая – 53 с доброкачественными процессами эндометрия.

В первой группе средний возраст пациенток составил 68 лет. 89 % при поступлении предъявляли жалобы на кровомазанье, у 63 % выделения были обильными, у 25 % умеренными, у 12 % – скудными. 50 % пациенток отмечают наличие в анамнезе ГЭ больше года. Все они не получали ранее медикаментозного лечения по поводу ГЭ. 11 % посещали гинеколога раз в полгода, 33 % раз в год, 56 % реже, чем раз в год.

Среднее число беременностей в исследуемой группе 4. 70 % из них делали аборт, среднее количество абортов 4. Первичное бесплодие в анамнезе у 10 % женщин.

В общем анамнезе у 60 % пациенток из этой группы наблюдается ожирение, у 30 % сахарный диабет второго типа, у 20 % заболевания щитовидной железы (в т. ч. рак щитовидной железы) и молочных желез, 90 % страдает гипертонической болезнью и заболеваниями сердечно-сосудистой системы, у 60 % варикозная болезнь и вегетососудистая дистония.

На УЗИ органов малого таза у 100% наблюдалось утолщение эндометрия от 9,7 до 37 мм (в среднем 20,2 мм). У 30 % обнаружили полип эндометрия, у 30 % – миому матки.

В гистологическом материале у 90 % обнаружена аденокарцинома, у 10 % - плоскоклеточный рак.

Во второй группе средний возраст пациенток – 64 года. 30 % предъявляли жалобы на кровомазанье, у 33 % выделения были обильными, у 40 % умеренными, у 27 % скудными. 73 % пациенток отмечают наличие в анамнезе ГЭ больше года, при этом все они не получали ранее медикаментозного лечения по поводу ГЭ. 19 % посещали гинеколога раз в полгода, 52 % раз в год, 29 % посещали гинеколога реже, чем раз в год.

Среднее число беременностей в исследуемой группе 3,6. 81 % из них делали аборт, среднее количество абортов 2,5. Первичное бесплодие в анамнезе у 4 % женщин, вторичное у 10 %.

4 % пациенток выполнялось выскабливание в репродуктивном периоде по поводу НМЦ и патологии эндометрия. 60 % больных перенесли раздельное диагностическое выскабливание (48 % - до двух, 12 % - 3 и более) в пери и постменопаузе по поводу гиперплазии эндометрия по УЗИ (гистологически без атипии).

4 % пациенток отмечает наличие доброкачественных патологических процессов эндометрия у родственников, 20 % - рак эндометрия у родственников.

В общем анамнезе у 31 % пациенток наблюдается ожирение, у 19 % сахарный диабет второго типа, у 35 % заболевания щитовидной железы (в т.ч. рак щитовидной железы), 31 % - заболевания молочных желез (в т.ч. рак молочных желез), 58 % страдали гипертонической болезнью и заболеваниями сердечно-сосудистой системы, у 62 % варикозная болезнь, у 37 % - вегето-сосудистая дистония.

На УЗИ органов малого таза у 90 % наблюдается утолщение эндометрия от 10 до 31 (в среднем до 10,9 мм). У 38 % обнаружили полип эндометрия, у 40 % миому матки, у 10 % кисту яичника.

В гистологическом материале у 40 % обнаружен полип эндометрия, 51 % - железистая гиперплазия эндометрия без атипии, 9 % - отсутствует картина патологии эндометрия.

Заключение: для пациенток с гистологически верифицированным раком эндометрия характерны ациклические кровянистые выделения из половых путей в сочетании с утолщением эндометрия по данным УЗИ в среднем 20,2 мм, отягощенный соматический анамнез в виде метаболического синдрома и отсутствие предшествующего гиперпластического процесса эндометрия.

Литература

1. Гиперпластические процессы эндометрия: учебно-методическое пособие / В. А. Печеникова. — С.-Пб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2015. — 28 с.
2. Аномальные маточные кровотечения: структура патологических изменений эндометрия, вопросы патогенеза и тактики ведения / Ю. Ю. Табакман [и др.] // Проблемы репродукции. – 2013. – № 5. – С. 54-56.
3. Адамян, Л. В. Репродуктивные аспекты онкогинекологических заболеваний (обзор литературы) / Л. В. Адамян, В. Б. Носов // Проблемы репродукции. – 2009. – № 3. – С. 9-14.
4. Дисаи, Ф. Дж. Клиническая онкогинекология: в 3 т. / Ф. Дж. Дिसаи, У. Т. Крисман / Перевод с англ. под ред. Е. Г. Новиковой / М., 2011. – Т. 2.

5. Задонская, Ю. Н. Гиперпластические процессы эндометрия в перименопаузе: современные аспекты патогенеза и лечения: автореф. дис. ... канд. мед.наук / Ю. Н. Задонская. – М., 2009. – 20 с.
6. О тактике ведения больных с атипической гиперплазией эндометрия / О. А. Горных [и др.] // Проблемы репродукции. – 2014. – № 1. – С. 20-23.
7. Пушкарев, В. А. Гиперпластические процессы и рак эндометрия (клиника, диагностика, лечение): автореф. дис. ... д-ра мед.наук / В. А. Пушкарев. – Челябинск, 2007. – 38 с.
8. Гинекология. Национальное руководство / под ред. В. И. Кулакова, Г. М. Савельевой, И. Б. Манухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
9. Каппушева Л. М., Комарова С. В., Ибрагимова З. А., Коган О. М. Современные подходы к лечению больных с маточными кровотечениями в перименопаузе // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2005. — № 4 (3). — С. 54–56.
10. Подзолкова Н. М., Глазкова О. Л. Симптом. Синдром. Диагноз. Дифференциальная диагностика в гинекологии. — 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. — 520 с.
11. Тумилович Л. Г., Геворкян М. А. Справочник гинеколога-эндокринолога. – М.: Практическая медицина, 2010. — 208 с.

БЕРЕМЕННОСТЬ И РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Рак молочной железы (РМЖ) занимает 2-е место в структуре онкологической заболеваемости в Республике Беларусь. И хотя данная патология чаще встречается у женщин старше 65 лет, в последнее время отмечается тенденция к увеличению заболеваемости в более молодом возрасте – 16,9 % случаев и старше РМЖ приходится на женщин в репродуктивном периоде (15-49 лет) [1]. Также в настоящее время женщины стали выполнять репродуктивную функцию в более позднем возрасте. Поэтому РМЖ стал чаще выявляться на фоне беременности [3]. По данным ASMO частота выявления РМЖ во время беременности составляет 1 случай на 3000 беременностей [2].

Цель исследования: проанализировать течение РМЖ во время беременности, родов и послеродового периода у пациенток, у которых данная патология впервые была выявлена во время беременности и у пациенток, пролеченных по поводу РМЖ до беременности.

Задачи:

1. Определить средний возраст пациенток.
2. Определить молекулярно-генетические подтипы РМЖ.
3. Выявить наличие/отсутствие рецидива РМЖ во время беременности у ранее леченых пациенток.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ медицинских карт пациента со злокачественным заболеванием 25 женщин, наблюдавшихся в УЗ «МГКОД» с диагнозами РМЖ и беременность в период с 2013 по 2017 годы. Пациентки были разделены на 2 группы. В первой из них (13 случаев) беременность наступила после специального лечения, во второй (12 случаев) заболевание было впервые выявлено во время беременности.

Результаты и обсуждение: в первой группе средний возраст пациенток составил 36,7 лет. Диагноз онкологического заболевания в среднем был выставлен в возрасте 31,1 года. В I стадии РМЖ выявлялся у 36 % пациенток, во II - у 45 %, в III - у 19 %.

По молекулярной структуре РМЖ в данной группе пациентки распределились так: Her2/neu+ – у 60 %, люминальный В – у 20 %, триплет-негативный – у 20 %. Роды естественным путем происходили в 46 % случаев, в среднем в сроке 39 недель. Кесарево сечение проводилось в 54 % случаев, в среднем сроке 38 недель.

Всем пациенткам рекомендовалось подавление лактации бромкриптином/каберголином, однако одна из них настояла на грудном вскармливании.

У 23 % пациенток первой группы (3 случая) был выявлен рецидив заболевания во II триместре беременности. При этом в 2-х случаях - Her2/neu+ подтип и в 1-м случае – люминальный В подтип. У двоих пациенток родоразрешение проводилось путем кесарева сечения в сроке 29 и 34 недель. У одной пациентки была произведена амниотомия в 34 недели и роды проводились естественным путем. Беременность у этих пациенток после

постановки диагноза наступила через 2,6 года. Пациентки, рецидива заболевания у которых не наблюдалось, забеременели спустя 6 лет после выявления онкопатологии.

Средний возраст пациенток во второй группе составил 34,9 года. РМЖ в среднем был выявлен в 25,3 недели беременности. В I стадии болезнь находилась у 55 % пациенток, во II - у 18 %, в III - у 27 %.

По молекулярным подтипам РМЖ в данной группе пациентки распределились следующим образом: Her2/neu+ – у 45 % пациенток, люминальный В – у 36 %, триплет-негативный – у 19 %. В данной группе предпочтение отдавалось родоразрешению путем кесарева сечения – операция выполнялась в 75 % случаев (в среднем в сроке 36,1 недель). Естественным путем родоразрешались 25 % пациенток (средний срок - 38,3 недель). Всем пациенткам этой группы рекомендовалось исключение лактации.

Выводы

1. Средний возраст пациенток, забеременевших после специального лечения по поводу РМЖ – 36,7 года; пациенток, у которых заболевание было выявлено во время беременности – 34,9 года.
2. По молекулярным подтипам преобладает Her2/neu+: 60 % в первой группе и 45 % во второй.
3. Рецидив заболевания у пролеченных пациенток возник в 23 % случаев, при этом люминальный В подтип наблюдался только у 1 пациентки. Средний срок наступления беременности у таких пациенток после обнаружения РМЖ составил 2,6 года. В группе пациенток, рецидива у которых не наблюдалось, беременность наступила спустя 6 лет после постановки диагноза.

Литература

1. Статистика онкологических заболеваний 2007-2016 / А. Е.Океанов, П. И. Моисеев, Л. Ф. Левин [и др.]; под ред. О. Г.Суконко. – Минск: РНПЦ ОМР им. Н. Н. Александрова, 2017. – 286 с.
2. Breast cancer incidence trends in European women aged 20-39 years at diagnosis. / Merlo D. F., Ceppi M., Filiberti R., et al. // Breast Cancer Research and Treatment. - 2012. – 134. – P. 363–370.
3. Obstetrical deliveries associated with maternal malignancy in California, 1992 through 1997 / Smith L.H., Dalrymple J.L., Leiserowitz G.S., Danielsen B. et al. // American Journal Obstetrics and Gynecology. - 2001. – 184. – P. 1504–13.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ СВОБОДНЫХ ОРГАНИЧЕСКИХ КИСЛОТ В ЛИСТЬЯХ ОДУВАНЧИКА ЛЕКАРСТВЕННОГО

В последнее время все большую актуальность приобретает исследование химического состава дикорастущих растений, одним из которых является одуванчик лекарственный (*Taraxacum officinale*). Это многолетнее травянистое растение встречается в холодных, умеренных и субтропических зонах обоих полушарий. Одуванчик лекарственный характеризуется высокой скоростью роста надземной части, неприхотлив к климатическим условиям. Анализ литературы свидетельствует о наличии у данного растения уникального комплекса биологически активных веществ [1].

Корни одуванчика лекарственного входят в большинство мировых фармакопей, в том числе, в Государственную фармакопею Республики Беларусь. Это сырье обладает благоприятным действием на желудочно-кишечный тракт, оказывая желчегонное и спазмолитическое действия. Соответственно, заготовке подлежит лишь подземная часть, а надземная не используется. Однако в зарубежной медицине широко применяются не только корни, но и листья данного растения. Такое сырье включено в фармакопеи некоторых регионов и используется в качестве противовоспалительного и иммуномодулирующего средства, а также употребляется в пищу. Анализ литературных данных свидетельствует о том, что сведения о комплексе биологически активных веществ листьев одуванчика лекарственного, произрастающего в Республике Беларусь, весьма ограничены. Поэтому исследование фитохимического состава данного сырья – важная и актуальная задача [2].

В ходе исследований, проведенных ранее, в листьях одуванчика лекарственного установлено наличие целого комплекса биологически активных веществ [3, 4, 5, 6, 7, 8]. Извлечения из такого недорогого и доступного сырья можно вводить в состав косметических средств для проблемной, склонной к частым воспалениям, кожи. Одним из наиболее распространенных косметических продуктов является лосьон. Данное косметическое средство несложно в изготовлении и применении, т.к. наносится на кожу без втирания и действует непосредственно на эпидермис. Лосьон может сочетать в себе несколько функций по уходу за кожей: очищение, увлажнение, подсушивание и заживление небольших воспалений. Такой многофункциональный продукт особенно удобен для ухода за жирной кожей, т.к. ее не рекомендуется перегружать косметическими средствами [9].

В состав косметических средств нередко включаются органические кислоты: яблочная, лимонная, винная и щавелевая. Они выравнивают текстуру кожи, нейтрализуют действие ультрафиолетовых лучей и повышают эффективность остальных ингредиентов, входящих в состав косметических средств [9].

Цель исследования: определение содержания свободных органических кислот в листьях одуванчика лекарственного.

Материалы и методы: объектом исследования служили листья одуванчика лекарственного, собранные в 2018 г. в период цветения и плодоношения на территории Витебского района.

Количественное определение содержания органических кислот проводили по следующей методике [10]. Измельчали в ступке 10 г сырья до однородной массы. Растертую массу переносили в колбу, заливали 100 мл горячей дистиллированной воды (80°C) и нагревали на водяной бане в течение 1 часа при 80°C. Затем содержимое колбы охлаждали, фильтровали и доводили объем экстракта до 100 мл. Пипеткой отбирали 20 мл вытяжки и переносили в коническую колбу, туда же добавляли 2 капли фенолфталеина. Оттитровывали вытяжку 0,1 н раствором щелочи. Кислотность вычисляли по формуле:

$$x = \frac{a \times V}{V_1 \times m} \times 100\%$$
, где

x – кислотность исследуемого объекта, %;

a – количество 0,1н раствора щелочи, пошедшей на титрование, мл;

V – общий объем вытяжки, мл;

V₁ – объем вытяжки, взятый для титрования, мл

Для выражения результата для одной из главных органических кислот x умножают на расчетный коэффициент. 1мл 0,1н раствора щелочи соответствует 7,5 мг винной, 6,7 мг яблочной, 6,4 мг лимонной, 4,5 мг щавелевой кислот. [10].

Результаты и обсуждение: органические кислоты содержатся в любой растительной ткани, но максимальное их количество накапливается, главным образом, в плодах и листьях. Органические кислоты, более, чем какие либо-соединения, определяют характерный вкус плодов и листьев. Также они выполняют целый ряд жизненно важных функций. Винная кислота вступает в реакции с радиоактивными элементами, ускоряя их выведение, и увеличивает скорость протекания обменных процессов. У человека данное вещество повышает упругость кожных покровов и усиливает синтез коллагена. Яблочная кислота участвует в одном из важнейших биохимических процессов, протекающих в организме – цикле трикарбоновых кислот. Наряду с винной, яблочная кислота усиливает синтез коллагена, оказывает наружное противовоспалительное действие, восстанавливает кислотно-щелочной баланс кожи, ускоряет заживление микротрещин. Также данное соединение обладает отбеливающими свойствами, следовательно, может применяться для осветления пигментных пятен. Лимонная кислота, как и яблочная, необходима для осуществления превращений в цикле трикарбоновых кислот. Также она обладает хорошо выраженными антиоксидантными и бактерицидными свойствами, способствует более быстрому заживлению мелких воспалительных процессов, проявляет отбеливающие свойства. Щавелевая кислота – промежуточный продукт метаболизма, обладающий бактерицидными свойствами. Наряду с яблочной и лимонной кислотой, проявляет отбеливающие свойства.

Результаты исследования представлены в таблице 1.

Как видно из таблицы, кислотность сырья, а, следовательно, и содержание свободных органических кислот, достоверно выше в листьях одуванчика, собранных в период плодоношения растения, чем в сырье, собранном в период цветения, в 3 раза. Это связано с особенностями сезонного накопления органических кислот. Следовательно, листья

одуванчиков наиболее рационально заготавливать в период плодоношения, так как содержание органических кислот будет выше.

Таблица 1 – Кислотность и содержание свободных органических кислот в листьях *T. officinale*, собранных в 2018 году, %

Вегетационная фаза	x %	Содержание винной кислоты на 1г сырья, мг	Содержание яблочной кислоты на 1г сырья, мг	Содержание лимонной кислоты на 1г сырья, мг	Содержание щавелевой кислоты на 1г сырья, мг
Цветение	0,20±0,01	1,50±0,03	1,34±0,03	1,28±0,03	0,9±0,03
Плодоношение	0,60±0,02*	4,50±0,10*	4,02±0,10*	3,84±0,10*	2,70±0,10*
Примечание: * – p < 0,05 по сравнению с вегетационной фазой «плодоношение»					

Анализ литературных данных свидетельствует о том, что органические кислоты, содержащиеся в листьях одуванчика лекарственного, оказывают целый ряд действий на кожу: противовоспалительное, бактерицидное, отбеливающие, антиоксидантное. Следовательно, извлечения из такого доступного и недорогого сырья могут быть введены в состав косметических лосьонов, используемых для ухода за жирной, проблемной, склонной к частым воспалительным процессам, коже.

Заключение: в последнее время, несмотря на большое количество синтетических косметических средств, интерес к растительным средствам становится более актуальным. Это связано с дешевизной и доступностью сырья, а также более редкими и мягкими побочными эффектами.

Литература

1. Куркин, В. А., Петрухина И. К. Актуальные аспекты создания импортозамещающих лекарственных растительных препаратов // *Фундаментальные исследования*. – 2014. – №11 – С. 366-371.
2. Тигунцева, Н. П., Воробьева, Р. А., Евстафьев С. Н. Биологически активные вещества одуванчика лекарственного *Taraxacum Officinale* // *Перспективы развития технологии переработки углеводородных, растительных и минеральных ресурсов: материалы докл. науч.-практ конф. с междунар. участием*. – Иркутск, 2013. – С. 183-185.
3. 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.
4. Shenderova, K. Quantitative determination of the flavonoid amount in leaves of *Taraxacum officinale* depending on conditions of disease/ K. Shenderova // *The Youth of the 21th Century: Education, Science, Innovations: Proceedings of IV International Conference for Students, Postgraduates and Young Scientists*. – Vitebsk: Vitebsk State P. M. Masherov University, 2017. – P. 46-49.

5. Шендерова, Е. С., Толкачева, Т. А. Количественное определение суммы фенольных соединений в листьях одуванчика лекарственного / Е. С. Шендерова, Т. А. Толкачева // Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармации: материалы 73-ой научной сессии ВГМУ (29-30 января 2018 года): в 2 ч. Ч. 2. – Витебск: ВГМУ, 2018. – С. 453-455.
6. Шендерова, Е. С. Содержание восстановленного и окисленного рибофлавина в листьях одуванчика лекарственного / Е. С. Шендерова, Т. А. Толкачева // Наука – образованию, производству, экономике: материалы XXIII(70) Региональной научно-практической конференции преподавателей, научных сотрудников и аспирантов, Витебск, 15 февраля 2018 г.: в 2 т. / Витеб. гос. ун-т; редкол.: И. М. Прищепа (гл. ред.) [и др.]. – Витебск: ВГУ имени П. М. Машерова, 2018. – Т. 1. – С. 108-109.
7. Шендерова, Е. С. Количественное определение тимола в листьях одуванчика лекарственного / Е. С. Шендерова // Молодость. Интеллект. Инициатива: материалы VI Международной научно-практической конференции студентов и магистрантов, Витебск, 19 апреля 2018 г. – Витеб. Гос. ун-т; редкол.: И. М. Прищепа (гл. ред.) [и др.]. – Витебск: ВГУ имени П. М. Машерова, 2018. – С. 107-108.
8. Шендерова, Е. С. Определение типов флавоноидов, содержащихся в листьях одуванчика лекарственного при помощи качественных реакций / Е. С. Шендерова // Материалы 66-й Всероссийской научной конференции молодых ученых и студентов с международным участием. – Махачкала: ИПЦ ДГМУ, 2018. – С. 439-443.
9. Самуйлова, Л. В. Косметическая химия: учеб. издание / Л. В. Самуйлова, Т. В. Пучкова. – М.: Школа косметических химиков, 2005. – 336 с.
10. Филиппова, Г. Г. Биохимия растений: метод рекомендации к лабораторным занятиям, задания для самостоятельной работы студентов / Г. Г. Филиппова, И. И. Смолич. – Мн.: БГУ, 2004. – 60 с.

УДК 615.322:582.998.4

Е. С. Шендерова, магистрант

Кафедра химии

УО Витебский ГУ имени П. М. Машерова, г. Витебск, Республика Беларусь

Научный руководитель: к.б.н., доцент Т. А. Толкачева

СОДЕРЖАНИЕ И НАКОПЛЕНИЕ ФЛАВОНОИДОВ В ЛИСТЬЯХ ОДУВАНЧИКА ЛЕКАРСТВЕННОГО

В последнее время в рамках Стратегии «Наука и технологии 2018-2040», принятой в Республике Беларусь, повышенное внимание уделяется разработке лечебно-профилактических препаратов, косметических средств, продуктов функционального, детского и геродиетического питания. Для этого проводятся исследования химического состава дикорастущих растений, одним из которых является одуванчик лекарственный – многолетнее травянистое растение, широко распространенное в холодных, умеренных и субтропических зонах обоих полушарий [1]. Интерес к одуванчику объясняется не только его биологическими особенностями, такими как высокая скорость роста надземной части и неприхотливость к климатическим условиям, но и наличием уникального комплекса биологически активных веществ [2]. Корни одуванчика лекарственного включены в большинство фармакопей мира, в том числе, в Государственную фармакопею Республики Беларусь. Их используют в качестве спазмолитического и желчегонного средства, для повышения аппетита и улучшения работы пищеварительной системы [3]. Соответственно, заготовке подлежит лишь подземная часть, а надземная отбрасывается. Однако в зарубежной медицине широко применяются не только корни, но и листья данного растения. В ряде стран такое сырье используется в качестве противовоспалительного и иммуномодулирующего средства, а также употребляется в пищу.

Анализ литературы свидетельствует о том, что сведения о химическом составе листьев одуванчика лекарственного, произрастающего в Республике Беларусь, весьма ограничены. Поэтому изучение биологически активных веществ, полученных из его листьев, является важной и актуальной задачей современной фитохимии [2-6].

Цель исследования: определение суммы флавоноидов, их состава и особенностей накопления в зависимости от гидрометеорологических условий в листьях одуванчика лекарственного.

Материалы и методы: объектом исследования служили листья одуванчика лекарственного, собранные весной 2017 и 2018 гг в деревне Улановичи Витебского района. Заготовку сырья проводили на хорошо освещенном участке, т.к. свет – один из факторов, влияющий на накопление флавоноидов в листьях.

Количественное определение суммы флавоноидов проводили по следующей методике [7]. К 0,5 г сырья добавляли 10 мл 96 % этанола, отстаивали в течение суток, фильтровали через бумажный фильтр. Экстракт сливали, материал заливали 10 мл 70 % этанола, ставили на водяную баню на 30 минут. Извлечения объединяли, доводили 70 % этанолом до 10 мл. К 0.1 мл извлечения добавляли 5 мл 0.05 М раствор хлорида алюминия в этаноле, оставляли на

30 минут. Измеряли оптическую плотность полученных извлечений при длине волны 410 нм. В качестве стандарта использовали 0,05 М раствор алюминия хлорида в этаноле.

Далее по формуле рассчитали содержание суммы флавоноидов в процентах (в пересчете на гликозиды кверцетина) [7]:

$$X = (E \cdot V_1 \cdot V_2 \cdot 100) / (V_3 \cdot m \cdot (100 - W) \cdot \epsilon), \text{ где}$$

X – содержание суммы флавоноидов, %;

E – оптическая плотность исследуемого раствора;

ϵ – удельный показатель поглощения гликозидов кверцетина в комплексе с алюминия хлоридом в этаноле (при длине волны 410 нм), равный 330;

V_1 – объем экстракта, мл;

V_2 – объем раствора для спектрофотометрирования, мл;

V_3 – объем экстракта, взятый для определения, мл;

M – масса сырья, г;

W – потеря в массе при высушивании сырья, % [7].

С полученными извлечениями проводили качественные химические реакции [8, 9].

Результаты и обсуждение: флавоноиды привлекают внимание исследователей как физиологически активные вещества с разносторонним спектром действия. Они являются синергистами витамина С и участвуют в регуляции синтеза коллагена, ингибируя фермент гиалуронидазу. Это приводит к стабилизации межклеточной соединительной ткани и стенок сосудов. Флавоноиды обладают детоксицирующим действием, способны связывать тяжелые металлы, защищают гормоны от окисления. Также они выполняют антиоксидантное, противовоспалительное, антиканцерогенное, антитромботическое, сосудопротекторное, противоязвенное, антиаллергическое, радиопротекторное, противоотечное, спазмолитическое, сахароснижающее и желчегонное действия на организм человека. Данные биологически активные вещества корректируют микроциркуляцию крови и лимфы, укрепляют стенки капилляров, защищают от кровоизлияний, уменьшают агрегацию тромбоцитов, а также ингибируют перекисное окисление липидов.

Результаты исследования представлены в таблицах 1, 2 и 3.

Таблица 1 – Содержание суммы флавоноидов в листьях *T. officinale*, собранных в 2017 году

Место сбора	X %
Смешанный лес	0,64±0,09
Берег реки Западная Двина	2,49±0,25*
Примечание: * – p<0,05 по сравнению с местом сбора «смешанный лес»	

Таблица 2 – Содержание суммы флавоноидов в листьях *T. officinale*, собранных в 2018 году

Место сбора	X %
Смешанный лес	0,69±0,11
Берег реки Западная Двина	2,78±0,39*
Примечание: * – p<0,05 по сравнению с местом сбора «смешанный лес»	

Таблица 3 – Результаты проведения качественных реакций на флавоноиды в извлечениях из листьев *T. officinale*, собранных в 2017 и 2018 годах

Наименование реакции	Цианидиновая проба	Реакция с аммиаком	Борно-лимонная реакция	Реакция с хлоридом алюминия
Извлечения из сырья, собранного в 2017, 2018 гг.	+	+(желтое окрашивание)	+	+

Как видно из таблиц 1 и 2, содержание суммы флавоноидов достоверно выше в листьях одуванчика, собранных в мае 2018 г. чем в аналогичный период времени 2017 г. в 1,07 раз (затененный участок) и в 1,12 раз (хорошо освещенный участок). Это связано с влиянием гидрометеорологических условий, т.к. май 2017 г. в Республике Беларусь характеризовался неустойчивым температурным режимом, частыми заморозками и осадками в виде мокрого снега. Среднемесячная температура составила +12,08°C. Май 2018 г. отмечен повышенным температурным режимом и дефицитом осадков. Среднемесячная температура составила +16,14°C. Таким образом, проведенные исследования показали, что на накопление флавоноидов влияет не только солнечный свет, но и гидрометеорологические условия. Следовательно, данное сырье наиболее рационально заготавливать на хорошо освещенных участках в условиях повышенного температурного режима и дефицита осадков.

Из таблицы 3 видно, что все качественные реакции прошли с обоими извлечениями. Следовательно, в листьях данного растения независимо от гидрометеорологических условий накапливаются идентичные типы флавоноидов.

Анализ литературных данных свидетельствует о том, что флавоноиды, содержащиеся в листьях одуванчика лекарственного, способствуют заживлению мелких воспалительных процессов. Экстракты, полученные из листьев одуванчика, могут применяться внутрь (для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта) и наружно (в стоматологии, дерматологии, оториноларингологии). Извлечения из такого доступного и недорогого сырья могут быть введены в состав косметических лосьонов, используемых для ухода за жирной кожей, и зубных паст, применяемых при повышенной кровоточивости десен.

Заключение: в последние десятилетия, несмотря на большое количество синтетических лекарственных средств, и косметических продуктов, интерес к средствам народной медицины не исчез, а наоборот, возродился, что объясняется ростом аллергических реакций на использование синтетической продукции. Известно, что применение средств растительного происхождения, прежде всего, объясняется их высокой биологической активностью. Природные химические соединения, как правило, являются биосовместимыми с человеческим организмом, по сравнению с их синтетическими аналогами. Это в свою очередь, позволяет успешно применять биологически активные вещества, полученные из растений в различных отраслях медицины и косметологии.

Литература

1. Куркин, В. А., Петрухина И. К. Актуальные аспекты создания импортозамещающих лекарственных растительных препаратов // *Фундаментальные исследования*. – 2014. – №11. – С. 366-371.
2. Тигунцева, Н. П., Воробьева, Р. А., Евстафьев С. Н. Биологически активные вещества одуванчика лекарственного *Taraxacum Officinale* // *Перспективы развития технологии переработки углеводородных, растительных и минеральных ресурсов: материалы докл. науч.-практ. конф. с междунар. участием*. – Иркутск, 2013. – С. 183-185.
3. Куркин, В. А. Основы фитотерапии: Учебное пособие. – Самара: ООО «Офорт», ГОУ ВПО «СамГМУ Росздрава», 2009. – 963 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. Шендерова, Е. С., Толкачева, Т. А. Количественное определение суммы фенольных соединений в листьях одуванчика лекарственного / Е. С. Шендерова, Т. А. Толкачева // *Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармации: материалы 73-й научной сессии ВГМУ (29-30 января 2018 года): в 2 ч. Ч. 2*. – Витебск: ВГМУ, 2018. – С. 453-455.
6. Shenderova, K. Quantitative determination of the flavonoid amount in leaves of *Taraxacum officinale* depending on conditions of disease/ K. Shenderova // *The Youth of the 21th Century: Education, Science, Innovations: Proceedings of IV International Conference for Students, Postgraduates and Young Scientists*. – Vitebsk: Vitebsk State P.M. Masherov University, 2017. – P. 46-49.
7. Толкачева, Т. А. Защитные реакции растительных объектов при стрессе и методы их оценки / Толкачева Т. А., Морозова И. М., Ляхович Г. В. // *Современные проблемы биохимии. Методы исследований: учеб. пособие* / Е. В. Барковский [и др.]; под ред. проф. А. А. Чиркина. – Минск: Высш. шк., 2013. – С. 438-469.
8. Шендерова, Е. С. Определение типов флавоноидов, содержащихся в листьях одуванчика лекарственного при помощи качественных реакций / Е.С. Шендерова // *Материалы 66-й Всероссийской научной конференции молодых ученых и студентов с международным участием*. – Махачкала: ИПЦ ДГМУ, 2018. – С. 439-443.
9. Руководство к практическим занятиям по фармакогнозии: Учебное пособие / Под ред. И. А. Самылиной, А. А. Сорокиной. – М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2007. – 672 с.

Д. А. Шуненков¹, аспирант; А. В. Худяков¹, заведующий кафедрой;
И. Д. Герасимова², врач-психиатр.

¹ - Кафедра психиатрии, наркологии, психотерапии ИПО

ФГБОУ ВО Ивановская ГМА Минздрава России, г. Иваново, Россия

² - ОБУЗ «ОКПБ «Богородское», с. Богородское Ивановской области, Россия

АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И СУИЦИД В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ – РОЛЬ ГЕЛОТОФОБИИ. КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Гелотофобией называется описанный М. Титцем патологический страх показаться смешным [1]. Высокие значения гелотофобии часто связаны с социальной дезадаптацией. По результатам исследований, в целом, в группе больных психическими расстройствами гелотофобия чаще имеет высокие значения [2]. Несмотря на то, что впервые феномен гелотофобии был выделен на клиническом материале, его исследование преимущественно проводится в контексте дифференциальных различий у здоровых людей. Учитывая различия в ее проявлениях у здоровых, трудно сказать, насколько эти результаты можно экстраполировать на больных с психическими расстройствами, что обуславливает необходимость дальнейшего изучения гелотофобии в клинике [3]. Вместе с тем, имеющиеся исследования психологических механизмов, обуславливающих антивитаальные переживания, формирующих антивитаальные замыслы и приготовления в подростковом возрасте, свидетельствуют о том, что гелотофобия может играть значительную роль в данных процессах [4]. В данном сообщении мы приводим пример подтверждающий это утверждение.

Пациентка О., 1998 г. р. Из анамнеза: дедушка страдал алкоголизмом, брат бабушки покончил жизнь самоубийством (причины неизвестны). Единственный ребенок в семье, отец был убит, когда ей был один год. Воспитывалась матерью и бабушкой в условиях гиперопеки с применением физических наказаний. В младших классах часто болела простудными заболеваниями. В школу пошла в возрасте 7 лет, училась удовлетворительно. В первом классе не сложились отношения с учителем: «я ей не нравилась, обзывала меня дурой, в связи с этим я в первом классе училась на одни двойки». Отношения с одноклассниками также не складывались, они ее оскорбляли и унижали, так как «я делаю спонтанные действия, например, во время прогулки могу залезть на дерево, потому что мне так захотелось». Однажды в возрасте 8 лет после очередного конфликта появились мысли о суициде, приготовила петлю, которую закрепила на электрошнуре от люстры, однако не могла решиться на самоповешение. В старших классах попыталась наладить отношения с одноклассниками, а они потребовали от нее выпить алкоголь, за ее отказ вновь начали ее унижать. Однако в это время сумела подружиться с двумя одноклассницами, отношения с ними поддерживает до настоящего времени. В 13 лет возник первый депрессивный эпизод, когда «лежала на кровати, не могла вставать, постоянно плакала, было плохое настроение», в школу ходила с трудом, часто отпрашивалась с уроков, имела задолженности. Это состояние продолжалось около полугода, сменившись в дальнейшем состоянием слегка сниженного настроения. В возрасте 15 лет встречалась с молодым человеком: «он приставал ко мне,

принудил к половому акту, потом просил все больше и больше, а мне было больно, и мы расстались». С 15 страдает булимией, которая чередовалась с анорексией: вызывала рвоту после каждого приема пищи или старалась не есть совсем, иногда рвота возникала произвольно. Свое поведение объясняла тем, что «хотела быть красивой, худой, такой как в детстве, чтобы меня любили родные, а я - жирная свинья, жир везде свисает». Считала, что все над ней смеются из-за непривлекательной внешности. После приступов переедания наносила себе самоповреждения путем порезов в качестве наказания. В дальнейшем с помощью самопорезов снимала эмоциональное напряжение. После окончания 11 классов школы поступила в медицинский колледж на специальность фельдшер. В колледже отношения с одноклассниками были плохие, они обижали, оскорбляли, не понимали ее. Отмечала, что в колледже стала рассеянной, засыпала на лекциях. Проживала в общежитии с соседкой. В возрасте 17 лет (в 2015 году) развился первый гипоманиакальный эпизод, во время которого настроение было неадекватно повышенным, стала активной, совершала рискованные и неадекватные поступки, к которым привлекала подругу (залезали в чужой дом, на высотные здания, прыгали с моста, украшали лужи тюльпанами). Данное состояние продолжалось около 5 месяцев, сменившись субдепрессивным состоянием. В этом состоянии 1 апреля 2016 года совершила в магазине кражу бритвенных станков, киндер-сюрприза и других мелких товаров: «я захотела и взяла, мама редко покупает мне вкусные продукты». Обсуждалась на комиссии по делам несовершеннолетних, назначался штраф. На следующий день после произошедшего выпила горсть таблеток, была двукратная рвота и сонливость в течение дня, о содеянном знали только друзья, с которыми общалась на тот момент в социальных сетях. Уверяла, что «не могла больше выносить себя, очень хотелось похудеть, я была совсем одинока, мама мне вралла, что любит, я для нее обуза». В октябре 2016 года нанесла себе порез в области левого предплечья, мотивировала тем, что «хотелось умереть, так как я ничтожна, как и вся моя жизнь». В это время дома была подруга, которая сообщила о содеянном матери: «я хотела себя наказать, что ем, что тупая». Накладывались швы в травмпункте, смогла убедить врача, что случайно порезалась, к психиатру направлена не была. В июне 2015 года познакомилась в соцсетях с психотерапевтом, который пригласил ее посещать психотерапевтические группы, использующие методы гуманистического направления, которые посещает нерегулярно до настоящего времени (1-2 раза в течение полугода), отмечает положительное влияние групп: «там меня вытаскивали, мне помогают, и я помогаю другим». Утверждала, что устала принимать решения сама. В ноябре 2016 года самостоятельно обратилась к участковому психиатру с жалобами на страхи, тревогу, ненависть к своему телу, усиленный аппетит, нарушение сна, нежелание жить. Была направлена на стационарное лечение в Ивановскую областную психиатрическую больницу. Находилась на стационарном лечении в общепсихиатрическом отделении с 12.11.16 г. по 18.12.16 г. На тот момент психологом выявлялись признаки истерического радикала, наблюдались признаки дисморфофобии, эмоциональной зависимости, потребности особого внимания, отмечалось, что для личности присуща неустойчивая самооценка, является личностно и эмоционально незрелой, выявлены признаки депрессивного состояния, нарушений мышления не отмечалось. Установлен диагноз «Истерическое расстройство личности». Вероятной причиной первоначального диагноза явилось отсутствие четко очерченных аффективных фаз, а проявления субдепрессии были расценены как

поведенческие изменения. С улучшением была выписана домой в сопровождении матери. После выписки регулярно посещала психиатра, принимала поддерживающее лечение (неулептил, амитриптилин, циклодол). Проживала в общежитии, с соседкой отношения не поддерживала «только привет-пока». Находилась в академическом отпуске в связи с заболеванием, на учебу должна была выйти в сентябре, работала на ставку санитаркой. В это время ела очень мало, 1 раз в 3 недели вызывала рвоту: «бывали приступы переедания, ела много сладостей». Ухудшение состояния отмечала в течение 2-х недель, после сложностей на работе («устала»), нарушился сон, отмечала трудности засыпания, частые пробуждения, снизился фон настроения, появились беспричинные страхи, тревога. За месяц до госпитализации стала наносить самоповреждения на предплечьях и бедрах: «я не справляюсь, наказываю себя так». Была госпитализирована в добровольном порядке. Лечилась с 09.04.17г. по 14.05.17 г. неулептилом и эглонилом с диагнозом: «Истерическое расстройство личности, декомпенсация». Выписана домой с улучшением. После выписки из больницы учебу бросила, т. к. «перестала справляться». Не работала, находилась на иждивении у матери. Ухудшение психического состояния отмечалось с сентября 2017 г.: «устала», нарушился сон, отмечала трудности засыпания, частые пробуждения, снизился фон настроения, появились беспричинные страхи, тревога. За день до очередной госпитализации выпила более 10 таблеток феназепама: «чтобы узнать побочный эффект». Была направлена на стационарное лечение, которое проходила с 07.10.17 г. по 20.12.17 г. Назначались оланзапин, пароксетин, клозапин, амитриптилин, хлорпромазин, хлорпротиксен, вальпроевая кислота. На фоне лечения состояние улучшилось, настроение выровнялось, были купированы суицидальные тенденции. Установлен диагноз: «Циклотимия». Для стабилизации состояния была переведена в дневной стационар с последующим амбулаторным наблюдением. В конце 2017 года развился очередной гипоманиакальный эпизод, продолжавшийся около 4-х месяцев. В этот период вышла замуж за мужчину, с которым встречалась около 3-х лет. Муж старше на 8 лет. Со слов пациентки также страдает психическим расстройством (тревожное расстройство личности). Уехали с мужем в Подмосковье. После свадьбы муж изменился по характеру, стал проявлять агрессию, «физическое и эмоциональное» насилие в отношении пациентки, а также наносил сам себе глубокие ножевые повреждения. На фоне такой ситуации состояние ухудшилось. По рекомендации психиатра (консультация по телефону), обратилась в диспансер по месту нахождения, была направлена на стационарное лечение. Лечилась в апреле 2018 г. в психиатрической больнице г. Москвы, была выписана без значительного улучшения. Дома состояние продолжало усугубляться, появились мысли о нежелании жить, в связи с чем, в мае совершила суицидальную попытку: приняла 1,5 упаковки амитриптилина, предварительно изучала в интернете летальные дозы данного препарата. Была госпитализирована в реанимационное отделение. На следующий день после выписки собрала вещи и уехала от мужа к матери в Иваново. Наблюдалась у психиатра частным образом, принимала труксал, феназепам, торин, с некоторым улучшением. В июне состояние резко изменилось: настроение стало повышенным, снизилась потребность во сне, стала активной, деятельной. В таком состоянии совершала «ненормальные поступки»: прыгнула с парашютом, сделала татуировку, переспала с двумя незнакомыми молодыми людьми, была излишне активна, энергична, почти не спала ночью. Это состояние продолжалось около трех

недель. Со слов пациентки в июне устроилась на работу в РЖД, но была уволена за прогул, отработав только 2 недели. Настоящее ухудшение за 2 недели до госпитализации: вновь снизилось настроение, появилась грусть, нарушился сон, стала заторможена, рассеянна, ухудшился аппетит, появлялись мысли о нежелании жить. Направлена психиатром на стационарное лечение с 05.07.18., на что дала письменное согласие.

Психический статус. При осмотре жалобы толком сформулировать не может – «грустно», «не могу разобраться в себе, объяснить, что не так». Мимика бедная, голос монотонный, без эмоциональной окраски. На вопросы отвечает формально, в плане заданного. Сидит в закрытой позе, руки скрещены, зажата. Внешний вид опрятный. Достаточно подробно описывает депрессивные и маниакальные эпизоды за последний год. С некоторой стыдливостью рассказывает о поступках, совершенных в состоянии мании. По характеру считает себя чувствительной, замкнутой, ранимой, остро реагирует на насмешки окружающих: «не люблю, когда надо мной подшучивают, и сама не склонна шутить над другими». Мышление по темпу несколько замедлено, без структурных расстройств. Бредовых идей не высказывает. Память и интеллект соответствует возрасту и полученному образованию. Внимание неустойчивое, рассеянна. Фон настроения несколько снижен, эмоционально лабильна, жалуется на тревогу, страхи. Суицидальные мысли на момент осмотра отрицает, утверждает, что вовремя обратилась к врачу. Ночами спит плохо, аппетит снижен. Критика к болезни и поведению снижена. В отделении режим соблюдает. Держится одиноко, отстраненно ото всех, общается только с одной пациенткой своего возраста. Переживания подробно не раскрывает. Жалуется на тревогу, страх, заторможенность, рассеянность, трудности в формулировании своих мыслей. Эмоционально неустойчива, тревожна, вечерами часто плачет. Кушает мало, выборочно, объясняет это плохим аппетитом, «всегда мало ем», «заставляю себя, как могу». Не отрицает, что бывают мысли о нежелании жить, но намерений нет, настроена на лечение, хочет поправиться, восстановиться на учебе. Читает медицинскую литературу. Отмечает, что с 13 лет полностью здоровой не была, были только временные улучшения под влиянием лечения или спонтанные. Была обследована: в обычных анализах – без патологии. Гинеколог: нарушение менструальной функции. Невролог: ВСД на фоне РЭП. Медицинский психолог от 10.09.18 — на момент обследования выявлены признаки сочетания в структуре личности демонстративного, тревожного, экзальтированного компонентов. Эмоциональный фон лабилен. Результаты тестового обследования: УНП: высокий уровень невротизации (-82 б), высокий уровень психопатизации (-14 б.) Опросник Шмишека: выявлены типы акцентуаций: экзальтированный (24 б), дистимический (21 б), эмотивный (21 б), возбудимый (15 б). HADS: клинически выраженная тревога (14 б) и депрессия (11 б). Опросник PhoPhiKat<30> [5]: высокий уровень гелотофобии (3,7 б), низкий уровень гелотофилии (склонности выставлять себя объектом юмора и смеха) (1,3 б) и катагеластизма (склонности высмеивать окружающих) (1,2 б). Получала лечение хлорпротиксеном, вальпроевой кислотой, феназепамом, оланзапином, амитриптилином без выраженного улучшения.

Заключение: в приведенном клиническом примере мы можем видеть развитие эндогенного аффективного заболевания (циклотимии) с течением типа continua. Гелотофобия, присущая больной, могла способствовать усилению антивитальных тенденций в период депрессивных фаз. Приведенный пример показывает, что необходимо оценивать

уровень страха насмешки у больных аффективными расстройствами, так как это может способствовать не только получению информации о повышенном риске суицидального поведения, но и активизировать процесс психотерапии, где выявленная гелотофобия может явиться одной из психотерапевтических мишеней.

Литература

1. Titze, M. Gelotophobia: The fear of being laughed at/M. Titze // *Humor: Int. J. of Humor Research*. – 2009. – Iss. 22 (1–2). – P. 27–48.
2. Стефаненко Е. А. Психологические особенности гелотофобии (страха насмешки) при шизофрении и аффективных расстройствах: дис. ... канд. психол. наук. – М., 2014. – 162 с.
3. Иванова Е. М. Психопатология и чувство юмора/ Е. М. Иванова, С. Н. Ениколопов // *Современная терапия психических расстройств*. – 2009. – № 1. – С. 19–24.
4. Сагалакова О. А. Клинико–психологические и психолого–социальные механизмы антивитального поведения несовершеннолетних в алтайском крае / Сагалакова О. А., Труевцев Д. В. // *Universum: психология и образование*. – 2014. – № 12 (11). – С. 3.
5. Иванова Е. М. Русскоязычная адаптация опросника гелотофобии, гелотофилии и катагеластизма Pho Phi Kat / Иванова Е. М., Макогон И. К., Стефаненко Е. А., Ениколопов С. Н., Пройер Р., Рух В. // *Вопросы психологии*. – 2016. – № 2. – С. 162–171.

О. Г. Шуст, доцент; С. И. Калинин, М. Ю. Сафронова, студенты
Кафедра патологической физиологии
Белорусский ГМУ, г. Минск, Республика Беларусь

ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНАЯ МЕМБРАННАЯ ОКСИГЕНАЦИЯ КАК МЕТОД ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ

Цель исследования: определение патофизиологических аспектов искусственного кровообращения с использованием метода экстракорпоральной мембранной оксигенации.

Материалы и методы: анализ историй болезни пациентов кардиохирургического профиля, этапом лечения которых была экстракорпоральная мембранная оксигенация, разбор клинического случая, анализ русскоязычной и зарубежной медицинской литературы.

Результаты и обсуждение: экстракорпоральная мембранная оксигенация (ЭКМО) – это метод временной (от нескольких дней до нескольких месяцев) поддержки и/или замещения газообменной функции легких и функции сердца, заключающийся в заборе венозной крови больного с последующей ее оксигенацией и возвратом в циркуляторное русло либо через вену, либо через артерию [1].

Существует несколько методик подключения аппарата ЭКМО, то есть канюляции, к которым относятся: вено-артериальная канюляция (центральная и периферическая), вено-венозная канюляция, вено-артерио-венозная канюляция.

Вено-венозная экстракорпоральная мембранная оксигенация – один из типов технологии, применяющейся только при дыхательной недостаточности. Кровь забирается и возвращается в пределах венозной системы. После прохождения по экстракорпоральному контуру кровь направляется в правое предсердие, откуда выбрасывается в малый круг кровообращения посредством собственной насосной функции сердца, поэтому данный тип ЭКМО гемодинамически напрямую не влияет на собственную функцию сердца пациента [2].

Вено-артериальная экстракорпоральная мембранная оксигенация (ВА ЭКМО) обеспечивает как сердечную, так и легочную поддержку. При частичной ВА ЭКМО (объемная скорость экстракорпорального кровотока <70 мл/кг/мин) кровь из экстракорпорального контура поступает в аорту (центральная ВА ЭКМО) или периферическую артерию (периферическая ВА ЭКМО), смешиваясь с потоком крови из левого желудочка. В связи с этим содержание O_2 и CO_2 в артериальной крови будет определяться суммарным вкладом в газообмен оксигенатора и собственных легких. При полной ВА ЭКМО (объемная скорость экстракорпорального кровотока >70 мл/кг/мин) системный кровоток и газообмен целиком зависят от эффективности работы аппарата ЭКМО, особенно в клинических ситуациях резкого нарушения насосной функции сердца и/или газообменной функции легких [3].

Основными показаниями к использованию аппарата ЭКМО являются: посткардиотомная сердечная недостаточность, резистентная к кардиотонической терапии острая миокардиальная недостаточность, механическая поддержка кровообращения перед трансплантацией сердца или легких, жизнеугрожающие расстройства легочного газообмена с нарушением оксигенирующей и/или вентиляционной функции легких.

Для проведения экстракорпоральной мембранной оксигенации важным является отбор пациентов. Данный метод должен быть «мостом» к выздоровлению, принятию решения о дальнейших методах лечения, например, к подключению желудочкового вспомогательного устройства, и не должен использоваться в случаях, когда прогноз является явно безнадежным.

В отличие от других систем экстракорпорального кровообращения система ЭКМО включает мембранный оксигенатор, состоящий из нескольких отделений. Внутреннее устройство оксигенатора предполагает повышенную склонность к тромбообразованию, что связано с протеканием тонких слоев крови через плотно расположенную сеть капиллярных волокон, несущих газовую смесь и теплообменную воду. Возможен запуск внутреннего пути свертывания крови в результате контакта с синтетической поверхностью контура аппарата (реализуется через активацию XIIa фактора свертывания крови). Запуск внешнего пути – в результате контакта крови с поверхностью поврежденных тканей и сосудистой стенки [3]. Тромбирование оксигенатора ведет к снижению эффективности экстракорпорального кровообращения (повышается сопротивление кровотоку и уменьшается объемная скорость перфузии) и экстракорпорального газообмена, поэтому при проведении экстракорпоральной мембранной оксигенации существует необходимость поддержания на определенном уровне гипокоагуляционного состояния крови. Внутривенное применение нефракционированного гепарина остается наиболее распространенным методом прямой антикоагулянтной терапии, что в свою очередь является риском развития коагулопатического кровотечения при проведении ЭКМО.

В результате проведения интенсивной терапии с использованием аппарата ЭКМО встречаются следующие осложнения: кровотечения из-за коагулопатии, тромбообразования, эмболии, ишемические повреждения конечностей (как результат централизация кровообращения), гемолиз, гепарин-индуцированная тромбоцитопения (довольно редкое осложнение), синдром Арлекино [4].

На основании анализа историй болезни пациентов кардиохирургического профиля, этапом лечения которых была экстракорпоральная мембранная оксигенация, был отобран клинический случай, отображающий использование данного метода в клинической практике.

Пациент Х., мужской пол, возраст – 15 лет, поступил в отделение анестезиологии и реанимации склиническим диагнозом: «Острая вирусно-бактериальная инфекция, тяжелое течение. Осложнения: панкардит, коронарит, недостаточность кровообращения ПА, нарушение ритма сердца: АВ-блокада 3 степени (состояние после установки эндокардиального кардиостимулятора), угроза тампонады сердца».

Заболевание началось остро с повышения температуры до 41°C, болей в грудной клетке. Состояние осложнилось развитием острого кардита, АВ-блокады 3 степени, что потребовало постановки внешнего эндокардиального кардиостимулятора, титрования норадреналина, дофамина. Состояние пациента без положительной динамики, отмечалось колебание артериального давления (АД) в зависимости от положения тела, наблюдалось снижение уровня АД до 70/45 мм рт. ст.

Состояние пациента при поступлении в отделение анестезиологии и реанимации крайне тяжелое, нестабильное, обусловлено выраженной декомпенсированной сердечной недостаточностью, синдромом системного воспалительного ответа на фоне системной

инфекции, в результате которых развился синдром полиорганной дисфункции. Сатурация на атмосферном воздухе 92-93 %.

Гемодинамика нестабильная на фоне титрования норадреналина, дофамина, адреналина. По данным кислотно-основного состояния (КОС) крови – компенсированный метаболический ацидоз (BE = -6 ммоль/л, лактат 5 ммоль/л). Дозы кардиотонической и вазопрессорной поддержки увеличивались, при этом сохранялась отрицательная динамика в состоянии (парез кишечника, снижение диуреза, головокружение).

Учитывая данные анамнеза заболевания, объективного статуса (декомпенсированная сердечная недостаточность в результате острого кардита, повлекшая за собой развитие и прогрессирование полиорганной дисфункции, метаболического лактат-ацидоза) инструментальных исследований (на ЭхоКГ признаки острого кардита, выраженная систолическая и диастолическая дисфункция миокарда, фракция выброса 28 %, недостаточность митрального клапана III степени, умеренный гидроторакс; по данным УЗИ органов брюшной полости – асцит, гепатомегалия, диффузные изменения печени, перистальтика не визуализируется, кишечник спавшийся), а также бесперспективность медикаментозной компенсации для предотвращения прогрессирования синдрома полиорганной дисфункции было принято решение подключить ребенка к аппарату экстракорпоральной поддержки кровообращения - ВА ЭКМО.

После подключения пациента к аппарату экстракорпоральной мембранной оксигенации – стабилизация гемодинамики, показатели КОС были скомпенсированы (таблица 1).

Возникшие осложнения: кровотечение из ткани печени, тромбообразование. На 5-е сутки после подключения пациента к аппарату ЭКМО была проведена лапаротомия для остановки кровотечения из ткани печени, тромбэктомия из бедренно-подколенного сегмента справа.

Таблица 1 – Показатели кислотно-основного состояния артериальной крови в динамике после подключения пациента к аппарату экстракорпоральной мембранной оксигенации

Показатели	1-е сутки	5-е сутки	10-е сутки
pH	7,40	7,48	7,43
pCO ₂ , mmHg	45,5	35,1	40,0
pO ₂ , mmHg	35,9	86,5	80,5
cLac, mmol/L	1,6	1,4	1,3
SBE, mmol/L	+3,1	+3,1	+2,0

Деканюляция была выполнена на 10-е сутки после подключения пациента к аппарату ЭКМО (таблица 2). На 17-е сутки пребывания в отделении анестезиологии и реанимации пациент был переведен в кардиохирургическое отделение.

Таблица 2 – Показатели кислотно-основного состояния венозной крови до подключения пациента к аппарату экстракорпоральной мембранной оксигенации и после отключения от аппарата

Показатели	До подключения	После отключения
pH	7,33	7,44
pCO ₂ , mmHg	35,8	38,9
pO ₂ , mmHg	26,9	46,4
cLac, mmol/L	5,0	1,3
SBE, mmol/L	-6,3	+2,5

Заключение: экстракорпоральная мембранная оксигенация является серьезным высокотехнологичным методом интенсивной терапии при восстановлении критических состояний. ЭКМО используется при состояниях средней и тяжелой степени тяжести. Для проведения экстракорпоральной мембранной оксигенации важным является отбор пациентов. В терапии важным является учет побочных эффектов, в частности тромбозов и гемолиза.

Литература

1. Бокерия Л. А., Шаталов К. В., Махалин М. В. Экстракорпоральная мембранная оксигенация. – М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2013. – С. 44–95.
2. Бокерия Л. А., Шаталов К. В., Лобачева Г. В. Метод экстракорпоральной мембранной оксигенации при лечении сердечной недостаточности у детей раннего возраста в кардиохирургической клинике / Детские болезни сердца и сосудов. – 2012. – №1.– С.19-25.
3. Периферическая вено-артериальная экстракорпоральная мембранная оксигенация перед трансплантацией сердца, 2015 год [Электронный ресурс] - Национальные клинические рекомендации, 2015 год. URL: <https://www.kormed.ru/articles/normativno-pravovye-akty/klinicheskie-rekomendatsii-protokoly-lecheniya/transplantologiya/pdf/perifericheskaya-veno-arterialnaya-ehkstrakorporalnaya-membrannaya-oksigennaciya-pered-transplantaciej-serdca.pdf>
4. Annich G., Lynch W., MacLaren G. et al. ECMO Extracorporeal Cardiopulmonary Support in Critical Care 4th Edition // Extracorporeal Life Support Organization, Ann Arbor. Michigan, 2012. – P. 87–104, 309–337, 385–395.

ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ И ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА МИЕЛОПРОЛИФЕРАТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ (АНОМАЛИЯ ГЕНА PDGFRB)

Хронические миелопролиферативные заболевания (ХМПЗ) – это группа клональных гематологических миелоидных расстройств, которые сопровождаются опухолевой трансформацией полипотентной стволовой клетки с последующей пролиферацией миелоидных клеток, длительно сохраняющих способность к дифференцировке [1]. Миелопролиферативные заболевания, протекающие с эозинофилией – это группа опухолевых заболеваний миелоидной ткани, включая эозинофильный росток, в основе которых лежат структурные нарушения ряда генов. Ключевыми являются гены, кодирующие синтез активных белков - тирозинкиназ: PDGFRA, PDGFRB, FGFR1, JAK2. До открытия патогенетической роли молекулярных нарушений данные заболевания рассматривались как гиперэозинофильный синдром (ГЭС), то есть, совокупность абсолютной эозинофилии, равной или превышающей $1,5 \times 10^9/\text{л}$, и различных клинических симптомов, причина которого осталась неустановленной [2, 3]. Успехи в области молекулярной генетики последних десятилетий способствовали значительному улучшению результатов диагностики этих заболеваний. Тем не менее, эти методы исследования пока не получили широкого практического распространения, особенно в регионах РФ, в связи с чем опухолевая природа части случаев гиперэозинофильного синдрома остается неподтвержденной. Данные заболевания характеризуются вовлечением в патологический процесс различных органов и систем, и это, соответственно, обуславливает разнообразие клинических проявлений и ведет к ошибкам в терапевтической тактике [4, 5].

Клинический разбор. Пациент Щ., 50 лет, обратился к участковому терапевту в поликлинику по месту жительства с жалобами на умеренный кашель, подъем температуры до $37,8^\circ\text{C}$, небольшую слабость, болезненность в суставах верхних и нижних конечностей.

История заболевания: впервые с вышеуказанными жалобами обратился к участковому терапевту получил лист временной нетрудоспособности с диагнозом «Хронический бронхит, обострение». Было назначено лечение (лазолван, левофлоксацин), которое не принесло облегчения. В день обращения назначено обследование в рамках клинического минимума. В общем анализе крови отмечалась анемия, лимфоцитоз, тромбоцитопения, увеличение СОЭ, что не подтверждало поставленного диагноза и указывало на изменения в системе гемопоза. Далее был направлен в гематологическое отделение, где произведена стерильная пункция, назначено лечение преднизолоном. Без положительной динамики направлен в ФГБУ НИИ гематологии г. Москва.

История жизни: родился в полной семье, рос и развивался соответственно полу и возрасту. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные, характер питания - сбалансированный. Диагноз хронический бронхит с 2002 года. Туберкулез, малярию,

вирусный гепатит, венерические заболевания и СПИД отрицает. Операций не было. Наследственный и аллергологический анамнез не отягощены. Со слов больного, вредных привычек не имеет.

Общее состояние удовлетворительное, память сохранена. Сознание ясное. Ориентирован в пространстве и времени. Правильного телосложения, вес 84 кг, рост 182 см, обхват талии 115 см, ИМТ=26,4 (избыточный вес). Язык чистый, влажный. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Щитовидная железа не увеличена (0 степень), мягкая, эластичная, поверхность гладкая, безболезненная. Дыхание везикулярное, хрипы в нижних отделах, перкуторно - ясный легочной звук. Границы относительной тупости сердца: верхняя - 3-е межреберье слева, левая – на 3 см кнутри от левой среднеключичной линии, правая - на 1,5 см кнаружи от правого края грудины. Тоны приглушены, шумов нет. ЧСС 64 уд./мин, АД - 130/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 1,5 см из-под края реберной дуги. Периферические отеки отсутствуют. Пульсация на сосудах нижних конечностей на тыльной стороне стопы удовлетворительная. Стул оформленный, 1 раз в сутки. Мочеиспускание не затруднено, симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

В клиническом анализе крови: Нб – 91 г/л; Эр. – $3,2 \times 10^{12}$ /л; ЦП –0,9; Лейк. – $22,6 \times 10^9$ /л; Э – 5 %; П – 12 %; С – 56 %; Л – 6 %; М – 10 %; Тр – 166×10^9 /л; промиелоциты – 2 %; Миелоциты – 11; СОЭ - 65 мм/ч.

Миелограмма: эозинофилия (8,75 %), моноцитоз (11 %), единичные в поле зрения мегакариоциты.

Молекулярно-генетическое исследование (ФГБУ НИИ гематологии г. Москва): обнаружена экспрессия слитного гена ETV6-PDGFRB, что подтверждает диагноз клонального новообразования и обосновывает необходимость патогенетической терапии и Иматинибом.

У больного диагностировано миелопролиферативное заболевание с аномалиями гена PDGFRB. Вторичная цитопения. Показана терапия иматинибом непрерывно длительно (не менее 3-х лет). Учитывая анемию и тромбоцитопению, целесообразно начать прием препарата с дозы 100 мг в сутки. При отсутствии эффекта в течение первых 2-х недель, стабильных цифрах тромбоцитов и гемоглобина, показано повышение дозы до 400 мг в сутки. Через 3 месяца контрольное обследование: УЗИ селезенки, исследование костного мозга: морфологическое и гистологическое, ПЦР – контроль экспрессии гена ETV6-PDGFRB.

Цель современной терапии ХМЗ — максимальное подавление опухолевого клона, снижение риска прогрессирования заболевания, достижение продолжительности жизни больных, сравнимой с таковой в общей популяции, при хорошем качестве жизни на фоне терапии.

Другие варианты лечения данного заболевания(препараты второй линии):

- Нилотиниб — мощный, высокоселективный ингибитор тирозинкиназ. Синтезирован на основе молекулы иматиниба, имеет большее сродство к BCR-ABL-тирозинкиназе по сравнению с иматинибом, активен в отношении ее мутантных форм. Выпускается в виде капсул по 150 и 200 мг.

- Бозутиниб — ингибитор BCR-ABL-киназы, а также киназ семейства Src, в т. ч. SRC, LYN и HCK. Кроме того, препарат обладает минимальной ингибирующей активностью в отношении рецепторов PDGFR и C-KIT. Форма выпуска: таблетки для приема внутрь по 100 и 500 мг. Стандартная доза — 500 мг в сутки. Зарегистрирован в России в ноябре 2014.

Через месяц после начала лечения иматинибом: гемоглобин – 112 г/л, эритроциты – $3,2 \times 10^{12}$ /л, СОЭ – 49 мм/ч, лейкоциты $4,8 \times 10^9$ /л, эозинофилы – 1 %, палочкоядерные – 5 %, сегментоядерные – 31 %, лимфоциты 55 %.

Заключение: данный клинический разбор демонстрирует разнообразие клинических проявлений онкогематологических заболеваний, трудности в их молекулярно-генетической диагностике в регионах и возможности современной терапии.

Литература

1. Гематология / Рукавицын О. А., Павлов А. Д., Морщакова Е. Ф. и др.; Под ред. Рукавицына О. А. – Санкт - Петербург.: ООО «Д.П.», 2007. – 912 с.
2. Гематология: Клинические рекомендации по диагностике и лечению миелопролиферативных заболеваний, протекающих с эозинофилией / Коллектив авторов под руководством академика В. Г. Савченко. – 2014. – 30 с.
3. Долгосрочные результаты применения иматиниба (Гливек) в лечении больных хроническим миелолейкозом в фазе акселерации / Л. А. Антипова [и др.] // Онкогематология. – 2009. – №1. – С. 14–20.
4. Михалев М. А., Кузнецова Е. Ю., Сырцева Е. Б., Соколова-Попова Т. А. Клинический случай редкого сочетания множественной миеломы и миелопролиферативного заболевания // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 5. URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=25412> (дата обращения: 27.09.2018).
5. Yokus O., Kurnaz F., Balcik O. S. et al. Coexistence of Jak2 V617F mutation and BCR-ABL translocation in one patient // J. Clin. Exp. Invest. – 2010. – 1 (2). – P. 138–140.

УДК: 616.441

З. В. Юнусова, старший преподаватель;
Д. Т. Содикова, доцент; З. А. Абдилхаева, ассистент
Кафедра пропедевтики внутренних болезней
Кафедра подготовки врачей общей практики №2
Андижанский ГМИ, г. Андижан, Республика Узбекистан
Научный руководитель: к.м.н., доцент Д. М. Каландаров

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В настоящее время отмечается тенденция к увеличению числа узловых образований (УО) щитовидной железы (ЩЖ) [1, 2]. Ультразвуковой метод исследования является одним из ведущих методов диагностики тиреоидной патологии [4, 6, 9]. Относительная простота методики исследования, безопасность для пациента, высокая воспроизводимость результатов, возможность использования высоко частотных датчиков и, как следствие этого, хорошая разрешающая способность обеспечили ультразвуку лидирующие позиции среди инструментальных методик исследования ЩЖ [3, 8]. Вышеперечисленные преимущества позволяют также использовать сонографию при проведении скрининговых программ, что особенно важно для ранней диагностики различной патологии ЩЖ [5, 10].

Цель исследования: улучшение качества диагностики УОЩЖ путем оценки диагностической эффективности современных ультразвуковых методов исследования.

Задачи исследования: изучить ультразвуковую семиотику УОЩЖ и окружающих ее тканей. Оценить количественные и качественные эхографические признаки, характеризующие особенности УОЩЖ. На основании полученных результатов разработать методологию проведения ультразвукового исследования области ЩЖ для раннего выявления УОЩЖ, в том числе рака ЩЖ.

Материалы и методы: в качестве объекта проспективного и контролируемого исследования создана выборка больных из 35 человек, возраст пациентов варьировал от 18 до 60 лет. Больные находились на лечении в период с 2012 по 2015 гг. Репрезентативность выборки обеспечивалась широким спектром критериев включения в исследование: наличие УОЩЖ, подтвержденное УЗИ. В качестве методов лучевой диагностики использована цифровая эхография высокого разрешения с применением доплеровских методик. Во всех случаях больным проводились лабораторные исследования в обычных объемах – анализы крови и гормонов. Процедура осуществлена в положении пациента лежа на кушетке со слегка запрокинутой головой (с валиком под шеей) возле аппарата УЗИ. Ультразвуковое исследование выполнено всем пациентам при поступлении и неоднократно (от 2 до 6 раз) в течение госпитализации. Особое внимание уделялось васкуляризации паренхимы ЩЖ. Постановка диагноза проводилась на основании результатов исследования ЩЖ, включавшего УЗИ с доплеровским картированием сосудов.

Результаты и обсуждение: среди больных доля женщин в 17,7 раз больше чем у мужчин. При этом отмечается увеличение частоты заболеваемости у многих пациентов после 30 лет и некоторое снижение у части больных в старшей возрастной группе. Изучены

эпидемиологические характеристики по необходимости проведения УЗИ обследования среди пациентов и значение его для постановки точного диагноза заболевания ЩЖ. По результатам было установлено, что у 12 больных (34,5 %) работа была связана с рабочими вредностями (в том числе работой за компьютером, с частыми сменами климатических зон, стрессовыми ситуациями); у 21 больных (60,0 %) возраст превышал 40 лет (в этот период увеличивается риск развития доброкачественных и злокачественных новообразований ЩЖ); 8 больных (22,8 %) получали различные гормональные препараты; у 18 больных (51,4 %) была установлена неблагоприятная наследственность по отношению болезней ЩЖ; у 29 больных (82,8 %) были обнаружены симптомы заболевания ЩЖ (необъяснимых колебаний веса, появлении раздражительности или необъяснимой заторможенности, изменении частоты сердечных сокращений и их ритма, не вызванных приемом лекарственных препаратов, нарушениях терморегуляции). Среди больных в возрасте 18-60 лет нарушение концентрации гормонов щитовидной железы диагностируется с частотой 32,0 %, ее распространенность достоверно выше у женщин (30,7 %), чем у мужчин (23,6 %).

При обнаружении аутологических изменений, была проведена УЗИ ЩЖ с ЦДК (цветовым доплеровским картированием). Этот метод исследования не только позволяет изучать особенности строения и структуры органа, но и одновременно изучать особенности внутритканевого кровотока, и уже на основании полученных сведений ставить точный диагноз. УЗИ ЩЖ с ЦДК особенно часто назначается при обнаружении УОЩЖ – изучение особенностей кровотока помогает понять истинную природу заболевания, направление и вероятность распространения метастазов при обнаружении злокачественного процесса в тканях ЩЖ. Кроме того, под контролем ультразвукового датчика проводится тонкоигольная биопсия ткани из патологического очага, выявленного при предварительном обследовании — УЗИ ЩЖ позволяет получить участки материала из всех (при необходимости очаге или нескольких мест в одном структурном образовании) и быть точно уверенным в правильном выполнении манипуляции. При помощи современного и точного исследования выявлены УОЩЖ у 31 больных (88,5 %), 2 больных (5,7 %) – аутоиммунный тиреоидит. Также проведенное обследование позволило оценить состояние ЩЖ в реальном времени. Ведь заболевания могут возникать и развиваться не только при дефиците йода, но и при его избытке. Более того, развитию различных патологий ЩЖ могут предшествовать заболевания внутренних органов, факторы окружающей среды, энергетическая недостаточность, наследственные факторы и т. д. Так как сегодня заболевания ЩЖ – достаточно распространенное явление, УЗИ этого органа рекомендуют делать один раз в год, среди больных и у лиц группы риска.

Заключение: УЗИ ЩЖ остается самым популярным и информативным методом исследования.

Литература

1. Агапитов, Ю. Н. Ультразвуковое исследование в диагностике рака щитовидной железы и его рецидивов / Ю. Н. Агапитов // Эхография. — 2001. — Т. 2, №4. — С. 349-353.

2. Александров, Ю. К. Морфологические и ультразвуковые особенности рецидивного узлового зоба / Ю. К. Александров, Е. А. Павлова, Ю. Н. Агапитов // Современные аспекты хирургической эндокринологии. – Челябинск, 2000. – С. 27-32.
3. Коновалов, В. А. Ультразвуковая диагностика и малоинвазивные методы лечения заболеваний щитовидной железы: Методические рекомендации / В. А. Коновалов. – Нижний Новгород, 2008. – 46 с.
4. Матякин, Е. Х. Радиоиммунологический анализ в дифференциальной: диагностике рака щитовидной железы / Е. Г. Матякин // Медицинская радиология. – 1991. – Т. 36, №7. – С. 29-32.
5. Современные принципы диагностики и лечения. Материалы международного научного форума. — СПб., 2009. — С. 89.
6. Севковский Я. И. Индивидуальное прогнозирование результатов лечения больных раком щитовидной железы: Дис. . канд. мед. наук/ Я. И. Севковский. – Минск, 1993. – 173 с.
7. Сенча, А. Н. Диагностика рака щитовидной железы по данным УЗИ. Дис. канд. мед. наук/ А. Н. Сенча. - М., 2001. – 131с.
8. Трофимова, Е. Ю. Ультразвуковая диагностика рака щитовидной железы. Обзор литературы / Е. Ю.Трофимова, Н. Н.Волченко, З. Д. Гладунова // Визуализация в клинике. – 2000. – №17. – С. 37-44.

В. О. Юрченко, М. Н. Мотеркина, студенты;
К. С. Данилина, ординатор; О. Б. Поселюгина, доцент
Кафедра госпитальной терапии и профессиональных болезней
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Научный руководитель: д.м.н., доцент О. Б. Поселюгина

ВЗАИМОСВЯЗЬ САХАРНОГО ДИАБЕТА И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

В мире число больных сахарным диабетом (СД) и хронической почечной недостаточностью (ХПН) неукротимо растет. Эти две опасные для жизни патологии тесно взаимосвязаны между собой, так как диабет занимает лидирующие позиции среди причин развития хронической болезни почек. Основными проблемами пациентов с диабетической нефропатией (ДН) являются высокая летальность, инвалидизация и сложность технического обеспечения современных методов лечения этой патологии. ДН, как правило, развивается через 10 – 15 лет от начала заболевания и достаточно быстро приводит к ХПН[1]. Как известно, инсулинзависимый СД (ИЗСД) – это заболевание, преимущественно развивающееся в детском и юношеском возрасте. С развитием у этой группы пациентов ДН на стадии ХПН, смертность от данного осложнения приходится, как правило, на возраст 25–35 лет, т.е. погибают молодые люди наиболее трудоспособного возраста.

Цель исследования: изучить факторы риска развития ДН, выявить связь с развитием ХПН у больных СД.

Материалы и методы: анализ научной медицинской литературы по данной теме.

Результаты и обсуждение: ранним лабораторным маркером почечной дисфункции является увеличение скорости клубочковой фильтрации (СКФ); нарушается целостность базальной мембраны клубочков (БМК) и появляется микроальбуминурия (МАУ) [2]. В ходе крупных международных исследований выяснилось, что контроль артериального давления и гликемии чаще всего приводит к нормальному уровню альбуминурии. Необходимо определять факторы риска для возможного обратного развития ДН и торможения процессов прогрессирования ХПН у больных СД. В последние годы отмечается стремительный рост численности больных, нуждающихся в заместительной почечной терапии. Причиной этого процесса является распространение заболеваний, приводящих к необратимой патологии почек—это, прежде всего, СД и артериальная гипертензия [3].

Факторы, приводящие к развитию нефропатии у больных СД хорошо известны – неудовлетворительная компенсация СД, большая длительность заболевания, нарушенная внутривисочечная гемодинамика, к которой относятся гиперфильтрация и внутриклубочковая гипертензия, гиперлипидемия, гиперкалиемия [4].

Самым ранним лабораторным маркером почечной дисфункции является увеличение СКФ. Она развивается в первые месяцы от начала СД и может сохраняться в течение нескольких лет. В последующие годы при сохраняющейся гипергликемии начинается структурная перестройка почек: утолщается базальная мембрана клубочков, увеличивается объем мезангия. Первые изменения мезангия начинаются в зоне рукоятки клубочка, где

формируется максимальное внутривенное гидростатическое давление. Нарушается целостность БМК и появляется микроальбуминурия (МАУ) [5].

Накопленные структурные изменения формируют диффузный гломерулосклероз, который сопровождается протеинурией и снижением СКФ. На завершающей стадии формируется узелковый гломерулосклероз, который сопровождается сниженной СКФ и азотемией [6].

При ряде исследований, проведенных у больных с СД, можно утверждать, что МАУ является обратимой стадией поражения почек при СД. В исследованиях EURODIAB, STENO-2, S. Araki, Kashiwastudy проведена оценка влияния длительного многофакторного интенсивного лечения больных СД на частоту прогрессирования нефропатии от стадии МАУ к стадии протеинурии. Также проведена оценка влияния на частоту ремиссии диабетической нефропатии от МАУ к нормоальбуминурии [7]. Результаты вышеуказанных исследований показали, что одновременный контроль артериального давления и гликемии чаще всего приводил к нормальному уровню альбуминурии, чем к прогрессированию до протеинурии. Особую роль играет выбор антигипертензивного препарата из средств, блокирующих ренин-ангиотензиновую систему. Все перечисленные исследования явились доказательством того, что чем больше факторов риска удастся эффективно контролировать, тем выше шансы обратного развития поражения почек [8].

На текущий момент ведутся работы по поиску еще более ранних доклинических маркеров структурных изменений ткани почек. Такими маркерами в моче могут быть: коллаген IV типа, факторы роста и цитокины, подоциты, которые оторвались от базальной мембраны клубочков, МАУ [9].

Профилактика прогрессирования ДН и ее регрессии важны не только для предупреждения развития терминальной ХПН и в дальнейшем лечения диализом, но также для снижения риска развития сердечно-сосудистых осложнений, так как МАУ, сниженная СКФ и протеинурия являются самостоятельными независимыми факторами риска высокой сердечно-сосудистой смертности [10].

В настоящее время методы лечения ХПН у больных СД в России малодоступны. Это связано не только с финансовыми проблемами, но и с низкой выживаемостью вследствие тяжелого общего соматического состояния.

Заключение: для диагностики ДН у больных СД на ранних стадиях необходимо определять факторы риска развития данной патологии у больных с целью возможного ее обратного развития, и торможения процессов прогрессирования ХПН.

Литература

1. Бондарь И. А., Климонтов В. В. Ранние маркеры диабетической нефропатии / Клиническая нефрология. – 2010. – №2. – С. 60–65.
2. Мохорт Т. В. / Клинические аспекты ведения диабетической нефропатии: метод. рук-во / Т. В. Мохорт, Н. В. Карлович, 2012. — С. 32.
3. Мухин Н. А. Нефрология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Н. А. Мухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 608 с.

4. Шестакова М. В., Дедов И. И. Сахарный диабет и хроническая болезнь почек. – М.: Медицинское информационное агентство, 2009. – С. 43.
5. Шестакова М. В., Неверов И. И., Дедов И. И. Роль внутриклубочковой гипертензии и липидов в развитии диабетической нефропатии / Тер. архив. – 2011. – №6. – С. 61–65.
6. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes / Diabetes Care. – 2014. – 37 (Suppl. 1). – S. 14–80.
7. Маслова О. В, Сунцов Ю. И., Шестакова М. В. и соавт. Распространенность диабетической нефропатии и хронической болезни почек при сахарном диабете в Российской Федерации / Клиническая нефрология. – 2010. – №3. – С. 45–51.
8. Tervaert T.W., Mooyaart A.L., Amann K. et al. On behalf of the Renal Pathology Society. Pathologic Classification of Diabetic Nephropathy / J. Am. Soc. Nephrol. – 2010. – 21 (4). – С. 556–563.
9. Бикбов Б. Т., Томилина Н. А. Состояние заместительной терапии больных с хронической почечной недостаточностью в Российской Федерации в 1998–2007 гг. / Нефрология и диализ. – 2009. – №3. – С. 46–56.
10. Железнякова А. В., Викулова О. К., Носиков В. В. И др. // Маркеры хронической болезни почек – альбуминурия и скорость клубочковой фильтрации у пациентов с сахарным диабетом 2 типа кодируются разными генетическими детерминантами/ VII Всероссийский диабетологический конгресс. – Москва, 2015. – С. 33.

СОДЕРЖАНИЕ

Аветисов А. Р., Харитон В. А. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КИСЛОТНОСТИ ДОЖДЕВОЙ ВОДЫ В ГОРОДАХ МИНСКЕ И МОЛОДЕЧНО	4
Аветисов А. Р., Харитон В. А. СРАВНЕНИЕ КИСЛОТНОСТИ ПОЧВЕННЫХ ПРОБ В ГОРОДАХ МИНСКЕ И МОЛОДЕЧНО	8
Акопян В. А., Короткова Е. А., Гуськова О. Н., Скачков И. Б. АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, ПО ДАННЫМ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ	12
Антышева Е. Н., Кочерова О. Ю. ДИНАМИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ПЕРВЫЙ ГОД ВОСПИТАНИЯ В ЗАМЕЩАЮЩИХ СЕМЬЯХ	14
Арехова З-Б. Ф., Семененко С. С. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ РОЖДЕНИИ У ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ ОТ ОДНОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЭКО	18
Артамонов А. А., Астахова А. В., Боголюбов С. В. ЭЛЕКТРОННО-МИКРОСКОПИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В СПЕРМАТОЗОИДАХ У МУЖЧИН С ОЖИРЕНИЕМ	21
Артикова С. Г., Каландаров Д. М., Абдилхаева З. А., Худайбердиев Ж. М. НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕХАНИЧЕСКОГО ХОЛЕСТАЗА ПРИ ПАРАЗИТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ	25
Артыкова С. Г., Рахматова М. М., Худайбердиев Ж. М., Абдилхаева З. А. ИЗУЧЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ НЕСТАБИЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА У БОЛЬНЫХ С ТРАВМАМИ ПОЗВОНОЧНИКА	28
Аслаханова К. С., Имадаева М. М., Воробьев С. А. ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ ГЕМОСТАЗА В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	32
Бакулева Е. О., Ступникова Е. А. ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА	36
Бартошь В. Н. ПАТОЛОГИЯ, УСУГУБЛЯЮЩАЯ ОГРАНИЧЕНИЕ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ДЕТЕЙ С ГЕМОЛИТИЧЕСКИМИ И АПЛАСТИЧЕСКИМИ АНЕМИЯМИ	40
Батоева А. Б., Сутенко А. Н. АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПЕДИКУЛЕЗОМ В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ	43
Беляков Д. А., Кириллов А. А., Соколова И. О., Колесникова И. Ю. РАЗРАБОТКА И АПРОБАЦИЯ ИНТЕРАКТИВНЫХ ТРЕХМЕРНЫХ	47

МОДЕЛЕЙ ЖЕЛУДКА ЧЕЛОВЕКА	
Беридзе Р. М., Ребко А. А. СТРУКТУРА ПОВРЕЖДЕНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ И ВТОРИЧНЫХ ОРГАНОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У ПОСТРАДАВШИХ В ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ ЗА 2017 ГОД В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ	50
Бочарова А. А., Зуйкова А. А., Красноруцкая О. Н., Котова Ю. А., Бугримов Д. Ю. ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА	55
Важнова М. Ю., Шумилова С. В., Колесникова И. Ю. БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩАЯ ПЕЧЕНОЧНО-КЛЕТОЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ ПЕРВИЧНОМ БИЛИАРНОМ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ КАК ПРИЧИНА ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ	59
Вазюро А. В. АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ	61
Вазюро А. В. ОЦЕНКА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ И СПЕЦИФИЧНОСТИ ШКАЛЫ GRACE ПРИ ПОКАЗАТЕЛЕ БОЛЬШЕ 140 В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST	64
Вазюро А. В., Смянович С. В. ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST – АНАЛИЗ ШАНСОВ МНОГОСОСУДИСТОГО ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА	67
Вакарчук И. В., Чирков Р. Н., Башилов Р. Н., Башилова С. М. БИОЭТИЧЕСКИЕ ОРИЕНТИРЫ ВРАЧЕЙ ТВЕРСКОГО РЕГИОНА И СТУДЕНТОВ ТВЕРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ПО ПРОБЛЕМАМ, ВОЗНИКАЮЩИМ ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ	71
Волковец А. В. КЛИНИЧЕСКАЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА	75
Воскресенская Д. Л. ОСОБЕННОСТИ СИНТЕЗА КОЛЛАГЕНА В МИОМАТОЗНЫХ УЗЛАХ ПАЦИЕНТОК С ЛЕЙОМИОМОЙ МАТКИ РАЗЛИЧНЫХ РАЗМЕРОВ И ТИПОВ РОСТА	78
Голикова К. В. МОРФОСТРУКТУРНЫЕ НАРУШЕНИЯ, ФОРМИРУЮЩИЕ СТЕПЕНЬ УТРАТЫ ЗДОРОВЬЯ, У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ДЕФЕКТАМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА И КОСТЕЙ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА С ПОЗИЦИИ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ	82

Горностаева В. Н., Буланов В. В. ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЙ КОНФЛИКТ ПАЦИЕНТА И ТЕРАПИЯ НООГЕННЫХ НЕВРОЗОВ	84
Горюнова А. С., Новикова А. С. ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЯ ПРИ ПОЛИПАХ ЖЕЛУДКА	88
Гостева Д. И., Добрынина И. С., Ханина Е. А. ОСОБЕННОСТИ ИНСОМНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЕМЕ	92
Григорьева Д. Д., Мурашова Л. А., Михеев М. И., Аббасов М. Г. ЦЕННОСТНО-ПРАВСТВЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СОВРЕМЕННОГО ВРАЧА	96
Григорьева Д. Д., Мурашова Л. А., Михеев М. И., Ветковская А. А. ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ, ВЛИЯЮЩИЕ НА СТАНОВЛЕНИЕ БУДУЩЕГО ВРАЧА	98
Григорьева Д. Д., Мурашова Л. А., Литвинова Ю. А. ТРАНСФОРМАЦИЯ ОБРАЗА ВРАЧА С XIX ПО XXI ВВ.	100
Григорьева Д. Д., Михеев М. И. МОДУСЫ ЭТОСА СОВРЕМЕННОГО РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА В КОНТЕКСТЕ СОЦИАЛЬНО-ФИЛОСОФСКОГО ДИСКУРСА	102
Гузей И. А., Ясенко Д. М. РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И БЕРЕМЕННОСТЬ	104
Долотова Н. В., Филькина О. М. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РОДИТЕЛЕЙ КАК ФАКТОР, ОКАЗЫВАЮЩИЙ ВЛИЯНИЕ НА РЕАБИЛИТАЦИЮ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ, ЯВИВШИМИСЯ ИСХОДАМИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	107
Дорошенко И. Т. ОСНОВНЫЕ МАРКЕРЫ НИЗКОРОСЛОСТИ С ПОЗИЦИИ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	111
Дорошенко И. Т., Бартось В. Н. ДИНАМИКА ОГРАНИЧЕНИЯ СПОСОБНОСТИ К САМООБСЛУЖИВАНИЮ И СПОСОБНОСТИ К ОБЩЕНИЮ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ДЕФЕКТАМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА И КОСТЕЙ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА	115
Дудник О. В., Орлова С. Н., Богомолова М. П., Киселева Д. В. ИНТЕРФЕРОН-ИНДУЦИРОВАННАЯ ТИРЕОПАТИЯ У БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПРОТИВОВИРУСНУЮ ТЕРПИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С	119

Дундаров Э. З., Корольчук К. Р. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПУНКЦИОННО-ДИЛАТАЦИОННОЙ ТРАХЕОСТОМИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НАБОРА CIAGLIA BLUERHINO (СВР) И БАЗОВОЙ ТЕХНИКИ СИГЛИ/ГРИГЗА	123
Дьякова Н. А. АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ НА НАКОПЛЕНИЕ ПОЛИСАХАРИДОВ	127
Дьякова Н. А. ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ НА НАКОПЛЕНИЕ ФЛАВОНОИДОВ	132
Дьякова Н. А. ТРАВА ТЫСЯЧЕЛИСТНИКА КАК ПЕРСПЕКТИВНЫЙ ИСТОЧНИК ФЛАВОНОИДОВ	137
Евстифеева Е. А., Филиппченкова С. И., Григорьева Д. Д., Мурашова Л. А., Кокорина С. Л. ФЕНОМЕН ДОСТОИНСТВА В ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОЙ ФИЛОСОФИИ	141
Евстифеева Е. А., Мурашова Л. А., Григорьева Д. Д., Макаров А. В., Тertiшников Е. Д. СПЕЦИФИКА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИСТЕРОИДНОЙ РЕАКЦИИ	143
Жданок А. А., Чепелев С. Н., Чепелева Е. Н. ПРОЯВЛЕНИЕ ТРИПОФОБИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЦВЕТА И ФОРМАТА ИЗОБРАЖЕНИЙ С КЛАСТЕРНЫМИ ОТВЕРСТИЯМИ. ПРЕДЛОЖЕНИЕ КЛАССИФИКАЦИИ ТРИПОФОБИИ ПО СТЕПЕНИ ЕЕ ВЫРАЖЕННОСТИ	145
Зайцева А. А., Буланов В. В. РОМАН Б. ВИАНА «ПЕНА ДНЕЙ»: ПРОБЛЕМА ФАНАТИЗМА КАК ФОРМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ	150
Иллюминарская В. А., Ярковая А. С. ИЗУЧЕНИЕ СТРУКТУРЫ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПРИМЕНЯЕМЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ В НОВГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ	153
Инешин М. А., Прощенко И. В. ПРОБЛЕМА ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ	156
Исмаилов В. М., Зуйкова А. А., Красноруцкая О. Н., Котова Ю. А., Страхова Н. В. РОЛЬ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ЗВЕНА В ВЕДЕНИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ, АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ	160
Каландаров Д. М., Худоярова Н. К., Мадаминова Н. Э., Абдилхаева З. А. УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	163
Камионская Е. Р., Бибилова А. А., Ремизова А. С., Бибилова Е. Е., Бибилова Е. Е. ИЗМЕНЕНИЕ РЕЛЬСОВОЙ ТРАВМЫ В СВЯЗИ С ВВЕДЕНИЕМ В ЭКСПЛУАТАЦИЮ СКОРОСТНОГО СОСТАВА «САПСАН»	165
Кильчевский А. А., М. П. Богомоллова, Н. А. Куликова, О. К. Стаковецкая ОСОБЕННОСТИ СОДЕРЖАНИЯ РЯДА ЭССЕНЦИАЛЬНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ	168

В ЛИСТЬЯХ ДУБА ЧЕРЕШЧАТОГО В НАСЕЛЕННЫХ ПУНКТАХ ЦЕНТРА ЕВРОПЕЙСКОЙ ЧАСТИ РОССИИ	
Киреева В. Д., Буланов В. В. ИУДАИЗМ: ОТНОШЕНИЕ К СМЕРТИ И ПОНИМАНИЕ ДОСТОИНСТВА	173
Киселева Ю. В., Гуськова О. Н., Редников А. А. ВИРТУАЛЬНОЕ ВСКРЫТИЕ: ВЗГЛЯД ПАТОЛОГОАНАТОМА	176
Кудрич Л. А., Пикалова Л. П., Афанасьева А. В., Глушченкова Е. О., Кошанская Е. О. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ	181
Кудряшова Е. А., Голиков Д. И. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ХОНДРОМЫ ПРАВОЙ УШНОЙ РАКОВИНЫ	184
Кузнецова В. С., Портенко Г. М., Портенко Е. Г. ПРИМЕНЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННОЙ ТЕХНОЛОГИИ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА	187
Кузнецова С. О., Филькина О. М. РОЛЬ ОБЛАСТНОГО ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ В ОРГАНИЗАЦИИ ОЗДОРОВЛЕНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ	192
Куракин Г. Ф., Живова И. Н., Елисеева И. В. ПРЕЭКЛАМПСИЯ: СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПАТОГЕНЕЗЕ И НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ	197
Кухарук О. Н., Прощенко И. В. ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ АУТОИМУННОГО ЭНЦЕФАЛИТА	205
Кучеренко Ю. А., Резниченко Н. А., Литнаревич Л. М., Кучер А. С. БЛАГОПРИЯТНЫЙ ИСХОД ЗАПУЩЕННОГО ПОПЕРЕЧНОГО ПОЛОЖЕНИЯ ПЛОДА, ОСЛОЖНИВШЕГОСЯ ВЫПАДЕНИЕМ РУЧКИ	209
Лебедева Е. Ю., Шарков Н. В., Бордина Г. Е., Лопина Н. П. РОЛЬ МИКРООРГАНИЗМОВ В ПРОЦЕССАХ БИОДЕГРАДАЦИИ ПОВЕРХНОСТНО-АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ	212
Литнаревич Л. М., Бондарь А. А. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КИШЕЧНОГО ИЕРСИНИОЗА	215
Лобанова В. В. ОБ УЧАСТИИ АРГИНАЗЫ ПЕЧЕНИ И КЛЕТОК КУПФЕРА В ПРОЦЕССАХ ДЕТОКСИКАЦИИ И ФОРМИРОВАНИИ ТИРЕОИДНОГО СТАТУСА У КРЫС ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ЭТАНОЛОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ	217
Мазунова О. И., Гордеева В. В. РАЗРАБОТКА ТЕХНОЛОГИИ ЭКСТРАКТА СУХОГО ВОДОРАСТВОРИМОГО ИЗ НИВЯННИКА ОБЫКНОВЕННОГО ТРАВЫ	222
Макаров А. В., Мурашова Л. А., Григорьева Д. Д., Аббдуллаева Д. Ф. ДЕСТРУКЦИЯ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ДОСТОИНСТВА И СТРАХ НАКАЗАНИЯ	226
Макаров А. В., Мурашова Л. А., Григорьева Д. Д., Сидоркина С. В. ФЕНОМЕН ПРОВОКАЦИИ И ПРОБЛЕМА ДОСТОИНСТВА ЛИЧНОСТИ	229
Манукян М. Ш., Зуйкова А. А., Красноруцкая О. Н., Котова Ю. А., Бугримов Д. Ю. РАПРОСТРАНЕННОСТЬ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ	233

СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И САХАРНОМ ДИАБЕТЕ	
Мартынова К. А., Радченко К. В. СЛОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ КРОНА, ОСЛОЖНИВШЕЙСЯ НА ФОНЕ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ	236
Мелихова С. П., Котова Ю. А. ТАБАКОКУРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ	238
Мелихова С. П., Шевцова В. И., Зуйкова А. А. ВЛИЯНИЕ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И СТАЖА ЗАБОЛЕВАНИЯ НА УРОВЕНЬ КОМОРБИДНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	242
Мелихова С. П., Шевцова В. И., Котова Ю. А., Красноручкая О. Н., Зуйкова А. А. ОСОБЕННОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ	245
Мельников А. А. ВОЗМОЖНОСТИ НЕЙРОАКСИАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЦЕЛЕ	248
Милехин С. М., Чистякова О. М. ФОРМИРОВАНИЕ ПРИОРИТЕТНОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ МОЛОДОГО ВРАЧА НА ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ СФЕРУ ЖИЗНИ И РЕШЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАДАЧ ПОД ВЛИЯНИЕМ ФАКТОРОВ ТРУДОВОЙ МОТИВАЦИИ И ТЕРМИНАЛЬНЫХ ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ	250
Миронова Е. Е. АНЕМИЯ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ	253
Мирошников Е. В., Короткова С. Б., Крюкова О. Н. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ДВИГАТЕЛЬНЫХ РЕЖИМОВ СРЕДИ СТУДЕНТОК МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА	257
Морозов А. М., Городничев К. И., Пельтихина О. В. О РАЗВИТИИ ТЕХНОЛОГИЙ БИОНИЧЕСКОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ	261
Морозов А. М., Игнатенко В. А., Пельтихина О. В. СТАНОВЛЕНИЕ БЕСПЛАТНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	263
Морозов А. М., Графи Е. А., Шишкова Д. С., Пельтихина О. В. СКОРАЯ ПОМОЩЬ В ГОРОДЕ ТВЕРИ: ИСТОРИЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ	266
Морозов А. М., Ахмедова Д. В., Пономарева И. В., Пельтихина О. В. РАЦИОНАЛЬНЫЙ ВЫБОР МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО АТЕРОСКЛЕРОЗА СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	269
Мотеркина М. Н., Юрченко В. О., Данилина К. С., Поселюгина О. Б. МОДИФИЦИРОВАННЫЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК	272
Мурашова Л. А., Григорьева Д. Д., Михеев М. И. МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ, НАПРАВЛЕННОЕ НА ВЫЯВЛЕНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ И	274

ОЦЕНКА ИХ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ	
Мячина Д. С., Добрынина И. С. ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЕМЕ	277
Нганкам Л., Горнаева Л. С., Соболева А. А., Фомин А. М., Зайцева А. В., Портенко Ю. Г. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ, ОСЛОЖНИВШЕЙСЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ГНОЙНЫМ МЕНИНГИТОМ, АРЕЗОРБТИВНОЙ СООБЩАЮЩЕЙСЯ ГИДРОЦЕФАЛИЕЙ (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР, КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)	280
Некрасов А. Н., Васильев А. М., Иванова С. Б. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ЧАСТИЧНОЙ ПОТЕРЕЙ ЗУБОВ, КОТОРЫМ ПРОВОДИЛОСЬ ЛЕЧЕНИЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ ВНУТРИКОСТНЫХ ИМПЛАНТАТОВ, И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ЕГО АЛГОРИТМ	286
Некрасов Д. А. ОСОБЕННОСТИ КОМПЛАЕНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ С ПОЗИЦИИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С РОДИТЕЛЯМИ ПАЦИЕНТА	291
Некрасов Д. А. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПОДРОСТКОВ	293
Новик А. А., Мельников Д. А., Чайковская М. А. РОЛЬ ПИЩЕВЫХ ДОБАВОК И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА	297
Образцова М. Р., Антонова М. Д. АНАЛИЗ ФУНКЦИОНАЛЬНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ОПОРНО- ДВИГАТЕЛЬНОЙ КУЛЬТИ ПОСЛЕ ЭНУКЛЕАЦИИ У ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ГРУППЫ ЖИВОТНЫХ	300
Паршина В. И., Зуйкова А. А., Красноруцкая О. Н., Котова Ю. А., Бугримов Д. Ю. ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ В РАЗЛИЧНЫЕ СТАДИИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ПЕРИОДА	303
Паюсова Т. Н. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНГИБИТОРОВ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ	308
Пендрикова О. В., Беридзе Р. М., Захаренкова Т. Н. СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ДИСМЕНОРЕЕ	311
Петрова Е. Д., Платонова М. Д., Бельдиев С. Н., Егорова И. В. ОПИСАНИЕ УЛЬЦЕРОГЕННЫХ ЭФФЕКТОВ НИКОРАНДИЛА В ЕВРОПЕЙСКОЙ И ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ИНСТРУКЦИЯХ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА	314
Петров А. Е., Набиев Б. А., Зинченко М. В. ЛЕЧЕНИЕ ЛЕВОСТОРОННЕГО ВАРИКОЦЕЛЕ ПРИ ПОРТО-ТЕСТИКУЛЯРНЫХ АНАСТОМОЗАХ	318

Пикалова Л. П., Изотова А. А. ПОРТАТИВНАЯ СИСТЕМА ДЛЯ КОРМЛЕНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ	320
Пикалова Л. П., Афанасьева А. В., Глущенкова Е. О., Кошанская Е. О. ПРОФИЛАКТИКА РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ	323
Пикалова Л. П., Масловский А. И., Рыбаков К. Д. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПУБЛИКАЦИОННОЙ АКТИВНОСТИ ПРОФЕССОРСКО-ПРЕПОДАВАТЕЛЬСКОГО СОСТАВА ТВЕРСКОГО ГМУ	326
Пикалова Л. П., Грибченко О. В. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА ШЕКИ МАТКИ	330
Полюхов Е. В., Зуйкова А. А., Красноруцкая О. Н., Котова Ю. А., Страхова Н. В. ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, СОЧЕТАЮЩЕЙСЯ С НАРУШЕНИЯМИ СЕНСОРНЫХ ФУНКЦИЙ И КОГНИТИВНОГО СТАТУСА	333
Попов Н. Д., Жигулина В. В. ОБРАЩАЕМОСТЬ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ	338
Похожай В. В. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ТОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА	341
Примкулова Г. М., Абдилхаева З. А., Содикова Д. Т. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНСПЕДИКУЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕСТАБИЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА	345
Проневич А. В., Гатальская А. И., Румянцева А. А. АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ С КОГНИТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 65 ЛЕТ	349
Путик В. В., Масюкевич А. И. ЗАВИСИМОСТЬ РАБОТОСПОСОБНОСТИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ В ПЕРИОД СЕССИИ ОТ ВЫРАБОТКИ МЕЛАТОНИНА И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ СНА	352
Римашевская А. О., Халиль М. А., Коротков А. С. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ НА ОСНОВЕ РАЗВИТИЯ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ НАВЫКОВ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ НОЗОЛОГИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ НА БАЗЕ ОКПНД Г. ТВЕРЬ	357
Розенфельд И. И., Чиликина Д. Л. АНАЛИЗ РАЗЛИЧНЫХ ИМПЛАНТАТОВ, ИСПОЛЪЗУЕМЫХ ПРИ ГЕРНИОПЛАСТИКЕ БОЛЬШИХ И ГИГАНТСКИХ ХИАТАЛЬНЫХ ГРЫЖ	361
Розенфельд И. И., Чиликина Д. Л. ПРОБЛЕМЫ ПЛАСТИКИ ХИАТАЛЬНЫХ ГРЫЖ	365
Розенфельд И. И., Чиликина Д. Л. ФИКСАЦИОННАЯ И БЕСФИКСАЦИОННАЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПЛАСТИКА ПРИ БОЛЬШИХ И ГИГАНТСКИХ ХИАТАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ	370

Сальников С. В., Проценко И. В. ДЕПРЕССИЯ И ОБСТРУКТИВНОЕ АПНОЭ СНА	375
Сарыгчев А. А., Добрынина И. С. ОСОБЕННОСТИ ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У ПАЦИЕНТОВ НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ВРАЧЕБНОМ УЧАСТКЕ	380
Семенчук И. Д., Ясенко Д. М. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	382
Скуратова В. А. НОМЕНКЛАТУРНЫЙ АНАЛИЗ ГОТОВЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В ФОРМЕ ДРАЖЕ В АПТЕКАХ Г. ШЕЛЕХОВ (ИРКУТСКАЯ ОБЛАСТЬ)	386
Татлыбаева Н. З., Иштуков Р. Р. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАСТАРЕЛЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ МЕНИСКОВ И ХОНДРОПАТИЕЙ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ	389
Филиппченкова С. И., Мурашова Л. А., Григорьева Д. Д., Котова К. А. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ БУДУЩЕГО ВРАЧА	393
Фомина О. И., Арсенина В. Ю. ОЦЕНКА УРОВНЯ ММР-2, ММР-8, ММР-9, TIMP 1, TIMP 2 В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ В КАЧЕСТВЕ РАННЕГО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО МАРКЕРА ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК	396
Хотим О. А., Аносов В. С. МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ КОСТНЫХ КИСТ	401
Хотим О. А., Аносов В. С. МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ КОСТНЫХ КИСТ С ПРИМЕНЕНИЕМ ВЫСОКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ	404
Хотим О. А., Аносов В. С. КОМБИНИРОВАННЫЙ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ КОСТНЫХ КИСТ С ПРИМЕНЕНИЕМ ВЫСОКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ И КОСТНОЙ ПЛАСТИКОЙ	407
Худоярова Н. К., Каландаров Д. М., Содикова Д. Т., Абдилхаева З. А. УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ КАРДИОМИОПАТИИ	410
Цыдендамбаева С. З., Баранников С. В. РОЛЬ ТИПА ЛИЧНОСТИ D В РАЗВИТИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	413
Чепелев С. Н., Висмонт Ф. И. АНТИАРИТМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИСТАНТНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ПОСТКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ ПРИ ИШЕМИИ-РЕПЕРФУЗИИ МИОКАРДА У КРЫС С ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ДИСЛИПИДЕМИЕЙ	415

Черствая Е. В., Чепелев С. Н. ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕМОГЛОБИНОПЕНИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ	420
Чеснокова А. А., Буланов В. В. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАТЕРНОЙ ЛЕКСИКИ И ПСИХИЧЕСКОЕ НЕБЛАГОПОЛУЧИЕ	425
Шанина А. А., Буланов В. В. АГРЕССИЯ ПАЦИЕНТА И ЗАЩИТА ДОСТОИНСТВА ВРАЧА	428
Шевцова В. И., Котова Ю. А., Зуйкова А. А., Мелихова С. П. ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ РЕГРЕССИОННЫХ МОДЕЛЕЙ РАСЧЕТА ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ХОБЛ	431
Шевцова М. А. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПАТОЛОГИИ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН В ПЕРИ И ПОСТМЕНОПАУЗЕ	434
Шелкович С. Е., Ясенко Д. М. БЕРЕМЕННОСТЬ И РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	437
Шендерова Е. С. ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ СВОБОДНЫХ ОРГАНИЧЕСКИХ КИСЛОТ В ЛИСТЬЯХ ОДУВАНЧИКА ЛЕКАРСТВЕННОГО	439
Шендерова Е. С. СОДЕРЖАНИЕ И НАКОПЛЕНИЕ ФЛАВОНОИДОВ В ЛИСТЬЯХ ОДУВАНЧИКА ЛЕКАРСТВЕННОГО	443
Шуненков Д. А., Худяков А. В., Герасимова И. Д. АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И СУИЦИД В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ – РОЛЬ ГЕЛОТОФОБИИ. КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР	447
Шуст О. Г., Калинин С. И., Сафронова М. Ю. ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНАЯ МЕМБРАННАЯ ОКСИГЕНАЦИЯ КАК МЕТОД ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ	452
Щекина А. В., Добрынина И. С. ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ И ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С МИЕЛОПРОЛИФЕРАТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ (АНОМАЛИЯ ГЕНА PDGFRB)	456
Юнусова З. В., Содикова Д. Т., Абдилхаева З. А. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	459
Юрченко В. О., Данилина К. С., Поселюгина О. Б., Мотеркина М. Н. ВЗАИМОСВЯЗЬ САХАРНОГО ДИАБЕТА И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК	462

Научное издание
МОЛОДЕЖЬ И МЕДИЦИНСКАЯ НАУКА

Статьи
VI Всероссийской межвузовской научно-практической конференции
молодых ученых с международным участием

Оригинал-макет подготовила И. Ю. Колесникова
Дизайн обложки И.А. Жмакин

Подписано в печать 9.01.2019
Усл. печ. листов 27,6