



Министерство здравоохранения Российской Федерации

Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова

ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ СТУДЕНТОВ
И МОЛОДЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ

«Актуальные вопросы современной медицины: взгляд молодого специалиста»

ОБУЧЕНИЕ,
ПРАКТИЧЕСКОЕ
ПРИМЕНЕНИЕ НАВЫКОВ



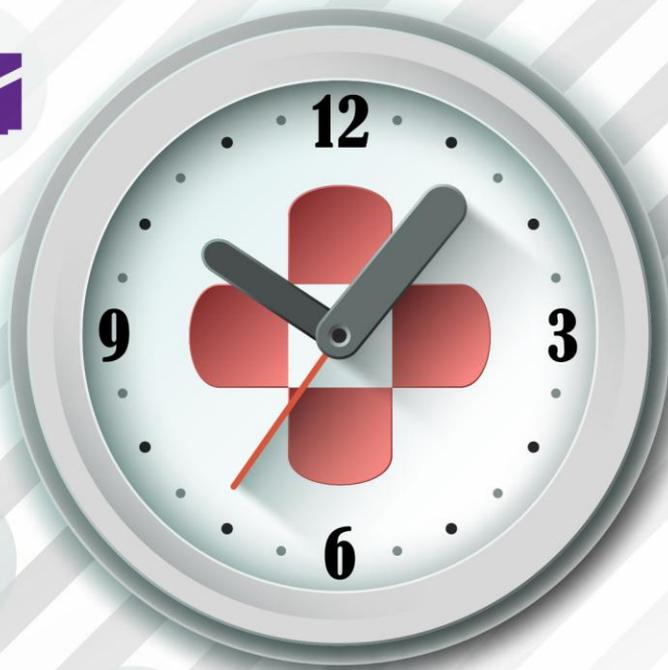
ДВИЖЕНИЕ,
ИННОВАЦИИ



ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ
РОСТ



МЕХАНИЗМ
ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ



Рязань, 16 сентября 2015г.

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ
СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ:
ВЗГЛЯД МОЛОДОГО СПЕЦИАЛИСТА**

МАТЕРИАЛЫ

Всероссийской научной конференции
студентов и молодых специалистов

Рязань, 2015

УДК 61(071)+61:378

ББК 5+74.58

A437

Редакционная коллегия:

Калинин Р.Е. - доктор медицинских наук, профессор

Кирюшин В.А. - Заслуженный работник высшей школы

Российской Федерации, доктор медицинских наук, профессор

Сучков И.А. - доктор медицинских наук

A437 Актуальные вопросы современной медицины: взгляд молодого специалиста: материалы Всероссийской научной конференции студентов и молодых специалистов / редкол.: Р.Е. Калинин, В.А. Кирюшин, И.А. Сучков; ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: РИО РязГМУ, 2015. – 281 с.

ISBN978-5-8423-0164-5

Сборник научных трудов составлен по материалам Всероссийской научной конференции студентов и молодых специалистов «Актуальные вопросы современной медицины: взгляд молодого специалиста».

УДК 61(071)+61:378

ББК 5+74.58

ISBN978-5-8423-0164-5 © ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, 2015

ХИРУРГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

МИНИИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ СО СТЕНОЗОМ ТЕРМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛА ХОЛЕДОХА В СОЧЕТАНИИ С РЕФЛЮКС-ГАСТРИТОМ

Абдуллоев Д.А., Билолов М.К., Сайфудинов Ш.Ш.

Таджикский государственный медицинский университет, г. Душанбе

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных жёлчно-каменной болезнью (ЖКБ) и ее осложнения со стороны других органов.

Материалы и методы. За период 2013 по 2015 гг. в ГКБ №3 и ГКБ СМП обследовались и лечились 1554 пациентов с ЖКБ. Из них в 35 (2,25%) случаях ЖКБ сочетался со стенозом терминального отдела с микрохоледохолитиазом и хроническим нарушением дуоденальной проходимости. Возраст больных составил от 44 до 76 лет. Средний возраст при этом составил $52 \pm 1,5$ года. Мужчины были 8, а женщины 19. В группу сравнения было включено 17 пациентов с ЖКБ и холедохолитиазом, которым была выполнена традиционная холецистэктомия, холедохолитотомия и дренирование холедоха по Аббе.

Всем больным при поступлении проведены клиничко-лабораторные и инструментальные методы исследования, включая УЗИ, ФГДС, поэтажная манометрия, полипозиционное рентгенологическое исследование, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография и по необходимости МРТ.

Результаты и их обсуждение. В результате проведенного комплексного исследования было выявлено, что из 57 больных с ЖКБ, у 23 (40,3%) пациентов имеется стеноз терминального отдела холедоха, из них в сочетании с микрохоледохолитиазом у 11 (47,8%) пациентов. А у остальных 12 (52,2%) пациентов было выявлено что ЖКБ и стеноз терминального отдела холедоха сочетается еще с хроническим нарушением дуоденальной проходимости (ХНДП) механической природы в стадии компенсации и субкомпенсации и выраженным дуодено-гастральным рефлюксом и рефлюкс-гастритом. Установлено, что причиной ХНДП было высокое стояние дуодено-еюнального перехода.

Первым этапом была выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с литоэкстракцией камней корзинки Дормии. Осложнения во время проведения ЭПСТ возникло в двух случаях: в одном случае при проведении ЭПСТ возникло кровотечение, из-за чего ЭПСТ произвели на следующий день. В другом случае произошло вклинение камней корзинки Дормиа, в результате чего нам пришлось перейти на конверсию.

Вторым этапом у 15 пациентов произвели одновременную лапароскопическую холецистэктомию (ХЭ) по общеизвестной методике и коррекции ХНДП путем лапароскопического рассечения связки Трейтца и низведения-

ем дуодено-еюнального перехода. Во время проведения лапароскопических операций осложнений не отмечено.

В пред – и в послеоперационном периоде все больные получили комплексное консервативное лечение.

В отдаленном послеоперационном периоде у больных отсутствовали прежние жалобы. Через 6 месяцев при повторном проведении ФГДС из большого дуоденального сосочка желчь течет свободно, признаки ДГР и РГ не отмечены, при проведении поэтажной манометрии отмечалось нормальное давление в дуоденуме. Тогда как в группе сравнения отмечалось 3 случая осложнений, таких как желчеистечение, кровотечение и послеоперационная грыжа.

Выводы.

1. Таким образом, установлено, что ЖКБ часто сочетается со стенозом терминального отдела холедоха, микрохоледохолитиаза и РГ.

2. При ЖКБ необходимо всестороннее и комплексное исследование пациентов в предоперационном периоде с целью выявления осложнений и сопутствующей патологии.

3. Коррекция сопутствующей и конкурирующей патологии у больных с ЖКБ уменьшает частота постхолецистэктомического синдрома.

4. Использование комбинированного поэтапного проведения ЭПСТ с литоэкстракцией камней и последующим лапароскопическим ХЭ и коррекции ХНДП ведет к отпадению вопроса о проведении традиционного метода операции, которая не лишена частых осложнений.

ПРОФИЛАКТИКА ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Абдуллоев Д.А., Билолов М.К., Сайфудинов Ш.Ш., Рахимов Р.С.

Таджикский государственный медицинский университет, г. Душанбе

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения желчнокаменной болезни (ЖКБ) сочетающейся с рефлюкс-гастритом (РГ).

Материалы и методы. С 2012 по 2014 гг. в клинике обследовались и лечились 47 пациентов с ЖКБ, сочетающейся с РГ. Возраст больных от 28 до 76 лет. Средний возраст больных составляет 46 лет. При этом женщин составило 38, а мужчин-9. В группу сравнения включено 12 пациентов, которым была выполнена только холецистэктомия с последующим консервативным лечением РГ.

Всем больным выполнялись обязательные клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования, включая: УЗИ, ФГДС, МРТ, поэтажная манометрия и релаксационная дуоденография.

Результаты и их обсуждение. Проведение поэтажной манометрии и фиброгастродуоденоскопии в 84% случаев позволило диагностировать повышение внутрижелудочного и интрадуоденального давления, с ДГР II- III

степени, а также обнаружить РГ (антральный, тотальный) с эрозиями и язвами слизистой желудка. У 20 больных при гиперкинезии двенадцатиперстной кишки ограничили выполнение «пунктирной» серомиотомии (дозированное рассечение циркулярных мышц ДПК). Длина производимого разреза не должна превышать поперечный разрез кишки, а расстояние между ними позволит наложению серозно-мышечных швов. Разрезы ушивают в поперечном направлении.

При гипокинезии двенадцатиперстной кишки в стадии компенсации - у 8 больных выполняли видеолапароскопическую спирт-новокаиновую блокаду чревного сплетения (химическая нервотомия). У 11 больных выполняли видеолапароскопические рассечения спаек и операцию Стронга. У 3 больных для повышения сократительной способности двенадцатиперстной кишки и профилактики послеоперационного механического дуоденостаза, производили имплантацию электродов «водителя ритма» в проекцию двенадцатиперстной кишки для последующей послеоперационной электростимуляции. Все операции были сделаны видеолапароскопическим путем. При нарушении дуоденальной проходимости, обусловленной органическими причинами, у 5 больных операции выполнялись традиционными способами.

Вторым этапом операции осуществлялась холецистэктомия тактика которой сегодня детально отработана. В ходе холецистэктомии интраоперационных осложнений не отмечалось.

В послеоперационном периоде изучались результаты лечения больных в сроки 1 и 6 месяцев после операции. Субъективно в отдаленном послеоперационном периоде отмечены хорошие результаты лечения, в дополнительном медикаментозном лечении пациенты не нуждались, осложнений холецистэктомии, признаков моторных нарушений функции двенадцатиперстной кишки при рентгенологическом и эндоскопическом исследовании не отмечено. По данным дуоденоманометрии после выполнения коррегирующих вмешательств нормализовалось интрадуоденальное давление. В контрольной группе отмечается прогрессирование РГ с периодическими обострениями на фоне прекращения медикаментозного лечения.

Выводы. Таким образом, установлено, что ЖКБ довольно часто сочетается с патологическими состояниями желудочно-дуоденального перехода. Наиболее высокоинформативным методом диагностики рефлюкс-гастрита являются инструментальные методы. Патогенетически обоснованная видеолапароскопическая коррекция рефлюкс-гастрита при холецистэктомии уменьшают частоту постхолецистэктомического рефлюкс-гастрита.

СТАБИЛИЗАЦИЯ ПРОКСИМАЛЬНОЙ ЧАСТИ ТРОМБА У БОЛЬНЫХ С ТРОМБОЗОМ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ

Агапов А.Б.

Рязанский государственный медицинский университет

им. акад. И.П. Павлова

Научный руководитель: д.м.н. Сучков И.А.

Цель исследования. Оценка сроков и частоты стабилизации тромбов (СТ) при использовании различных вариантов антикоагулянтной терапии.

Материалы и методы. В исследование включено 170 пациентов, которые разделены на 3 группы: 1 группа принимали ривароксабан (48 человек), 2 группа - низкомолекулярные гепарины (НМГ) с последующим подбором дозы варфарина (73 человека) и 3 группа принимали НМГ с последующим переходом на ривароксабан (49 человек). Периодичность ультразвукового исследования проксимальной границы тромба составила 1-4-5-8-10-12-14 дни.

Результаты и их обсуждение. При поступлении в 1 группе СТ и флотирующих тромбов (ФТ) было 23 и 25 соответственно. На 4-5 день СТ составило 26 (54,2%), на 8-10 день увеличилось до 41 (85,4%), на 12 - 14 день СТ отмечены у всех 48 (100%) пациентов. Отрицательная динамика роста тромба наблюдалась у 7 (14,6%) пациентов на 4-5 день, после чего им назначен НМГ. У 41 (85,4%) человека с ФТ и СТ отрицательной динамики не отмечено, что свидетельствует об эффективности использования ривароксабана в клинической практике.

На 1 день во 2 группе СТ и ФТ было у 40 и 33 пациентов соответственно. На 4-5 сутки пациентов со СТ составило 43 (58,9%) человека, ФТ отмечено у 30 (41,1%) человек (за счёт трансформации окклюзионной формы тромба во флотирующий у 1 пациента). На 8-10 день стабильных тромбов увеличилось до 56 (76,7%) человек. Без динамики лизиса тромба наблюдалось 5 (6,8 %) пациентов более 14 дней, после чего им выполнена имплантация КФ. У 68 (93,2 %) пациентов на 12 день флотации не обнаружено.

На 1 сутки в 3 группе СТ было у 20 человек, ФТ у 29 человек. На 4-5 день СТ составило 25 (51,02%), на 8-10 день 42 (85,7%), на 12 - 14 день у всех 49 (100%) пациентов 3 группы. Отрицательная динамика роста тромба не наблюдалась ни у одного пациента.

Выводы. Стабилизация ФТ наблюдается уже на 4-5 сутки лечения во всех группах. У пациентов 1 и 3 групп стабильных тромбов на 8-10 день больше, чем во 2 группе (85,4% и 85,7% против 76,7% соответственно). Полная стабилизация тромбов (100%) достигается на 12 - 14 сутки в 1 и 3 группах, тогда как во 2 группе в 93,2%.

НЕОАДЬЮВАНТНАЯ ПОЛИХИМИОТЕРАПИЯ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЁННОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Анохина И.В.

Таджикский государственный медицинский университет, г. Душанбе
Научный руководитель: д.м.н., профессор Зикирходжаев Д.З.

Цель исследования. Изучение результатов неoadьювантной полихимиотерапии у пациентов раком молочной железы в зависимости от ответа опухоли на лечение.

Материалы и методы. Исследование носило ретроспективный характер, в которое были включены 79 женщин местно-распространенным раком молочной железы (МРРМЖ) в период с 2008 по 2015. Средний возраст составил $42 \pm 4,2$ года. Для оценки величины ответа опухоли на лечение в работе использованы стандартные критерии ВОЗ с двухмерным измерением наибольших диаметров: полный ответ (регресс) - 100% исчезновение опухоли, частичный ответ - уменьшение размера опухоли на 50% и более, стабилизация - уменьшение размера опухоли менее чем на 50%, прогрессирование - увеличение размера опухоли более чем на 25%.

Результаты и их обсуждение. Из 79 больных, получивших в неoadьювантном режиме курсы полихимиотерапии, уменьшение размеров опухолевого узла, отека и гиперемии кожи молочной железы, а так же уменьшение регионарных лимфоузлов наблюдалось у 73 (92,4%), у 6 (7,5%) пациенток отмечалась стабилизация процесса. Морфологически наблюдаемый лечебный патоморфоз различной степени выраженности отмечен практически у всех данной группы больных - 78 (98,7%). Всем больным, после неoadьювантной полихимиотерапии было произведено хирургическое вмешательство в объеме мастэктомии по Мадену. Из них 35 (44,3%) больных находятся на учете в стадии длительной клинической ремиссии.

Выводы. Уменьшение регионарных лимфоузлов наблюдалось у 73 (92,4%), у 6 (7,5%) пациенток отмечалась стабилизация процесса. Морфологически наблюдаемый лечебный патоморфоз отмечен у 78 (98,7%) пациенток.

РЕТРОГРАДНАЯ ЭНДОЛИМФАТИЧЕСКАЯ ПОЛИХИМИОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЁННОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Анохина И.В.

Таджикский государственный медицинский университет, г. Душанбе
Научный руководитель - д.м.н., профессор Зикирходжаев Д.З.

Цель исследования. Изучение выживаемости пациенток после проведения ретроградной эндолимфатической полихимиотерапии у больных местно-распространенным раком молочной железы (МРРМЖ).

Материалы и методы. Изучены результаты лечения 34 больных женщин МРРМЖ, которым в комплексном лечении была проведена ретроградная эндолимфатическая полихимиотерапия.

Результаты и их обсуждение. Данный метод введения химиопрепаратов позволил достигнуть:

- максимума местной концентрации препарата с непосредственным воздействием на опухолевые клетки в основном очаге и лимфатических узлах;
- введения кратчайшим путем разовых доз, в 3-10 раз превышающих концентрацию препарата при его внутривенном введении; увеличение терапевтической эффективности за счет повышения иммунологической активности лимфогистоцитарного аппарата и депонирования в лимфатических узлах;
- значительного снижения токсического эффекта и количества осложнений.

Безрецидивная 3-летняя выживаемость наблюдалась у 24 (70,5%) больных, у 2 (5,8%) больных наблюдался рецидив заболевания. Общая 3-летняя выживаемость составили 26 (76,4%) пациенток. Общая 5-летняя выживаемость составили 8 (23,5%) больных.

Выводы. Ретроградная эндолимфатическая полихимотерапия позволило достигнуть выживаемость в 76,4% и 23,5% в течение 3 и 5 лет соответственно.

КИСЛОТОПРОДУКЦИЯ ЖЕЛУДКА ПРИ ПИЛОРИЧЕСКИХ ЯЗВАХ

Аракелян Г.А.

Первый Московский государственный медицинский университет, г. Москва
Научный руководитель - к.м.н. Столярчук Е.В.

Язвами пилорического канала принято считать язвы, локализующиеся на привратнике, а также в пределах 0,5 см проксимальнее или дистальнее его. По данным Н. Gaffner их частота достигает 40,5% от общего числа гастродуоденальных язв. Весьма противоречивыми являются имеющиеся в литературе сведения о характере кислотопродуцирующей функции желудка у данной категории больных. По мнению одних авторов пациенты с пилорическими язвами являются преимущественно гиперсекреторами, как и большинство больных с язвами луковицы двенадцатиперстной кишки. В соответствии с другой точкой зрения показатели как базальной, так и стимулированной кислотопродукции при пилорических язвах ниже, чем при язвах двенадцатиперстной кишки.

Цель исследования. Определение характера секреции желудка у больных с язвами привратника.

Материалы и методы. Изучение результатов аспирационно-титрационного метода исследования кислотопродукции у больных с язвами

привратника. Изучена кислотопродукция желудка у 48 больных с язвами привратника. В группу сравнения вошли 30 больных с язвами луковицы. Определяли базальную и стимулированную гистамином и мнимым кормлением секрецию желудка.

Результаты и их обсуждения. БПК (базальная кислотопродукция) при язвах привратника ниже, чем при язвах луковицы (6,44 ± 2,2 ммоль/час и 11,7 ± 2,4 ммоль/час). Особенности различия отмечены в значениях стимулированной секреции: при язвах луковицы максимальная секреция составила 24,3 ± 3,6 ммоль/час, при язвах привратника - 33,4 ммоль/час. При стимуляции мнимым кормлением больший секреторный ответ был у больных с язвами луковицы: более чем в 2 раза выше, чем при язвах привратника.

Выводы. При язвах привратника преобладает невагусный (гуморальный) механизм стимуляции секреции желудка. Это необходимо учитывать при выборе способа операции.

К ВОПРОСАМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ МЕТАСТАЗОВ РАКА ПОЧКИ В НАДПОЧЕЧНИКИ

Аристархова А.А.

Рязанский государственный медицинский университет

им. акад. И.П. Павлова

Научный руководитель: д.м.н., профессор Аристархов В.Г.

Цель исследования. Повышение эффективности диагностики и лечения метастатического поражения надпочечников при раке почки.

Материалы и методы. В основу работы взяты результаты обследования и лечения 22 пациентов с метастазами рака почки в надпочечники. Всем больным было проведено комплексное обследование, ультразвуковое исследование, по необходимости КТ, МРТ. Пациенты разделены на группы в зависимости от стадии опухолевого процесса, гистологической разновидности рака почки, локализации и размера первичного очага, объёма оперативного вмешательства, наличия жалоб.

Результаты и их обсуждение. За период с 2002-2013 гг. в ГКБ №11 выявлено 84 больных раком почки с метастазами в различные органы. Из них 22 (26%) пациента с метастазами в надпочечники. Средний возраст больных в этой группе составил 60,4 года (от 47 до 76 лет), мужчины - 63,6%. У 14 (63,6%) пациентов диагностирован рак левой почки, у 7 (31,8%) - рак правой почки, в одном случае (4,5%) - рак обеих почек. Локализация опухоли в верхнем полюсе почки наблюдалась в 63,6%. Поражение левого надпочечника выявлено у 13 больных (59%), правого - у 7 (32%), обоих надпочечников - у одного больного (9%). Во всех рассмотренных нами случаях размер первичного опухолевого очага превышал 5 см в диаметре. У трёх пациентов в анамнезе нефрэктомия по поводу рака почки (4, 6 и 18

лет назад). Хирургическое лечение проведено 20 больным (90%), в 2 случаях в связи с распространенным метастатическим процессом от оперативного лечения было решено отказаться.

Выводы.

1. Хирургический метод является наиболее эффективным в лечении метастатического поражения надпочечников при раке почки. При злокачественных опухолях левой почки любого размера и локализации, учитывая особенности венозного кровоснабжения почки и надпочечника, необходимо выполнять адреналэктомию слева. При раке почки, расположенном в верхнем полюсе, который интимно соприкасается с надпочечником на этой стороне, нужно выполнять адреналэктомию, особенно если размер опухоли превышает 5 см.

2. Учитывая, что метастазирование рака почки происходит и после 5 лет, считаем нужным вести наблюдение этих больных и после 5-летнего срока. Проводить им не только УЗИ диагностику, но и обязательно РКТ, ЯМРТ, т.к. разрешающая способность последних методов очень высока.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОЙ ТРАВМЫ ГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА

Ахмадалиев Ш.Ш., Нуриддинов А.С., Эшонхужаев О.О., Рашидова Ш.У.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан
Научные руководители - Кулдашев К.А., Эшонхужаев К.О.

Цель исследования. Хирургическое лечение позвоночно-спинальной травмы в настоящее время получило активное развитие вследствие большого социального и медицинского значения этой патологии. В связи с появлением средств визуализации, массовым внедрением хирургических технологий данная патология уже не является окончательным приговором с точки зрения инвалидности.

Материалы и методы. Нами проанализировано 70 историй болезней пациентов, с позвоночно-спинальной травмой находившихся на лечении в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского с 01.01.2007 г. по 31.12.2014 г. Группа пострадавших сформирована методом спонтанной выборки. Из 70 больных 50 были оперированы. 20 пострадавших не оперированы в связи с тяжестью состояния и летальный исход отмечено у 12 из них в течение первых суток. У 35 больных была травма грудного отдела, у 35-поясничного. Мужчин было 56 (80 %), женщин-14 (20 %). Возраст больных / - от 17 до 88 лет (в среднем 35,4). Наибольшее количество больных были в возрасте от 17 до 50 лет- 45 (64,3 %) человек.

Результаты и их обсуждение. Особенностью клинической картины у пациентов с ПСТ явилось преобладание тяжелого (71,4 %) и крайне тяже-

лого состояния (15,7 %). В состоянии средней тяжести поступило 10 % пострадавших, в атональном - 2,9 %. У 87,1 % больных выявлена сочетанная травма и только 12,9 % пострадавших доставлены с изолированной ПСТ. На тяжесть состояния в первую очередь влиял объем сочетанной травмы. Внутричерепные гематомы, травма органов грудной клетки, двусторонние множественные переломы ребер, переломы бедра и таза забрюшинные гематомы достоверно утяжеляли состояние больного и влияли на увеличение летальных исходов у пострадавших.

Выводы. Таким образом, при определении относительных противопоказаний к операции необходимо ориентироваться на тяжесть состояния больного, наличие, объем и выраженность сочетанной травмы.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АСЕПТИЧЕСКОГО НЕКРОЗА ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

**Ахмадалиев Ш.Ш., Нуриддинов А.С., Эшонхужаев О.О.,
Рашидова Ш.У.**

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан
Научный руководитель - Эшонхужаев К.О.

Поздняя диагностика асептического некроза головки бедренной кости до настоящего времени остается главной причиной длительной, а зачастую пожизненной инвалидности больных. Один из корифеев рентгенодиагностики С.А. Рейнберг подчеркивал, что первая стадия болезни, стадия некроза, не подтверждается сразу рентгенологически и головка бедра на снимке выглядит нормальной даже для опытного рентгенолога и ортопеда - травматолога в то время как процесс находится уже в разгаре. Говоря об этиологии асептического некроза головки бедренной кости, большинство исследователей, таких как С.А. Рейнберг (1964), Г.С. Юмашев (1983), А.Ф. Краснов, К.А. Иванова (1983), М.В. Волков, Г.М. Тер-Егизаров, Е.А. Абальмасова (1983) J. Wiltling (1967), Н.М. Михайлова, М.Н. Малова (1982) отмечая ее недостаточную изученность и ясность все же более склонны отдать ведущую роль нарушению кровообращения в зоне тазобедренного сустава. Более того, по выражению С.А. Рейнберга (1964) “на основании теоретических соображений мы все больше и больше склоняемся в сторону решающей роли нервно-сосудистых, т.е. в конечном счете, именно нервных факторов в возникновении этих патологических явлений жизнедеятельности костей. Более конкретно можно сказать, что асептический остеонекроз, вызывается, по всей вероятности, нарушением местной симпатической иннервации сосудов”.

Таким образом, становится ясным, что асептический некроз головки бедра возникает в результате нейрососудистых изменений в области тазобедренного сустава, т.е. возникают некие глубинные процессы прямо

или косвенно нарушающие нервную, а затем сосудистую регуляцию не только тазобедренного сустава, но и всего тазового пояса и нижней конечности.

В процессе поиска причин, приводящих к нарушению кровообращения в области тазобедренного сустава, мы пришли к выводу, что одним из наиболее вероятных региональных патологических процессов, способных привести к значительным нервным и сосудистым нарушениям, которые были бы в состоянии повлиять и на зону тазобедренного сустава, является синдром грушевидной мышцы - один из наиболее изученных периферических невровазкулярных синдромов. Именно при синдроме грушевидной мышцы возникают процессы одновременно и нарушения иннервации, и венозного застоя, и артериальной недостаточности, а клинические проявления и их своевременная адекватная терапия в состоянии предотвратить дальнейшие структурные изменения. В этом случае, асептический некроз головки бедра является не столько причиной, сколько конечным или может быть промежуточным, но самым серьезным результатом сложных невровазкулярных процессов, происходящих в зоне тазового пояса и нижних конечностей.

Функциональные или патологические, временные или постоянные сокращения или спазмы грушевидной мышцы в той или иной степени, прямо или опосредованно отражаются на функции тазобедренного сустава, и она является непосредственной участницей, если не основной причиной патологических процессов, происходящих в тазобедренном суставе, как взрослых, так и детей. Причем сопутствующие вегетативные симптомы и ирритативные процессы отражаются и в областях, расположенных значительно дальше тазобедренного сустава и ягодичной области. Мы считаем, что в результате напряжения грушевидной мышцы на тазобедренный сустав начинают действовать одновременно три различных фактора: нарушение кровообращения из-за частичного сдавления верхних ягодичных и нижних ягодичных сосудов, причем происходит сочетание недостаточности артериальной и стаза венозной крови, частичное нарушение иннервации сустава и, наконец, постоянная, не прекращающаяся даже в покое, компрессия сокращенной грушевидной мышцей головки бедра о дно вертлужной впадины. Вследствие этого происходит уменьшение притока артериальной крови, из-за нарушения иннервации возможна несогласованность при включении коллатерального кровообращения, после чего происходит изменение структуры хрящевой и костной частей тазобедренного сустава и вдавливание шейки в размягченную головку бедра.

Учитывая все вышеизложенные теоретические предпосылки, нами при осмотре больных с подозрением на асептический некроз головки бедра определяется симптом Бонне-Бобровниковой - возникновение боли и натяжение грушевидной мышцы при пассивном приведении и внутренней ротации бедра, симптом Гроссмана - сокращения ягодичных мышц при ударе

молоточком по крестцу, применяется тест Полонского для определения силы грушевидной мышцы, причем при этом тесте можно прощупать болезненную грушевидную мышцу.

Визуально определяется степень уплощения ягодичных областей, атрофия мышц бедра.

При лечении данного контингента больных нами применяется комплекс лечебных мероприятий, состоящий из новокаиновых блокад грушевидной мышцы - 40 мл 0,5% раствора новокаина через день в область грушевидной мышцы, токи Бернара в виде коротких волн на область крестца для подавления патологической импульсации из позвоночника, массаж ягодичной, ниже поясничной и бедренных областей, парафиновые аппликации на ягодичную область. Курс лечения- 10-12 дней.

В процессе лечения уже через 5-6 дней отмечается явное улучшение трофики мышц, уплощенная ягодичная область уравнивается со здоровой стороной, боли практически исчезают, восстанавливается объем движений в тазобедренном суставе. Контрольная рентгенограмма проводится через 1 месяц после начала лечения.

Учитывая, что не каждый раз при синдроме грушевидной мышцы возникает асептический некроз головки бедра, мы при первичном синдроме грушевидной мышцы проводим аналогичный профилактический курс лечения до исчезновения симптомов натяжения грушевидной мышцы и спазма сосудов. Критерием является исчезновение боли, восстановление объема движений и отсутствие хромоты. Обязательная контрольная рентгенограмма через 1 месяц после начала лечения на фоне полного отсутствия клинических проявлений.

ЛЕЧЕНИЕ ЛАТЕРАЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

**Ахмадалиев Ш.Ш., Рашидова Ш.У., Нуриддинов А.С.,
Нуриддинов О.Д.**

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан
Научный руководитель - Эшонхужаев К.О.

Переломы шейки бедренной кости свойственны людям пожилого и старческого возраста.

Цель исследования. В тоже время оперативное лечение этой группы больных связана с большим риском, причем степень риска прямо пропорционально травматичности операции. Поэтому операция должна быть мало травматично, позволяющей рано активизировать больного с нагрузкой на поврежденную ногу.

В настоящее время самым распространенным методом операционном лечение переломов является остеосинтез трех пластом гвоздем с накладкой

различных конструкций, что неприемлемо осложненных больных пожилым и старческом возрасте.

Материалы и методы. В нашей клинике Андижанской областной больницы с 2009 по 2014 годы под наблюдением находился 56 больной с вертельными переломами в возрасте от 50 - 60 лет - 28, от 60 - 70 лет - 21, от 70 и выше 7 больных. Из них женщин 25, мужчин 31.

Больные разделены на 3 группы соответственно методу лечения. В 1 группе больных отсутствовали сопутствующие заболевания- 28 больных. Во 2 группе имелись возрастные функциональные изменения внутренних органов с частичным нарушением их функции - 22 больных. В 3 группе имелись глубокие нарушения функции печени, сердечно - сосудистой системы и органов дыхания в субкомпенсаторном и компенсаторном состоянии - 6 больных.

Результаты и их обсуждение. У 9 больных получены неудовлетворительные результаты. Из них у 5 больных наблюдалось нагноение мягких тканей вокруг спиц, удаление спиц привело к варусной деформации шейки. У 6 больных перелом сросся в неправильном положении из за ранней нагрузки на конечность.

Выводы. Анализ отдельных результатов лечения показывает необходимость индивидуального подходу к выбору лечения пострадавших пожилого и старческого возраста, преимущество ранней активизации, современность коррекции сопутствующих заболеваний.

ПРИМЕНЕНИЕ СОРБЕНТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ И ОБШИРНЫХ РАН КОЖНЫХ ПОКРОВОВ

Ахмадалиев Ш.Ш., Рашидова Ш.У., Нуриддинов А.С.,

Нуриддинов О.Д.

Андижанский государственный медицинский институт, г Андижан
Научный руководитель - Эшонхужаев К.О.

За последние годы в связи с бурным развитием техники, промышленности транспорта значительно возрос контингент пострадавших с тяжелой травмой, нередко с обширными повреждениями кожных покровов. Лечение таких больных представляет значительные трудности особенно, у пострадавших с наличием сахарного диабета, с пониженным иммунитетом. Процесс регенерации у них идет вяло, протекает медленно. Применение различных мазевых повязок, антисептиков и других средств у подобных больных малоэффективны.

Цель исследования. Оценка использования сорбентов из активированного угля при лечении обширных повреждений кожных покровов открытых переломах костей конечностей.

Материалы и методы. Нами у 46 больных с травматическими повреждениями кожи и открытых переломах применена методика лечения с ис-

пользованием сорбентов. Пострадавшие были в возрасте от 12 до 58 лет. 28 больных поступили с открытыми переломами костей голени и предплечья, у 18 наблюдались обширные, размозженные, скальпированные раны в области локтевого сустава - 4, предплечья кисти - 5, области коленного сустава - 3, голеностопного сустава - 6 больных.

Результаты и их обсуждение. При лечении чистых и гнойных ран использовались гранулы активированного угля. Предварительно он подвергался стерилизации термическим методом, которая не изменяла сорбционных свойств активированного угля.

Перед применением активированного угля его смешивали с равным объемом гипертонического раствора натрия хлорида. Наблюдения за течением раневого процесса показали, что уже на вторые сутки после применения препарата наблюдались заметная дегидратация тканей с уменьшением отека раны, изменялся характер раневого отделяемого, который из гнойно-некротического приобретал вид прозрачного, сукровичного. На 3-4 сутки лечения отмечено значительное улучшение общего состояния больных, нормализовался сон, аппетит, уменьшалась интенсивность болей в ране. На 5-7 сутки наблюдалось сокращение площади раны почти на 20-25 % по сравнению с контролем, т.е. при обычном традиционном лечении раны с использованием мазей, антисептиков.

При использовании активированного угля заживление раны идет под искусственным струпом, образованным сорбентом. Объективно на 2-3 сутки отмечались снижение температуры тела до нормальных величин, уменьшение тахикардии - как результат снятия интоксикации организма. В анализе крови отмечено снижение лейкоцитарного индекса.

Параллельно с местным лечением проводилось общеукрепляющее лечение; Витамины группы В, С, назначались антибиотикотерапия, биостимуляторы. По показаниям проводили инфузии разных жидкостей, крови, кровезаменителей; при необходимости назначалась иммуностимулирующая терапия.

На 5-7 сутки рана очищалась от некротических тканей, заполнялась яркими жизнеспособными грануляциями, с краев начиналась уже эпителизация. В зависимости от размеров раны тактика дальнейшего лечения их была разной. Небольшие раны затягивались самостоятельно, а при обширных ранах прибегали к закрытию дефекта кожи свободной кожной пластикой расщепленным аутоотрансплантатом, взятым при помощи механического дерматома с ручным приводом. После ушивания пересаженного кожного лоскута к краям раны на него в шахматном порядке наносили перфорационные отверстия для оттока тканевой жидкости и крови. Первая перевязка производилась на 5-7 сутки после операции.

Операция кожно-пластического закрытия ран применена у 17 больных; у всех отмечено полное приживление пересаженных лоскутов.

Выводы. Использование сорбентов из активированного угля при лечении обширных повреждений кожных покровов открытых переломах кос-

тей конечностей даёт положительные результаты примененной методики, улучшается течение раневого процесса, быстро проходит очищение ран, и образование грануляционной ткани.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ У ДЕТЕЙ

**Ахмадалиев Ш.Ш., Рашидова Ш.У., Нуриддинов А.С.,
Нуритдинов О.Д.**

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан
Научный руководитель - Эшонхужаев К.О.

Частота переломов костей предплечья, многие вопросы их лечения, проблемы восстановления утраченной функции предплечья вследствие полученной травмы до сих пор являются не полностью изученными. Все это, а также нередко наблюдающиеся осложнения, делают проблему лечения переломов костей предплечья у детей актуальной. Диафизарные переломы костей предплечья являются одними из частых повреждений детского возраста и составляют 41,2%. Переломы костей предплечья, по данным отдельных авторов, наблюдается в 11,5-64,1% среди всех переломов костей конечности (Баиров Г.А., 1976; Сальников С.С., 1978; Корж А.А. Похвалий А.Н. Акимов А.Б., 1990). Несмотря на высокую частоту переломов костей предплечья многие вопросы остаются нерешенными.

Цель исследования. Оценка результатов консервативного лечения диафизарных переломов костей предплечья у детей.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось на лечении 166 детей с диафизарными переломами костей предплечья возрасте от 3 до 14 лет с 1993 по 1999 годы, что составило 28,3% по отношению ко всем переломам костей предплечья у детей и 41,2%-среди повреждений костей верхней конечности. Применяли как консервативные, так и оперативные методы лечения.

Результаты и их обсуждение. Консервативные методы лечения применялись при закрытых диафизарных переломах костей предплечья без смещения, по типу «зеленой веточки», при наличии угловых смещений до 7-10°, а также при поперечной и косо-поперечной или косо-зазубренной линии излома со смещением до 1/3 поперечника кости и под углом до 10°.

В таких случаях мы применяем наружную гипсовую иммобилизацию конечности без активного вмешательства на месте перелома. Что же касается переломов со смещением фрагментов, то закрытые одномоментные сопоставление обеих или одной из костей предплечья у детей показаны при наличии поперечной линии излома или близкой к ней поперечно-зазубренной, когда отсутствует тенденция к вторичному смещению в условиях наличия дислокации отломков в одной плоскости. Закрытые одномоментные сопоставле-

ния отломков также показаны при смещении их в двух плоскостях, при наличии поперечной и косо-зазубренной линии излома.

Таким образом, мы своей практической деятельностью производили одномоментную закрытую репозицию костных отломков в зависимости от уровня перелома, характера и вида смещения. При консервативном методе лечения 21 обследованного в отдаленные сроки у 8 получены хорошие анатомо-функциональные результаты, у 8 нами отмечены удовлетворительные и у 5 - неудовлетворительные, хотя в эту группу были включены дети с наиболее легкими повреждениями.

Изучая литературу по лечению детей с диафизарными переломами костей предплечья, а также на основании анализа собственного материала, мы пришли к выводу, что оперативному вмешательству подлежат все случаи неудавшегося консервативного лечения, при смещениях отломков более чем на 3/4 поперечника кости и с наличием угловой деформации более 10°.

Продолжая традиционные методы лечения диафизарных переломов костей предплечья у детей, наряду с консервативными методами, мы применяли оперативное вмешательство: открытое сопоставление фрагментов с остеосинтезом стержнями Богданова, спицами Илизарова, стабильно-функциональный чрескостный остеосинтез аппаратом Илизарова.

Мы являемся сторонниками раннего оперативного вмешательства, ибо каждый пропущенный день после травмы ухудшает исходы лечения. Оптимальным сроком оперативных вмешательств считаем первые часы после травмы, пока не наступил реактивный отек поврежденного сегмента.

Отдаленные результаты изучены у 212 больного с диафизарными переломами костей предплечья в сроки от 3 месяцев до 6 лет, что составляет около 77,1% среди всех детей, находившихся под нашим наблюдением. Результаты оперативного лечения 107 больных: хорошие - 8, удовлетворительные - 8, неудовлетворительные - 5.

Выводы. Тактика лечения должна быть строго дифференцирована с учетом возраста ребенка, вида, характера перелома и плоскостного смещения костных отломков. При переломах с допустимыми смещениями отломков показано консервативное лечение, а при двух - и трехплоскостных переломах со смещением - активное хирургическое вмешательство.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ ВЕНОЗНОГО ГЕНЕЗА

Бабенко Д.В., Кришталь И.М., Смолянец Н.А.

Витебский государственный медицинский университет, г. Витебск

Научный руководитель - к.м.н., доцент Небылицин Ю.С.

Цель исследования. Провести сравнительную оценку качества жизни у пациентов с трофическими язвами венозной этиологии по шкале опросни-

ка CIVIQ (Chronic Venous Insufficiency Questionnaire) в зависимости от проводимого комплексного лечения.

Материалы и методы. В исследование включены 65 пациентов (мужчин - 35, женщин - 30) с пациентов ХВН III ст., которые находились на лечении в УЗ «Витебский областной клинический центр» в период 2008-2015 гг.

В зависимости от проводимого лечения больные были разделены на две клинические группы. Рандомизация проводилась методом «конвертов». Первую (контрольную) группу составили 37 пациентов, которым применялась стандартная схема лечения: влажно-высыхающие марлевые повязки с мазями на гидрофильной основе и растворами антисептиков; эластическая компрессия, воздействие на микроциркуляцию, лимфатический отток. Вторую группу составили 28 пациентов, которым в комплексную схему лечения были включены раневые покрытия. Качество жизни оценивалось в обеих группах с использованием русифицированной версии опросника качества жизни CIVIQ. Цифровой материал обрабатывали статистически с использованием стандартных пакетов прикладных программ Statistica - 10.0. Статистически значимыми различия считались при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. У всех пациентов в группе №1 отмечалось снижение качества жизни по всем разделам опросника физического и психологического состояния здоровья. В группе №2 у 72% пациентов отмечалось снижение качества жизни, но менее выраженное ($p < 0,05$). При сравнении в исследуемых группах определялось более выраженное снижение эмоционального состояния и душевного равновесия в группе №1 ($p < 0,05$). При этом, несмотря на снижение качества жизни в группе №2 отмечен удовлетворительный уровень социальной активности.

Выводы. Выполненное исследование показало, что в группе №1 у 100% опрошенных имеет место снижение качества жизни, которое проявлялось болевым синдромом, ограничением физической активности, психологическими расстройствами. В группе №2 отмечался удовлетворительный уровень социальной активности при сниженных показателях физического и эмоционального компонентов здоровья у 72% опрошенных.

АРТРО-МЕДУЛЛЯРНОЕ ШУНТИПРОВАНИЕ ПРИ АРТРОЗЕ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Газарян З.С.

Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова

Научный руководитель - д.м.н., профессор Назаров Е.А.

Дегенеративно-дистрофические заболевания суставов (ДДЗС) в настоящее время занимают ведущую роль среди заболеваний опорно-двигательного аппарата и являются одними из самых распространенных.

Им страдает около 5% всех жителей земного шара. Данное заболевание ухудшает качество жизни людей, приводя к инвалидности. ДДЗС обычно являются показанием для сложного оперативного вмешательства, такого как замена сустава - эндопротезирование - которое не всегда дает положительный результат в послеоперационном периоде и может сопровождаться осложнениями.

В настоящее время сотрудниками ЦИТО разработан новый тип имплантов артро-медуллярный шунт, позволяющий отсрочить эндопротезирование, а в некоторых случаях и обойтись без него. Данный имплант обеспечивает соединение суставной полости с внутрикостным пространством. Операция направлена на сохранение сустава и импортозамещение.

Цель исследования. Снижение травматичности и стоимости оперативного вмешательства.

Материалы и методы. Имплантаты изготовлены из полый титановой трубки, выполненной из сплава ВТ6 длиной 65 -120 мм с винтовой частью для первичной фиксации в костной ткани (рис.1). Винтовая часть имплантатов снабжена гнездом под шестигранную отвёртку для ввинчивания. Невинтовая часть содержит боковые отверстия, служащие для поступления содержимого в продольный канал диаметром 3,1 мм и далее в полость сустава, что позволяет обеспечить сообщение суставной полости и внутрикостного пространства.



Рис. 1. Внешний вид артро-медуллярного имплантата

Мы устанавливаем артро-медуллярный имплантат по собственной методике, отличной от методики ЦИТО (прооперирована одна пациентка).

Результаты и их обсуждение. В послеоперационном периоде ведение пациентов стандартное: обезболивающие препараты (при необходимости), хондопротекторы, дозированная нагрузка на оперированную конечность при помощи костылей, физиолечение, лечебная гимнастика. Контрольное рентгенологическое обследование проводилось непосредственно после операции и через 6 месяцев.

Результаты лечения оценивались через 3 и 6 месяцев путем телефонного анкетирования по шкале KOOS (Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score) и альгофункциональному индексу Лекена.

В первые несколько суток после операции больная отмечает значительное снижение болевого синдрома и уменьшение приема болеутоляющих препаратов, отсутствие ночных болей и нормализацию сна.

Выводы. Через 6 месяцев эффект от оперативного вмешательства сохранился. Больная готовится к операции на другом суставе.

ПРИМЕНЕНИЕ СЕЛЕКТИВНЫХ НПВС НА ФОНЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ: МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЗОНЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ

Герасимов А.А., Слепнев А.А.

Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова

Научный руководитель - д.м.н., профессор Калинин Р.Е.

Цель исследования. Оценка влияния селективных НПВС при экспериментальном моделировании эндотелиальной дисфункции (ЭД) на морфологическую картину в зоне артериальной реконструкции.

Материалы и методы. Исследование проведено на 32 беспородных котах массой 3-4 кг. Животные разделены на 2 группы: контрольную и опытную. Для моделирования ЭД использовали N-нитро-L-аргинин метиловый эфир (L-NAME), который вводили ежедневно один раз в сутки внутривентрально в дозе 25 мг/кг в течение 7 дней. На 10 день от начала эксперимента под наркозом выполнялось оперативное вмешательство - аллопластика брюшного отдела аорты. В контрольной группе эндотелиотропная терапия не проводилась. В опытной группе препаратом коррекции стал селективный НПВП (мелоксикам) в дозе 0,125 мг/кг 1 р/д энтерально в течение первых 10 дней послеоперационного периода. Через 6 месяцев проводилась эвтаназия животного, с последующим забором участка аорты в зоне оперативного вмешательства для проведения морфологического исследования.

Результаты и их обсуждение. В контрольной группе стенка сосуда утолщена в результате интерстициального отека всех слоев. Интима рельефная, неравномерно утолщена, с явлениями гиперплазии. Средняя толщина интимы 87.8 ± 3.1 мкм. Клеточная реакция на протез со стороны адвентиции выраженная. В группе, где препаратом коррекции эндотелиальной дисфункции выступал мелоксикам, в месте прилегания ткани протеза к меди и интима, четко определяется умеренно выраженная гиперплазированная интима (средняя толщина интимы - 80.8 ± 13.2 мкм). В данной группе определяется следующий феномен: на фоне умеренно гиперплазированной интимы, определяются колбовидные утолщения интимы, покры-

тые уряженным слоем эндотелия, которые вдаются в просвет сосуда. Создается впечатление «папилломатоза интимы». Клеточная реакция на ткань протеза умеренно выраженная.

Выводы. Статически значимых различий в толщине интимы в опытной и контрольной группе не выявлено. На фоне применения селективного НПВС (мелоксикама) отмечена картина колбовидного утолщения интимы, создающая эффект «папилломатоза» внутренней выстилки сосуда.

ОСОБЕННОСТИ УШИВАНИЯ ПРОНИКАЮЩИХ РАНЕНИЙ СЕРДЦА

Грудинин Н.В., Мулин А.В.

Тверской государственной медицинский университет, г. Тверь

Научные руководители - д.м.н., профессор Волков С.И.,

д.м.н., доцент Казаков А.Ю.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных с травматическим повреждением сердца на основании ушивания ран сердца на экспериментальной модели, взятой от животного (свиное сердце). Разработка гемодинамического устройства при ранениях сердца.

Материалы и методы. Настоящая работа выполнена на основании изучения экспериментальных результатов сердечно-сосудистых комплексов, взятых от 16-ти свиней. На извлечённое сердце животного было нанесено травматическое повреждение сердца в области правого желудочка. Использовалась устройство для гемодинамического моделирования циркуляции крови. Ушивание раны сердца проводилось П-образными швами, атравматической иглой (пролен 3/0) с использованием тефлоновых заплат, и без использования заплат.

Результаты и их обсуждение. В первой группе исследования (8 сердечно-сосудистых комплексов) накладывались П-образные швы на всю глубину миокарда атравматической иглой (пролен 3/0), с использованием прокладки из тефлона. Использовалась система имитации кровенаполнения правых отделов сердца. Раствор подавался в желудочек под давлением 30 мм.рт.ст. В результате проведенного исследования были получены хорошие результаты адаптации краёв раны и быстрая остановка кровотечения.

Во второй группе исследования (8 сердечно-сосудистых комплексов) накладывались П-образные швы без использования тефлоновых прокладок. В 2 случаях швы прорезывались, в результате чего были наложены дополнительные одиночные швы для достижения состоятельности гемостаза. В остальных 6-ти края раны были хорошо адаптированы и кровотечение из раны сердца не наблюдалось.

Выводы.

1. Ушивание ран сердца П-образными швами с использованием тефлоно-

вых заплаток, обладает значительно лучшими гемостатическими свойствами, хорошими результатами адаптации краёв раны и быстрой остановкой кровотечения.

2. Ушивание ран сердца без использования тефлоновой заплаты приводит в некоторых случаях к дополнительному наложению швов из-за неадекватного гемостаза. Наложение дополнительных швов на сердце ухудшает показатели кровоснабжения прилежащих к ране участков миокарда.

ОТРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Грудинин Н.В., Мулин А.В.

Тверской государственной медицинской университет, г.Тверь

Научные руководители: д.м.н., профессор Казаков Ю.И.,

д.м.н., доцент Казаков А.Ю.

Цель исследования. Улучшить возможность обучения и отработки практических навыков реконструктивных операций на артериях

Материалы и методы. На кафедре разработаны синтетические модели сосудов различного диаметра. Данный продукт не имеет аналога отечественного производства. Имеются лишь единичные похожие модели иностранного производства. Разработана оригинальная методика производства этих моделей с низкой себестоимостью. Созданы линейные протезы для моделирования операций на бедренных, подколенных артериях - диаметр 6 мм, 8мм, а также операций на брюшной и грудной аорте (20-22 мм); бифуркационные протезы, а также модель дуги аорты с ее ветвями. Смоделированы модели аневризматических расширений на моделях брюшного, грудного отдела и дуги аорты. Что в свою очередь даёт возможность выполнить отработать технику операции при данной патологии. Созданы модели заплат размером 10x10 см². Протез имеет несколько слоев. Внутренний слой голубого цвета, толщиной 0,2 мм, имитирующий интиму сосуда, наружный слой белого цвета, толщиной 1,5 - 2 мм-медию и адвентицию. Протез упругий, герметичный с нулевой порозностью, хорошо держит форму после проведения артериотомии. При затягивании линии шва отсутствует прорезывание нити. Модели сосудов достаточно просты в изготовлении и их производство в десятки раз дешевле зарубежных аналогов. Для изготовления моделей использовался низкомолекулярный силиконовый каучук, полотно эквилента (56% целлюлозы, 44% полиэстера), в качестве формы - стальные пруты разного диаметра.

Результаты и их обсуждение. Данные модели протезов использовались на 82 оперативных вмешательствах, выполненных 36 студентами 2-3 курса лечебного факультета. При использовании протезов расслоения слоев не

выявлено. Протез очень легко режется скальпелем, ножницами, прокалывается иглой атравматической нити. Выполнены операции- наложения бокового шва, циркулярного анастомоза конец в конец, анастомоза конец в бок, что полностью моделируют все современные операции на аорте и периферических артериях.

Выводы. Данный протез может с успехом использоваться для обучения и отработки навыков реконструктивных шунтирующих операций на магистральных артериях. Низкая цена расходных материалов и простота производства данных моделей по авторской методике даёт широкую возможность её применения в других вузах страны.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ КИСТИ

Дадоджонов Дж.Ю., Сайфуллоев Б.С., Мамадкулова Н.А.

Таджикский государственный медицинский университет, г. Душанбе

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии,

г. Душанбе

Научный руководитель - к.м.н., доцент Маликов М.Х.

Цель исследования. Обобщение результатов хирургического лечения аномалии развитие кисти.

Материалы и методы. Хирургическая коррекция различных вариантов врожденных аномалии развития кисти выполнена 84 пациентам. От общего количества оперированных дети до 14 лет составили 70% (59).

У 70 (83,3%) пациентов имела место врожденная синдактилия. Простая форма синдактилии имела у 49, сложная - у 21 пациентов.

Полидактилия имела место у 9 (10,8%), макродактилия у -3 (3,6%) и тяжелая форма косорукости - у 2 (2,3%) больных. Было выявлено, что 10 пациентам с синдактилией было выполнено пересечение перепонки между сращенными пальцами в других лечебных учреждений. Сроки развития рецидива у этих 10 обследованных составили в среднем 2 месяца.

Из дополнительных методов исследования наиболее информативным явилась рентгенография пальцев кисти, которая была использована всем пациентам. В 10 наблюдениях тяжелых форм синдактилии и сложных видов порока развития кисти использовали ангиографию и в зависимости от данных исследования определяли очередность реконструкции.

Результаты и их обсуждение. При выборе метода хирургической коррекции учитывали возраст пациента и вид патологии. При простых формах синдактилии, при которых не отмечалось деформации пальцев, оперативные вмешательства выполнили в сроки 6 - 7 лет. Тогда как, при сложных формах патологии, которые сопровождались нарушением структуры костей пальцев, показания к операции были выставлены в более ранние сроки.

При полидактилии показания к оперативному лечению всем пациентам

были выставлены в момент первичного обращения. Объем операции заключался в удалении нефункционирующих добавочных пальцев.

Наиболее сложным явилась коррекция макродактилии. При этом пороке больные были оперированы в разные сроки и оперативные вмешательства были разделены на нескольких этапов. Основным видом оперативного вмешательства при макродактилии явилось укорочение пальцев и уменьшение их объема по периметру. Однако в последующем все же возникала необходимость к проведению корригирующих вмешательств.

Двум больным с косорукостью были выполнены реконструктивные вмешательства на сухожилиях и костей с целью устранения контрактуры.

В послеоперационном периоде в 2 наблюдениях отмечалось нагноение раны, тотальный некроз разобщенного пальца в одном и краевой некроз лоскута также у одного больного. Рецидив синдактилии не имел место. Функциональные и эстетические результаты были хорошими при синдактилии и полидактилии. Удовлетворительные функциональные результаты были получены при коррекции макродактилии и косорукостью.

Выводы. Исходы оперативного лечения различных вариантов аномалии развития кисти, во многом зависят от сроков и вида оперативного вмешательства.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Ахмедов Ш.И.^{1,2}, Богомолов А.Ю.^{1,2}

Городская клиническая больница скорой медицинской помощи,
г.Рязань (1)

Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова (2)

Научный руководитель - д.м.н., профессор Тарасенко С.В.

Эндовидеохирургические технологии в лечении паховых грыж в настоящее время находятся на стадии бурного развития.

Цель исследования. Оценить результаты лапароскопического и эндоскопического способов лечения паховых грыж.

Материалы и методы. В период с 2011 по 2014гг. было выполнено 72 герниопластики по поводу односторонней паховой грыжи, до IIIa ст по классификации Л.Найхуса. Из них 44 герниопластики выполнены лапароскопическим методом (трансабдоминальная преперитонеальная герниопластика -ТАРР)-первая группа, и 28 герниопластик выполнено эндоскопическим методом (тотальная экстраперитонеальная герниопластика -ТЕР) - вторая группа. Все герниопластики выполнялись стандартно в плановом порядке после предоперационного обследования, с использованием одинакового инструментария и сетчатого эндопротеза (полипропиленовая сетка

15x15см). Исследуемые группы по демографическим показателям статистически значимо не отличались. Выраженность болевого синдрома измерялась по 10 бальной шкале ВАШ.

Результаты и их обсуждение. В среднем болевой синдром по шкале ВАШ в раннем послеоперационном периоде у больных прооперированных по методом ТАРР впервые сутки и на третьи сутки составил 5.7 баллов и 1.9 баллов соответственно (20% требовался наркотический анальгетик), а после ТЕР впервые и на третьи сутки 2.4 баллов и 0.8 баллов соответственно. В двух случаях после герниопластики методом ТАРР у пациентов был выявлен неврит пахового промежутка. Количество сером в области операционного вмешательства после герниопластики методом ТАРР -15%, после ТЕР- 5%. Все осложнения были разрешены консервативно. Общая продолжительность операции при ТЕР (в среднем 55мин.) в 1.3 раза превышает длительность операции по методу ТАРР (в среднем 40мин).

Выводы. Более выраженный болевой синдром в послеоперационном периоде после герниопластики методом ТАРР обусловлен рассечением париетальной брюшины, фиксацией сетки к мягким тканям передней брюшной стенке и её последующей перитонезации с использованием большего количества клипс. А продолжительность операции при ТЕР обусловлена с техническими сложностями диссекции в ограниченном рабочем пространстве.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ ЧЕЛОВЕКА В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Богомолов А.Ю.^{1,2} Ахмедов Ш.И.^{1,2}, Панина Н.Ю.²

1 - Городская клиническая больница скорой медицинской помощи,
г.Рязань

2 - Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова

Научный руководитель - д.м.н., профессор Тарасенко С.В.

За последние десятилетия отмечается большой рост и «омоложение» заболевания хроническим панкреатитом (ХП), что заставляет вести поиск маркеров, позволяющих индивидуализировать раннюю диагностику, профилактику и лечение осложненных клинических форм хронического панкреатита.

Цель исследования. Оценить полиморфизмы генов алкогольдегидрогеназы, панкреатического секреторного ингибитора трипсина (SPINK1), катионного трипсиногена (PRSS1), муковисцидоза-1 и -2 у пациентов с осложненными и неосложненными клиническими формами хронического панкреатита.

Материалы и методы. Было обследовано 63 пациента, 31 с осложненными и 32 с неосложненными клиническими формами ХП, из них 55 мужчин и 8 женщин, средний возраст составил 44.8 ± 3.29 года. Исследование

проводилось на базе ЦНИЛ РязГМУ.

Результаты и их обсуждение. Для статистической обработки полученных результатов использовался показатель оценки шансов (OR), для оценки достоверности различий между выборками использовался критерий χ^2 . Полиморфизм гена муковисцидоза-2 не был определен ни в одной из групп. Полиморфизм SPINK1 был выявлен в 2 случаях в опытной группе, что не позволяет достоверно рассчитать отношение шансов. Для генов муковисцидоза-2 и PRSS1 OR= 2.138, для гена АДГ OR=5.217 ($p<0,05$).

Выводы. Представленные результаты показывают, что у лиц с осложненными формами ХП полиморфизм в генах АДГ и PRSS1 встречается достоверно чаще, чем у лиц с неосложненными формами, что может применяться в комплексной диагностике и прогнозировании исходов у пациентов с хроническим панкреатитом.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Ахмедов Ш.И.^{1,2}, Богомолов А.Ю.^{1,2}

1 - Городская клиническая больница скорой медицинской помощи,
г.Рязань

2 - Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова

Научный руководитель - д.м.н., профессор Тарасенко С.В.

Стремление уменьшить последствия перенесенных операции, применение лапароскопических технологии при некоторых заболеваниях являются золотым стандартом. Число выполняемых лапароскопических операции на желчных протоках при доброкачественных заболеваниях в настоящий момент остается крайне низким. Данное обстоятельство связано с необоснованным преувеличением интраоперационных рисков при выборе метода оперативного вмешательства и склонностью хирургов к выполнению более «привычного» и простого оперативного лечения.

Цель исследования. Изучить результаты применения лапароскопических методик в лечении доброкачественных заболеваний желчного протоков.

Материалы и методы. За период с 2013 по 2015 г. нами выполнено 14 лапароскопических операции на желчных протоках. Из них 8 холедоходуоденоанастомозов, 6 холедохолитотомий с дренированием по Холстеду. Во всех случаях выполнялась так же холецистэктомия. В качестве критериев оценки эффективности операций мы брали: величину кровопотери, общее время операции, количество осложнений, интенсивности боли используя шкалу боли ВАШ.

Результаты и их обсуждение. Все 14 операций были выполнены успешно. Величина кровопотери в исследуемых группах не превышала 100 мл.

Продолжительность оперативного вмешательства составила в среднем 72 минуты. Выраженность болевого синдрома в покое, по шкале ВАШ до приема анальгетиков, после операции в среднем через 2ч-6.2 балла, 24ч-3.8 балла, 48ч-3 балла, 72ч -1.8 баллов. Длительность приема НПВС варьировала от 3 до 9 дней (наркотические анальгетики применялись только в первые сутки). В одном случае после ХДА наблюдалось подтекание желчи по дренажу, которое самостоятельно прекратилось на 5-е сутки.

Выводы.Полученные результаты свидетельствуют, что лапароскопические технологии имеют значительные преимущества в сравнении с традиционным лечением и могут быть применены в лечении доброкачественных заболеваний желчных протоков.

ВОЗМОЖНОСТИ СОВМЕЩЕННОЙ ПОЗИТРОННО-ЭМИССИОННОЙ И КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПЕРВИЧНО-МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛИМФОУЗЛОВ ШЕИ

**Захаркина Т.В., Чевардов Н.И., Черницын К.И.,
Редькин А.Н., Рыжих О.В.**

Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова

Научный руководитель - д.м.н., профессор Куликов Е.П.

Первично - метастатическое поражение лимфоузлов шеи встречается в 3-7% случаев в структуре опухолей головы и шеи. Этот диагноз устанавливается в случае, если единственным проявлением заболевания является метастатическое поражение лимфоузлов шеи, а первичный очаг после детального обследования выявить так и не удалось. Показатели выживаемости при данной патологии весьма удручающие, что связано с агрессивным течением заболевания и отсутствием информации о локализации первичной опухоли. Лишь поиск первичного очага может способствовать улучшению результатов лечения, поскольку от своевременного получения полной информации о локализации, размерах новообразования, а также распространенности опухолевого процесса зависит точное определение стадии заболевания и выбор адекватной тактики лечения, и его эффективность. В настоящее время активно изучаются возможности совмещенной позитронно-эмиссионной и компьютерной томографии (ПЭТ-КТ) в диагностике первично-метастатического поражения лимфоузлов шеи.

Цель исследования.Оценка эффективности ПЭТ-КТ в диагностике первично-метастатического поражения лимфоузлов шеи.

Материалы и методы.Было проведено ПЭТ-КТ в режиме «все тело» 30 больным с первично-метастатическим поражением лимфоузлов шеи до начала лечения. Среднее время от момента первичного обращения до проведения ПЭТ-КТ составило 2,5 месяца. У всех больных был морфологически

подтвержден диагноз и все были предварительно детально обследованы. Среди включенных в исследование преобладали мужчины - 73%. Средний возраст пациентов составил 63 года.

Результаты и их обсуждение. В результате ПЭТ-КТ исследования у 18 больных (60%) была выявлено наличие специфической метаболической активности в различных органах и тканях (ротоглотке, вестибулярном отделе гортани, гортаноглотке, легких и др.). При дообследовании у 8 пациентов был подтвержден, предполагаемый при ПЭТ-КТ, первичный очаг и гистологически верифицирован. У 50% больных (15 случаях) с выявлено метастатическое поражение легких, костей, головного мозга, печени, лимфоузлов средостения. И только в 20% случаев (у 6 пациентов) никаких дополнительных данных при ПЭТ-КТ выявлено не было, т.е. выявлена метаболическая активность только в пораженных лимфоузлах шеи.

Выводы. Данные полученные при ПЭТ-КТ помогают клиницисту сформировать полное представление о распространенности опухолевого процесса, в некоторых случаях выявить первичный очаг, что позволяет выбрать оптимальную тактику лечения больного. Внедрение в клиническую практику ПЭТ-КТ может позволить отказаться от раздельного применения нескольких методов лучевой диагностики и тем самым значительно сократить время диагностического процесса. Таким образом, считаем, что ПЭТ-КТ должна быть включена в алгоритм обследования данной категории больных.

ПУНКЦИОННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИКИСТОЗА ПОЧЕК

Ионов Е.Н.

Рязанский государственный медицинский университет

им. акад. И.П. Павлова

Научный руководитель - д.м.н., профессор Аристархов В.Г.

Цель исследования. Изучить эффективность применения метода пункции крупных кист почек у больных, страдающих аутосомно-доминантным поликистозом почек (АДПП).

Материалы и методы. В исследовании сравниваются две группы пациентов, страдающих АДПП в компенсированной и субкомпенсированной стадиях. Основная группа представлена 22 пациентами (16 женщин и 8 мужчин), которым выполнена пункция крупных кист почек с последующим введением в их полость склерозанта. Средний возраст пациента $59,1 \pm 8,3$ лет (от 40 до 67 лет). В контрольной группе 40 пациентов (20 женщин и 20 мужчин), которые лечатся консервативно. Средний возраст $51,4 \pm 17$ лет (от 18 до 75 лет).

Результаты оценивались в течение 1 года по динамике уровня креатинина крови, скорости клубочковой фильтрации (СКФ), интенсивности боли, оцененной по опроснику SF-36.

Результаты и их обсуждение. В течение года после проведенной опера-

ции уровень креатинина обследуемой группы снизился со 167 ± 22 мкмоль/л до $132,2 \pm 23$ мкмоль/л, в контрольной группе показатели $131,5 \pm 45,9$ мкмоль/л и 130 ± 42 мкмоль/л, соответственно. Среднестатистическая СКФ в течение всего периода исследования сохраняется в пределах нормы в обеих группах. Интенсивность боли в основной группе изначально $41,1 \pm 10,8$ балла, через год наблюдается улучшение показателя до $59,6 \pm 11,7$, темп улучшения 31%. В контрольной группе также прослеживается положительная динамика: изначально балл составлял $47,8 \pm 10,4$, через 1 год $51,5 \pm 12,1$, темп роста показателя значительно ниже, составляет 7%. Большинство прооперированных пациентов отмечают улучшение самочувствия и уменьшение интенсивности тупых болей в поясничной области.

Выводы. Применение чрескожной пункции кист с последующим введением склерозанта у пациентов в компенсированной и субкомпенсированной стадий АДПП положительно влияет на субъективное самочувствие пациента. Наблюдается небольшое снижение уровня креатинина крови при сопоставимой с начальной СКФ на фоне прогрессирования заболевания.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ОЦЕНКА НОВОГО ГЕМОСТАТИЧЕСКОГО ИМПЛАНТАТА НА ОСНОВЕ ПРОИЗВОДНОЙ ЦЕЛЛЮЛОЗЫ

Исмаилов Б.А.

Республиканский специализированный центр хирургии, г. Ташкент
Научный руководитель - д.м.н., профессор Садыков Р.А.

Разработка оригинальных хирургических биорастворимых полимерных материалов, обладающих гемостатическими свойствами, является актуальной задачей в современной хирургии. В настоящее время в практической хирургии отсутствуют доступные и эффективные биорастворимые полимеры, обладающие местными гемостатическими свойствами для предупреждения паренхиматозного кровотечения при операции внутренних органов и обладающих регенеративными свойствами.

Цель исследования. Сравнить в условиях *in vitro* и *in vivo* кровоостанавливающие средства местного действия на основе карбоксиметилцеллюлозы.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужили кровоостанавливающие пленки на основе производной целлюлозы. Исследования *in vitro* были проведены с использованием донорской крови по методу Ли-Уайта определение времени свертывания крови (ВСК). В пробирку с 1 мл венозной кровью добавляли гемостатическую пленку в размере 1 см². Пробирку устанавливали на водяную баню при 37°C. Одновременно засекали секундомер до образования сгустка.

Исследования *in vivo* были проведены на 25 белых крысах линии «Vistar», различного пола, массой тела $198 \pm 2,72$ гр. Экспериментальные

исследования были проведены на модели плоскостной раны печени с последующим применением гемостатических материалов местного назначения из производных целлюлозы. В моделированной ране отмечается активное паренхиматозное кровотечение. На кровоточащую поверхность печени методом аппликации наложена модифицированная гемостатическая пленка. При аппликации гемостатической пленки время гемостаза отмечается в течение $17,2 \pm 0,4$ сек. После кратковременного наблюдения возобновления кровотечения не наблюдалась. Морфологические исследования были проведены на 1, 3, 7, 14 и 30 сутки, после имплантации с проведением оценки биоразлагаемости.

Результаты и их обсуждение. Проведенные *in vitro* исследования в присутствии гемостатической пленки ВСК по методу Ли - Уайта составило 2,9 мин, в контрольной группе составило 7 мин (в норме ВСК по данному методу 4 мин 55 сек - 11 мин 44 сек).

В *in vivo* исследованиях применение кровоостанавливающих пленок в сроки наблюдения до 1 месяца в брюшной полости спаечного процесса не отмечалась, сроки биодеструкции составили 14 - 15 дней, а так же наблюдаются регенераторные процессы в паренхиме печени, особенно в зоне повреждения, что свидетельствует о восстановлении ткани печени после применения предлагаемого гемостатического материала.

Выводы. На основании экспериментальной оценки *in vitro* и *in vivo* исследования применение местного гемостатического материала в виде пленки дает стойкий гемостатический эффект в короткие сроки. Обладает высокой адгезивностью, способствует регенерацию тканей, не оказывает раздражающего действия и не обладает антигенными свойствами. Сроки биоразлагаемости пленки составила 14 - 15 суток. Новый материал в виде местной гемостатической пленки может быть применен для остановки паренхиматозных кровотечений при травмах и операционных кровопотерях.

МАСТОРЕДУКЦИЯ У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

**Каганов О.И., Савельев В.Н., Кочетков Р.И., Борисов А.П.,
Ткачев М.В., Ламонов М.С., Буканова М.С., Ткачева В.М.**

Самарский государственный медицинский университет, г. Самара
Научный руководитель - д.м.н., профессор Козлов С.В.

Цель исследования. Доказать необходимость планирования хирургического лечения у больных с гигантомастией в объеме радикальной мастэктомии (РМЭ) и первичной масторедукции с противоположной стороны.

Материалы и методы. С 2012 г. в отделении общей онкологии ГУЗ СОКОД выполнена 21 масторедукция у больных с гигантомастией, которым была проведена РМЭ с противоположной стороны. У 11 женщин была первичная масторедукция, у 10 - отсроченная.

Результаты и их обсуждение. Послеоперационные осложнения в виде воспаления послеоперационной раны возникли у одной пациентки, еще у одной пациентки диагностирована гематома. Консервативное лечение было эффективным и не повлияло на сроки и результат лечения. Согласно исследованиям травматолога - ортопедической службы Самарской области, у женщин с гигантомастией после радикальной мастэктомии в 90% случаев в течение первого года после операции развивается компенсаторная кифотическая, сколиотическая осанка или их комбинация. Для разработки математических моделей и оценки достоверности полученных результатов применяется подография, стабилметрия, электромиография, рентгенография и МРТ позвоночника. При планировании типа масторедукции учитывали рост-весовые показатели, индекс массы тела, возраст, индивидуальные антропометрические данные молочных желез. При выполнении первичной масторедукции ортопедические нарушения не проявлялись. У лиц, которым масторедукция была произведена в отсроченном периоде через 1,5-3 года после мастэктомии, отмечали следующие осложнения: у 9 пациенток сформировались спинно-мозговые грыжи и кифосколиотическая осанка. Выполняя первичную масторедукцию, мы придерживались следующих положений: операция выполняется в один этап, без коррегирующих вмешательств; сосково-ареолярный комплекс перемещается в более высокое положение; грудь должна иметь естественный вид, сохраняются соски с ареолами, при необходимости их диаметр уменьшается. Первичная масторедукция выполнялась со следующими вариантами питающих лоскутов: верхне-нижний, верхне-боковой, нижний и боковой (наружный и внутренний).

Выводы. Первичную масторедукцию у больных с гигантомастией, перенесших радикальную мастэктомия с противоположной стороны, необходимо включить в стандарты планирования объема хирургического лечения.

РЕКОНСТРУКЦИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

**Каганов О.И., Савельев В.Н., Кочетков Р.И., Борисов А.П.,
Ткачев М.В., Ламонов М.С., Буканова М.С., Ткачева В.М.**

Самарский государственный медицинский университет, г. Самара
Научный руководитель - д.м.н., профессор Козлов С.В.

Цель исследования. Сравнить результаты одноэтапных (ОРО) и двухэтапных (ДРО) реконструктивных операции на молочной железе с использованием имплантов.

Материалы и методы. Нами проанализированы результаты реконструктивных операции у больных I-III стадией раком молочной железы. В основную группу вошли больные (n=33), которым проводилось ОРО. Показаниями к ОРО были желание больных восстановить молочную железу в

один этап, птоз 1-2 степени, объем железы не более 400 мл и отсутствие показаний для послеоперационного облучения. Больным контрольной группы (n=28) выполнялась ДРО. Во время первого этапа, по возможности, сохранялась ареола и сосок, при этом избытки кожного лоскута не иссекались, а деэпидермизировались с целью увеличения количества мягких тканей над экспандером. Экспандер раскачивался в первые два месяца (во время первых трех курсов химиотерапии) на 20-25% больше номинала и оставался без изменения на этапе облучения. Второй этап выполнялся через 4-6 месяцев после завершения комплексного лечения. На втором этапе, при необходимости, производили капсулэктомию и ремоделирование субмаммарной складки. Больным выполнена корригирующая операция на противоположной молочной железе: мастопексия (n=7), масторедукция (n=9), эднотезирование (n=6).

Результаты и их обсуждение. Продолжительность операции в основной группе было на 60-90 минут больше, чем в контрольной. Послеоперационные осложнения возникли у четырех больных основной группы. В контрольной группе у двух больных отмечен разрыв экспандера и рожистое воспаление. Протрузия протеза на втором этапе возникла у одной больной через 1,5 месяца после операции. Формирование фиброзной контрактуры 3-4 степени (постоянная болезненность, деформация протеза) зарегистрировано у 5 пациенток основной группы и только у одной из контрольной. Эстетические результаты через 6-12 месяцев после завершения второго этапа оценены как отличные (n=8), хорошие (n=13), удовлетворительные (n=7) у больных контрольной группы, в основной группе отличные (n=3), хорошие (n=10), удовлетворительные (n=20).

Выводы. Таким образом, способ ДРО может быть рекомендован больным РМЖ как основной в случае предполагаемого специального лечения или для достижения более значимого эстетического результата.

РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В УСЛОВИЯХ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

**Каганов О.И., Савельев В.Н., Кочетков Р.И., Борисов А.П.,
Ткачев М.В., Ламонов М.С., Буканова М.С., Ткачева В.М.**

Самарский государственный медицинский университет, г. Самара
Научный руководитель - д.м.н., профессор Козлов С.В.

Цель исследования. Оценить непосредственные результаты реконструктивно - пластических операций (РПО) у больных раком молочной железы (РМЖ) с использованием различных методик.

Материалы и методы. Проведен анализ непосредственных результатов РПО у 75 пациенток РМЖ, находившихся на лечении в отделении общей онкологии в 2013-14 гг. Реконструкция молочной железы с использовани-

ем экспандеров-эндопротезов выполнена у 52 пациенток, у 23 пациенток использованы собственные ткани (поперечный нижний эпигастральный кожно-мышечный (ГРАМ) и торакодорзальный (ТД) лоскут. Показаниями для одномоментной РПО с использованием эндопротезов служили I, II стадия РМЖ, возможность максимального сохранения кожи молочной железы, объем молочной железы менее 550 мл. Двухэтапная реконструкция была показана пациенткам со II и III стадией РМЖ, в случае обязательного адъювантного лечения, при объеме молочной железы более 500 мл или необходимости проведения корригирующей операции на контралатеральной молочной железе. Выбор способа отсроченной пластики зависел от выраженности послеоперационных и постлучевых рубцовых изменений в мягких тканях грудной клетки, степени выраженностиптоза противоположной молочной железы и уровня эстетических претензий пациентки.

Результаты и их обсуждение.Выполнение РПО не привело к увеличению продолжительности госпитализации и не привело к изменению ранее составленного плана онкологического лечения. Прогрессия заболевания в виде отдаленного метастазирования возникла у 6 пациенток (8%), местный рецидив у одной (1,3%). У 5 (9,6%) пациенток диагностирована ротация эндопротеза, еще у 7 (13,4%) развитие капсулярной контрактуры 2 степени, у 3 (13,1%) женщин отмечено образование липогранулем в проекции ГРАМ-лоскута. Отличный эстетический результат, достигнут у 11 пациенток, хороший у 23, удовлетворительный у 15 и неудовлетворительный отмечен у 3 пациенток при использовании аллотрансплантатов, после выполнения РПО собственными тканями у 10 пациенток отличный результат, у 9 -хороший и у 3 - удовлетворительный.

Выводы.Выполнение РПО не приводит к ухудшению непосредственных результатов лечения больных РМЖ. Более значимые эстетические результаты требуют дальнейшего совершенствования методик РПО аллотрансплантатами и освоения новых методик реконструкции с применением микрохирургической техники.

РОЛЬ СОХРАНЕНИЯ СОСКОГО - АРЕОЛЯРНОГО КОМПЛЕКСА У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**Каганов О.И., Савельев В.Н., Кочетков Р.И., Борисов А.П.,
Ткачев М.В., Ламонов М.С., Буканова М.С., Ткачева В.М.**

Самарский государственный медицинский университет, г. Самара
Научный руководитель - д.м.н., профессор Козлов С.В.

Цель исследования.Внедрить реконструктивно-пластические операции (РПО) с сохранением соскового-ареолярного комплекса (САК) у больных РМЖ, оценить полученные результаты в зависимости от вида реконструктивной операции.

Материалы и методы. С 2010-2014 83 больным РМЖ (23 - 63 лет) выполнены радикальные мастэктомии (РМЭ) с сохранением САК и одномоментной реконструкцией. 1 стадия у 24 пациенток, 2 - у 45, 3 - у 14. Реконструкция собственными тканями (нижний эпигастральный (ТРАМ), торакодорзальный лоскут) произведена 39 пациенткам, имплантами в один этап - 31, в два этапа - 13 больным. Показания к сохранению САК: отсутствие клинического, инструментального и гистологического подтвержденного вовлечения САК в опухолевый процесс. Доступы - радиарные разрезы доСАК у 62 больных, субмаммарный у 21. РПО ТРАМ-лоскутом (37) выполнена на ипсилатеральной ножке, с частичной или полной дезэпидермизацией, ТДЛ - 2 пациентки. Симметричная коррекция противоположной железы - 12 пациенток (масторедукция). РПО имплантами: полный мышечный карман - 18, сетчатый имплант - у 13 пациенток. Двухэтапная РПО имплантом - у 13 пациенток с высоким риском назначения адьювантной химио-лучевой терапии. Для достижения симметрии 5 больным выполнена мастопексия, у 13 масторедукция, у 11 - эндопротезирование. Адьювантная полихимиотерапия проведена 59 пациенткам, лучевая терапия - 15, гормональная терапия тамоксифеном - 28.

Результаты и их обсуждение. У 4 пациенток САК удален по результату гистологического исследования (срочное 3, плановое 1). Полных некрозов САК не было, частичный некроз - у 4 (4,8%) пациенток. Частичный некроз ТРАМ-лоскута - у 1 (1,2%) пациентки. Рецидив в подмышечной области возник у 2 (2,4%) пациенток, отдаленные метастазы у 2 (2,4%), рецидива в области САК не было. У 6 (7,2%) - ротация эндопротеза, у 4 (4,8%) развитие капсулярной контрактуры 3 степени, у 3 (3,6%) - образование липогранулем. Эстетические результаты оценивались после операции и через год. Отличный, хороший, удовлетворительный и неудовлетворительный результату 8/21/13/2 пациенток РПО имплантами, у 15/20/4/- РПО собственными тканями.

Выводы. РПО с сохранением САК онкологически безопасны, РПО собственными тканями определяют более значимый эстетический результат.

РОЛЬ СЕТЧАТОГО ЭКСПЛАНТА ПРИ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Каганов О.И., Савельев В.Н., Кочетков Р.И., Борисов А.П.,

Ткачев М.В., Ламонов М.С., Буканова М.С., Ткачева В.М.

Самарский государственный медицинский университет, г. Самара

Научный руководитель - д.м.н., профессор Козлов С.В.

Цель исследования. Оценить возможность применения синтетических эксплантов для создания кармана эндопротеза при выполнении реконструкции молочной железы.

Материалы и методы. В 2014 году пятнадцати 15 больным I-II стадией

РМЖ после радикальной мастэктомии с сохранением соскового-ареолярного комплекса выполнялась реконструкция молочной железы имплантом с использованием синтетического экспланта, вшиваемого между субмаммарной складкой и осеченной от нее большой грудной мышцей. Показаниями к использованию послужили птоз молочных желез 1-2 степени и объем молочной железы более 300 мл. Первым этапом фиксировали сетку к складке, начиная от медиального края отдельными узловыми швами. Далее размещали имплант и сшивали сетку по краю большой грудной мышцы отдельными матрацными швами. Нижний мастэктомический лоскут отдельно фиксировали к сетке. Дренажи удаляли на 4-6 сутки при объеме отделяемого менее 50 мл. У всех больных были установлены высокопрофильные протезы: 300-400 мл у шести пациенток, 400-500 мл - у семи, 500-550 мл у двух.

Результаты и их обсуждение. Ранних послеоперационных осложнений не было. Лимфорея в области экспланта к 14 суткам составляла в среднем 20 мл и обычно прекращалась через 2 недели. У одной больной произошла протрузия протеза на 2-м месяце на фоне курсов химиотерапии в связи с расположением кожного рубца непосредственно над сетчатым эксплантом. Эстетические результаты через 6-12 месяцев после завершения хирургического лечения наблюдались как отличные (n=5), хорошие (n=8), удовлетворительные (n=1). У восьми больных удалось восстановить птоз молочной железы, достигнув значительной симметрии без вмешательства на противоположной железе. Ни у одной пациентки не зарегистрировано формирование фиброзной капсулярной контрактуры 3-4 степени отмечалась выраженная подвижность импланта в сравнении с больными, у которых выполнено полное мышечное укрытие эндопротеза.

Выводы. Неполное мышечное укрытие импланта не приводит к увеличению числа послеоперационных осложнений. Использование сетчатого экспланта позволяет добиться более значимого эстетического результата за счет формирования птоза молочной железы и большей подвижности импланта.

ОРГАНО-СОХРАННЫЕ ОПЕРАЦИИ НА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Каганов О.И., Савельев В.Н., Кочетков Р.И., Борисов А.П.,

Ткачев М.В., Ламонов М.С., Буканова М.С., Ткачева В.М.

Самарский государственный медицинский университет, г. Самара

Научный руководитель - д.м.н., профессор Козлов С.В.

Цель исследования. Доказать, что радикальная резекция не вызывает увеличения количества рецидивов и не влияет негативно на отделенные результаты.

Материалы и методы. В отделении общей онкологии СОКОД за период 2012 - 2013 гг., выполнено 1640 хирургических вмешательств на молочной железе по поводу злокачественных новообразований. Из них ради-

кальных резекций 77(4,7%). По стадиям пациенты распределились следующим образом: 0 - 1(1,3%), 1- 46(59,7%), II - 30(38,9%). Основными критериями для выбора этого варианта хирургического лечения являлись: размер опухоли до 3,0 см; по данным маммографии отсутствует мультицентричный или мультифокальный рост; желание пациентки получить удовлетворительный косметический результат, не прибегая к травматичным реконструктивно-восстановительным операциям.

Результаты и их обсуждение. В отделении выполнено 31(40,25%) операций при расположении опухоли в наружных квадрантах. При расположении во внутреннем квадранте - 18(23,37%). При подобной локализации, пациенткам выполнялась клиновидная резекция молочной железы, с перемещением латерального контура, и сосково-ареолярного комплекса. Считается, что расположение опухоли в центральном квадранте вызывает выраженную деформацию, а удаление соска и ареолы делает эстетический результат ниже. При такой локализации опухоли проведено 28(36,38%) операций. Лучевая терапия применялась у 74 (96,10%) пациенток. В послеоперационном периоде не было выявлено ни одного осложнения. Лимфорея не превышала 16 дней. За время наблюдения развился один местный рецидив 1,3%, который привел к ампутации молочной железы с последующей пластикой эндопротезом. После проведенного радикального хирургического лечения, 65 (84,42%) пациенток оценивают результат как хороший и 12 (15,58%), как отличный.

Выводы.Выполнение органосохранной операции, в независимости от локализации опухоли в молочной железе, позволяет получить хороший косметический результат. Выполнение радикальной резекции не ухудшает отдаленные результаты. При использовании этого варианта хирургического лечения не снижается социальная активность пациенток и возрастает эстетическая удовлетворенность результатами лечения.

РАДИКАЛЬНАЯ МАСТЭКТОМИЯ – ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

**Каганов О.И., Савельев В.Н., Кочетков Р.И., Борисов А.П.,
Ткачев М.В., Ламонов М.С., Буканова М.С., Ткачева В.М.**

Самарский государственный медицинский университет, г. Самара
Научный руководитель - д.м.н., профессор Козлов С.В.

Цель исследования.Изучение влияния гипербарического кислорода в раннем послеоперационном периоде после РМЭ у больных раком молочной железы.

Материалы и методы. Барокамера является единственным медицинским приспособлением, позволяющим проводить интенсивную кислородотерапию. Метод гипербарической оксигенации (ГБО) заключается во вдыхании

хании кислорода при окружающем давлении, превышающем одну атмосферу, его растворении в плазме крови и проникновении через капилляры в ткани организма, повышая их насыщенность. При помощи барокамеры, возможно, увеличить содержание кислорода в тканях организма в 20 раз превышающее обычный уровень, не подвергая при этом пациента опасности развития каких-либо осложнений. Подобная высокая дозировка кислорода ведёт к запуску различных физиологических механизмов, способствующих восстановлению тканей. Кислород необходим при различных физиологических процессах, связанных с заживлением ран, в том числе для нормальной работы белых клеток крови (лейкоцитов), роль которых заключается в борьбе с инфекцией, остеокластов и остеобластов, участвующих в разрушении и образовании костной ткани, фибробластов, вырабатывающих коллаген, необходимый для регенерации тканей при заживлении ран и т. д. Исследована возможность использования ГБО с целью повышения регенеративных способностей тканей. Больные были разделены на две группы сравнения: 1 группа - больные, которым проводилась ГБО после оперативного лечения (25 человек); 2 группа больных - ГБО не проводилось (30 человек). Возраст больных составил от 35 лет до 60 лет. Средний возраст $48,5 \pm 2,3$ года при I и II стадиях заболевания. Сеансы проводились в одноместной барокамере БЛКС-303 один раз в сутки на режиме 1,4 Атм, время изопрессии 40 мин.

Результаты и их обсуждение. У больных I группы отмечалось снижение лимфорреи в два раза (с 230мл до 120 мл) на 3-4 день после начала применения ГБО, а также уменьшение интенсивности болевого синдрома на 2 сутки, чего не было у больных II группы.

Выводы. Раннее применение ГБО при РМЭ дает возможность сохранить жизнеспособность тканей, способствует формированию эластичной рубцовой ткани. По мере восстановления функции верхней конечности включаются коллатеральные пути оттока лимфы, что ускоряет восстановительные процессы.

ВИДЕОАССИСТИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В ОНКОЛОГИИ

**Каганов О.И., Савельев В.Н., Кочетков Р.И., Борисов А.П.,
Ткачев М.В., Ламонов М.С., Буканова М.С., Ткачева В.М.**

Самарский государственный медицинский университет, г. Самара

Научный руководитель - д.м.н., профессор Козлов С.В.

Цель исследования. Освоить и внедрить видеоассистированные реконструктивно-пластические операции (ВАРПО) у больных раком молочной железы.

Материалы и методы. ВАРПО были использованы у 5 пациенток РМЖ. Трём пациенткам во время второго этапа реконструкции молочной железы

(замена экспандера на эндопротез), у одной пациентки в случае отсроченной пластики экспандером и у одной больной во время одномоментной реконструкции молочной железы эндопротезом. Первоначально у первых трех пациенток выполнялось удаление экспандера, далее в образовавшуюся полость вводился специальный крючок с системой дымоотсоса и гильзой для фиксации оптической системы. Особое внимание уделялось диссекции нижнемедиального угла раны, так как прецизионное рассечение поверхностной фасции вдоль новой субмаммарной складки предопределяло формирование максимально естественной складки, как по уровню расположения, так и степени выраженности. В случае отсроченной реконструкции видео-ассистенция использовалась после формирования первичной оптической полости, к коей следует отнести ретропекторальное пространство.

Результаты и их обсуждение. Увеличение продолжительности оперативного вмешательства на 35 минут отмечено только у пациентки во время одномоментной реконструкции молочной железы, увеличение объема кровопотери не зарегистрировано. Послеоперационных осложнений не было. Использование видеоассистированной методики позволило прекрасно визуализировать все анатомические структуры и зоны оперативного вмешательства через минимальный доступ без совершения «лишней» мобилизации тканей, ранее применяемой при стандартном доступе. То есть ни разу не возникла необходимость в продлении разреза медиально, где, как правило, качество рубца значительно хуже, выраженность подкожной клетчатки меньше, что потенциально повышает вероятность развития послеоперационных осложнений и, в первую очередь, протрузии эндопротеза.

Выводы. Целесообразно использование видеоассистированной реконструкции молочной железы у пациенток в случае отсроченного варианта (установка экспандера, замена экспандера на эндопротез). Необходимо дальнейшее совершенствование методик ВАРПО при одномоментном восстановлении железы на этапе мобилизации мастэктомических лоскутов и подмышечной лимфодиссекции.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПАЛЛИАТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ В ОНКОЛОГИИ

Каганов О.И., Ткачев М.В., Козлов А.М., Ткачева В.М.

Самарский государственный медицинский университет, г. Самара

Научный руководитель - д.м.н., профессор Козлов С.В.

Цель исследования. Изучение непосредственных результатов паллиативных операций у больных при колоректальном раке.

Материалы и методы. С 2009 по 2012 года в отделение абдоминальной онкологии Самарского областного клинического онкологического диспансера выполнено 741 операций по поводу колоректального рака. Из них 43

носили паллиативный характер: гемиколэктомия справа - 20, гемиколэктомия слева - 17, резекция сигмовидной кишки - 4, передняя резекция прямой кишки - 2. У 2 больных дополнительно проводилась радиочастотная абляция метастазов печени, 2 больным выполнялись симультанные операции, дополненные с резекциями печени. Также имеется группа больных, которым резекции печени по поводу метастазов выполнялись отсрочено. Таким образом, за последние годы удельный вес паллиативных операций вырос с 1,6 % до 2,3 %.

Результаты и их обсуждение. В послеоперационном периоде осложнения возникли у 5 больных (11,6 %): гнойные осложнения - 1, несостоятельность анастомоза - 1, тромбоэмболия легочной артерии - 1, острое нарушение мозгового кровообращения - 1, перфорация язвы желудка - 1. Умерло 3 больных, причина смерти: тромбоэмболия легочной артерии - 1, перфорация хронической язвы желудка - 1, острое нарушение мозгового кровообращения - 1. послеоперационная летальность составила - 4,6 %.

Выводы. Низкий уровень послеоперационных осложнений и летальности после паллиативных операций свидетельствует о возможности и целесообразности их выполнения у больных с метастатическим колоректальным раком.

РАДИОЧАСТОТНАЯ ТЕРМОАБЛАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Каганов О.И., Ткачев М.В., Козлов А.М., Ткачева В.М.

Самарский государственный медицинский университет, г. Самара

Научный руководитель - д.м.н., профессор Козлов С.В.

Цель исследования. Оценка результатов применения РЧА метастазов КРР печени при циторедуктивных операциях (ЦО).

Материалы и методы. С целью проведения анализа результатов РЧА колоректальных метастазов печени при паллиативных операциях нами проведено исследование двух групп больных: 54 пациента с РЧА метастатических очагов составили основную группу, в контрольную группу вошел 61 больной с атипичной резекцией. Средний возраст в основной и контрольной группах составил $55,47 \pm 6,71$ и $57,39 \pm 4,99$ лет ($t=1,71$, $p=0,089$) соответственно. Общее число метастазов, удаленных при атипичной резекции составило - 177, РЧА - 194. Количество метастатических новообразований в основной группе было от 2 до 6, среднее их число составило - $3,09 \pm 0,76$, в контрольной - от 1 до 4, среднее число - $2,88 \pm 0,89$ ($p=0,24$).

Результаты и их обсуждение. Проведенный анализ годовых отчетов хирургических отделений ГБУЗ СОКОД с 2001 года по 2008 годы показал, что общее число ЦО при КРР 4 стадии в данный период значимо не менялось и составило $54,37 \pm 7,71$ операции в год. В основной группе послеопе-

рациональные осложнения наблюдались у 7 (13%), в контрольной - у 18 (29,5%) пациентов ($p=0,04$). Осложнения, связанные с операцией на печени после РЧА были диагностированы - у 2 (28,6%), а после атипичной резекции - у 10 (55,5%) пациентов. Пятилетняя бессобытийная выживаемость в основной группе была выше, чем в контрольной, их значения составили 13,1% и 6,0% соответственно, медианы бессобытийной выживаемости составили 24 и 15 месяцев соответственно ($p=0,04$). Показатели пятилетняя общей выживаемости в основной и контрольной группах составили 26,4% и 12,7% соответственно ($p=0,07$).

Выводы. Таким образом, применение РЧА в лечении единичных билобарных метастазов в печени позволило значимо увеличить число ЦО R0, выполняемых при лечении КРР 4 стадии, снизить объем интраоперационной кровопотери и риск развития послеоперационных осложнений.

МЕСТО ТЕРМОАБЛАЦИИ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ БИЛОБАРНЫХ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНИ

Каганов О.И., Ткачев М.В., Козлов А.М., Ткачева В.М.

Самарский государственный медицинский университет, г. Самара
Научный руководитель - д.м.н., профессор Козлов С.В.

Цель исследования. Изучить результаты и обосновать применение радиочастотной термоабляции (РЧА) в комбинированном лечении больных с метастазами колоректального рака (КРР) в печени.

Материалы и методы. В программу исследования вошли 178 больных с билобарными единичными и множественными метастазами колоректального рака (КРР) в печени. В основную группу ($n=93$) больные, которые получали комбинированное лечение: химиотерапия и радиочастотной абляции (РЧА). Больным контрольной группы ($n=85$) проводилась только химиотерапия без хирургического воздействия на метастатические очаги. Сравнительный анализ результатов лечения проводился: в основной ($n=39$) и контрольной ($n=33$) группах - с единичными метастазами; и в основной ($n=54$) и контрольных ($n=52$) группах - с множественными метастазами.

Результаты и их обсуждение. У больных в основной группе с единичными метастазами КРР в печени была достигнута трехлетняя безрецидивная выживаемость, которая составила 3,5%, медиана безрецидивной выживаемости достигла 15 месяцев. В контрольной группе с единичными метастазами были получены только двухлетние показатели - 6,9%, медиана выживаемости составила 9 месяцев. Общая пятилетняя выживаемость в основной группе с единичными метастазами - 4,3%, медиана общей выживаемости достигла 28 месяцев, тогда как в контрольной группе была получена лишь трехлетняя выживаемость - 9,9%, с медианой выживаемости 15

месяцев. В основной группе больных с множественными билобарными метастазами КРР в печени проведение РЧА позволило достичь двухлетней безрецидивной выживаемости - 3,4% с медианой безрецидивной выживаемости 9 месяцев, в то время как в контрольной группе с множественными метастазами аналогичный показатель равнялся нулю, медиана выживаемости достигла 6 месяцев. Применение РЧА в основной группе с множественными метастазами позволило достичь показателя общей четырехлетней выживаемости - 1,8%, медиана выживаемости 18 месяцев, тогда, как в контрольной группе была получена лишь трехлетняя выживаемость - 2,1%, медиана выживаемости 11 месяцев.

Выводы. Применение метода РЧА в комбинации с химиотерапией позволяет значимо улучшить показатели безрецидивной и общей выживаемости у больных с метастатическим КРР.

ДИАГНОСТИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА С ПРИМЕНЕНИЕМ ОНКОМАРКЕРОВ

Каганов О.И., Ткачев М.В., Козлов А.М., Ткачева В.М.

Самарский государственный медицинский университет, г. Самара

Научный руководитель - д.м.н., профессор Козлов С.В.

Цель исследования. Изучение зависимости показателей онкомаркеров (ОМ) от степени распространенности метастатического поражения печени при колоректальном раке.

Материалы и методы. В программу исследования вошли 60 больных с диагнозом колоректальный рак. Прогрессия процесса в виде метастатического поражения печени в данной группе больных была выявлена в среднем через $15,18 \pm 6,09$ месяцев после удаления опухоли толстой кишки. Всем пациентам в сыворотке крови определяли концентрацию РЭА, СА19-9, СА242 методом иммунохемилюминесцентного анализа с использованием анализатора Immulite 2000 (DPC, США).

Результаты и их обсуждение. В группе больных, у которых было выявлено до 3 метастазов (mts) в печени, показатели РЭА составили $69,37 \pm 59,49$ нг/мл, СА19-9 $142,21 \pm 105,21$ Е/мл, СА242 $142,53 \pm 105,19$ Е/мл, в группе пациентов имевших 4-5 mts значения ОМ были выше: РЭА $88,89 \pm 78,30$ нг/мл, СА19-9 $163,71 \pm 73,37$ Е/мл, СА242 $180,87 \pm 104,70$ Е/мл ($p=0,05$, $p=0,12$, $p=0,05$ соответственно). В группе больных с суммой максимальных размеров выявленных mts до 7 см показатель РЭА составил $57,08 \pm 39,12$ нг/мл, СА19-9 $115,29 \pm 96,64$ Е/мл, СА242 $126,46 \pm 83,47$ Е/мл, а в группе пациентов с суммой максимальных размеров выявленных mts более 7 см показатели ОМ были значимо выше: РЭА $99,43 \pm 81,45$ нг/мл, СА19-9 $176,65 \pm 75,03$, СА242 $191,45 \pm 111,81$ Е/мл ($p=0,03$, $p=0,01$, $p=0,01$ соответственно).

Выводы. Проведенные исследования показали, что у больных с наличием

до 3 колоректальных mts в печени и с суммой максимальных размеров до 7 см средние показатели РЭА, СА19-9, СА242 были значимо ниже, чем у больных, имевших более 3 mts, с суммой максимальных размеров более 7 см.

ОЗОНОТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ПОСТАБЛАЦИОННОГО СИНДРОМА

Каганов О.И., Ткачев М.В., Козлов А.М., Ткачева В.М.

Самарский государственный медицинский университет, г. Самара

Научный руководитель - д.м.н., профессор Козлов С.В.

Цель исследования. Оценить результаты применения озонотерапии в послеоперационном периоде с целью профилактики и лечения «постаблационного» синдрома.

Материалы и методы. В исследование включено 98 больных, которым выполнялась чрескожная радиочастотная термоабляция (РЧА) метастазов КРР в печени под контролем УЗИ. В послеоперационном периоде 58 пациентам, с целью профилактики и лечения «постаблационного» синдрома был применен метод озонотерапии. Пациентам контрольной группы (n=40) в послеоперационном периоде проводилась инфузионная, антибактериальная, обезболивающая терапия.

Результаты и их обсуждение. «Постаблационный» синдром в основной группе возник у 8 (15%), в контрольной - у 29 (73%) больных (p=0,000). Было выявлено, что применение метода озонотерапии позволяет снизить абсолютный риск возникновения «постаблационного» синдрома на 57,4% при отношении шансов 0,067. У пациентов контрольной группы в послеоперационном периоде на 2 сутки отмечалось повышение температуры до $37,96 \pm 0,52^\circ\text{C}$, продолжающееся в течение 4-5 суток, в основной группе температура повышалась лишь до субфебрильных цифр $37,30 \pm 0,25^\circ\text{C}$ в течение двух первых дней после операции. Оценку интенсивности болевого синдрома проводили с помощью визуально-аналоговой шкалы (ВАШ). В контрольной группе максимальные болевые ощущения были на 1 сутки и достигли $7,20 \pm 1,13$ баллов, данный синдром сохранялся на уровне 6 баллов со 2 по 4 сутки. В основной группе максимальные значения ВАШ отмечались также на 1 сутки, и составил $7,37 \pm 1,07$ балла с прогрессивным снижением показателей в течение 5 дней. Сравнительный дисперсионный анализ с повторными измерениями в основной и контрольной группах показал значимую разницу значений ВАШ в контрольные сроки исследования (F=9,79 p=0,000).

Выводы. Применение метода озонотерапии в послеоперационном периоде у больных с РЧА метастазов в печени позволило провести не только профилактику возникновения «постаблационного» синдрома, но и нормализовать у больных клиническую картину в более ранние сроки.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Каганов О.И., Ткачев М.В., Козлов А.М., Ткачева В.М.

Самарский государственный медицинский университет, г. Самара

Научный руководитель - д.м.н., профессор Козлов С.В.

Цель исследования. Выявить значимые прогностические критерии развития гнойных послеоперационных осложнений (ГПО) у больных колоректальным раком (КРР).

Материалы и методы. В исследование были включены 278 больных КРР. К первой группе были отнесены: пол, возраст, наличие тяжелой сопутствующей патологии, индекс массы тела, локализация опухоли, стадия основного заболевания, длительность догоспитального периода, характер ранее перенесенного специального лечения, наличие осложненного рака толстой кишки, наличие анемии, степень анестезиологического риска по ASA. Ко второй группе предикторов ГПО были отнесены: характер оперативного вмешательства, вариант восстановления кишечной непрерывности, стаж работы хирурга (< 5 лет, > 5 лет), длительность операции (<3 часов, >3 часов), объем кровопотери (<1 литра, >1 литра), интраоперационная контаминация брюшной полости. В нашем исследовании мы предлагаем интегральный прогностический критерий, учитывающий субъективную интегральную оценку оперирующим хирургом предоперационных факторов риска (общее состояние больного, запущенность основного заболевания, тяжесть сопутствующей патологии, объем планируемой операции: 1 балл - хороший, 2 балла - удовлетворительный, 3 балла - плохой прогноз), а также таких интраоперационных критериев, как продолжительность операции (более 3 часов - + 1 балл) и интраоперационная контаминация раны +1 балл.

Результаты и их обсуждение. ГПО осложнения были диагностированы у 48 пациентов (17,2%). Частота ГПО при локализации опухоли в прямой кишке составила 22,2%, в правой половине ободочной кишки - 3%, в левой половине - 11,1%. ($p < 0,05$). Частота ГПО у пациентов с 3-4 (34%) стадией КРР 24,2%, аналогичный показатель у пациентов с 1-2 стадией заболевания составил 13,6 % ($p < 0,05$). В случае, когда интегральный прогностический критерий (ИПК) составлял 1-2 балла, частота развития ГПО составила не более 10 %. В тех случаях, когда ИПК составлял 4-5 баллов, частота развития ГПО достигала 28-50%.

Выводы. Предлагаемый интегральный прогностический критерий может быть использован для определения риска развития гнойных послеоперационных осложнений у больных КРР.

МЕТОДЫ ПРОГНОЗА У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ С МЕТАСТАЗАМИ В ПЕЧЕНИ

Каганов О.И., Ткачев М.В., Козлов А.М., Ткачева В.М.

Самарский государственный медицинский университет, г. Самара

Научный руководитель - д.м.н., профессор Козлов С.В.

Цель исследования. Прогнозирование на дооперационном этапе риска развития прогрессии заболевания после выполнения радиочастотной термоабляции (РЧА) метастазов колоректального рака (КРР) в печени.

Материалы и методы. Проведено исследование результатов комбинированного лечения с применением чрескожной радиочастотной термоабляции (РЧА) у 93 больных с единичными и множественными билобарными метастазами колоректального рака (КРР) в печени, выявленными в различные сроки диспансерного наблюдения после удаления первичной опухоли. Проводился многофакторный анализ, изучающий влияние различных предикторов на риск развития рецидива и появления новых метастазов после проведения РЧА.

Результаты и их обсуждение. На основании проведенного исследования была создана математическая модель $P=1/1+2,71-z$, где p - вероятность того, что произойдет интересующее событие; $2,71$ - основание натуральных логарифмов; z - формула множественной линейной регрессии: $Z=4,68*X1+0,02*X2+0,03*X3-4,68*X4-12,03$, В настоящем исследовании математическую модель строили в модуле логистической регрессии по алгоритму Вальда, с пошаговым исключением в программе SPSS. При использовании этого метода первоначально брались в расчет все 11 предикторов, после чего они ранжировались и пошагово исключались в соответствии с их вкладом в модель. В результате была получена модель, включающая в себя 4 наиболее значимых предиктора ($X1-X4$): $X1$ -число выявленных метастазов; $X2$ -значение СЕА до операции в нг/мл; $X3$ - значение СА19-9 до операции в Ед/мл; $X4$ - число метастазов размером от 2 до 3 см. Далее приведена классификационная таблица, рассчитанная на основании вышеуказанной модели. Проведено сравнение результатов у 93 больных, полученных при выполнении КТ брюшной полости с целью выявления рецидива и прогрессии метастатического процесса (наблюдаемые результаты) и предсказанных результатов, полученных при помощи математической модели. Была просчитана чувствительность 95,5%, специфичность 100% и точность 96,8% данной математической модели.

Выводы. Применение математической модели позволяет выбрать наиболее эффективный алгоритм обследования больных после выполнения малоинвазивного лечения, что позволяет своевременно выявлять дальнейшую прогрессию заболевания.

КОНЦЕНТРАЦИЯ МАТРИКСНЫХ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ
У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Камаев А.А., Крылов А.А., Слепнев А.А.

Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова

Научный руководитель - д.м.н., профессор Калинин Р.Е.

Цель исследования. Изучить влияние матриксных металлопротеиназ (ММП-9, ММП-1) и тканевого ингибитора металлопротеиназ-1 (ТИМП-1) на течение варикозной болезни нижних конечностей.

Материалы и методы. В исследование включено 60 человек, возрастом от 21 до 60 лет. В основную группу были включены 50 пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей С2- С6 (СЕАР) клинических классов. В группу контроля вошли 10 здоровых добровольцев. Консервативную терапию в процессе подготовки и после хирургического вмешательства проводили всем пациентам основной группы. Хирургические методы лечения применили в комплексном лечении у 41 больного (82% больных основной группы). Содержание в сыворотке крови ММП-9, ММП-1 и ТИМП-1 определяли с помощью лабораторных наборов Bender MedSystems (Австрия) методом количественного твердофазного иммуноферментного анализа.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что у пациентов основной группы средний уровень ММП-9 в среднем в 2,5 раза выше по сравнению с контролем ($11,3 \pm 3,86$ нг/мл в основной группе и $4,5 \pm 1,32$ нг/мл в контрольной группе). Наибольший уровень ММП-9 наблюдается у пациентов с варикозной болезнью класса С5 ($14,5 \pm 1,7$ нг/мл).

Значения ММП-1 в группе контроля и в основной группе до начала лечения достоверно не различались.

У больных с варикозным расширением подкожных вен нижних конечностей средняя концентрация ТИМП-1 составила $220,8 \pm 21,1$ нг/мл и имела тенденцию к повышению по сравнению с группой контроля.

Выводы.

1. Первые результаты проводимого исследования позволяют сделать заключение о наличии достоверной связи между концентрациями матриксных металлопротеиназ и тяжестью варикозной трансформации вен нижних конечностей.

2. Наибольший уровень матриксных металлопротеиназ отмечается у пациентов с кожными изменениями и трофическими язвами.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПИЩЕВОДА

Клевцова С.В.

Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова

Научный руководитель - к.м.н., доцент Каминский Ю.Д.

Цель исследования. Оценить возможности пластики пищевода толстой кишкой при «скомпрометированном» желудке у больного с раком грудного отдела пищевода.

Материалы и методы. Больной К., 57 лет. Из анамнеза: в декабре 2013г. в ОКБ выполнена резекция желудка по поводу желудочного кровотечения на фоне язвенной болезни желудка (субтотальная резекция по Бильрот-2). При контрольной ФГС выявлена опухоль пищевода. В РО ОКОД рентгеноэндоскопически и морфологически верифицирован рак грудного отдела пищевода. При дообследовании: КТ грудной клетки, лапароскопия, УЗИ органов брюшной полости, л/у шеи данных за распространенность опухолевого процесса не получено. 02.10.2014г. операция: 2S субтотальная резекция пищевода с одномоментной колопластикой левой половиной ободочной кишки. Гистология (8.10.14г.): высокодифференцированный плоскоклеточный рак пищевода на фоне карциномы *in situ* многослойного плоского эпителия, мультицентричный вариант. Обе опухоли инфильтрируют поверхностные отделы мышечного слоя стенки, без выхода за ее пределы. По краям резекции опухолевого роста не выявлено. Гиперплазия л/у. Окончательный клинический диагноз: сарсег средне-грудного отдела пищевода pT2N0M0, St. IIa. Состояние после субтотальной резекции желудка по поводу язвенной болезни желудка (2013г.) При контрольной рентгеноскопии грудной клетки и брюшной полости с контрастированием анастомозы состоятельны, эвакуация контраста по трансплантату своевременная.

Результаты и их обсуждение. Послеоперационный период протекал без осложнений. 14 октября пациент выписан под динамическое наблюдение. В удовлетворительном состоянии 15 января пациент явился на контрольный осмотр, явлений дисфагии и выраженного дискомфорта после приема пищи не отмечает. Вес стабильный.

Выводы.

1. Представленный клинический случай демонстрирует редко встречающееся в клинической практике случайное выявление рака пищевода на ранней (доклинической) стадии.

2. Минимальным объемом операции резекции при раке грудного отдела пищевода является субтотальная резекция.

3. Хирургическое лечение остается основным методом лечения у больных раком грудного отдела пищевода.

4. У больных РП с наличием «скомпрометированного» желудка методом выбора является резекция пищевода с колопластикой.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО СТЕНТИРОВАНИЯ В ПАЛЛИАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПИЩЕВОДА

Клевцова С.В.

Рязанский государственный медицинский университет

им. акад. И.П. Павлова

Научный руководитель - к.м.н. Мерцалов С.А.

Цель исследования. Определить эффективность эндоскопического стентирования (ЭС) в паллиативном лечении больных неоперабельным раком пищевода.

Материалы и методы. Проанализированы результаты паллиативного лечения 123 пациентов, наблюдавшихся в ГБУ РО ОКОД с 2011 по 2014 год. Основную группу составили 59 пациентов, которым произведено ЭС пищевода. В качестве контрольной была введена группа пациентов из 50 человек, которым оперативное лечение и ЭС не выполнялось из-за наличия соматических противопоказаний или в связи с распространенностью опухолевого процесса. Отдельно была выделена группа больных из 14 человек, которым ЭС проводилось в комбинации с химиолучевым лечением. Для сравнительного анализа медиан выживаемости, пациенты основной и контрольной групп были разделены на подгруппы больных с отдаленными метастазами и без отдаленных метастазов. Также сравнивались медианы выживаемости в группе больных без отдаленных метастазов, которым проводилось ЭС и группе пациентов без метастазов, которым ЭС дополнялось химиолучевой терапией.

Результаты и их обсуждение. Наиболее высокий показатель медианы выживаемости получен в группе пациентов без отдаленных метастазов, которым проводилось ЭС (8 месяцев). В контрольной группе больных без отдаленных метастазов, которым ЭС не выполнялось, показатель медианы выживаемости оказался достоверно ниже и составил 4 месяца. При сравнении показателя медианы выживаемости в группе пациентов без метастазов, которым проводилось ЭС и в группе пациентов, которым ЭС было дополнено лучевой или химиолучевой терапией (8 и 11 месяцев), показатель медианы выживаемости во второй группе оказался достоверно выше. При сравнительной оценке данного показателя в группе больных с IV стадией, которым проводилось ЭС и в группе больных с IV стадией, которым ЭС не проводилось (4 и 2,5 месяца), также отмечается тенденция к более высокому показателю медианы выживаемости в группе пациентов со стентированием.

Выводы.

1. Имеется тенденция к увеличению медианы выживаемости больных неоперабельным РП, которым выполнено эндоскопическое стентирование. Дополнение стентирования химиолучевой терапией способствует достоверному увеличению медианы выживаемости.

2. Наличие или отсутствие отдаленных метастазов не оказывает существенного влияния на тактику паллиативного лечения, в котором ведущее место принадлежит стентированию.

АРТРОСКОПИЧЕСКАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Костюкович С.В., Горгадзе Д.Л., Аносов В.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно

Передняя крестообразная связка (ПКС) находится в самом центре коленного сустава. Она идет в косом направлении сверху вниз от наружного мыщелка бедренной кости к углублению между мыщелками большеберцовой кости и удерживает голень от смещения вперед и кнутри. Сшить разорвавшуюся ПКС невозможно - для ее восстановления используются трансплантаты или синтетические протезы.

Цель исследования. Изучение эффективности применения и оценка результатов артроскопической реконструкции аутооттрансплантатами поврежденной ПКС, позволяющей достигнуть стабилизации коленного сустава.

Материалы и методы. Материалами исследования послужили результаты лечения 30 пациентов с повреждением ПКС, прооперированных в травматологическом отделении №1 УЗ «ГКБСМП г. Гродно» с 2013 по 2015 гг. По гендерному соотношению преобладали мужчины - 26 (86,7%), женщины - 4 (13,3%) от 20 до 69 лет. У 12 (40,0%) пациентов операция проведена на левом коленном суставе, у 18 (60,0%) человек - на правом. У 3 (10,0%) пациентов определена 2 степень нестабильности, у 15 (50,0%) - 2-3 степень, у 12 (40,0%) - 3 степень.

Результаты и их обсуждение. У 4 (13,3%) прооперированных ПКС удалена ранее. У 19 (63,3%) пациентов выполнена реконструкция ПКС трансплантатом собственной связки надколенника с трансплантацией фрагментов аутокости с кортикальным слоем из области надколенника и бедра, у 1 (3,3%) человека вышеназванное оперативное вмешательство сочеталось с пластикой внутренней боковой связки сухожилием нежной мышцы; у 5 (16,7%) пациентов осуществлена реконструкция ПКС трансплантатом собственной связки надколенника с трансплантацией фрагментов аутокости с кортикальным слоем из области надколенника и бугристости большеберцовой кости. У 2 (6,7%) пациентов реконструкция ПКС произведена сухожилиями полусухожильной и нежной мышц, у 3 (10,0%) человек с частичным повреждением ПКС - сухожилием полусухожильной мышцы. Фиксация в бедренном канале методом “press-fit” выполнена у 25 (83,3%) пациентов, интерферентным винтом - у 5 (16,7%) человек. Фиксация в большеберцовом канале произведена интерферентным винтом у всех 30 (100,0%) прооперированных пациентов.

Выводы. У всех пациентов достигнута необходимая стабилизация коленного сустава после оперативного вмешательства. Реконструкция ПКС аутооттрансплантатами из собственной связки надколенника с костными блоками, а также из подколенных сухожилий является высокоэффективным хирургическим вмешательством, позволяющим достигнуть стабилизации коленного сустава.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ В ДИАГНОСТИКЕ ТРАВМ КОПЧИКА

Крузман А.В., Харисова Л.Р., Насырова К.В.

Башкирский государственный медицинский университет», г. Уфа
Научный руководитель - к.м.н., доцент Смакаев Р.У.

Цель исследования. Улучшение диагностики травм копчика и ее последствий.

Материалы и методы. Ретроспективному анализу были подвергнуты 223 амбулаторных карт и 103 истории болезни больных, прошедших обследование и получивших лечение в РКБ им. Г.Г. Куватова. Больные были осмотрены колопроктологом (наружный осмотр и пальпация крестцово-копчиковой области, пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопия). При необходимости больные были консультированы травматологом, неврологом, гинекологом, урологом. Всем больным было произведено обычное и прицельное рентгенологическое исследование копчика, КТ, МРТ, ЭНМГ таза и нижних конечностей.

Результаты и их обсуждение. Жалобы больных с травмой копчика были в основном на кокцигодению, на боль в пояснично-крестцовом отделе позвоночника с иррадиацией в нижние конечности (подтверждается данными ЭНМГ), на нарушение акта дефекации. Традиционные рентгенологические методы исследования мало информативны. КТ не требует подготовки больных, на качество снимка не влияет развитость мускулатуры и подкожно-жирового слоя, положение больного на столе. Объемное изображение позволяет оценить состояние костной ткани копчика, определить даже небольшие подвывихи и суставные остеофиты, зоны окостенения. МРТ позволяет получить все положительные результаты исследования, которые мы наблюдали при КТ и имеет ряд преимуществ. Очень важными при этом исследовании является то, что мы можем судить об изменениях мягких тканей, окружающих травмированный копчик в частности, но и в целом во всех органах таза, что позволяет детализировать тазовый болевой синдром.

Выводы.

1. Травма копчика является сложным и тяжелым повреждением с возникновением соответствующей клиники.
2. Самым информативным дополнительным способом диагностики травмы копчика и осложнений является МРТ.
3. При диагностировании у пациентов травмы копчика и болевого синдрома их необходимо направлять на лечение к проктологу с данными МРТ.

ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПОДОСТРОГО ТИРЕОИДИТА ДЕ КЕРВЕНА

Кузнецова О.С.

Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова

Научный руководитель: к.м.н. Аристархов Р.В.

Цель исследования. Изучение эффективности применения лазерного излучения инфракрасного спектра в комплексной терапии больных с подострым тиреоидитом де Кервена.

Материалы и методы. Патогенетическим обоснованием применения инфракрасного спектра лазерного излучения явилось наличие противовоспалительного, противоотечного и обезболивающего эффекта, при его воздействии.

Результаты и их обсуждение. В зависимости от выраженности клинических проявлений больные разделены на три группы. У больных первой группы отмечались субфебрильная температура тела до $37,5^{\circ}\text{C}$, незначительно выраженные общие и местные признаки воспаления (увеличение железы до II ст., железа плотноэластической консистенции, с незначительной болезненностью при пальпации), СОЭ до 30 мм/час. У больных второй группы температура тела превышала $37,5^{\circ}\text{C}$, отмечались выраженные общие признаки воспаления (увеличение железы до II-III ст., плотная консистенция, болезненность при пальпации), СОЭ до 50 мм/час. Для больных третьей группы были характерны: температура выше 38°C , ярко выраженные признаки воспаления (увеличение железы до III ст., бугристость, плотность, резкая болезненность при пальпации), СОЭ свыше 50 мм/час.

Накопленный опыт использования инфракрасного спектра лазерного излучения с частотой 3000 Гц, свидетельствует о его хорошем противовоспалительном эффекте. При легком течении подострого тиреоидита (11%) было достаточно лазеротерапии, комбинированное лечение применялось при среднетяжелом (63%) и тяжелом (26%) течении его.

Выводы. При сравнении методов лечения подострого тиреоидита де Кервена - традиционного глюкокортикоидного лечения и комплексного лечения с применением лазеротерапии, установлено, что пребывание в стационаре при втором было почти в 2 раза менее длительным. Объем щитовидной железы у больных, получавших комбинированное лечение (основой которого была лазеротерапия) уменьшился на 30,2 мм³, а, у получавших только глюкокортикоидную терапию, лишь на 19,6 мм³. При комбинированном лечении, СОЭ снижалась быстрее и более значительно.

ВЛИЯНИЕ ПОКРЫТИЙ МЕТАЛЛОИМПЛАНТАТОВ НА ПРОЦЕССЫ ОСТЕОИНТЕГРАЦИИ В УСЛОВИЯХ ЭКСПЕРИМЕНТА

Кузьманин С.А.

Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова

Научный руководитель - д.м.н., профессор Назаров Е.А.

Цель исследования. Оценить в условиях эксперимента влияние различных покрытий металлоимплантатов на процессы остеоинтеграции.

Материалы и методы. Для исследования были изготовлены 4 группы штифтов круглого сечения диаметром 4 мм и длиной 20 мм. Первая группа - из медицинской стали, вторая - из титанового сплава ВТ6 с модифицированной методом химико-термической обработки (ХТО) поверхностью. Третья группа - из титанового сплава ВТ6 с покрытием из кальция фосфата и 1% германия, и четвёртая - из того же сплава с покрытием кальция фосфатом и 5% германием. В эксперименте использовали беспородных кошек мужского пола массой от 2500 до 3400 г в возрасте от 1,5 до 4 лет. Под внутримышечным наркозом в обе бедренные кости устанавливали штифты. Животных выводили из опыта через 3 месяца, изымали кости и готовили макропрепараты. Выполняли рентгенографию для уточнения местоположения штифтов, анализ статической картины остеоинтеграции при помощи компьютерного микротомографа «SkyScan 1176», измеряли силы сцепления имплантата с костной тканью на универсальной испытательной машине Walter + Bay AG LFV 10-50T. Затем проводили гистологическое исследование.

Результаты и их обсуждение. По данным рентгеновской компьютерной микротомографии было выявлено умеренное разрежение плотности (рарификация) костной ткани в шейках бедренных костей (наибольшее в группе №4), что явилось косвенным признаком наличия регенераторного процесса. Результаты биомеханических испытаний подвергали статистическому анализу с учётом погрешности измерительной аппаратуры, при этом выявлено статистически значимое увеличение сил сцепления имплантатов, покрытых кальция фосфатом и германием с костной тканью. При гистологическом исследовании отмечено преобладание процессов остеоинтеграции вокруг штифтов, покрытых кальция фосфатом и 5 % германием, вращание материала покрытия в новообразованную костную ткань.

Выводы. Процессы остеоинтеграции более выражены в случае применения покрытий из кальция фосфата и германия. Увеличение концентрации германия при формировании покрытия не влияет на усиление процессов остеоинтеграции.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТЕТРАДЫ ФАЛЛО

Лочинов Б.А., Давлатов Д.А., Юлдошев Х.Ф.

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии,
г. Душанбе

Научный руководитель - д.м.н., профессор Гульмурадов Т.Г.

Цель исследования. Анализ результатов хирургической коррекции тетрады Фалло.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов, находившихся на лечении в отделение ВПС РНЦССХ с тетрадой Фалло (ТФ) с февраля 2012 г. по март 2014 г. За истекший период на лечении находилось 59 пациента: девочки - 57,6% (n=34), мальчики - 42,4% (n=25). Количество пациентов до года составило 25,4% (n=15), от 1 до 3 лет 15,25% (n=9), в возрасте от 3 до 6 лет 22,03% (n=13), и старше 6 лет - 35,6% (n=21). Из исследования были исключены пациенты с большими аортолегочными коллатеральями, которые в дальнейшем потребовали унифокализации легочного кровотока. Порок был диагностирован на основе эхокардиографического и ангиокардиографического методов исследования.

Результаты и их обсуждение. Радикальная коррекция (РК) ТФ выполнялась одно- и многоэтапными способами. Одноэтапное радикальное вмешательство выполнено у 78% пациентов (n=46): в возрастной группе до года в 15,25 % (n=9), от 1 до 3 лет 13,55% (n=8), в возрасте от 3 до 6 лет 16,94% (n=10), и старше 6 лет - 32,2% (n=19). При возможности сохранения собственного клапана легочной артерии (ЛА) выполнялось клапансберегающее оперативное вмешательство. Выполнялись следующие виды оперативных вмешательств: РК с трансаннулярной пластикой (n=35), клапансберегающая РК (n=30), клапансберегающая РК с правожелудочковой вентрикулотомией (n=15). При невозможности сохранить собственный клапан ЛА выполнялась РК с трансаннулярной пластикой, при отсутствии анатомически несостоятельного клапана ЛА и гипоплазии ствола ЛА использовалось клапансберегающее оперативное вмешательство.

Многоэтапная хирургическая коррекция выполнена 20,3 % детей (n=12). Невозможность выполнения одномоментной коррекции была связана с тяжелым соматическим состоянием больных, выраженная гипоксия обусловленные гипоплазией ствола и ветвей ЛА. Первым этапом оперативного вмешательства являлось наложение модифицированного системно-легочного анастомоза по Блелок-Тауссиг: в возрасте до года 10,2% (n=6), от 1 до 3 лет 1,7% (n=1), в возрасте от 3 до 6 лет 3,4% (n=2), и старше 6 лет - 5,1% (n=3). Вторым этапом являлось выполнение радикальной хирургической коррекции: в возрасте до года 6,8% (n=4), от 1 до 3 лет 5,1% (n=3), в возрасте от 3 до 6 лет 3,4% (n=2), и старше 6 лет - 5,1% (n=3). Выполнялись следующие виды РК: коррекция с трансаннулярной пластикой (n=7), клапансберегающая РК (n=6).

Следует отметить, что в 1,7% (n=1) тяжесть состояния не позволила выполнить вторым этапом радикальную коррекцию, что потребовало наложение дополнительного системно-легочного анастомоза, в последующем порок был радикально корректирован (3-х этапная коррекция). Из общего числа хирургических вмешательств (59-операции) хирургические осложнения наблюдались в 6,8% случаях (n=4). При анализе выживаемости детей после хирургических вмешательств смертность составила 8,5% (n=5).

Выводы.Общепринятым предпочтительным хирургическим лечением ТФ является ранняя одномоментная радикальная коррекция. Наиболее целесообразным является выполнение клапансберегающих оперативных вмешательств. Выполнение многоэтапных вмешательств может быть обосновано тяжелым общесоматическим статусом пациентов и анатомическими особенностями порока (гипоплазия/атрезия ЛА и ее ветвей) и сочетанием ТФ с другими ВПС.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ УНИВЕНТРИКУЛЯРНЫХ ФОРМ СЛОЖНЫХ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ

Лочинов Б.А., Юлдошев Х.Ф., Давлатов Д.А.

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии,
г. Душанбе

Научный руководитель - д.м.н., профессор Гульмурадов Т.Г.

Цель исследования.Анализ хирургического лечения унивентрикулярных форм сложных врожденных пороков сердца у детей.

Материалы и методы. В РНЦССХ с 2011 по 2013 годы поступили 6 пациентов с унивентрикулярными формами сложных врожденных пороков сердца. Из них трое были мальчики и трое девочки. Структура ВПС выглядит следующим образом: единственный правый желудочек - у 2 (33,3%) больных, единственный левый желудочек у - 1 (16,7%), атрезия трикуспидального клапана - у 2 (33,3%) и гипоплазия правого желудочка - у 1 (16,7%) пациента. Возраст пациентов колебался от 11 месяцев до 5 лет. Пациентам кроме стандартного обследования проводилась ангиокардиографии и эхокардиографии.

По данным дополнительных методов исследования до операции отмечено: насыщения артериальной крови кислородом от 24 до 65% (в среднем 44,5%), по данным ангиографии - давление в ЛА колебалось от 9 до 12 мм рт. ст. (в среднем 10,5 мм рт. ст.), ОЛС от 2,2 до 3 ЕД/м², ЛАИ от 270 до 350 мм/м², Нt от 40 до 45%, значимая недостаточность в системном АВ клапане отсутствовала.

Оперативное вмешательство выполнялось в плановом порядке после тщательной предоперационной подготовки, под эндотрахеальным наркозом и без использования искусственного кровообращения. Пациентам бы-

ло выполнено операция ДКПА с применением временного шунта между ВПВ и правым предсердием. Гепаринизация пациента проводилась из расчета 100 МЕ на кг/веса.

Результаты и их обсуждение. Хирургические вмешательства явились эффективными. Насыщения артериальной крови кислородом в послеоперационном периоде составило от 80 до 90% в среднем 85%. Время функционирования временного шунта составило от 10 - 15 минут (12,5 мин). В раннем послеоперационном периоде центральное венозное давление не превышало 15 мм рт. ст., в последующем снизилось до 12 мм рт. ст. Время послеоперационной вентиляции легких составило от 4 до 6 часов (в среднем 5 часов). Инотропная поддержка первые часы после операции проводилось допамином в дозировке 4 мкг/кг. Время пребывания в отделение реанимации и интенсивной терапии составило от 23 до 42 часа (в среднем 32,5 часов). Время пребывания в стационаре от 6 до 10 суток (8 суток). В раннем послеоперационном периоде осложнения не отмечены.

Выводы. Операция ДКПА без использования искусственного кровообращения, с применением временного шунта является методом выбора при данной патологии. Кроме того использованный метод является малотравматичным, время операции не лимитировано и материально менее затратным, по сравнению с общепринятыми методами. Возрастные нормы размеров легочных артерий и верхней полой вены у пациентов от 11 мес. до 5 лет жизни позволяют, выполнить адекватный кавопальмональный анастомоз.

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ТЕТРАДЫ ФАЛЛО

Лочинев Б.А., Юлдошев Х.Ф., Давлатов Д.А.

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии,
г. Душанбе

Научный руководитель - д.м.н., профессор Гульмурадов Т.Г.

Цель исследования. Анализ опыта паллиативных операций у пациентов с тетрадой Фалло.

Материалы и методы. За исследуемый период (2007-2013 гг.) по поводу тетрады Фалло оперировано 130 пациентов. Паллиативные операции выполнены 63 пациентам (48,46%): в 55,56% случаев левосторонний модифицированный анастомоз по Блелок-Тауссиг (ЛМАБТ) (35 пациента), в 23,8% анастомоз Ватерстоуна-Кули (15 пациентов) и в 20,63% центральный межсистемный аорто-лёгочный анастомоз (13 пациентов). В исследуемой группе пациентов было 26 мальчиков (41,3%), 37 девочки (58,7%). Возраст от 2 месяцев до 24 лет. Длительность этапа между паллиативной и радикальной коррекцией составила $19,4 \pm 6,31$ месяцев. Одышно-цианотические приступы наблюдались у 41 пациентов (65,07%). Средний индекс КДР ЛЖ $2,4 \pm 1,25$ см, диаметр правой легочной артерии $5,24 \pm 1,72$ см; левой легочной артерии $5,02 \pm 1,56$ см; диаметр клапанного кольца легочной артерии $7,25 \pm 2,03$, гради-

ент давления ПЖ/ЛА $65,24 \pm 17,53$, индекс Nacata $143,22 \pm 117,89$. До операции сатурация в среднем составила $63,47 \pm 12,36\%$.

Результаты и их обсуждение. Диаметр шунта определялся в зависимости от массы тела пациента, в среднем составил $4,87 \pm 0,63$ мм. Сатурация после окончания основного этапа составила $87,2 \pm 5,22$. Летальность в раннем послеоперационном периоде составила $1,58\%$ (n-1). В раннем послеоперационном периоде тяжелая сердечная недостаточность, потребовавшая введения высоких доз инотропных препаратов наблюдалась у 5 пациентов ($7,93\%$). Кардиотоники получали 26 пациентов ($41,26\%$). Среднее время кардиотонической поддержки $16,27 \pm 43,05$ часов; среднее количество дней нахождения в палате реанимации от 1 до 5 суток, Частота тромбоза анастомозов составила $9,52\%$ (n-6), 2 из них интраоперационно ($3,17\%$). Частота послеоперационных кровотечений составила $1,58\%$ (n-1). Сатурация при выписке составила $86,23 \pm 4,63$, диаметр шунта в среднем составил $3,82 \pm 0,71$ мм.

Выводы. Основным хирургическим методом лечения больных с тетрадой Фалло является первичная радикальная коррекция в раннем детском возрасте (3-6 месяцев). Однако, у пациентов имеющих неблагоприятную анатомию, тяжелое клиническое состояние и достоверные факторы риска радикальной коррекции показаны паллиативные операции. Основной паллиативной процедурой в настоящее время является левосторонний модифицированный анастомоз по Блелок-Тауссиг, выполнение которого позволяет с минимальным риском и количеством осложнений для пациента осуществить этапное хирургическое лечение тетрады Фалло.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ СОСТАВА ПРИСТЕНОЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ НА ИСХОД ФОРМИРОВАНИЯ АНАСТОМОЗА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Мальцев Н.А.

Пермский государственный медицинский университет, г. Пермь
Научные руководители -к.м.н. Шилов Д.Ю., к.м.н. Годовалов А.П.

Цель исследования. Изучить состав пристеночной микрофлоры толстой кишки при непроходимости, а также оценить влияние микрофлоры на развитие осложнений заболевания.

Материалы и методы. Для исследования микрофлоры забирали биоптаты толстого кишечника у пациентов с неосложненными и осложненными анастомозами, до места непроходимости и после него. Биоптаты отмывали в стерильном физиологическом растворе, после чего готовили последовательные разведения исследуемого материала и засевали на поверхность агаров Эндо и Сабуро, желточно-солевого и кровяного агаров, среду Блаурокка и МРС. Идентификация выделенных культур проводилась по тинкториальным и культурально-биохимическим свойствам. Для стати-

стического анализа данных использовали парный и непарный вариант t-критерия Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования установлено, что у пациентов с неосложненными анастомозами до места непроходимости чаще, чем после него встречались бактерии рода *Enterobacter*, *Streptococcus*, дрожжеподобные грибы *Candida*, а бактерии рода *Citrobacter* чаще обнаруживались после места непроходимости. При осложненных анастомозах до места непроходимости чаще, чем после него обнаруживались коагулазапозитивные стафилококки, грибы *Candida*. В этой же группе пациентов после места непроходимости в большем числе случаев выделены неферментирующие грамотрицательные бактерии и *Escherichia coli* с гемолитическими свойствами. Исследования показали, что микрофлора кишечника при кишечной непроходимости характеризуется полимикробным составом и изменчивостью. Возможно, что именно пристеночная микрофлора кишечного биотопа принимает активное участие в развитии воспалительных процессов кишечника и оказывает влияние на репаративные процессы в кишечной стенке.

Выводы. При кишечной непроходимости отличия в составе микрофлоры до и после места непроходимости могут быть обусловлены трофическими способностями микроорганизмов. Состав микрофлоры существенно различается при разных исходах формирования анастомоза.

СПОСОБ ЧРЕСКОЖНОЙ ЧРЕСПЕЧЕНОЧНОЙ ХОЛАНГИОСТОМИИ

Марков О.В., Натальский А.А.

Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова

Научный руководитель - д.м.н., профессор Тарасенко С.В.

Изобретение относится к медицине, а именно, к хирургии и предназначено для чрескожного чреспеченочного дренирования желчных протоков с последующей санацией желчных путей растворами антисептиков.

Цель изобретения - повышение эффективности чрескожной чреспеченочной холангиостомии, и, как следствие, улучшение результатов лечения больных с острым холангитом при механической желтухе.

Эта цель достигается снижением внутрипротокового давления путем создания катетера с двумя просветами: основной катетер служит для оттока содержимого желчевыводящих путей, а дополнительный, малый, для введения антисептического раствора.

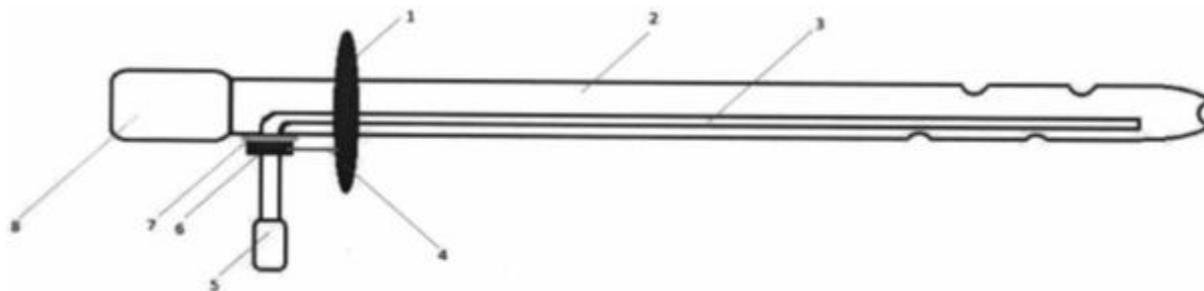


Рис. 1. Устройство для проведения чрескожной чреспеченочной холангиостомии

- | | |
|---|--|
| 1. Фиксирующее кольцо прямого полиэтиленового катетера; | 5. Канюля одноканального катетера; |
| 2. Прямой полиэтиленовый катетер; | 6. Фиксирующее кольцо одноканального катетера; |
| 3. Одноканальный катетер; | 7. Участок для нанесения медицинского клея; |
| 4. Фиксирующая нить; | 8. Канюля прямого полиэтиленового катетера. |

Способ чрескожной чреспеченочной холангиостомии, отличается тем, что в желчные пути устанавливают прямой поливинилхлоридный катетер, в его дистальной части на расстоянии 5-7 мм от канюли, скальпелем накладывают дополнительное отверстие, через которое внутрь катетера проводят одноканальный катетер меньшего диаметра, фиксируют его медицинским клеем БФ-6 или его аналогом и капроновой нитью к наружному катетеру, осуществляют санацию желчных путей (рис. 1).

Выводы. Использование предлагаемого способа позволяет осуществлять эффективную санацию желчных путей без существенного повышения внутрипротокового давления. Техническая простота и доступность способа позволяют использовать его в хирургических стационарах.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ СО СПОНТАННЫМ РАЗРЫВОМ ПИЩЕВОДА (СИНДРОМОМ БУРХАВЕ)

Медведев И.В.

Омский государственный медицинский университет, г. Омск
Научный руководитель - д.м.н., профессор Коржук М.С.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения пациентов со спонтанным разрывом пищевода.

Материалы и методы. С 2000 по 2014 год в торакальном центре ОГКБ №1 им. А.Н. Кабанова наблюдалось 18 пациентов. Возраст от 25 до 65 лет. Клиническая картина у пациентов со спонтанным разрывом пищевода была выражена не всегда, в частности -подкожная эмфизема и боль в животе. Всем пациентам проводили обзорную рентгенографию грудной клетки, ультразвуковое исследование. Диагноз установлен при ФГС у 12 пациентов. При гидропневмотораксе - предварительное дренирование плевральной полости. В сомнительных случаях применяем компьютерную томографию. Диагностика в рамках данной нозологии. Наиболее полно отвеча-

ет задачам при разрывах грудного отдела пищевода и затеках в грудной полости: левосторонняя боковая торакотомия в VII межреберье + медиастиномия + некрэктомия + шов разрыва пищевода + санация + дренирование. Комбинированный наркоз с ИВЛ через оротрахеальную трубку. Предоперационная подготовка в минимально необходимом объеме. Мобилизуем нужный сегмент пищевода, чтобы без натяжения ушить дефект. Герметизм линии швов слизистой. Полное прикрытие мышечной оболочкой линии швов на слизистой. К линии швов подводим дренаж, фиксируем от смещения в субплевральном тоннеле или дополнительными швами. Установка назогастрального зонда. Дренирование противоположной плевральной полости. Гемостаз, ушивание раны, дренирование. В послеоперационном периоде - меры против гастроэзофагеального рефлюкса. При несостоятельности швов пищевода продолжаем активную аспирацию из параэзофагеальных полостей. В течение 2-3 недель они превращаются в свищи. При постепенном подтягивании дренажей, свищи закрываются.

Результаты и их обсуждение. Погибло 2 пациента (11,1%). Один - на 2-е сутки уже упоминавшийся с острым лейкозом (длина разрыва - 8 см). Другая - на 29-е сутки пациентка с разрывом абдоминального отдела пищевода и формированием обширной забрюшинной флегмоны (у нее имелось неполное удвоение пищевода). Продолжительность стационарного лечения 38 койко-дней.

Выводы.

1. Спонтанный разрыв пищевода -тяжелое заболевание, сопровождаемое широким спектром осложнений.
2. Предложенный протокол диагностики и лечения является легко воспроизводимым.
3. Разработанные способы диагностики и лечения позволяют уменьшить летальность, сократить сроки пребывания в стационаре.

ДИНАМИЧЕСКАЯ ЭНДОСКОПИЯ КАК МЕТОД РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ РЕЦИДИВА КРОВОТЕЧЕНИЯ

Мельник И.В., Григориади Г.С.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент
Научный руководитель - д.м.н., профессор Дадаев Ш.А.

Цель исследования. Изучить возможности динамической эндоскопии в раннем выявлении рецидива кровотечения из хронических язв двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 404 пациентов с кровотечением из хронических язв ДПК. Мужчин- 322, женщин -82. Возраст больных от 22 до 84 лет.

Результаты и их обсуждение. С целью повышения качества наблюдения за больным, обеспечение раннего выявления признаков начала реци-

дива кровотечения, минимизации роли субъективного подхода врача хирурга или реаниматолога, которые наблюдают за пациентом, применяем строго регламентированный алгоритм проведения повторных динамических эндоскопических осмотров, что позволяет объективно и полностью контролировать процесс установления надежного гемостаза в язвенном кратере. Эндоскопический гемостаз проводится обязательно при F-IA, F-IB, F-IIA, F-IV. После F-IA (успешный эндоскопический гемостаз) первый динамический осмотр проводим через 6 часов; при F-IB - 8 часов; при F-IIA- 12 часов; при F-IV- 24 часа; при F-IC, F-III- 72 часа. Вышеуказанные временные стандарты установлены на основании проведенного ранее ретроспективного анализа историй болезни с целью установления времени наиболее частого возникновения рецидива кровотечения. Для F-IA, F-IB характерно наступление рецидива кровотечения через 6-8 часов с частотой 12,5 и 7,1% соответственно. При F-IIA рецидив кровотечения наступал в период до 12 часов с частотой 16,6%. При F-IV- рецидивирование кровотечения возникает в течение первых суток пребывания больного в стационаре с частотой 4,5%. Для F-IC, F-III характерно позднее наступление рецидива кровотечения (после 3 суток) с частотой 3,1 и 4,5% соответственно. Всего рецидив кровотечения возник в 28 (6,9%) случаях. Оперативные вмешательства выполнены 121 (29,9%) больному: резекция желудка - 91(75,2%); клиновидное иссечение язвы - 23(19%), прошивание язвы 7 (5,8%). Послеоперационные осложнения развились у 19(15,7%) пациентов. Послеоперационная летальность составила 14% (17 больных), общая-4,7% (19больных)

Выводы. Таким образом, благодаря проведению динамических эндоскопических осмотров удается выявлять возникновение рецидива кровотечения в момент его начала, что позволяет избегать развития тяжелого геморрагического шока и выполнять оперативные вмешательства в более благоприятных условиях.

**ВЫРАЖЕННОСТЬ СИМПТОМОВ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ОККЛЮЗИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ
АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ
КОНЕЧНОСТЕЙ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА
ПРИ ФОНОВОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ.**

Мжаванадзе Н.Д., Крылов А.А.

Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова

Научные руководители - д.м.н., профессор Калинин Р.Е., д.м.н. Сучков И.А.

Цель исследования. Оценить зависимость выраженности симптомов диабетической нейропатии (ДН) от уровня окклюзии магистральных артерий у больных с критической ишемией нижних конечностей (КИНК) атеросклеротического генеза при фоновом сахарном диабете (СД).

Материалы и методы. В рамках текущей работы у 14 пациентов, госпитализированных в клинику сосудистой хирургии с КИНК атеросклеротического генеза при фоновом СД, выполнена оценка выраженности симптомов нейропатии при помощи шкал MNSI (мичиганский опросник для скрининга нейропатии), NSS (шкала неврологических симптомов), NDS (шкала нейропатического дисфункционального счета). Каждая шкала оценивается в баллах. Больные были разделены на 2-е группы: А - 10 пациентов с проксимальным поражением артериального русла (бедренно-подколенная окклюзия); В - 4 пациента с дистальным типом поражения (окклюзия подколенной и берцовых артерий).

Результаты и их обсуждение. У пациентов всех групп отмечается умеренно выраженная сенсомоторная нейропатия (NDS). По показателю NSS группа А характеризуется умеренно выраженными симптомами ДН, группа В - незначительно выраженными симптомами, что говорит о зависимости выраженности симптомов ДН от уровня окклюзии магистральных артерий у больных с КИНК атеросклеротического генеза при фоновом СД. Полученные данные в соответствии с каждой шкалой представлены в таблице 1.

Таблица 1

Оценка выраженности симптомов нейропатии при помощи шкал MNSI NSS, NDS

Группа	Шкала оценки		
	MNSI (мичиганский опросник для скрининга нейропатии), M ± m	NSS (шкала неврологических симптомов), M ± m	NDS (шкала нейропатического дисфункционального счета), M ± m
А	7,4±1,505545	5±1,05409255	9,1±2,024845673
В	6,75±0,95742	3,75±0,5	10,25±1,5

Выводы.

1. Согласно показателям MNSI и NSS симптомы диабетической нейропатии более выражены у пациентов с проксимальным типом поражения, согласно показателю NDS - у пациентов с дистальным типом поражения.
2. У пациентов с КИНК при фоновом сахарном диабете имеет место выраженная нейропатия, выраженная в большей степени у пациентов с проксимальным типом поражения.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ОККЛЮЗИОННО-СТЕНОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ
СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Мухаммадиева Х.С., Садриев О.Н.

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии,
г. Душанбе

Научный руководитель - д.м.н., профессор Гаибов А.Д.

Цель исследования. Обобщение опыта реваскуляризирующих операций на сосудах нижних конечностей при окклюзионно-стенотических поражениях.

Материалы и методы. Проводилась изучение результатов хирургического лечения и диспансеризации 45 больных с окклюзионно-стенотическими поражениями сосудов нижних конечностей в период 2013-2014 гг. Мужчин было 36 (80%), женщин - 9 (20%). Возраст больных колебался от 52 до 76 лет, в среднем составляя $61,1 \pm 5,11$ лет. У 19 пациентов отмечалась ишемия II степени, у 20 - III степени, и у 6 пациентов IV степени. Диагноз установлен на основании ультразвукового дуплексного ангиосканирование и аорто-ангиографии.

В зависимости от сегмента и степени поражения артерий нижних конечностей больным были выполнены такие реваскуляризирующие операции, как аорто-подвздошное (3) или аорто-бифеморальное (2) шунтирование, бедренно-бедренное (16) и бедренно-подколенное (15) шунтирование, транслюминальная баллонная ангиопластика подколенной и берцовых артерий (2) и гибридные операции (7).

Результаты и их обсуждение. В ближайшем послеоперационном периоде у 7 (15,6%) пациентов развилась нагноение раны. Дальнейший анализ и наблюдение пациентов показал, что в течение 6 месяцев в повторной госпитализации в стационар нуждались 3 (6,7%) больных. Показаниями к повторной госпитализации являлись нарастание ишемии вследствие тромбоз протеза и оперированного сосуда. Тромбоз протезов до 30 дней отмечался у 1 (2,2%) пациента, а в течение 6 месяцев после операции у 2 (4,4%) пациентов, которым была произведена «высокие» ампутации нижних конечностей. Хорошие результаты отмечались у 42 (93,3%) пациентов.

Причинами, влияющими на развитие тромбоза шунтов, явились: несвоевременный прием антикоагулянтных препаратов, восходящий тромбоз берцовых артерий при высоком периферическом сопротивлении.

Выводы. В развитие послеоперационных раневых осложнений и тромбозов оперированных сосудов и протеза имели значения такие факторы, как: несвоевременный прием антикоагулянтных препаратов, наличие сахарного диабета, восходящий тромбоз берцовых артерий на фоне высокого периферического сопротивления.

СОВРЕМЕННЫЕ ТРЕНДЫ В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

Натальский А.А.

Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова

Научный руководитель - д.м.н., профессор Тарасенко С.В.

В настоящее время во всех странах мира, в том числе и в Российской Федерации, наблюдается рост распространенности синдрома механической желтухи.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с механической желтухой на основе совершенствования методов хирургической коррекции и уточнения факторов, достоверно влияющих на течение и исходы заболевания.

Материалы и методы. В основу работы положены результаты наблюдения, обследования и лечения 2612 больных с подпеченочным холестазом, находившихся в клинике с 1999 по 2013 годы. Механическая желтуха опухолевого генеза выявлена у 700 больных, неопухолевого - у 1912. Произведено 3242 оперативных вмешательств.

Результаты и их обсуждение. За последний 15-летний период наблюдается тенденция роста распространенности синдрома механической желтухи. Причем, заболеваниями гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложненными подпеченочным холестазом, чаще страдают женщины, преимущественно пенсионного возраста. Из года в год растет доля лиц трудоспособного возраста. Произошли выраженные изменения в структуре причин механической желтухи. Полученные в ходе исследования клинико-лабораторные показатели и данные биопсии печени позволили нам разработать собственную классификацию стадий печеночной недостаточности.

Вероятно, синдром механической желтухи, развивающийся вследствие заболеваний желчевыводящих путей, имеет генетически детерминированные предпосылки, частично установить которые помогло проведенное исследование.

Разработанный лечебно-диагностический алгоритм при синдроме механической желтухи позволил сформировать четкое представление относительно последовательности и характера диагностических и лечебных вмешательств у каждого конкретного пациента с блоком желчевыводящих путей.

Предложенный способ формирования тетрагепатикоеноанастомоза может быть использован при лечении высоких стриктур, опухолей или ятрогенных повреждений желчевыводящих протоков.

Выводы. Безусловно, все вопросы диагностики и лечения синдрома механической желтухи не будут решены в ближайшее время. Внедрение в лечебный процесс новейшей и улучшенной медицинской аппаратуры будет менять как хирургические техники, так и тактические подходы в лечении обтурационного холестаза.

ИЛЕОТРАНСВЕРЗОАНАСТОМОЗ МЕТОДОМ ИНВАГИНАЦИИ Нишанов М.Ф., Мадвалиев Б.Б., Нуриддинов А.С., Рустамжанов А.Б.

Андижанский медицинский институт, г. Андижан

Научный руководитель - к.м.н., доцент Абдуллажанов Б.Р.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных с непроходимостью правой половины толстой кишки путем внедрения современных методов лечения.

Материалы и методы. На базе кафедры хирургии АндГосМИ за последние 10 лет правосторонняя гемиколэктомия с формированием илеотрансверзоанастомоза выполнена у 24 больных. Причинами выполнения правосторонней гемиколэктомии явились у 11 (45,8%) больных непроходимость кишечника, обусловленная опухолевым процессом. У остальных 13 (54,2%) больных неопухолевые заболевания толстой кишки.

Все больные разделены на две группы. В первой группе 8 больных (33,3%), которым илеотрансверзоанастомоз сформирован в «традиционном» варианте с формированием двухрядного шва («бок в бок» -5, «конец в бок» -3). Во второй группе 16 больным (66,7%) - инвагинационные анастомозы сформированы по принципу «конец в бок», с применением однорядного шва по нашей методике.

После произведения правосторонней гемиколэктомии дистальный конец подвздошной кишки удерживается с помощью двух ниток-держалок и мобилизуется на протяжении 3-4 см так, что бы сохранилось его питание. После этого отступив, на 3-4 см от культи толстой кишки фиксируется дистальный конец тонкой кишки одним рядом узловых серозно-мышечных швов в продольном направлении строго по краю её тени. Отступив 0,5 см от линии швов, т.е. по центру тени вскрываем толстую кишку также продольно и в её просвет погружаем инвагинат длиной до 2-2,5 см. Фиксацию производим одним серозно-мышечным узловым швом посередине, после чего накладываем остальные швы передней стенки соустья.

Результаты и их обсуждение. Отдаленные результаты изучены у 24 пациентов в сроки от 2 месяцев до 3 года. При субъективной оценке оперативного вмешательства в первой группе из 8 пациентов 2 (25,0%) оценили операцию на «хорошо», 4 (50,0%) - были удовлетворены результатами операции, у 2 (25,0%) больных результат оценен как «неудовлетворительный». Во второй группе субъективная оценка результатов оперативного вмешательства была следующей: из 16 пациентов 9 (56,3%) оценили операцию на «хорошо», 6 (37,5%) - были удовлетворены результатами операции и лишь у 1 (6,2%) больного отдаленный результат оценен как «неудовлетворительный».

Выводы. Отдаленные результаты правосторонней гемиколэктомии зависят от методики формирования межкишечного соустья. Илеотрансверзоанастомоз, сформированный методом инвагинации не препятствует естест-

венному продвижению кишечного содержимого, выполняя при этом клапанную функцию предотвращает развитие рефлюкс-энтерита.

СПОСОБ ВОССТАНОВЛЕНИЯ КИШЕЧНИКА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ТИПА ГАРТМАНА

**Нишанов М.Ф., Отакузиев А.З., Рустамжанов А.Б.,
Нуриддинов А.С., Набижонов О.Г.**

Андижанский медицинский институт, г. Андижан

Научный руководитель - к.м.н., доцент Абдуллажанов Б.Р.

Цель исследования. Улучшение результатов реконструктивно-восстановительных операций после резекции толстой кишки по типу Гартмана, путем совершенствования техники формирования межкишечных анастомозов.

Материалы и методы. На базе кафедры хирургических болезней Андижанского медицинского института за последние 10 лет по поводу непроходимости различных отделов толстой кишки опухолевого генеза оперировано 42 пациента. Во всех случаях больным выполнена левосторонняя - 29 (69,1%) и правосторонняя - 13 (30,9%) гемиколэктомия с наложением анастомозов методом инвагинации.

Сущность инвагинационного способа заключается в следующем. После резекции измененный участок толстой кишки дистальный отрезок приводящей части удерживается и подтягивается двумя нитями-держалками. Конец приводящего отрезка кишки длиной 3-4 см мобилизуется так, чтобы было сохранено его питание. Осторожно придерживая пинцетом, основание будущего инвагината и удерживая дистальный за нити-держалки, отступая на 3-4 см от культи отводящей части накладывают задний ряд серомускулярных швов в один этаж. Первыми накладываются крайние швы, после чего легче наложить остальные.

Результаты и их обсуждение. Таким образом, формируется задняя стенка анастомоза. После этого мобилизованный конец приводящей кишечной трубки легко погружается в просвет дистальной. После погружения накладывают один ряд узловых швов, формирующих переднюю стенку соустья. Наложение этого ряда швов следует начинать со середины поперечника кишечной трубки. Этот первый шов служит фиксирующим. Швы должны накладываться с таким расчетом, чтобы они не проникали в просвет кишки, что приведет к прорезыванию швов. Учитывая также, что швы накладываются в один ряд, они должны тщательно захватывать массивный и достаточно широкий серозно-мышечный слой.

Выводы. Анализ отдаленных и ближайших результатов проведенных операций показал, что инвагинационные анастомозы применяемые в хирургии толстого кишечника как метод восстановления непрерывности,

достаточно герметичны, хорошо функционируют, просты в техническом исполнении, значительно сокращается время наложения анастомоза. Данный способ может быть применен при различной патологии толстой кишки, требующей резекции ее определенной части.

РЕДКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА У ОПЕРИРОВАННОГО РАНЕЕ БОЛЬНОГО.

Одинокова С.Н.

Первый Московский государственный медицинский университет, г. Москва
Научный руководитель - к.м.н. Столярчук Е.В.

Цель исследования. Демонстрация редкого осложнения язвенного колита (ЯК) - отека Баугиниевой заслонки, вызвавшего острую кишечную непроходимость.

Материалы и методы. Проведен анализ истории болезни: больной 45 лет поступил с жалобами на боли в правой половине живота, тошноту, метеоризм. Ранее был оперирован по поводу осложнений язвенной болезни. Объективно: состояние средней тяжести. ЧСС 75 в мин., АД 130/65 мм.рт.ст. Язык суховат, обложен. Живот не вздут, болезненный в правой половине, симптомов перитонита нет. Кишечные шумы не усилены. Нв-157 г/л, Л-15,3 тыс. На фоне терапии состояние улучшилось, но затем вновь появились боли в животе, рвота, шум «плеска». На рентгенограмме брюшной полости - тонкокишечные уровни. Пассаж бария: картина низкой тонкокишечной непроходимости. Выполнена лапаротомия, энтеролиз, в правой подвздошной и мезогастральной области. Отмечено утолщение терминального отдела тонкой кишки, с наличием плотного содержимого, утолщение Баугиниевой заслонки. На 3-и сутки отмечена диарея до 15 раз в сутки, на 4-е - вздутие живота, тошнота, рвота, гипертермия до 38,3. Терапия без эффекта. На рентгенограммах в ободочной кишке обнаружены множественные мелкие очаги скопления контраста. Ранее были эпизоды диареи, болей в животе. Учитывая анамнез, интраоперационные находки, течение заболевания, данные рентгенографии, высказано предположение о ЯК. Начата специфическая терапия (преднизолон 30 мг/сут, пентаса, ципрофлоксацин и метронидазол в/в).

Результаты и их обсуждение. Наблюдается положительная динамика - непроходимость купирована, нормализовалась температура и гематологические показатели. Колоноскопия: множественные язвенные поражения ободочной кишки, Баугиниева заслонка отёчна, с эрозиями. На биопсии: лимфоплазмозитарная инфильтрация слизистой с примесью нейтрофилов, эозинофилов, с формированием лимфоидных фолликулов - хронический колит. Активность ++. Получает лечение пентасой, жалоб нет, стул не чаще 2 раз в сутки.

Выводы. ЯК может осложняться непроходимостью кишечника из-за отёка Баугиниевой заслонки. Своевременно начатая терапия позволяет избежать напрасного оперативного вмешательства.

НОВЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО СУБКЛИНИЧЕСКОГО ГИПОТИРЕОЗА

Пузин Д.А., Морозов С.В.

Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова

Городская клиническая больница №11, г. Рязань
Научный руководитель - д.м.н., профессор Аристархов В.Г.

Цель исследования. Разработка и внедрения нового способа лечения субклинического гипотиреоза в послеоперационном периоде у больных, перенесших органосохраняющие операции.

Материалы и методы. Группу исследуемых составили 262 женщины в возрасте от 19 до 62 лет (средний возраст $42 \pm 6,8$ года), оперированные в 2007-2009 гг. в хирургическом отделении №2 ГБУ РО ГКБ №11 г. Рязани по поводу одиночных аденом ЩЖ. Всего за этот период оперировано 456 пациентов с данной патологией (262 обследованных пациентки составили 57,5% от общего числа оперированных за этот период). До оперативного вмешательства по данным обследования во всех случаях эутиреоз. Размер образований ЩЖ от 18 до 72 мм (в среднем 36 ± 12 мм). У всех была выполнена гемитиреоидэктомия. В 42,6% случаев опухоль локализовалась в левой доле, в 51,4% в правой. При плановом гистологическом исследовании верифицирована фолликулярная аденома ЩЖ, ни в одном из препаратов признаков лимфоцитарного тиреоидита в окружающей опухоль тиреоидной паренхиме не выявлено. При плановом обследовании через месяц после оперативного вмешательства у всех 262 пациенток диагностирован СГ. Уровень ТТГ от 4,5 мМЕ/л до 12,8 мМЕ/л (в среднем $6,7 \pm 2,2$ мМЕ/л). При дообследовании ни у одной из пациенток группы 2 признаков аутоиммунного заболевания в оставшейся доле ЩЖ выявлено не было. По данным УЗИ объем доли составил $7,2 \pm 2,3$ см³. Уровни ТРО-АВ и Ат-ТГ в пределах нормы.

Всем пациентам проведен курс низкоинтенсивной лазеротерапии на область ЩЖ по методике принятой в клинике. Осложнений, побочных эффектов лечения не отмечалось. Во всех случаях лечения проводилось в амбулаторном режиме.

Результаты и их обсуждение. Все пациентки были осмотрены через месяц после лечения с исследованием концентрации ТТГ и Т4 свободного крови.

У 148 (56,5%) диагностирована нормализация уровня ТТГ (от 0,8 до 3,2 мМЕ/л в среднем $1,2 \pm 0,5$ мМЕ/л). У 114 (33,5%) выявлено повышение ТТГ

по сравнению с исходным, всем назначена заместительная гормонотерапия левотироксином.

Выводы. Инфракрасный спектр лазерного излучения у пациентов с послеоперационным СГ является эффективным и безопасным методом лечения. Гипотиреоз развивается в 33,5%.

АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ КОНДУИТ В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

Сучков И.А., Пшенников А.С., Камаев А.А., Крылов А.А.

Рязанский государственный медицинский университет

им. акад. И.П. Павлова

Научный руководитель - д.м.н., профессор Калинин Р.Е.

Цель исследования. Демонстрация клинического примера использования ксенопротеза у пациента с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей на фоне сахарного диабета.

На основании большого количества рандомизированных клинических исследований доказано, что лучшим кондуитом в бедренно-подколенном сегменте является большая подкожная вена пациента. Однако примерно у 1/3 пациентов, нуждающихся в первичной реваскуляризации, подходящей вены найти не удастся. При невозможности использования аутовены, альтернативными материалами являются синтетические протезы, однако они имеют ряд недостатков. Так парапротезная инфекция у больных с IV стадией заболевания развивается в 56,9-64,7%, а общая частота инфекционных осложнений на фоне сахарного диабета достигает 85%. Поэтому у таких больных возможным перспективным вариантом является использование биологического протеза, с условием несостоятельности большой подкожной вены.

Клинический случай. Больной Ж., 83 года поступил в ОККД с клиникой критической ишемии нижних конечностей. Диагноз: Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей, бедренно-подколенная окклюзия с обеих сторон, 4 стадия заболевания справа (некроз дистальной фаланги большого пальца правой стопы). Сахарный диабет II типа, среднетяжелое течение, диабетическая ангиопатия. Диагноз подтвержден, выполнена ангиография, УЗДСММ - ЛПИ 0,2/0,2; ДС - VSM не более 2,5 мм в диаметре на бедре.

Проведена операция: бедренно-подколенное протезирование с использованием ксенопротеза (артерия быка). Ранний послеоперационный период без осложнений, швы сняты на 8-е сутки, заживление первичным натяжением, УЗДСММ - ЛПИ 0,8/0,2. Через 3 месяца после операции кровообращение компенсировано.

Выводы. Ксенопротез является альтернативой использования аутовены у больных с 4 стадией хронической ишемией в сочетании с сахарным диа-

бетом, а так же методом выбора при её отсутствии. Кроме того, ксенопротезы являются методом выбора у больных с сопутствующей тяжелой коронарной патологией, у которых планируется использование большой подкожной вены для АКШ.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР РЕПЕРФУЗИОННОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ КОНЕЧНОСТИ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ХИРУРГИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

Пшенников А.С., Сучков И.А., Камаев А.А., Пшенникова М.Ю.

Рязанский государственный медицинский университет

им. акад. И.П. Павлова

Научный руководитель - д.м.н., профессор Калинин Р.Е.

В работе представлен анализ клинического случая лечения пациента, страдающего облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей, в клинике сосудистой хирургии ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России.

Работа выполнена в рамках работы над грантом президента РФ МК-1878.2014.7.

Пациент Г., 56 лет, диагноз - «Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей. Бедренно-подколенная окклюзия справа. IV стадия заболевания по классификации Покровского-Фонтейна».

Anamnesis morbi. Характерные патогномичные жалобы появились в течение месяца до госпитализации, когда сформировался точечный некроз четвертого пальца стопы.

Ангиологический статус. УЗДСММ 0.43/1.0. По данным ДС артерий и периферической ангиограммы определена короткая окклюзия поверхностной бедренной артерии в нижней трети (что согласно классификации бедренно-подколенного поражения на основе TASC II соответствует Типу А), диффузное поражение остальных артерий не имеет гемодинамической значимости (рис.1А).

Общеклинические методы обследования и лабораторные показатели в пределах физиологической нормы. Консервативная терапия назначена согласно «Национальным рекомендациям по ведению пациентов с заболеваниями артерий нижних конечностей».

Пациенту выполнена рентгенэндоваскулярная дилатация ПБА. Остаточный стеноз не более 30 % (рис.1Б).

Послеоперационный период. Появление периферического пульса на передней большеберцовой артерии, УЗДСММ 0.87/1.06. Несмотря на успехи миниинвазивной хирургической техники на вторые сутки развивается влажная гангрена стопы, что послужило основанием выполнить ампутацию голени по экстренным показаниям.

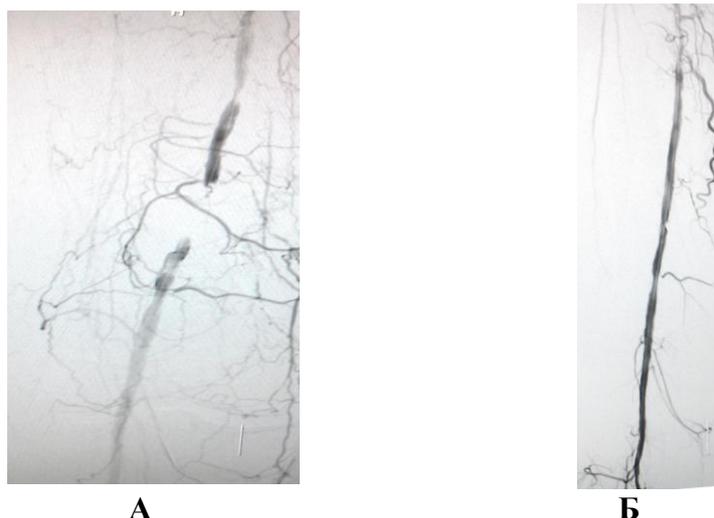


Рис. 1. А - Периферическая ангиограмма - окклюзия поверхностной бедренной артерии в нижней трети (Тип А - TASC II).
Б - Периферическая ангиограмма после РЭД ПБА (остаточный стеноз ПБА не более 30 %)

Пациенту определяли исходные уровни метаболитов оксида азота (NO), фактора роста эндотелия сосудов (VEGF), проапоптотических белков (Bcl-2), белков теплового шока (HSP70) по стандартной методике (биологический материал - кровь, ИФА анализаторы - EKS 715 - Hsp70, BMS244 - Bcl-2, КНГ 0111 - VEGF; реактив Грисса) до и после оперативного лечения (табл. 1).

Таблица 1

Уровни метаболитов оксида азота (NO), фактора роста эндотелия сосудов (VEGF), проапоптотических белков (Bcl-2), белков теплового шока (HSP70) до и после оперативного лечения

	До лечения	После лечения
NO, мкм/мл	57,4	49,1
VEGF, пк/мл	112,3	108,2
Bcl-2, нг/мл	6,85	6,93
HSP70, нг/мл	0,37	0,35

Результаты и их обсуждение. Снижение изучаемых показателей (NO, VEGF, HSP70) в послеоперационном периоде во многом раскрывает тяжесть и глубину поражения эндотелия сосудов и тканей конечности во время реперфузионного повреждения, несмотря на миниинвазивные хирургические методики. Подобные изменения у этой группы больных носят стойкий, часто необратимый характер. Вышеуказанные явления, свидетельствующие об угнетении функции микроциркуляторного русла, что особенно характерно у пациентов с критической ишемией конечности.

Выводы. Исход успешной реконструктивно-восстановительной операции на магистральных сосудах во многом может быть обусловлен толерантностью тканей к реперфузионному повреждению.

ТЕХНОЛОГИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ
У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ АРТРОЗАМИ
СУСТАВОВ КОНЕЧНОСТЕЙ НА ОСНОВЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ
МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ,
ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ

Разуванов А.И., Шнигир А.А.

Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы
и реабилитации, пос. Городище, Республика Беларусь
Научный руководитель - д.м.н., профессор Смычек В.Б.

Для более детальной оценки уровня функционирования индивида в обществе и окружающей среде, экспертами ВОЗ в 2001 г. была предложена Международная классификация функционирования ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). Переход на качественно новый уровень оценки потребует разработки новых подходов, позволяющих комплексно охарактеризовать влияние различных факторов на состояние пациента.

Цель исследования. Разработать технологию медицинской экспертизы и реабилитации пациентов с посттравматическими артрозами (ПТА) суставов конечностей на основе использования МКФ.

Материалы и методы. Обследовано 167 пациентов с ПТА. Экспертно-реабилитационную диагностика (ЭРД) включала: гониометрию, динамометрию, измерение укорочения сегментов конечности, определение гипотрофии мышц, анализ общеклинических лабораторных исследований, данных лучевой диагностики, ультразвуковую доплерографию, исследование динамики функциональных нарушений.

Результаты и их обсуждение. ПТА отмечается у молодых (наиболее трудоспособный возраст пациентов) $46,5 \pm 3,8$ года и характеризуется выраженными нарушениями ограничения мобильности (49,6%) и самообслуживания (46,0%). Созданная технология заключается в формировании индивидуального МКФ-профиля пациента, на основе которого формируется лист реабилитационного воздействия, включающий адресные, патогенетически ориентированные элементы реабилитации. Оценка эффективности произведенных реабилитационных воздействий определяется по дисплею динамики функционального статуса. Апробация данной технологии показала ее жизнеспособность и высокую эффективность.

Выводы. Технология медицинской реабилитации с позиции МКФ позволяет стандартизировать процесс МР при ПТА, создавая равные условия для лиц с ограниченными возможностями в повышении качества их жизни,

в то же время избежать негативных сторон за счет возможностей ЭРД с применением основных положений МКФ, позволяющих описать здоровье и функционирование индивида в конкретных условиях реального окружения, выделив барьеры и возможности их компенсации.

ЛЕЧЕНИЕ ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН СИСТЕМЫ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ У БЕРЕМЕННЫХ

Ридлевич Н.В.

Витебский государственный медицинский университет», г. Витебск

Научные руководители - к.м.н., доцент Небылицин Ю.С.,

д.м.н., профессор Дивакова Т.С.

Цель исследования. Провести анализ лечения пациенток с тромбозом глубоких вен (ТГВ) в системе нижней полой вены при беременности.

Материалы и методы. В исследование включено 14 беременных с ТГВ. Илиофemorальный тромбоз выявлен у 11 пациенток, вен таза - у 1, подколенной вены - у 2. У 3 пациенток ТГВ осложнился тромбоэмболией легочной артерии (ТЭЛА).

Все пациентки были разделены на две группы в зависимости от срока гестации: у 5 беременных тромбоз развился во II триместре, у 9 - в III триместре.

Результаты и их обсуждение. Во II триместре у 1 женщины беременность прервали путём операции малое кесарево сечение по поводу антенатальной гибели плода. В остальных 4-х случаях беременность пролонгировали. При этом лечебная схема включала: антикоагулянты прямого действия и компрессионную терапию.

Тактика ведения пациенток с ТГВ, развившемся в III триместре, зависела от характера тромботических масс. При выявлении эмболоопасного флотирующего тромбоза и наличии сопутствующей акушерской патологии (преждевременная отслойка плаценты, тяжелые формы гестоза), выставляли показания к досрочному экстренному родоразрешению и механическим методам профилактики ТЭЛА.

Схема консервативного лечения включала: назначение прямых антикоагулянтов, флеботоников и применение эластической компрессии. Все беременные в III триместре были родоразрешены путём операции кесарево сечение. Введение прямых антикоагулянтов прекращали за 6 ч до родов и возобновляли через 6 ч после них. У одной пациентки родоразрешение протекало с осложнением - ТЭЛА периферических ветвей.

Выводы. Таким образом, выработанная тактика ведения пациенток с ТГВ при беременности позволила в 93% случаях избежать серьезных осложнений со стороны сосудистой системы - ТЭЛА и во всех случаях предупредить материнскую и перинатальную смертность.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ РАКА ПРОСТАТЫ И ЕГО ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Рудакова А.В., Швецов А.А.

Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова

Научный руководитель - д.м.н. Жиборев Б.Н.

Цель исследования. Определить значение общего простатспецифического антигена (оПСА) в диагностическом скрининге рака предстательной железы (РПЖ).

Материалы и методы. Нами проведен анализ медицинской документации больных, госпитализированных в областной уронефрологический центр клинической больницы № 11 г. Рязани в 2013 году с диагнозом по МКБ-10 «Новообразование простаты» - D 29.1. Методом случайной выборки изучены истории болезни 58 пациентов.

Результаты и их обсуждение. Все пациенты с диагнозом «новообразование простаты» объединены по возрастному признаку в три сравнимые в количественном отношении группы: группа «А» (50-59 лет), группа «В» (60-69 лет), группа «С» (70 лет и старше). В группу «А» вошли 33% больных. Показатель оПСА, превышающий 10 нг/мл, зафиксирован в этой группе с частотой 37%, распространенность показателя оПСА в значениях «серой шкалы» (4-10 нг/мл) составила 47%. В трех наблюдениях (16%) уровень оПСА был ниже условной нормы (4 нг/мл). Группу «В» (60-69 лет) составили 33% больных. Уровень оПСА >10 нг/мл регистрируется в этой возрастной группе наиболее часто (63%). Значения оПСА в «серой шкале» выявлены с частотой 26,5% (5 больных). При этом уровень оПСА менее 4 нг/мл встречался реже - 10,5%. В группу «С» вошли 34% больных. В данной группе значения оПСА превышали 10 нг/мл в 55% случаях, оПСА от 4-х до 10 нг/мл обнаружен с частотой 40% (8 больных). В одном наблюдении (5%) оПСА был ниже 4 нг/мл. В изученном статистическом массиве РПЖ подтвержден морфологически у 23 пациентов (40%), при этом прослеживается прямая связь значений оПСА с онкологическим процессом.

Выводы.

1. Повышенный уровень общего ПСА наблюдается более чем у 40% больных с морфологически подтвержденным РПЖ.
2. Показатель общего ПСА является системообразующим компонентом диагностического скрининга РПЖ.
3. Для повышения качества диагностического скрининга рака простаты рекомендуется применять дополнительные расчетные показатели - отношение общего ПСА и свободного ПСА, плотность ПСА, темп прироста ПСА.

НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Рудакова И.Н., Слепнев А.А.

Рязанский государственный медицинский университет

им. акад. И.П. Павлова

Научный руководитель - д.м.н. Сучков И.А.

Цель исследования. Проследить динамику показателя функции эндотелия на фоне посттромботического синдрома (ПТС) нижних конечностей, соотнести полученные данные с клинической картиной ПТС с применением международной классификации СЕАР.

Материалы и методы. В исследование включено 84 пациента, перенесших тромбоз глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей. Наблюдение велось в течение 12 месяцев. С первых суток лечения больные разделены на 2 равные группы. Все пациенты принимали антикоагулянтные, противовоспалительные препараты, производилась эластическая компрессия нижних конечностей. Вторая группа дополнительно получала препарат из группы диосмина. В процессе диспансеризации выполнялись: компьютерная фотоплетизмография с вычислением показателя функции эндотелия (ПФЭ), физикальный осмотр, легометрия.

Результаты и их обсуждение. В группе здоровых добровольцев значение ПФЭ составило $25,7\% \pm 2,2\%$. При тромбозе глубоких вен ПФЭ значительно снижен. Проводимая терапия приводит к увеличению показателя функции эндотелия в обеих группах (таблица 1).

После 12 месяцев терапии ПФЭ у пациентов с посттромботическим синдромом не достигает значений, наблюдаемых в группе здоровых добровольцев.

Обнаружено что, введение в курс лечения препаратов группы диосмина (группа 2) снижает частоту развития тяжелой хронической венозной недостаточности (ХВН) и инвалидизации пациентов. Так, в первой группе по истечении 12 месяцев у 3 пациентов из 42 (7,1%) сформировался класс С5-6 по классификации СЕАР. Во второй группе у 1 пациента (2,3%). Стойкий отек, нарушение трофики тканей, индурация кожных покровов (класс С3-4) наблюдались в первой группе у 23 (54,7%) пациентов, а во второй - у 19 из 42 (45,2%).

Таблица 1

Прирост показателя функции эндотелия на фоне терапии

Прирост показателя функции эндотелия, (%)	Период наблюдения					
	1 сутки	14 суток	1 месяц	3 месяца	6 месяцев	12 месяцев
Группа 1	-1,45 ± 0,45	1,55 ± 0,65	2,95 ± 0,6	5,65 ± 0,95	6,85 ± 0,65	10,85 ± 0,55
Группа 2	-1,45 ± 0,8	2,05 ± 0,85	4,4 ± 0,5	7,1 ± 0,85	10,9 ± 0,5	14,85 ± 0,9

Выводы.

1. Назначение препаратов группы диосмина ведет к снижению вероятности развития индуративно - язвенных форм ХВН при посттромботическом синдроме.
2. Компьютерная фотоплетизмография позволяет оценить ПФЭ при посттромботическом синдроме нижних конечностей.
3. При ПТС показатель функции эндотелия значительно снижен.
4. Включение в терапию препаратов группы диосмина ведет к приросту ПФЭ.

**ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ТАКТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ
В РАСПОЗНАВАНИИ И ЛЕЧЕНИИ ГОРМОНАЛЬНО-АКТИВНЫХ
ОПУХОЛЕЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ**

Садриев О.Н.

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии,
г. Душанбе

Научный руководитель - д.м.н., профессор Гаибов А.Д.

Цель исследования. Анализ основных причин, диагностических и тактических ошибок, пропущенных при распознавании и лечении больных с симптоматической артериальной гипертензии (САГ) надпочечниковой этиологии.

Материалы и методы. Проводилась ретро- и проспективное исследование результатов диагностики и лечения 57 больных с САГ надпочечниковой этиологии. Среди больных лица женского пола были 39 (68,4%), мужского - 18 (31,6%). Средний возраст больных составил $31,6 \pm 2,4$ лет. Одностороннее опухолевое поражение надпочечников отмечалось у 53 (92,9%) пациентов, правосторонняя - у 27 (47,4%), левосторонняя - 26 (45,6%). Двустороннее поражение отмечено у 4 (7,0%) больных. Длительность заболевания колебалась от 6 месяцев до 10 лет, составляя в среднем $4,7 \pm 0,4$ лет.

Результаты и их обсуждение. Подавляющее большинство пациентов (75,4%) обращались спустя 2-х лет от появления первых симптомов заболевания. Причиной запоздалого обращения больных являлись низкое осведомлённость врачей первичного звена о возможных причинах симптоматических артериальных гипертензий; самостоятельное применение различных гипотензивных средств и отказ пациентов от обследования и лечения. Лишь 9 (15,8%) пациентов периодически наблюдались у эндокринолога по поводу кортикостеромы и получали регулярное лечение до ухудшения состояния. Остальные 48 пациентов неоднократно были осмотрены кардиологами, терапевтами, семейными врачами и получали гипотензивную терапию. Несмотря на неэффективность назначенной терапии при повторном обращении проводилась смена препаратов на другие классы, что

также были неэффективным. Только после проведения более трех курсов консервативной терапии, потом проводилось целенаправленное обследование больных.

В 2-х случаях в региональных лечебных учреждениях опухоли правого надпочечника выявленная при беременности интерпретированы как эхинококковая киста печени, а повышенные цифры АД как клинические проявления тяжелой эклампсии. В остальных случаях после выявления опухоли левого поражения надпочечников больные отправлены в консультацию эндокринолога и хирурга для решения выбора метода лечения.

Даже в РНЦССХ при предоперационной подготовке больных с ФХЦ в 7 случаях допускались тактические ошибки. В качестве гипотензивных препаратов назначались препараты группы β -адреноблокаторов, ингибиторов АПФ, блокаторов Ca^{2+} -каналцев, которые вызывая парадоксальное повышение АД оказывали отрицательное инотропное действие на сердечную мышцу, усугубляя тем самым течение артериальной гипертензии. В связи с развитием синдрома «неуправляемой гемодинамики» и связанное с ней острое нарушение мозгового кровообращения в 2-х случаях развился летальный исход.

При морфологическом исследовании опухолей надпочечников в двух случаях имела места несоответствие с клиническим диагнозом. При повторном морфологическом исследовании в РФ ее результаты совпали с клиническими данными. В одном случае при регистрации и продление сроков нетрудоспособности в поликлинике № 6 г. Душанбе врачи заявили, что диагноз «Феохромоцитомы» в мире не существует. При предоставлении этому врачу видеозапись операции и литературных источников по данной проблеме его ошибка была доказана.

Выводы. Диагностические ошибки при распознавании и лечении САГ надпочечникового генеза достигали 75,4% и были обусловлены низким знанием врачей первичного звена диагностики по данной патологии, неправильной интерпретацией данных УЗИ, применение необоснованной предоперационной подготовки.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ РЕЦИДИВНОМ ВАРИКОЗЕ

Садриев О.Н.

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии,
г. Душанбе

Научный руководитель - д.м.н., профессор Гаибов А.Д.

Цель исследования. Анализировать причины и тактики хирургического лечения рецидивного варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей (РВРПВНК).

Материалы и методы. Работа основана на результатах комплексного обследования и хирургического лечения 71 пациентов с РВРПВНК, нахо-

дившиеся в период 2006-2014 гг. в отделении хирургии сосудов РНЦССХ. Среди больных лица женского пола составили 58 (81,7%), мужского 13 (18,3%). Средний возраст больных составил $34,2 \pm 1,5$ лет. Срок развития рецидива варьировалась от 8 месяцев до 4 лет. Всем больным кроме общеклинических методов обследование проводилась ультразвуковое дуплексное ангиосканирование (УЗДАС) рецидивно расширенных подкожных вен.

Результаты и их обсуждение. По результатам УЗДАС были выявлены следующие причины рецидива заболевания: оставленная длинная культя большой подкожной вены (БПВ) с 1-4 притоками ($n=37$), оставленный один из стволов БПВ на бедре при ее раздвоении в терминальном отделе ($n=25$), непереязанные недостаточные перфорантные вены голени ($n=9$). Все выявленные причины на основании УЗДАС подтверждены во время оперативных вмешательств, т.е. диагностическая точность УЗДАС в выявлении причин РВРПВНК составила 100%.

При изучении анамнеза заболевания выяснилось, что все больным оперативные вмешательства были выполнены в условиях общехирургических стационарах общими хирургами, которые допустили такие технические ошибки, которые привели к РВРПВНК.

Все пациенты в последующем были оперированы с использованием общей эндотрахеальной ($n=13$) или спинномозговой анестезии ($n=58$). Кроссэктомия с лигированием приустьевых ветвей и флебэктомия была выполнена 51 больным. Тотальный стриппинг оставленного БПВ с мини-флебэктомией была выполнена 25 пациентам. Флебэктомия в сочетании с перевязкой перфорантов голени по Коккету ($n=7$) и по Линтону ($n=2$) проводилась 9 пациентам. В послеоперационном периоде раневые осложнения отмечалась у 4 (5,6%) пациентов.

Выводы. С целью профилактики развития РВРПВНК необходимо проведение радикальной обработки сафено-фemorального соустья и перевязка и пересечения недостаточных перфорантных вен. Снижение РВРПВНК достигается при выполнении оперативных вмешательств в специализированных отделениях сосудистой хирургии.

ХИРУРГИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ АНЕВРИЗМ БРЮШНОЙ АОРТЫ

Садриев О.Н., Ахмаджонов З.С., Хусрави Носири Юниси

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии,

г. Душанбе

Научный руководитель - д.м.н., профессор Гаибов А.Д.

Цель исследования. Обобщение опыта хирургического лечения осложненных форм аневризм брюшной аорты.

Материалы и методы. За последние 10 лет (2004-2014 гг.) в отделении хирургии сосудов РНЦССХ нами в экстренном порядке оперированы 19

пациентов с осложненными формами аневризм брюшной аорты. Этиологией медиодистрофического процесса в стенке аорты у 14 больных был атеросклероз, у 3 аорто-артериит, а у двух больных имела место ложная аневризма проксимального анастомоза аорто-бедренного шунта. Возраст больных во всех случаях превышал 60 лет, большинство из них (13) были мужчины в возрасте от 70 до 80 лет. Все пациенты имели сопутствующую патологию: ишемическая болезнь сердца (у 12), гипертоническая болезнь (у 18), хронический рецидивирующий бронхит (у 9) и сахарный диабет - у 6 пациентов. Больные были госпитализированы в экстренном порядке либо с сильными болями в животе и поясничной области (15), либо с симптомами острой ишемии конечности (3). Следует отметить, что осложнения заболевания явились первыми признаками аневризмы, о существовании, которой пациенты ранее не знали.

Результаты и их обсуждение. На основании клинико-инструментальных методов исследования, включая ангиографию, были установлены следующие осложнения аневризм брюшной аорты: разрыв аневризмы в забрюшинное пространство, прикрытое тромботическими массами - 6 пациентов, надрыв интимы и мышечной стенки с формированием «дочерних» аневризм у 8 больных, тромбоз аневризматического мешка у - 1, и тромбоэмболия периферических артерий у 3. Во всех случаях разрыва аневризмы кровотечение самостоятельно остановилось и при госпитализации гемодинамика, и гемограмма у пациентов были относительно стабильными.

В день госпитализации экстренно были оперированы лишь 3 больные с разрывом аневризмы в связи с сильными болями, не купируемыми наркотическими анальгетиками. Все 4 пациента с тромбозами аневризмы и эмболиями периферических сосудов также были оперированы в экстренном порядке. У остальных пациентов на фоне гипотензивной, седативной и обезболивающей терапии боли стихли или исчезли, и отмечалось значительное улучшение общего состояния. Они были оперированы в отсроченном порядке после специальной подготовки и заготовки необходимых препаратов. Во всех случаях выполнялась резекция аневризмы с бифуркационным (6) или линейным (12) протезированием брюшной аорты. Первым и важным этапом операции при осложненных аневризмах явилась мобилизация аорты в подпочечном сегменте и ее пережатие.

Осложнения после операции отмечались в виде выраженного пареза кишечника (4), кровотечения (4), развития острого аорто-дуоденального свища (1), и тромбоза протеза у - 2 пациентов. Повторной операции подверглись 5 из них, которые умерли после релапаротомии.

Выводы. Диагностика и оперативное лечение аневризм брюшной аорты должно производиться до развития осложнений. Разрыв аневризмы и надрывы интимо-медийной стенки аорты являются наиболее частыми и угрожающими осложнениями аневризмы. Указанные осложнения не являются абсолютным показанием к немедленной операции в момент госпитализа-

ции. Кратковременная подготовка сердечно-сосудистой системы позволяют улучшить исходы хирургического лечения данной категории пациентов.

**ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ
С АНТИРЕФЛЮКСНОЙ ПИЛОРОПЛАСТИКОЙ
ПРИ ЖЁЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ,
СОЧЕТАЮЩЕЙСЯ С РЕФЛЮКС - ГАСТРИТОМ
Сайфудинов Ш.Ш., Абдуллоев Д.А., Билолов М.К.**

Таджикский государственный медицинский университет, г. Душанбе

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных жёлчно-каменной болезнью сочетающейся с рефлюкс-гастритом

Материалы и методы. За период 2014 по 2015 гг. в ГКБ №3 и ГКБ СМП обследовались и лечились 857 пациентов с жёлчнокаменной болезнью (ЖКБ). Из них в 21 (2,4%) случаях ЖКБ сочетался с недостаточностью пилорического сфинктера. Возраст больных составил от 38 до 79 лет. Средний возраст при этом составил $48 \pm 2,4$ года. Мужчин 5, а женщин 11.

Всем больным при поступлении проведены клиничко-лабораторные и инструментальные методы исследования, такие как УЗИ, ФГДС, поэтажная манометрия и контрастная рентгенография.

Результаты и их обсуждение. При проведении эзофагогастродуоденоскопии во всех случаях у больных с ЖКБ сочетающейся с недостаточностью пилорического сфинктера выявлен рефлюкс-гастрит (РГ) II-III степени. Поэтажная манометрия показала в 18 (86%) случаев повышение внутрижелудочного давления выше нормы. При проведении рентгенологического исследования с использованием контрастного вещества было видно свободное перемещение контрастного вещества из желудка в дуоденум и обратно, которое указало на недостаточность пилорического сфинктера.

11 больных, у которых недостаточность пилорического сфинктера было за счет зияния передней ее части нами успешно проведена закрытая лапароскопическая пилоропластика. Эта операция выполняется без вскрытия просвета пищеварительного тракта, сущность которого заключается в следующем: вначале производят холецистэктомию по общеизвестной лапароскопической методике, вторым этапом приступают к лапароскопическому ушиванию на желудочном зонде с установленным диаметром, проведенным интраоперационно через привратник. По передней поверхности привратника, ориентируясь на пилорическую часть, накладываются серозно-мышечные лапароскопические швы. Вколы и выколы иглы производятся на равном расстоянии. Швы завязываются, в результате чего происходит вворачивание стенки во внутрь и тем самым привратник смыкается.

В 3 случаях у больных ЖКБ, которым диагностировали недостаточность пилорического сфинктера преимущественно за счет зияния задней ее час-

ти, холецистэктомии и закрытую пилоропластику проводили традиционным путем.

В пред- и в послеоперационном периоде все больные получали комплексное консервативное лечение направленное на снижение кислотообразования, нейтрализации рефлюктанта и эрадикации *H. Piloni*.

Всем больным, которым были проведены лапароскопические методы лечения в послеоперационном периоде, отмечалось выраженное улучшение состояния больных в короткий период времени, жалобы не предъявляли, быстро восстановилась трудоспособность и при этом средняя койка дней больных в стационаре составило $3 \pm 1,2$ дня. Тем больным которым были проведены традиционные операции в 1 случаев отмечалось осложнение в виде нагноения послеоперационной раны., а средняя койка дней составило 9 ± 2 дня.

Повторные результаты проведенного нами исследования через 6 месяцев показало, что больные чувствуют себя хорошо, жалоб нет, при эндоскопическом исследовании отсутствует зияние в пилорическом сфинктере, а признаки дуоденогастрального рефлюкса (ДГР) и РГ не отмечаются.

Выводы.

1. Таким образом, у больных ЖКБ сочетающейся с недостаточностью пилорического сфинктера имеется РГ различной степени тяжести.
2. Наиболее информативным методом диагностики недостаточность пилорического сфинктера является ФГДС и рентгенологического исследования с использованием контрастного вещества.
3. При недостаточности пилорического сфинктера за счет зияния ее передней части наиболее приемлемым методом лечения является лапароскопический метод, который в значительной степени улучшает качество жизни больных, сокращается срок пребывания больных в стационаре и минимален риск послеоперационных осложнений.

КОРРЕКЦИЯ ДЕФЕКТОВ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПРИ ПОСЛЕДСТВИЯХ ТРАВМ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Сайфуллоев Б.С., Мамадкулова Н.А., Дадоджонов Дж.Ю.

Таджикский государственный медицинский университет, г. Душанбе

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии,
г. Душанбе

Научный руководитель - к.м.н., доцент Маликов М.Х.

Цель исследования. Коррекция посттравматических дефектов мягких тканей путем использования васкуляризированных трансплантатов.

Материалы и методы. В отделении реконструктивной и пластической микрохирургии с целью устранения дефекта мягких тканей 48 пациентам были пересажены васкуляризированные (45) и кожные (3) трансплантаты.

Дефект мягких тканей при ишемической контрактуре Фолькмана отмечался у 24 пациентов. Осложнения различных ран предплечья и переломы также явились причинами развития дефекта мягких тканей различной площади также у 24 пострадавших. Наиболее обширные дефекты тканей имели место при контрактуре Фолькмана. Дети до 14 лет составили 55% из общего количества поступивших.

При обследовании пострадавших было выявлено, что наряду с дефектами мягких тканей отмечалось клиническое проявление повреждения сосудисто-нервных пучков. Так, клинические признаки сдавления срединного и локтевого нерва на уровне предплечья имели место у 8, повреждение обеих нервов у 28 пациентов. Повреждение артерий верхней конечности было установлено при помощи УЗДГ у 38 пациентов.

Результаты и их обсуждение.

С целью коррекции мягкотканых дефектов были использованы простые и сложносоставные васкуляризированные трансплантаты. Кожнофасциальные (18) и кожные (3) трансплантаты были использованы с целью создания полноценного кожного покрова, а целью применения кожно-мышечных трансплантатов (27) наряду с устранением мягкотканого дефицита явилось восстановление функции захвата кисти.

Вид операции на СНП зависел от характера поражения. При сдавлении срединного и локтевого нерва (8) пациентам был выполнен невролиз обеих нервов на уровне предплечья. При дефекте нервного ствола до 3 см было произведено эпиневральное восстановление (9), а при дефекте более 3 см - аутонервная пластика (10). При протяженном дефекте срединного и локтевого нерва более 10 см была произведена двухэтапная пластика срединного нерва (2).

Аутовенозная пластика плечевой (8), лучевой (4) и локтевой (2) артерий была осуществлена при дефекте сосудов от 4 до 8 см. Плечелучевое (4) и плечелоктевое (3) шунтирование были использованы при протяженной облитерации бифуркации плечевой артерии и одной из артерий предплечья. Показания к восстановлению артерий не были выставлены в 20 случаях.

Тромбоз восстановленной плечевой артерии имел место у 2, а сосудистого анастомоза трансплантата у 7 пациентов. Повторная реконструкция микроанастомоза в 3 наблюдениях не дала результата и трансплантаты были удалены.

Отдаленные результаты восстановления пораженных нервных стволов показали, что наилучшие показатели были получены при невролизе, а при аутонервной пластике нервных стволов улучшение чувствительности пальцев отмечалось до степени S1-S2.

Эстетические и функциональные результаты, полученные при пересадке комплекса тканей, были хорошими, сокращение пересаженных мышц завершилось в сроки до 1,5-2 года.

Выводы. Оптимальным вариантом восстановления утраченной функции конечности при последствиях травм верхней конечности является создание

полноценного кожного покрова, восстановление СНП и пересадка сложно-составного комплекса тканей, что осуществляется одноэтапным либо поэтапным выполнением сложных реконструктивных вмешательств.

ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СЕРДЦА У РЕЦИПИЕНТОВ ДО И ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ

Сатторов Ш.С., Тагоев С.Х.

Национальный научный центр трансплантации органов и тканей
человека Республики Таджикистан, г. Душанбе
Научный руководитель - к.м.н. Калмыков Е.Л.

Актуальность. Риск развития сердечно-сосудистой патологии у пациентов на диализе или у реципиентов почечного трансплантата в десятки раз выше, чем в общей популяции, что обуславливает увеличение риска смерти, обусловленной сердечно-сосудистыми заболеваниями в 10-20 раз. Многие исследования показывают, что сердечная смертность уменьшается после трансплантации почки.

Цель исследования. Изучить количественные изменения в морфологии левого желудочка по данным эхокардиографии и взаимосвязи между рядом внесердечных и сердечных показателей при структурно-геометрической перестройке сердца.

Материалы и методы. Исследование проведено в ННЦТО и ТЧ. В исследование вошли 30 пациентов с ХБП в терминальной стадии, которым были выполнены трансплантация почки от живого родственного донора в период с ноября 2014 по февраль 2015 года. Все пациенты были мужского пола ($n=30$), средний возраст составил $35,6 \pm 2,1$ года. Были изучены следующие параметры: пол, возраст, артериальная гипертензия (АГ), средние значения креатинина крови, наличие одышки и болей в грудной клетке, гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ), фракция выброса, конечно-диастолический размер (КДР), конечно-систолический размер (КСР), толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП), толщина задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ).

Результаты и их обсуждение. Изучение наличия взаимосвязи вышеуказанных внесердечных параметров с полученными данными при эхографии сердца у пациентов до трансплантации почки показало наличие высокой степени корреляции между АГ и ГЛЖ; КСР и КДР, а так же ТМЖП и ТЗСЛЖ. Средние и низкие корреляции не описываем. Изучение степени количественных изменений при эхокардиографии сердца продемонстрировали достоверные изменения (t-критерий Вилкоксона) следующих параметров (до и через 6 месяцев после трансплантации почки): КДР с $5,2 \pm 0,1$ до $4,6 \pm 0,1$ ($p < 0,05$), КСР с $3,53 \pm 0,07$ до $3,2 \pm 0,1$ ($p < 0,05$), ТМЖП с $1,28 \pm 0,04$ до $1,09 \pm 0,03$ ($p < 0,05$), ТЗСЛЖ $1,26 \pm 0,03$ до $1,05 \pm 0,03$ ($p < 0,05$), а

так же уровень креатинина с $732,1 \pm 60,9$ до $79,4 \pm 5,6$ крови. Необходимо отметить, что достоверных изменений фракции выброса через 6 месяцев после трансплантации почки не отмечено (ФВ до трансплантации - $60,3 \pm 1,4$ и через 6 месяцев $62,2 \pm 1,2$ ($p > 0,05$)). Средний уровень систолического артериального давления снизился почти на 20 мм.рт. ст. после операции.

Выводы. Через 6 месяцев после трансплантации почки происходит регресс гипертрофии левого желудочка. Отмечается снижение артериального давления. У пациентов, перенесших трансплантацию почки, эхокардиография оценить систолическую функцию левого желудочка.

РОЛЬ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В ПРОГНОЗЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Сифоров Р.В., Инютин А.С., Баконина И.В.

Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова

Научный руководитель - д.м.н., профессор Федосеев А.В.

За последние годы наблюдается тенденция к увеличению количества грыж в общей структуре хирургической патологии. Неадекватно выполненная операция по устранению грыжи, приводит к рецидиву заболевания в 14-54% случаев. Нарушения в метаболизме коллагена и заболевания соединительной ткани также способствуют образованию грыж и высокой частоте рецидива.

Цель исследования. Оценить роль недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) на прогноз возникновения ПОВГ.

Материалы и методы. Проанализированы отдаленные результаты лечения 111 больных в ГБУ РО ГКБСМП г. Рязани за 2014г. Всем пациентам выполнялось экстренное хирургическое вмешательство на органах брюшной полости из срединного и трансректального доступов. Возраст больных составил от 24 до 79 лет в среднем 59 лет. Мужчин-41(37%), женщин-70(63%). Всем больным проводили физикальное обследование с целью оценки степени НДСТ по схеме Т.Милковска-Дмитровой и А.Каркашева и выявления ПОВГ. В случае отсутствия дефекта апоневроза при физикальном осмотре выполнялось ультразвуковое исследование послеоперационного рубца. У всех пациентов ткани ушивались послойно капроном, отдельными узловыми швами. Все больные с ПОВГ в послеоперационном периоде, за время наблюдения (12 месяцев), носили бандаж, исключались пиковые нагрузки.

Результаты и их обсуждение. У 17(15,3%) из 111 исследуемых имелась I и II степень НДСТ. ПОВГ выявлены у 19(17,1%) исследуемых. При анализе полученных результатов выяснилось, что у 13(68,4%) пациентов от

общего числа с ПОВГ имелась НДСТ. Причем I степень у 9(47,4%) больных, II степень у 4(21%) пациентов с ПОВГ. И лишь у 6(31,6%) пациентов с грыжевым дефектом НДСТ не выявлено. Для определения размера ПОВГ использовалась классификация, предложенная Госкиным-Жебровским, согласно которой больных с малыми грыжами-12(63,2%) больных, со средними-1(5,3%), с обширными-4(21%), с гигантскими-2(10,5%). Прямой зависимости размера грыжевого дефекта от степени НДСТ не получено.

Выводы.

1. НДСТ является фактором риска развития ПОВГ, ввиду её присутствия у 68,4% грыженосителей.
2. Полученные данные свидетельствуют о необходимости проведения фенотипического обследования больных для выявления возможной патологии соединительной ткани, что позволит своевременно назначить дополнительные методы исследования, определить хирургическую и терапевтическую тактику.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ И ВЛИЯНИЕ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИХ И ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК НА ТЕЧЕНИЕ GIST

Судаков А.И.

Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова

Научный руководитель - д.м.н., профессор Куликов Е.П.

ГИСО являются редкими опухолями ЖКТ, злокачественность которых может быть недооценена, ввиду прогрессирующего течения поздних стадий. Основным методом лечения является хирургическое вмешательство, однако, благодаря современным молекулярно-генетическим исследованиям, созданы химиотерапевтические препараты - ингибиторы тирозинкиназы нескольких линий, способные существенно улучшить качество лечения. В большинстве случаев персонализированная ХТ является единственным возможным методом лечения при прогрессировании ГИСО.

Цель исследования. Представить современные данные о методах диагностики и подходах к лечению гастроинтестинальных стромальных опухолей и опыте их применения в Рязанском онкологическом диспансере.

Материалы и методы. В Рязанском областном клиническом онкодиспансере с 2007 по 2014 годы подтверждение диагноза и лечение по поводу ГИСО получили 60 пациентов. Из них - 43 (71,7%) женщин и 17 (28,3%) мужчин. По возрасту преобладали больные от 55 до 65 лет (41,7%). Локализация патологического процесса распределилась следующим образом: желудок - 25 (41,7%), кишечник - 24 (40%), лимфоузлы забрюшинного

пространства, брюшной полости, большой сальник - 11 (18,3%). Распределение исследуемых больных по стадиям было следующим: I стадия - 16,7% (10), II - 28,3% (17), III - 30% (18). Пациенты с IV стадией составили 25% (15), из них 7 с отдалёнными метастазами.

Результаты и их обсуждение. Большому числу больных первым этапом лечения были выполнены циторедуктивные операции (50). 12 пациентов получали комбинированное лечение (Иматиниб 400 мг в адьювантном режиме), ещё 3 - самостоятельную ХТ. Комбинированное лечение назначалось в корреляции со стадией опухолевого процесса. Течение ранних стадий заболевания относительно благоприятно, прогрессирование наблюдается редко и не требует назначения адьювантной ХТ. При 3 стадии у 28% отмечалось прогрессирование заболевания, с медианой выживаемости без лечения - 18,6 месяцев, и с проведением противорецидивной ХТ - 44 месяца. При прогрессировании заболевания применялись формулы увеличения дозы Гливека в 1,5 и 2 раза. При этом, время до прогрессирования в подгруппе комбинированного лечения составила 5 и 12 месяцев, против 3 месяцев в случаях только оперативного пособия.

4 стадия опухолевого процесса отличается невозможностью в 40 % случаев провести пациенту специальное лечение. Однако, при проведении противорецидивной и самостоятельной ХТ у пациентов 3 и 4 группы может быть достигнуто увеличение времени до прогрессирования, общей медианы выживаемости, причём довольно значительно (34,6 месяцев против 6).

3 пациентам после прогрессирования процесса были выполнены оперативные пособия по удалению рецидивных опухолей. Однако в 2 случаях, выживаемость пациентов после повторного оперативного вмешательства составила лишь 10 месяцев.

Выводы. Проведенный анализ ГИСО в Рязанской области подтверждает данные о небольшой частоте их встречаемости и относительно доброкачественном течении I и II стадий заболевания. При этом поздние стадии GIST имеют неудовлетворительные результаты лечения. Всем пациентам при III-IV стадии заболевания должна быть рекомендована адьювантная и самостоятельная химиотерапия ингибиторами тирозинкиназ, увеличивающая безрецидивную и общую выживаемость этой категории больных. Злокачественность ГИСО не должна быть недооценена. Всем пациентам обязательно фенотипирование опухоли с молекулярно-генетическим исследованием мутаций генов. Углубление знаний в области молекулярно-генетических свойств опухолей позволяет искать новые и постоянно совершенствовать методы подхода к лечению пациентов, подбирать им индивидуальный план лечения, создавать новые схемы химиотерапии, в том числе при ГИСО.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ГОНАД У ПАЦИЕНТОВ С ЛЕВОСТОРОННИМ ОРТОСТАТИЧЕСКИМ ВАРИКОЦЕЛЕИ ИХ КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Уваров А.Г.

Рязанский государственный медицинский университет

им. акад. И.П. Павлова

Научный руководитель - д.м.н. Жиборев Б.Н.

Варикоцеле остается проблемой дискуссионной. В литературе влияние этой сосудистой аномалии на бесплодие у мужчин оспаривается. Вероятность развития атрофии ипсилатерального яичка из-за венозной дисциркуляции в системе гениталий при варикоцеле убедительной аргументации не имеет. В связи с этим причины выявляемой орхипатии соотносятся, в том числе, с нарушениями эмбриогенетического характера.

Цель исследования. Изучить морфофункциональные особенности гонад у пациентов с варикоцеле.

Материалы и методы. Обследованы 20 пациентов с варикоцеле 2-3 степени в возрасте 18-35 лет. У 8 из них (группа «А») - диагностировано бесплодие в браке продолжительностью до 5 лет. Группу «Б» составили 12 фертильных мужчин. У пациентов определялся объем гонад (V), венозный тестикулярный рефлюкс с использованием УЗ-доплерографии. Оценивались показатели эякулята, уровень половых и гонадотропных гормонов плазмы крови.

Результаты и их обсуждение. Полученные данные неоднородны. Значения V левого яичка в группе «А» варьировали от 7,5 до 30,2 см³, правого - от 9,3 до 29,8 см³. Суммарный тестикулярный объем (V правого + V левого) в среднем был равен 35,2 см³ (18,8-60,0). Значимое уменьшение V левого яичка в сравнении с правым (на 2 см³ и более) отмечено в 3 случаях (38%). У 1/2 больных суммарный V гонад был ниже нормы (<30 см³). У 1 пациента (13%) суммарный объем гонад превысил физиологическую константу в 2 раза. Патоспермия выявлена в группе «А» у 7 больных (88%), у двух из них - тяжелая форма олигоастеноспермии. Гормональный статус пациентов группы «А» также неоднороден. Первичный гипергонадотропный гипогонадизм выявлен в 2-х случаях. В группе «Б» объем левого яичка варьировал от 15,8 до 26,4 см³, а правого - от 14,3 до 25,4 см³. Суммарный тестикулярный объем в среднем равен 42,2 см³ (28,9-50,0). У 25% больных левое яичко превышало по объему правое. Значимого снижения V левого яичка в фертильной группе не отмечено. У всех пациентов группы «Б» суммарный V гонад был равен 30 см³ и более. У 1/3 мужчин в эякуляте отмечена олигоспермия. Все пациенты имели нормогонадотропный статус.

Выводы.

1. Данные морфометрии гонад выявляют неоднородность андрологического статуса у пациентов с варикоцеле.

2. Субинфертильность и спермопатия при варикоцеле соизмеримы с ослаблением основных морфофункциональных характеристик семенников, что важно учитывать в прекоцепционной подготовке супружеской пары.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА КОЛЕННОМ СУСТАВЕ

Узоков А.Д.

Андижанский государственный медицинский институт, г.Андижан
Научный руководитель - к.м.н., доцент Маматов Б.Ю.

Цель исследования. Выбор оптимального способа обезболивания при эндоскопических операциях на коленном суставе у взрослых.

Материалы и методы. Изучено течение анестезии у 403 пациентов, которым была выполнена артроскопия коленного сустава с коррекцией внутрисуставных повреждений. Мужчины составили 51%, средний возраст 42 года. Физический статус по ASA соответствовал 1-2 классу. У 323(80,1%) пациентов применялась спинальная анестезия. Уровень пункции L4-L5, игла 22 или 25G, в качестве анестетика использовали 0,5% маркаин-спинал, либо маркаин-спинал (Хэви) в дозе 10-15 мг. У 42 (10,4%) больных применялась тотальная в/в анестезия со спонтанным дыханием. В качестве анестетиков использовали тиопентал натрия, сибазон, диприван с фентанилом или промедолом. У 26 (6,6%) пациентов применялась проводниковая анестезия с блокадой бедренного, седалищного и наружного кожного нервов. В качестве анестетиков использовали 0,5% маркаин или 0,75% нарופן, в общей дозе 200-300 мг. У 12 (2,9%) больных применялась в/в анестезия с ИВЛ. Премедикация в группах не отличалась по своим компонентам. Продолжительность операции - до 90 минут. Оценивали: время начала анестезии, время регрессии моторного и сенсорного блока, гемодинамику, расход фентанила, выраженность послеоперационной боли по ВАШ, психоэмоциональную оценку качества анестезии и осложнения.

Результаты и их обсуждение. В группе больных со спинальной анестезией, ее начало отмечалось на 5-10 минуте. В случае применения гипербарического раствора маркаина у 65% больных удалось достичь одностороннего спинального блока. Полное устранение моторного блока зарегистрировано через 2ч. 30 мин.- при дозе маркаина 10 мг., и 3ч. 50 мин.- при дозе 15 мг. Гемодинамика в течение всей анестезии была стабильной и не требовала увеличения темпа инфузии. Объем инфузии составил до 1500 мл кристаллоидов. С целью профилактики постпункционной головной боли в/в вводили кофеин 20%-400 мг. Однако у 12% больных, на 2 сутки после операции отмечалось данное осложнение. Других осложнений не было.

Проводниковая анестезия в 24% не была достаточно эффективной и потребовала дополнительного введения дипривана с фентанилом. Время на-

чала анестезии - через 30 минут, послеоперационное адекватное обезболивание сохранялось до 4,5 часов. Гемодинамика стабильная. Осложнений не зафиксировано. Тотальная в/в анестезия как с ИВЛ, так и без нее была адекватной и выполнялась только у пациентов, которые категорически отказались от вариантов регионального обезболивания, либо имели противопоказания к его применению.

Анализируя виды анестезиологического пособия необходимо отметить, что в 80% случаев была использована спинальная анестезия. Данная методика вызвала достаточный моторный и сенсорный блок, не требовала дополнительного введения опиоидов, оказывала минимальное влияние на гемодинамику, а в случае одно-стороннего блока вызвала положительные отзывы у больных.

Блокада периферических нервов, хотя и потребовала дополнительного введения анальгетиков, но также может быть рекомендована для данной операции, т.к. вызывает достаточный сенсорный блок, послеоперационная анальгезия сохраняется длительное время и позволяет активизировать больных в течение 1 суток.

Тотальная в/в анестезия с ИВЛ или без таковой, вносит дополнительные проблемы в течение послеоперационного периода: посленаркозная депрессия сознания и дыхания, раннее применение анальгетиков, длительное динамическое наблюдение в условиях ПИТА.

Выводы. Таким образом, выбор анестезиологического пособия при артроскопии будет зависеть от целого ряда причин, но он должен быть направлен на повышение эффективности интраоперационного обезболивания и снижения числа послеоперационных потенциальных осложнений.

ВЛИЯНИЕ ЛОКАЛИЗАЦИИ КЛАПАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ЧАСТОТУ ТРОФИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Шанаев И.Н.

Рязанский государственный медицинский университет
им.акад. И.П. Павлова

Научный руководитель - д.м.н., профессор Калинин Р.Е.

Актуальность данного исследования была обусловлена несколькими факторами: большим процентом больных с трофическими изменениями при ВБВНК, высоким процентом рецидивов трофических язв даже после радикального хирургического лечения, уменьшением патогенетической значимости горизонтального рефлюкса, что повлияло на отношение к необходимости лигирования перфорантных вен при ВБВНК и нехваткой информации по анатомии ПВ голени.

Цель исследования. Улучшение результатов оперативного лечения ВБВНК с учётом особенностей регионарной клапанной недостаточности.

Материалы и методы. 50 нижних конечностей, без признаков ХЗВ и 356 пациентов с ВБВНК класса ХВН С2-6. Методы исследования: анатомическое препарирование и ультразвуковое исследование вен нижних конечностей.

Результаты и их обсуждение. По данным препарирования: ПВ переднебо-льшеберцовой группы насчитывалось от 13 до 16. Соединяли главным образом притоки БПВ с ПББВ. ПВ заднебо-льшеберцовой группы насчитывали от 3 до 8, локализовались по линии Линтона. Наиболее постоянными и крупными являлись ПВ группы Коккетта. Во всех случаях эти ПВ являлись самостоятельно дренирующими сосудами покровных тканей области медиальной лодыжки. Более чем в 50% случаев ПВ на субфасциальном участке две, на эпифасциальном уровне широко ветвятся. Другой особенностью этих вен являлось взаимоотношение с глубоким листком фасции голени, только надлодыжечные ПВ были 100% скрыты этим листком. ПВ малоберцовой группы насчитывали от 4 до 6. 60% обнаруженных ПВ являлись самостоятельно дренирующими кожу, 16% соединялись с крупными притоками малой подкожной вены, 24% напрямую соединяли малоберцовые вены с МПВ (ПВ Басси).

Используя клинико - инструментальные методы исследования был проведен анализ течения заболевания и лечения 356 больных с варикозной болезнью: 255 пациента с трофическими нарушениями покровных тканей нижних конечностей и 101 пациент без трофических изменений.

Структура поражения венозной системы у больных с трофическими нарушениями: исключительно поверхностный рефлюкс был выявлен у 2,35% пациентов; поверхностный и перфорантный рефлюкс был выявлен у 91,76% пациентов и сочетание поверхностного, перфорантного и глубокого вертикального рефлюкса было выявлено у 5,88% пациентов.

Структура поражения у больных без трофики: поверхностный рефлюкс - 11,88% пациентов; 86,14 % пациентов - с поверхностным рефлюксом и недостаточными перфорантными венами; у 1,98% был также выявлен рефлюкс по глубоким венам.

При анализе влияния глубокого рефлюкса на формирование трофических изменений, было определено, что значимым считается рефлюкс только по ПкВ умеренной степени выраженности и более. В тоже время основную структуру больных составили пациенты с поверхностным и горизонтальным рефлюксом. При чем анатомической основой формирования трофических изменений является именно поверхностная венозная система (магистральные стволы и их притоки, ПВ и коммуникантные вены).

Поэтому для определения патогенетической основы формирования трофических изменений были детально разобраны 74 пациента основной группы с учетом полученных анатомических данных. Это позволило определиться: что изолированный поверхностный рефлюкс у пациентов с ВБВНК и трофическими изменениями имеет небольшое значение и более анатомически обоснован для МПВ; наибольшее значение имеют ПВ дис-

тальной части голени, связанные с работой мышечно - венозной помпы голени. Однако, эти ПВ имели одинаковую частоту встречаемости у пациентов с трофикой и без ($P < 0,05$).

При проведении оперативного лечения при классе С4-6 ПВ лигировались, а при классе С2-3 только удалялись их изменённые притоки. На этапе послеоперационного обследования выявлено, что 41,6% ПВ были пропущены у пациентов с трофическими нарушениями и 34,7% ПВ остались у пациентов без трофики после флебэктомии притоков ПВ.

Сопоставление с данными анатомии позволили определить наиболее эффективные методы лигирования ПВ при классе С4-6, а УЗДС анализ помог определить признаки ПВ с абсолютной клапанной недостаточностью. При сравнении диаметра ПВ в обеих группах на этапе послеоперационного обследования: средний диаметр выявленных ПВ в группе пациентов С4-6 составил $3,55 \pm 0,12$ мм.; средний диаметр выявленных ПВ в группе пациентов С2-С3 составил $2,96 \pm 0,1$ мм. Разница являлась статистически значимой ($P < 0,05$).

Выводы.

1. Прямые и не прямые ПВ - это преимущественно самостоятельно дренирующие сосуды определённый участок покровных тканей.
2. Главные топографо - анатомические характеристики ПВ: взаимоотношение с поверхностными венами, особенности строения относительно фасции голени, взаимоотношения с глубоким листком фасции голени.
3. Основную структуру больных с трофическими изменениями на фоне ВБВНК составляют пациенты с поверхностным и горизонтальным рефлюксом, меньшее значение имеют изолированный поверхностный и глубокий рефлюксы.
4. Длительностью заболевания не влияет на появление трофических изменений. Диаметр ПВ является значимым для появления трофических расстройств.
5. При ВБВНК класса С2-3 после флебэктомии ствола БПВ и подкожных притоков возможно восстановление функции ПВ голени. При классе С4-6 лигирование несостоятельных ПВ, является единственным патогенетически оправданным методом лечения. Причем несостоятельные ПВ должны лигироваться исключительно под контролем зрения, с проведением интраоперационных проб.

КОНСЕРВАТИВНАЯ И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Шафикова А.И., Харисова Э.Р., Латыпова Р.М.

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа
Научный руководитель - д.м.н., доцент Ибатуллин А.А.

Цель исследования. Определение оптимального метода лечения ОА.

Материалы и методы. Мы изучили ретроспективно результаты лечения 1338 больных, находившихся на стационарном лечении в отделе-

нии гнойной хирургии ГКБ №21. 1 группа: 638 больных, находившиеся на стационарном лечении в 2002 г., 279 мужчин (43,7%), 359 женщин (56,3%). 2 группа: 700 больных, находившиеся на стационарном лечении в 2012 г. 287 мужчин (41%) и 413 женщин (59%). Результаты исследований консервативного метода лечения, опубликованных в зарубежных и отечественных журналах в 2010 - 2014 годах.

Результаты и их обсуждение. В последние годы в зарубежной печати стали появляться публикации о возможности использования антибактериальной терапии у больных с неосложненной формой ОА. За консервативное лечение ОА выступают такие авторы, как К. Krishna Varadhan, J. Stygud, J. Hansson, A. Malik, G. Tagnoli, С. Vons, А.Г. Натрошвили и другие. В последнее десятилетие лапароскопические операции получили свое развитие не только в плановой, но и в ургентной хирургии. Мы изучили ретроспективно результаты лечения 1338 больных, находившихся на стационарном лечении в 2002 и 2012 годах в отделении гнойной хирургии ГКБ №21. Благодаря внедрению диагностической лапароскопии удалось снизить количество катаральных форм ОА с 19,1% до 4,3%, тем самым снизилось количество диагностических ошибок и напрасных аппендэктомий. Удельный вес лапароскопических аппендэктомий составил 42,4%. Уменьшилось количество запущенных форм острого аппендицита: с инфильтратом в 2 раза, абсцессом в 1,5 раза, с разлитым перитонитом в 1,4 раза. Осложнения после лапароскопических аппендэктомий составляют 4,8%. Послеоперационные осложнения после традиционной аппендэктомии выше и составляют 7,2%.

Выводы. Лечение острого аппендицита приоритетнее проводить хирургическим путем в связи с высокой вероятностью рецидива аппендицита при консервативном лечении. Хотя консервативное лечение и обходится с меньшей экономической затратой, но наступление рецидива предполагает новые экономические затраты на больного. Кроме того, если следовать Национальным клиническим руководствам по организации лечебно-диагностической помощи при остром аппендиците, то операция должна начинаться с выполнения диагностической лапароскопии. Методом выбора является лапароскопическая операция.

АРРОЗИВНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Шувалова Я.И.

Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова

Научный руководитель: д.м.н., профессор Тарасенко С.В.

Хронический панкреатит - это группа хронических заболеваний поджелудочной железы продолжительностью более 6 месяцев, различной этиологии, преимущественно воспалительной природы, характеризующаяся: дегенера-

тивными, деструктивными изменениями ее экзокринной части; атрофией панкреоцитов и замещением их фиброзной тканью; изменениями в протоковой системе ПЖ с образованием кист и конкрементов; различной степенью нарушений экзокринной и эндокринной функций ПЖ. В России распространенность у взрослых составляет 27,4-50 случаев на 100 тыс. населения.

Смертность после первичного установления диагноза ХП составляет до 20% в течение первых 10 лет и более 50% - через 20 лет.

Цель исследования. Показать трудности диагностики и лечения редкого осложнения хронического панкреатита - аррозивного кровотечения из ветвей селезеночной артерии.

Клинический случай. 9.02.14 в экстренном порядке с клиникой желудочно-кишечного кровотечения поступила больная М. ФГДС: 9.02.14 - Состоявшееся кровотечение. Данных за продолжающееся кровотечение нет. ФГДС 24.02.14: в области седловидной складки по задней стенке определяется деформация складок, из которой при исследовании появилось кровотечение. Инъекционный гемостаз, электрокоагуляция. 26.02.14 - контроль ФГДС. Рецидив кровотечения. В экстренном порядке 26.02 была выполнена лапоротомия, гастротомия, прошивание кровоточащего сосуда желудка. 12.03.14 - ФГДС, склерозирование участка слизистой желудка (в подслизистый слой) этоксисклеролом. 14.03.14 вновь рецидив желудочно-кишечного кровотечения. 14.03.14 - Релапаротомия. При разделении задней стенки желудка и брюшины задней стенки сальниковой сумки обнаружена полость 2*1,5*1,5 см, из которой исходит профузное артериальное кровотечение. Полость пенетрирует стенку желудка. На заднюю стенку полости открывается кровотечение из аррозивных сосудов селезеночной артерии. Выполнено тщательное множественное прошивание ветвей селезеночной артерии, кровотечение остановлено. 24.03.14 -выписана в удовлетворительном состоянии без последующих рецидивов с DS: Хронический панкреатит. Псевдокиста. Артериально-желудочный свищ. Желудочное кровотечение. Постгеморрагическая анемия.

Выводы. Данный клинический случай демонстрирует трудности диагностики и лечения редкого осложнения хронического панкреатита - аррозивного кровотечения из ветвей селезеночной артерии.

АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Юлдошев Х.Ф., Давлатов Д.А., Лочинов Б.А.

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии,
г. Душанбе, Таджикистан

Научный руководитель - д.м.н., профессор Гульмурадов Т.Г.

Цель исследования. Сравнительная оценка ранних послеоперационных осложнений у больных ИБС с сахарным диабетом (СД) и без диабета.

Материалы и методы. За период с 2011 по 2013 г.г. в отделении кардиохирургии РНЦССХ проведено 112 операций аортокоронарного шунтирования. Среди них у 30 (26,8%) больных отмечено наличие сопутствующего СД II типа. Для проведения сравнительного анализа ранних послеоперационных осложнений были подобраны группы по 30 больных с ИБС в сочетании с СД и с ИБС без диабета, сопоставимые по возрасту и характеру поражения коронарных артерий. Средний возраст больных в группе с диабетом составил $53,2 \pm 1,14$ лет. В группе без диабета - $54,37 \pm 1,22$ лет. Среднее количество коронарных артерий, имеющих признаки обструктивных атеросклеротических поражений, в группе с СД составило $3,42 \pm 0,11$, в группе без диабета $3,15 \pm 0,27$. В группе больных без СД было 28 мужчин и 2 женщины. Среди них курящих было 21 человек. Стенокардия II ФК наблюдалась у 2 больных, III ФК - у 25, IV ФК - у 3. Инфаркт миокарда в анамнезе имели 19 человек. Артериальная гипертензия была у 24. Сопутствующее ожирение отмечено у 17 пациентов. Повышенный уровень холестерина ($> 5,2$ ммоль/л) зарегистрирован у 13. Снижение фракции изгнания имело место у 9 человек. В группе больных с СД было 26 мужчин и 4 женщины. Курящих было 25 человек. Продолжительность СД составила в среднем $5,13 \pm 0,64$ лет. Инфаркт миокарда в анамнезе имели 17 человек. Легкое течение диабета было у 14 пациентов, среднетяжелое - у 9 и тяжелое - у 7. Средний уровень базальной гликемии составил $7,42 \pm 0,18$ ммоль/л, постпрандиальной $8,76 \pm 0,28$ ммоль/л. Гиперхолестеринемия отмечалась у 18 пациентов. Больные с СД чаще страдали артериальной гипертензией и ожирением - 23 и 17 человека соответственно, у них чаще отмечалась стенокардия IV ФК - у 6 пациентов. Снижение уровня фракции изгнания отмечено у 17.

Результаты и их обсуждение. У больных без СД в раннем послеоперационном периоде инфаркт миокарда развился у 2, нарушение ритма по типу мерцательной аритмии отмечалось у 8 пациентов, перикардит наблюдался у 2, кровотечение, потребовавшее рестернотомии у 3 человек. У больных с диабетом нарушение ритма возникло у 2, периоперационный инфаркт миокарда у 2, медиастинит у 2 пациентов. Летальность в группе с СД составила - 6,7%, а в группе без СД - 3,3%. Причинами смерти у больных с СД были: острый интраоперационный инфаркт миокарда и острая сердечная недостаточность, а в группе без СД - острый инфаркт миокарда.

Выводы. Результаты хирургического лечения больных ИБС с сопутствующим сахарным диабетом оказались вполне сопоставимы с больными без СД. Учитывая риск развития послеоперационных осложнений, необходимо провести адекватную подготовку больных.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ У ВЗРОСЛЫХ: ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА, ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ

Александрова К.А., Большова Е.Г.

Чувашский государственный университет, г.Чебоксары

Научный руководитель - к.м.н. Анисимова Т.А.

Цель исследования. Изучение уровня заболеваемости, особенностей эпидемиологии и клинического течения вирусных гепатитов у взрослых больных.

Материалы и методы. Нами проанализированы 81 история болезни больных ВГ, пролеченных в инфекционном отделении МУЗ ГБ СМП В 2012-2014 гг.

Результаты и их обсуждение. По этиологической структуре преобладали больные вирусным гепатитом А (ВГА) (49%). Случаев легкого течения вирусного гепатита В (ВГВ) и вирусного гепатита С (ВГС) не зарегистрировано, больные со стертыми и инаппарантными формами парентеральных гепатитов часто остаются нераспознанными. По социальному статусу в группе парентеральных гепатитов преобладали безработные, при ВГА - представители рабочих специальностей.

Острое начало наблюдалось чаще всего при ВГ А - 62,5% случаев. Безжелтушная форма ВГ регистрировалась редко, что связано с гиподиагностикой безжелтушных форм ВГ. При ВГА заболевание чаще всего начиналось с гриппоподобного синдрома (55%), дальше присоединялись темная моча, осветленный кал и желтушность кожи и склер. При ВГВ лихорадочный синдром наблюдался редко, заболевание начиналось часто с диспепсических явлений (27,3%), кожного зуда (22,7%), артралгий (13,6%), синдрома желтухи (77,3%). ВГС часто начинался с болевого абдоминального синдрома (30,8%), повышения температуры тела до 38-38,5 гр. (30,8%), диспепсических явлений (23%), желтухи (62,2%). Кожный зуд и артралгический синдром чаще встречались в продромальном периоде при ВГВ, что обусловлено особенностями патогенеза ВГ В.

Тяжелое течение заболевания чаще наблюдалось при ВГВ (9%). Нами выявлена большая выраженность диспепсического синдрома при парентеральных гепатитах в периоде разгара, геморрагический синдром также чаще всего встречался при ВГВ и отражал тяжесть течения заболевания. Зарегистрировано 2 смертельных случая, оба при ВГВ, что составило 2,4% от всех случаев ВГ за наблюдаемый период.

Выводы. В структуре вирусных гепатитов преобладал ВГА, случаи заболеваний легкими и безжелтушными формами выявлялись редко. ВГА чаще начинался остро, клиническая картина имела меньшую выраженность. ВГВ характеризовался более частым развитием тяжелых форм забо-

левания, начальный период часто сопровождался выраженным кожным зудом, артралгиями; в периоде разгара часто наблюдались диспептические и геморрагические явления. Для начального периода ВГС было характерно развитие болевого абдоминального синдрома, диспептических явлений.

ВЫЯВЛЕНИЕ ПРИЧИННО-ЗНАЧИМЫХ АЛЛЕРГЕНОВ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ

Афанасьева М.С.

Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск
Научный руководитель - к.м.н. Белоногова Е.Г.

Цель исследования. Установление причинно-значимых аллергенов у детей младшей возрастной группы (до четырёх лет), страдающих атопическим дерматитом.

Материалы и методы. Работа выполнена в дизайне одномоментного исследования в выборках детей с установленным диагнозом атопический дерматит (АД), проживающих на территории г. Томска (n=31) и Томской области (n=10). Исследование проведено на базе отделения клинической иммунологии и аллергологии ОГБУЗ «ОДБ» г. Томска. На каждого пациента заполняли индивидуальную регистрационную карту, которая включала в себя информацию о физическом развитии, особенностях вскармливания и объективные данные на момент поступления. Оценка тяжести АД проводилась по международной системе SCORAD. Причинно-значимые аллергены выявляли при помощи иммуноферментного анализа (ImmunoCAP, Phadia IDM, Швеция). В исследовании приняли участие пациенты с АД в возрасте от 0 до 4 лет, находившиеся на лечении в ОГБУЗ «ОДБ» в период с 01.09.2014 - 01.03.2015 г.г. Статистическую обработку проводили при помощи пакета программ «Statistica for Windows 10.0».

Результаты и их обсуждение. Среди пациентов с АД преобладали мальчики 53,65% (n=22), девочек было 46,34% (n=19). У всех больных отмечался дерматит распространенной формы. Оценка степени тяжести АД по системе SCORAD в среднем составило 57,56 баллов. Легкое течение АД не было отмечено ни у одного из пациентов, среднетяжелое - у 9,75%, тяжелое - у 90,25%. Средний уровень общего IgE составил $388,70 \pm 112,87$ МЕ/мл. Установлено преобладание сочетанной сенсибилизации к пищевым и бытовым аллергенам у детей, находящихся на различных видах вскармливания. Анализ уровня специфических антител в сыворотки крови выявил причинно-значимые аллергены, которыми были белок куриного яйца (48,78%), коровье молоко (36,58%) и эпителий кошки (14,63%). Реже сенсибилизация встречалась к мясу говядины 9,75%, свинины 12,19% и курицы 7,31%.

Выводы. Полученные результаты исследования указывают, что на формирование тяжелого АД большой вклад влияют такие факторы, как ген-

дерный признак и атопия. Впервые выявлена бытовая сенсibilизация у детей до года, а именно к аллергенам клещей домашней пыли (7,31%) и шерсти кошки (14,63%).

ХАРАКТЕРИСТИКА ВСПЫШКИ ЛЕПТОСПИРОЗА

Володькина Т.А.

Мордовский государственный университет, г. Саранск
Научный руководитель - к.м.н., доцент Альмяшева Р.З.

Лептоспироз относится к числу широко распространенных зоонозных природно-очаговых заболеваний.

Цель исследования. Изучение эпидемиологических особенностей вспышки лептоспироза на территории Республики Мордовия (РМ) в 2014 году по материалам ГБУЗ РМ «Республиканская инфекционная клиническая больница», ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Мордовия».

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов, находившихся на лечении в ГБУЗ РМ «Республиканская инфекционная клиническая больница» в 2014 году.

Результаты и их обсуждение. Эпидемиологические проявления лептоспироза разнообразны, отмечается спорадическая, групповая и вспышечная заболеваемость. Так, в июне 2014 года зарегистрирована вспышка лептоспироза среди жителей города Саранска, выявлено 14 случаев заболевания. При изучении эпидемиологического анамнеза установлено, что все пострадавшие связывают свое заболевание с употреблением воды из 2-х родников, расположенных в населенном пункте вблизи города. Данные лабораторных исследований свидетельствуют, что вода источников была загрязнена возбудителями лептоспироза вследствие прошедших ливневых дождей и попадания в воду родников загрязненной дождевой воды. Лептоспиры были обнаружены в нескольких пробах воды, взятой из родников.

Среди заболевших преобладали жители города - 10 человек (71,4%), основную долю заболевших составили мужчины (75%) наиболее активного возраста - 31 - 60 лет, в одном случае заболевание зарегистрировано у ребенка в возрасте 15 лет.

У подавляющего большинства больных (11 человек) заболевание протекало в среднетяжелой форме, у трех пациентов течение болезни было расценено как тяжелое. Желтушная форма заболевания зарегистрировано у трех пациентов, у остальных - безжелтушная.

Диагноз подтвержден серологически у 10 пациентов, при этом у большинства больных выявлялись антитела к лептоспирам серогруппы *Grippothyphosa*. В остальных случаях окончательный диагноз поставлен без серологического подтверждения по характерной клинико-эпидемиологической картине.

Выводы. Заболевание связано с употреблением воды из родников, чаще регистрируется среди городских жителей. В клинике преобладает безжелтушный вариант течения.

ЛЕЧЕНИЕ МЕТОТРЕКСАТОМ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ: ВСЕ ЛИ МЫ ДЕЛАЕМ ПРАВИЛЬНО?

Воробьева Т.И.

Чувашский государственный университет, г. Чебоксары
Научный руководитель - к.м.н., доцент Башкова И.Б.

Цель исследования. Оценка рутинной практики лечения метотрекса-том (МТ) пациентов с ревматоидным артритом (РА) врачами-терапевтами амбулаторно-поликлинического звена.

Материалы и методы. Обследовано 83 больных РА (из них 13 мужчин) в возрасте от 24 до 82 лет из числа пациентов, направленных врачами-терапевтами на консультацию к ревматологу поликлиники РКБ (Чебоксары) за 6 мес. 2014 года. Продолжительность заболевания составила $11,6 \pm 9,3$ г. Ранняя клиническая стадия РА установлена у 10,8%, развернутая - у 16,9%, поздняя - у 72,3% пациентов. Высокая активность заболевания по DAS28 наблюдалась у 61,4% пациента, умеренная - у 37,3%, низкая - у 1,2%, среднее значение DAS28 составило $5,6 \pm 1,3$. У большинства больных (68,7%) определялась III рентгенологическая стадия.

Результаты и их обсуждение. МТ был назначен 69 (83,1%) пациентам, из них в каждом 3-м случае (31,9%) был 2-м базисным противовоспалительным препаратом после неэффективной/неадекватной терапии лефлуномидом (7,2%), сульфасалазином (4,3%) или циклофосфамидом (20,3%). 8 (11,6%) пациентам МТ был назначен впервые только в момент настоящего осмотра ревматологом РКБ, при этом лишь у 3 из них была ранняя клиническая стадия РА. Индекс DAS28 у «МТ-наивных» пациентов составил $5,5 \pm 1,2$. Средняя продолжительность РА с момента постановки диагноза составила $8,1 \pm 7,8$ г., тогда как длительность терапии МТ была всего $3,0 \pm 3,4$ г. Стартовая доза МТ составила $10,8 \pm 3,2$ мг/нед, а лечебная доза - лишь $11,8 \pm 5,7$ мг/нед, при этом титрование дозы МТ отмечено только в 46,4% случаев. У каждого 2-го пациента с РА начальная доза МТ ни разу не корректировалась, несмотря на длительную терапию препаратом (в среднем $2,7 \pm 4,4$ г.). 71,1% больных получали МТ перорально в средней дозе $12,5 \pm 5,5$ мг/нед, тогда как из оставшихся пациентов лишь 2 больным препарат вводился подкожно. Временная/полная отмена МТ отмечена у 52,9% больных (из-за плохой переносимости - у 11 чел, инфекций - у 10, по причине «клинического улучшения» - у 7, развития цитопении - у 5, перед тотальным эндопротезированием суставов - у 3).

Выводы. Значительной части больных РА МТ назначается с большим опозданием, при этом на амбулаторно-поликлиническом этапе часто не проводится эскалация дозы препарата, несмотря на высокую активность заболевания. Большинство пациентов (89,9%) получают неадекватно низкую дозу метотрексата (менее 15 мг/нед).

ОЦЕНКА ГЕНДЕРНЫХ РАЗЛИЧИЙ РИСКА ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Гафаров Д.А.

Южно-Уральский государственный медицинский университет,
г. Челябинск

Научный руководитель - к.м.н., доцент Чулков В.С.

Венозные тромбоэмболические осложнения (ВТЭО) занимают третье место в структуре причин смерти от сердечно-сосудистой патологии, уступая лишь инфаркту миокарда и инсульту. До 70-80 % фатальных эпизодов тромбоэмболии легочной артерии приходится на нехирургических пациентов. У терапевтических пациентов риск ВТЭО существенно недооценен. В связи с чем, представляется актуальной оценка риска ВТЭО у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в аспекте гендерных различий.

Цель исследования. Оценить гендерные различия риска венозных тромбоэмболических осложнений у пациентов с хронической сердечной недостаточностью.

Материалы и методы. Тип исследования: случай-контроль. Критерии включения: возраст старше 18 лет, наличие медицинской документации. Критерии исключения: отсутствие ХСН, терминальные состояния, психические заболевания. Проводился ретроспективный анализ медицинских карт стационарного больного (форма 003/у), находившихся на лечении в кардиологическом и терапевтическом отделениях ГКБ № 11 г. Челябинска в 2014 году. В исследование включено 130 пациентов (средний возраст $65,9 \pm 11,5$ лет): в группу 1 - вошли 52 мужчины, в группу 2 - 78 женщин. Оценка риска ВТЭО проводилась с помощью шкалы Caprini (2005).

Результаты и их обсуждение. Различий по среднему возрасту в группах сравнения выявлено не было. Среди женщин чаще встречались пациентки в возрасте 61-74 года (52,6 % vs 36,9 % среди мужчин), а среди мужчин - пациенты в возрасте 41-60 лет (42 % vs 20,5 % среди женщин). Среди всех пациентов преобладала I стадия ХСН (у 65,4 % мужчин и у 59 % женщин), среди женщин несколько чаще встречалась IIa стадия (29,5 % против 19,2 % у мужчин) и IIb стадия (11,5 % против 9,6 % у мужчин), III стадия отмечена только у 5,8 % мужчин. В структуре причин ХСН значительно преобладали ИБС и гипертоническая болезнь. При сравнении частоты факторов

риска ВТЭО среди женщин чаще, чем у мужчин, встречались такие факторы риска, как избыточная масса тела/ожирение (14,1 % vs 7,6 %, $p < 0,05$), варикозное расширение вен нижних конечностей (35,9 % vs 19,2 %, $p < 0,05$), наличие злокачественных новообразований в анамнезе (5,1 % при отсутствии среди мужчин). Среди мужчин чаще встречались острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе (11,6% vs 3,8% у женщин, $p < 0,05$) и хроническая обструктивная болезнь легких (30,8 % vs 12,8 %, $p < 0,05$). При оценке риска ВТЭО по шкале Caprini только 9,6 % мужчин и 6,4 % женщин относились к группе низкого риска. Большинство же женщин относилось к группе высокого (50 %) и очень высокого риска (33,3 %), среди мужчин только чуть больше половины относились к группе высокого и очень высокого риска (36,6 % и 28,8 % соответственно). Специфическая профилактика ВТЭО проводилась у 29,5 % женщин (необходимость проведения требовалась у 93,6 %) и у 14,1 % мужчин (необходимость проведения требовалась у 91,4 %).

Выводы.

1. Пациенты с хронической сердечной недостаточностью чаще всего относятся к группе высокого и очень высокого риска развития венозных тромбоэмболических осложнений.
2. У женщин с хронической сердечной недостаточностью чаще встречаются такие факторы риска венозных тромбоэмболических осложнений, как возраст старше 60 лет, избыточная масса тела/ожирение и варикозное расширение вен нижних конечностей, тогда как у мужчин чаще отмечаются острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе и хроническая обструктивная болезнь легких.
3. Пациентам с хронической сердечной недостаточностью независимо от возраста и пола требуется проведение оценки риска по шкале Caprini для своевременной профилактики венозных тромбоэмболических осложнений.

КОМПОНЕНТНЫЙ СОСТАВ ТЕЛА БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Жесткова Т.В.

Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова

Научный руководитель - д.м.н., профессор Бутов М.А.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБ) наиболее распространена среди населения трудоспособного возраста, что определяет социально-экономическую значимость заболевания. Несмотря на достигнутые успехи в лечении ЯБ не решены вопросы профилактики рецидивов и осложнений заболевания. В то же время актуальной проблемой здравоохранения является рост числа лиц страдающих избыточным весом и

ожирением. Однако не только ожирение, но и порой скрытые формы трофологической недостаточности широко распространены среди больных соматического профиля, что ассоциировано с повышенной летальностью. В современной научной литературе вопросы наличия трофологических нарушений у больных ЯБ и их возможной связи с развитием и течением заболевания не достаточно освещены.

Цель исследования. Оценка особенности трофологического статуса у больных ЯБ с учетом гендерных отличий, локализации язвенного дефекта и длительности заболевания.

Материалы и методы. Нами обследованы 120 больных (87 мужчин и 33 женщины) неосложненной ЯБ в фазе обострения заболевания, без манифестирующей сопутствующей патологии, в возрасте 20-60 лет (средний возраст 39 ± 1 год). Все пациенты проходили обследование и лечение в Гастроэнтерологическом центре ГБУ РО ГKB № 4 г. Рязани в соответствии со «Стандартом специализированной медицинской помощи при язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки» (Приказ МЗ РФ №773н от 09.11.2012 г.). Всем больным проведена оценка массы и длины тела. Исследование трофологического статуса проводилось с использованием двухкомпонентной модели, основываясь на результатах калиперометрии. Рассчитаны процент жира в массе тела (%ЖМТ) и индекс безжировой массы тела (ИБМТ) пациентов. Полученные параметры компонентного состава тела больных ЯБ сравнивали с популяционными показателями (Руднев С.Г. и др., 2014).

Результаты и их обсуждение. По результатам оценки компонентного состава тела больных ЯБ показатели трофологического статуса более 94% мужчин и 82% женщин не вышли за границы 3-его и 97-го центилей значений %ЖМТ и ИБМТ в популяции россиян. У 38% больных ЯБ мужчин и 67% женщин относительное содержание жира в организме превысило оптимальные значения. У 10% пациентов выявлен дефицит массы тела, у трети из них значения ИБМТ были ниже 3-его центиля аналогичного параметра в популяции, что указывало на истощение. При сравнении результатов оценки ИБМТ и %ЖМТ пациентов с популяционными данными оказалось, что у больных ЯБ мужчин отмечалось отклонение значений показателя %ЖМТ от медианы в сторону уменьшения в среднем на $3,2 \pm 0,7\%$ ($p < 0,001$), а по ИБМТ - увеличения на $0,1 \pm 0,2$ кг/м² ($p > 0,05$). Достоверные отклонения значений %ЖМТ отмечались у мужчин с локализацией язвы в желудке - меньше значений медианы в популяции на $4,2 \pm 1,2\%$ ($p < 0,05$). У мужчин с дебютом ЯБ желудка отклонение значений ИБМТ ниже популяционных медиан на $0,4 \pm 0,4$ кг/м² ($p > 0,05$) было достоверно различно ($p < 0,05$) от превышения уровня медианы значений ИБМТ на $0,7 \pm 0,3$ кг/м² ($p < 0,05$) у пациентов с впервые выявленной ЯБ луковицы двенадцатиперстной кишки. У мужчин с впервые выявленной ЯБ желудка %ЖМТ был достоверно меньше ($p < 0,05$) чем у пациентов с рецидивом заболевания той же локализации: отклонения от популяционных медиан значений %ЖМТ со-

ставили соответственно: $5,7 \pm 1,6\%$ и $0,7 \pm 1,0\%$. При дебюте ЯБ двенадцатиперстной кишки у мужчин значения ИБМТ превысили медиану в популяции на $0,7 \pm 0,3$ кг/м² ($p < 0,05$), а при рецидиве ЯБ были недостоверно ниже медианы на $0,1 \pm 0,4$ кг/м², однако при сравнении средних значений ИБМТ у этих лиц достоверных отличий не выявлено. У больных ЯБ женщин показатели ИБМТ были недостоверно ниже популяционных медиан на $0,6 \pm 0,3$ кг/м², а значения %ЖМТ - на $0,05 \pm 1,4\%$. У больных ЯБ женщин с локализацией язвы в желудке значения ИБМТ были недостоверно ниже медиан ИБМТ в популяции на $1,0 \pm 0,4$ кг/м², а %ЖМТ - недостоверно выше популяционной медианы на $1,0 \pm 1,9\%$. У женщин с ЯБДПК показатели %ЖМТ были недостоверно ниже популяционных медиан на $0,2 \pm 2,3\%$, значения ИБМТ - недостоверно выше на $0,2 \pm 0,6$ кг/м². У женщин с разной продолжительностью заболевания и локализацией язвы не было достоверных отличий по данным параметрам компонентного состава тела.

Выводы. Показатели компонентного состава тела (%ЖМТ и ИБМТ) у 91% больных ЯБ находились в пределах значений 3-го и 97-го центиля в популяции россиян. Выявлены достоверные отличия параметров компонентного состава тела мужчин с впервые выявленным язвенным дефектом в желудке в сравнении с больными ЯБ мужчинами с более длительным течением заболевания той же локализации и дебютом ЯБ двенадцатиперстной кишки.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Каракиян А.А.

Рязанский государственный медицинский университет

им. акад. И.П. Павлова

Научный руководитель - д.м.н. Смирнова Е.А.

Цель исследования. Изучить качество жизни пациентов с сердечной недостаточностью (СН) и выявить факторы, приводящие к ее снижению.

Материалы и методы. В исследование включен 41 пациент (25 мужчин и 16 женщин, средний возраст $65,6 \pm 10,1$ лет) с декомпенсацией хронической СН. Для оценки качества жизни (КЖ) применялся Европейский опросник оценки КЖ (EQ-5D), заполняемый на 2 и 5 дни госпитализации, при выписке и через 6 месяцев, состоящий из 2 частей. Первая часть оценивала способность к передвижению, уход за собой, повседневную деятельность, боль/дискомфорт, тревогу/депрессию, вторая - представляла собой визуально-аналоговую шкалу (ВАШ) от 0 - самое плохое до 100 - самое хорошее состояние здоровья. При выписке и спустя 6 месяцев пациенты заполняли специфический для ХСН Канзасский опросник (КССО). Определялись: физические ограничения, симптомы, стабильность симптоматики, социальные ограничения, способность к самопомощи, КЖ, функциональный статус, клиническое состояние.

Результаты и их обсуждение. В исследование включены пациенты с III (71%) и IV (29%) ФК ХСН по NYHA. Причинами развития ХСН явились: сочетанное течение ИБС и АГ (83%), ФП (56%), ПИКС (36%), ХРБС (5%), ДКМП (5%). ФВ ЛЖ менее 50% имели 49% обследованных. Исходные показатели КЖ были снижены по сравнению с возрастной нормой по всем шкалам. Наиболее выраженное отклонение от возрастной нормы отмечалось по физическому функционированию: ограничение во время ходьбы (на 68,2%) и затруднение повседневной жизнедеятельности (на 56,7%). Оценивая свою подвижность, возможность ухода за собой, способность выполнять привычную повседневную деятельность, выраженность боли и дискомфорта и наличие тревоги и депрессии в 1 день госпитализации, максимальное число обследованных указали, что данные показатели их состояния ниже среднего (79%, 47%, 68%, 21%, 16% соответственно). Средняя оценка своего состояния по ВАШ составила на 1 день - 41, на 2 день - 46, на 5 - 51, на день выписки - 60. Через полгода данный показатель стал ниже и составил 53. Женщины оценивали свое состояние хуже, чем мужчины в каждый из дней (в 1 день 37 против 41, в день выписки - 56 против 62).

Выводы. Пациенты с СН характеризуются низкими показателями качества жизни. Женщины оценивают свое состояние хуже, чем мужчины. На фоне терапии во время пребывания в стационаре КЖ пациентов улучшалось, но через полгода данный показатель вновь снижался.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ

Краско М.О.

Мордовский государственный университет, г. Саранск
Научный руководитель - д.м.н., профессор Павелкина В.Ф.

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) является эндемичным заболеванием для Приволжского федерального округа, где расположен один из самых крупных и активных очагов.

Цель исследования. Изучение эпидемиологических особенностей ГЛПС в Республике Мордовия.

Материалы и методы. Проведен анализ 115 медицинских карт пациентов с геморрагической лихорадкой с почечным синдромом средней степени тяжести, в возрасте 18 - 60 лет, находившихся на лечении в Республиканской инфекционной клинической больнице.

Результаты и их обсуждение. В Республике Мордовия ГЛПС регистрируется с 1964 г. За последние годы заболеваемость ею имеет тенденцию к увеличению и она значительно выше, чем в Российской Федерации: в 2011 г - в 4,7 раза, в 2012 г. - в 3,4 раза, в 2013 г. - в 3,7 раза, в 2014 г. - в 5,6 раза. Заболеваемость ГЛПС в республике выросла с 93 случаев (11,3 на 100

тыс. населения) в 2013 г. до 365 случаев (44,6 на 100 тыс. населения) в 2014 г. В целом по Республике Мордовия заболеваемость ГЛПС выросла на 299%. Самая высокая заболеваемость отмечена в Больше-Березниковском, Дубенском, Zubово-Полянском, Ковылкинском, Кочкуровском, Торбеевском, Чамзинском районах и г.о. Саранск.

Среди обследуемого контингента преобладали мужчины (85%). Городские жители составили 81,5%, однако у 55,6% пациентов инфицирование произошло в сельской местности. Горожане заражались в основном при работе на садово-огородных участках (13%) и при посещении лесных территорий (43,5%). В 27% инфицирование людей происходило в бытовых условиях (проживание в частном жилом секторе), у 16,5% - на производстве. Заболеваемость характеризовалась выраженной летне-осенней сезонностью, с января по май регистрировались единичные случаи инфекции, что отражает современную эпидситуацию в Республике Мордовия.

По возрасту больные распределились следующим образом: 20-30 лет - 3,3%; 30-40 лет - 25,9%; 40-59 лет - 40,8%. Не было зарегистрировано случаев ГЛПС среди детей до 14 лет, редко болели лица до 20 и старше 60 лет. Максимальная заболеваемость приходилась на летне-осенний сезон, что связано с активным посещением природных объектов. Наибольшее число случаев наблюдалось с мая по январь.

Выводы. Заболеваемость ГЛПС в Республике Мордовия сохраняется на высоком уровне. Ведущими факторами, способствовавшими заражению, являются контакт населения с мышевидными грызунами, пребывание в сельской местности. Для заболевания характерна летне-осенняя сезонность, преобладание лиц мужского пола трудоспособного возраста.

ОСОБЕННОСТИ ЦИРКАДИАНЫХ РИТМОВ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С РЕЗИСТЕНТНЫМИ АРТЕРИАЛЬНЫМИ ГИПЕРТОНИЯМИ

Ленковская А. Ю.

Первый Московский государственный медицинский университет, г. Москва
Научный руководитель - к. н. м., доцент Родионов А.В.

Артериальная гипертензия (АГ) - это наиболее распространенный модифицируемый фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний. Несмотря на значительные достижения современной фармакотерапии, около 15% пациентов остаются резистентными к трех- и более компонентной антигипертензивной терапии.

Особенности суточного профиля АГ, в частности, степень ночного снижения (СНС) артериального давления (АД), играют важную роль в оценке тяжести течения АГ и ее прогноза. Недостаточная СНС АД, как правило, сочетается с более высоким риском сердечно-сосудистых осложнений. На

сегодняшний день данных о характере суточного профиля АД у больных с резистентной АГ недостаточно.

Цель исследования. Изучение особенностей суточного профиля АД у больных с резистентной АГ.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ данных суточного мониторинга АД 70 пациентов (35 пациентов с резистентной АГ и 35 пациентов контрольной группы с нерезистентной эссенциальной АГ, сопоставимых по полу и возрасту). Для статистической обработки данных использована программа SPSS Statistics. Результаты представлены в виде среднего значения \pm стандартное отклонение.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст пациентов с резистентной АГ составил $42,6 \pm 14$ лет и $48,3 \pm 12$ лет в контрольной группе. У больных с резистентной АГ по сравнению с контрольной группой значения АД составили: среднесуточное $161,9 \pm 19/97,1 \pm 12$ мм рт. ст. по сравнению с $152,3 \pm 11,5/93,9 \pm 6,5$ мм рт. ст.; среднедневное $162,5 \pm 19/96,7 \pm 13$ мм рт. ст. по сравнению с $157 \pm 13,4/96,4 \pm 6,8$ мм рт. ст.; средненочное $152,8 \pm 18/86,3 \pm 14$ мм рт. ст. по сравнению с $140,2 \pm 10,8/83,6 \pm 6,3$ мм рт. ст. В группе больных с резистентной АГ СНС АД составила 8% (18-non-dipper, 7- dipper, 10-night-reaker) и 18% в контрольной группе (30-dipper, 5-non-dipper). Наши данные согласуются с результатами ранее проведенных ограниченных когортных исследований у больных с резистентной АГ и свидетельствуют о недостаточной СНС АД. Ограничением нашего исследования является отсутствие коррекции по проводимой антигипертензивной терапии.

Выводы. Для большинства больных с резистентной АГ характерно изменение циркадианных ритмов, проявляющееся недостаточной СНС АД, что является фактором повышенного риска сердечно-сосудистых осложнений. Это, в свою очередь, определяет высокую значимость своевременной и адекватной диагностики и лечения резистентной АГ.

КАРТИНА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И ЛЕЧЕНИЕ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ

Мирзакаримова Д.Б., Юлдашев Т.А., Солиева М.Ю.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан

Цель исследования. Выявить особенности клинических проявлений и лечение ветряной оспы у детей.

Материалы и методы. Нами были обследованы 28 детей ветряной оспой: из них 12 девочек и 16 мальчиков, в возрасте от 5 до 14 лет. Диагноз ветряной оспы у детей были установлены, главным образом, на основании типичных клинических проявлений: признаков интоксикации и главным образом характерных для этого заболевания появления и последующей динамики высыпаний.

Результаты и их обсуждение. Наши данные показали, что лихорадочный период в наших случаях варьировал от двух до пяти дней, у 10% детей длился до 10 дней. Продолжительность лихорадки у этих детей была связана с обильностью высыпаний. Сыпи у всех обследованных детей характеризовались полиморфизмом, т.е. на каждом отдельном участке кожи находились и пятна, и пузырьки, и корочки. У 10% детей высыпания появлялись и на коже головы. У 5 девочек высыпания отмечались на слизистых половых губ, которые в 2 случаях превратились в эрозии и язвочки. Язвочки были представлены желтовато-серым дном. У мальчиков на слизистых оболочках дыхательных путей в результате ветряной оспы образовались энантемы, которые очень были похожи на пузырьки. У 20% детей во время высыпаний отмечался зуд кожных покровов. С целью этиотропной терапии ветряной оспы мы применяли вироцидные препараты, направленные конкретно против вирусов герпеса: ацикловир, зовиракс, виroleкс (с 2 лет), валцикловир (с 12 лет). Также использовали в отдельных случаях Ацикловир мазь (5%) на высыпания и при конъюнктивитах (поражениях глаз). У большинства больных (80%) применяли иммуномодуляторы: интерферон, виферон, а также иммуностимуляторы: циклоферон, анаферон. С целью патогенетической терапии ветряной оспы обеспечивали тщательный уход за кожей и слизистыми. Смазывание элементов сыпи либо 1% раствором бриллиантового зелёного, либо 5% раствором перманганата калия. При наличии зуда назначали больным антигистаминные препараты.

Выводы. Таким образом, ветряная оспа у детей в настоящее время при своевременной госпитализации и рано начатом лечении протекает типично с характерной полиморфной сыпью без тяжёлых геморрагических, гангренозных форм и без грозных осложнений.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПАРОТИТНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Мирзакаримова Д.Б., Юлдашев Т.А., Солиева М.Ю.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан

Цель исследования. Изучить особенности клиники и течения паротитной инфекции у детей.

Материалы и методы. Нами обследовано 28 детей в возрасте от 6 до 14 лет мужского пола, лечившихся в стационаре областной детской инфекционной больницы г.Андижана. Диагноз устанавливался на основании типичных клинических признаков заболевания.

Результаты и их обсуждение. Заболевание, как правило, начиналось остро с повышения температуры тела. Температурная кривая чаще (у 20 детей) имела двухгорбый характер, что связано, по нашему мнению, с

последовательным вовлечением в патологический процесс слюнных желез или других органов. В первый день болезни появлялась припухлость слюнной железы. У большинства (18 детей) больных отмечался последовательное увеличение околоушных слюнных желез. При этом припухлость определялась снизу и сзади ушной раковины, заполняя ретромандибулярную ямку. Ушная раковина приподнималась кверху. Её консистенция имела тестообразный характер, плотность железы уменьшалась от центра к периферии. Кожа над ней чаще была не изменённой, только в 3 случаях отмечалось покраснение кожи и её блеск. У всех больных детей с увеличением околоушных слюнных желез в процесс вовлекалась подчелюстная слюнная железа. У всех больных детей в области поражённой слюнной железы имело место боль, которая увеличивалась при открывании рта, глотании, зевоте, разговоре. Все больные дети жаловались на слабость, головную боль, шум, боли в ушах, сухость во рту, снижение аппетита, тошноту. В 2 случаях у детей 6 лет увеличение слюнных желез сопровождался отёком лица и век. Увеличение слюнных желез сохранялся в течение 8 дней. У 15% случаев вовлекался в процесс поджелудочная железа. При этом повышалась температура тела, появлялись боли в животе. Боли чаще локализовались в эпигастральном, подвздошном участках тела, в левой половине живота, вокруг пупка. У 4-х детей в возрасте 14 лет появились симптомы орхита.

Выводы. Таким образом, паротитная инфекция у детей и в настоящее время протекает с типичными проявлениями заболевания без грозных, ранее встречавшихся признаков поражения нервной системы и без длительно сохраняющихся психосенсорных расстройств в виде снижения памяти, головных болей, арефлексией.

ТЕЧЕНИЕ И СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ

**Мирзакаримова Д.Б., Юлдашев Т.А., Абдунабиева Х.М.,
Валиева Н.М.**

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан

Цель исследования. Изучить особенности клиники и лечения рожистого воспаления в современных условиях.

Материалы и методы. 18 взрослых и 12 детей с рожистым воспалением. Диагноз установлен на основании типичных клинических проявлений рожистого воспаления: характерным признаком интоксикации и особенно характерным местным воспалительным процессом.

Результаты и их обсуждение. Рожистое воспаление у 12 взрослых больных протекало в эритематозной форме, у 6 - в эритематозно-буллёзной форме. У детей, соответственно: у 8 - в эритематозной, а у 4 - в виде эри-

тематозно-буллёзной формах, лечившихся в областной инфекционной больнице г.Андижана. У детей чаще всего поражались щёки (8), у двоих - периорбитальная область, по одному случаю - голова и шея. У 10 взрослых поражались голени и у 8 - руки. Появлению воспаления во всех случаях предшествовали недомогание, потеря аппетита, лихорадка, ознобы. У взрослых и детей поражённый участок кожи был горячим на ощупь, красного цвета, с блестящей поверхностью. Он немного возвышался над уровнем кожи за счёт локального отёка. На его поверхности у 6 взрослых и 4 детей отмечены везикулы (пузыри). Для области поражения были характерны как у взрослых, так и у детей чёткие границы с неправильными формами, размеры были различными. И у взрослых, и у детей отмечены выраженные проявления интоксикации в виде повышения температуры, озноба и болезненности кожи в области поражения. Для лечения внутримышечно вводили в соответствии с возрастом препараты пенициллинового ряда, а в отдельных случаях - цефалоспорины. Курс лечения составлял 7-10 дней. При выраженном отёке и болезненности кожи поражённой области назначили в течение 10-15 дней бутадиион. С целью дезинтоксикации внутривенно капельно вводили растворы натрия хлорида и глюкозы, в сочетании с мочегонными и противовоспалительными препаратами. При наличие неповреждённых пузырей их аккуратно вскрывали и после выхода содержимого применяли повязки с риванолом или фурациллином.

Выводы. Таким образом, рожистое воспаление и в современных условиях сохраняют типичные клинические проявления, благоприятным исходом при правильном и своевременно начатом лечении без грозных, ранее встречавшихся осложнений.

ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ

Наумович М.Г., Третьякова А.К.

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск
Научный руководитель - к.м.н., доцент Назаренко О.Н.

Аутизм (расстройство аутистического спектра, РАС) - синдром, характеризующийся нарушением психического развития, расстройствами моторики и речи и проявляющийся в ограничении социальных контактов и сферы интересов.

В последние десятилетия наблюдается тенденция роста частоты возникновения РАС. По данным ВОЗ, число детей, у которых диагностируется этот синдром, растёт каждый год более чем на 10%.

Цель исследования. Изучить состояние пищеварительной системы у детей с различными формами аутизма, находящихся на стационарном лечении в отделении психиатрии № 4ГДКБ г. Минска.

Материалы и методы. Был проведен анализ 20 историй болезни детей с РАС, находившихся на стационарном лечении в отделении психиатрии 4ГДКБ г. Минска в 2013-2014гг.

Результаты и их обсуждение. Основными диагнозами у исследуемых нами пациентов были умственная отсталость умеренной степени с аутическими чертами (33,3%), атипичный аутизм с умственной недостаточностью умеренной степени (38,9%) и атипичный аутизм с интеллектуальной недостаточностью (16,7%). Диагнозы, отражающие наличие у этих детей сопутствующей патологии ЖКТ, были зарегистрированы нечасто: имели место ГЭРБ - у 2% пациентов, хронический гастродуоденит - 3 %, СРК и функциональный запор - у 3% больных. Однако замечено, что при проведении УЗИ ОБП изменения со стороны ЖКТ были выявлены у 100% пациентов. Так у 40 % детей - было выявлено увеличение печени; у 22% - изменение поджелудочной железы по типу стеатоза, и т.д.

Выводы.

1. Аутизм имеет множество проявлений среди других систем организма, однако отмечается стойкая корреляция между синдромом аутизма и возникновением расстройств ЖКТ.
2. Высокая частота выявляемости изменений со стороны ЖКТ (100% изменений при проведении УЗИ ОБП) указывает на необходимость более широкого назначения неинвазивных методов исследования ЖКТ при данной патологии.
3. Поскольку, по данным литературы, симптомы при патологии ЖКТ ведут к ухудшению поведения таких пациентов и даже к регрессу в развитии, необходимым является их своевременное выявление и коррекция.

**ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЫ
В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА**

Немирова Д.Е., Чепурняк Е. Ю.

Первый Московский государственный медицинский университет, г. Москва
Научный руководитель - к.м.н., доцент Виноградова Ю.Е.

Цель исследования. Показать необходимость включения множественной миеломы (ММ) в дифференциальный ряд у пациентов с артралгиями, ускорением СОЭ, анемией и поражением почек неясного генеза.

Материалы и методы. Данные анамнеза: больная 76 лет поступила с жалобами на боли в плечевых, лучезапястных и межфаланговых суставах верхних конечностей и шейном отделе позвоночника, припухлость суставов, головокружение, плохой аппетит, чувство онемения пальцев правой кисти. Данные симптомы выявляются на протяжении последних 4 месяцев. Объективно: состояние средней тяжести. ЧСС 76 в мин., АД 140/90 мм рт. ст. Температура тела 37 С. Наблюдается деформация дистальных фаланг

пальцев кистей, узелки. Пальпация суставов, шейного отдела позвоночника на уровне С5-С7 и осевая нагрузка болезненны. В анализе крови: железодефицитная анемия легкой степени (Hb 93 г/л), умеренный лейкоцитоз ($12.0 \cdot 10^9/\text{л}$), ускорение СОЭ в 4 раза (60 мм/ч при норме до 15), уровень креатинина выше нормы в 4 раз (454 мкм/л при норме до 97), мочевины - в 3 раза (21.2 мМ/л при норме до 8.3), мочевой кислоты - в 2 раза (654 мкм/л при норме до 340). В анализе мочи: относительная плотность 1020, белок 0,178 г/л. УЗИ брюшной полости: нефросклероз, кисты почек. На рентгенограмме позвоночника: умеренно-выраженный межпозвоночный остеохондроз, остеопороз, деформирующий спондилез на уровне С5-С7. На момент исследования - обострение хронического назофарингита. Подозрение на ММ - на основании хронической болезни почек неясной этиологии, деформаций скелета, анемии и повышения СОЭ. Для уточнения диагноза были взяты: анализ крови на белковые фракции: альбумин 46,5%, альфа-1 глобулин 6,7%, альфа-2 глобулин 12,8%, бета-2 глобулин 19,8%, гамма глобулин 7,3%, М-компонент (18,7%) в бета-2-фракции; иммунотипирование: идентифицирован моноклональный IgA каппа; проба Реберга: клубочковая фильтрация 11,9 мл/мин. В миелограмме отмечено увеличение плазматических клеток до 25%.

Результаты и их обсуждение. На основании проведенного обследования был поставлен клинический диагноз «Множественная миелома IgA каппа 3 стадии». Больная переведена в гематологическое отделение для подбора соответствующей терапии.

Выводы. Врачу-терапевту следует проявить настороженность в отношении ММ у пожилых пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, ускорением СОЭ, анемией и поражением почек неясного генеза.

СОСТОЯНИЕ ИММУННОГО СТАТУСА ПРИ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Нуриддинов О.Д. Ахмадалиев Ш.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан

Научные руководители - асс. Мулладжанова К.А.,

д.м.н., профессор Юльчибаев М.Р.

В настоящее время эта тема вновь привлекает внимание врачей различных специальностей в свете возникших проблем перинатальной патологии и оппортунистических инфекций. Клинически манифестные формы ЦМВИ развиваются у лиц с иммунодефицитными состояниями. Чаще у новорожденных инфекция протекает латентно с гигантоклеточным метаморфозом в слюнных железах. С возрастом частота выявления цитомегаловирусных клеток снижается при одновременном увеличении числа лиц с наличием в крови антител к цитомегаловирусу. Гуморальный иммунитет ответ выра-

батывается и при латентной инфекции-в сыворотках появляются комплексы связывающие и вируснейтрализующие антител.

Цель исследования. Комплексное изучение состояния клеточного, гуморального, местного иммунитета, неспецифических факторов защиты у детей, больных с цитомегаловирусной инфекцией.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 40 детей с цитомегаловирусной инфекцией. Поскольку клеточный иммунитет представляет собой сложное кооперативное взаимодействие Т- и В-лимфоцитов, совместное функционирование которое обеспечивает нормальный иммунный ответ, изучалось содержание Т- и В-лимфоцитов и их субпопуляция (хелперы и супрессоры) в периферической крови.

Результаты и их обсуждение. Иммунологических исследований показали, что при цитомегаловирусной инфекции у детей отмечаются значительные изменения показателей клеточно-гуморального иммунитета. Так, снижается содержание Т- лимфоцитов до $45,2 \pm 1,2\%$ при норме $61,5 \pm 1,2\%$ ($P < 0,01$). На фоне Т- лимфопении наблюдается В- лимфоцитоз. Содержание В- лимфоцитов составило $19,6 \pm 1,2$ при норме $12,0 \pm 0,65$ ($P < 0,05$). Одновременно отмечалось повышение содержания сывороточных иммуноглобулинов всех трех классов- IgA до $134 \pm 3,0$ г/л до $1248 \pm 12,0$ г/л, IgM до $103 \pm 2,0$ г/л при норме соответственно $118,3 \pm 3,0$, $984, \pm 12,0$, $90,3 \pm 3,0$ г/л. На фоне гиперглобулинемии наблюдалось снижение активности лизоцима до $38,5 \pm 1,2\%$, при норме $58,4 \pm 2,1\%$, и комплементарной активности сыворотки крови до $49,4 \pm 2,4\%$ при норме $61,3 \pm 1,8\%$ ($P <$ во всех по сравнению с нормой от 2,05 до 0,001).

Выводы. Таким образом, при цитомегаловирусной инфекции у детей отмечается нарушение как клеточно-гуморальных звеньев иммунитета, так и местной иммунологической защиты, также неспецифических факторов защиты организма.

РАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ КАК ФАКТОР ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА.

Нуритдинов О.Д., Ахмадалиев Ш.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан

Научные руководители - д.м.н. профессор Юльчибаев М.Р.,

асс. Мулладжанова К.А.

Решение проблемы правильной организации питания детей может послужить положительным фактором при профилактике некоторых заболеваний, в частности заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей грудного возраста. Состояние здоровья, уровень заболеваемости, а иногда и смертности зависят в большинстве случаев от количества и качества питания.

Цель исследования. Характеристика и научнообоснованные рекомендации по рационализации питания грудного возраста мы изучали питание естественного и смешанного характера. Обеспеченность организма витаминами и некоторых минеральных элементов.

Материалы и методы. Изучение характер питания, дефицит белков, недостаток витаминов группы В, С, А и некоторых минеральных элементов.

Результаты и их обсуждение. Исследование содержания белка в суточных рационах питания у детей грудного возраста показало, что потребность их организма удовлетворяется на 40%. Среднегодовое соотношение белков, жиров и углеводов составляет 1:0,9:5. Это соотношение не является оптимальным, что отрицательно отражается на усвоении всех компонентов. Исследование витаминного состава показало, что содержание витаминов А, С, РР не соответствует физиологическим нормам. Недостаточно потребление минеральных элементов. Потребление солей кальция снижено на 56%, солей фосфора - на 47%. Как критерий оценки состояния здоровья изучались показатели физического развития. Влияние характера питания на антропометрические параметры оценивались по среднегодовым величинам прибавки этих показателей. Комплексная оценка проводилась по интегральному показателю - группам здоровья. Изучения состояния здоровья всех детей по показателям комплексной оценки позволило отметить, что дети 1 и 2 групп составляют соответственно 29,3% и 40,7%, 3 группы - 29%. Заболеваемость мальчиков выше заболеваемости девочек на 13%. Дети до одного года болеют чаще.

Выводы. По нашим данным отмечено увеличение числа заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей грудного возраста зависит от характера питания. Ранее включение прикорма увеличивает число заболеваний желудочно-кишечного тракта. Своевременное приведение на дополнительное питание и соблюдение правил личной гигиены значительно уменьшает число заболеваний.

ДИАРЕЙНЫЙ СИНДРОМ ПРИ ОСТРЫХ ПНЕВМОНИЯХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Нуриддинов О.Д., Ахмадалиев Ш.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан
Научные руководители - асс. Мулладжанова К.А., Тухтаназарова Н.С.

Острые пневмонии по частоте занимают одно из первых мест в патологии детского возраста. При этом в патологический процесс, помимо легких, особенно при тяжелых формах заболевания, вовлекаются другие органы и системы. Развитие диарейного синдрома утяжеляет состояние ребенка и требует коррекции лечения.

Цель исследования. Изучить и правильно корректировать лечение и диетотерапию у больных острой пневмонией с кишечными расстройствами.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 35 детей в возрасте до 1 года, у которых бронхопневмония сопровождалась кишечными расстройствами. Давность заболевания - от 3 до 7 дней. Все дети поступали в клинику в тяжелом состоянии, с выраженной картиной поражения органов дыхания. Отмечались лихорадка до 38-39, изменение состояния и поведения ребенка, нарушение сна, эмоционального тонуса, снижение сосательного рефлекса, бледность кожных покровов и вялость. У 27 детей характер пневмонии был очаговый, у 4- долевым, у 4- сливным. О вовлечении в патологический процесс желудочно-кишечного тракта свидетельствовали срыгивания, рвота и учащение стула до 5-8 раз в сутки по типу бродильной или гнилостной диспепсии, что являлось причиной развития кишечного токсикоза с эксикозом, определяющим тяжесть состояния ребенка.

Результаты и их обсуждение. Функциональное состояние желудочно-кишечного тракта оценивалось по копрологическим исследованиям. У всех детей выявлены нейтральный жир до значительного количества (++), жирные кислоты, мышечные волокна, внутриклеточный крахмал, непереваренная клетчатка. Лейкоциты от единичных до 8-10 определялись у 17 % детей. Лейкоциты 25-30 у 83% больных детей. Стул жидкий, с кислым или гнилостным запахом, примесью зелени и слизи. Для инфузий применяли 10% раствор глюкозы, реополиглюкин, Рингер лактат. Лечение пневмонии в основном было направлено на борьбу с инфекцией, антибактериальная терапия начиналась в первые часы поступления ребенка в стационар. Чаще всего применяли цефалоспориновый ряд антибиотиков.

Выводы. Таким образом, при острой пневмонии у детей раннего возраста возникают кишечные расстройства, которые, по всей вероятности, носят функциональный характер, но требуют определенной коррекции и диетотерапии и медикаментозного лечения.

ЛЕЧЕНИЕ ЭНТЕРОКОЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Нуриддинов О.Д., Ахмадалиев Ш.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан
 Научные руководители - доцент Юлдашев Т.А., асс. Мулладжанова К.А.

Энтероколит в последнее время является наиболее часто встречающейся патологией у новорожденных детей и нередко заканчивается летальным исходом. В настоящее время причиной развития энтероколита новорожденных считают условно-патогенную микрофлору. В патогенезе этого заболевания ведущее значение придают двум факторам- гипоксии и инфицированию, под влиянием которых могут происходить нарушения обменного, функционального и морфологического характера.

Цель исследования. Уточнение механизмов развития энтероколита у новорожденных, изучение особенностей клинического течения заболевания и обоснование лечения.

Материалы и методы. Мы провели наблюдение за 30 новорожденными, поступившими с энтероколитом в отделение острых кишечных инфекций Андижанской областной инфекционной больницы. С направительным диагнозом энтероколит неясной этиологии 17 детей, ОРВИ с гипертемическим синдромом-7, у остальных детей была диагностирована пневмония. У всех детей выявлено влияние неблагоприятных факторов в анте- и интранатальном периодах развития. Токсикоз беременности отмечен у 28 матерей, заболевания вирусной этиологии - у 10, анемия- у 25, длительный безводный период - у 14, асфиксия в родах- у 8. У 17 детей диагностирована родовая травма, у 19 новорожденных в первые дни жизни были обнаружены признаки локализованной инфекции. Для лечения принимали препарат Дюфалак, но-шпа, стопдиар в виде суспензии и ферменты.

Результаты и их обсуждение. Таким образом, у большинства детей осложненное течение анте- и интранатального периодов жизни становилось предпосылкой для развития внутриутробной гипоксии и инфицирования. Особенностью течения заболевания у наблюдаемых новорожденных детей было преобладание в общей клинической картине расстройств функции желудочно-кишечного тракта, которые носили различный характер. У 18 детей желудочно-кишечный синдром отмечался с первых дней заболевания: быстро нарастали симптомы кишечного колика. В дальнейшем кишечный синдром у всех детей принял доминирующий характер в клинической картине заболевания с развитием токсикоза и пареза кишечника.

Выводы. Анализ анамнестических сведений у этих новорожденных выявил перенесенные острые гипоксические состояния. Таким образом, гипоксия являлась разрешающим фактором в развитии язвенного энтероколита у новорожденных. Назначение антибиотиков, выбор дозы и кратности введения проводились строго обоснованно.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РОТАВИРУСНЫХ ДИАРЕЙ У ДЕТЕЙ Нуриддинов О.Д., Ахмадалиев Ш.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан
Научные руководители - доцент Юлдашев Т.А., асс. Мулладжанова К.А.

В последние годы большое значение придается ротавирусной структуре этиологических факторов острых кишечных инфекции (ОКИ). Больше того ротавирусный гастроэнтерит (ротавирусная диарея) имеет достаточно широкое распространение наблюдается в виде спорадических заболеваний особенно у детей более младшего возраста.

Цель исследования. Изучить особенности клинического течения ротавирусных диарей у детей.

Материалы и методы. Обследовано 138 детей в возрасте от 6 месяцев до 12 лет с клиникой острого гастроэнтерита. Диагноз ротавирусного гаст-

роэнтерита документирован у 42 детей (30,4% от числа обследованных) на основании обнаружения ротавирусного антигена в фекалиях больного и положительных результатов серологического обследования.

Основное число заболевших составили дети в возрасте 1-2 (66,6%) и около 30% - в возрасте до 1 года, при этом среди обследованных преобладали не организованные дети (58%). Из семейных очагов госпитализировано 8 человек.

Результаты и их обсуждение. Из числа обследованных у 36 ротавирус был единственной причиной диареи, остальных 6 ротавирус обнаруживался с бактериальными агентами: эшерихиями (1), сальмонеллами (2), протеем (1), золотистым стафилококком (2). У большинства детей, переносящих ротавирусную моноинфекцию, заболевание протекало в форме средней тяжести - 79%. Легкую форму переносили 19% и лишь 2% - тяжелую.

Как правило, заболевание начиналось остро с подъема температуры до 37,5 - 39° у 80% больных, у остальных детей температура в первые сутки болезни не повышалась. В 47% случаев заболевание начиналось с рвоты, затем присоединялся кишечный синдром, в 22% случаев наблюдалось сочетание указанных симптомов. Практически у всех больных стул был жидким, водянистым, у детей раннего возраста впитывался в пеленку, даже у детей с легкой формой болезни. Общая продолжительность заболевания при легкой и средне - тяжелой формой не превышали 8-10 дней.

Выводы. Таким образом, результаты проведенных исследований подтверждают роль ротавирусов как одного из этиологических факторов острых кишечных заболеваний у детей и выявляют особенности клинической проявлений гастроэнтеритов ротавирусной этиологии.

ПРОБЛЕМЫ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ДЕТСКОЙ ПУЛЬМОНОЛОГИИ

Нуриtdинов О.Д., Ахмадалиев Ш.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан
Научные руководители - асс. Эшонхужаев О.О., д.м.н. Юлдашев Р.Н.

Актуальность. Нарастающий рост устойчивости микроорганизмов к антимикробным препаратам является глобальной проблемой для системы общественного здравоохранения.

Одной из важнейших причин появления и распространения антибиотикорезистентности является высокая частота нерационального применения антимикробных средств.

Очевидность вышесказанного диктует необходимость тщательного мониторинга использования антибактериальных химиопрепаратов и особенно их комбинированная форма применения в педиатрической практике, с целью повышения её качества и безопасности.

Цель исследования. Изучить рациональность и безопасность комбинированной антибактериальной терапии у детей с бронхопневмониями.

Материалы и методы. Работа является описательным, ретроспективным, фармакоэпидемиологическим исследованием.

Результаты и их обсуждение. Проведен анализ 77 историй болезни больных детей до 1 года детского отделения с диагнозом бронхопневмония, находившихся на лечении в период с 2012 г. по 2013 г., и получавших антибактериальную терапию (АБТ). Комбинированная антибактериальная терапия проводилась в 38 случаев, что составило почти половину всего назначения АБТ - 49,1%. Из них сочетание двух антибактериальных препаратов (АБП) проводилось в 28 случаев, что равно 74% всего назначения. Во всех случаях назначения АБП не было проведено бактериологического исследования, все препараты назначались эмпирически.

Все антибактериальные средства применялись парентерально. Средняя продолжительность антибактериальной терапии (СПАБТ) при бронхопневмонии для этих препаратов составила $8,0 \pm 2$ дня.

Выводы. При комбинации антибактериальных средств не учитывались тяжесть заболевания у ребенка, механизм действия препарата, фармакокинетические параметры, безопасность и побочные действия антибактериальных средств. Также при комбинации АБП не было учтено фармацевтическое, фармакокинетическое, фармакодинамическое взаимодействие антибактериальных препаратов и их аддитивные побочные эффекты.

ПРИМЕНЕНИЯ КАПТОПРИЛА В КОМБИНАЦИИ С ГИДРОХЛОРТИАЗИДОМ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ЛЕГКОЙ И УМЕРЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Нуриддинов О.Д., Ахмадалиев Ш.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан
Научные руководители - Абдуназаров Т.А., Халилов А.Н.

Актуальность. Вопросы фармакотерапии больных пожилого возраста является актуальным вопросом современной клинической фармакологии Узбекистана. Так как, отмечается ежегодный рост количества старшего поколения и внимания государства на здоровье и уровень жизни контингента.

Цель исследования. Изучение особенности действия каптоприла в комбинации с гидрохлортиазидом у людей пожилого возраста с артериальной гипертензией.

Материалы и методы. В рандомизированное исследование было включено 56 пожилых пациентов (средний возраст $72,1 \pm 4,1$ года, средняя величина креатинина $111,0 \pm 9,8$ мкмоль/л). Первая группа пациентов ($n=29$) получали каптоприл и гидрохлортиазид фиксированная комбинация один раз в день (первоначальная доза была каптоприл - 25 мг / гидрохлортиазид 12,5 мг),

вторая группа пациентов (n=27) получали плацебо. Первая группа пациентов после двухнедельного приема препарата была переведена на плацебо, а после 6 недель она была увеличена на каптоприл - 50 мг / гидрохлортиазид - 25 мг в сутки в течение всех периодов исследования. Эти дозы поддерживали в течение дополнительных 6 недель. Артериальное давление, частоту сердечных сокращений, массу тела и побочные эффекты оценивали каждые 2 недели. После периода лечения, а также после двух периодов лечения, проводились рутинные биохимические исследования у всех пациентов.

Результаты и их обсуждение. В исследуемой группе после 20-24 часов последнего приема каптоприла -25 / гидрохлортиазида - 12,5 и каптоприла - 50 / гидрохлортиазида - 25 по сравнению с плацебо, было значительное снижение артериального давления ($p < 0,001$). Нормализация артериального давления было (диастолическое < 90 мм рт.ст.) 3,7% (плацебо), 72,4% (каптоприл-25 / гидрохлортиазид-12,5) после 6 недель и 7,7% (плацебо) и 96,6 % (каптоприл-50 / гидрохлортиазид-25) после 12 недель. Ни в одном случае серьезных побочных эффектов не отмечалось при сочетании каптоприла/гидрохлортиазида. Гематологические и биохимические изменения были в пределах нормы в обеих группах.

Выводы. Мы пришли к выводу, что один раз в день сочетанное применение каптоприла/гидрохлортиазида является эффективным и безопасным у пожилых пациентов с мягкой и умеренной гипертензией.

ОПТИМИЗАЦИЯ ФАРМАКОТЕРАПИИ КАНДИДОЗОВ У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Нуритдинов О.Д., Ахмадалиев Ш.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан
Научные руководители - д.м.н. Юлдашев Р.Н., асс. Эшонхужаев О.О.

Цель исследования. Провести сравнительную оценку эффективности и безопасности дифференцированного дозированного применения противогрибковых препаратов при лечении кандидозов у женщин.

Материалы и методы. Объектом ретроспективного исследования послужили 68 женщин фертильного возраста, получавших терапию противогрибковыми препаратами. Дифференцированная терапия проводилась препаратом флуконазол.

Результаты и их обсуждение. При общей терапевтической эффективности в суточной дозе 200-400 мг/сут были выявлены наиболее эффективные и безопасные дозировки препарата. При кандидозах слизистых оболочек была отмечена сравнительно равная терапевтическая эффективность при дозах 50-100-150 мг/сут, однако при дозировке 150-200 мг/сут без усиления лечебного действия значительно чаще возникали побочные действия препарата, что оценивается как повышение потенциальной опасности ле-

карственного средства. При вагинальном кандидозе эффективны дозы от 150 до 400 мг/сут, однако наибольшая эффективность и наивысшая безопасность отмечалась при использовании дозировки 200 мг/сут, что следует принимать во внимание при назначении препарата при данной патологии. При системных кандидозах, вопреки ожидаемому усилению эффекта при повышении дозы (дозозависимый эффект), мы не получили подтверждения и обоснованности увеличения дозы препарата, который проявлял свою эффективность и в суточной дозе 300 мг/сут. Единственно значимое усиление эффекта в более короткие сроки наблюдалось при первичной внутривенной инфузии лекарственного средства с последующим переходом на пероральные формы

Выводы. Необходима дифференцированная рациональная фармакотерапия различных видов кандидозов с учетом наиболее эффективной и относительно безопасной суточной и курсовой дозы лекарственного средства.

ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЯ ПРОТИВОГРИБКОВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Нуриждинов О.Д., Ахмадалиев Ш.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан

Научные руководители - Солиев Д.А., Парпиева С.Б.

Цель исследования. Оценка частоты и качества использования противогрибковых средств, при беременности.

Материалы и методы. Работа является неэкспериментальным, описательным, ретроспективным, фармакоэпидемиологическим исследованием. В исследование включили результаты ретроспективного анализа историй болезней 1078 беременных женщин, которые были госпитализированы в четырёх родильных комплексах Андижанской области. Средний возраст беременных в центрах был примерно одинаковым и составил 24,8 +1,2 (мин. 16 - мак. 43) лет.

Результаты и их обсуждение. В структуре заболеваний преобладали: инфекции мочевыводящих путей - 47,3% (511), (из них 57,1% хронический пиелонефрит, 40,9% острый пиелонефрит и 2,0% пиелостит); на втором месте угроза на преждевременные роды - 21,0% (226); анемия (1,2,3 степени) - 18,4% (198); бронхит (54) и гестоз (55) - по 5,1%; кольпит - 2,0% (22); гидронефроз (3), холецистит (3) и токсоплазмоз (3) - по 0,3%; токсикоз (1), киста яичника (1), и системная склеродермия (1) - по 0,1%.

Из противогрибковых препаратов использовался нистатин в 44 (2,9%) случаях, из них в центре «А» - не применялся; «В» - 4 (9,1%); «С» - 26 (59,1%) и «D» - 14 (31,8%). Для изучения безопасности фармакотерапии использовалась классификация риска применения лекарственных средств, при беременности, разработанная FDA (Food and Drug Administration -

Управление по контролю за лекарственными и пищевыми продуктами), где нистатин по безопасности определен в категорию «А», препараты которые, являются безопасными для беременных.

Выводы. Противогрибковая терапия при беременности проводится в 2,9% случаев госпитализации. По структуре заболеваний можно судить о том что, назначение противогрибковых средств проводится необоснованно, с целью предупреждения осложнений необоснованной антибактериальной терапии.

УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВАЯ КИСЛОТА В ЛЕЧЕНИИ БИЛИАРНОГО СЛАДЖА

Павлова Е.В., Речапова Л.А.

Омский государственный медицинский университет, г. Омск

Научный руководитель - д.м.н., профессор Трухан Д.И.

Одно из ведущих мест среди заболеваний органов пищеварения занимают болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей. Термином «билиарный сладж» (БС) обозначается любая неоднородность желчи, выявляемая при эхографическом исследовании. Среди лиц, предъявляющих жалобы, характерные для диспепсии билиарного типа, частота выявления БС достигает 50-55%. Наряду с возможным формированием желчных камней, к частым осложнениям БС относятся дисфункция и стеноз сфинктера Одди, билиарный панкреатит.

Показанием к проведению курсов консервативной терапии при БС, даже не сопровождающегося клинической симптоматикой, является стойкое его выявление по данным УЗИ на протяжении 3 месяцев. При неэффективности немедикаментозных мероприятий проводится урсотерапия с использованием препаратов урсодезоксихолевой кислоты (УДХК). Клинический эффект УДХК при БС обусловлен снижением литогенности желчи и увеличением времени нуклеации, что предупреждает образование микролитов и способствует растворению холестериновых камней.

Цель исследования. Оценить эффективность терапии БС российским препаратом УДХК -Урдокса® (компании ЗАО «Фармпроект», СПб) в дозе 10 мг/кг в сутки в течение 3-х месяцев.

Материалы и методы. В исследование были включены 58 женщин в возрасте 30-54 лет (средний возраст 43±3,4 лет) с БС.

Результаты и их обсуждение. Спустя 3 месяца урсотерапии в дозе 10 мг/кг в сутки однократно вечером по данным УЗИ отмечено исчезновение БС у 50 пациенток (86,2%). У оставшихся 8 пациенток, из которых у 4-х сбыл БС с сочетанием замазкообразной желчи с микролитами, исчезновение БС было отмечено спустя 2 месяца дополнительной терапии препаратом Урдокса® в дозе 15 мг/кг.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют об эффективности препарата УДХК - Урдокса® в терапии БС и сравнимы с результатами, полученными ранее на кафедре внутренних болезней и поликлинической терапии ОмГМУ, при использовании для лечения пациенток с БС препарата Урсосан® (Трухан Д.И., 2012), что позволяет предполагать терапевтическую эквивалентность препаратов этих 2-х препаратов УДХК.

РАННИЙ СКРИНИНГ И КОРРЕКЦИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Павлова О.В., Казакова Л.Л.

Чувашский государственный университет, г. Чебоксары
Научный руководитель - к.м.н. Комелягина Н.А.

Цель исследования. Выявление факторов риска и оценка коррекции ХСН в зависимости от функционального класса при артериальной гипертензии.

Материалы и методы. Пациенты с артериальной гипертензией, находящиеся на стационарном лечении в кардиологическом отделении БУ «Центральной Городской Больницы» г.Чебоксары ЧР: сбор анамнеза; объективный осмотр; лабораторные исследования; инструментальные исследования; проведение теста 6-минутной ходьбы.

Результаты и их обсуждение. Среди обследованных больных преобладали лица 51-60 лет (65,0%-мужчин, 35,0%-женщин) с факторами риска: семейный анамнез ранних ССЗ (у муж<55 лет; у жен<65 лет)-80,0%; дислипидемия (ЛПНП>3,0 ммоль/л или ЛПВП<1,0 ммоль/л у мужчин и меньше 1,2 ммоль/л у женщин) или ТГ > 1,7 ммоль/л -65,0%; абдоминальное ожирение (объем талии >102см у мужчин и больше 88см у женщин)-65,0%; курение- 45,0%; НТГ -40,0%; глюкоза плазмы

натощак 5,6-6,9ммоль/л- 25,0%. Выявили стадии ХСН: I -30,0%; ПА-70,0%. Для оценки ФК провели тест с 6-минутной ходьбой. Каждому ФК ХСН соответствует определенная дистанция 6-минутной ходьбы: I ФК

ХСН-5,0%; II ФК ХСН-50,0%; III ФК ХСН-45,0%. Медикаментозная терапия у обследованных больных включает препараты группы: антагонисты рецепторов ангиотензина 2 и В-блокаторы -65,0%; тиазидные диуретики-45,0%; антиагреганты -40,0% с учетом группы риска IV(очень высокий); ингибиторы АПФ и блокаторы кальциевых каналов -35,0%. Немедикаментозная терапия: коррекция диеты и образа жизни; физическая и психологическая реабилитация; ведение в амбулаторных условиях по программе «ШАНС»-школа амбулаторного наблюдения с СН.

Выводы. Преобладающими факторами риска у обследованных больных с артериальной гипертензией являются: семейный анамнез с ССЗ(80,0%),

дислипидемия и абдоминальное ожирение(65,0%); курение- 45,0%; НТГ - 40,0%. Препаратами выбора коррекции артериальной гипертензии с ХСН на ранних стадиях являются ингибиторы АПФ и Антагонисты рецепторов ангиотензина-2, что соответствует основному уровню терапии ХСН, способствует торможению прогрессирования хронической сердечной недостаточности и соответствует рекомендациям Ассоциации Кардиологов России.

МЕХАНИЗМЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ КАК ПРЕДИКТОРЫ ОСТЕОПОРОЗА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Пасиешвили Т.М., Коряк В.В.

Харьковский национальный медицинский университет, г.Харьков
Научный руководитель - д.м.н., профессор Пасиешвили Л.М.

В настоящее время показано, что развитие сахарного диабета (СД) уже на ранних сроках его формирования сопровождается изменениями в костной ткани, приводящими к развитию остеопенических состояний. Статистические выкладки ВОЗ поставили данные заболевания по своей распространенности на 3 и 4 места соответственно, что определяет медицинскую и социальную значимость проблемы. Развивающиеся остеопенические состояния (остеопения, остеопороз) являются результатом метаболических нарушений в костной ткани, основным компонентом которой является кальций. В качестве маркеров костного ремоделирования рассматривают тартратрезистентную кислую фосфатазу (ТРКФ) - показатель резорбции костной ткани и костный изофермент щелочной фосфатазы (КИЩФ) - показатель формирования кости.

Цель исследования. Определить состояние и направленность изменений в показателях ремоделирования костной ткани у больных СД.

Материалы и методы. Обследовано 35 больных СД в возрасте $43,4 \pm 4,3$ года, из которых 27 имели 2 тип заболевания. Исследование маркеров костного ремоделирования - КИЩФ и ТРКФ - проводилось биохимическим методом, предложенным А.Боданским.

Результаты и их обсуждение. Было установлено, что нормальные величины изучаемых ферментов были в пределах нормы только у 4 больных (11,4%) с СД 1 типа и длительностью анамнеза заболевания до 5 лет. У 12 больных показатели ТРКФ были повышены и составили $1,61 \pm 0,2$ ед. Боданского при норме $0,97 \pm 0,12$ ед. Уровень КИЩФ имел тенденцию к снижению и составил $68,9 \pm 2,5\%$ при норме - $71,3 \pm 6,1\%$. Т.е. указанные изменения соответствовали остеопеническому состоянию. У 19 больных СД показатели ТРКФ в 4,4 раза ($4,2 \pm 0,3$ ед.) превышали контрольные величины, а уровень КИЩФ был снижен до $56,1 \pm 0,4\%$, т.е. процессы резорбции костной ткани были достоверно увеличены, а процесс формирования кости

- значительно замедлялся, что позволило говорить о развитии остеопороза. Величина ТРКФ имела прямую корреляционную зависимость от длительности заболевания ($r=0,43$) и возраста больных ($r=0,39$) в то время, как уровень КИЩФ - обратную от длительности анамнеза ($r=-0,42$).

Выводы. Таким образом, течение СД приводит к изменению метаболизма костной ткани, что не зависит от типа заболевания, и в большей степени обусловлены ускорением процессов резорбции кости, нежели нарушением ее синтеза.

АНАЛИЗ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ, НАЗНАЧАЕМОЙ
ПАЦИЕНТАМ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ И
ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ
ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА РЕКВАЗА

Переверзева К.Г., Воробьев А.Н., Мосейчук К.А.

Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова

Научный руководитель - д.м.н. профессор Якушин С.С.

Цель исследования. Оценить частоту назначения прогноз-модифицирующих групп лекарственных препаратов (ЛП), указанных в современных клинических рекомендациях, пациентам с ИБС в амбулаторной практике.

Материалы и методы. В амбулаторно-поликлинический РЕгистр КардиоВаскулярных ЗАболеваний (РЕКВАЗА) включались пациенты с артериальной гипертензией, ИБС, ХСН и фибрилляцией предсердий, обратившиеся за медицинской помощью в три случайно отобранные поликлиники Рязанской области в 2012-2013 годах. Из них диагноз ИБС по данным амбулаторной карты был установлен у 2548 пациентов. При этом пациентов со стенокардией напряжения (СН) разных функциональных классов (на момент включения) - 2072, пациентов со СН и постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС) - 419, пациентов с ПИКС без СН - 2, пациентов с ИБС без СН и без ПИКС - 55.

Результаты и их обсуждение. Пациентам со СН без ПИКС ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ)/сартаны назначались в 1527 (73,7%) случаях, антитромботические препараты - в 1081 (52,2%), бета-адреноблокаторы - в 852 (41,1%)%, статины - в 547 (26,4%). 182 (8,8%) пациентам со СН без ПИКС на индексном визите ЛП не были назначены.

Пациентам со СН и ПИКС ИАПФ/сартаны были назначены в 286 (68,3%) случаях, антитромботические препараты - в 270 (64,4%), бета-адреноблокаторы - в 237 (56,6%), статины - в 178 (42,5%). 39 (9,3%) пациентам со СН и ПИКС на визите включения ЛП не назначались.

Выводы. Всем пациентам с ИБС недостаточно часто назначались прогноз-модифицирующие лекарственные препараты. Статистически значимо

чаще пациентам со СН и ПИКС по сравнению с пациентами со СН назначались антитромботические препараты ($p < 0,0001$), β -адреноблокаторы ($p < 0,0001$), статины ($p < 0,0001$), статистически значимо реже - ИАПФ/сартаны ($p < 0,0001$). Возможности улучшения амбулаторного ведения пациентов с ИБС состоят в повышении соответствия назначаемой медикаментозной терапии современным клиническим рекомендациям.

СТУЛ АРБ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА

Рустамжонов А.Б., Нуриддинов А.С., Урмонов Ф.М.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан,
Научный руководитель - доцент Мадумарова М.М.

На сегодняшний день в медицине существуют несколько методов устранения солей коленного сустава, такие как электрофорез, физиологические упражнения и др. Мы разработали еще один терапевтический метод устранения солей коленного сустава и создали стул АРБ. С помощью этого аппарата мы можем легко и эффективней вылечить болезнь. Как аналог к нашему предложенному решению можно использовать велосипеды (велоэргометры), которые используются в отделах физиотерапии и расположены в пециальных местах (Справочник физиотерапевта С.Н.Бабаджанов Ташкент 1999).

Стул АРБ упражняет ноги больных путем сгибания и разгибания. Удобство этого прибора в том, что он предназначен для людей старческого возраста, поскольку наличие солей в коленном суставе встречается часто в этом возрасте.

В отличие от других таких стульев стул АРБ имеет следующие удобства: к прибору прикреплен устройство, упражняющий ноги, чтобы создать удобства больным их ноги прикрепляются к стулу. Устройство поднимает ноги на высоту 80 см и опускает его обратно. Для этого израсходуется всего 3 секунды. Для этого необходимо устройство, превращающее 220 вольт в 12 вольт 250 ампер, также двигатель (динам) трактора, работающий в напряжении 12 вольт и реостат для регулирования его скорости. Задача устройства, превращающая 220 вольт в 12 вольт 250 ампер в том, что он предоставляет нужное напряжение двигателю и приводит к движению двигатель. С помощью двигателя приводим в движение диски, приводящие в движение ноги, а с помощью реостата управляем скорость двигателя. Порядок расположения устройства превращающего 120 вольт в 12 вольт 250 ампер и двигателя в следующем: для того чтобы много мест не занимали, их помещаем под сидением. Управляющий рычаг устанавливаем в левый подлокотник, а включатель аппарата в правый подлокотник, после этого с помощью ремня прикрепляем ноги к шкиву устройства, приводя-

ший к поочередному движению ноги. В итоге скорость двигателя передается устройству, который сгибает и разгибает ноги.

Сгибающее разгибающее ноги устройство состоит из двух противоположно расположенных круглых дисков, которые выполняют функцию поочередного сгибания ног. В результате выполнения этих упражнений вместе с предотвращением солей мы улучшаем и кровообращение.

Созданный стул считается безопасным при применении в отделах физиотерапии. Им могут пользоваться больные старческого возраста и кроме того он отличается эффективностью среди других методов.

**ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ SLCO1B1 и LIPC
НА ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ АТОРВАСТАТИНА**
Солодун М.В.¹, Агальцова Н.П.², Воронина Т.А.², Загородний С.С.²

1 - Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова

2 - Областной клинический кардиологический диспансер, г. Рязань
Научный руководитель - д.м.н., профессор Якушин С.С.

Цель исследования. Изучить влияние полиморфизма генов SLCO1B1*5 (с.521Т>С) и LIPC (С514Т) на эффективность терапии аторвастатином.

Материалы и методы. В исследование включено 65 человек, перенесших инфаркт миокарда. Эффективность гиполипидемической терапии оценивалась по уровням общего холестерина (ХС), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) и триглицеридов (ТГ) исходно и по истечении 3 месяцев приема аторвастатина в дозе 20 мг/сут. Генотипирование по полиморфным маркерам SLCO1B1*5 (с.521Т>С, Val174Ala) и LIPC (С514Т) выполнено на базе ЦНИЛ РязГМУ методом ПЦР. Статистическая обработка материала проводилась при помощи программ MS Excel 2007, Statsoft Statistica 10.0 с использованием методов непараметрической статистики. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. При генотипировании по SLCO1B1* 5 (с.521Т> С) выявлено следующее распределение генетической информации: ТТ-генотип встречался в 55,3%, ТС-генотип - в 37,0%, СС-генотип - в 7,7%; аллель Т- в 73,8%, аллель С - в 26,2% случаев. Определение полиморфизма гена LIPC (С514Т) обнаружило носительство генотипа СС у 66,4% , генотипа СТ- у 28,4% и генотипа ТТ - у 5,2% исследуемых. Частоты встречаемости аллеля С и аллеля Т составили 80,6% и 19,4% соответственно. Исходные значения ХС, ЛПНП и ТГ в разных группах в зависимости от генотипа и аллельных вариантов значимо не отличались ($p > 0,05$).

По истечении 3 месяцев лечения аторвастатином отмечалось статистически значимое снижение уровней общего ХС, ЛПНП и ТГ ($p < 0,05$) у носителей генотипов ТТ и ТС гена SLCO1B1* 5 (с.521Т>С). В группе обла-

дателей генотипа СС наблюдалась лишь тенденция к снижению данных показателей ($p > 0,05$).

Аллельный полиморфизм SLCO1B1* 5 (с.521Т> С) и LIPC (С514Т) не продемонстрировал различного влияния на динамику показателей липидного спектра: указанные липидные фракции снижались сопоставимо и статистически значимо в группах различных аллелей ($p < 0,05$).

Выводы.

1. Генотип СС полиморфного гена SLCO1B1* 5 (с.521Т>С) ассоциирован с низкой гипополипидемической эффективностью статинотерапии.
2. Аллельный полиморфизм LIPC (С514Т) и LIPC (С514Т) не оказывает влияния на динамику показателей липидного спектра на фоне лечения статинами.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У СОТРУДНИКОВ МЧС, ПРИНИМАВШИХ УЧАСТИЕ В ЛИКВИДАЦИИ ЛЕСНЫХ ПОЖАРОВ 2010 г. В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Соломатина Д.Ю., Пыко А.А.

Рязанский государственный медицинский университет
им.акад. И.П. Павлова

Научный руководитель - д.м.н., профессор Урясьев О.М.

Цель исследования. Анализ заболеваемости у сотрудников МЧС, принимавших участие в тушении лесных пожаров на территории Рязанской области в 2010г.

Материалы и методы. Из амбулаторных карт сотрудников были получены следующие данные (за период с января 2007г по декабрь 2013г включительно): результаты ежегодного диспансерного обследования, общее количество обращений в поликлинику по поводу заболеваемости, количество дней нетрудоспособности.

Результаты и их обсуждение. Нами были выделены несколько критериев оценки состояния здоровья ликвидаторов пожаров 2010 г. Критерии следующие: частота обращений в поликлинику, количество дней нетрудоспособности, частота обострений хронических заболеваний, частота остро возникших заболеваний дыхательных путей.

Выводы.

1. Среди лиц, принимавших участие в ликвидации пожаров 2010г, увеличилось общее количество обращений в поликлинику в период с июня 2010г по декабрь 2013г на 80,6%, в сравнении с аналогичным периодом 2007-2010гг.
2. У сотрудников увеличилось количество дней нетрудоспособности на 11,4% в течение последующих трех лет после ликвидации последствий пожаров в сравнении с аналогичным периодом до 2010г.

3. Увеличилось число обращений по поводу обострений ранее имевшихся хронических заболеваний на 74,6 %.
4. Выявлено, что чаще всего поводами для явки к врачу, после ликвидации последствий пожаров, являлись заболевания дыхательной (45,03%) и сердечнососудистой систем (36,66%).
5. Увеличилось число обращений по поводу возникновения острых инфекций дыхательных путей с июня 2010г и по декабрь 2013г на 17,9% , в сравнении с аналогичным периодом 2007 - 2010гг.

ФУНКЦИЯ ГИПОТАЛАМО- ГИПОФИЗАРНОЙ И ГОНАДНОЙ СИСТЕМ У ПАЦИЕНТОВ С ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Татаровская Н.А.

Самарский государственный медицинский университет, г. Самара

Научные руководители - д.м.н., профессор Бабанов С.А.,

д.м.н., профессор Лотков .В.С.

Цель исследования. Оценка функций гипоталамо-гипофизарной - гонадной системы у мужчин с вибрационной болезнью от воздействия локальной и общей вибрации.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе кафедры профессиональных болезней и клинической фармакологии СамГМУ. Всего было включено 80 человек, сформированы клинические группы: 1 группа - 26 человек с виб-рационной болезнью от воздействия локальной вибрации, без разделения по степеням тяжести, 2 группа - 54 человека с вибрационной болезнью воздействия общей вибрации, без разделения по степеням тяжести. Контрольная группа включала 16 человек, не имеющих контакта с производственной вибрацией. Исследование гормонального статуса проводили стандартными методами на основе иммуноферментного анализа.

Результаты и их обсуждение. Концентрация лютеинизирующего гормона имеет тенденцию к снижению и составляет $5,30 \pm 0,43$ у пациентов 1 группы ($p=0,650$) и $5,74 \pm 0,60$ у пациентов 2 группы ($p=0,502$). Уровень фолликуломулирующего гормона у пациентов первой и второй групп была ниже чем в группе контроля и составила $4,94 \pm 0,33$ и $6,41 \pm 0,62$, однако достоверной разницы получено не было ($p=0,586$ и $p=0,900$). При исследовании уровня пролактина в сыворотке крови обнаружено снижение концентрации гормона у пациентов и первой $216,57 \pm 22,36$ ($p=0,165$) и второй групп $206,76 \pm 14,21$ ($p=0,077$) по сравнению с контрольной группой. Содержание общего тестостерона у пациентов 1 группы составило $16,33 \pm 0,93$, что достоверно ($p < 0,000$) отличается от показателей в контрольной группе ($23,24 \pm 1,27$), уровень общего тестостерона у пациентов 2 группы $16,43 \pm 0,90$, что так же достоверно отличается от контрольной группы ($p < 0,000$). У пациентов 1 группы содержание свободной фракции тестостерона составило $274,00 \pm 15,83$, что достоверно ни-

же контрольной группы ($p=0,004$), показатели 2 группы $310,00 \pm 22,60$ так же достоверно ниже ($p=0,033$). Содержание секс связывающего глобулина в сыворотке крови у пациентов первой и второй групп достоверно не отличалось от группы контроля ($p=0,683$ и $p=0,720$).

Выводы. Выявленные нарушения свидетельствуют что при вибрационной болезни снижается не только синтез тестостерона гонадами, но и реакция гипоталамо- гипофизарной системы на изменения периферического гормонального статуса.

ИЗУЧЕНИЕ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ЙОДОМ РОДИЛЬНИЦ - ЖИТЕЛЬНИЦ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН

Харисова Л.Р., Харисова Э.Р., Круzman А.В.

Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Научный руководитель - к.м.н., доцент Даутова Л.А.

Республика Башкортостан является одним из йоддефицитных регионов. Современными научными данными доказано, что дефицит йода - один из главных факторов, вызывающих нарушения функций щитовидной железы, которые в период гестации приводят к различным осложнениям.

Цель исследования. Оценить уровень йодной обеспеченности родильниц, проживающих в йоддефицитном регионе РБ.

Материалы и методы. Степень йодной обеспеченности оценивалась прямым количественным определением йода арсенито-цериевым методом, а также был проведен опрос по специально разработанной анкете.

Результаты и их обсуждение. Нами проведено обследование 32 женщин для определения йодной обеспеченности в грудном молоке и моче, проживающих в йоддефицитном регионе, в возрастной группе 20-28 лет. Обращает на себя внимание низкий уровень соматического и репродуктивного здоровья обследованных. Более половины (58%) имели хронические экстрагенитальные заболевания. По результатам женщины распределились следующим образом: тяжелый дефицит йода (концентрация в моче йода менее 20 мкг/л) выявлен у 42%, дефицит средней степени тяжести (20-49 мкг/л) - у 42%, дефицит легкой степени (50-99 мкг/л) - у 8%, достаточная обеспеченность (более 110 мкг/л) - у 8%. Также оценивали уровень йода в грудном молоке: тяжелый дефицит йода выявлен у 25%, дефицит средней степени тяжести - у 17%, дефицит легкой степени - у 25%, достаточная обеспеченность - у 33%. По результатам анкетирования все родильницы единодушно согласились, что необходим прием препаратов йода на этапе планирования и в течение беременности, а также профилактический прием. При этом знания о длительности их применения являются ошибочными: 57% считают необходимым делать ежемесячные перерывы, 23% - 10-дневные курсы приема, 14% - затруднились ответить.

Выводы. Большинство родильниц знают о необходимости предупреждения осложнений беременности и обеспечения полноценного развития ЦНС плода и новорожденного, но не принимают препараты йода в профилактических целях. Женщины нуждаются в обязательной прегравидарной подготовке и приеме на протяжении беременности препаратов йода, с целью лучших перинатальных исходов на популяционном уровне.

ОСОБЕННОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИНФЕКЦИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

Харисова Э.Р., Гирфанова Р.А., Харисова Л.Р., Шафикова А.И.

Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Научный руководитель - к.м.н., доцент Тевдорадзе С.И.

Все дети несколько раз в год переносят ОРЗ, из которых вирусы обуславливают более 90%. Врач при первом контакте с ребенком склонен переоценивать возможную роль бактериальной флоры и использовать антибиотики чаще, чем это необходимо.

Цель исследования. Оценить обоснованность назначения и выбор антибиотика исследуемым детям.

Материалы и методы. Анализ историй болезни 80 детей, проходивших стационарное лечение по поводу ОРЗ в 2014 году в педиатрическом отделении Больницы Скорой медицинской помощи города Уфы.

Результаты и их обсуждение. Из 80 исследованных 50 пациентов получали антибактериальную терапию. Из тех детей, которые получали антибиотики у 23 диагноз ОРВИ, у 19 острый бронхит, у 6 острый обструктивный бронхит и у 2 острый ларинготрахеит. Основаниями для назначения антибактериальной терапии в основном были признаки присоединения бактериальной инфекции: 1) лихорадка больше 3 дней (23 пациента); 2) значительное нарушение общего состояния ребенка (вялость, отказ от еды и питья и др.); 3) гематологические маркеры бактериальной инфекции (лейкоцитоз выше $15 \cdot 10^9/л$ у 4 и от 10 до $14 \cdot 10^9/л$ у 12 детей со сдвигом лейкоформулы «влево»). Выбор антибактериального препарата был следующим: 1) цефалоспорины (28 пациентов), 2) макролиды (15 пациентов), 3) пенициллинового ряда (7 пациентов). Преобладание частоты назначения антибиотиков цефалоспоринового ряда над рекомендованными в качестве стартовой терапии полусинтетическими пенициллинами объяснялось следующими причинами: 1) пациенты получали амоксициллин в течение 3-4 дней без эффекта на амбулаторном этапе лечения, 2) больные получали пенициллины за 3-4 месяца до госпитализации по причине другого заболевания, 3) непереносимость препаратов пенициллинового ряда.

Выводы. 1. В условиях педиатрического стационара при острых инфекциях верхних дыхательных путей антибактериальные препараты назнача-

лись 62,5% больных, в большинстве случаев с 1-2 дня госпитализации, что обусловлено тяжестью, длительностью заболевания, наличием маркеров бактериального воспаления, отсутствием эффекта амбулаторного лечения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АФАМЕЛАНОТИДА В ТЕРАПИИ ЭРИТРОПОЭТИЧЕСКОЙ ПРОТОПОРФИРИИ

Хаустова М.В.

Первый Московский государственный медицинский университет, г.Москва
Научный руководитель - д.м.н., профессор Теплюк Н.П.

Эритропоэтическая протопорфирия (ЭП) - наследственный метаболический фотодерматоз, который проявляется фототоксической реакцией по типу солнечного ожога через несколько минут пребывания на солнце и сопровождается мучительной болью. Активация защитной функции кожи, путем стимулирования продукции меланина без ультрафиолетового облучения является перспективным методом терапии ЭП.

Цель исследования. Проанализировать данные научных исследований, направленных на изучение эффективности Афамеланотида, аналога человеческого гормона, стимулирующего продукцию альфа-меланоцитов и выработку меланина, в терапии ЭП.

Материалы и методы. Обзор мировой литературы.

Результаты и их обсуждение. В Европе и США были проведены два многоцентровых рандомизированных исследования с участием 74 и 94 пациентов соответственно. Все участники были старше 18 лет с биохимически подтвержденной ЭП. В обоих исследованиях пациенты случайным образом были разделены на две группы: одной вводили имплантат с препаратом афамеланотида, другой плацебо. Имплантаты вводились в подкожно-жировую клетчатку выше гребня подвздошной кости каждые 60 дней в течение 9 месяцев. Участники ежедневно фиксировали в дневниках количество времени проведенного на солнце до возникновения болевых ощущений, а также заполняли анкету качества жизни и оценивали степень проявления симптомов фототоксичности по шкале от 1 до 11 баллов. Согласно результатам исследований средняя продолжительность безболевого воздействия солнечных лучей в американском исследовании в группе, получавшей афамеланотид, была на 41% больше чем в группе плацебо, а в европейском исследовании эта разница составила 75%. Также в обоих исследованиях было отмечено снижение степени проявления симптомов фототоксичности почти в 2 раза в группе, получавшей препарат афамеланотида.

Выводы. Афамеланотид можно считать первым препаратом в лечении эритропоэтической протопорфирии, доказавшим свою эффективность в клинических исследованиях. Он значительно увеличивает продолжительность безболезненного воздействия солнечных лучей и уменьшает прояв-

ления фототоксичности, что существенно улучшает течение заболевания и качество жизни больных.

ВОЛНА ОСБОРНА КАК ПРЕДИКТОР НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДА ПРИ ГИПОТЕРМИИ

Часовских А.В., Греждиеру А.В., Самохвалов Е.М.

Государственный университет медицины и фармации, г.Кишинёв

Научный руководитель - д.м.н., профессор Гриб Л.Ф.

Цель исследования. Анализ изменений ЭКГ у пациентов с гипотермией.

Материалы и методы. Ретроспективно были обследованы 58 пациентов с гипотермией, находившихся в Республиканской Больнице Травматологии и Ортопедии города Кишинёва, в период декабрь-февраль, 2010-2014 годов. Методы исследования включали оценку ЭКГ. Обследованы 39 (67,24%) мужчин и 19 (32,76%) женщин, возраст которых составлял 37-67 лет, в среднем $49,19 \pm 2,1$ года.

Результаты и их обсуждение. У 30 исследованных больных (51,72%) с диагнозами переохлаждения и обморожения различной степени тяжести на ЭКГ было выявлено наличие синдрома Осборна, из которых 24 (80%) были мужчины и 6 (20%) - женщины. У 26 (86,66%) пациентов отмечалось урежение ритма в виде синусовой брадикардии (40-50 уд./мин.), а у 4 (13,34%) - в виде выраженной синусовой брадикардии (28-39 уд./мин.). У 7 (23,33%) госпитализированных гипотермическая волна явилась предиктором установления фибрилляции желудочков. У 3 (10%) пациентов зарегистрирован летальный исход.

Выводы. Волна (зубец) Осборна представляет собой хорошо выраженный поздний положительный зубец, следующий за комплексом QRS, либо зазубренность на нисходящем колене зубца R и является наиболее ярким проявлением переохлаждения на ЭКГ. Волна Осборна патогномонична для гипотермии, однако описаны наблюдения зубцов Осборна и при других состояниях: при гиперкальциемии, поражениях головного мозга, стенокардии, идиопатической фибрилляции желудочков и перикардите. Степень выраженности данной волны и продолжительность интервала QT характеризуют дальнейший прогноз больного.

СЕКЦИЯ МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ДЕЛО

СТРУКТУРА И ДИНАМИКА СОПУТСТВУЮЩЕЙ
ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ РОЖЕНИЦ

Агарев А.Е.

Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова

Научный руководитель - д.м.н. Здольник Т.Д.

Цель исследования. Анализ динамики и структуры сопутствующей инфекционной патологии у беременных в родах.

Материалы и методы. Анализ статистических материалов ГБУ РО «Городской родильный дом №1» за 1996-2014 гг., с применением программы MS Excel.

Результаты и их обсуждение. По результатам исследования наиболее частыми заболеваниями явились: кольпит (35,9%), инфекции почек и мочевыводящих путей (ИП и МВП) (23,0%) и уреаплазмоз (18,0%), которые в совокупности составляют 76,9% от всех проанализированных заболеваний.

Среднемноголетний показатель заболеваемости кольпитом для периода с 1996 по 2013 гг. составил $160,6 \pm 22,2\%$, тенденция умеренная к росту (Тср.пр. = 2,3%). Показатели заболеваемости, превышающие верхнюю доверительную границу средней величины, регистрировались в 2003, 2006, 2007, 2008 и 2011 гг., а показатели ниже уровня нижней доверительной границы в 1996, 1998, 1999, 2000 и 2002 гг. Средний показатель инцидентности ИП и МВП у рожениц за указанный выше период составил $99,1 \pm 14,8\%$, тенденция выраженная к росту (Тср.пр. = 6,0%). Показатели заболеваемости, превышающие верхнюю доверительную границу средней величины, регистрировались с 2004 по 2012 гг., а показатели ниже уровня нижней доверительной границы с 1996 по 2002 гг. Среднее значение пораженности уреаплазмозом в период с 2004 по 2013 гг. составило $123,3 \pm 12,6\%$, динамика заболеваемости стабильная (Тср.пр. = 0,5%). Показатели, превышающие верхнюю доверительную границу средней величины, регистрировались с 2007 по 2011 гг., а показатели ниже уровня нижней доверительной границы в 2004, 2005, 2013 и 2014 гг. По результатам корреляционно-регрессионного анализа статистической значимости связи заболеваемости рожениц обозначенными инфекциями с заболеваемостью родильниц инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи (ИСМП) и заболеваемостью новорожденных внутриутробными инфекциями (ВУИ), не выявлено.

Выводы.

1. В нозологической структуре сопутствующей инфекционной патологии рожениц ведущими являются кольпит, ИП и МВП, уреаплазмоз.
2. Заболеваемость кольпитом и ИП и МВП имеет тенденцию к росту с наиболее высокими показателями во второй половине исследуемого периода.

3. Инфекционная патология рожениц как фактор развития ИСМП и ВУИ требует дальнейшего изучения.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЖЕНЩИН ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН В 2001 И 2014 ГГ.

Аглиуллина С.Т.

Казанский государственный медицинский университет, г. Казань
Научный руководитель - д.м.н., доцент Хасанова Г.Р.

Цель исследования. Дать сравнительную характеристику заболеваемости женщин ВИЧ-инфекцией на территории Республики Татарстан за 2001 и 2014 гг.

Материалы и методы. Проведена статистическая обработка официальных данных Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями Министерства Здравоохранения Республики Татарстан. Рассчитаны интенсивные показатели заболеваемости женщин (старше 18 лет) ВИЧ-инфекцией и проанализирована структура заболеваемости по социальному статусу.

Результаты и их обсуждение. Ежегодно отмечается рост ВИЧ-инфекции среди женщин. Доля женщин в структуре заболеваемости взрослого населения (старше 18 лет) увеличилась от $14,8 \pm 0,7\%$ в 2001г. до $40,2 \pm 1,3\%$ в 2014г. ($p < 0,001$). Заболеваемость женщин ВИЧ-инфекцией в 2001г. составила $24,60/0000$, а в 2014г. уже $33,6/0000$. При сравнительном анализе возрастной структуры заболеваемости за 2001 и 2014гг. было выявлено статистически значимое снижение доли женщин 18-19 лет (с $24,7 \pm 2,2\%$ в 2001г. до $1,5 \pm 0,5\%$ в 2014г.) и 20-29 лет (с $66,7 \pm 2,4\%$ в 2001г. до $37,3 \pm 2\%$ в 2014г.) и, следовательно, увеличение доли женщин старше 30 лет, ($p < 0,001$). Эти данные были подтверждены при анализе интенсивных показателей заболеваемости женщин отдельных возрастных групп за 2001 и 2014гг.: отмечено снижение заболеваемости среди 18-19-летних (с $159,8$ до $21,60/0000$), 20-29-летних (с $94,1$ до $66,70/0000$) и рост заболеваемости женщин более старших возрастных групп (с $11,4$ до $740/0000$ у 30-39-летних; с $0,6$ до $31,60/0000$ у 40-49-летних; с 0 до $11,60/0000$ у 50-59-летних; с 0 до $3,70/0000$ у женщин старше 60 лет). Сравнение структуры заболеваемости по социальному статусу за 2001 и 2014гг. показало статистически значимое снижение доли учащихся ($0,9 \pm 0,4\%$ в 2014г. против $8,8 \pm 1,5\%$ в 2001г.), доли безработных женщин ($48,7 \pm 2,1\%$ в 2014г. против $64,6 \pm 2,4\%$ в 2001г.) и рост доли трудоустроенных женщин с $24,5 \pm 2,2\%$ в 2001г. до $36,9 \pm 2\%$ в 2014г., ($p < 0,001$).

Выводы. За эти годы структура заболеваемости женщин ВИЧ-инфекцией претерпела существенные изменения. Отмечается смещение возрастной структуры заболеваемости женщин в более старшие возрастные группы. В эпидемический процесс все больше вовлекаются трудоустроенные женщины.

ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЖЕНЩИН ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН НА 2015 Г.

Аглиуллина С.Т.

Казанский государственный медицинский университет, г. Казань
Научный руководитель - д.м.н., доцент Хасанова Г.Р.

Цель исследования. Прогнозирование заболеваемости женщин ВИЧ-инфекцией на территории Республики Татарстан на 2015 г.

Материалы и методы. В исследовании использовались официальные статистические данные по заболеваемости женщин ВИЧ-инфекцией в Республике Татарстан (РТ). Была изучена тенденция заболеваемости женщин ВИЧ-инфекцией за период 2004-2014 года, рассчитаны теоретические показатели заболеваемости (Iтеор, о/оооо). Оценка достоверности различий первого и последнего года линии тенденции произведена с помощью расчета доверительных границ теоретических показателей, используя 95% уровень доверия. Определены средний прогностический показатель заболеваемости в 2015 г. и его возможные максимальные и минимальные значения.

Результаты и их обсуждение. При сравнении доверительных границ Iтеор2004(14,9-16,9 о/оооо) и Iтеор2014(32,5-35,3 о/оооо) было выявлено, что для динамики годовых показателей заболеваемости ВИЧ-инфекцией женщин Республики Татарстан в 2004-2014 гг. характерна достоверная тенденция к росту ($p < 0,05$). Заболеваемость ВИЧ-инфекцией женщин РТ увеличилась за 11 лет на 53,1% (Iтеор2004 = 15,9 о/оооо; Iтеор2014 = 33,9 о/оооо).

Средний прогностический показатель заболеваемости был определен при продолжении расчетов Iтеор и составил 35,7 о/оооо. Пороговые прогностические величины определяют те ориентировочные границы, в которых может находиться показатель заболеваемости женщин ВИЧ-инфекцией 2015 года при условии сохранения выявленной тенденции и особенностей колебания годовых показателей за период 2004-2014 гг. Максимальная и минимальная величины прогностической заболеваемости составили 36,4 и 34,7 о/оооо соответственно.

Выводы. Заболеваемость ВИЧ-инфекцией женщин Республики Татарстан за период 2004-2014 гг. увеличилась на 53,1% и имеет достоверную тенденцию к росту. В 2015 г. ожидается увеличение заболеваемости, показатель которой будет находиться в пределах от 34,7 до 36,4 о/оооо.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ В ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЕ

Арпентьева М.Р.

Калужский государственный университет, г. Калуга

В медицине возникновение конфликта интересов связано с тем, что человек опирается не столько на реальность, сколько на субъективное ее понимание, или, точнее, не столько на реальность деятельности и ее им-

перативы, сколько на реальность собственных потребностей и их требований. Собственно профессиональные интересы включают заботу о целостности и качествах (глубине и широте) исследования, качестве профессионального образования и повышение квалификации (компетентности), благополучие и развитие страдающих людей. Вторичные интересы включают: социально-статусные и финансовые интересы, стремление к профессиональному (карьерному) росту и признанию, желание пользы для друзей, семьи, ощущение себя важным и полноценным. Эти интересы в норме, будучи контролируруемыми, нормальны, однако, при их чрезмерном развитии, приводят к конфликту интересов и деформации деятельности и личности профессионала. Эмпирический анализ проблем «конфликта интересов» с помощью авторской методики «Трудности помогающей деятельности» (вариант незаконченных предложений), результаты которой обрабатывались методом контент-анализа) позволил выявить у врачей-терапевтов ряд нарушений (рис. 1).

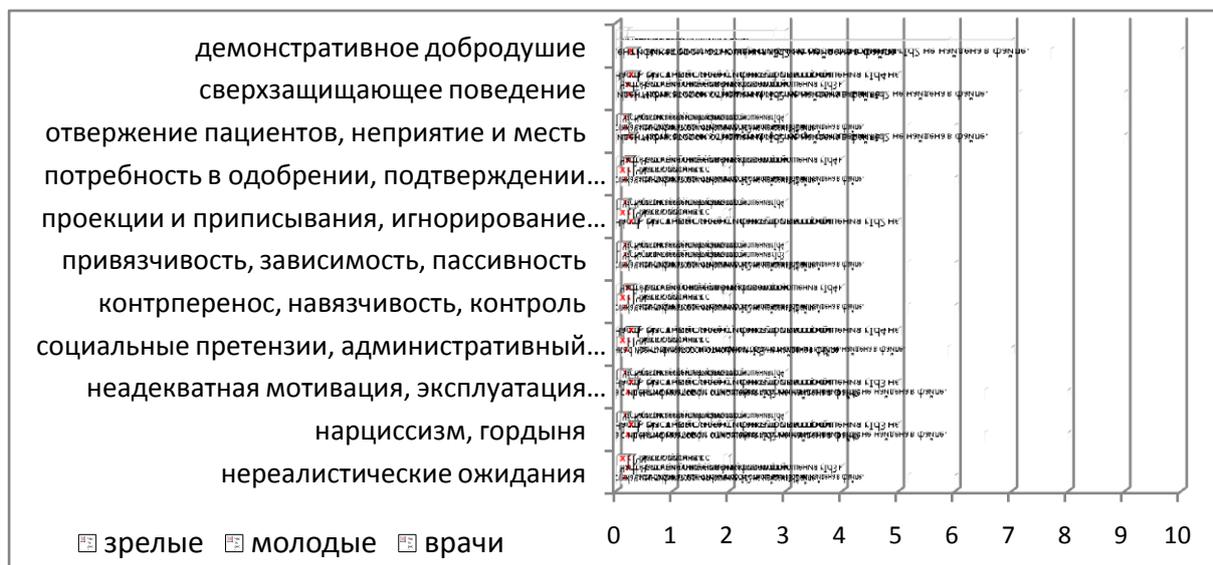


Рис. 1. Основные типы нарушений врачей

На основе выделенных групп нарушений можно отметить, что конфликты интересов лежат в сферах: «близость - отчуждение», «принятие - неприятие», «доминирование - подчинение». Выделенные группы нарушений требуют принятия мер профилактики и коррекции: прояснение мотивации быть врачом; забота о сохранении веры врача в себя, свою помощь и преодоление нереалистических ожиданий, нравственная гармонизация.

К ВОПРОСУ О ВЛИЯНИИ ФАКТОРОВ СРЕДЫ ОБИТАНИЯ НА РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ

Балабанова Л.А., Замалиева М.А., Камаев С.К.

Казанский государственный медицинский университет, г.Казань

Научный руководитель - д.м.н., профессор Имамов А.А.

Цель исследования. Выявление факторов, влияющих на формирование рисков репродуктивных нарушений у мужчин трудоспособного возраста, занятых на канцерогеноопасном производстве.

Материалы и методы. Использованы социологический, эпидемиологический, гигиенический, биохимический и статистический методы исследования.

В процессе анкетного опроса анализировались социально-бытовые факторы и условия труда.

Уровни гормонов, ответственных за регуляцию репродуктивной функции мужчин (тестостерона, лютропина, фоллитропина), определялись методом иммуноферментного анализа.

Анализ результатов проводился с применением стандартного пакета программ, использовались параметрические и непараметрические методы статистической обработки материала.

Результаты и их обсуждение. Результаты анкетирования показали, что курят 66,3% опрошенных. Из числа некурящих работников (34% от общего числа обследуемых) отклонения по содержанию гормонов зафиксированы у 17,6%, в то время как у курящих (66% от общего числа обследуемых) у 27,3%. Причем у 6 % курящих выявлены нарушения по 2 гормонам (тестостерон и лютропин, лютропин и фоллитропин), а у 3% - по всем трем (у некурящих отклонения по 2 и 3 гормонам не выявлены).

Среди рабочих, имеющих контакт со смазочно-охлаждающими жидкостями (СОЖ) (средние концентрации аэрозоля масла в воздухе рабочей зоны $8,04 \pm 0,32$, бенз(а)пирена (продукта распада СОЖ) - $0,003298 \pm 0,02$ мг/м³), у 23% выявлены нарушения гормонального статуса у 3% - одновременно по ЛГ и тестостерону, у 3% - по трем гормонам.

Результаты исследования показали, что нарушения гормонального статуса (снижение по сравнению с возрастной нормой уровней тестостерона, увеличение уровней лютропина и фоллитропина, увеличение частоты нарушений по 2 и 3 исследуемым гормонам одновременно) выявляются чаще у курящих мужчин, а также у лиц, контактирующих с канцерогеноопасными веществами в процессе трудовой деятельности.

Выводы. Курение и работу на канцерогеноопасном производстве можно отнести к факторам, способствующим возникновению нарушения репродуктивного здоровья мужчин трудоспособного возраста.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКЕ И АТТЕСТАЦИИ РАБОТНИКОВ

Балабанова Л.А.^{1,2}, Замалиева М.А.^{1,2}, Камаев С.К.¹

1 - Казанский государственный медицинский университет, г. Казань

2 - Управление Роспотребнадзора по Республике Татарстан, г. Казань

Научный руководитель - д.м.н., профессор Имамов А.А.

Цель исследования. Анализ на полноту требований, предъявляемых к аттестации и профессиональной гигиенической подготовке декретированных работников, организационно-распорядительного документа на уровне субъекта РФ.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ Распоряжения Кабинета Министров Республики Татарстан от 29 июля 2014 г. N 1464-р, которым утвержден рекомендуемый перечень должностных лиц и работников организаций, подлежащих профессиональной гигиенической подготовке и аттестации, на соответствие нормативно-правовым актам РФ.

Результаты и их обсуждение. Визуальном распоряжении уточнен в более конкретной трактовке и расширен перечень организаций, деятельность которых связана с производством, хранением, транспортировкой и реализацией пищевых продуктов и питьевой воды, воспитанием и обучением детей, коммунальным и бытовым обслуживанием населения, определенный Федеральным законом от 30 марта 1999г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», что не противоречит действующему законодательству. Всего выделены четырнадцать категорий организаций, руководители и сотрудники которых подлежат профессиональной гигиенической подготовке и аттестации. Предусмотрена аттестация декретированного персонала. В распоряжении перечень должностей сформулирован с учетом сложившейся реальной ситуации на рынке труда. Так, например, подлежат гигиенической подготовке менеджеры, работники по маркетингу, товароведы, контролеры на рынках, промоутеры, супервайзеры, мерчендайзеры, работники фасовочных организаций общественного питания, организаций торговли продовольственными товарами, включая рынки, открытые торговые площадки (ярмарки), оптовые склады продовольственного сырья и пищевых продуктов. Документ в целом направлен на повышение эффективности работы по гигиеническому обучению декретированных контингентов и улучшения показателей санитарно-эпидемиологической обстановки в республике.

Выводы. Модель организации гигиенической подготовки и аттестации декретированных контингентов в Республике Татарстан возможно использовать и в других субъектах РФ.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Бердиев Р.М.

Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова

Научный руководитель - д.м.н., профессор Кирюшин В.А.

Цель исследования. Сравнительный анализ качества жизни студентов медицинского вуза, обучающихся на 2 курсе.

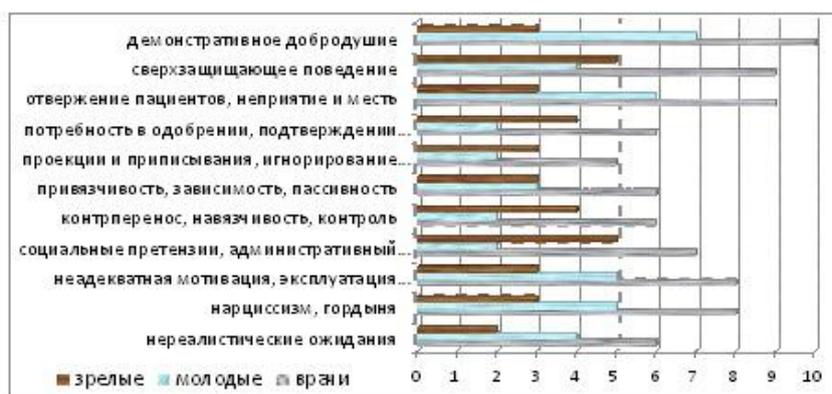
Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 216 студентов лечебного, медико-профилактического и стоматологического факультетов; 64 мужчины - 29,6% и 152 женщины - 70,4%, средний возраст $19 \pm 1,2$ лет. По результатам медицинского контроля все обследованные признаны здоровыми. Качество жизни оценивалось с помощью опросника качества жизни SF-36.

Результаты и их обсуждение. Как видно из таблицы 1, среднее значение интегрального показателя "физический компонент здоровья" (PH) у студентов всех факультетов оказалось достаточно низким и составило 51,0%. Наиболее высокое значение по данному показателю у студентов медико-профилактического факультета - 52,2%, лечебного - 50,6%, стоматологического - 50,3%.

Интегральный показатель "психологический компонент здоровья" (ME) также оказался достаточно низким и в среднем составил 37,8%, максимальное значение выявлено у студентов медико-профилактического факультета - 40,6%, у студентов лечебного и стоматологического факультетов - 38,9% и 33,8%, соответственно.

Таблица 1

Средние показатели различных шкал качества жизни студентов



*Статистически достоверное отличие по сравнению со средним показателем, ($p < 0,05$)

Средний показатель "физического функционирования" (PF) у обследуемых составил 92,9%, у студентов всех факультетов результаты по данному показателю близки к среднему значению. Достаточно высокие значения показателя PF свидетельствуют о том, что физическая активность студентов практически не ограничивается состоянием их здоровья.

Показатель "ролевого физического функционирования" (RP) у студентов медико-профилактического факультета равнялся 69,3%, у студентов лечебного факультета - 61,8%, наиболее низкое значение данного показателя у студентов стоматологического факультета - 56,7%. Критерий RP даёт возможность оценить ограничение повседневной деятельности студентов их физическим состоянием.

У представителей всех факультетов средние значения по показателю "интенсивности боли" (BP) оказались примерно на одном уровне и составили 73%. Достаточно высокие показатели по данной шкале свидетельствуют о том, что боль, в целом, незначительно ограничивает активность студентов. Наиболее высокий уровень общего состояния здоровья у студентов медико-профилактического и стоматологического факультетов - 68,8%, у студентов лечебного - 61,7%. Диапазон распределения значений показателя "жизненной активности" (VT) составил максимально 54,2% у студентов медико-профилактического факультета, минимальное значение - 43,5% у студентов стоматологического факультета, среднее значение по данной шкале - 49,3%.

По шкале "социальное функционирование" (SF) установлены максимальные расхождения между факультетами: у студентов стоматологического факультета - 48,3%, лечебного и медико-профилактического факультетов - 74,3% и 73,3%, соответственно. Низкие результаты по данному показателю у студентов стоматологического факультета могут свидетельствовать о значительном ограничении социальных контактов, ухудшении уровня общения вследствие плохого физического и эмоционального состояния.

Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE) у всех обследованных студентов оказалось низким и в среднем составило 45,5%. Низкие значения по данному критерию можно интерпретировать как ограничение в выполнении повседневной работы, связанное с ухудшением эмоционального состояния. Наконец, по показателю "психическое здоровье" (MH) среднее значение равнялось 54,6%. Среди факультетов наиболее высокий уровень по данному критерию имели студенты медико-профилактического факультета - 59,5%, у студентов лечебного факультета - 53,9%, самые низкие показатели - 50,4% у представителей стоматологического факультета.

Выводы.

1. Студенты всех факультетов имели сопоставимые результаты по различным показателям качества жизни; по большинству шкал у студентов медико-профилактического факультета установлены более высокие показатели, у студентов стоматологического факультета - наиболее низкие.
2. Средние значения интегральных показателей "физический" (PH) и "психологический" (ME) компоненты здоровья находились на низком уровне у студентов всех факультетов и в среднем составили 51,0% и 37,8%, соответственно.

3. Исследование качества жизни студентов будет продолжено с изучением различных показателей в динамике.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ И РОЖДАЕМОСТЬ

Галиханова Ю.И., Ермакова А.А.

Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск
Научный руководитель - к.м.н., ст. преп. Толмачев Д.А.

Цель исследования. Анализ факторов, оказывающих влияние на рождаемость и репродуктивное поведение населения г. Ижевска.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе БУЗ УР ГКБ №9 МЗ УР г. Ижевска. С целью изучения факторов нами была составлена анкета из 15 вопросов. Всего было опрошено 158 человек, в т.ч. 129 женщин (81,6%) и 29 мужчин (18,4%). Опрашивались как замужние (85 человек - 65,9%), так и незамужние женщины (44 человека - 34,1%).

Результаты и их обсуждение. По результатам анкетирования средний возраст женщин составил 30,8 лет, мужчин - 29,4 лет. Среднее число имеющихся у женщины детей составило 0,94. У женщин, состоящих в браке, оно равняется 1,01, а у незамужних - 0,80. По результатам анкетирования 41,1% женщин имеют одного ребенка, 36,4% - не имеют детей (среди незамужних - 47,7%). Имеют двух детей только 16,3% женщин. 6,2% женщин из всей совокупности имеют троих и более детей. На решение многих женщин родить ребенка повлияли желание иметь малыша и стремление создать настоящую семью. Немаловажное значение в репродуктивном поведении имеет планирование семьи. 45,7% женщин указали, что не пользуются никакими способами предохранения от беременности. Делали аборты на разных сроках беременность 30,2% женщин. Одного ребенка хотели бы иметь практически все респонденты. Только 2,3% женщин не хотели иметь детей вообще. 6,2% женщин и 6,9% мужчин хотели бы ограничить семью одним ребенком. 52,7% женщин и 65,6% мужчин хотели бы воспитать двоих детей. Троих и более детей хотели бы иметь 38,8% женщин и 27,5% мужчин. Причинами, которые мешают рождению желаемого числа детей, являются плохое материальное положение, проблемы со здоровьем и получение образования. Среди жизненных целей главными для мужчин и женщин являются материальное благополучие, собственное жилье, воспитание одного ребенка, образование и карьерный рост. Цель «вырастить троих и более детей» занимает последнее место у опрошенных. По данным опроса, молодые семьи ожидают от государства предоставление «материнского капитала» и улучшение жилищных условий.

Выводы. Таким образом, нами были проанализированы факторы, влияющие на репродуктивное поведение населения и рождаемость. К ним

относятся жизненные цели, семья, желание супругов иметь детей, финансовые и жилищные условия, помощь государства, религиозность, психологические установки и многие другие.

АНАЛИЗ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ ГОЛОВНОГО ПЕДИКУЛЕЗА В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ Г. КАЗАНЬ

Еремеева Ж.Г., Бастракова Н.В.

Казанский государственный медицинский университет, г.Казань
Научный руководитель - к.м.н., доцент Зорина Л.М.

Цель исследования. Изучить выявляемость головного педикулеза среди лиц, обратившихся в специализированное лечебно-профилактическое учреждение г. Казань.

Материалы и методы. Проанализированы данные журнала учета инфекционных заболеваний (ф. 060/у) за 2009-2014 гг.

Результаты и их обсуждение. Согласно требованиям нормативной документации каждый пациент подлежит осмотру на педикулез при обращении в амбулаторно-поликлинические отделения, а также при поступлении и последующем нахождении на стационарном лечении раз в 7 дней. По результатам нашего исследования за 2009-2014 гг. отмечается нестабильная ситуация по выявлению случаев головного педикулеза у обратившихся в одно из лечебно-профилактических учреждений г. Казань: с 302 случаев в 2009 году, 98 случаев в 2011 году, с последующим увеличением до 188 случаев в 2014 году. Соотношение детей и взрослых в 2009 году составило 1:1,3, в 2010 - 1:1,5, в 2011 - 1:1,6, в 2012 - 1: 1,8, в 2013 г. - 1:1,4, в 2014 г. - 1:1,3. На протяжении всего анализируемого периода рост регистрации педикулеза отмечается весной, что, вероятно, вызвано длительным пребыванием в помещениях, более тесным общением в коллективах. Значительный рост выявляемости случаев головного педикулеза традиционно отмечается в осенний период, что связано с началом учебного года, осмотром детей, возвращающихся в организованные коллективы. Также сказывается рост обращения работников образовательной сферы для прохождения профилактических и периодических медицинских осмотров. При осмотре пациентов, находящихся на стационарном лечении, пораженных педикулезом за анализируемый период выявлено не было.

Выводы. Распространение педикулеза до сих пор остается актуальной проблемой, что обусловлено влиянием новых эпидемиологически значимых социальных факторов: туризмом, коммерческими поездками, усилившейся миграцией людей. Врач любой специальности и средний медработник в любой момент могут встретиться с данными пациентами, и от их эрудиции, знаний, во многом, зависит дальнейшее распространение или пресечение эпидемического процесса педикулеза.

ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ УСТОЙЧИВОСТИ И ПРОДУКТИВНОСТИ ВНИМАНИЯ СТАРШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ

Зуева А.В.

Республиканский научно практический центр медицинской экспертизы и реабилитации, пос. Городище, Республика Беларусь
Научный руководитель - Дайнеко Г.А.

Внимание - один из главных психологических процессов от характеристики которого зависит оценка познавательной готовности ребенка к обучению в школе. Многие проблемы, возникающие в учении, особенно в начальный его период, непосредственно связаны с недостатками в развитии внимания. Они могут быть устранены, если заранее до поступления в школу, известны индивидуальные особенности внимания и тот уровень, на котором оно находится в данный момент.

Цель исследования. Определение индивидуальных особенностей внимания (продуктивности и устойчивости внимания старших дошкольников).

Материалы и методы. Для решения поставленной задачи были использованы следующие методы исследования:

1. Анализ психологической литературы по теме исследования;
2. Методика определения продуктивности и устойчивости внимания старших дошкольников (Методика Ландольта).

Результаты и обсуждение. Была проведена экспериментально-исследовательская работа по изучению внимания, индивидуальных его особенностей (устойчивость и продуктивность). Исследования индивидуальных особенностей внимания, несомненно, включает многочисленные неразрешенные вопросы, как на физиологическом, так и на психологическом уровнях. Однако факты приведенные в работе показывают что действительно существуют индивидуальные различия во внимании. Также можно сделать вывод о том, что в задачу формирования внимания входит не только его развитие как отдельного психологического процесса, но и формирование таких черт личности, которые бы облегчили переход произвольного внимания в послепроизвольное. Это включает в себя формирование чувства ответственности за выполняемую работу, мотивации успешного выполнения деятельности, развитие интереса, четкая организация выполняемой деятельности. Конкретно поставленные задачи, а также создание благоприятных условий для активной самостоятельной работы. Пока человек занят серьезным делом, ему не надо напоминать о внимании. Действие же еще более сосредотачивает внимание на объеме, т.е. внимание, сливаясь с действием и взаимно переплетаясь, создает крепкую связь с объектом. Внимание неразделимо связано с деятельностью и волей человека.

Выводы. Несмотря на то, что статистические данные оказались незначительными и гипотезы нашего исследования не были подтверждены, исследования внимания порождают многочисленные неразрешенные и

сложные вопросы, они, несомненно, очень полезны, так как человеку необходимо знать приемы и способы, позволяющие ему научиться концентрировать свое внимание для удачной учебной или профессиональной деятельности.

РИСК РАЗВИТИЯ ПЫЛЕВОЙ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У РАБОТНИКОВ АСБЕСТПЕРЕРАБАТЫВАЮЩИХ ЗАВОДОВ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Иванович Е.А.

Научно-практический центр гигиены, г. Минск
Научный руководитель - д.м.н., доцент Косяченко Г.Е.

Цель исследования. На основе комплекса гигиенических исследований параметров факторов условий труда и уровней заболеваемости, рассчитать и оценить профессиональный риск пылевой патологии органов дыхания у работников асбестперерабатывающих предприятий Республики Беларусь.

Материалы и методы. Исследования проведены на предприятиях Республики Беларусь по производству асбестоцементных изделий (АЦИ) ОАО «Красносельскстройматериалы» и ОАО «Кричевцементошифер». Гигиенические исследования включали изучение запыленности воздуха рабочей зоны, параметров микроклимата, уровней шума, показателей тяжести и напряженности трудового процесса. С учетом контрольной пылевой нагрузки (КПН) определен класс условий труда. Установлен допустимый стаж работы при наличии превышения КПН в данных условиях. Проведен анализ общей заболеваемости с временной нетрудоспособностью и профессиональной заболеваемости работников производства АЦИ за период 1993-2011 гг. Используются общепринятые в гигиене труда методики измерений и исследований.

Результаты и их обсуждение. Условия труда работников производства АЦИ оцениваются классом 3.2: дозировщик асбеста и токарь по обработке асбестоцементных изделий, слесарь-ремонтник, класс 3.1 по условиям труда имеют профессии: бункеровщик, смесительщик, машинист листоформочной машины, рекуператорщик, обшивщик цилиндров, машинист трубной машины, электрогазосварщик. Допустимый стаж работы, не связанный с риском возникновения заболеваний, составляет для дозировщиков 12,4 - 14,2 лет, для токаря - 19,4 года. Результаты расчета относительного риска заболеваний с временной утратой трудоспособности работников асбестоцементного производства в сравнении с работниками заводоуправления предприятий (контрольная группа) свидетельствуют, что как по классу болезней органов дыхания в целом, так и по отдельным нозологическим формам патологии бронхолегочной системы риск развития производственно обусловленных заболеваний не выявлен ($RR=0,77\pm 0,01$ ДИ [0,01; 0,07]).

Выводы. Полученные материалы не позволяют однозначно утверждать о необходимости запрета в республике хризотил-асбеста в условиях контролируемого использования.

СОСТОЯНИЕ МИКРОБИОТЫ ЖЕЛУДКА У КЛИНИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ

Игонькина Е.А., Мишанина Л.С., Капкаева Р.Х., Солдатова А.А.

Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарёва, г. Саранск
Научный руководитель - к.м.н., доцент Матвеева Л.В.

Цель исследования. Изучить количественный и качественный состав микробиоты желудка у клинически здоровых лиц.

Материалы и методы. Проведено обследование 40 клинически здоровых добровольцев в возрасте от 23 до 45 лет. При эзофагогастродуоденоскопии на базе лечебно-профилактических учреждений г. Саранск был проведен забор гастробиоптатов из фундального и антрального отделов желудка. Бактериологическим методом по стандартным методикам на соответствующих питательных средах (кровяной, желточно-солевой агар, тиогликолевая среда, агар Эндо, Сабуро и др.) выделяли микроорганизмы. Результаты статистически обработали.

Результаты и их обсуждение. У обследованных лиц при эзофагогастродуоденоскопии морфологических изменений слизистой оболочки желудка не обнаруживалось.

При культивировании микроорганизмов наиболее часто выделялись *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus* spp. и *Lactobacillus* spp. в 60, 50 и 47,5 % случаев в количестве 3,27, 3,68 и 3,71 lg КОЕ/г соответственно.

Редко высевались бактерии *Actinomyces* spp. и *Neisseria* spp. - в 5% случаев в количестве 2,39 и 2,78 lg КОЕ/г соответственно.

Следует отметить, что у клинически здоровых лиц были обнаружены условно-патогенные микроорганизмы - *Candida* spp., *Staphylococcus aureus* - в 20 и 2,5 % случаев в количестве 2,89 и 2,30 lg КОЕ/г соответственно. У данных обследованных наблюдался дефицит *Escherichia coli* и *Bifidobacterium* spp. Кишечная палочка и бифидобактерии высевались в 40 и 45 % случаев в количестве 3,87 и 2,80 lg КОЕ/г соответственно.

Helicobacter pylori определялся у обследованных в 40% случаев в количестве 3,65 lg КОЕ/г.

Выводы. В микробиоте желудка клинически здоровых лиц преобладают эпидермальный стафилококк, негемолитические стрептококки, лактобактерии. *Helicobacter pylori* определяется в 40% случаев, что свидетельствует о его представительстве в составе нормобиоты желудка. Условно-патогенные грибы рода *Candida* высеваются в 20% случаев на фоне снижения количества нормальных эшерихий и бифидобактерий, что указывает на развитие дисбиоза и возможность персистенции кандидоза слизистых оболочек.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ ГРОДНЕНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Костюкович С.В., Кахнович П.П., Рамдхуни Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно

Проблема сохранения здоровья студентов становится все более актуальной в связи с трудностями социально-экономического характера. Напряженная учебная деятельность определяет высокий тонус умственной работы, при этом восстановительные процессы могут проходить неадекватно из-за информационных перегрузок на фоне гиподинамии, недостаточного сна, неполноценного питания, ограниченного использования средств физической культуры и ряда других причин.

Цель исследования. Исследование и анализ возможного влияния различных факторов на состояние здоровья студентов ГрГМУ.

Материалы и методы. Проведено анонимное анкетирование студентов с целью изучения режима дня, организации досуга, наличия вредных привычек и отношения к концепту здорового образа жизни. Всего обследовано 116 человек. Средний возраст респондентов $21,45 \pm 0,4$ лет.

Результаты и их обсуждение. Гендерное соотношение: женский пол - 60,35%, мужской пол - 39,65%. В свободное время 66,38% студентов-медиков, комбинируют векторы активного и пассивного отдыха, 19,83% отдают предпочтение прогулкам на улице и занятиям спортом, 13,79% - чтению и просмотру телепередач. В будние дни 82,76% студентов недосыпает. 36,21% человек курят каждый день, 63,79% - не курят, 91,38% признали, что иногда употребляют спиртные напитки, 8,6% категорически отрицают употребление алкоголя. Максимально положительно оценили свое физическое состояние, определив уровень выше среднего - 17,24% респондентов, на среднем уровне развития физического состояния организма по их мнению находятся 66,38% опрошенных, расценили свой уровень как низкий - 16,38% студентов-медиков. 55,83% опрошенных студентов задумываются о правильности выбранного образа жизни ежедневно, 22,62% - часто, в то же время 16,96% делают это редко, 4,59% высказались, что никогда не размышляли о данном аспекте. Большинство респондентов (82,76%) согласилось с высказыванием, что здоровый образ жизни напрямую способствует успеху в других сферах деятельности, 6,72% считают, что только косвенным образом, 10,52% дали отрицательный ответ.

Выводы. Обучение в высшем учебном заведении требует мобилизации всех сил организма, большинство студентов стремится оптимально совмещать часы работы и досуга. Большой объем учебной и иной информации, вынуждает студентов уделять больше времени ежедневной подготовке к занятиям в ущерб ночному сну. Будущие медики стараются бороться с вредными привычками. Социальные, профессиональные и иные модели поведения, сформированные в процессе учебы, позволили большей поло-

вине, принявших участие в опросе студентов, утверждать, что здоровый образ жизни способствует успеху в других сферах деятельности.

БИОЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ

Кравченко О.М.

Витебский государственный медицинский университет, г. Витебск

Научный руководитель - ст. преп. Мартинкевич И.А.

Актуальность изучения этических проблем пересадки органов в клинической практике обусловлена тем, что в каждом случае она связана с решением сразу двух людей - донора - человека, который может отдать свои органы или ткани для пересадки и реципиента - лица, нуждающегося в такой пересадке. Цель данного исследования - показать основные биоэтические проблемы трансплантологии.

Трансплантация органов и тканей человека - замещение отсутствующих или поврежденных органов или тканей, которое основано на заборе органов и тканей у донора или трупа человека, их типизировании, консервации и хранении. Известно, что уровень развития трансплантологии в стране является одним из индикаторов развития медицины. С этой отраслью связана разработка новейших медицинских технологий высшей категории сложности, которые затем находят широкое применение и в других областях практической медицины. Поэтому, некоторое перераспределение ресурсов в пользу трансплантологии, как направления разработки и внедрения высоких медицинских технологий обеспечивает прогрессивное развитие здравоохранения и в конечном итоге оказывается благом для населения в целом.

Профессиональная врачебная этика в отношении трансплантации органов однозначна: помочь больному - реципиенту необходимо обязательно, но не за счет здоровья донора. Законом запрещается пересадка органа, если заведомо известно, что эта операция нанесет необратимый вред донору. Второе правило объясняет механизм принятия решения врачом: трансплантация органов допустима, если результат операции оправдывает нежелательные побочные эффекты.

Однако следует отметить, что общество в целом не подготовлено в полной мере к восприятию идей трансплантации и донорства. Поэтому именно в этой отрасли медицины, необходимо создание морально-этических норм и соответствующего законодательства, которые адекватно бы регулировали процесс пересадки органов и тканей. С другой стороны, единственным методом лечения ранее безнадежных больных является трансплантация и это высочайшая степень врачебного риска и последняя надежда для пациента.

На сегодняшний день современными исследователями выделяется целый ряд проблем, связанных с вопросами биоэтических норм, которые становятся актуальными в связи с активным развитием трансплантологии. К наиболее острым относят проблемы справедливости в распределении между потенциальными реципиентами дефицитных ресурсов (органов и тканей) трансплантологии, моральные проблемы процедуры забора органов от живых доноров, пересадки органов от трупа, этические проблемы, связанные с торговлей человеческими органами и тканями, проблему донора (особенно при трансплантации таких непарных жизненно важных органов, как сердце, печень, поджелудочная железа и т.д).

Существует несколько видов трансплантации. Они отличаются друг от друга не только с медицинской, но и с этической точки зрения. Сложность ситуации заключается в том, что трансплантологи должны сделать всё для спасения жизни пациента, но одновременно с этим, чем раньше они начнут забор органов и тканей из тела, тем больше шансов, что пересадка пройдет успешно. В случае изъятия и пересадки органов и тканей от умершего донора долгое время оставался нерешенным вопрос относительно критериев понятия «умерший донор». В соответствии с традиционными критериями, необратимое прекращение работы сердца и легких - достаточное основание для констатации смерти, тогда какой смысл пересаживать нежизнеспособные органы? В обратном случае, нет оснований признать человека умершим. Со временем использовать органы умерших доноров стало возможным, когда был узаконен новый критерий смерти человека - смерть мозга. Именно после этого в течение нескольких дней можно искусственно поддерживать работу сердца, легких, печени. Коллизия очевидна: борьба за жизнь умирающего и необходимость скорейшего получения органов и тканей для пересадки реципиенту. Нет единого мнения в решении этой проблемы. Существуют две полярные позиции. Либеральная биоэтика всесторонне поддерживает трансплантацию как перспективное направление в медицине. Ее представители акцентируют внимание на гуманистических ценностях, исключая экономические выгоды. Консервативно-христианская позиция сводится к тому, что нанесение повреждений телу означает потерю уважения к живущему.

Трансплантация органов от живых доноров не менее проблематична в этическом плане, чем превращение умершего человека в донора. Нравственно ли продлевать жизнь на какое-то время ценою ухудшения здоровья, сознательной травматизации и сокращения жизни здорового донора? Гуманная цель продления и спасения жизни реципиента теряет статус гуманности, когда средством ее достижения становится нанесение вреда жизни и здоровью донора.

Не менее дискуссионным является вопрос дефицита донорских органов. Определенной гарантией справедливости при распределении донорских органов является включение реципиентов в трансплантологическую про-

грамму, которая формируется на базе «листа ожидания». Реципиенты получают равные права на соответствующего им донора в пределах этих программ, которыми предусмотрен также обмен донорскими трансплантатами между трансплантационными объединениями. Обеспечение «равных прав» реализуется через механизм выбора сугубо по медицинским показаниям, тяжестью состояния пациента-реципиента, показателям иммунологической или генотипической характеристик донора.

В соответствии с принятыми международными и отечественными принципами главным критерием, влияющим на решение врача, является степень иммунологической совместимости пары донор-реципиент. Орган получает не тот, у кого выше или ниже положение, не тот, у кого больший или меньший доход, а тот, кому он больше подходит по иммунологическим показателям. С другой стороны, существует база данных донорских органов и их иммунологических показателей. При появлении донорского органа его биологические данные начинают сравнивать с биологическими параметрами людей, находящихся в «листе ожидания». И с чьими параметрами орган более совместим, тому реципиенту его и отдают. Данный принцип распределения считается наиболее справедливым и вполне оправдан с медицинской точки зрения, так как способствует снижению вероятности отторжения данного органа. В том случае, если донорский орган подходит нескольким реципиентам, то в действие вступает второй критерий - критерий степени тяжести реципиента. Состояние одного реципиента позволяет ждать еще полгода или год, а другого - не более недели или месяца. Орган отдают тому, кто меньше может ждать. Обычно на этом распределение заканчивается. Как быть в ситуации, когда двум реципиентам орган практически одинаково подходит и они оба находятся в критическом состоянии и не могут долго ждать? В этом случае решение принимается на основании критерия очередности. Врач также должен принимать в расчет длительность нахождения реципиента в «листе ожидания». Предпочтение отдают тому, кто раньше «встал» в «лист ожидания». Помимо трех названных критериев, в соответствии с действующим законодательством, учитывается расстояние (удаленность) реципиента от места нахождения донорского органа, так как время между изъятием органа и его пересадкой строго ограничено. Одним из органов с наименьшим сроком для пересадки является сердце (около пяти часов). И если время, затраченное на преодоление расстояния между органом и реципиентом, больше времени «жизни» органа, то донорский орган отдают реципиенту, находящемуся на более близком расстоянии.

Таким образом, развитие трансплантологии сегодня является не только медицинской, но и биомедицинской проблемой, требующей разработки и принятия законодательных актов на основе соблюдения этических норм.

ИЗУЧЕНИЕ IN VITRO-ВОЗДЕЙСТВИЯ L-АРГИНИНА
НА АКТИВНОСТЬ ЛИЗОСОМАЛЬНЫХ ЦИСТЕИНОВЫХ
ПРОТЕИНАЗИЗОЛИРОВАННО И ПРИ СТИМУЛЯЦИИ
ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА

Кудлаева А.М.

Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова

Научный руководитель - к.м.н., доцент Фомина М.А.

Цель исследования. Изучение прямого влияния аргинина на активность лизосомальных цистеиновых протеиназ *in vitro*, как изолированно, так и при стимуляции оксидативного стресса.

Материалы и методы. Изучена активность лизосомальных цистеиновых протеиназ и стабильность лизосомальной мембраны. Выделенные лизосомы *in vitro* инкубировали в растворе L-аргинина изолированно, а также при стимуляции оксидативного стресса. В контрольных группах проводили *in vitro* инкубацию в среде выделения и с добавлением оксиданта соответственно. Активность катепсинов В, L и Н изучалась спектрофлуориметрическим методом по Barrett & Kirschke в двух фракциях – лизосомальной и внелизосомальной. В качестве основного маркера лабильности мембран использовали активность кислой фосфатазы.

Результаты и их обсуждение. Аргинин в концентрации 5 мМ при *in vitro* инкубации подавляет активность катепсина Н и приводит к повреждению лизосомальной мембраны при 1-часовой инкубации, однако дальнейшее увеличение времени инкубации приводит к её стабилизации. *In vitro* воздействие 5 мМ H₂O₂ вызывает рост активности катепсинов В и L, что может быть связано с повышением степени секреции данных ферментов, и падение активности катепсина Н без выраженных изменений распределения ферментов между вне- и интрализосомальной фракциями. На фоне оксидативного стресса 5 мМ аргинин при 2-х часовой *in vitro* инкубации снижает проницаемость лизосомальной мембраны для катепсинов В, Н и L; при 4-х часовой инкубации приводит к дестабилизации лизосомальной мембраны.

Выводы. Прямое воздействие аргинина в конечной концентрации 5 ммоль/л в течение исследуемых промежутков времени приводит к отчетливым изменениям как активности лизосомальных цистеиновых протеиназ, так и стабильности лизосомальной мембраны.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РИСКА ЗДОРОВЬЮ НАСЕЛЕНИЯ
ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ПРИОРИТЕТНЫХ ХИМИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ
ВОЗДУХА ЗАКРЫТЫХ ПОМЕЩЕНИЙ

Лобанова Е.Д., Кузнецова О.А.

Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова

Центр гигиены и эпидемиологии в Рязанской области, г. Рязань
Научные руководители - к.м.н., ст. преп. Карасева Н.И.,
к.м.н., асс. Груздев Е.Е., Кузнецова Т.И., Носкина А.В.

Качество воздуха жилых помещений и степень влияния его на здоровье человека в последнее время рассматривается гигиенистами как не менее важная проблема, чем воздух рабочей зоны. Учитывая факт, что человек в помещениях жилых зданий пребывает около $\frac{3}{4}$ всего времени, неудовлетворительные условия проживания могут способствовать возникновению многих предотвратимых болезней и травм, в том числе болезней дыхательной, нервной и сердечно-сосудистой систем, а также злокачественных новообразований. Современное строительство, применение новых средств бытовой химии, наружный воздух и др. факторы внесли свои коррективы, существенно расширив перечень веществ, поступающих в жилище. Немаловажное значение в профилактике указанных выше заболеваний имеет выявление и оценка конкретных факторов риска.

Цель исследования. Гигиеническая оценка качества воздуха закрытых помещений по приоритетным химическим веществам и определение неканцерогенного и канцерогенного риска для здоровья населения.

Материалы и методы. Нами проанализировано более тысячи результатов лабораторных исследований основных приоритетных химических веществ с учетом возможных факторов, определяющих качество воздуха закрытых помещений за период 2012-2014гг. Лабораторные испытания проведены ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» в Рязанской области по обращениям граждан. Анализ имеющихся данных показал, что процент нестандартных проб достаточно высок и по ряду показателей составляет от 30 до 50% (формальдегид, стирол, этилбензол, этилацетат, ртуть). В этой связи нами проведена оценка риска неканцерогенных (острое и хроническое) и канцерогенных (хроническое) эффектов при ингаляционном поступлении химических веществ в отдельно взятых квартирах согласно "Руководства по оценке риска для здоровья населения при воздействии химических веществ, загрязняющих окружающую среду" 2.1.10.1920-04

Результаты и их обсуждение. Количественная оценка развития неканцерогенных эффектов проведена по коэффициентам и суммарному индексу опасности (НИ) с определением приоритетных загрязнителей, а также с учетом критических органов/систем, поражаемых изучаемыми веществами. Как показали исследования НИ при хроническом воздействии выше

единицы и достигает 15, что говорит о вероятном возникновении неканцерогенных эффектов. Оценка воздействия на критические органы/системы показала, что основные контролируемые вещества оказывают действие на органы дыхания, зрения, центральную нервную систему, почки, печень, сердечно-сосудистую систему, репродуктивную функцию. По нашим данным превалирует риск воздействия на органы дыхания и органы зрения. Наибольший вклад в суммарную величину НИ и в формирование риска воздействия на органы дыхания вносит аммиак, ацетальдегид, сероводород, на органы зрения - аммиак, сероводород, фенол. Суммарный показатель риска воздействия на органы дыхания в некоторых квартирах достигает 9,2, органы зрения - до 9,3.

Ранжирование химических загрязнителей по величине коэффициента опасности позволило определить наиболее приоритетные загрязнители воздуха закрытых помещений. К ним следует отнести: азота диоксид, фенол, ксилол, аммиак, этилацет, ртуть, коэффициент опасности которых составили соответственно 12; 2,3; 7,5; 5,3; 4,0; 15,0.

Важным при оценке канцерогенного риска является расчет экспозиции. Наша концептуальная модель предусматривала оценку воздействия на среднестатистический организм человека при поступлении химических веществ из одной среды (воздух закрытого помещения) и одним путем - ингаляционным. Продолжительность действия рассчитана с учетом постоянного поступления в течение всей жизни. Полученные нами показатели индивидуального канцерогенного риска колеблются и составили по формальдегиду от $5,25 \cdot 10^{-5}$ до $7,6 \cdot 10^{-4}$, по бензолу от $9,3 \cdot 10^{-4}$ до $1,2 \cdot 10^{-3}$, по этилбензолу $3,3 \cdot 10^{-4}$, по стиролу и хлористому винилу эти показатели несколько ниже указанных.

Выводы. Интерпретация полученных нами данных в системе критериев приемлемости канцерогенного риска позволяет оценить риск как приемлемый для профессиональных групп и неприемлемый для населения в целом, что свидетельствует о необходимости разработки и проведении плановых оздоровительных мероприятий, причем не только на объектах нашего исследования. Создание здорового, экологически безопасного жилья должно стать важнейшей задачей всех специалистов, занятых в сферах с различными аспектами обеспечения жилищных условий и здоровья человека. Ее решение возможно при более углубленной оценке существующих гигиенических, экологических, социальных и экономических проблем.

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К НОРМИРОВАНИЮ ТРУДА
В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ
АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ
(НА ПРИМЕРЕ РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ)

Манакина Е.С.

Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова

Научный руководитель - д.м.н. Медведева О.В.

Политика Рязанской области по модернизации и оптимизации регионального здравоохранения, сделавшая в последние годы систему родовспоможения приоритетным направлением, дала ощутимые результаты: сокращение младенческой смертности, увеличение рождаемости. Несмотря на положительные тенденции в показателях деятельности акушерско-гинекологической службы, требуются поиски новых организационных моделей для решения существующих проблем. Отрицательная динамика и неблагоприятные прогностические тенденции кадровой обеспеченности здравоохранения Рязанской области требуют от департамента здравоохранения региона мероприятий организационного характера для постоянного углубленного изучения состояния кадров медицинских работников и анализа их деятельности, изменения организационных и управленческих подходов к кадровой работе на уровне региона, и муниципальных образований. Систематизированных исследований по данной тематике в России чрезвычайно мало, а на территории Рязанской области они не проводились совсем. В 2015 году Рязанская область стала пилотным регионом проекта Минздрава России «Хронометраж рабочего времени специалистов акушерского дела». В рамках исполнения приказа министра здравоохранения Рязанской области Прилуцкого А.А «Об организации изучения и разработки моделей расширения функциональных обязанностей акушерок на различных этапах оказания медицинской помощи», впервые на территории области будет дана характеристика кадровой обеспеченности и уровня профессиональной подготовки специалистов акушерского дела; проведен анализ их деятельности на амбулаторном приеме и в родовом зале городских и сельских больниц по результатам экспертной оценки и опроса пациентов; изучена фактическая структура затрат рабочего времени специалистов акушерского дела, а также выявлены различия трудозатрат и существующие резервы при разных уровнях организации деятельности (город и село, наличие и отсутствие элементов сестринского процесса и т.п.) методом фотохронометража; будет выявлена реальная загруженность среднестатистического специалиста акушерского дела.

Результаты найдут отражение в новых нормативах труда медработников.

УПОТРЕБЛЕНИЕ ТАБАЧНЫХ ИЗДЕЛИЙ ПОДРОСТКАМИ:
РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ, ФАКТОРЫ РИСКА, МОТИВАЦИИ
И ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ

Мещерякова М.В.

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург
Научный руководитель - д.м.н., профессор Царькова С.А.

Цель исследования. На основе анкетирования установить распространённость, мотивации, факторы риска и гендерные особенности употребления табачных изделий (УТИ) подростками.

Материалы и методы. После информированного согласия проведено одномоментное сплошное медико-социологическое исследование - анонимное анкетирование 96-ти подростков 16-17-ти лет (юношей - 41, девушек - 55), учащихся трёх одиннадцатых классов школы №46 г. Сургут. Анкета включала 10 вопросов. Статистическая обработка осуществлена методами углового преобразования Фишера (ϕ) и Манна-Уитни (U). Статистически значимыми считали принятые для медико-социологических исследований различия при $p < 0,01$.

Результаты и их обсуждение. Распространённость УТИ подростками 16-17-ти лет в целом составила 23,0% (юноши - 31,7%, девушки - 18,2%; $\phi = 1,53$; $p > 0,05$). Регулярно курящих юношей было больше, чем девушек (19,5% и 1,82%, соответственно; $\phi = 3,13$; $p < 0,01$). Признаки табачной зависимости (УТИ для удовольствия или снятия стресса) установлены у 7,20% девушек и 26,8% юношей ($\phi = 2,62$; $p < 0,01$). У юношей установлен более ранний возраст (Me (мин. - макс.)) первого эпизода УТИ (юноши: 13 лет (7 - 17 лет); девушки: 14 лет (12 - 17 лет); $U = 40,5$; $p = 0,004$), и больший удельный вес продолжающих эпизодически или регулярно курить после первого эпизода УТИ (юноши - 100%; девушки - 55,5%; $\phi = 3,13$; $p < 0,01$). В семьях, где курят родители (хотя бы один из них), курящих подростков зарегистрировано достоверно больше, чем у некурящих родителей (36,4% и 13,8%, соответственно; $\phi = 3,13$; $p < 0,01$). Не установлено достоверных различий удельного веса дополнительно к школьным занятиям занимающихся в спортивных секциях, кружках, музыкальной школе среди курящих и некурящих подростков (81,8% и 85,1%, соответственно; $\phi = 0,37$; $p > 0,05$).

Выводы. Установлена распространённость УТИ подростками и её гендерные различия, большая приверженность к курению с формированием табачной зависимости и более ранним дебютом УТИ у юношей. Основными мотивациями к УТИ при табачной зависимости являются снятие стресса и чувство удовольствия. Курение родителей является основным фактором риска по УТИ подростками, которые составляют группу риска по развитию табачной зависимости и являются объектом для осуществления первичной профилактики УТИ.

ВОЗРАСТНЫЕ И ПОЛОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОЦЕНТНОГО
СООТНОШЕНИЕ РАЗМЕРОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ С ДЛИНОЙ ТЕЛА
(СТОЯ) У ДЕТЕЙ В ШКОЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Мирзакаримова Д.Б., Солиева М.Ю., Юлдашев Ё.Ю., Умарова М.З.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан

Научный руководитель - д.м.н., профессор Косимходжаев И.К.

Цель исследования. Изучить возрастные, половые особенности процентного соотношения размеров грудной клетки с длиной тела (стоя) у детей школьного возраста.

Материалы и методы. Материалом исследования послужили практически здоровые дети, учащиеся школ и академических лицеев г.Андижана. Всего обследовано 2200 детей в возрасте от 7 до 17 лет. Антропометрические исследования детей проводились методом В.С.Сперанского, А.И.Зайченко (1980,1988); Г.Г.Автандилова (1990), Р.Н. Дорохова, В.Г.Петрухина (1990); Н.Х.Шомирзаева, С.А. Тен, Ш.И.Тухтаназоровой (1998).

Результаты и их обсуждение. Исследования показали, что максимальный показатель процентного соотношения обхватных размеров грудной клетки с длиной тела на уровне подмышечной впадины у обоих полов наблюдается в 17 летнем возрасте; на уровне соска - у мальчиков в 7 лет, у девочек - в 17 лет; на уровне мечевидного отростка грудины - соответственно: в 7 и 12 лет. Минимальный показатель процентного соотношения обхватных размеров грудной клетки с длиной тела на уровне подмышечной впадины наблюдается у мальчиков в 13 лет, у девочек - в 11 лет; на уровне соска и основания мечевидного отростка грудины - соответственно: в 14 и 10 лет. Нами установлено, что максимальный показатель процентного соотношения поперечного размера грудной клетки с длиной тела на уровне подмышечной впадины у обоих полов наблюдается в 17 лет, на уровне соска: у мальчиков - в 11 лет, у девочек - в 10 лет; на уровне основания мечевидного отростка грудины - соответственно: в 17 и 12 лет. Максимальный показатель процентного соотношения передне-заднего размера грудной клетки на уровне подмышечной впадины и соска у обоих полов наблюдается в 17 летнем возрасте, на уровне основания мечевидного отростка грудины - в 7 лет. Что касается минимального показателя процентного соотношения передне-заднего размера грудной клетки с длиной тела на уровне подмышечной впадины у обоих полов отмечено в 8 летнем возрасте, на уровне соска - в 10 лет; на уровне основания мечевидного отростка грудины у мальчиков - в 14 лет, у девочек - в 10 лет.

Выводы. Нами выявлено, что характер изменения процентного соотношения всех размеров грудной клетки с длиной тела в изученных уровнях - волнообразный («зигзагообразный»).

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЛИННОТНЫХ РАЗМЕРОВ ТЕЛА У ДЕТЕЙ ОТ 7 ДО 17 ЛЕТ

**Мирзакаримова Д.Б., Тошматова Г.А., Солиева М.Ю.,
Валиева Н.М., Усарова С.А.**

Андижанский государственный медицинский институт, г.Андижан
Научный руководитель - д.м.н., профессор Косимходжаев И.К.

Цель исследования. Изучить возрастные, индивидуальные и поло-вые особенности роста длиннотных размеров у детей школьного возраста.

Материалы и методы. Материалом исследования послужили учащиеся школ и академических лицеев. Всего обследовано 1100 мальчиков и 1100 девочек в возрасте от 7 до 17 лет. Антропометрическое исследование детей проводилось методом Г.Г. Автандилова (1990).

Результаты и их обсуждение. Длина тела (стоя) у мальчиков в изученном возрастном периоде увеличивается в 1,44 раза, т.е. в среднем на 40,5 см. Выявлено, что длина тела более всего увеличивается у мальчиков в 8-, 13-, 16-, 17-летнем возрастах, менее интенсивно в 9, 10, 12, 16 лет, а в остальных возрастах менее всего; у девочек - более всего увеличивает-ся длина тела в 8-, 14-летнем возрасте, менее интенсивно в 9, 10, 11, 12, 13 лет, а в остальных возрастах рост длины тела замедлен.

Длина корпуса в возрасте от 7 до 17 лет у обоих полов увеличивается в 1,4 раза, т.е. соответственно в среднем 26,1 см и 24,3 см. Нами отмечено, что рост длины корпуса с 8 по 11 лет у девочек, по сравнению с мальчиками, незначительно больше увеличивается, а с 12 по 16 лет - наоборот, больше у мальчиков.

В школьном периоде у обоих полов длина туловища увеличивается в 1,3 раза. При этом установлено, что у мальчиков длина туловища наиболее интенсивно нарастает в 13-, 14-, 15-летнем возрастах, у девочек - в 11, 13, 14, 15 лет. Отмечено, что рост длины туловища в 9-, 12- и 14-летнем возрастах происходит почти одинаково, в 10, 13, 15, 16 лет этот рост больше у мальчиков, в 8, 11, 14 и 17 лет - больше у девочек.

В динамике роста длины тела и корпуса, в 7-, 8-, 9-летнем возрасте длина тела у обоих полов почти одинакова, в 10-12 лет у девочек незначительно больше, чем у мальчиков. Начиная с 13 лет, девочки отстают в росте длины тела и корпуса.

Выводы. Нами выявлено, что у девочек ускорение ростовых процессов возникает на 2-2,5 года раньше, чем у мальчиков. Следует отметить, что у мальчиков рост длины тела не прекращается до 17 лет, тогда как у девочек после 16 лет длина тела практически не увеличивается.

ОСОБЕННОСТИ РОСТА ДЛИНЫ ТУЛОВИЩА, ОБХВАТА ТАЛИИ И МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ ОТ 7 ДО 17 ЛЕТ

**Мирзакаримова Д.Б., Тошматова Г.А., Солиева М.Ю.,
Абдунабиева Х.М., Умарова М.З.**

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан
Научный руководитель - д.м.н., профессор Косимходжаев И.К.

Цель исследования. Изучить возрастные, индивидуальные и половые особенности роста длины туловища, обхвата талии и массы тела у детей школьного возраста.

Материалы и методы. Антропометрические исследования детей проводились методами Б.А.Никитюка, Г.Г. Автандилова (1990). Послужили учащиеся школ и академических лицеев. Всего обследованы 1100 мальчиков и 1100 девочек в возрасте от 7 до 17 лет.

Результаты и их обсуждение. Исследования показали, что в школьном периоде у обоих полов длина туловища увеличивается в 1,3 раза. При этом установлено, что у мальчиков длина туловища наиболее интенсивно нарастает в 13-, 14-, 15-летнем возрастах, у девочек - в 11, 13, 14, 15 лет. Отмечено, что рост длины туловища в 9-, 12- и 14-летнем возрастах происходит почти одинаково, в 10, 13, 15, 16 лет этот рост больше у мальчиков, в 8, 11, 14 и 17 лет - больше у девочек.

Исследования показали, что в школьном возрасте обхват талии у обоих полов увеличивается одинаково, т.е. в 1,53. Следует отметить, что наиболее интенсивный рост обхвата талии происходит у мальчиков в 8, 10, 12, 14, 16, 17 лет, а у девочек - в 9, 10, 12, 13, 14 лет.

Результаты исследования показали, что масса тела от 7 до 17 лет у мальчиков увеличивается в 3 раза, у девочек - в 2,8 раза. При этом наибольший абсолютный прирост в массе наблюдалось у мальчиков в 14 - (в среднем 8,1 кг) и в 16-летнем (в среднем 7,8 кг) возрасте, а у девочек - в 13 - (на 7,8 кг) и 14-летнем возрасте (на 5,3 кг).

Выводы. Динамика длины туловища в 7-10 лет у обоих полов почти одинакова, в 11-12 лет - у девочек несколько больше, чем у мальчиков, в 13-15 лет - вновь у обоих полов одинакова, в 16-17 лет - длина туловища у мальчиков превосходит длину туловища у девочек. Наиболее интенсивный рост обхвата талии происходит у мальчиков в 8, 10, 12, 14, 16, 17 лет, а у девочек - в 9, 10, 12, 13, 14 лет. В школьном возрасте значительно больше увеличивается масса тела у мальчиков в 14 лет (в среднем на 8,1 кг), у девочек - в 13 лет (на 7,8 кг).

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ РАЗМЕРОВ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

**Мирзакаримова Д.Б., Тошматова Г.А., Солиева М.Ю.,
Абдунабиева Х.М., Умарова М.З.**

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан
Научный руководитель - д.м.н., профессор Косимходжаев И.К.

Цель исследования. Изучить возрастные особенности изменения размеров верхней конечности у детей школьного возраста.

Материалы и методы. Материалом исследования послужили практически здоровые дети, учащиеся школ и академических лицеев г.Андижана. Всего обследовано 2200 детей в возрасте от 7 до 17 лет. Антропометрические исследования детей проводились методом В.С.Сперанского, А.И.Зайченко (1980,1988).

Результаты и их обсуждение. Исследования показали, что в школьном возрасте у мальчиков длина верхней конечности увеличивается в 1,5 раза, т.е. нарастает в среднем на 26,3 см; у девочек - в 1,36 раза, т.е. нарастает в среднем на 19,1 см. При этом абсолютный прирост длины верхней конечности у мальчиков в 8 летнем возрасте (по сравнению с 7 лет) составляет: правая - 5,18 см, левая - 5,26 см; в 9 лет - соответственно: 1,72 и 1,64 см, в 10 - 2,79 и 2,85 см, в 11 - 0,5 и 0,49 см, в 12 - 2,75 и 2,71 см, в 13 - 3,48 и 3,49 см, в 14 - 3,78 и 3,66 см, в 15 - 2,81 и 2,91 см, в 16 - 2,46 и 2,45 см, в 17 - 0,83 и 0,84 см; у девочек - соответственно: 3,16 и 3,23 см, 0,14 и 0,17 см, 4,23 и 4,16 см, 1,61 и 1,6 см, 2,24 и 2,24 см, 2,6 и 2,61 см, 2,02 и 2,19 см, 1,67 и 1,45 см, 0,52 и 0,54 см, 0,91 и 0,91 см. В школьном возрасте у мальчиков длина плеча увеличивается в 1,5 раза, т.е. нарастает в среднем на 10,6 см, а у девочек - в 1,42 раза, т.е. нарастает в среднем на 8,9 см. Длина локтевой кости у мальчиков удлиняется в 1,43 раза, т.е. нарастает в среднем на 8,6 см, а у девочек - в 1,34 раза, т.е. нарастает в среднем на 6,7 см. Длина лучевой кости в школьном возрасте у мальчиков удлиняется в 1,45 раза, т.е. нарастает в среднем на 8,6 см; а у девочек - в 1,37 раза, т.е. нарастает в среднем на 6,9 см. У мальчиков длина кисти увеличивается в 1,4 раза, т.е. нарастает в среднем на 5,9 см, а у девочек - в 1,3 раза, т.е. нарастает в среднем на 4,5 см.

Выводы. Таким образом, результаты показали, что в длине верхней конечности, плеча первый ростовой перекрест наблюдается в 10 летнем возрасте, локтевой и лучевой костей - в 9 лет, а кисти - в 8 лет. Вторым ростовым перекрест в длине верхней конечности и кисти происходит в 13 лет, длины плеча, локтевой и лучевой костей - в 12 лет, половые различия отмечаются в длине верхней конечности и кисти - с 14 лет, в длине плеча, локтевой и лучевой костей - с 13 лет.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ РОСТА АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ГОЛОВЫ В ШКОЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Мирзакаримова Д.Б., Умарова М.З., Абдунабиева Х.М.,
Солиева М.Ю.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан
Научный руководитель - д.м.н., профессор Косимходжаев И.К.

Цель исследования. Изучить возрастные, индивидуальные и половые особенности антропометрических параметров головы у детей школьного возраста.

Материалы и методы. Материалом исследования послужили практически здоровые дети, учащиеся школ и академических лицеев г. Андижана. Всего обследовано 2200 детей в возрасте от 7 до 17 лет. Антропометрические показатели головы были изучены методами В.С.Сперанского, А.И.Зайченко (1980,1988), Г.Г.Автандилова (1990).

Результаты и их обсуждение. Исследования показали, что у мальчиков в возрасте от 7 до 17 лет продольный размер головы увеличивается в 1,1 раза, у девочек - в 1,07 раза. У мальчиков продольный размер головы наиболее интенсивно увеличивается в 16-летнем возрасте, с 8 по 12 лет - этот рост замедлен. У девочек рост продольного размера головы наиболее интенсивно происходит в 13, 15, 16, 17 лет, а в остальных возрастах рост замедлен.

Окружность головы в школьном возрасте у обоих полов слегка увеличивается. Как показали исследования, у мальчиков окружность головы существенно увеличивается в 15 лет, затем почти в 2,5 раза меньше в 10, 16, 17 лет, а в остальных возрастах незначительно нарастает. У девочек окружность головы увеличивается менее интенсивно (в 8, 11, 12, 15 лет), чем у мальчиков.

Высота лица от 7 до 17 лет у мальчиков увеличивается в 1,17 раза, у девочек - в 1,1 раза. При этом наиболее интенсивный рост высоты лица у мальчиков наблюдается в 12-летнем возрасте, у девочек - в 12 и 13 лет.

Ширина лица в школьном периоде у мальчиков увеличивается в 1,17 раза, у девочек - в 1,2 раза. Нами отмечено, что у мальчиков ширина лица наиболее интенсивно увеличивается в 8, 9, 12 и 15 лет, а у девочек в 8, 9 и 17 лет. Следует отметить, что рост ширины лица особенно интенсивен у мальчиков - в 8 лет, а у девочек - в 8 и 17 лет.

Выводы. У детей в школьном возрасте больше всего увеличивается ширина и высота лица и меньше - поперечный размер и окружность головы. Продольный, поперечный размеры и окружность головы во всех возрастных периодах у мальчиков больше, чем у девочек, а высота лица в возрасте 7-10 лет у обоих полов почти одинакова и в 11-17 лет больше у мальчиков. В школьном возрасте лицевой отдел головы нарастает больше, чем мозговой. За изученный период размеры головы обладают наименьшей изменчивостью, чем другие размеры тела.

РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ ЖЕНЩИН-РАБОТНИЦ
ПО ВОПРОСАМ ВЛИЯНИЯ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ
НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ

Николаева Е.А.

Научно-практический центр гигиены, г. Минск
Научный руководитель - к.м.н., доцент Суворова И.В.

Цель исследования. Провести анализ условий труда, производственных и психо-физиологических факторов по данным проведенного анкетирования для изучения комплексного влияния факторов условий труда на репродуктивное здоровье.

Материалы и методы. Проведено анкетирование женщин - работниц ОАО «МТЗ» (в анамнезе имеющие беременность и роды), с учетом профессиональных особенностей и характеристики неблагоприятных производственных факторов. Общее число респондентов составило 259 женщин работниц.

Результаты и их обсуждение. Среди опрошенных 84,5% женщин рабочих профессий. Наиболее представительна профессиональная группа - стерженщиц -18,5%, 12,4% -маляров, 7,3% слесарей механосборочных работ. На вопросы о наличии профессиональных вредностей, большинство респондентов указало на присутствие несколько вредных производственных факторов на рабочих местах, при этом 81,4% указали на присутствие производственного шума, 71,5% на наличие запыленности. Среди неблагоприятных показателей условий труда большинство сотрудников 56,6% выполняли физическую тяжелую работу. Также 50,7% опрошенных женщин указали на наличие контакта с химическими веществами. Согласно результатов проведенной аттестации рабочих мест, большинству опрошенных женщин - 39,8% до беременности был установлен вредный класс условий труда 3.3 (стерженщик, формовщик, маляр и др.), 30,8% работниц установлен вредный класс условий труда 3.2 (земледел, гальваник и др.), 16,3% женщин установлен вредный класс условий труда 3.1 (слесарь МСР, машинист крана), и только 13,1% работниц работали в допустимых условиях труда класс 2. Проведенный анализ самооценки респондентов по вопросу их трудоустройства на момент установления беременности показал, что только 45,2% женщин-работниц ответили, что их перевели на легкий труд во время беременности. Среди гинекологических заболеваний у опрошенных женщин-работниц преобладают: миома матки 32,2%, эрозия шейки матки 28,8%, киста яичника - 11,9%, дисфункция яичников и воспалительные процессы по 6,8%, аднексит и киста яичников по 3,4%.

Выводы. Проблема репродуктивного здоровья работающих женщин остается актуальной проблемой, в решении которой требуется обоснованная регламентация труда женщин репродуктивного возраста и беременных работниц, а также решения вопросов рационального их трудоустройства.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА УСЛОВИЙ ТРУДА
ОСНОВНЫХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ГРУПП НА ПРЕДПРИЯТИИ
ПО ПРОИЗВОДСТВУ МЯГКИХ КРОВЕЛЬНЫХ МАТЕРИАЛОВ

Озоль М.Н.

Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова

Научный руководитель - д.м.н., профессор Кирюшин В.А.

Цель исследования. Комплексная гигиеническая оценка факторов производственной среды и трудового процесса по показателям вредности и опасности, тяжести и напряженности работников на ЗАО Многоотраслевая производственная компания «КРЗ» г. Рязани. Изучение условий труда основных профессиональных групп на предприятии по производству мягких кровельных материалов.

Материалы и методы. Оценка гигиенических условий производственной среды проведена на рабочих местах сотрудников предприятия с помощью общепринятых методов и аппаратуры. Выполнены исследования содержания пыли и химических веществ в воздухе рабочей зоны, параметров микроклимата, уровней шума, показателей световой среды.

Результаты и их обсуждение. По данным результатов лабораторных исследований условий труда основных профессиональных групп выявлено, что сотрудники предприятия подвергаются воздействию комплекса факторов производственной среды, наиболее неблагоприятными из которых являются химический, микроклимат и тяжесть трудового процесса. Исследования воздуха рабочей зоны на позволили выявить превышение среднесменной предельнодопустимой концентрации углеводородов в цехе мягких кровельных и гидроизоляционных материалов (ЦМКи ГМ) на рабочих местах аппаратчиков пропиточных агрегатов, аппаратчиков обезвоживания битума, операторов турбосмесителя (класс условий труда 3.1 - вредный первой степени). Параметры микроклимата в холодный период года характеризовались превышением ТНС-индекса, скорости движения и влажности воздуха. Класс условий труда по параметрам микроклимата - 3.1 (аппаратчик пропиточных агрегатов), - 3.2 (аппаратчик обезвоживания битума). Труд аппаратчиков пропиточных агрегатов и аппаратчиков обезвоживания битума по тяжести трудового процесса характеризуется как 3.1.- вредный 1 степени, у оператора турбосмесителя - класс 3.2, с большей массой перемещаемого груза в течение часа смены и вынужденной рабочей позой.

Выводы. Проведенная комплексная оценка факторов производственной среды и трудового процесса работников на ЗАО МПК «КРЗ» даёт основание сделать заключение, что условия труда большинства профессиональных групп условия труда по ряду показателей являются вредными. Это, в свою очередь, может привести к высоким показателям заболеваемости.

ОЦЕНКА СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ
РАБОТНИКОВ АВТОМАТИЗИРОВАННОГО ПРОИЗВОДСТВА
МЯГКОЙ КРОВЛИ

Озоль М.Н.

Рязанский государственный медицинский университет

им. акад. И.П. Павлова

Научный руководитель - д.м.н., профессор Кирюшин В.А.

Воздействие комплекса неблагоприятных факторов производственной среды и трудового процесса на предприятиях строительной отрасли может способствовать не только развитию профессиональных, но и возникновению и утяжелению течения общесоматических заболеваний.

Цель исследования. Оценка структуры общей и первичной заболеваемости работников на производстве мягких кровельных материалов предприятия ЗАО «Многоотраслевая производственная компания «КРЗ» (ЗАО МПК КРЗ) за период 5 лет (2009 - 2013гг.).

Задачи: Выявление закономерностей структурного распределения распространенности патологии работников, занятых на производстве мягких кровельных материалов

Материалы и методы. Анализ общей и первичной заболеваемости работников ЗАО МПК КРЗ по результатам периодических медицинских осмотров, отчетам о причинах временной нетрудоспособности. Обработка материалов производилась общепринятой методикой по круглогодичным лицам с расчетом интенсивных и экстенсивных показателей.

Результаты и их обсуждение. Наиболее распространенной патологией у рабочих в структуре общей заболеваемости были болезни системы кровообращения, доли которых в начале и конце изучаемого периода составили, соответственно, 36,3% и 34,7%. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани были третьей по распространенности патологией среди работников, их доля в изучаемой структуре составляла 6,9%. В структуре первичной заболеваемости первые два ранговых места занимали болезни системы кровообращения и органов дыхания. На третьем и четвертом ранговых местах в 2009 году находились болезни органов пищеварения, костно-мышечной системы и соединительной ткани, доли которых составляли по 10%.

Выводы.

1. Наибольший вклад в структуру общей и первичной заболеваемости внесли заболевания сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, болезни органов пищеварения, костно-мышечной системы и соединительной ткани.
2. Рост первичной заболеваемости болезнями системы кровообращения может быть обусловлен увеличением вновь выявленных заболеваний, а также ростом числа обострений (рецидивов), ранее зарегистрированных хронических болезней при низком уровне организации профилактической работы (или активной диспансерной работе врачей).

СОВРЕМЕННАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ГЛПС НА ТЕРРИТОРИИ РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Полищук М.В.

Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова

Научный руководитель - д.м.н., доцент Здольник Т.Д.

Цель исследования. Изучение закономерностей территориального распределения заболеваемости ГЛПС в Рязанской области с учетом данных эпизоотологического мониторинга.

Материалы и методы. В работе проанализированы данные статистических отчетов ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Рязанской области» по заболеваемости и лабораторной диагностике ГЛПС, а также результаты эпизоотологического мониторинга за 23 года с 1992 по 2014гг.

На сегодняшний день ГЛПС остается одной из актуальных природно-очаговых зоонозных инфекций для населения Рязанской области. Среднее за 23 года значение инцидентности данной нозологией в регионе близко к общероссийскому уровню и составляет 3,6 на 100 000 населения. При этом заболеваемость имеет умеренную тенденцию к росту со средним темпом прироста 3,4%.

Результаты и их обсуждение. Случаи заболеваний ГЛПС зафиксированы на большей части изучаемого региона (в 24 районах). Исключением является Чучковский район. Среднемноголетний показатель заболеваемости в районах области составил 3,0 на 100 000 населения. Инцидентность, превышающая верхнюю доверительную границу средней величины, регистрировалась в Пителинском, Ермишинском, Клепиковском, Спасском, Рязанском и Шацком районах.

Динамика результатов эпизоотологического мониторинга ГЛПС в Рязанской области за изучаемый период характеризуется выраженной тенденцией к росту, средний темп прироста - 11,1%. Показатель инфицированности хантавирусами грызунов в районах области составил в среднем 6,9%. Наиболее напряженная эпизоотическая ситуация отмечена в Захаровском, Пронском, Кораблинском, Рязанском и Рыбновском районах.

Выводы.

1. ГЛПС остается актуальной проблемой для Рязанской области.
2. Циркуляция возбудителей ГЛПС наиболее выражена в районах южно-таежной зоны области и отдельных примыкающих к ней районах лесостепной зоны.
3. Территориальное распределение заболеваемости и положительных результатов эпизоотологического мониторинга по Рязанской области во многом совпадает.
4. Повышенный уровень заболеваемости ГЛПС при невысоких значениях доли положительных проб в отдельных районах объясняется активной сельскохозяйственной деятельностью населения.

ОЦЕНОЧНЫЕ КРИТЕРИИ К ОСУЩЕСТВЛЕНИЮ ТРУДОВОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЛИЦАМ С ОГРАНИЧЕННЫМИ
ВОЗМОЖНОСТЯМИ, ОРИЕНТИРОВАННЫЕ НА ПОЛОЖЕНИЯ
«МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ,
ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ»

Разуванов А.И.

Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы
и реабилитации, пос. Городище, Республика Беларусь
Научный руководитель - к.м.н. Казак Л.Г.

Использование Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья (МКФ) позволяет индивидуализировать подход к каждому человеку, создавая возможность для более детальной характеристики функционирования пациента в трудовых условиях, обществе и окружающей среде.

Цель исследования. Сформировать оценочные критерии доступности характера труда и профессионально-производственной среды лицам с ограниченными возможностями с учетом положений МКФ.

Материалы и методы. Обследовано 130 пациентов с инвалидностью III, II, I группы трудоспособного возраста, имеющих благоприятный прогноз для трудовой и профессиональной реабилитации. Доля мужчин составила $68,46 \pm 4,08\%$, женщин - $31,54 \pm 3,08$. Комплекс методов исследования включал: профессиографический анализ, профессиональную экспертизу, экспертную оценку, гигиеническую оценку условий труда для трудовой деятельности инвалидов различной степени тяжести. Применялись методы описательной статистики.

Результаты и их обсуждение. Применение комплексных критериев, содержащих наряду с клинико-функциональными параметрами оценки, параметры, характеризующие доступность среды, позволило определить, что способность к выполнению трудовых обязанностей (d 8451) сохранена у 63,0% обследованных инвалидов. Учитывая высокие реабилитационные возможности инвалидов, разработанные профессиографические оценочные критерии, базирующиеся на принципах и подходах МКФ, а также стандартах в сфере безбарьерной среды, подходящей работы и др. позволили значительно расширить возможность реализации инвалидом способности к труду, повысив экономическую самостоятельность инвалида.

Выводы. Использование оценочных критериев доступности характера труда и профессионально-производственной среды лицам с ограниченными возможностями с учетом положений МКФ в практической деятельности позволит повысить возможности занятости и экономической самостоятельности, следовательно, увеличится интеграция лиц с ограниченными возможностями в семью, коллектив и общество.

ПРОФИЛАКТИКА НАЗАЛЬНОГО НОСИТЕЛЬСТВА S.AUREUS
СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Рустамжонов А.Б., Нуриддинов А.С., Урмонов Ф.М.,
Ахмадалиев Ш.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан
Научный руководитель - доцент Мадумарова М.М.

Проблема профилактики назального стафилококкового бактерионосительства в современное время остается актуальной, особенно в практическом здравоохранении. Стафилококки остаются одним из ведущих этиологических факторов возникновения и распространения внутрибольничных инфекций (Дерябин Д.Г., 2000). Основным источником подобных заболеваний являются бактерионосители, в том числе и медицинский персонал лечебного учреждения. Эффективной мерой противоэпидемического контроля распространения нозокомиальных инфекций в лечебных стационарах считается выявление и санация стафилококковых бактерионосителей, особенно резидентного типа среди медицинских сотрудников.

Цель исследования. Проведение диагностики и профилактик назального носительства *S.aureus* у студентов медицинского вуза, непосредственно контактирующих с больными во время производственной практики в лечебном стационаре.

Материалы и методы. Среди 59 обследуемых студентов 3 курса группа резидентных назальных носителей *S.aureus* составила 16 (27,1%) человек. Тип носительства определяли по известной методике (Бухарин О.В. и др., 2001). Для санации использовали коммерческий препарат - индуктор эндогенного интерферона линимент «Циклоферон», изучение клинической эффективности которого выявило его способность нормализовать микробиocenоз слизистых оболочек носа и зева (Высочина И.Л. и др., 2006). Санацию проводили, согласно известному способу (Бухарин О.В. и др., 2013).

Результаты и их обсуждение. Обследуемым лицам, у которых был определен резидентный тип носительства *S.aureus*, проводили обработку передних отделов носа препаратом «Циклоферон» ежедневно в течение 6 дней, осуществляя параллельно бактериологическое исследование, показавшее, что по окончании санации *S.aureus* был изолирован только у 6 из 16 санируемых лиц (в 37,5% случаев), при этом у 4 из обследуемых выделили смешанную культуру золотистого и коагулазонегативных стафилококков (*S.epidermidis*, *S.hominis*), причем штаммы *S.aureus* обладали достаточно низким показателем микробной обсемененности (1,0-1,5 lg КОЕ), и носительство золотистых стафилококков, согласно использованной методике определения характера носительства, изменилось с резидентного на транзитный тип. У 10 санированных студентов произошла полная элиминация *S.aureus* с последующей заменой патогенного *S.aureus* на *S.epidermidis* - представителя нормофлоры данного биотопа. Эффектив-

ность проведенной санации резидентного носительства *S.aureus* составила 62,5%. При изучении пролонгированного действия препарата оказалось, что даже через шесть месяцев эффект сохранился, а за счет смены резидентного носительства *S.aureus* на транзиторный тип, элиминирующий впоследствии из организма saniруемых, составил 87,5%.

Выводы. Опыт применения препарата индуктора интерферона «Циклоферон» для санации назального носительства *S.aureus* среди студентов медицинского вуза показал, что данный способ санации не только эффективен, но и обладает длительным saniрующим эффектом за счет нормализации микробного биоценоза слизистых оболочек носа.

Таким образом, препарат «Циклоферон» может быть использован не только для предотвращения экзогенного распространения стафилококковой инфекции за счет своего saniрующего эффекта, но и для профилактики заболеваний органов дыхания saniруемых, так как происходит элиминация патогенной микрофлоры из организма хозяина и нормализация микробиоценоза слизистых оболочек носа и зева.

КУРИТЬ ИЛИ НЕТ? - НАЧНИ С СЕБЯ. ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОБЛЕМЫ КУРЕНИЯ В АНДИЖАНСКОМ МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ

Урмонов Ф.М., Рустамжонов А.Б.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан

Научные руководители - ст. преп. Загрутдинов Ф.Ф.,

Мадумарова М.М.

Цель исследования. Выявить отношение к курению учащихся нашего института на данный момент времени и помочь учащимся задуматься над опасностью, которой они подвергают не только себя, но и окружающих.

Материалы и методы. Исследования: анкетирование учащихся с 1-3 курса нашего института, анализ научной литературы, наблюдение, анкетирование, интервью, эксперимент.

Результаты и их обсуждение. Сигареты курят из-за никотина - вещества, которое в небольших дозах оказывает стимулирующее действие: увеличивает ощущение удовольствия, снимает тревожные состояния и поднимает настроение, обостряет внимание, влияет на аппетит, ускоряет метаболические процессы, уменьшает массу тела. В ходе анкетирования и интервью мы выделили следующие причины: 1.Стресс; 2.Подражание; 3.Чувство новизны и интереса; 4.Желание казаться взрослым, самостоятельным. Для того чтобы убедиться о вреде сигареты, после того, как куритель выкурил сигарету с фильтром, был вскрыт этот фильтр, и обнаружено жёлто-коричневые остатки дёгтя. На пальцах рук и зубах обнаружено такие же желто-коричневые отложения. Подобное наблюдение было

проведено более чем у 10 заядлых курильщиков. Причиной этого является, то что в газовой фракции табачного дыма находится газообразный дёготь, который при охлаждении переходит в жидкое состояние и поступает во внутренние органы. При выкуривании одной пачки сигарет курильщик производит около 1 г жидкого дёгтя. В течение года через лёгкие курильщика проходит около 1 кг табачного дёгтя.

Выводы. Проблема курения в нашем институте существует. Особенно она заметна на 3 курсе - 12% составляют постоянно курящие студенты. Поразил тот факт, что 1 учащийся 1 курса курит с 14 лет и 3 - с 16 лет. 6 человек из 16 постоянно курящих пытались бросить.

Все курящие покупают дорогие сигареты и выкуривают примерно от 5 до 20 сигарет в день. Мы подсчитали сколько тратят денег на сигареты студенты. Если в среднем взять, что пачка сигарет стоит 1\$, а курильщик за день выкуривает одну пачку, то за год он выкуривает «365\$». Если взять, что человек в среднем живет 60 лет, и начал курить с 20 лет, то не трудно подсчитать, сколько денег он «выкурил». За 40 лет этот курильщик выкуривает «14600\$».

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ОБХВАТНЫХ РАЗМЕРОВ ПРЕДПЛЕЧЬЯ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Урмонов Ф.М., Рустамжонов А.Б., Нурматов Х.

Андижанский государственный медицинский институт, г.Андижан

Научные руководители - профессор Хатамова А.И.,

профессор Улугбекова Г.Ж., Мадумарова М.М.

Цель исследования. Изучить возрастные, индивидуальные особенности изменения обхватных размеров предплечья у детей школьного возраста.

Материалы и методы. Материалом исследования послужили практически здоровые дети, учащиеся школ и академических лицеев г. Андижана. Всего обследовано 2200 детей в возрасте от 7 до 17 лет. Антропометрические исследования детей проводились методом В.С.Сперанского, А.И.Зайченко (1980,1988); Г.Г.Автандилова (1990).

Результаты и их обсуждение. Установлено, что у мальчиков обхват верхней трети предплечья нарастает в 1,42 раза. При этом абсолютный прирост обхвата верхней трети предплечья у мальчиков в 8 летнем возрасте (по сравнению с 7 лет) составляет - правый 0,58 см и левый - 0,51 см; в 9 лет - соответственно: 0,22 и 0,09 см; в 10 - 0,33 и 0,42 см; в 11 - 0,37 и 0,32 см; в 12 - 1,3 и 0,83 см; в 13 - 0,34 и 0,95 см; в 14 - 1,46 и 1,48 см; в 15 - 0,86 и 0,7 см; в 16 - 1,9 и 1,98 см; в 17 - 0,34 и 0,22 см; а у девочек - соответственно: 0,15 и 0,07 см; 0,85 и 0,83 см; 0,61 и 0,69 см; 0,03 и 0,11 см; 0,45 и 0,32 см; 1,42 и 1,43 см; 0,89 и 1,25 см; 0,78 и 0,55 см; 0,11 и 0,19 см; 1,21 и 1,06 см. У мальчиков обхват средней трети предплечья увеличивается в 1,4

раза (правый - с $16,4 \pm 0,3$ до $22,8 \pm 0,3$ см и левый - с $16,3 \pm 0,4$ до $22,6 \pm 0,4$ см), т.е. нарастает в среднем на 6,4 см; а у девочек - в 1,34 раза (правый - с $16,0 \pm 0,3$ до $21,5 \pm 0,3$ см и левый - с $15,9 \pm 0,3$ до $21,4 \pm 0,3$ см) т.е. нарастает в среднем на 5,5 см. При этом, абсолютный прирост обхвата нижней трети предплечья у мальчиков в 8 летнем возрасте (по сравнению с 7 лет) равнялось: правый- 0,12 см; левый - 0,1 см; в 9 лет - соответственно: 0,03 и 0,07 см; в 10 - 0,04 и 0,13 см; в 11 - 0,43 и 0,27 см; в 12 - 0,11 и 0,25 см; а у девочек - соответственно: 0,1 и 0,08 см; 0,2 и 0,22 см; 0,6 и 0,65 см;

Выводы. Нами выявлено, что обхват верхней и средней трети предплечья увеличивается у мальчиков в 1,4 - 1,42 раза, у девочек - в 1,34 - 1,36 раза, а нижняя треть - у обоих полов почти одинаково (в 1,26 раза). Абсолютный прирост обхвата верхней трети предплечья у мальчиков соответствует 7,7 см, у девочек - 6,6 см, средней трети - соответственно: на 6,4 и 5,5 см, а обхват нижней трети - одинаково (по 3,6 см). Нами выявлено, что у мальчиков наиболее интенсивный рост обхвата верхней трети предплечья наблюдается в 12, 14, 15, 16 лет, а у девочек - 12, 13, 14 и 16 лет. В школьном возрасте у мальчиков наиболее интенсивный рост обхвата нижней трети предплечья отмечается в 11, 14, 15, 16 лет, а у девочек - в 10, 13, 14 и 17 лет.

ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ 0-17 ЛЕТ ХМАО-ЮГРЫ И ИХ СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ

Шамина А.И.

Сургутский государственный университет, г. Сургут
Научный руководитель - д.м.н., профессор Мещеряков В.В.

Цель исследования. Разработка нормативных показателей физического развития детей 0-17 лет ХМАО-Югры и их сравнение с разработанными на когортах детей других территорий.

Материалы и методы. Объект исследования - рождённые и постоянно проживающие на территории ХМАО-Югры дети 1-й и 2-й групп здоровья 0-17 лет из популяции пришлого населения. Общее число наблюдений - 21660 человек (10841 лиц мужского пола и 10819 - женского). В обследование включены все достигшие возраста 1 года дети детской поликлиники МБУЗ «Сургутская городская клиническая поликлиника №2»; все, посещающие прикреплённые к МБУЗ «Сургутская городская клиническая поликлиника №5» дошкольные образовательные учреждения и школы; посещающие 4 школы, прикреплённые к МБУЗ «Нижевартовская городская детская поликлиника». Определение 3-го, 10-го, 25-го, 50-го, 75-го, 90-го и 97-го центилей каждого показателя физического развития (рост, масса тела, окружность груди, головы и индекса массы тела (ИМТ)) в динамике от 0 до 17 лет проводили отдельно для каждой возрастнo-половой группы с использованием компьютерной программы Excel.

Результаты и их обсуждение. Сформированы центильные таблицы и составлены номограммы основных показателей физического развития детей обоого пола 0-17 лет. Сравнительный анализ позволил установить более высокие цифры отрезных точек по всем параметрам, в сравнении с разработанными на удаленных от ХМАО-Югры территориях нормативами (А. В. Мазурин, И. М. Воронцов, Санкт-Петербург, 2000г.). Наибольшие различие выявлены по массе тела и ИМТ, что можно связать с особенностями обмена веществ при постоянном проживании на Севере. Описанные результаты исследования позволяют предположить, что использование нормативов без учёта особенности проживания в условиях Севера может быть причиной гиподиагностики задержки физического развития и гипердиагностики избыточной массы тела преимущественно за счёт когорты детей старшего возраста и подростков.

Выводы. При разработке нормативов и оценке физического развития детей и подростков необходимо учитывать территорию проживания ребенка. Наиболее объективным следует считать использование при этом региональных норм физического развития. Разработанные региональные показатели физического развития следует использовать в педиатрической практике на территории ХМАО-Югры.

СЕКЦИЯ ФАРМАЦИИ

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К РАЗРАБОТКЕ ТЕХНОЛОГИИ НОВОГО ПРЕПАРАТА В ВИДЕ СБОРА И ИХ РЕАЛИЗАЦИЯ

Безценная Т.С., Шульга Л.И.

Институт повышения квалификации специалистов фармации, г. Харьков
Национальный фармацевтический университет, г. Харьков
Научный руководитель - д.фарм.н., профессор Пиминов А.Ф.

Для пополнения ассортимента существующих растительных препаратов, используемых в стоматологической практике при лечении воспалительных процессов ротовой полости, своевременным является создание фотосредств в виде сборов. Обоснование методологических подходов к получению препарата на основе лекарственного растительного сырья (ЛРС) предшествует его фармацевтической разработке.

Цель исследования. Применить рассмотренные методологические подходы при разработке технологии приготовления нового сбора для терапевтической стоматологии.

Материалы и методы. Объектами были ЛРС-составляющие сбора: зверобоя трава, липы цветки, мяты листья, календулы цветки, шалфея листья, взятые в соотношении 2:2:1:1:1; растительная смесь вышеперечисленных компонентов, обработанная настойкой софоры японской (НСЯ). Концентрический и ступенчатый метод, а также методы систематизации и анализа были использованы при выборе методологии, а фармако-технологические - для обоснования технологии фотосредства.

Результаты и их обсуждение. Среди методологических подходов при создании сбора первостепенным является обоснование размера частиц ЛРС его состава, что возможно определить по значению сухого остатка полученного водного извлечения, и режима сушки растительной смеси, обработанной НСЯ, с учетом входящих биологически активных веществ.

Доказано, что использование для приготовления водного извлечения из сбора фракции ЛРС с размером частиц 1-3 мм является оптимальным, поскольку показатели сухого остатка у данных водных извлечений выше по сравнению с водными извлечениями, полученными из растительных смесей с размером частиц ЛРС до 1 мм и свыше 3 мм. ЛРС-компоненты сбора, опрысканные НСЯ, предложено высушивать не менее 40 минут при комнатной температуре или на протяжении 15-20 минут в сушильном шкафу (температура 30-40°C), что обусловлено наличием эфирных масел в растительном сырье.

Выводы. Применение предложенных методологических подходов позволило обосновать рациональную технологию нового сбора, водному извлечению которого (по данным фармакологических и микробиологических исследований) присуще антиэкссудативное, гемостатическое, противомикробное и антифунгальное действие.

ДОКЛИНИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ПРОТИВОЛУЧЕВЫХ СВОЙСТВ МЕЛАНИНА

Булынина Т.М.

Институт медико-биологических проблем Российской академии наук,
г. Москва

Федеральный медицинский биофизический центр, г. Москва
Научный руководитель - д.м.н., профессор Иванов А.А.

Меланины широко распространены как в растительных и животных тканях, так и у простейших. В организме человека меланин находится в меланоцитах кожи, придают окраску волосам и радужной оболочке глаза. Меланины поглощают ультрафиолетовые лучи, и тем самым защищают ткани глубоких слоёв кожи от лучевого повреждения.

В наших исследованиях был использован водорастворимый меланин из лужги гречихи, имеющий статус биологически активной добавки к пище. Хорошая растворимость позволяет использовать его с питьевой водой. Целью исследования стало изучение влияния длительного применения меланина растительного происхождения на жизненно важные функции организма: системы кроветворения и иммунитета, а также определение терапевтической эффективности меланина при облучении в летальных и не смертельных дозах. Мыши получали в свободном доступе раствор фитомеланина с дистиллированной водой в качестве питьевой воды. Меланин растворяли из расчета 12,5 мг сухого вещества на 100 мл воды. Контрольные животные получали дистиллированную воду. На мышах CD-1 и F1(CBA×C57Bl) изучено действие фитомеланина при приеме внутрь по показателям динамике массы, периферической крови, центральных органов кроветворения и иммунитета. На мышах CD-1 изучено влияние меланина на выживаемость и показатели кроветворения при введении после острого или фракционированного облучения.

Показано, что водорастворимый фитомеланин вызывает выраженные изменения в изученных системах при костномозговой форме ОЛБ, обладает лечебным и защитно-лечебным действием. Приём фитомеланина в свободном доступе с питьевой водой в концентрации 12,5 мг на 100 мл с 1-х по 30-е сутки после однократного воздействия рентгеновскими или γ -лучами ^{60}Co в дозах 6,5 - 7,5 Гр (СД80 - СД100) повышал общий показатель выживаемости до 14,4% (в контроле 1,9%). При фракционированном рентгеновском облучении в суммарной дозе 10 Гр положительный эффект достигнут у 100% леченых животных (в контроле выжило 43,7%). Фитомеланин способствовал стабилизации кроветворения и ускорению восстановления изменений, вызванных как протонным, так и γ - рентгеновским облучением в дозах 2,5 и 5 Гр.

Полученные нами результаты позволяют рассматривать фитомеланин как перспективное фармакологическое средство при лечении радиационных поражений.

ИЗУЧЕНИЕ АКТИВНОСТИ И СТАБИЛЬНОСТИ КОВАЛЕНТНО ИММОБИЛИЗОВАННОЙ НА НАНОАЛМАЗЕ ПИРОФОСФАТАЗЫ

Валуева А.В., Яковлев Р.Ю.

Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова

Научные руководители - д.б.н., профессор Леонидов Н.Б.,
к.х.н., доцент Родина Е.В.

Пирофосфатная артропатия (ПФА) - тяжёлое наследственное заболевание, обусловленное отложением микрокристаллов пирофосфата кальция дигидрата в тканях суставов. Перспективным лекарственным средством для терапии ПФА может стать фермент пирофосфатаза (РРаза), гидролизующий пирофосфат до фосфата. Ранее нами была проведена методом хемосорбции иммобилизация РРаза на гидрированный (ДНА-Н), карбоксилированный (ДНА-СООН) и аминированный (ДНА-NH₂) детонационные наноалмазы (ДНА). Было показано, что фермент сохранял 85-86% от начальной активности при иммобилизации на ДНА-Н и ДНА СООН и около 39% при иммобилизации на ДНА-NH₂.

Цель исследования. Изучение активности и стабильности гибридной системы на основе РРаза, ковалентно иммобилизованной на аминированных образцах ДНА. В исследовании использовали рекомбинантную неорганическую пирофосфатазу из *E. coli*. Для характеристики модифицированных ДНА и полученных гибридных систем использовали методы спектрофотометрии, ИК спектроскопии, рентгеновской фотоэлектронной спектроскопии и динамического рассеяния света.

Были синтезированы и охарактеризованы образцы аминированных ДНА без линкера (ДНА-NH₂) и с привитым в качестве линкера гексаметилендиамином (ДНА-(СН₂)₆NH₂). Ковалентную иммобилизацию РРаза на ДНА осуществляли с помощью глутарового альдегида. Максимальное количество иммобилизованного фермента составило 0,8 и 0,6 мг РРаза на 1 мг ДНА-NH₂ и ДНА-(СН₂)₆NH₂, соответственно, а активность иммобилизованного фермента - 65 и 95% от активности нативного фермента, соответственно.

Изучение термостабильности конъюгатов ДНА-РРаза при 65 и 75°C показало, что они инактивируются глубже нативного фермента. В то же время кинетические константы денатурации конъюгатов при 75°C несколько ниже констант денатурации нативной РРаза.

В результате работы показано, что впервые синтезированные конъюгаты РРаза с ДНА проявляют значительную ферментативную активность и обладают повышенной стабильностью. Они могут стать перспективными лекарственными средствами для терапии ПФА.

ЗНАЧЕНИЕ НАУЧНЫХ РАБОТ Д.И.МЕНДЕЛЕЕВА ДЛЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ

Вислогузова О.В.

Рязанский государственный медицинский университет

им. акад. И.П. Павлова

Научный руководитель - асс. Буханова У.Н.

Цель исследования. Формирование у студентов образа отечественного ученого - увлеченного новатора-интеллектуала, на примере личности и научной деятельности Дмитрия Ивановича Менделеева, в рамках мероприятий проводимых в 2014 году на фармацевтическом факультете РязГМУ в ознаменование года Д.И. Менделеева. Обоснование значимости работ Д.И.Менделеева для теории и практики фармацевтической технологии (ФТ).

Материалы и методы. Творческий анализ литературных источников, отражающих научную деятельность Д.И.Менделеева.

Результаты и их обсуждение. Открытие Д.И.Менделеевым периодического закона, составление таблицы химических элементов, написание учебника "Основы химии", положило начало современной химии, дающей провизорам знание строения, свойств химических соединений для решения таких проблем лекарствоведения как поиск новых фармацевтических субстанций, установление взаимосвязи между составом и структурой химических соединений и биологической активности. Существование кристаллогидратов, установленное Менделеевым, полиморфизм, химическая модификация веществ рассматриваются современной биофармацией, как один из важнейших фармфакторов, влияющих на повышение качества, эффективности и безопасности лекарственных средств.

Химическая теория растворов, открытая Д.И.Менделеевым, легла в основу теории растворения, используемой в аптечном изготовлении растворов (водных, спиртовых и др.) и для производства жидких лекарственных форм (ЖЛФ) в условиях промышленного производства.

Открытие Д.И.Менделеевым явления изоморфизма в силикатах, заложило теоретические основы современного производства стеклянных ампул и флаконов медицинского назначения необходимой прочности, хрупкости, химической устойчивости, которые используются фармацевтическими предприятиями как первичная упаковка ЖЛФ.

Открытие точки абсолютного кипения жидкостей, изучение упругости газов, обосновало протекание различных тепловых процессов используемых в ФТ - дистилляции, выпаривания, сушки и др., а также способствовало разработке их аппаратного оформления.

Выводы. Современные провизоры считают Д.И.Менделеева педагогом-просветителем, экспериментатором, теоретиком, конструктором, а его работы по изучению и практическому применению физико-химических процессов - фундаментом для развития ФТ в целом и ее направлений - биофармации, метрологии и дозировании, алкоголеметрии и др.

РАЗРАБОТКА СОСТАВА НОВОГО ВУЛЬВОСОРБЦИОННОГО ГЕЛЯ С КАОЛИНОВОЙ ГЛИНОЙ

Караубаева А.А., Аюпова Р.Б.

Казахский национальный медицинский университет, г. Алматы

Научные руководители - Сакипова З.Б., Омарова Р.А.

Цель исследования. Разработка состава нового лекарственного средства на основе каолиновой глины Республики Казахстан, применяемого для гинекологической практики.

Материалы и методы. Объектами исследования явились тонкие фракции каолиновой глины и вспомогательные вещества разрешенные к применению в медицинской практике: карбопол, глицерин, натрия альгинат, Na-КМЦ и вода очищенная. Проводились физико-химические, технологические и микробиологические и реологические исследования по подбору и разработке оптимального состава вагинального геля с каолиновой глиной.

Результаты и их обсуждение. В пропись вульвосорбционного геля для лечения воспалительных заболеваний полости влагалища в гель были включены следующие компоненты: карбопол, глицерин, гидроксид натрия, каолиновая глина и экстракт из лекарственного растительного сырья.

Гель проявляет антимикробные, противовоспалительные и ранозаживляющие свойства.

Выводы. На основании физико-химических, технологических, реологических и микробиологических исследований был отобран оптимальный состав геля с каолиновой глиной.

ФАРМАКОПЕЙНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ И ИХ РЕАЛИЗАЦИЯ ВИЗГОТОВЛЕНИИ ЭКСТЕМПОРАЛЬНЫХ ЭКСТРАКЦИОННЫХ ФИТОПРЕПАРАТОВ

Качамина С.А.

Рязанский государственный медицинский университет

им. акад. И.П. Павлова

Научный руководитель - к. фарм. н., доцент Селезенев Н.Г.

Цель исследования. На основании изучения нормативных документов по изготовлению водных извлечений (ВИ) из лекарственного растительного сырья (ЛРС) обобщить современные требования к ВИ, на примере ВИ из ЛРС, содержащих фенологликозиды, экспериментально реализовать эти требования.

Материалы и методы. Нормативная база исследования являлись ГФ XI, ГФ XII, ОФС «Настои и отвары», приказы МЗ РФ. Объектом исследования служили ВИ из листьев толокнянки, изготовленные по технологии отвара и из порошкованного сырья в фильтр-пакетах. Качество ВИ оценивалось

по описанию, подлинности, сухому остатку, количественному содержанию фенологликозида «арбутина».

Результаты и их обсуждение. Анализ нормативных документов показал, что с выходом ОФС «Настои и отвары» возросли требования к технологии ВИ, в частности, по детализации измельченности ЛРС, состава и технологии ВИ из побегов багульника, использование лимонной и винной кислот для улучшения экстракции алкалоидов. Впервые законодательно представлены: ВИ из порошкованного ЛРС в фильтр-пакетах, раздел «Испытания», включающий, кроме регламентирующих показателей качества, маркировку, упаковку, хранение, срок годности.

ВИ (I) из листьев толокнянки, изготовленные экстенпорально по методу ГФ и по инструкции на упаковке из порошкованного сырья в фильтр-пакетах (I), имели отличающиеся качественные и количественные показатели. ВИ (I) имело количественные показатели: сухой остаток - $1,65 \pm 0,026\%$, рН - $4,71 \pm 0,18$, содержание арбутина - $1,06 \pm 0,05\%$; ВИ (II) - $0,31 \pm 0,045\%$, рН - $6,48 \pm 0,27$, содержание арбутина - $0,24 \pm 0,049\%$. В обоих видах ВИ методом бумажной хроматографии и УФ-спектрофотометрии идентифицировался арбутин после последовательного проявления хроматограммы 10% раствором аммиака и раствором железа хлорного с $R_f 0,75 \pm 0,01$ в системе растворителей БУВ (4:1:5). УФ-спектр ВИ характеризовался максимумами при 182 и 221 нм, минимумами поглощения при 246 нм. С железозамещенными квасцами в обоих ВИ идентифицировались дубильные вещества.

Выводы. Проведенный информационный анализ показал, что, наряду с расширением ассортимента экстракционных фитопрепаратов, возрастают требования к их качеству, исследование показало возможность реализации требований фармакопей к качеству и его оценки экстенпорально изготовленных фитопрепаратов.

ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКИМ РАСТВОРОМ ХЛОРИДА НАТРИЯ И ПРЕПАРАТОМ «ГИПЕРХАЕС» ПРИ ОСТРОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ЛЁГКИХ У КРЫС

Куликов О.А., Марочкина Е.Э., Долгачева И.С., Агеев В.П.

Мордовский государственный университет, г. Саранск

Научный руководитель - д.м.н., профессор Инчина В.И.

Цель исследования. Определить изменения гематологических показателей на фоне терапии гипертоническим раствором хлорида натрия и препаратом «гиперхаес» при остром повреждении лёгких (ОПЛ) у крыс

Материалы и методы. Эксперимент проводили на белых крысах массой 220-300г. Животных разделили на 5 групп: 1-интактные, 2-контроль 1

(ОПЛ без лечения), 3-контроль 2 (терапия сравнения, в/в введение дексаметазона (6мг/кг) с последующим в/м введением цефтриаксона (200мг/кг/сутки) в течение 6 суток). Во всех группах моделировалось ОПЛ, путем интратрахеального (и/т) введения 0,03 мл ацетона. Животным 3-ей и 4-ой группы ч/з 1 час после аспирации ацетона в/в однократно вводили гипертонический (7,5%) раствор хлорида натрия и препарат ГиперХАЕС в объеме 4мл/кг соответственно. На протяжении 6-суток фиксировалась летальность в изучаемых группах, на 6-е сутки производился общий анализ периферической крови на гематологическом анализаторе РСЕ-70Vet. Значимость различий сравниваемых величин определяли на основании t- критерия Стьюдента и χ^2 . Значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Гипертонические растворы снижают летальность при остром повреждении лёгких. На 6-е сутки эксперимента в группе контроль 2 была заметна лейко- и лимфопения, которая отсутствовала в группах с использованием гипертонических растворов. Введение дексаметазона и антибиотика приводило к снижению гематокритного числа и к повышению концентрации гемоглобина в эритроцитах. Средний объем эритроцита уменьшался, после применения гипертонического раствора и после введения дексаметазона, и оставался неизменным после введения препарата ГиперХАЕС. Количество пикограмм гемоглобина в эритроците после использования дексаметазона и препарата ГиперХАЕС превышало таковое значение здоровых животных, что соотносится с побочными эффектами глюкокортикостероидов.

Выводы. При исследовании было выявлено положительное влияние комбинированного использования, исследуемых гипертонических растворов с цефтриаксоном при остром аспирационном повреждении легких, сопровождающееся несколько более благоприятной картиной общего анализа крови в отличие от сочетанного использования глюкокортикостероида и антибиотика.

ИССЛЕДОВАНИЕ АНТИМИКРОБНОЙ АКТИВНОСТИ ПЛЕНОК ЛЕКАРСТВЕННЫХ И ГЕЛЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА ЭМАЛИ

Новикова В.В., Третьякова Е.В.

Пермская государственная фармацевтическая академия, г. Пермь
Научный руководитель - к.фарм.н., доцент Голованенко А.Л.

При проведении научно-экспериментальных исследований разработаны составы, технология, проведена валидация методик количественного определения и стандартизация гелей и пленок лекарственных для лечения кариеса эмали.

Цель исследования. Изучение антимикробной активности геля и пленок лекарственных для лечения кариеса эмали.

Материалы и методы. Объектом исследования являлись гель и пленки лекарственных для лечения кариеса эмали. Изучение антимикробной активности проводили методом лунок по ГФ XII издания, методика была модифицирована с учетом вида лекарственных форм. Посев изучаемых культур (*S. Aureus*, *E. Coli*, *C. Albicans*) проводили в разведении 10^{-5} КОЕ/мл методом газона. В лунку диаметром 7 мм вносили 0,1 мл раствора образца. Учет результатов антибактериальной активности проводили спустя 22-24 часа инкубирования при температуре $37 \pm 1^\circ\text{C}$. Учет результатов противогрибковой активности проводили через 44-48 часов инкубирования при температуре $24 \pm 1^\circ\text{C}$. Исследование проводилось на трех сериях геля и трех сериях пленок лекарственных. Препаратом сравнения служил раствор диоксида 1%.

Результаты и их обсуждение. Выраженность антимикробной активности проводили по замеру диаметра зоны задержки роста (мм). Задержка зоны роста для *S. Aureus*/*E. Coli*/*C. albicans* в среднем составила для геля - 8,5/7,0/28,3 мм, для пленок - 9,1/7,0/19,3 мм соответственно. Задержка зоны роста для раствора диоксида 1% составила *S. Aureus*/*E. Coli* 45,6/58,6 соответственно.

Выводы. В результате проведенного исследования было выявлено, что гель и пленки лекарственных для лечения кариеса эмали обладают низкой антибактериальной активностью в отношении *S. aureus* и *E. Coli* и средней антигрибковой активностью в отношении *C. Albicans*.

ВОПРОСЫ ФАРМАКОТЕРАПИИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Нуритдинов О.Д., Ахмадалиев Ш.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан

Научные руководители - Абдуназаров Т.А., Эшонхужаев О.О.

Введение. Для пожилых людей весьма характерны проблемы со здоровьем. Около 80% из них страдают одним или несколькими хроническими заболеваниями. Следствие этого - весьма большой процент потребления лекарств пожилыми людьми.

Цель исследования. Изучит особенности фармакотерапии лиц пожилого возраста, по данным мировой литературы.

Результаты и их обсуждение. Такое значительное потребление лекарств ведет к большому количеству неблагоприятных эффектов лекарств (НЭЛ). «Все последствия множественной фармакотерапии - возросшие расходы, НЭЛ, а также злоупотребление лекарствами или их неподходящее использование - с большей вероятностью встречаются среди пожилых, чем в любой другой возрастной группе».

Исследование в Великобритании выявило, что НЭЛ были единственной или частичной причиной 10% случаев госпитализации в гериатрические отделения.

В Канаде подсчитали, что в одной провинции у 20% пожилых людей, поступивших в больницы неотложной помощи, имелись осложнения в результате использования лекарств, отпускаемых по рецепту.

Хотя лекарства могут быть необходимыми и ценными как для здоровья, так и для качества жизни пожилых людей, фармацевтические фирмы в своих рекламных материалах слишком часто преуменьшают риск неблагоприятных эффектов.

Согласно предложению FDA, фирмы-изготовители должны обеспечивать врачей ясной информацией, отражающей все имеющиеся данные о воздействии на пожилых людей лекарств, отпускаемых по рецепту. В тех случаях, когда для конкретного лекарства эти данные отсутствуют, изготовители должны ясно указать, что такой информации не имеется.

Выводы. Неблагоприятные эффекты, возникающие при попытке «поправить все возрастные и вызванные заболеванием расстройства с помощью «защитной брони» множественной фармакотерапии», часто являются последней каплей, за которой следует неспособность для пожилого человека продолжать относительно самостоятельную жизнь.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СОЗДАНИЯ ТРАНСДЕРМАЛЬНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ФОРМ НА ОСНОВЕ СИЛИМАРИНА С ВЫСОКОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ДОСТУПНОСТЬЮ

Росихин Д.В., Рыжов В.М.

Самарский государственный медицинский университет, г. Самара
Научный руководитель - д.фарм.н., профессор Куркин В.А.

Цель исследования. Создание трансдермальных лекарственных форм на основе силимарина с высокой биологической активностью.

Материалы и методы. Объектом исследования являлись смеси силимарина с солюбилизующим агентом -стеаратом натрия в разных количественных соотношениях. Биодоступность оценивали методом равновесного диализа. Диализной жидкостью являлись: вода очищенная (рН=7,0) и буферный раствор калий виннокислый (рН=3,56), имитирующий слабокислую среду кожного покрова. Контроль, за высвобождением флаволигнанов, осуществлялся методом спектрофотометрии при длине волны 289 нм в пересчете на ГСО силибин.

Результаты и их обсуждение. Пробы образцов помещали в диализные трубки в виде суспензии. Данный способ введения имитировал нанесение мыла на кожный покров. Нами оценивался показатель проницаемости (С%), как отношение количества флаволигнанов силимарина, прошедших через мембрану (m) к количеству введенного вещества в диализную трубку(m0).

По результатам измерения значений проницаемости построены фармакокинетические кривые проницаемости флаволигнанов (С%) ко времени с момента введения пробы в минутах для контрольной среды.

Выводы. Стеарат натрия как поверхностно активное вещество (ПАВ) при смешении с силимарином повышает проницаемость флаволигнанов через полупроницаемую мембрану как в нейтральной среде (рН=7), так и в кислой среде (рН=3,56). Таким образом, доказана перспективность дальнейших исследований по увеличению биодоступности силимарина в смесях с ПАВ, а также создания трансдермальных лекарственных форм на основе силимаринового комплекса в качестве уникального дерматопротектора при лечении и профилактике онкологических заболеваний кожи в дерматологии.

ФРАКЦИОННЫЙ СОСТАВ БЕЛКОВ ТРАВЫ ЛАБАЗНИКА ВЯЗОЛИСТНОГО И ШЕСТИЛЕПЕСТНОГО

Сазанова К.Н.

Самарский государственный медицинский университет, г. Самара
Научный руководитель - к.х.н., доцент Шарипова С.Х.

Белки, являясь первичными продуктами экспрессии генов, отражают генетическую структуру организма и с успехом используются в решении разнообразных задач прикладной ботаники и систематики. Белки растительной клетки обладают необходимыми для сравнительного исследования высокой гетерогенностью и вариабельностью.

Цель исследования. Установить фракционный состав белков в траве двух видов лабазника (вязолистного и шестилепестного) в условиях повышенной влажности.

Материалы и методы. Материалом исследования служила трава лабазника вязолистного и лабазника шестилепестного, заготовленная в фазу цветения в 2014 году в Самарской области. Электрофоретический метод анализа проводился в камере для электрофореза в плоских блоках полиакриламидного геля с циркуляционной системой охлаждения. Для установления фракционного состава неферментных белков клеток растений гелевые пластинки после электрофореза погружали в 1% раствор амидо-черного в 7 % кислоте уксусной на 10 мин. Определение относительной электрофоретической подвижности белковых фракций проводили с помощью компьютерной программы TLC Manager v.3.12.

Результаты и их обсуждение. В траве лабазника вязолистного через 24 часа обнаруживаются 2 фракции неспецифических белков с относительной электрофоретической подвижностью (ОЭП) 0,37 и 0,52. Выдержка в условиях повышенной влажности играет существенную роль для данного вида сырья, так как через 72 часа инкубации обнаруживается только одна фракция неспецифических белков с ОЭП = 0,52. Через 120 часов фракции неспецифических белков не обнаруживаются. Следовательно, можем предположить, что эти белки подверглись катаболизму в реакциях возобновившегося ферментативного катализа. При инкубации травы ла-

базника шестилепестного в течение 24 часов обнаруживаются неспецифические белки с ОЭП = 0,42 и ОЭП = 0,62. При более длительном выдерживании сырья в условиях повышенной влажности определяются белки с ОЭП = 0,65 и ОЭП = 0,78. Через 120 часов на фореграмме не обнаруживаются белковые фракции.

Выводы. Изменение числа фракций неферментативных белков в растениях семейства Розоцветные в условиях повышенной влажности отличается специфичностью для каждого растения и является показателем качества лекарственного растительного сырья.

РАЗРАБОТКА СОСТАВА НОВОГО ВАГИНАЛЬНОГО ГЕЛЯ С ЭФИРНЫМ МАСЛОМ ИЗ *ABIES SIBIRICA* L.

Сакипова З.Б., Капсалямова Э.Н., Ермахан А.

Казахский национальный медицинский университет, г. Алматы

Научный руководитель - д-р философии (PhD) Аюпова Р.Б.

Цель исследования. Разработка состава нового антифунгального и противовоспалительного, антимикробного лекарственного средства на основе растительного сырья из Республики Казахстан, предназначенного для применения в гинекологической практике.

Материалы и методы. Объектами исследования явились эфирное масло из *Abies sibirica* L. полученное методом микроволнового нагревания на экстракторе «STARTE Microwave Extraction System» и вспомогательные вещества разрешенные к медицинскому применению: карбомер 974 Р, глицерин, полисорбат-80, триэтаноламин и вода очищенная. Проводились физико-химические, технологические, микробиологические и структурно-механические исследования по разработке оптимального состава вагинального геля с эфирным маслом из *Abies sibirica* L.

Результаты и их обсуждение. В пропись вагинального геля для лечения воспалительных и грибковых заболеваний полости влагалища нами были включены следующие компоненты, разрешенные к медицинскому применению: эфирное масло из *Abies sibirica* L., карбомер, полисорбат - 80, глицерин, триэтаноламин и вода очищенная.

Данный вид лекарственного растения *Abies sibirica* L. является признанным источником для получения мягких и эффективных лекарственных препаратов, обладающих противовоспалительным, антимикробным, ранозаживляющим, регенерирующим и антифунгальным действиями.

Выводы. На основании физико-химических, технологических, структурно-механических, микробиологических исследований был отобран оптимальный состав геля с пихтовым маслом: эфирное масло из *Abies sibirica* L. - 1,0г, карбомер-1,0г, полисорбат - 80 - 1,0г, глицерин-10,0г, триэтаноламин - 0,34г и воды очищенной до 100г.

ИССЛЕДОВАНИЕ ТРАНЗАКЦИЙ АПТЕЧНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ СЕТИ ТАМБОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Семёнова С.В.

ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава, Россия

Научный руководитель - к.фарм.н., доцент Кузнецов Д.А.

Цель исследования. Сравнить один из показателей транзакций (средний чек) в двух аптечных организациях (АО), принадлежащих межрегиональной аптечной сети.

Материалы и методы. Исследование проводилось на основе отчетных данных АО за 2 года. Аптека А расположена в центре города рядом с крупным транспортным узлом на остановке и небольшими магазинами, основные покупатели транзитные. Аптека Б находится на перекрестке, в шаговой доступности располагаются взрослая и детская поликлиники. Основные покупатели жители окрестных домов, пациенты поликлиник.

Результаты и их обсуждение. Средний чек формирует основные экономические показатели фармацевтической организации: товароборот, прибыль, рентабельность. Высокая его величина характеризует оптимальный ассортимент, привлекательную для потребителей ценовую политику, эффективность маркетинговых мероприятий.

На основе данных, предоставленных аптеками, был проведен сравнительный анализ динамики среднего количества транзакций и величины среднего чека 2 аптечных организаций.

В результате полученных данных было выявлено, что средний чек в аптеке А выше в 1,8 раза, чем в аптеке Б. количество транзакций выше в 1,6 раза. В обоих АО сумма среднего чека повышается в ноябре-декабре, это связано с пиком заболеваемости населения гриппом и ОРВИ. Понижение среднего чека в январе и в период с мая по август связано с периодом выходных и отпусков. при анализе динамики среднего чека аптеки А было выявлено его увеличение в 1,2, аптеки Б - в 1,3.

При анализе динамики среднего чека в исследуемых АО по дням недели были выявлены различия в зависимости от времени года. Так в зимние месяцы в аптеке А средний чек был наиболее высоким в субботу, в весной и летом - в будние дни: пятницу и понедельник, осенью - в среду и субботу; в аптеке Б - средний чек выше в понедельник и субботу, его величина снижается в воскресенье и во вторник.

При анализе количества транзакций наблюдалось их уменьшение в выходные дни и увеличение в понедельник, вторник, среду. Общее количество транзакций в аптеке А уменьшилось в 0,91 раз по сравнению с базовым годом, в аптеке Б уменьшилось в 0,95 раза.

Выводы. Были выявлены различия в динамике транзакций и среднего чека в аптеках, определены тенденции роста величины среднего чека и уменьшения количества транзакций за исследуемый период.

ВЛИЯНИЕ ФУНКЦИОНАЛИЗИРОВАННОГО ДЕТОНАЦИОННОГО НАНОАЛМАЗА НА ИЗОЛИРОВАННЫЕ МИТОХОНДРИИ

Соломатин А.С., Яковлев Р.Ю.

Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова

Научный руководитель - д.б.н., профессор Леонидов Н.Б.

Одной из важнейших проблем лекарственной терапии является высокая токсичность и недостаточная эффективность многих лекарственных средств. Перспективным вариантом решения является создание систем доставки лекарственных веществ (ЛВ). Однако многочисленные исследования, проведенные за последние десятилетия, показали, что далеко не все наночастицы могут использоваться как безопасные для клетки. Например, частицы на основе оксидов металлов (железа, меди, цинка, серебра и др.), неметаллов (например, диоксида кремния) или даже многообещающие углеродные наночастицы (фуллерены, нанотрубки, графен), попадая в клетку, приводят к повышению уровня активных форм кислорода (АФК) и, как следствие, к окислительному стрессу и апоптозу. При этом основным источником АФК в клетке являются митохондрии, угнетение которых приводит к повышению уровня АФК. Одними из основных показателей функционирования митохондрий являются мембранный потенциал и кальциевая емкость, снижение которых напрямую связано с дисфункцией митохондрий, а также их редокс-состояние. Еще одной критически важной для клетки функцией митохондрии является их способность к производству АТФ - энергообеспечению клеточных процессов. Способность митохондрий к энергопродукции зависит от скорости окислительного фосфорилирования АДФ. Учитывая критическую важность этих процессов и функций для нормального функционирования клетки, необходимо искать такие носители ЛВ, которые были бы максимально биосовместимы. Таким носителем показал себя представитель группы углеродных наночастиц - детонационный наноалмаз (НА). Однако нами показано, что его влияние на основные показатели функционирования изолированных митохондрий печени крыс существенно зависит от химии поверхности. Так, если карбоксилированный и исходный НА даже в концентрации 1,5 мг/мл не влияли на функционирование митохондрий, то хлорированный и гидрированный НА уже при 0,75 мг/мл приводили к существенному снижению кальциевой емкости (до 75-80%), а при 1,0 и 1,5 мг/мл - к снижению скорости окислительного фосфорилирования (до 50%) и мембранного потенциала митохондрий, соответственно. Результаты эксперимента позволяют сделать вывод о высоком потенциале использования НА в системах доставки ЛВ, а также в качестве фактора влияния на функционирование митохондрий в клетке.

РАЗРАБОТКА МЕТОДИКИ КОЛИЧЕСТВЕННОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ ИЗОНИАЗИДА ДЛЯ ТОКСИКОКИНЕТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Тонникова Е.В., Тиунцова И. В.

Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова

Научные руководители - к.б.н., доцент Чекулаева Г.Ю.,
к.фарм.н., доцент Громова З.Ф.

Процесс лечения противотуберкулезными препаратами требует постоянного контроля за их содержанием в крови, распределением в организме и выведением для предотвращения передозировки. Представленные в литературе методы количественного определения изониазида имеют ряд недостатков, ограничивающих возможность их использования для фармакокинетических исследований. Целью нашего исследования является разработка простой в использовании, экспрессной и валидизированной методики количественного определения изониазида не только в фармацевтических субстанциях, но и в биологических объектах.

В основе спектрофотометрического метода количественного определения в видимой области спектра, была использована реакция изониазида с ванадатом аммония в среде хлороводородной кислоты. В ходе исследования было установлено, что рабочая длина волны=430 нм и окраска устойчива в течении 30 минут. Для выявления линейной зависимости между концентрацией фармацевтической субстанции изониазида и оптической плотностью продукта его реакции с раствором ванадата аммония, готовили ряд разведений в интервале 0,012-0,027 г/мл. Проведенные исследования позволяют сделать вывод, что в рабочем диапазоне концентраций наблюдается подчинение закону Бугера-Ламберта-Бера. Открываемый минимум изониазида при его определении данным методом - 0,012г/мл, что позволяет использовать эти данные для определения изониазида в биообъектах.

Выводы. Разработана методика количественного определения изониазида в фармацевтической субстанции спектрофотометрическим методом в видимой области спектра. Показана возможность использования данной методики в дальнейших химико-токсикологических исследованиях.

ИССЛЕДОВАНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ АКТИВНОСТИ МОДИФИЦИРОВАННЫХ ДЕТОНАЦИОННЫХ НАНОАЛМАЗОВ

Яковлев Р.Ю.

Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова

Научные руководители - д.б.н., профессор Леонидов Н.Б.,
д.х.н., профессор Лисичкин Г.В.

Наноалмазы (НА) детонационного синтеза могут являться потенциальными антиоксидантными препаратами за счет наличия на поверхности функциональных групп, в частности, гидроксильных, способных поглощать свободные радикалы. Ранее было показано, что НА не уступают по антирадикальной активности флаванолу и кверцетину, а гидроксильное НА повышает эффективность противодействия прогорклости масла.

Исследование антиоксидантной активности было выполнено на конъюгате НА с глицином, являющимся перспективным средством для лечения заболеваний ЦНС. Использовали оценку перекисного окисления липидов в суспензии модельных мембран липосом по показателям уровней диеновых конъюгатов (ДК) и малонового диальдегида (МДА) и оценку антирадикальной активности в хемилюминесцентной системе, состоящей из незамещенного 3-оксипиридина, пероксидазы из корня хрена и пероксида водорода.

В результате проведенных экспериментов установлено, что конъюгат НА с глицином в концентрации 10 мкг/мл вызывает достоверное уменьшение в 2 раза уровня МДА, в концентрации 50 мкг/мл также статистически достоверно уменьшает уровень МДА в 2 раза, а уровень ДК - в 2,4 раза. В концентрации 100 мкг/мл эффект конъюгата усиливается: уровень МДА снижается в 3,1 раза, а уровень ДК - в 5,8 раза

В диапазоне концентраций 20-100 мкг/мл конъюгат НА с глицином обладает отчетливой антирадикальной активностью, достоверно ингибируя хемилюминесценцию в системе 3-оксипиридин-пероксидаза-пероксид водорода, и превосходит по этому показателю нативную аминокислоту глицин и препарат сравнения мексидол.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

СОВРЕМЕННАЯ МЕТОДИКА ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ САНАЦИИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА

Алексеев Ю.С.

Чувашский государственный университет, г.Чебоксары
Научный руководитель - к.м.н., доцент Алексеев С.Б.

С развитием эндоскопической техники стало возможным выполнение операций под контролем эндоскопической аппаратуры.

Цель исследования. Разработка нового метода хирургической санации альвеолярного отростка и ревизии лунок зубов после их удаления.

Материалы и методы. За основу образа эндоскопической ревизии лунки во время типичного или атипичного удаления зуба, зубосохраняющих операций поставлена задача максимально тщательной санации лунки удалённого зуба/зубов и альвеолярного отростка.

Поставленную задачу решали тем, что после выполнения хирургического пособия рану осматривали с помощью эндоскопа подключенного к видеокамере и монитору. Манипуляции проводили под контролем зрения, наблюдая за своими движениями на мониторе. Весь процесс фиксировался и документировался на электронные носители.

Методика эндоскопической ревизии такова: Все вмешательства проводили под местной проводниковой периферической анестезией. После удаления зуба лунку осматривают с помощью эндоскопа подключенного к стекловолоконной оптике, видеокамере и монитору. Если обнаруживали патологические образования радикулярные кисты, кистогранулемы, инородные тела (пломбировочный материал, эндодонтический инструмент, дренажи), выполняли их удаление специально подобранным инструментарием под контролем зрения глядя на экран монитора.

Результаты и их обсуждение. Существующий метод эндоскопической санации после выполняемых хирургических пособий, заключается в хирургических манипуляциях, проводимых в костной ране без контроля зрения.

Основным недостатком общепринятой методики является то, что невозможно видеть все участки зубной лунки, а также нельзя быть уверенным в том, что удалось удалить все патологически изменённые ткани и образования.

Новизна метода состоит в том, что ревизию и санацию операционного поля после выполнения вышеизложенных хирургических пособий позволяет выполнять более тщательно и точно под контролем эндоскопа со стекловолоконной оптикой подключенного к видеокамере и монитору.

Выводы. Положительный эффект использования предложенного метода дает возможность уменьшить риск послеоперационных осложнений, улучшить результаты лечения, сократить срок реабилитации пациентов для последующего ортопедического лечения и дентальной имплантации.

НАПРАВЛЕННЫЙ НАДЛОМ КОРТИКАЛЬНОЙ ПЛАСТИНКИ ПРИ РАСЩЕПЛЕНИИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ГРЕБНЯ

Атаян Д.В.

Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова

Научный руководитель - д.м.н., профессор Кузнецов А.В.

Цель исследования. Разработка пьезохирургических методик аугментации атрофированного альвеолярного гребня и демонстрация основных принципов применения пьезохирургии при костнопластических оперативных вмешательствах.

Материалы и методы. 19 пациентам с вертикальной и/или горизонтальной атрофией альвеолярного гребня в рамках запланированного имплантологического лечения была проведена аугментация альвеолярного гребня с помощью пьезохирургического аппарата (по разработанным методикам). Оценивалась выраженность постоперационных осложнений, а также прирост вертикальных и горизонтальных размеров альвеолярного гребня (по истечении 4 месяцев) с помощью конусно-лучевой компьютерной томографии.

Результаты и их обсуждение. Применение пьезохирургических методик снижает степень ожога костных структур при проведении остеотомии альвеолярного гребня челюстей. Во всех случаях это способствовало благоприятному течению послеоперационного периода (уменьшение коллатерального отека, заживление раны первичным натяжением, снижение сроков временной нетрудоспособности). Кроме того, снижается риск развития осложнений в интра- и постоперационном периоде за счет гемостатического и бактерицидного действия ультразвука.

Выводы.

1. Использование пьезохирургических методик аугментации атрофированного альвеолярного гребня позволяет существенно снизить риск развития интра- и постоперационных осложнений.
2. Предложенные пьезохирургические методики эффективны в практике.
3. Направленный надлом кортикальной пластинки при расщеплении альвеолярного гребня позволяет достичь предсказуемого результата при недостатке объема костной ткани.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БИОАКТИВНОГО КОЛЛАГЕНОВОГО МАТЕРИАЛА «КОЛЛОСТ» ДЛЯ ПЛАСТИКИ КОСТНЫХ ДЕФЕКТОВ ЧЕЛЮСТЕЙ ПОСЛЕ ЦИСТЭКТОМИИ

Атаян Д.В.

Рязанский государственный медицинский университет

им. акад. И.П. Павлова

Научный руководитель - д.м.н., профессор Кузнецов А.В.

Цель исследования. Разработка способов пластики костных дефектов челюстей после цистэктомии с применением биоактивного коллагенового материала «Коллост» в различных комбинациях, изучение эффективности применения способов пластики костных дефектов челюстей.

Материалы и методы. 62 пациентам без тяжелой соматической патологии (38 женщинам и 24 мужчинам) в возрасте от 24 до 56 лет была произведена цистэктомия по показаниям. В 1-ой группе (21 человек) костные дефекты заполнялись материалом «Коллост», смешанным с интраоперационно полученным аутогенным тромбоцитарным гелем, поверх укладывалась коллагеновая мембрана «Коллост». Во 2-ой группе (20 человек) костные дефекты заполнялись коллагеновым материалом «Коллост» с укрытием коллагеновой мембраной «Коллост». В группе контроля (21 человек) замещение костных дефектов происходило естественным путем. Оценивалась выраженность постоперационных осложнений, плотность (в единицах Хаунсфилда) и структура костной ткани в области аугментата по истечении 3 и 6 месяцев, а также изменения размеров альвеолярного гребня (по истечении 6 месяцев) с помощью конусно-лучевой компьютерной томографии.

Результаты и их обсуждение. Наиболее благоприятно постоперационный период протекал в 1-ой группе (отек и болезненность были выражены 61,9%), однако необходимость интраоперационного забора крови для получения аутогенного тромбоцитарного геля вызывала дискомфорт у 80,9% пациентов. Постоперационный период во 2-ой группе и группе контроля протекал менее благоприятно - у 75% и 85,7% пациентов соответственно отмечался выраженный болевой симптом и постоперационный отек. Наименьшая убыль параметров костной ткани также была отмечена в 1-ой группе. Кроме того, плотность костной ткани спустя 6 месяцев в 1-ой группе была в среднем больше на 58 HU по сравнению с группой контроля.

Выводы. Использование материала «Коллост» в комбинации с аутогенным тромбоцитарным гелем позволяет снизить частоту постоперационных осложнений, достичь предсказуемого результата в отдаленные сроки и сократить период регенерации костной ткани в сравнении с группой контроля на $5,9 \pm 0,4$ дня. Кроме того, использование коллагеновой мембраны «Коллост» позволяет предотвратить активное прорастание эпителиальных элементов в костный дефект, что создает условия для формирования костной ткани.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БИОАКТИВНОГО КОЛЛАГЕНОВОГО
МАТЕРИАЛА «КОЛЛОСТ» ДЛЯ ПЛАСТИКИ
ПОСТЭКСТРАКЦИОННЫХ КОСТНЫХ ДЕФЕКТОВ ЧЕЛЮСТЕЙ

Атаян Д.В., Дулов Ф.В.

Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова

Научный руководитель - д.м.н., профессор Кузнецов А.В.

Цель исследования. Разработка способов пластики постэкстракционных костных дефектов челюстей с применением биоактивного коллагенового материала «Коллост» в различных комбинациях, изучение эффективности применения способов пластики костных дефектов челюстей.

Материалы и методы. 78 пациентам без тяжелой соматической патологии (46 женщинам и 32 мужчинам) в возрасте от 24 до 56 лет было произведено удаление зуба по показаниям. В 1-ой группе (26 человек) постэкстракционные дефекты заполнялись материалом «Коллост», смешанным с интраоперационно полученным аутогенным тромбоцитарным гелем. Во 2-ой группе (27 человек) постэкстракционные дефекты заполнялись коллагеновым материалом «Коллост». В группе контроля (27 человек) замещение постэкстракционных дефектов происходило естественным путем. Оценивалась выраженность постоперационных осложнений, плотность (в единицах Хаунсфилда) и структура костной ткани в области аугментата по истечении 3 и 6 месяцев, а также убыль вертикальных и горизонтальных размеров альвеолярного гребня (по истечении 6 месяцев) с помощью конусно-лучевой компьютерной томографии.

Результаты и их обсуждение. Наиболее благоприятно постоперационный период протекал в 1-ой группе (отек и болезненность слабо выражены), однако необходимость интраоперационного забора крови для получения аутогенного тромбоцитарного геля вызывала дискомфорт у 73 % пациентов. Постоперационный период во 2-ой группе и группе контроля протекал менее благоприятно - у 37% и 44,4% пациентов соответственно отмечался выраженный болевой симптом и постоперационный отек. Наименьшая убыль вертикальных и горизонтальных параметров костной ткани также была отмечена в 1-ой группе. Кроме того, плотность костной ткани спустя 6 месяцев в 1-ой группе была в среднем больше на 56 НУ по сравнению с группой контроля.

Выводы. Использование материала «Коллост» в комбинации с аутогенным тромбоцитарным гелем позволяет снизить частоту постоперационных осложнений, достичь предсказуемого результата в отдаленные сроки и сократить период регенерации костной ткани в сравнении с группой контроля на $6,3 \pm 0,4$ дня. Кроме того, использование коллагеновой мембраны «Коллост» позволяет предотвратить активное прорастание эпителиальных элементов в костный дефект, что также благоприятно влияет на сроки реабилитации пациента.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО
ПАРЕНХИМАТОЗНОГО ПАРОТИТА У ДЕТЕЙ В ДИНАМИКЕ
ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

Базаева С.М.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия,
г. Владикавказ

Научный руководитель - д.м.н. Тобоев Г.В.

Актуальность проблемы диагностики воспалительных заболеваний слюнных желез у детей определяются рядом причин, основными из которых являются высокая частота встречаемости этой группы заболеваний. 13-15% составляют воспалительные заболевания челюстно-лицевой области, процент диагностических ошибок достигает 30-50% (Абрамов В.А., 1992; Москаленко Г.Н., 1984; Рогинский В.В., 1998).

Цель исследования. Используя несомненные преимущества ультразвукового обследования околоушных желез в различные фазы воспаления, нами проведено обследование 25-ти детей с хроническим паренхиматозным паротитом в возрасте от 3-х до 12-ти лет.

Материалы и методы. Всем детям (25) проведено ультразвуковое исследование с целью уточнения диагноза.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что для периода обострения воспалительного процесса характерно понижение эхогенности пораженной слюнной железы, нечеткость контуров, уплотнение стромы железы и увеличение ее размеров.

В период стихания воспаления выявлено сохранение гипоэхогенности железы, строма железы уплотнена неоднородно, повышение васкуляризации, уменьшение размеров железы.

Выводы. Таким образом, эхография позволяет получить визуальную информацию о состоянии слюнных желез и является важным диагностическим методом в комплексном обследовании детей с хроническим паренхиматозным паротитом.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОВ КОРРЕКЦИИ
МАРГИНАЛЬНОЙ ДЕСНЫ ПРИ ПОСЛЕДУЮЩЕМ ПРИМЕНЕНИИ
НЕСЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ.

Зиманков Д.А., Наумов М.А., Мирнигматова Д.Б.

Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова

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

Одной из актуальных тем ортопедической стоматологии при лечении несъемными протезами является создание гармоничного соотношения десневого края и края искусственной коронки (И.Ю.Лебеденко, 2002 г.; Е.А.Брагин, 2003 г.; D.Morton, J.Ruskm, 2003 г.).

Цель исследования. Изучить и сравнить методы подготовки пародонта перед последующим ортопедическим лечением эстетическими видами коронок, выбрать из представленных методов тот, который может дать наиболее точный и эффективный метод коррекции маргинальной десны.

Материалы и методы. Был проведен обзор литературы по данной теме и применены на практике 4 метода коррекции маргинальной десны у 40 пациентов: гингивэктомия при помощи скальпеля; гингивопрепарирование; электрокоагуляция на (электрокоагулятор ЭКпс 20 1ОРТОС); лазерная коагуляция (диодный лазер Doctor Smile Simpler).

Результаты и их обсуждения. В ходе исследования из представленных методов коррекции маргинального края более эффективным и точным был определен метод лазерной коагуляции.

Лазерная коагуляция обладает рядом преимуществ: отсутствие кровотечения; стерильность операционного поля до и после работы; не требует проведения анестезии; более точное и быстрое действие на ткани; отсутствие шума, вибраций, перегрева, раздражения нервных окончаний, которые влияют на психологический статус пациента; отсутствие послеоперационных рубцов и ожогов; более быстрое восстановление десны.

Выводы. Метод лазерной коагуляции удобен для работы врача стоматолога т.к. в большинстве случаев не требует проведения анестезии и позволяет достичь высоких результатов, а так же для пациента т.к. исключает послеоперационные боли и пациент не видит карпульного шприца, стоматологического наконечника и скальпеля.

ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОСТЕОСИНТЕЗА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ **Кокоев В.А.**

Северо-Осетинская государственная медицинская академия,
г. Владикавказ

Научный руководитель - д.м.н. Тобоев Г.В.

Переломы костей лицевого скелета, полученные в алкогольном опьянении занимают особое место в структуре травм челюстно-лицевой области. По данным разных авторов, они составляют от 5 до 15% хирургических больных, обращающихся в стоматологические поликлиники, и около 50% пациентов, госпитализируемых в специализированные стоматологические стационары. Достаточно часто наблюдается развитие гнойно-воспалительных осложнений в области линии перелома у данного контингента больных.

Цель исследования. Анализ динамики клинических показателей в послеоперационном периоде у больных с переломами нижней челюсти на

фоне хронической алкогольной интоксикации (ХАИ), для оценки эффективности проводимой терапии.

Материалы и методы. 46 пациентам, систематически употребляющим алкоголь, по показаниям произведен остеосинтез нижней челюсти. 26 пациентам (контрольная группа) в послеоперационном периоде назначалось традиционное медикаментозное лечение (антибиотики, десенсебилизирующая терапия, витамины). 20 пациентам в комплексном медикаментозном лечении назначали препарат "Ацизол" по 1 мл в/м ежедневно в течение 7 дней. Для оценки эффективности проводимой терапии анализировали динамику клинических показателей.

Результаты и обсуждение. Объективный анализ клинической картины у пациентов 1-ой группы выявил исчезновение болевого симптома, отека тканей, гиперемии кожи и слизистой оболочки, наличия отделяемого, улучшение самочувствия на 8-9 сутки.

Во 2-й группе больных регрессия вышеуказанных симптомов наблюдалась на 2-3 дня раньше. Не было отмечено ни одного случая затяжного послеоперационного периода.

Выводы. Таким образом, применение ацизола, обладающего антигипоксантным, метаболическим и вазодилатирующим свойствами, способствует ускорению заживления в послеоперационном периоде, что делает оправданным их применение у пациентов с переломами нижней челюсти на фоне ХАИ.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАРОДОНТА.

Мирнигматова Д.Б., Зиманков Д.А., Наумов М.А.

Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова

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

В настоящее время заболевания пародонта продолжают оставаться одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем. Воспалительные заболевания пародонта составляют более 70% от всей патологии пародонта и вызывают наибольшие трудности при диагностике и лечении (Иванов В.С., 1989; Грудянов А.И., 2009). Последствием заболеваний пародонта является ряд деструктивных и функциональных изменений опорного аппарата зуба, одним из клинических проявлений которых является патологическая подвижность зубов (Курляндский В.Ю., 1958). Кроме того, 48-62% всех случаев потери зубов приходится именно на осложнения тяжелых форм заболеваний пародонта (Курляндский В.Ю., 1956; Алимский А.В., 2004; Matthews D.C., 2001). Длительное время успех ортопедического лечения связывали с квалификацией, уровнем профессиональной подготовки врача-ортопеда и зубного техника, наличием современного оборудо-

вания и инструментария (Гаврилов Е.И., Щербаков А.С., 1984). Однако практика показала явную недостаточность такого подхода.

Цель исследования. Разработка методов комплексного ортопедического лечения, а также критериев оценки результатов этого лечения.

Материалы и методы. В ходе исследования осуществлялись предварительное исследование и подготовка тканей пародонта до протезирования у 20 пациентов с учетом их индивидуальных особенностей и психоэмоционального состояния.

Результаты и их обсуждение. Данное исследование позволило получить количественную характеристику медицинской и микросоциальной результативности качества ортопедического лечения больных при заболеваниях пародонта; разработать и применить в стоматологической практике методику комплексной оценки качества ортопедического лечения больных при заболеваниях пародонта и влияния психоэмоционального состояния пациентов на результаты лечения; проводить сравнительный анализ при изучении эффективности и качества новых методов ортопедического лечения больных при заболеваниях пародонта.

Выводы. Комплексный подход в ортопедическом лечении больных при заболеваниях пародонта способствует улучшению качества и повышению эффективности проводимого лечения; результаты лечения во многом зависят и от психоэмоционального состояния больного; полученные данные позволили проводить индивидуальную оценку качества ортопедического лечения больных при заболеваниях пародонта.

МЕТОДИКА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДВИГАТЕЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ЯЗЫКА ПОСЛЕ ГЕМИГЛОССЭКТОМИИ

Мишин Д.Н.

Рязанский государственный медицинский университет

им. акад. И.П. Павлова

Научный руководитель - к.м.н., доцент Митин Н.Е.

Пациенты после операций на тканях языка испытывают трудности, связанные с неполным выполнением языком своих функций. Так, после гемиглоссэктомии оставшаяся культя языка принимает несвойственное ему в норме положение и в неполной мере восполняет весь объем артикуляционных движений.

Материалы и методы. На кафедре ортопедической стоматологии и ортодонтии РязГМУ им. акад. И.П. Павлова было обследовано 50 человек с право- и левосторонними резекциями языка, из них соотношение мужчин и женщин 1,5:1 в возрасте от 47 до 78 лет. Функциональная диагностика осуществлялась с использованием метода определения двигательной дисфункции языка (Патент № 2533977).

На первом этапе всем пациентам изготавливалась небная пластинка из стоматологической пластмассы. На втором этапе на небную пластинку наносится слой корригирующей силиконовой массы (С-силикон) толщиной в 1 мм.

Пластинка устанавливается в полости рта и пациенту предлагается совершить движение языком по границам небной пластинки в течение времени застывания силиконовой массы. В результате данных действий на небной пластинке отобразится объемная траектория движения языка. После чего производят оценку полученных результатов.

Результаты их обсуждения. Было выявлено, что у 16,1% пациентов сохранившийся объем движения языка составляет 50-60%; у 72,6% пациентов - 60-70%; у 11,3%- 70-80%. Причем сохранившийся объем движения языка зависит от размеров сохранившейся культи языка, и не зависит от пола и возраста пациентов.

Выводы.

1. Объем движений языка сохранился в полной мере на стороне с сохранившейся культи.
2. Сохранившийся объем движения языка зависит от размеров сохранившейся культи языка;
3. Не зависит от пола и возраста пациентов;
4. Сохранившийся объем движения языка составил от 50-80%.

**МЕТОДИКА ОПРЕДЕЛЕНИЯ НАПРАВЛЕНИЯ ПОТОКА
ВЫДЫХАЕМОГО ВОЗДУХА У ПРОТЕЗОНОСИТЕЛЕЙ**

Мишин Д.Н.

Рязанский государственный медицинский университет

им. акад. И.П. Павлова

Научный руководитель - к.м.н., доцент Митин Н.Е.

При протезировании съемными зубными протезами резко ухудшаются условия для произношения различных фонем у протезоносителя (направление потоков выдыхаемого воздуха отличается от нормальных траекторий). Как следствие нарушение дикции влечет за собой межличностные, психологические, социальные затруднения у пациентов, вплоть до нетрудоспособности, а также резкое снижения качества жизни.

Цель исследования. Изготавливать зубные протезы, не нарушающие речь, и обеспечить достаточно быструю адаптацию к данной стоматологической конструкции.

Материалы и методы. Сущность данной методики заключается в том, что объективно регистрируются направления потоков выдыхаемого воздуха при звукопроизношении, сравниваются с траекториями при правильном произнесении свистящих и шипящих фонем. Даются рекомендации, на основании объективных данных, для изготовления съемных зубных протезов

с учетом фонетических требований.Преимущества предлагаемого метода:

1. регистрация потоков выдыхаемого воздуха при произношении фонем доступным, экономичным способом;
2. ранняя диагностика затруднений при звукопроизношении;
3. изготовление и коррекция протезов по фонетическим показаниям;
4. резкое сокращение сроков привыкания к протезам, быстрый возврат к профессиональной деятельности;
5. раннее ускоренное восстановление качества жизни у протезоносителя;

Выводы. Предлагаемое техническое изобретение наиболее удобно в использовании. Оно позволит врачу стоматологу-ортопеду изготовить съемный зубной протез согласно фонетическим требованиям, не нарушающим качество речи, а пациенту в короткий срок адаптироваться к данной стоматологической конструкции.

СРАВНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ ПУЛЬПЫ В СТОМАТОЛОГИИ

Наумов М.А., Мирнигматова Д.Б., Зиманков Д.А.

Рязанский государственный медицинский университет

им. акад. И.П. Павлова

Научный руководитель - к.м.н., доцент ГуськовА.В.

Цель исследования. Изучить и сравнить все имеющиеся методы оценки функционального состояния пульпы зуба; выбрать из представленных методов тот, который может дать наиболее точные данные о функциональном состоянии пульпы зуба, а следовательно более точный прогноз результата дальнейшего лечения.

Материалы и методы. Было проведен обзор литературы по данной теме и применены на практике 3 метода по определению жизнеспособности пульпы зуба у 30 пациентов: лазерная доплеровская флоуметрия на аппарате ЛАКК-01 (Лазерная доплеровская флоуметрия микроциркуляции крови под редакцией А.И. Крупаткина, В.В. Сидорова; Руководство для врачей, ОАО «Издательство «Медицина», 2005г); электроодонтодиагностика на аппарате Апекслокатор ЭНДОЭСТ-3Д; Ультразвуковая доплерография на аппарате для исследования кровотока ММ-ДК фирмы «МИНИМАКС».

Результаты и их обсуждение. Из представленных методов наиболее полную клиническую картину заболевания пульпы показал только метод ЛДФ, данная методика дает представление о нарушении в определенной части микроциркуляторного русла и вследствие этого поставить точный диагноз. УЗД позволяет оценить только степень компенсации патологического процесса и определить компенсированное, субкомпенсированное или декомпенсированное состояние пульпы зуба. ЭОД дает представление

только о возможности ответа пульпы на раздражитель и не дает оценки состоянию микроциркуляции.

Выводы. Таким образом, из всех представленных нами методов лазерная доплерография позволяет более достоверно оценить состояние микрососудов пульпы зуба на амбулаторном приеме и составить прогноз течения заболевания. Также, по данным литературы, этот метод не имеет противопоказаний (М.З. Миргазизов, Н.Х. Хамитова - «Возможности использования метода Лазерной Допплеровской флоуметрии в оценке состояния тканей пародонта», Стоматология, том 4, 2005, стр. 11-14).

АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ПРИМЕНЯЕМЫХ БРЕКЕТОВ

Невдах А.С., Севбитов А.В., Платонова В.В.

Первый московский государственный медицинский университет,
г. Москва

Научный руководитель - д.м.н., профессор Севбитов А.В.

В настоящем исследовании проанализирована частота травматических поражений слизистой оболочки полости рта у ортодонтических пациентов в зависимости от вида применяемых брекетов. С целью установления частоты и характера травматических повреждений проанализированы 447 амбулаторных карт пациентов, проходивших лечение на несъемной ортодонтической аппаратуре в клинике «Ортодонт Центр» в период 2013 - 2015 гг. В применявшемся ортодонтическом лечении с различной частотой использовались брекеты фирмы 3M Unitek и Ormco следующих видов: металлические (Victory Series™) - в 14,9 % (67 случаев); керамические (Clarity ADVANCED) - в 51,2 % (229 случаев); комбинированные (DamonClear+Q, - резцы и клыки - керамические, малые и большие коренные зубы - металлические) - в 33,9 % (151 случай).

Во всех клинических случаях проводился регулярный клинический осмотр, а также оценка уровня качества жизни, связанного со стоматологическим здоровьем путем анкетирования с применением опросника ОНП-14. Пациенты оценивали функциональные ограничения, болевые ощущения, психологический дискомфорт, невозможность находиться в обществе.

Представленные итоги проведенного анализа свидетельствуют о высокой общей частоте травматических осложнений, возникающих по ходу ортодонтического лечения - 80,3 %. При этом в 55,7 % наблюдений речь идет об их сравнительно легких морфологических формах (царапины и потертости), а в 24,6 % - о более тяжелых (эрозии и язвы), во всех случаях требующих активного терапевтического вмешательства. Между тем, полученные данные с высокой степенью достоверности указывают на значи-

тельно большую атравматичность керамических брекетов по сравнению с металлическими и комбинированными, демонстрируя снижение общей частоты травматических осложнений до 68,8 % в сопоставлении с 95,5 % и 91,1 %, соответственно.

Изменения показателей уровня качества жизни, связанного со стоматологическим здоровьем определенные по итогам тестирования также зафиксировали наибольший дискомфорт среди пациентов, находящихся на лечении металлической аппаратурой. Показательно, что максимальный диапазон баллов констатирован в шкале «Проблемы в приеме пищи».

В целом отмеченная высокая частота травматических осложнений делает актуальным не только вопрос об их профилактике и скорейшей ликвидации, но и о влиянии перечисленных повреждений на стоматологическое здоровье пациентов как при возникновении, так и по ходу лечения.

ДИНАМИКА ЗАЖИВЛЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ИСХОДЯ ИЗ ВИДА ПРИМЕНЯЕМЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Невдах А.С., Севбитов А.В., Платонова В.В.

Первый московский государственный медицинский университет,
г. Москва

Научный руководитель - д.м.н., профессор Севбитов А.В.

Данное исследование проведено с целью осуществить контроль скорости заживления травматических эрозивно-язвенных поражений СОПР исходя из вида применяемых лекарственных средств («Холисал», «Солкосерил», фитомазь).

С целью определения наиболее эффективного препарата из числа применявшихся (Холисал, Солкосерил, фитомазь), в процессе лечения обследовано 110 разнополюх ортодонтических пациентов клиники «Ортодонт Центр» (г. Москва), имевших острые и хронические травматические поражения СОПР в форме эрозий и язв, вызванные применением несъемной вестибулярной ортодонтической аппаратуры. Терапия травматических эрозивно-язвенных осложнений слизистой полости рта осуществлялась путем нанесения на раневую поверхность, предварительно осушенную ватным тампоном, слоя фитомази с фитоэкдистероидами (I группа), геля «Холисал» с преимущественно обезболивающим действием (II группа), и зубной пасты «Солкосерил» с преобладанием эффекта, стимулирующего регенерацию (III группа). Местное применение указанных препаратов повторялось с периодичностью 2 раза в день, вплоть до полной эпителизации травматического повреждения.

Динамика состояния (заживления) травматической раны слизистой оболочки полости рта в зависимости от методов применяемой терапии, а также

по сравнению с контролем изучалась в стандартные сроки наблюдения визуально, планиметрически и путем исследования контрольных цитологических препаратов изготовленных из мазков с эрозивно-язвенной поверхности, полученных в те же сроки. Фото-планиметрия динамики заживления травматических эрозивно-язвенных поражений СОПР изучалась путем фотографирования патологических очагов с наложением рядом с ними линейки 1 см. Для проведения планиметрии применялась сетка из 49 точек с расстоянием между точками 1 мм, накладываемая на фотографию. Увеличение полученных фотографий изменялось таким образом, чтобы расстояние между точками сетки совпадало с миллиметровыми делениями линейки, после чего производился подсчет точек, приходящихся на очаг поражения.

Полученные результаты исследования позволяют заключить, что наибольшей эффективностью в терапии эрозивно-язвенных травматических поражений СОПР в ряду сравниваемых нами лечебных препаратов обладает новая фитомазь, применение которой существенно и достоверно сокращает сроки репарации тканевых повреждений, что делает перспективным широкое использование ее в лечении травматических поражений СОПР в ортодонтической практике.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АДАПТАЦИОННЫХ МЕХАНИЗМОВ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ ОПТИМАЛЬНОГО РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ЖЕВАТЕЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Перминов Е.С.

Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова

Научный руководитель - к.м.н., доцент Митин Н.Е.

Современная ортопедическая стоматология на сегодняшний день представляет собой комплекс лечебно-диагностических и восстановительных операций в полости рта, направленных на восстановление зубочелюстной системы: устранение дефектов зубного ряда в привычном или ортогнатическом прикусе, создание наиболее естественной и гармоничной улыбки.

Однако, при проведении рационального протезирования ортопедических больных, приоритетными и основополагающими критериями успешного лечения устойчиво являются восстановление целостности зубного ряда, анатомической формы и цвета зубов ортопедических конструкции. Как правило, восстановление жевательной эффективности в рамках оптимальных значений компенсаторных систем зубочелюстной системы не проводится.

При таком ортопедическом лечении, восстановленная зубочелюстная система испытывает значительные перегрузки в виде увеличения жевательного давления и его неравномерного распределения на опорные зубы, протезное ложе и ВНЧС. При этом, компенсаторные механизмы не в состоянии адекватно реагировать на изменение баланса жевательных сил.

В рамках проводимых исследований жевательного органа, нами было установлено, что применение двухэтапной («временной» и «постоянной») фиксации мостовидных протезов позволяет добиться восстановления жевательной эффективности зубочелюстной системы с привлечением компенсаторных механизмов для перераспределения жевательной нагрузки.

При динамическом наблюдении пациентов, установлено, что двухэтапная фиксация протезов позволяет добиться более высокого процента восстановления жевательной эффективности, нежели при первичной «постоянной» фиксации.

При проведении рентгенологического обследования опорных зубов было отмечено отсутствие расширения периодонтальной щели и убыли костной ткани у пациентов первой группы.

Исходя из результатов клинических исследований, двухэтапная фиксация позволяет добиться лучших результатов восстановления функции жевания и жевательной эффективности.

СЕКЦИЯ ФУНДАМЕНТАЛЬНЫХ ДИСЦИПЛИН

ВЛИЯНИЕ НЕСЕЛЕКТИВНОГО ИНГИБИТОРА NO-СИНТАЗЫ
L-NAME НА АКТИВНОСТЬ КАТЕПСИНА И СЕЛЕЗЕНКИ КРЫС

Абаленихина Ю.В.

Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова

Научный руководитель - к.м.н., доцент Фомина М.А.

Катепсин Н относится к группе лизосомальных цистеиновых протеиназ, которые участвуют в деструкции поврежденных белков. Одним, из важнейших регуляторов физиологических процессов выделяют оксид азота (II), однако его гиперпродукция может оказывать повреждающее действие.

Цель исследования. Изучить изменение активности катепсина Н селезенки крыс в условиях модулирования дефицита синтеза оксида азота (II).

Материалы и методы. Исследование проводили на 16 половозрелых крысах-самцах. Экспериментальной группе животных (n=8) в течение 7 дней внутрибрюшинно вводили L-NAME в дозе 25 мг/кг. Из селезенки крыс готовили гомогенат. Полученный гомогенат центрифугировали трижды. Конечный супернатант использовали для определения неседиментированной активности. Осадок, представляющий собой грубую фракцию лизосом ресуспендировали в 0,25 М сахарозе с добавлением Тритона X-100. Активность катепсина в седиментируемой и неседиментируемой фракциях гомогената определяли отдельно и обозначали как седиментируемую и неседиментируемую активность (СА и НСА). Общую активность (ОА) рассчитывали как сумму СА и НСА.

Активность катепсина Н определяли спектрофлуориметрическим методом по Barrett & Kirschke. Статистический анализ данных проводили по U-критерию Манна-Уитни.

Результаты и их обсуждение. При сравнении активности катепсина Н контрольной и экспериментальной групп была получена следующая закономерность. В условиях модулирования дефицита синтеза NO общая активность катепсина Н статистически значимо повышалась по сравнению с контролем - $6,3 \pm 1,4$ и $7,4 \pm 1,3$ нмоль/с*г белка. Седиментируемая активность в группах не изменялась и составила для контрольной группы $5,36 \pm 1,1$ и $4,9 \pm 0,9$ нмоль/с*г белка для экспериментальной. Неседиментируемая активность катепсина Н в экспериментальной группе увеличивалась ($p \leq 0,05$) и составила $2,4 \pm 0,7$ нмоль/с*г белка для экспериментальной группы и $1,02 \pm 0,29$ нмоль/с*г белка для контрольной группы.

Выводы. L-NAME вызывает активацию катепсина Н селезенки крыс преимущественно за счет внелизосомальной фракции, что может быть связано не только с секрецией фермента, но и с повреждением лизосомальной мембраны.

СТВОЛОВЫЕ КЛЕТКИ ОРБИТАЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ ТКАНИ
ПРИ ПАТОЛОГИИ ГЛАЗА И ЕГО ВСПОМОГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА
Афанасьева Д.С.

Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза»,
г.Москва

Научный руководитель - Борзенко С.А.

Цель исследования. Изучить особенности стволовых клеток орбитальной жировой ткани в зависимости от возраста пациентов и характера орбитальной патологии.

Материалы и методы. Использовали фрагменты орбитальной жировой ткани объемом 0,3 мл, резецированные у 19 пациентов в возрасте от 3 до 84 лет в ходе следующих операций: резекция леватора при врожденном птозе - 6 пациентов (9 глаз), при приобретенном прогрессирующем птозе - 5 пациентов (7 глаз), при посттравматических и ожоговых изменениях вспомогательного аппарата глаза - 2 пациента (2 глаза); косметическая блефаропластика - 3 пациента (3 глаза), удаление глазного яблока в связи с тяжелой офтальмопатологией - 3 пациента (3 глаза). Выделение стволовых клеток проводили с использованием методики, включавшей механическое измельчение, ферментативное расщепление коллагеназой и центрифугирование. Количество выделенных стволовых клеток оценивали по числу первичных клеточных колоний; о пролиферативной активности клеток судили по скорости формирования монослоя.

Результаты и их обсуждение. Из фрагментов орбитальной жировой ткани, выделенной у пациентов моложе 20 лет с врожденным характером глазной патологии, выделено достоверно большее количество клеточных колоний, характеризующихся высокой скоростью пролиферации. У пациентов среднего и преклонного возраста с дегенеративной патологией стволовые клетки орбитальной жировой ткани выделялись в достаточном количестве, но отличались медленной пролиферативной активностью. У пациентов с приобретенной патологией травматического и ожогового характера, независимо от возраста, удалось выделить только единичные стволовые клетки с низкой скоростью пролиферации. Не обнаружено достоверных различий по количеству первичных клеточных колоний у пациентов с различной длиной глаза.

Выводы. Количество и пролиферативная активность стволовых клеток орбитальной жировой ткани выше у лиц моложе 20 лет с врожденной офтальмопатологией. Приобретенные изменения травматического и ожогового генеза характеризуются снижением количества и скорости пролиферации стволовых клеток орбитальной жировой ткани. Исследованные параметры не зависят от длины глазного яблока.

К ВОПРОСУ О КЛАССИФИКАЦИИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ КЛЕТОЧНОЙ ГИБЕЛИ

Билялов А.И.

Казанский (Приволжский) федеральный университет,
Институт фундаментальной медицины и биологии, г. Казань
Научный руководитель - к.м.н Деев Р.В.

Согласно разработанному отечественными гистологами учению о структурных основах гистогенеза, основными его этапами являются: пролиферация, миграция, рост, дифференцировка, специализация и гибель клеток (С.И. Щелкунов, А.А. Клишов, Р.К. Данилов). Очевидно, что гибель клеток, так же как и их жизнедеятельность играют важную роль для полноценного развития и функционирования тканей и организма в целом. Целью настоящей работы является систематизация и выработка классификационных подходов к основным видам клеточной гибели, описанной к концу первого десятилетия XXI века, их механизмов и выявление роли в процессах физиологического гистогенеза и при патологии.

При решении заявленной проблемы был использован комплекс научных методов исследования: метод аналитического описания, синтеза, индукции, дедукции, сравнения и др. Были привлечены следующие источники: научные публикации по теме исследования в количестве 91, взятые из библиотеки PubMed, и монографии на заданную тему.

Роль клеточной гибели заключается во влиянии на такие процессы в тканях, как дифференцировка в ходе эмбриогенеза и в постэмбриональном развитии, элиминирования клеток иммунной системы, поврежденных клеток, либо клеток, подвергшихся воздействию мутагенных факторов. На основании анализа научной литературы составлена классификация основных видов клеточной гибели (10 шт). Основным критерием классифицирования клеточной гибели сегодня является участие ферментов каспаз в процессах деструкции: выделяют каспаз-зависимые и каспаз-независимые формы гибели. На наш взгляд, более удобным с методической точки зрения, особенно для целей преподавания в медицинском вузе является классификация, построенная на принципе участия того или иного вида гибели в нормальном (эмбриональном) гистогенезе или при разворачивании патологических процессов. К первым относятся: апоптоз, корнификация, аноиксис; к патологическим формам гибели относятся: аутофагия, митотическая катастрофа, пироптоз, нетоз, некроптоз, партанатоз, некроз. В работе намечена перспектива дальнейшего использования полученных данных о механизмах регулирования клеточной гибели и управлении ими в доклинических и клинических исследованиях.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОКИСЛЕННЫХ БЕЛКОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ЧЕЛОВЕКА

Вавилов Н.В.

Пермский государственный медицинский университет, г. Пермь
Научный руководитель - к.м.н. Годовалов А.П.

Окислительный стресс (оксидативный стресс) - процесс повреждения клетки в результате окисления, с последующим распространением повреждения во внеклеточную среду. Изучение данного вопроса началось с начала 70х годов прошлого века, когда основным маркером свободно-радикальных процессов служили продукты перекисного окисления липидов. Однако под действием оксидативного стресса так же изменяется нативная конформация белковых молекул, вплоть до фрагментации, что отражается на их функции. С середины 80х годов появились методы по выявлению окисленных форм белковых молекул, но до сих пор нет унифицированной методики, а также не выявлены показатели, которые бы отражали уровень модификации белков при различных патологических процессах.

Цель исследования. Определить уровень окислительной модификации белка (ОМБ) сыворотки крови человека.

Материалы и методы. Исследована сыворотка периферической крови 34 практически здоровых доноров в возрасте $21,1 \pm 0,3$ года. Оценку ОМБ проводили по методу Reznick et al. (1994) в нашей модификации (Godovalov, Vavilov, 2015), сущность которой заключалась в пропорциональном уменьшении объемов участников реакции. Принцип реакции основывается на взаимодействия окисленных аминокислотных остатков белков с 2,4-денитрофенилгидразином с образованием производных 2,4-динитрофенилгидразона, плотность поглощения которого оценивали спектрофотометрически при 360 нм. Концентрацию окисленных белков выражали в нмоль/мг общего белка сыворотки, который определяли микробиуретовым методом. Для статистической обработки использовали t-критерия Стьюдента. За пороговый уровень значимости принимали величину $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что уровень ОМБ сыворотки здоровых доноров составил $1,84 \pm 0,06$ нмоль/мг белка, что соответствует результатам, полученным как в классическом варианте реакции ($p > 0,05$), так и литературным данным (Dalle-Donne et al., 2003; Sheth et al., 2011).

Выводы. Таким образом, предложенный вариант микрометода может быть использован для определения ОМБ сыворотки крови, что значительно снижает количество используемых реактивов.

**ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СТРУКТУР
ПАМЯТИ МОЗГА БОЛЕЗНИ НА АМИЛОИДНОЙ
МОДЕЛИ АЛЬЦГЕЙМЕРА**

Варданян А.В.

Институт физиологии, г. Ереван

Научный руководитель - к.б.н. Погосян М.В.

Проводили микроэлектофизиологическое изучение синаптических процессов в структурах кратко- и долговременной памяти мозга - одиночных нейронах гиппокампа (Г), амигдалы (Ам) и базального ядра Мейнерта, (БЯМ) на высокочастотную стимуляцию (ВЧС) энторинальной коры (ЭК) и Г на модели БА, индуцированной Аβ 25-35 на 26 половозрелых крысах-самцах Альбино, в сравнении с нормой. Проводили программный математический анализ одиночной спайковой активности нейронов. Сравнительный анализ импульсной активности одиночных нейронов Г, Ам и БЯМ в норме (n=322), на модели БА спустя 12 (n=581) и 13-28 (n=197) нед в виде тетанической и посттетанической потенциации и депрессии выявил ранние и поздние проявления компенсаторных возможностей мозга. К 12 нед мощная тетаническая депрессия отмечалась в Ам на ВЧС ЭК и значительно не достигающая нормы - в БЯМ и Ам на ВЧС Г, в Г и БМЯ на ВЧС ЭК. Мощное тетаническое возбуждение имело место на активацию ЭК в нейронах Г (в возбудительной последовательности) и Ам, равное норме и выше нее в нейронах Ам на ВЧС Г, а в нейронах БЯМ на ВЧС ЭК выявлялось слабое и относительно слабое возбуждение - на ВЧС Г. В остальные сроки тетаническая депрессия в подавляющем большинстве, а ТП - во всех случаях не достигали нормы, что полагает истощение протекторных возможностей депрессорных реакций. Они интенсивнее вовлекаются как при неспецифической (периферической, центральной) так и специфической нейродегенерации. Более того, синаптическое торможение не оценивается лишь в качестве противостоящего синаптическому возбуждению и дополнительно обслуживает высоко специфические функции в нервной системе млекопитающих.

ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА

Вахабова Г.А., Урмонов Ф.М., Рустамжонов А.Б.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан

Научные руководители - Худоярова А.Г., Мадумарова М.М.,

Загрутдинов Ф.Ф.

Широкое распространение кишечной патологии оставляет актуальными вопросы лечебного питания. При составлении лечебных диет для больных с заболеваниями кишечника, необходимо учитывать действие пищевых продуктов и блюд на функции кишечника.

Необходимо знать продукты, усиливающие перистальтику и опорожнение кишечника, к которым относятся следующие: сахаристые - сахар, мёд, варенье; богатые поваренной солью - копчёные, солёные, маринованные, квашенные; богатые грубой клетчаткой - хлеб из муки грубого помола, грибы, сырые и сухие овощи и фрукты; крупы - перловая, пшено, гречневая, рассыпчатые каши; все напитки, содержащие углекислоту.

К продуктам и блюдам, замедляющим перистальтику и опорожнение кишечника, относятся следующие: содержащие вяжущие, дубильные вещества - отвары айвы, груш, крепкого чая, особенно зеленого, какао; без химического, механического или термического раздражения желудочно-кишечного тракта - рисовый отвар, протёртые каши, слизистые супы, кисели, все блюда и напитки в тёплом виде.

К продуктам и блюдам, мало влияющим на двигательную функцию кишечника, относятся: паровое и рубленое мясо и рыба, яйца всмятку, протёртые варёные овощи, жидкие вязкие каши, особенно манная и рисовая, хлеб из пшеничной муки высших сортов, некислый подсушенный хлеб. Действие продуктов зависит от способа их приготовления: пюре из сырых яблок действует закрепляющее, а целые яблоки ускоряют опорожнение. Благоприятно воздействует на микрофлору кишечника фитонциды, пектины и клетчатка фруктов, ягод, овощей и зелени. Отсюда и эффективность яблочных, морковных, овощно-фруктовых диет. Отвар шиповника очень полезен при энтероколитах.

Для увеличения содержания полноценного белка в диетическое питание вводит омлет белковый, творог, творожный пудинг, отварное мясо и рыбу, белковое молоко, кефир, неострый сыр. Необходимы соки, консервы детского питания (овощные и фруктовые).

При запорах назначают питание, стимулирующее двигательную функцию кишечника: приём холодных сладких напитков - воды с мёдом, отвар шиповника с сахаром, овощных и фруктовых соков, пюре из свеклы, моркови, сливы, цветной капусты, печёные яблоки, однодневный кефир, спелые помидоры без кожуры, сладкие ягоды, фрукты. Ограничивают рис, манную крупу, вермишель белый хлеб из муки высших сортов.

**ПОПУЛЯЦИОННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ
ГЕМОГЛОБИНА И ЭРИТРОЦИТОВ У ШКОЛЬНИКОВ,
ЖИВУЩИХ В СЕЛЬСКИХ МЕСТНОСТЯХ АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА**

Вахабова Г.А., Урмонов Ф.М., Рустамжонов А.Б.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан

Научные руководители - Худоярова А.Г., Мадумарова М.М.,

Загрудинов Ф.Ф.

Исследования особенностей показателей гемоглобина и эритроцитов у школьников, живущих в условиях сельских местностей, в зависимости от

возраста имеет определённые теоретические и практические значения. Так как показатели гемоглобина и эритроцитов в крови зависят от целого ряда факторов: климатических, географических, социально-бытовых, возраста, физического роста развития и т.д., поскольку гемоглобин и эритроциты по критериям ВОЗ являются показателем здоровья данного народа.

Следовательно, существующие нормативы показатели периферические крови, принятые из Европейской части бывшего Союза не должны быть приняты за нормативный показатель здоровых детей проживающих в других географических регионах земного шара. Исходя из этого положения, важно упоминать высказывания А.Ф. Тура(1964), Е.Н. Мосягина (1966) и других о необходимости в разработке нормальных гематологических показателей для детей разного возраста в различных географических и климатических регионах.

Нами было обследовано более 524 школьников в возрасте от 7 до 17 лет в том числе 227 человек мальчиков и 297 девочек.

Гемоглобин в возрастной группе от 7 до 10 лет, более стабильно и держится почти на одном уровне, начиная с 11 лет, он несколько увеличивается особенно у мальчиков. Сравнительные показатели гемоглобина у мальчиков и девочек отмечены, что в возрасте от 12 до 17 лет уровень гемоглобина у мальчиков значительно выше, чем у девочек. А уровень эритроцитов в указанной возрастной группе увеличивается незначительно и различие количества эритроцитов у мальчиков и девочек не наблюдается. Для того, чтобы разработать нормальные показатели гемоглобина и эритроцитов у школьников нашего региона в зависимости от возраста требует подобные исследования провести в большом количестве материала.

БОЛЕЗНЬ ДЪЕЛАФУА: КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА

Галлямова А.Р.

Российский национальный исследовательский медицинский университет,
г. Москва

НИИ морфологии человека, г. Москва

Научный руководитель - к.м.н., доцент Мнихович М.В.

Нетипичная язва и кровотечение - это осложнение предсуществующей сосудистой аномалии. Болезнь Дъелафуа (БД) точно отражает характерный первичный порок развития сосудов желудка.

Цель исследования. Изучить клинико-морфологические проявления и осложнения БД.

Материалы и методы. В наше исследование вошло 24 наблюдения БД. Из них 16 мужчин и 8 женщин в возрасте от 19 до 79 лет. Все больные поступали в клинику с картиной желудочно-кишечного кровотечения.

Результаты и их обсуждение. При эндоскопическом исследовании участок поражения в ряде случаев определялась эрозированная артерия, выступающая в просвет желудка в виде небольшого сосочка - кратера вулкана с центральным обесцвеченным участком среди нормально окрашенной слизистой оболочки.

При морфологическом исследовании у данных больных были обнаружены: атрофия слизистой желудка с множественными кровоизлияниями в стенке. В подслизистом слое - множественные деформированные и уродливо сформированные сосуды с резко утолщенными стенками. В просвете их - организованные тромбы. В отдельных сосудах внутренний и средний слои - в состоянии некроза и некробиоза. Обнаруживается широкий извитой артериальный сосуд с сохраненной мышечной оболочкой примерно 1,5 мм в диаметре. Он проходит через подслизистый слой и тесно прилегает к слизистой оболочке. Калибр сосуда не соответствует месту расположения. Резко расширенная артерия кажется нормальной. Стенка ее гипертрофирована. Нет признаков воспалительного процесса в слизистой оболочке, дистрофического обызвествления, глубокого изъязвления стенки, пенетрации в собственную мышечную оболочку, васкулита, признаков формирования аневризмы. Тромб обычно прилегает к дефекту в стенке сосуда, выступающего над слизистой оболочкой. Язва в слизистой оболочке - без воспалительной реакции, типичной для пептической язвы. Фиброз вокруг дефекта отсутствует. Часть артерии в основании язвы обычно имеет участок некроза и разрыв стенки.

Выводы. При иммуногистохимическом исследовании в зоне патологически образованного сосуда определяется резко положительная экспрессия виментина, CD34, VEGF; умеренная экспрессия гладко-мышечного актина, сомнительная экспрессия TGF β , FGF β , CD105; отрицательная реакция на PCNA; Ki 67 5-10%.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГЕН-АКТИВИРОВАННЫХ КОСТНОПЛАСТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ НА ОСНОВЕ ФОСФАТОВ КАЛЬЦИЯ

Далгатов И.Г.¹, Бозо И.Я.², Рожков С.И.²

1 - Российский национальный исследовательский медицинский университет, г. Москва

2 - Московский государственный медико-стоматологический университет, г. Москва

Научный руководитель - к.м.н. Деев Р.В.

Проблема восполнения дефектов костной ткани остается актуальной для современной «костной хирургии». Воссоздание больших объемов утраченной кости, как правило осуществляется методом несвободной костной пластики по Г.А. Илизарову. Однако его выполнение имеет ряд ограничений, противопоказаний и осложнений. В этой связи активно разрабатываются ко-

стнопластические материалы и изделия из них. Известно, что большие объемы таких материалов не могут быть самостоятельно резорбированы и замещены собственной костной тканью без специальной обработки - активации, одним из видов которой является конъюгация костнопластического материала с генами каких-либо факторов роста. Данный метод особенно важен при формировании прототипов костей с помощью 3D-принтера. Цель исследования: оценка биологического действия ген-активированного костнопластического материала, состоящего из гидроксиапатитно-коллагеновой основы или октакальциевого фосфата и плазмидной ДНК с геном *vegf*, в модели «критического» костного дефекта. Результаты оценивали клинически, рентгенологически и гистологически через 30, 60 и 90 сут.

Материал и методы исследования. Исследование выполнено на 15 кроликах породы Шиншилла обоего пола, у которых формировали симметричные полнослойные дефекты обеих теменных костей диаметром 10 мм. В дефекты одной стороны имплантировали ген-активированный остеопластический материал (экспериментальная группа), в дефекты противоположной стороны - носитель без плазмидной ДНК (контрольная группа).

Результаты и их обсуждение. Через 90 сут. в контрольной группе периферическая новообразованная костная ткань дефекта была ремоделирована в пластинчатую; в центральной части - прослеживалась только вокруг гранул имплантированного материала.

Участки дефекта, свободные от гранул, были заполнены соединительной тканью. В экспериментальной группе большая часть дефекта была замещена новообразованной костной тканью. В случае использования ген-активированного материал была отмечена выраженная остеоиндукция - уже на сроке 60 сут. была обнаружена наиболее существенная разница в динамике репаративного процесса между экспериментальной и контрольной группами.

Выводы. Разработанный ген-активированный материал обеспечивает оптимизацию репаративного остеогистогенеза даже в случае восполнения «критических» - т.е. не заживающих самостоятельно костных дефектов. Выполненная часть работы позволила перейти к отработке технологии 3D-печати костной ткани с целью реконструкции костных органов.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ ОРГАНИЗМА НА ОБЛУЧЕНИЕ В МАЛЫХ ДОЗАХ

Дорожкина О.В.

Институт медико-биологических проблем РАН, г. Москва

Научный руководитель - д.м.н., профессор Иванов А.А.

К одной из актуальных областей радиобиологии относят исследования действия ионизирующего излучения в малых и сверхмалых дозах. Это связано с тем, что в ходе космических полетов на космонавтов действует радиация в малых дозах и при малых мощностях доз. Целью нашей работы

стало изучение ранних, в первые 24 часа после облучения, физиологических эффектов действия ионизирующего излучения *in vivo* при облучении мышей в диапазоне малых от 10 до 200 мГр доз γ -облучения.

Исследования осуществлялись на аутбредных половозрелых самках мышей ICR (CD-1) - SPF категории в возрасте 4-4,5 месяца со средней массой тела 31 грамм. Экспериментальные животные были подвергнуты тотальному одностороннему γ -облучению ^{60}Co на установке Рокус-М МТК ОИЯИ в дозах 10, 25, 50, 75, 100, 200 мГр с мощностью дозы 6,916 мГр/мин. Эвтаназию животных осуществляли путем цервикальной дислокации через 21-22 часа после облучения. Объектами для исследования были выбраны системы крови и иммунитета, а также поведенческие реакции, позволяющие получить представления о состоянии центральной нервной системы.

При облучении животных в дозе 75 мГр было получено статистически достоверное увеличение уровня аберрантных митозов до $22,1 \pm 3,8\%$ по сравнению с группой биоконтроля ($1 \pm 0,4\%$). Число кариоцитов в костном мозге прогрессивно дозозависимо снижалось при облучении в дозах от 10 до 50 мГр с увеличением показателя в дозе 75 мГр с последующим его снижением. Отмечены два минимума массы тимуса и селезенки: первый при облучении в дозах 25 и 50 мГр и второй при дозе 200 мГр. Число лейкоцитов в периферической крови оказалось минимальным при облучении в дозе 50 мГр. Ориентировочно-исследовательская поведенческая реакция (ОИПР), оцененная в «Открытом поле» через 19-20 часов после облучения, в группах животных, облученных в дозах 10 и 25 мГр, была достоверно выше, чем в группе биологического контроля, а эмоциональный статус (ЭС) в группе 10 мГр достоверно снижен. В группе мышей, облученных в дозе 50 мГр, зарегистрировано статистически достоверное снижение силы захвата передних конечностей.

Полученные данные демонстрируют наличие выраженных радиобиологических эффектов при облучении в малых дозах.

МЕТОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ И ОСОБЕННОСТИ
КАТАЛИТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ
ПОЛИКЛОНАЛЬНЫХ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ КЛАССА А
Жерулик С.В.

Витебский государственный медицинский университет, г. Витебск
Научные руководители - д.м.н., профессор Генералов И.И.,
д.м.н., профессор Луд Н.Г.

Цель исследования. Разработка методов определения оксидоредуктазной, протеолитической и нуклеазной активности IgA и определение параметров их каталитической активности.

Материалы и методы. IgA 14 пациентов с системной красной волчанкой (СКВ), 55 пациентов с хроническим маргинальным периодонтитом, 31

человека без патологии периодонта. Проводилось сравнение двух методик очистки ИГ для получения их высокоочищенных препаратов: селективная адсорбция IgA на жакалин-сефарозе (лектин-аффинная очистка) и на иммуноаффинной матрице - агарозе, конъюгированной с антителами против тяжелой цепи общих IgA человека. Оценку ДНКазной абзимной активности проводили при помощи метода, основанного на образовании сгустка 2-этокси-6,9-диаминоакридина лактата (риванола) с ДНК пропорционально деполимеризации последней под действием абзимных антител; протеолитического действия IgA - фотометрически по гидролизу ряда синтетических субстратов-нитроанилидов сериновых протеаз, гранулоцитарной эластазы, катепсина G, C и B. Для оценки оксидоредуктазного действия IgA исследовали их пероксидазную и каталазную абзимную активность. Также изучена кинетика абзимного катализа и влияние pH на основные типы реакций катализируемых абзимами.

Результаты и их обсуждение. С помощью лектин-аффинной хроматографии были получены препараты с более низкой концентрацией IgA, так как данный способ позволяет выделять только IgA подкласса 1, составляющие 40-70% от общего IgA в биологических жидкостях. Кинетика абзимного протеолиза имеет линейный характер, что характерно для ферментативных реакций при полном насыщении активных центров катализатора.

Выводы. Для выделения IgA оптимальной является хроматография на матрице, конъюгированной с антителами против общих IgA человека.

Разработан комплекс методов, позволяющих достоверно определять оксидоредуктазную, протеолитическую и нуклеазную абзимную активность поликлональных IgA.

Для абзимных IgA с пероксидазной и эластазной активностью характерна гетерогенность по скорости каталитических реакций и по зависимости реакций от pH среды. Ряд образцов абзимных IgA имеет не менее 2-х оптимумов pH в слабокислой и щелочной зонах.

РОЛЬ НЕЙТРОФИЛЬНЫХ ВНЕКЛЕТОЧНЫХ ЛОВУШЕК В ОНКОГЕНЕЗЕ Жерулик С.В.

Витебский государственный медицинский университет, г. Витебск

Научные руководители - д.м.н., профессор Генералов И.И.,

д.м.н., профессор Луд Н.Г.

Цель исследования. Обзор литературы, касающейся роли нейтрофильных внеклеточных ловушек (НВЛ) в процессах возникновения, развития и распространения опухоли.

Нейтрофильные гранулоциты являются постоянной структурой в микроокружении опухолей, они первыми (уже на 10-е сутки после инокуляции

опухолевых клеток) мигрируют к опухоли на ранних стадиях ее формирования, усиленно инфильтрируют очаги опухолевого роста и становятся активными компонентами стромы.

В экспериментах *in vivo* показано, что нейтрофилы подавляют рост опухолей за счет фагоцитоза и антителозависимой клеточной цитотоксичности по отношению к опухолевым клеткам. Ключевую роль в регрессии опухолей отводят активным формам кислорода, активным формам азота и цитокинам, продуцируемым нейтрофилами. Так же нейтрофилы могут использовать дефензины для лизиса опухолевых клеток, привлечения других иммунных клеток, и подавления ангиогенеза. НВЛ могут убивать активированные эндотелиальные клетки при помощи гистонов, повреждая питающие опухоль сосуды. Содержащаяся в НВЛ нейтрофильная эластаза может расщеплять циклин Е до его низкомолекулярных изоформ и таким образом способствовать их презентации цитотоксическим Т-лимфоцитам. Антигены опухоли, осажденные на НВЛ, могут быть презентированы дендритным клеткам и вызвать их активацию.

В то же время выявлена проопухолевая активность нейтрофилов: они способствуют прохождению клеток опухоли через эндотелиальный барьер. Увеличение концентрации нейтрофильной эластазы приводит к разрушению окружающих тканей и межклеточного матрикса, что способствует распространению опухоли, также она непосредственно дозозависимо индуцирует опухолевую пролиферацию. Выделяемый нейтрофилами белок Bv8 играет важную роль в индукции ангиогенеза на ранних стадиях неопластической прогрессии. НВЛ могут маскировать опухолевые антигены и делать злокачественные клетки недоступными для распознавания клетками иммунной системы. Связанная с нитями ДНК НВЛ ММП-9 вызывает разрушение базальной мембраны при сосудистой инвазии и опосредует формирование метастазов, а также высвобождает фактор роста эндотелия сосудов, который усиливает опухоль-ассоциированный ангиогенез и рост опухоли.

ПРОТИВООПУХОЛЕВАЯ АКТИВНОСТЬ ПОЛИМЕР-СВЯЗАННОЙ ФОРМЫ ПРОСПИДИНА У КРЫС С ГЕПАТОМОЙ ЗАЙДЕЛА

**Заборовский А.В., Кокорев А.В., Минаева О.В.,
Фирстов С.А., Бродовская Е.П.**

Мордовский государственный университет рева, г.Саранск
Московский государственный медико-стоматологический университет,
г. Москва

Научный руководитель - д.м.н., профессор Пятаев Н.А.

Цель исследования. Изучить противоопухолевую активность проспидина, конъюгированного с фосфатом декстрана, у крыс с трансплантированной гепатомой Зайдела.

Материалы и методы. Исследования выполнены на 70 белых лабораторных крысах массой 190-230 г с перевитой асцитной гепатомой Зайдела. В исследовании использованы препараты Проспидин и Проспидин-гидрогель - конъюгат проспидина с фосфатом дестрана (НИИ Физико-химических проблем БГУ, Белоруссия). Препараты вводили внутривентриально на изотоническом растворе хлорида натрия через 24 часа после перевивки опухоли. Для каждого из препаратов исследована эффективность трех дозировок: 150, 450 и 1350 мг/кг. У животных оценивали общую летальность, летальность от прогрессирования опухоли, частоту полного излечения, продолжительность жизни павших животных.

Результаты и их обсуждение. Водорастворимый проспидин оказывал дозозависимый противоопухолевый эффект. При введении дозы 150 мг/кг излечения не отмечалось, все животные погибли от прогрессирования опухоли. В группе, получавшей препарат в дозе 450 мг/кг, частота излечения составила 40%, летальность от прогрессирования опухоли - 60%. Введение проспидина в дозе 1350 мг/кг сопровождалось общетоксическими реакциями, которые в 30% случаях приводили к летальным исходам, общая летальность в данной группе была равна 60%. Эквивалентная по эффективности доза наноструктурированной формы проспидина была в 2 раза ниже по сравнению с водорастворимой формой. При введении препарата в дозе 150 мг/кг были полностью излечены 30% животных, доза в 450 мг/кг приводила к излечению в 70% случаев. Увеличение дозы до 1350 мг/кг сопровождалось развитием осложнений, которые в 60% заканчивались летально.

Выводы.

1. Проспидин как в водорастворимой, так и в полимерсвязанной форме, оказывает дозозависимый противоопухолевый эффект при внутривентриальном введении у крыс с асцитной гепатомой Зайдела.
2. Проспидин-гидрогель превосходит по эффективности водорастворимую форму препарата. Оптимальной дозой как растворимого проспидина, так и проспидин-гидрогеля, является доза в 450 мг/кг.

Работа выполнена в рамках Госзадания ФГБОУ ВПО "МГУ им. Н.П.Огарева".
Код проекта 2952.

СРАВНЕНИЕ МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ТРАНСФОРМИРОВАННЫХ И МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ПОСЛЕ ДЕЙСТВИЯ ЛИГАНДОВ РЕЦЕПТОРА ЭПИДЕРМАЛЬНОГО ФАКТОРА РОСТА

Калмыкова О.А., Джус Е.И., Свитина А.В.

Институт биологии Киевского национального университета, г.Киев
Научные руководители - Островская Г.В., Гарманчук Л.В.

Цель исследования. Заключалась в сравнении морфо-функциональных характеристик (площади клеток, ядерно-цитоплазматического соотношения

(ЯЦС), изменении сродства к красителям, морфологии отростков, формы клеток, включений) трансформированных адгезивных клеточных культур HeLa (рак шейки матки), Her G2 (гепатокарцинома) и мезенхимальных стволовых клеток (МСК) из костного мозга под влиянием активатора (EGF, эпидермальный фактор роста) и ингибитора (Герцептин - моноклональное гуманизированное антитело) рецептора эпидермального фактора роста.

Культуры клеток выращивались на питательной среде DMEM (HeLa), RPMI (Her G2) или α MEM (МСК), с добавлением 10% эмбриональной бычьей сыворотки, 2 мМ L-глутамин, 40 мкг/мл гентамицина. Герцептин вносили до конечной концентрации 5 мкг/мл, EGF - 50 мкг/мл и инкубировали в течение 72 часов при стандартных условиях культивирования (5% CO₂, 100% влажности, 37 °C). Затем клетки фиксировали и окрашивали железным гематоксилином Гейденгайна, гематоксилином Бемера, эозином, красителем Май-Грюнвальда.

В культуре интактных клеток HeLa преобладали шаровидные клетки, некоторые были веретенообразной формы (то есть, мезенхимального фенотипа), а клетки Her G2 имели полигональную форму с четко очерченными краями и утолщенными отростками. МСК в контроле имели вытянутую форму с тоненькими длинными отростками. После действия EGF опухолевые клетки принимают форму эпителиоцитов; а при воздействии EGF на МСК отростки втягиваются. ЯЦС МСК, Her G2 растет (увеличивается часть популяции клеток, которые готовятся к делению). При добавлении Герцептина трансформированные клетки проявляют повышенные адгезивные свойства, площадь прикрепления растет, а ЯЦС уменьшается; МСК имели короткие и толстые отростки, площадь клеток уменьшалась.

Согласно морфометрическим данным, Герцептин снижает пролиферативную активность и приводит к потере некоторых черт опухолевых культур, а EGF стимулирует дифференцировку клеток в культуре.

ФАКТОРЫ ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗВИТИЕ ФЕТАЛЬНОЙ ДОЛЬЧАТОСТИ ПОЧЕК

Кованцев С.Д.

Государственный медицинский университет, г. Кишинев,
Республика Молдова

Научный руководитель - к.м.н., доцент Белик О.В.

Цель исследования. Изучение факторов, влияющих на развитие фетальной дольчатости почек во взрослой популяции.

Материалы и методы. В исследование были включены 50 отпрепарированных почек взрослых людей разного возраста от 23 до 79 лет (средний возраст $45,5 \pm 17,2$ лет) и пола (30 мужских и 20 женских органов).

Анализ проводился с использованием морфометрических методов и данные полученные в ходе исследования обрабатывались с помощью про-

граммы SPSS Statistics 20.

Результаты и их обсуждение. В ходе изучения 50 фиксированных препаратов были проанализированы следующие показатели: длина паренхимы (от 8,5 см до 12 см, в среднем $10,12 \pm 0,62$ см), ширина паренхимы (от 3 см до 6,5 см, в среднем $5,1 \pm 0,61$ см), число больших чашечек (от 2 до 4), наличие сосудистых аномалий развития (особое внимание уделялось полярным артериям), пол и возраст.

С помощью коэффициента корреляции по Пирсону была оценена роль этих факторов в развитии фетальной дольчатости. В результате была найдена положительная корреляция (0,624) между наличием дольчатой структуры почек и сосудистыми аномалиями почек ($p < 0.01$).

Наличие полярных артерий также влияло на структуру паренхимы (корреляция 0,421; $p < 0.01$). Не было найдено никакой взаимосвязи между дольчатым строением почки и числом чашечек, длиной паренхимы, шириной паренхимы, полом или возрастом. С помощью метода пошагового включения переменных в регрессионную модель было показано, что R^2 равно 0,38. Другими словами, 38% случаев фетальной дольчатости можно объяснить наличием сосудистых аномалий почек.

Выводы. Фетальная дольчатость почки в научной литературе описывается как вариация нормального развития почки. Однако данная форма строения почки может сопровождаться аномалиями сосудистого русла органа.

Таким образом, в нашей работе мы показали, что наличие сосудистых аномалий является одним из факторов для развития фетальной дольчатости у взрослых людей.

ОСОБЕННОСТИ ПОЛОЖЕНИЯ И ОСНОВНЫЕ МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПОЧЕЧНЫХ СОСУДОВ

Кованцев С.Д., Костюк Е.В.

Государственный медицинский университет, г. Кишинев,
Республика Молдова

Научный руководитель - к.м.н., доцент Белик О.В.

Цель исследования. Изучение особенностей положения почечных сосудов в лоханке и их основные морфометрические показатели во взрослой популяции.

Материалы и методы. В исследование были включены 40 отпрепарированных почек взрослых людей разного возраста от 26 до 72 лет (средний возраст $45,5 \pm 17,0$ лет) и пола (20 мужских и 20 женских органов). Анализ проводился с использованием морфометрических методов и данные полученные в ходе исследования обрабатывались с помощью программы SPSS Statistics 20.

Результаты и их обсуждение. В ходе изучения 40 фиксированных препаратов были проанализированы длина почечных сосудов, а так же их по-

ложение в почечной лоханке. Длина левой почечной артерии варьировала от 4,0 см до 5,0 см (средняя $4,45 \pm 0,39$ см), а правой почечной артерии была от 4,0 см до 6,1 см (средняя $5,29 \pm 0,76$ см). Учитывая средние показатели, длина почечной артерии справа была больше, чем слева на 11,8%. Длина левой почечной вены варьировала от 4,2 см до 8,5 см (средняя $6,38 \pm 1,42$ см), а правой почечной вены была от 2,5 см до 3,2 см (средняя $2,7 \pm 0,23$ см). В среднем длина левой почечной вены была больше на 136,2%. В норме вена располагается впереди артерии и лоханки в почечном синусе. В ходе нашего исследования такое расположение было найдено в 58,32% случаев (16 правых и 12 левых почек), в остальных 41,68% случаев артерия располагалась спереди вены в почечном синусе (7 правых почек и 13 левых почек). Таким образом, чаще артерия находилась спереди вены справа (33,32%), чем слева (25%). Метод корреляции по Пирсону показал обратную зависимость между наличием сосудистых аномалий (дополнительные артерии и вены) и положением вены впереди артерии в почечном синусе, другими словами почки имеющие аномалии развития сосудов реже имеют нарушение положения анатомических структур в синусе ($r=0,45$; $p<0,05$).

Выводы. Варианты развития артерий почек имеют большое значение в фундаментальных и клинических дисциплинах. Почечные артерии отличаются большой вариабельностью развития, которая должна быть учтена в ходе диагностических и хирургических процедур.

ВЛИЯНИЕ ПОЛИМЕР-СВЯЗАННОЙ ФОРМЫ
ПРОТИВООПУХОЛЕВОГО ПРЕПАРАТА ПРОСПИДИН
НА ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ И БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ
КРОВИ У КРЫС С ГЕПАТОМОЙ ЗАЙДЕЛА

**Кокорев А.В., Заборовский А.В., Минаева О.В.,
Фирстов С.А., Бродовская Е.П.**

Мордовский государственный университет, г.Саранск
Московский государственный медико-стоматологический университет,
г. Москва

Научный руководитель - д.м.н., профессор Пятаев Н.А.

Цель исследования. Изучить влияние проспицина, конъюгированно-го с фосфатом декстрана, на гематологические и биохимические показатели крови у крыс с гепатомой Зайдела

Материалы и методы. Исследования выполнены на 70 белых лабораторных крысах массой 190-230 г с перевитой асцитной гепатомой Зайдела. В исследовании использованы препараты Проспидин и Проспидин-гидрогель (НИИ Физико-химических проблем БГУ, Белоруссия). Препараты вводили внутривентриально на изотоническом растворе хлорида натрия через 24 часа после перевивки опухоли. Для каждого из препаратов иссле-

дована эффективность трех дозировок: 150, 450 и 1350 мг/кг. Морфологические и биохимические показатели периферической крови исследовали на 5-е сутки после начала лечения. Анализ периферической крови включал в себя следующие показатели: количество эритроцитов, лейкоцитов и тромбоцитов, гемоглобин. Биохимический анализ крови включал определение общего белка, глюкозы, мочевины, креатинина, билирубина, аланиновой и аспарагиновой трансаминаз (АлТ и АсТ) и щелочной фосфатаза (ЩФ).

Результаты и их обсуждение. У нелеченных животных развитие гепатомы приводило к анемии, умеренно выраженному лейкоцитозу и снижению общего белка сыворотки. У животных, получавших чистый проспидин, отмечалась дозозависимая лейко- и тромбоцитопения, а в группе, получавшей препарат в дозе 1350 мг/кг, регистрировалась увеличение уровня мочевины, креатинина и АЛТ. При введении Проспидина в форме гидрогеля лейкопения и тромбоцитопения регистрировались только при введении максимальной дозы, биохимические показатели достоверно не изменялись.

Выводы.

1. Внутривентрикулярное введение проспидина у крыс с гепатомой Зайдела сопровождается дозозависимой лейко- и тромбоцитопенией, а при введении в дозе 1350 мг/кг - повышением уровня мочевины, креатинина и АЛТ.
2. Проспидин-гидрогель оказывает менее выраженное миелосупрессивное действие и не вызывает нефро- и гепатопатии при внутривентрикулярном введении в исследованных дозах.

Работа выполнена в рамках Госзадания ФГБОУ ВПО "МГУ им. Н.П.Огарева". Код проекта 2952.

ВЛИЯНИЕ МОДУЛЯЦИИ ЭКСПРЕССИИ ТЕСКАЛЦИНА НА ЖИЗНЕСПОСОБНОСТЬ МЕЗЕНХИМНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК Колобынина К.Г., Тазетдинова Л.Г., Гомзикова М.О., Соловьева В.В.

Казанский (Приволжский) федеральный университет, г. Казань
Научный руководитель - д.б.н., профессор Ризванов А.А.

Особое место в регенеративной медицине занимают исследование и применение стволовых клеток. Стволовые клетки получают из различных тканей человека, при этом практическое значение приобретают стволовые клетки, выделенные из жировой ткани, поскольку они отличаются сравнительной доступностью и высоким пролиферативным потенциалом. Открытый в 2001 году белок тескалцин, относящийся к семейству EF-hand Ca^{2+} -связывающих белков, участвует в процессе дифференцировки гемопоэтических клеток, а также является потенциальной онкомишенью, нейрональным маркером и ингибитором гипертрофии сердца. Актуальным является исследование возможности применения тескалцина в направленной дифференцировке стволовых клеток, что может иметь перспективы для дальнейшего их применения в медицинской практике.

Цель исследования. Оценить влияние сверхэкспрессии или нокдауна гена тескалцина на жизнеспособность мезенхимных стволовых клеток из жировой ткани человека (МСК-ЖТ).

Стволовые клетки из жировой ткани человека были выделены с помощью ферментативной обработки 0,2% раствором коллагеназы краба (159 ПЕ/мг). Иммунофенотипирование МСК-ЖТ проводили с помощью иммунофлуоресцентного окрашивания специфичными антителами к различным CD-маркерам. МСК-ЖТ со сверхэкспрессией или нокдауном гена тескалцина были получены путем их генетической модификации с использованием рекомбинантных лентивирусов, которые были получены по стандартной методике путем ко-трансфекции векторной, оболочечной и упаковочной плазмидами клеток НЕК293-FT. Плазмиды предоставлены профессором молекулярной и клеточной фармакологии Медицинской школы Университета Майами (США) Слепаком В.З. Жизнеспособность МСК-ЖТ оценивали с использованием MTS-теста (Promega).

В результате работы из жировой ткани человека были выделены МСК. Выделенные клетки имели фибробласто-подобную морфологию и экспрессировали поверхностные антигены, характерные для МСК человека: CD29, CD73, CD90, CD105 и CD166. С помощью генетической модификации были получены МСК-ЖТ со сверхэкспрессией или нокдауном гена тескалцина и показано, что модуляция экспрессии тескалцина не оказывает влияния на их жизнеспособность.

Работа финансировалась грантом Российского Фонда Фундаментальных Исследований №15-44-02509.

РОЛЬ ПРАВОГО ВИСОЧНО-ТЕМЕННОГО СТЫКА В «ЛЖИВОЙ» САМООЦЕНКЕ НЕКОТОРЫХ ПСИХИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ

Кравченко И.С.

Тверской государственный медицинский университет, г.Тверь
Научный руководитель - к.м.н., доцент Лебедев А.Б.

Цель исследования. Определить роль правого височно-теменного стыка в самооценке некоторых психических состояний.

Материалы и методы. Анонимное анкетирование 98 человек (от 18 до 38 лет) по методикам: Г.Айзенка и САН; t-критерий Стьюдента, коэффициент корреляции Пирсона, данные исследований из Центра междисциплинарных наук Дюка (США).

Результаты и их обсуждение. Средний уровень лжи среди респондентов составил $1,58163 \pm 0,11388$, который рассматривается в качестве нормы. Сила взаимосвязи компонентов САН и лжи (без учета направленности связи) составляет от 0,6228 до 0,79079, при достоверности коэффициента корреляции от 5,35447 до 9,99.

Выводы. За ложь отвечает определенная часть мозга - височно-теменной стык, за самооценку психических состояний - правая его часть (данные исследований из Центра междисциплинарных наук Дюка (США)). Группа респондентов состояла из «правшей» и «левшей». Следовательно, корковый центр «лжи» располагается преимущественно в правом височно-теменном стыке.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ОРГАНАХ И ТКАНЯХ КРЫС ПРИ ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ ПОЛИЭЛЕКТРОЛИТНЫХ МИКРОКАПСУЛ С НАНОЧАСТИЦАМИ МАГНЕТИТА

Куликов О.А., Фирстов С.А., Минаева О.В., Бродовская Е.П., Кокорев А.В., Заборовский А.В.

Мордовский государственный университет, г.Саранск
Московский государственный медико-стоматологический университет,
г. Москва

Научный руководитель - д.м.н., профессор Пятаев Н.А.

Цель исследования. Изучить морфологические изменения в органах крыс при внутривенном введении полиэлектrolитных микрокапсул, содержащих ферромагнитные наночастицы.

Материалы и методы. Исследование выполнено на 8-ми белых нелинейных крысах массой 250-320 г. Биоразлагаемые полиэлектrolитные микрокапсулы были изготовлены по технологии "слой за слоем" с использованием декстрансульфата и поли-L-аргинина, наночастицы магнетита были включены в оболочки микрокапсул во время синтеза. Микрокапсулы ($0,5 \times 10^9$ в 1 мл 0,9% р-ра NaCl) вводили однократно внутривенно в хвостовую вену. Морфологическое исследование (световую микроскопию) проводили через 24 часа от момента введения. Для выявления магнетита использовали метод Перлса.

Результаты и их обсуждение. Микрокапсулы и скопления магнетита обнаружены у всех животных в печени и в селезенке. Патоморфологические изменения зафиксированы у 2 крыс (25%) в легких, печени и почках. В лёгких изменения соответствовали таковым при остром респираторном дистресс синдроме: отмечалось утолщение межальвеолярных перегородок, очаги дистелектазов и кровоизлияний. В почках отмечались очаги сморщивания канальцев и отёка эпителия с полным перекрытием просвета канальцев. Отмечались явления некробиоза отдельных эпителиоцитов. В печени обнаружено незначительное расширение перисинусоидальных пространств Диссе. Отмечались также дистрофические изменения гепатоцитов в виде вакуольной и гидropической дистрофии. В просвете синусоидных капилляров обнаружены единичные (изолированные) и агрегированные микрокапсулы, а также скопления частиц магнетита.

Выводы. Внутривенное введения полиэлектrolитных микрокапсул, содержащих ферромагнитные наночастицы, в дозе $0,5 \times 10^9$ патоморфологические изменения регистрируются в 25% наблюдений в легких печени и почках. В легких отмечаются очаги интерстициального отека и дителектазов, в печени и почках - очаги клеточной дистрофии.

Работа выполнена в рамках Госзадания ФГБОУ ВПО "МГУ им. Н.П.Огарева". Код проекта 2952.

АНТИБИОПЛЕНКООБРАЗУЮЩАЯ АКТИВНОСТЬ ИММУНОГЛОБУЛИНОВОГО КОМПЛЕКСНОГО ПРЕПАРАТА В ОТНОШЕНИИ ШТАММОВ STAPHYLOCOCCUS AUREUS

Лиманов М.В.

ГБОУ ВПО Пермский государственный медицинский университет
имени академика Е.А. Вагнера, г. Пермь

Научные руководители - к.м.н., доцент Быкова Л.П., к.м.н. Годовалов А.П.

Известно, что иммуноглобулины (Ig) способны блокировать поверхностное прикрепление и образование биопленок микроорганизмами (Cerca et al., 2007; Sun et al., 2005). Разработан комплексный иммуноглобулиновый препарат (КИП) для энтерального применения, который содержит иммунологически активную белковую фракцию, выделенную при фракционировании сывороток донорской крови. От всех других иммуноглобулиновых препаратов, применяемых в России, КИП отличает высокое содержание IgA и IgM.

Цель исследования. Изучить действие КИП на формирование биопленки *Staphylococcus aureus*.

Материалы и методы. Сорбцию КИП на планшетах для иммуноферментного анализа проводили при $+40^{\circ}\text{C}$ 1 ч. В исследовании использовали КИП в концентрациях 60, 20 и 6 мг/мл по белку. В контрольные лунки вместо КИП вносили физиологический раствор NaCl. После сорбции в лунки планшета вносили суспензии *S. aureus* (108 КОЕ/мл) для формирования биопленки. Планшеты с пробами инкубировали 24 и 48 ч при 37°C . Биопленкообразующую способность *S. aureus* изучали традиционным методом (O'Toole G., 2000). Результаты выражали в единицах оптических плотности. Статистическую обработку данных проводили с использованием t-критерия Стьюдента. За пороговый уровень значимости принимали величину $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. В ходе проведенных исследований было установлено, что КИП в концентрациях 60 и 20 мг/мл статистически значимо снижал интенсивность биопленкообразования *S. aureus* в течении 24 ч. При увеличении срока инкубации до 48 ч установлено, что все изученные концентрации КИП статистически значимо снижали интенсивность

био пленкообразования *S. aureus*. Поскольку КИП содержит большое количество разнообразных по своей специфичности Ig, то при его использовании наблюдается строго специфическое взаимодействие с микроорганизмами, что приводит к блокированию их “quorum sensing” (Kaufmann et al., 2011) и способствует нарушению био пленкообразования (Nakayama et al., 2009; Park et al., 2007).

Выводы. Показано, что комплексный иммуноглобулиновый препарат высоко эффективен в отношении снижения био пленкообразования штаммами *S. aureus*.

ВЛИЯНИЕ БИОРЕЗОНАНСНОГО ПРОГЕСТЕРОНА НА ИНТАКТНЫЕ МОЛОЧНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

**Максаев Д.А., Цыплакова К.В., Васильева В.В., Губанова А.В.,
Пшеничников Е.А., Рясненко Э.А., Тимохина А.О., Шершнева С.И.**

Рязанский государственный медицинский университет

им. акад. И.П. Павлова

Научные руководители - к.м.н. Анисимова С.А., к.м.н. Свирина Ж.А.

Патология молочных желёз является актуальной современной медико-социальной проблемой. Известно, что развитие данных заболеваний происходит под действием целого комплекса гормонов.

Цель исследования. Изучить влияние биорезонансного прогестерона на интактные молочные железы.

Материалы и методы. Исследование проводили на 15 белых девственных самках крыс. Животных разделили на 3 группы опыта по 5 крыс в каждой: 1 группа - интактные животные (контроль нормы), 2 группа - крысы, которым ежедневно давали рег ос, растворенный в воде биорезонансный прогестерон на гомеопатической крупке, 3 группа - крысы, которые получали только обычную гомеопатическую крупку. Опыт длился 30 дней. Затем крыс умерщвляли, извлекали паховые молочные железы, фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина, подвергали стандартной гистологической обработке, а срезы окрашивали гематоксилином и эозином.

Результаты и их обсуждение. В норме в молочных железах протоки лежат по одному или маленькими группами. Просвет железистых структур от спавшегося до незначительно расширенного, пустой. Эпителий кубический с интенсивно окрашенными овальными или круглыми ядрами. Жировая ткань преобладает над соединительной. Перигландулярная строма представлена тонкими прослойками рыхлой соединительной ткани, в клеточном составе которой в основном фибробласты. Молочные железы во 2-й группе крыс, которые получали биорезонансный прогестерон, отличаются наличием протоков с несколько расширенным просветом, которые расположены преимущественно группами, насчитывающими до 20 протоков в

одной группе. Перигландулярная строма представлена достаточно широкими прослойками фиброзной ткани. Молочные железы в 3-й группе крыс, которые получали обычную гомеопатическую крупку микроскопически практически не отличались от контроля нормы.

Выводы. Итак, биорезонансный прогестерон оказывает влияние на паренхиму и строма молочных желез, способствуя развитию последних: в паренхиме появляются расширенные протоки и значительно увеличивается количество протоков в группе, в строме отмечается умеренный перигландулярный фиброз, особенно около крупных протоков.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЕКСАМЕТАЗОНА И МЕТОТРЕКСАТА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ АУТОИММУННОМ УВЕИТЕ

Малькина М.В., Карпова Н.А., Столяров Г.С.

Мордовский государственный университет, г. Саранск
Научный руководитель - д.м.н., профессор Аксенова С.В.

Цель исследования. Сравнить эффективность дексаметазона и метотрексата при экспериментальном аутоиммунном увеите.

Материалы и методы. Эксперименты выполнены на 18 нелинейных лабораторных крысах. Передний увеит моделировали по методу Майчука Д.Ю.(1997) путем сенсбилизации лошадиной сывороткой и последующего ее введения в переднюю камеру глаза, что приводило к развитию клинической картины переднего увеита. Животные были разделены на 3 группы по 6 особей в каждой. В контрольной группе лечение животных не проводилось. В опытных группах на 7-е сутки заболевания начинали лечение. В 1-й опытной группе животным однократно парабульбарно вводили 0,125 мл 0,4% раствора дексаметазона (1 мг/кг). Во 2-й опытной группе однократно парабульбарно вводили 0,035 мл 2,5% (15 мг/м²) метотрексата. Далее ежедневно оценивали клинические проявления увеита (ирита) по 4-х-балльной шкале Agarwal, Caspi (2012).

Результаты и их обсуждение. Максимальная интенсивность воспаления во всех группах перед лечением достигала 3 баллов, средняя интенсивность составила 2,2±0,3 балла. В группах, получавших лечение, купирование симптомов заболевания происходило быстрее. Средняя интенсивность воспаления на 10-е сутки в 1-й группе была равна 1,4±0,3, во 2-й 1,5±0,4 и 2,1±0,4 балла в контроле. Во всех группах отмечено купирование симптомов увеита. Продолжительность заболевания до полного излечения после начала терапии в 1-й группе составила 8,2±0,3 суток, во 2-й - 8,0±0,2 суток. Общая продолжительность заболевания до полного излечения составила 15,2±0,3 суток в 1-й, 15,0±0,2 во 2-й и 28,0±0,6 суток в контрольной группе.

Нами не выявлено общее токсическое действие препаратов: не обнаружено отклонений массы тела, поведения животных и потребления ими пищи.

Выводы. Дексаметазон и метотрексат при парабульбарном введении у крыс с экспериментальным аутоиммунным передним увеитом обладают одинаковой терапевтической эффективностью.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДВУХ МЕТОДОВ МОДЕЛИРОВАНИЯ АУТОИММУННОГО УВЕИТА

Малькина М.В., Карпова Н.А., Струлькова С.Ю.

Мордовский государственный университет, г. Саранск
Научный руководитель - д.м.н., профессор Аксенова С.В.

Цель исследования. Сравнить эффективность методов моделирования аутоиммунного увеита с использованием бычьего меланина и лошадиной сыворотки.

Материалы и методы. Исследования выполнены на 12 белых нелинейных лабораторных крысах. Животные были разделены на 2 группы (по 6 особей в каждой). В 1-й группе для моделирования увеита использовали Методику Kaplan, Broekhuysе (1993) животным подкожно вводили 100 мкл стабильной эмульсии, содержащей 125 мкг бычьего меланина, предварительно разведенного с полным адьювантом Фрейда. Сразу же внутрибрюшинно вводили 125 мкг меланина и 1 мкг коклюшного токсина. Во 2-й группе животных сенсибилизировали путем внутримышечного введения 0,3 мл лошадиной сыворотки крови. На 14 день после сенсибилизации в переднюю камеру животным вводили разрешающая доза - 0,05 мл лошадиной сыворотки, что приводило к развитию переднего увеита (Майчук Д.Ю., 1997) Далее ежедневно проводился осмотр животных. Клиническая оценка интенсивности увеита проводилась по 4-х-балльной шкале Agarwal, Caspi (2012).

Результаты и их обсуждение. При меланин-индуцированном увеите максимальное развитие воспаления наблюдалось на 18-е сутки после начала исследования. При увеите, индуцированном лошадиной сывороткой, наиболее тяжелая клиническая картина отмечалась на 21 сутки. Максимальная интенсивность воспаления в обеих группах достигала 3 баллов, средняя интенсивность в 1-й группе составила 2,2±0,3 балла, во второй - 2,1±0,2 балла, $p > 0,05$. Передний увеит самопроизвольно купировался практически у всех животных независимо от группы на 28-е сутки после индукции заболевания.

По данным литературы, при меланин - индуцированном увеите совместно с передним сегментом глаза повреждается и задний в виде легкого хориоидита. В случаях, когда в задачи исследования не входит моделирование хориоидита, метод моделирования переднего увеита с помощью лошадиной сыворотки можно считать предпочтительным ввиду большей доступности и меньшей стоимости.

Выводы. Методы моделирования аутоиммунного увеита с использованием бычьего меланина и лошадиной сыворотки не различаются по клинической эффективности.

ЗНАЧЕНИЕ ОКСИДА АЗОТА В ИЗМЕНЕНИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ МИТОХОНДРИЙ КЛЕТОК ЛЁГКИХ В УСЛОВИЯХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ

Медведев Д.В.

Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова

Научный руководитель - к.б.н., доцент Звягина В.И.

Известно, что гипергомоцистеинемия (ГГЦ) может вызывать эндотелиальную дисфункцию, важную роль в развитии которой играет нарушение деятельности митохондрий. При этом большое значение может иметь изменение метаболизма оксида азота (NO), являющегося регулятором функционирования указанных органелл. Интерес представляет изучение дисфункции митохондрий лёгких как органа богатого сосудами. Имеются данные, что в высоких концентрациях гомоцистеин способствует тромбозу и эмболии лёгочных сосудов, развитию лёгочной гипертензии, фиброза лёгких.

Цель исследования. Изучение значения оксида азота в изменении функционирования митохондрий клеток лёгких в условиях экспериментальной гипергомоцистеинемии.

Материалы и методы. Исследование проводилось на 2 группах крыс-самцов линии Wistar по 8 животных. У крыс первой группы моделировали ГГЦ путём внутрижелудочного введения суспензии метионина в количестве 1,5 г/кг 2 раза в сутки в течение 21 дня с заменой питьевой воды на 1%-ый раствор метионина. Вторая группа служила контролем, этим животным по аналогичной схеме вводилась суспензионная основа без метионина. По истечении трёх недель животных умерщвляли. В сыворотке крови анализировали содержание гомоцистеина. Из лёгких методом дифференциального центрифугирования получали митохондрии. В суспензии митохондрий определяли активность сукцинатдегидрогеназы (СДГ), Н⁺-АТФазы, лактатдегидрогеназы (ЛДГ), уровень метаболитов NO. Статистическую обработку результатов проводили с использованием критерия Манна-Уитни.

Результаты и их обсуждение. У крыс, получавших метионин, развивалась тяжёлая ГГЦ, уровень гомоцистеина в сыворотке крови возрастал в 50 раз ($p < 0,01$) относительно контроля, а также наблюдалось увеличение активности митохондриальных ферментов: ЛДГ на 60,8% ($p < 0,01$), СДГ на 20,0% ($p > 0,05$), Н⁺-АТФазы на 26,0% ($p < 0,05$). Концентрация метаболитов NO в опытной группе снижалась на 14,0% ($p < 0,05$).

Выводы. ГГЦ у крыс приводит к активации в митохондриях клеток лёгких процессов аэробного окисления и окислительного фосфорилирования, одной из причин которого является снижение продукции NO.

ИССЛЕДОВАНИЕ ИММУНОГЕННОСТИ ФЕРРОМАГНИТНЫХ НАНОМАТЕРИАЛОВ IN VITRO

Минаева О.В., Куликов О.А., Фирстов С.А., Бродовская Е.П.

Мордовский государственный университет, г.Саранск

Научный руководитель - д.м.н., профессор Пятаев Н.А.

Цель исследования. Исследовать влияние модификации поверхности ферромагнитных наноматериалов на их иммуногенность в тестах с цельной кровью человека *in vitro*.

Материалы и методы. Синтезированы ферромагнитные наночастицы (ФНЧ) оксида железа стабилизированные олеиновой и лимонной кислотами. Получены полимерные капсулы (ПК), состоящие из полимеров: полистиролсульфоната (PSS) и полиаллиламина (ПАН), в оболочку которых были инкорпорированы наночастицы оксида железа, стабилизированные лимонной кислотой. Иммуногенность всех синтезированных материалов оценивалась микроскопически после инкубации с цельной кровью человека *in vitro*. Анализировались жизнеспособность лейкоцитов методом суправитальной окраски трипановым синим, а также параметры реакции фагоцитоза: активность и интенсивность.

Результаты и их обсуждение. Инкубация ФНЧ, стабилизированных олеиновой кислотой, с клетками крови человека сопровождалась снижением жизнеспособности лейкоцитов на 10 % ($p=0,04$). ФН, стабилизированные лимонной кислотой, и полимерные капсулы на их основе не влияли на жизнеспособность лейкоцитов крови. При микроскопии образцов после постановки реакции фагоцитоза ФНЧ, стабилизированные олеиновой кислотой, локализовались экстрацеллюлярно. ПК и ФНЧ, стабилизированные лимонной кислотой, визуализировались в цитоплазме нейтрофилов в виде коричневых включений, что позволило сделать вывод об их фагоцитозе. При этом активность фагоцитоза составила $37\pm 7,1\%$ и $44,7\pm 5,4\%$ соответственно, что достоверно ниже контроля (дрожжи) $93\pm 8,5\%$ ($p=0,002$). Интенсивность фагоцитоза капсул была так же двукратно ниже контроля: $3,6\pm 1,2$ против $8,6\pm 1,1$ у.е. ($p=0,03$).

Выводы. Иммуногенность ферромагнитных наноматериалов зависит от характера из поверхности и типа стабилизатора. ФНЧ, стабилизированные олеиновой кислотой, не подвергаются фагоцитозу и снижают жизнеспособность лейкоцитов крови. ФНЧ, стабилизированные лимонной кислотой, и полиэлектролитные капсулы на их основе не влияют на жизнеспособность клеток крови и подвергаются фагоцитозу с меньшей интенсивностью

по сравнению с контролем.

Работа выполнена в рамках Госзадания ФГБОУ ВПО "МГУ им. Н.П.Огарева". Код проекта 2952.

ИЗМЕНЕНИЯ ВЫСОТЫ И ШИРИНЫ НЕЙРОНОВ МОЛЕКУЛЯРНОГО СЛОЯ КВАДРАТОУГОЛЬНОЙ ДОЛЬКИ МОЗЖЕЧКА

Нарбаева М. , Нуритдинов О.Д.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан
Научные руководители - д.м.н. Хатамов А.И., доцент Улугбекова Г.Ж.

Цель исследования. Изучить морфометрические изменения нейронов молекулярного слоя квадратугольной долики мозжечка (МКДМ) мозжечка после ампутации правой задней конечности (АПЗКС).

Материалы и методы. Материалом исследования послужили 35 взрослых беспородных собак, весом от 9 до 15 кг. Первая группа из 5 животных, которая служила контролем. Во вторую группу вошли 30 собак, которым была произведена трехмоментная ампутация правой задней конечности на уровне средней трети бедра по Пирогову. Применялись морфологические и морфометрические методы исследования, окраска препаратов по Нисслю гематоксилином и эозином, а также метод вариационной статистики.

Результаты и их обсуждение. Высота и ширина набухших нейронов молекулярного слоя квадратугольной долики мозжечка (МКДМ) в обоих полушариях на 7 сутки, после АПЗКС увеличиваются в 1,4 раза (высота в правом полушарии - от $16,5 \pm 0,46$ до $23,3 \pm 0,46$ мкм, $P < 0,001$; в левом - от $16,4 \pm 0,38$ до $23,5 \pm 0,42$ мкм, $P < 0,001$, а ширина соответственно от $15,6 \pm 0,45$ до $21,75 \pm 0,34$ мкм, $P < 0,001$ и от $15,6 \pm 0,38$ до $22,1 \pm 0,45$ мкм, $P < 0,001$), а в следующих сроках, уменьшаясь, на 3 месяце становятся почти одинаковыми с контрольными, и незначительно изменяются на 6 месяце. Высота и ширина нейронов с набухшими ядрами МКДМ на 7 сутки после АПЗКС, увеличиваются в 1,4 раза (высота в правом полушарии - от $16,5 \pm 0,46$ до $22,7 \pm 0,46$, $P < 0,001$, в левом - от $16,4 \pm 0,38$ до $23,05 \pm 0,33$ мкм, $P < 0,001$, а ширина соответственно от $15,6 \pm 0,45$ до $21,6 \pm 0,43$, $P < 0,001$ и от $15,6 \pm 0,45$ до $22,1 \pm 0,47$ мкм, $P < 0,001$). Эти показатели на 21 сутки интенсивно уменьшаются, на 3 месяце становятся равными контролю, а в 6 месяце существенно не меняются. Установлено, что наибольшие изменения нейронов с набухшими ядрами отмечаются на 7 сутки, затем они уменьшаются и к концу исследования напоминают перевернутую «клюшку». При этом отмечается интенсивное уменьшение параметров нейронов на 21 сутки.

Выводы. Таким образом морфометрические изменения при различных сроках после ампутации задней конечности происходит гетерохронно и гетеродинамично.

МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ВЫСОТЫ И ШИРИНЫ
НЕЙРОНОВ МОЛЕКУЛЯРНОГО СЛОЯ ВЕРХНЕЙ
ПОЛУЛУННОЙ ДОЛЬКИ МОЗЖЕЧКА

Нарбаева М., Нуритдинов О.Д.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан
Научные руководители - д.м.н. Хатамов А.И., доцент Улугбекова Г.Ж.

Цель исследования. Изучить морфометрические изменения нейронов молекулярного слоя верхней полулунной долики мозжечка (МВПДМ) мозжечка после ампутации правой задней конечности (АПЗКС).

Материалы и методы. Материалом исследования послужили 35 взрослых беспородных собак, весом от 9 до 15 кг. Первая группа из 5 животных, которая служила контролем. Во вторую группу вошли 30 собак, которым была произведена трехмоментная ампутация правой задней конечности на уровне средней трети бедра по Пирогову. Применялись морфологические и морфометрические методы исследования, окраска препаратов по Нисслю гематоксилином и эозином, а также метод вариационной статистики.

Результаты и их обсуждение. Высота и ширина набухших нейронов молекулярного слоя верхней полулунной долики мозжечка (МВПДМ) в обоих полушариях после ампутации задней конечности у собаки на 7 сутки, увеличиваются в 1,4 раза высота в правом - от $16,3 \pm 0,41$ до $22,96 \pm 0,27$ мкм, $P > 0,001$, в левом - от $16,25 \pm 0,34$ до $23,2 \pm 0,42$, $P < 0,001$; ширина соответственно от $15,55 \pm 0,34$ до $11,85 \pm 0,37$ мкм, $P < 0,001$ и от $15,6 \pm 0,38$ до $21,55 \pm 0,37$ мкм ($P > 0,001$) в последующие сроки высота уменьшается на 1/3 ($P < 0,001$), ширина - на 2/5 ($P < 0,001$). Высота и ширина набухших нейронов МВПДМ после АПЗКС в левом полушарии наиболее интенсивно уменьшаются на 21 сутки и на 2 месяце, в правом полушарии - высота на 2 месяце, а ширина - на 30 сутки. Высота и ширина МВПДМ в обоих полушариях набухших нейронов на 1 месяце после АПЗКС становятся такими же, как в контроле, а на 6 месяце незначительно меньше, чем контрольные показатели. Высота и ширина нейронов МВПДМ с набухшими ядрами в обоих полушариях на 7 сутки после АПЗКС увеличиваются в 1,4 раза (высота - в правом - от $16,3 \pm 0,41$ до $22,55 \pm 0,37$ мкм, $P < 0,001$; в левом - от $16,25 \pm 0,34$ до $12,7 \pm 0,41$ мкм, $P < 0,001$; а ширина соответственно от $15,05 \pm 0,34$ до $21,65 \pm 0,31$ мкм, $P < 0,001$ и от $15,6 \pm 0,38$ до $21,55 \pm 0,3$ мкм, $P < 0,001$), затем, уменьшаясь на 5 ($P < 0,001$).

Выводы. Наибольшее увеличение высоты и ширины нейронов молекулярного слоя выявлена на 7 сутки после ампутации.

ВЫСОТА И ШИРИНА НЕЙРОНОВ МОЛЕКУЛЯРНОГО СЛОЯ ТОНЗИЛЛЯРНОЙ ДОЛЬКИ МОЗЖЕЧКА ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ

Нарбаева М., Нуритдинов О.Д.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан
Научные руководители - д.м.н. Хатамов А.И., доцент Улугбекова Г.Ж.

Цель исследования. Изучить морфометрические изменения нейронов молекулярного слоя тонзиллярной долики мозжечка МТДМ мозжечка после ампутации правой задней конечности (АПЗКС).

Материалы и методы. Материалом исследования послужили 35 взрослых беспородных собак, весом от 9 до 15 кг. Первая группа из 5 животных, которая служила контролем. Во вторую группу вошли 30 собак, которым была произведена трехмоментная ампутация правой задней конечности на уровне средней трети бедра по Пирогову. Применялись морфологические и морфометрические методы исследования, окраска препаратов по Нисслю гематоксилином и эозином, а также метод вариационной статистики.

Результаты и их обсуждение. Высота и ширина набухших нейронов молекулярного слоя тонзиллярной долики мозжечка (МТДМ) в обоих полушариях на 7 сутки после ампутации конечности, увеличиваются в 1,4 раза (высота в левом - от $16,4 \pm 0,65$ до $12,95 \pm 0,37$ мкм $P < 0,001$; в правом - от $16,3 \pm 0,55$ до $22,85 \pm 0,34$ мкм, $P < 0,001$, ширина соответственно от $15,5 \pm 0,47$ до $21,95 \pm 0,3$ мкм, $P < 0,001$ и от $15,4 \pm 0,38$ до $21,75 \pm 0,34$, $P < 0,001$), а через месяц становятся почти такими же, как в контроле, а на 6 месяце уменьшаются на 1/3 ($P < 0,01$ и $P > 0,05$) соответственно. То есть, высота и ширина набухших нейронов МТДМ в обоих полушариях на 7 сутки после АПЗКС выражено увеличиваются, затем высота интенсивно уменьшается на 21 сутки и на 2 месяце, а ширина - на 21 и 30 сутки, а на 6 месяце становится меньше, чем в контрольной. При этом изменения напоминают перевернутую «клюшку». Высота и ширина нейронов с набухшими ядрами МТДМ в обоих полушариях после АПЗКС нарастают в 1,4 раза (высота в правом - от $16,3 \pm 0,55$ до $22,75 \pm 0,31$ мкм, $P < 0,001$, в левом - от $16,4 \pm 0,65$ до $22,65 \pm 0,34$, мкм $P < 0,001$; а ширина соответственно от $15,4 \pm 0,38$ до $21,7 \pm 0,41$ $P < 0,001$ и от $5,5 \pm 0,47$ до $21,1 \pm 0,4$ мкм, $P < 0,001$), затем, на 3 месяце они становятся ближе контролю, а на 6 месяце продолжают уменьшаться.

Выводы. Таким образом, высота и ширина нейронов МТДМ подвергшихся тотальному хроматолизу резко увеличивается на ранних этапах после ампутации.

ИЗМЕНЕНИЯ ВЫСОТЫ И ШИРИНЫ НЕЙРОНОВ
ЗЕРНИСТОГО СЛОЯ КВАДРАТОУГОЛЬНОЙ ДОЛЬКИ МОЗЖЕЧКА
ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ КОНЕЧНОСТИ

Нарбаева М., Нуритдинов О.Д.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан
Научные руководители - д.м.н. Хатамов А.И., доцент Улугбекова Г.Ж.

Цель исследования. Изучить морфометрические изменения нейронов зернистого слоя квадратоугольной долики мозжечка (ЗКДМ) мозжечка после ампутации правой задней конечности (АПЗКС).

Материалы и методы. Материалом исследования послужили 35 взрослых беспородных собак, весом от 9 до 15 кг. Первая группа из 5 животных, которая служила контролем. Во вторую группу вошли 30 собак, которым была произведена трехмоментная ампутация правой задней конечности на уровне средней трети бедра по Пирогову. Применялись морфологические и морфометрические методы исследования, окраска препаратов по Нисслю гематоксилином и эозином, а также метод вариационной статистики.

Результаты и их обсуждение. Высота и ширина набухших нейронов зернистого слоя квадратоугольной, долики мозжечка (ЗКДМ) на 7 сутки после АПЗКС увеличиваются почти на 1/4 (высота в правом полушарии - от $14,0 \pm 0,28$ до $17,20 \pm 0,46$ мкм, $P > 0,001$, в левом от $14,05 \pm 0,24$ до $18,1 \pm 0,33$ мкм, $P < 0,001$; ширина соответственно: от $13,4 \pm 0,24$ до $15,95 \pm 0,29$, $P > 0,001$ и от $13,1 \pm 0,31$ до $16,80 \pm 0,25$ мкм, $P > 0,001$), на 3 месяце эти показатели становятся почти такими же, как в контроле, а на 6 месяце существенно не изменяются. То есть высота и ширина набухших нейронов ЗКДМ после АПЗКС больше всего изменяются на 7 сутки, а наиболее интенсивное уменьшение высоты наблюдается на 21 сутки и на 2 месяце, ширины справа - на 2 месяце, слева - на 21 сутки и на 2 месяце. Высота и ширина нейронов с набухшими ядрами ЗКДМ на 7 сутки после АПЗКС увеличиваются почти на 1/5 раза (высота в правом полушарии от $14,0 \pm 0,28$ до $17,7 \pm 0,39$ мкм, $P < 0,001$, в левом - от $14,05 \pm 0,24$ до $17,3 \pm 0,27$ мкм, $P > 0,001$; а ширина соответственно: от $13,4 \pm 0,24$ до $16,4 \pm 0,27$ мкм, $P > 0,001$ и от $13,1 \pm 0,31$ до $16,15 \pm 0,26$ мкм, $P > 0,001$). Наименьшие показатели регистрируются через 6 месяцев. При этом высота и ширина нейронов с набухшими ядрами ЗКДМ в обоих полушариях на 3 месяце становятся почти идентичными с таковыми в контрольной группе.

Выводы. Нейроны подвергшиеся тотальному хроматолизу нарастают на 7 сутки после ампутации правой задней конечности.

ВЫСОТА И ШИРИНА НЕЙРОНОВ ЗЕРНИСТОГО СЛОЯ ВЕРХНЕЙ ПОЛУЛУННОЙ ДОЛЬКИ МОЗЖЕЧКА ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ

Нарбаева М., Нуритдинов О.Д.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан
 Научные руководители - д.м.н. Хатамов А.И., доцент Улугбекова Г.Ж.

Цель исследования. Изучить морфометрические изменения нейронов зернистого слоя верхней полулунной долики мозжечка ЗВПДМ мозжечка после ампутации правой задней конечности (АПЗКС).

Материалы и методы. Материалом исследования послужили 35 взрослых беспородных собак, весом от 9 до 15 кг. Первая группа из 5 животных, которая служила контролем. Во вторую группу вошли 30 собак, которым была произведена трехмоментная ампутация правой задней конечности на уровне средней трети бедра по Пирогову. Применялись морфологические и морфометрические методы исследования, окраска препаратов по Нисслю гематоксилином и эозином, а также метод вариационной статистики.

Результаты и их обсуждение. Высота и ширина набухших нейронов зернистого слоя верхней полулунной долики мозжечка (ЗВПДМ) в правом полушарии на 7 сутки после АПЗКС увеличиваются на 1/4 раза (высота - от $13,4 \pm 0,2$ до $17,3 \pm 0,18$ мкм, $P < 0,001$; ширина - от $12,9 \pm 0,26$ до $16,15 \pm 0,27$ мкм, $P < 0,001$), в левом - на 1/5 (высота - от $13,75 \pm 0,67$ до $16,4 \pm 0,41$ мкм, $P < 0,001$; при на - от $13,0 \pm 0,29$ до $15,95 \pm 0,27$ мкм, $P < 0,01$), затем высота на 3 месяце, а ширина на 6 месяце становятся такими же, как в контроле.

Следует отметить, что высота и ширина набухших нейронов ЗВПДМ после АПЗКС на 2, 3, и 6 месяцах становятся равными с контрольными и при этом наиболее интенсивное уменьшение высоты наблюдается на 2 и 3 месяцах, а ширины - на 3 месяце. Высота нейронов с набухшими ядрами ЗВПДМ в обоих полушариях на сутки после АПЗКС на в 1/4 раза (в правом - от $13,4 \pm 0,2$ до $17,45 \pm 0,29$ мкм, $P < 0,001$, в левом - от $13,75 \pm 0,67$ до $17,60 \pm 0,3$ мкм, $P > 0,001$), а ширина - на 1,5 раза (в правом - от $12,9 \pm 0,26$ до $16,4 \pm 0,24$ мкм, $P < 0,001$, в левом - от $3,0 \pm 0,29$ до $16,45 \pm 0,22$ мкм, $P > 0,001$), затем уменьшается (справа - на 1/5 и слева - на 1/4 раза). При этом высота и ширина нейронов с набухшими ядрами ЗВПДМ в обоих полушариях на 3 месяце после АПЗКС одинаковые с контрольными и почти равными на 2, 3 и 6 месяцах.

Выводы. Таким образом, высота и ширина сморщившихся нейронов ЗВПДМ интенсивно изменяются на 7 сутки после АПЗКС и незначительно уменьшаются на 2 месяце, при этом показатели слева - на 3 и 6 месяцах становятся почти равными.

ВЛИЯНИЕ АМПУТАЦИИ КОНЕЧНОСТИ НА ВЫСОТУ
И ШИРИНУ НЕЙРОНОВ ЗЕРНИСТОГО СЛОЯ
ТОНЗИЛЛЯРНОЙ ДОЛЬКИ МОЗЖЕЧКА

Нарбаева М., Нуритдинов О.Д.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан
Научные руководители - д.м.н. Хатамов А.И., доцент Улугбекова Г.Ж.

Цель исследования. Изучить морфометрические изменения нейронов зернистого слоя тонзиллярной долики мозжечка (ЗТДМ) мозжечка после ампутации правой задней конечности (АПЗКС).

Материалы и методы. Материалом исследования послужили 35 взрослых беспородных собак, весом от 9 до 15 кг. Первая группа из 5 животных, которая служила контролем. Во вторую группу вошли 30 собак, которым была произведена трехмоментная ампутация правой задней конечности на уровне средней трети бедра по Пирогову. Применялись морфологические и морфометрические методы исследования, окраска препаратов по Нисслю гематоксилином и эозином, а также метод вариационной статистики.

Результаты и их обсуждение. Высота набухших нейронов зернистого слоя тонзиллярной долики мозжечка (ЗТДМ) в обоих полушариях мозжечка на 7 сутки после ампутации конечности, увеличивается на 1/4 раза (в правом - от $3,5 \pm 0,31$ до $17,4 \pm 0,16$ мкм, $P < 0,001$; в левом - от $14,0 \pm 0,28$ до $17,35 \pm 0,18$ мкм, $P < 0,05$), а ширина - на 1/5 раза (в правом - от $12,35 \pm 0,3$ до $16,0 \pm 0,3$ мкм, $P < 0,001$, в левом - от $13,1 \pm 0,29$ до $16,05 \pm 0,24$ мкм, $P < 0,001$), затем высота и ширина, уменьшаясь, наименьшими справа становятся на 6 месяце, слева - на 5 месяце. При этом высота набухших нейронов ЗТДМ в правом полушарии уменьшается на 1/4 ($P < 0,05$), в левом - в 1/5 ($P < 0,001$), а ширина соответственно на 1/5 ($P > 0,05$) и 1/7 ($P < 0,01$). Высота набухших нейронов ЗТДМ в обоих полушариях интенсивно уменьшается на 2 месяце и становятся одинаковой с контрольной: справа - на месяце, слева - на 3 месяце. Ширина уменьшается почти равномерно одинаково с контролем в правом полушарии на 6 месяце, слева - на 3 месяце. Высота и ширина нейронов с набухшими ядрами в правом полушарии на 7 сутки после АПЗКС, нарастают на 1/4 (высота - от $13,5 \pm 0,31$ до $17,5 \pm 0,2$ мкм, $P < 0,001$, а ширина - от $12,35 \pm 0,3$ до $16,3 \pm 0,2$ мкм, $P < 0,001$), в левом - высота на 1/4 (от $14,0 \pm 0,26$ до $17,40 \pm 0,21$ мкм, $P < 0,05$), а ширина на 1/5 (от $13,1 \pm 0,29$ до $16,15 \pm 0,18$ мкм, $P < 0,001$), высота и ширина справа уменьшались - на 1/5 раза ($P < 0,05$), а слева - высота - на 1/5 раза ($P < 0,001$).

Выводы. Таким образом, высота и ширина ЗТДМ в обоих полушариях после АЗКС интенсивно уменьшаются.

ПЛОТНОСТЬ НЕЙРОНОВ МОЛЕКУЛЯРНОГО СЛОЯ
КВАДРАТОУГОЛЬНОЙ ДОЛЬКИ МОЗЖЕЧКА
ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ КОНЕЧНОСТИ

Нарбаева М., Нуритдинов О.Д.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан

Научные руководители - доцент Улугбекова Г.Ж., Парпиева С.

Цель исследования. Изучить морфометрические изменения нейронов молекулярного слоя кавдратуугольной дольки мозжечка (КДМ) после ампутации правой задней конечности (АПЗКС).

Материалы и методы. Материалом исследования послужили 35 взрослых беспородных собак, весом от 9 до 15 кг. Первая группа из 5 животных, которая служила контролем. Во вторую группу вошли 30 собак, которым была произведена трехмоментная ампутация правой задней конечности на уровне средней трети бедра по Пирогову. Применялись морфологические и морфометрические методы исследования, окраска препаратов по Нисслю гематоксилином и эозином, а также метод вариационной статистики.

Результаты и их обсуждение. Плотность нейронов молекулярного слоя квадратуугольной дольки мозжечка (МКТДМ) в обоих полушариях на 7 сутки после АПЗКС почти одинакова с контрольной, затем, уменьшаясь, становится наименьшей на 30 сутки (в правом - от $27,2 \pm 0,42$ до $22,6 \pm 0,6$, $P < 0,001$, а в левом - от $27,2 \pm 0,63$ до $21,8 \pm 0,92$ штук, $P < 0,05$). На 2 месяце вновь увеличивается в 1,4 раза справа - до $31,8 \pm 0,76$, $P < 0,001$, слева - до $30,4 \pm 0,96$ штук, $P < 0,001$). Этот показатель сохраняется и на 2 месяце, а на 6 месяце становится значительно меньше (в 1,6 раза, $P < 0,001$), чем в начале эксперимента. Характер изменений плотности нейронов молекулярного слоя КДМ в обоих полушариях

Исследования показали, что расстояние между нейронами КДМ в обоих полушариях на 7, 21 сутки после АПЗКС, мало изменяется ($P > 0,05$), на 30 сутки уменьшается в 1,8 раза (в правом - от $30,2 \pm 1,04$ до $16,8 \pm 0,92$ мкм, $P < 0,001$, в левом - от $30,2 \pm 0,9$ до $16,6 \pm 0,93$ мкм, $P < 0,001$), затем на 2 месяце вновь нарастает (справа - в 1,9 раза, $P < 0,001$, слева - в 1,7 раза, $P < 0,001$). Эти показатели сохраняются на том же уровне на 3 месяце ($P > 0,05$ соответственно), а на 6 месяце вновь резко (почти в 2 раза, $P < 0,001$) увеличиваются.

Выводы. Таким образом, плотность нейронов верхней полулунной дольки мозжечка (ВПДМ) в обоих полушариях на 7 и 21 сутки после АПЗКС.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ НЕЙРОНОВ
КВАДРАТОУГОЛЬНОЙ ДОЛЬКИ МОЗЖЕЧКА
ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ КОНЕЧНОСТИ

Нарбаева М., Нуритдинов О.Д.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан
Научные руководители - доцент Улугбекова Г.Ж., Парпиева С.

Цель исследования. Изучить морфологические изменения нейронов квадратоугольной долики мозжечка (КДМ) после ампутации правой задней конечности (АПЗКС).

Материалы и методы. Материалом исследования послужили 35 взрослых беспородных собак, весом от 9 до 15 кг. Первая группа из 5 животных, которая служила контролем. Во вторую группу вошли 30 собак, которым была произведена трехмоментная ампутация правой задней конечности на уровне средней трети бедра по Пирогову. Применялись морфологические и морфометрические методы исследования, окраска препаратов по Нисслю гематоксилином и эозином, а также метод вариационной статистики.

Результаты и их обсуждение. В нейронах квадратоугольной долики мозжечка на 7-й день эксперимента в коре левого полушария мозжечка развиваются дисциркуляторные, отечно-дистрофические изменения, более выраженные, чем в правом. При этом в ганглионарном слое отмечались значительные отечные явления. Цитоплазма клеток Пуркинье тотально вакуолизирована, ядро и содержимое цитоплазмы сдавлены и сдвинуты в нижнюю часть клетки. Из-за сморщивания они выглядят гиперхромно. Наружная цитоплазматическая мембрана растянута и формирует шаровидное образование. Вокруг ганглионарных клеток определяется выраженный отек в виде неравномерной вакуолизацией нейроглии и вещества мозжечка. Отечные, дистрофические явления выявлялись и в молекулярном слое, из-за которых вещество нервной ткани разволокнено, нервные клетки сдавлены и сморщены. В этот срок эксперимента отечно-дистрофические изменения проявляющиеся разрыхлением клеточных элементов, просветлением и базофилией клеточного вещества и нервных отростков выявляются и в зернистом слое. Отеку преимущественно подвергнуты нейроглии, вследствие чего ядра оголены и сморщены.

Выводы. В нейронах квадратоугольной долики обоих полушарий мозжечка в различные сроки после ампутации в ранние сроки эксперимента во всех слоях коры развиваются дисциркуляторные, отечно-дистрофические и дегенеративные изменения.

СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПО СЛОЯМ КОРЫ ВЕРХНЕЙ
ПОЛУЛУННОЙ ДОЛЬКИ МОЗЖЕЧКА ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ
ПРАВОЙ ЗАДНЕЙ КОНЕЧНОСТИ У СОБАК

Нарбаева М., Нуритдинов О.Д.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан

Научные руководители - доцент Улугбекова Г.Ж., Парпиева С.

Цель исследования. Изучить морфологические изменения нейронов верхней полулунной долилки мозжечка после ампутации правой задней конечности (АПЗКС).

Материалы и методы. Материалом исследования послужили 35 взрослых беспородных собак, весом от 9 до 15 кг. Первая группа из 5 животных, которая служила контролем. Во вторую группу вошли 30 собак, которым была произведена трехмоментная ампутация правой задней конечности на уровне средней трети бедра по Пирогову. Применялись морфологические и морфометрические методы исследования, окраска препаратов по Нисслю гематоксилином и эозином, а также метод вариационной статистики.

Результаты и их обсуждение. В нейронах верхней полулунной долилки мозжечка динамике после ампутации правой задней конечности у собак в начальные сроки (7 день) эксперимента дисциркуляторные и отеочно-дистрофические изменения более выражены в коре левого полушария мозжечка. Наиболее значительные отеочные явления имели место в ганглионарном слое. Цитоплазма клеток Пуркинье тотально вакуолизирована, ядро и содержимое цитоплазмы сдавлены и сдвинуты в нижнюю часть клетки. Из-за сморщивания они выглядят гиперхромно. Большинство этих клеток заходятся в состоянии некробиоза в виде сморщивания и гомогенизации ядер. Наружная цитоплазматическая мембрана растянута и местами разорвана, отек сливается с отеочными изменениями межклеточного пространства. Выраженный отек определялся вокруг ганглионарных клеток в виде неравномерной вакуолизацией нейроглии и вещества мозжечка. В этот срок отеочно-дистрофические изменения, которые проявлялись разрыхлением плеточных элементов, просветлением, базофилией межклеточного вещества нервных отростков, выявляются и в зернистом слое. Отеку поимущественно были подвергнуты нейроглии, вследствие чего ядра их оголены и сморщены.

Выводы. Таким образом, ампутация конечности приводит к развитию выраженных дисциркуляторных, дистрофических и дегенеративных изменений. Эти патоморфологические перестройки были более выражены и имели распространенный характер в левом полушарии.

ИЗМЕНЕНИЯ КЛЕТОК ТОНЗИЛЛЯРНОЙ ДОЛЬКИ МОЗЖЕЧКА ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ ПРАВОЙ ЗАДНЕЙ КОНЕЧНОСТИ У СОБАК

Нарбаева М., Нуритдинов О.Д.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан

Научные руководители - доцент Улугбекова Г.Ж., Парпиева С.

Цель исследования. Изучить морфологические изменения нейронов тонзиллярной долики мозжечка после ампутации правой задней конечности (АПЗКС).

Материалы и методы. Материалом исследования послужили 35 взрослых беспородных собак, весом от 9 до 15 кг. Первая группа из 5 животных, которая служила контролем. Во вторую группу вошли 30 собак, которым была произведена трехмоментная ампутация правой задней конечности на уровне средней трети бедра по Пирогову. Применялись морфологические и морфометрические методы исследования, окраска препаратов по Нисслю гематоксилином и эозином, а также метод вариационной статистики.

Результаты и их обсуждение. В нейронах тонзиллярной долики обоих полушарий мозжечка с начальных сроков эксперимента преобладали дистрофические, деструктивные и атрофические изменения. Через 7 дней в тонзиллярной долике левого полушария, как и в других доляках мозжечка, отмечалось развитие отеочно-дистрофических явлений, но их интенсивность была менее выражена. В ганглионарном и молекулярном слоях отек проявлялся мелкокапельной вакуольной дистрофией вещества мозжечка, при этом отеочные вакуоли в близости нервных клеток были более крупными. В зернистом слое отмечалось диффузное просветление межклеточного пространства. Клетки Пуркинье были более гиперхромные, чем в других доляках. Цитоплазма за счет белковой дистрофии окрашивалась эозином более гиперхромно. В правом полушарии мозжечка обнаружены аналогичные патоморфологические изменения, лишь отеочно-деструктивные изменения в ганглионарном слое были более выраженными, которые проявлялись распадом и деструкцией клеток Пуркинье. Через 21 день после АПЗКС как в левом, так и в правом полушарии мозжечка интенсивность отеочно-дистрофических изменений сохранялась; как и в предыдущем сроке, эти изменения были более выраженными в ганглионарном слое.

Выводы. Таким образом, максимальные дистрофические проявления во всех слоях мозжечка отмечались в первые 21 и 30-е сутки после АПЗКС, в течение которых формировались все основные типы патологически измененных нейронов.

СТРУКТУРНЫЕ И УЛЬТРАСТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ
ИКРОНОЖНОГО НЕРВА ГОЛЕНИ ПРИ ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ
ХРОНИЧЕСКИХ ОБЛИТЕРИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ АРТЕРИЙ
НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Насыбуллина Д.Д., Тимурханов И.М., Плакса И.Л.

Казанский (Приволжский) федеральный университет, г. Казань

Научный руководитель - к.м.н. Деев Р.В.

Одним из наиболее частых осложнений сахарного диабета является диабетическая нейропатия. Наиболее запущенные формы этого заболевания влекут за собой возникновение диабетической стопы, которая поражает различные ткани конечностей, приводит к их гибели и в ряде случаев к ампутации. Одной из основных причин развития диабетической нейропатии является гипергликемия, приводящая к изменению структуры и функционирования различных клеток. Ведущим фактором патогенеза при этом является микроангиопатия - патологические изменения в сосудах микроциркуляторного русла, из-за которых нарушается нормальное кровоснабжение всех тканевых структур, включая нервы.

Цель исследования. Выявить структурные и ультраструктурные изменения нервов икроножного нерва голени при терминальной стадии хронических облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей (ХОЗАНК) на фоне сахарного диабета.

Материал и методы. Для исследования были получены фрагменты икроножного нерва от пациентов, которым была выполнена ампутация нижней конечности вследствие терминальной стадии ХОЗАНК на фоне сахарного диабета (n=10). Были использованы следующие методы исследования: гистологическое исследование, изучение полутонких срезов, и трансмиссионная электронная микроскопия.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что в артериях и артериолах перинервия толщина базальной мембраны увеличена; утолщен субэндотелиальный слой и tunica media; обнаружены разобщение лейомиоцитов и tunica media, утолщенное пространство под базальной мембраной эндотелиоцитов.

Наблюдается димиелинизация нервных волокон, в частности, расслоение, утрата миелина, утолщение и очаговая его деструкция. Отмечено нарушение упорядоченности и спиральное скручивание слоев в миелине. Обнаружены леммоциты на разных стадиях повреждения, включая необратимые.

Выводы. Таким образом, обнаружены повреждения икроножного нерва, проявляющиеся очаговой демиелинизацией, одной из основных причин которой являлось гипоксическое повреждение вследствие микроангиопатии.

МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ТОЛЩИНЫ СЛОЕВ
КОРЫ ПОЛЕЙ 28 И 34 ОБОНЯТЕЛЬНОГО ЦЕНТРА
ГОЛОВНОГО МОЗГА ЧЕЛОВЕКА

Нуритдинов О.Д., Шодмонов С.А.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан
Научные руководители - д.м.н. Хатамов А.И., доцент Улугбекова Г.Ж.

Цель исследования. Изучение роста и развития толщины слоев коры обонятельного мозга (поля 28 и 34) у человека.

Материалы и методы. Материалом исследования послужили 144 кусочка мозга у людей, начиная от рождения до конца старческого возраста. Для достижения поставленных целей нами использованы следующие методы: анатомическое препарирование, нейрогистологический метод (окраска по Ниссля), цитометрия и вариационно-статистический.

Результаты и их обсуждение. Данные показали, что после рождения наиболее увеличивается толщина среднего слоя поля 28 (в левом полушарии - в 2,5 раза, в правом - в 1,9 раза), затем толщина внутреннего слоя (в левом полушарии - в 1,7 раза, в правом - в 1,6 раза) и наименее - толщина наружного слоя (в обоих полушариях почти одинаково, т.е. в 1,3 раза).

Что касается толщины слоёв поля 34, то они в постнатальном онтогенезе увеличиваются больше, чем толщина слоёв поля 28. В поле 34 также наиболее увеличивается толщина среднего слоя - слева в 3,1 раза, справа - в 3 раза, затем внутреннего слоя - соответственно в 2,3 и 2,5 раза и наименее наружного слоя - в 1,5 и 1,4 раза.

В постнатальном онтогенезе толщина наружного и внутреннего слоёв полей 28 достигают своего максимального значения к концу подросткового возраста (к 16 годам), толщина среднего слоя в левом полушарии к концу юношеского возраста (к 21 годам), в правом - во втором зрелом возрасте. Толщина наружного слоя поля 34 в обоих полушариях в постнатальном онтогенезе наиболее интенсивно увеличивается в период новорожденности, среднего слоя - в период новорожденности, в раннем детстве, во втором детстве и во втором зрелом возрасте, внутреннего слоя - в левом полушарии в период новорожденности, в правом - в период новорожденности, в грудном и в первом зрелом возрастах.

Выводы. Таким образом, наиболее интенсивный рост толщины слоев полей 28 и 34 происходит в ранних этапах в постнатальном онтогенезе. Толщина среднего слоя обоих полей увеличивается больше, чем внутреннего и среднего слоев.

ХАРАКТЕРИСТИКА КОРЫ СОБСТВЕННОГО ЭНТОРИНАЛЬНОГО
ПОЛЯ EPR1 ЭНТОРИНАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ МОЗГА
ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА

Нуритдинов О.Д., Шодмонов С.А.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан
Научные руководители - д.м.н. Хатамов А.И., доцент Улугбекова Г.Ж.

Цель исследования. Изучить нейроны коры собственного энторинального поля ер1 энторинальной области мозга детей различного возраста.

Материалы и методы. Материалом исследования послужили 144 кусочка мозга у людей, начиная от рождения до конца старческого возраста. Для достижения поставленных целей нами использованы следующие методы: анатомическое препарирование, нейрогистологический метод (окраска по Нисслю), цитометрия и вариационно-статистический.

Результаты и их обсуждение. У новорожденных наружный слой коры собственного энторинального поля ер1 энторинальной области мозга характеризуется островковым типом расположения клеток. Размеры клеток в пределах $14,4 \pm 0,6 \times 16,8 \pm 0,8$ и $14,6 \pm 0,9 \times 17,0 \pm 0,7$ мкм. Нейроны имеют овальные и треугольные формы. Средний слой представлен малоокрашенными полиморфными и пирамидными клетками. Размеры клеток соответствуют $12,0 \pm 1,1 \times 14,4 \pm 0,9$ и $12,2 \pm 0,9 \times 14,7 \pm 0,7$ мкм. Во внутреннем слое лежат овальные и округлые клетки размерами $12,0 \pm 0,9 \times 12,0 \pm 0,5$ и $12,2 \pm 0,7 \times 12,3 \pm 0,7$ мкм. У детей первого года жизни отмечается интенсивное развитие всех параметров коры и нейронов. Размеры клеток достигают $17,8 \pm 0,7 \times 21,0 \pm 0,7$ и $18,0 \pm 0,8 \times 21,5 \pm 0,7$ мкм.

В периоде раннего детства отмечается дальнейшее расширение коры и ее отдельных слоев, а также увеличение размеров нервных клеток. Наружный слой характеризуется островковым строением. Клетки наружного слоя треугольной и многоугольной формы. В среднем слое отмечается более заметное, чем в наружном слое разрежение и увеличение размеров клеток. Клетки имеют многоугольные и пирамидные формы. Внутренний слой отличается диффузным расположением полиморфных клеток.

У детей первого детства строение коры энторинальной области мозга мало отличается от таковых взрослых людей. Размеры клеток изменяются незначительно. Наружный слой сохраняет островковый тип строения.

Выводы. Цитоархитектоническая картина энторинальной области у детей в 7-летнем возрасте обладает всеми качествами, свойственными для взрослых людей.

ИЗМЕНЕНИЯ ВЫСОТЫ НЕЙРОНОВ КОРЫ ПИРАМИДНОГО СЛОЯ ПОЛЯ СА2 ГИППОКАМПА МОЗГА ЧЕЛОВЕКА В ОНТОГЕНЕЗЕ

Нуритдинов О.Д., Шодмонов С.А.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан
Научные руководители - д.м.н. Хатамов А.И., доцент Улугбекова Г.Ж.

Цель исследования. Изучить высоты нейронов коры пирамидного слоя поля СА2 гиппокампа мозга человека в онтогенезе.

Материалы и методы. Материалом исследования послужили 144 кусочка мозга у людей, начиная от рождения до конца старческого возраста. Для достижения поставленных целей нами использованы следующие методы: анатомическое препарирование, нейрогистологический метод (окраска по Нисслю), цитометрия и вариационно-статистический.

Результаты и их обсуждение. Исследований показали, что у новорожденного ребенка клетки пирамидного слоя поля СА2 гиппокампа имеют овальную и пирамидную форму. Высота этих нейронов у новорожденного ребенка составляет в левом полушарии $14,4 \pm 0,7$ мкм, а в правом полушарии - $14,7 \pm 0,9$ мкм. В период грудного возраста высота нейронов пирамидного слоя поля СА2 гиппокампа мозга ребенка резко возрастает, и в левом полушарии равна - $16,5 \pm 0,9$ мкм, а в правом полушарии - $16,9 \pm 1,2$ мкм. В периоде раннего детства увеличение высоты нейронов пирамидного слоя поля СА2 гиппокампа ребенка интенсивно продолжается и высоты нейронов слева равняется $17,6 \pm 1,12$ мкм, а справа - $17,9 \pm 0,8$ мкм.

В первом детстве высота нейронов в изученной корковой формации в левом полушарии равняется $18,8 \pm 0,5$ мкм, а в правом - $18,9 \pm 1,1$ мкм.

Высота нейронов пирамидного слоя поля СА2 гиппокампа мозга ребенка несколько увеличивается и в период второго детства, достигая приблизительно тех же размеров, что и у взрослого человека (в левом полушарии $18,7 \pm 0,6$ мкм, в правом - $18,9 \pm 0,6$ мкм).

В периоды подросткового возраста, юношеского и взрослых возрастов величина высоты нейронов пирамидного слоя поля СА2 гиппокампа мозга человека мало меняется, так, в левом полушарии высота нейронов в подростковом возрасте равняется $18,8 \pm 0,5$ мкм, в юношеском возрасте $18,9 \pm 0,9$ мкм.

В поздних сроках постнатального онтогенеза, т.е. в пожилом и старческом возрастах имеет место некоторое уменьшение высоты нейронов пирамидного слоя поля СА2 гиппокампа мозга.

Выводы. Таким образом, наиболее интенсивные изменения высоты нейронов пирамидного слоя поля СА2 гиппокампа человека происходит в течении первых семи лет жизни.

**ШИРИНА НЕЙРОНОВ КОРЫ ПИРАМИДНОГО СЛОЯ
ПОЛЯ СА2 ГИППОКАМПА МОЗГА ЧЕЛОВЕКА
В ПОСТНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ**

Нуриtdинов О.Д., Шодмонов С.А.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан
Научные руководители - д.м.н. Хатамов А.И., доцент Улугбекова Г.Ж.

Цель исследования. Изучить ширину нейронов коры пирамидного слоя поля СА2 гиппокампа мозга человека в онтогенезе.

Материалы и методы. Материалом исследования послужили 144 кусочка мозга у людей, начиная от рождения до конца старческого возраста. Для достижения поставленных целей нами использованы следующие методы: анатомическое препарирование, нейрогистологический метод (окраска по Нисслю), цитометрия и вариационно-статистический.

Результаты исследования. Результаты исследований показали, что ширина нейронов пирамидного слоя поля СА2 гиппокампа новорожденного ребенка слева равняется $19,1 \pm 0,7$ мкм, справа - $19,4 \pm 0,9$ мкм. В период грудного возраста ширина нейронов увеличивается по сравнению с теми же нейронами поля СА2 гиппокампа мозга новорожденного ребенка слева до $23,3 \pm 0,6$ мкм, справа до $23,5 \pm 0,8$ мкм, т.е. ширина нейронов в тот период увеличивается в левом полушарии в 1,22, в правом полушарии - в 1,21 раза.

В раннем детстве ширина нейронов пирамидного слоя поля СА2 гиппокампа ребенка возрастает слева до $26,9 \pm 1,1$ мкм, справа до $27,0 \pm 0,7$ мкм, увеличиваясь по сравнению с аналогичными нейронами мозга новорожденного ребенка в левом полушарии - в 1,41, в правом полушарии - в 1,39 раза. В первом детстве и во втором детстве ширина нейронов продолжает увеличиваться, достигая к первому детству слева $28,6 \pm 0,9$ мкм и справа - $28,8 \pm 1,1$ мкм.

К концу первого детства ширина нейронов пирамидного слоя поля СА2 гиппокампа мозга ребенка увеличивается по сравнению с теми же нейронами мозга новорожденного ребенка в левом полушарии - в 1,5, в правом полушарии - в 1,48 раза.

Наши данные показали, что в последующие периоды постнатального онтогенеза показатель ширины нейронов остается в тех же пределах, слева - $28,6 \pm 1,2$ мкм и $28,7 \pm 0,5$ мкм, а справа $28,8 \pm 0,8$ мкм и $28,9 \pm 1,1$ мкм, но в поздних сроках постнатального онтогенеза отмечается некоторое уменьшение ширины нейронов пирамидного слоя поля СА2 гиппокампа мозга человека.

Выводы. Наиболее интенсивные изменения ширины нейронов пирамидного слоя поля СА2 гиппокампа человека происходит в течении первых семи лет жизни.

КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ДАННЫЕ КОРЫ ЭНТОРИНАЛЬНОЙ
ОБЛАСТИ БОЛЬШОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ
РАЗНОГО ВОЗРАСТА

Нуритдинов О.Д., Шодмонов С.А.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан
Научные руководители - д.м.н. Хатамов А.И., доцент Улугбекова Г.Ж.

Цель исследования. Изучение морфологических и морфометрических показателей коры энторинальной области мозга детей разного возраста.

Материалы и методы. Материалом исследования послужили 144 кусочка мозга у людей, начиная от рождения до конца старческого возраста. Для достижения поставленных целей нами использованы следующие методы: анатомическое препарирование, нейрогистологический метод (окраска по Ниссию), цитометрия и вариационно-статистический.

Результаты и их обсуждение. У новорожденных наружный слой коры энторинальной области мозга характеризуется неравномерностью расположения клеток. Размеры клеток в пределах 17,5 - 0,5 x 14,2 и 17,6 - 0,7 x 15,3 - 0,8 мкм.

Нейроны имеют овальные и полигональные формы. Средний слой представлен полиморфными и пирамидными клетками. Размеры клеток соответствуют - 16,4+0,4 x 12,5-0,8 и 17,6-1,2 x 12,6-1,2 мкм. Во внутреннем слое лежат овальные и округлые клетки размерами 17,2-0,6 x 1+ 1-0,3 и 16,2-0,5 x 10,9-0,3 мкм. У детей первого года жизни отмечается интенсивное развитие всех параметров коры и нейронов. Наружный слой приобретает хорошо выраженный сосочковый тип строения. Клетки наружного слоя интенсивно окрашены, размеры достигают 21,4+0,9 x 17,2-0,7 и 21,9-0,8 x 17,5-1,0 мкм.

Средний слой представлен интенсивно окрашенными многоугольными и пирамидными клетками. Отмечается значительное расширение и разрыхление среднего слоя. Во внутреннем слое располагаются овальные и полигональные клетки. В периоде раннего детства отмечается дальнейшее расширение коры и ее отдельных слоев, а также увеличение размеров нервных клеток. Клетки наружного слоя треугольной и многоугольной формы. В среднем слое отмечается более заметное, чем в наружном слое разрежение и увеличение размеров клеток. Внутренний слой отличается диффузным расположением клеток.

Выводы. Таким образом, у детей в возрасте первого детства строение коры энторинальной области мозга мало отличается от таковых взрослых людей.

СИНТЕЗ НАНОДИСПЕРСНЫХ ФОРМ ПРОТИВООПУХОЛЕВЫХ
ПРЕПАРАТОВ ИЗ АНТРАЦИКЛИНОВЫХ АНТИБИОТИКОВ
И АНИОННЫХ ПОЛИМЕРОВ

**Петров П.С., Жарков М.Н., Юрлов И.А., Кокорев А.В.,
Заборовский А.В., Бродовская Е.П.**

Мордовский государственный университет, г.Саранск
Московский государственный медико-стоматологический университет,
г. Москва

Научный руководитель - д.м.н., профессор Пятаев Н.А.

Цель исследования. Разработать метод синтеза наноструктурированного противоопухолевого препарата на основе антрациклинового антибиотика доксорубицина и анионного полимера полистиролсульфоната.

Материалы и методы. В работе использовали реактивы: доксорубицин (ДР) в виде гидрохлорида - лиофилизированный порошок для инъекций (Teva, Израиль), полистиролсульфонат (PSS), диметилсульфоксид (ДМСО). Синтез осуществляли по следующей методике: раствор ДР в ДМСО смешивали с буферным раствором PSS в определенном соотношении после чего смесь энергично перемешивали в течение 10 мин. Образовавшуюся суспензию анализировали подвергали дальнейшей очистке при помощи диализа. Были исследованы размерные характеристики наночастиц и степень включения в них препарата в зависимости от концентрационных соотношений реагентов и pH системы.

Результаты и их обсуждение. Синтезирована коллоидная система, содержащая нано-частицы полистиролсульфоната, конъюгированного с ДР. Средний размер наночастиц составил 80нм, степень включения ДР-70 %. Данный размер наночастиц является предпочтительным для доставки химиопрепарата в опухоль и обеспечения стабильной циркуляции в кровотоке. Оптимальные параметры синтеза: концентрация ДР в ДМСО -5 мг/мл, концентрация PSS в фосфатном буфере-20 мг/мл (концентрационное соотношение 1 : 4), pH системы -6,86, время диализа - 6 ч. Увеличение концентрационного соотношения приводило к быстрой коагуляции системы, а уменьшение - к увеличению размера частиц. Изменение абсолютных концентраций в сторону понижения сопровождалось уменьшением степени включения химиопрепарата в наночастицы, а повышение было невозможным вследствие достижения порога растворимости реагентов.

Выводы. Разработана наноструктурированная форма противоопухолевого препарата, содержащая наночастицы полистиролсульфоната, конъюгированные с доксорубицином. Средний размер наночастиц составляет 80нм, содержание доксорубицина-0,5 мг на 2 мг полистиролсульфоната в 1 мл препарата.

Работа выполнена в рамках Госзадания ФГБОУ ВПО "МГУ им. Н.П.Огарева". Код проекта 2952.

ГЕТЕРОТИПИЧЕСКИЙ КЛЕТОЧНЫЙ КАННИБАЛИЗМ В ОПУХОЛЕВЫХ КЛЕТКАХ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Печникова В.В.

Российский национальный исследовательский
медицинский университет, г. Москва
НИИ морфологии человека, г. Москва

Научный руководитель - к.м.н., доцент Мнихович М.В.

Клеточный каннибализм (КК) - это процесс, при котором одна клетка внедряется внутрь другой клетки. Существует два типа КК: гомотипический, когда во взаимодействии принимают участие клетки одного типа, и гетеротипический, при котором взаимодействуют клетки разных типов. Энтоз впервые был включен в список различных вариантов программированной клеточной гибели в 2009 году Комитетом по Номенклатуре Клеточной Гибели.

Цель исследования. Исследовать возможность гетеротипического КК при раке молочной железы, а также проанализировать судьбу внедрившейся клетки внутри клетки-«каннибала» при гетеротипическом КК.

Материалы и методы. Работа проводилась на образцах тканей РМЖ, полученных от 23 женщин в возрасте 36-85 лет, с инфильтрирующим протоковым РМЖ. В работе использовали методы световой и флуоресцентной микроскопии, сканирующей и трансмиссионной электронной микроскопии.

Результаты и их обсуждение. В каждом образце были обнаружены клетки, находящиеся внутри других клеток. С помощью сканирующего электронного микроскопа была доказана локализация внедренной клетки внутри клетки-«каннибала» при гомотипическом КК. Энтоз характеризуется инвазией одной опухолевой клетки в другую, с формированием в цитоплазме поглощающей клетки вакуоли. Ядро поглощающей клетки имеет форму полумесяца и смещено на периферию цитоплазмы. Поглощенная клетка имеет округлую форму. Поглощенная клетка локализуется внутри гигантской вакуоли в цитоплазме поглощающей клетки. Ядро поглощающей клетки имеет форму полумесяца и смещено на периферию цитоплазмы. Позже клетки исчезают путем лизосомальной деградации. В некоторых случаях поглощенные клетки делятся внутри клетки-захватчика либо высвобождаются. Энтоз вызывается потерей контакта с матриксом, приводящей к внедрению одной клетки внутрь другой за счет акто-миозинового сокращения. Результатом энтоза, как правило, является лизосомопосредованная деградация внедрившейся клетки.

Выводы. Гетеротипический КК может усиливать опухолевый рост и обеспечивать гетерогенность опухоли за счет влияния внедрившихся клеток на веретено деления нормальных клеток-мишеней внедрения. А также в результате наличия энтоза в опухоли возможно наличие поздних рецидивов рака.

МОДЕЛЬ ИЗУЧЕНИЯ РЕПАРАТИВНОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ ПЕЧЕНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТРАНСПЛАНТАЦИИ GFP+ КЛЕТОК

Пешков М.В.¹, Мавликеев М.О.², Титова А.А.²,
Латышев А.Л.², Плакса И.Л.²

1 - Военно-медицинская академия, г. Санкт-Петербург

2 - Казанский (Приволжский) федеральный университет, г. Казань
Научный руководитель - к.м.н. Деев Р.В.

Цель исследования. Оценка возможности выявления трансплантированных аллогенных мультипотентных мезенхимальных стромальных клеток (ММСК) в печени у крыс на фоне частичной гепатэктомии.

Материал и методы. Эксперимент выполнен на 6 белых крысах, которые были разделены на 2 группы - контрольную (выполнялась резекция 70% печени и введение физраствора в v.portae) и экспериментальную (резекция и трансплантация ММСК в количестве 2×10^6 в v.portae). ММСК крысы получали заранее из жировой ткани; клетки были трансфицированы лентивирусом с геном зеленого флюоресцентного белка (green fluorescent protein, GFP)

Животных выводили из эксперимента через 2 часа, 1 и 5 сут. Для обнаружения пересаженных клеток использовали *in vivo*-imager Caliper Life Sciences, а также исследовали криосрезы печени на микроскопе Zeiss Imager.Z2.

Результаты и их обсуждение. Через 2 часа флюоресцирующие клетки обнаружены вблизи кровеносных сосудов триад и центральных вен; единично - в межбалочных пространствах.

Через сутки после трансплантации клетки могли быть обнаружены диффузно в паренхиме, однако тенденция к их локализации вблизи кровеносных сосудов сохранялась. GFP+ клетки приобрели веретеновидную или округлую форму с небольшим количеством отростков.

На 5 сутки клетки были обнаружены как в межбалочных пространствах, так и вблизи сосудов, причем в последнем случае отмечены признаки, косвенно свидетельствующие об их пролиферации - они находились в составе кластеров по несколько десятков клеток.

Выводы. Таким образом, следует констатировать, что технически данная модель является реализуемой; пересаженные аллогенные клетки выживают, как минимум, до 5 суток и, вероятно, имеют возможность к размножению. Данная экспериментальная модель в дальнейшем послужит для изучения особенностей регенерации органов и поисков новых биофармацевтических способов лечения.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОЦЕССОВ АНГИО-, НЕЙРО- И ОСТЕОГЕНЕЗА В ПАРАОССАЛЬНЫХ ГЕМАТОМАХ

Плакса И.Л.,^{1,2} Мавликеев М.О.²

1- Институт стволовых клеток человека, г. Москва

2- Казанский (Приволжский) Федеральный Университет, г. Казань

Научный руководитель - к.м.н. Деев Р.В.

Цель исследования. Выполнить патоморфологическое исследование процессов ангио-, нейро- и остеогенеза в гематомах, сформированных после закрытых переломов длинных костей конечностей у человека.

Материалы и методы. С помощью общегистологических (гематоксилин и эозин, азокармин по Гейденгайну) и иммуногистохимических (реакции с антителами к α -SMA, PCNA, CD-31 и нейрофиламентам) методов были исследованы 24 параоссальные гематомы (ПГ), полученные от 9 пациентов в ходе оперативного лечения на 3, 5, 6, 7, 8, 10 и 12 сут. после перелома трубчатых костей различных локализаций.

Результаты и их обсуждение. На 3 сутк. после формирования параоссальной гематомы во всех полях зрения определялись скопления эритроцитов среди нитей фибрина и инфильтрация полиморфноядерными лейкоцитами. В остеоцитарных лакунах большинства мелких костных осколков, определяются жизнеспособные остеоциты. В двух образцах из трёх на этом сроке важной клеточной формой являются небольшие овальные одноклеточные клетки, которые могут быть отождествлены с «полибластами». Здесь же в меньшем количестве встречаются клетки фибробластического фенотипа, располагающиеся преимущественно вокруг α -SMA положительных сосудов диаметром 20-30 мкм.

На 5 сут. количество сосудов значительно возрастает, что сопровождается выраженной пролиферацией и увеличением количества периваскулярных клеточных элементов, отмечается появление первых коллагеновых волокон. На 6-7 сут. констатируется значительное увеличение количества пролиферирующих клеток в бессосудистой зоне и равномерным их распределением, что свидетельствует о миграции клеток из периваскулярного пространства.

Через 8 сут. на всей площади препарата хорошо выражена соединительная ткань, в область регенерата прорастают периферические нервы. Через 10-12 дней отмечается начало формирования ретикулофиброзной костной ткани, что выражается активным формированием низкоминерализованного костного матрикса и пролиферацией преостеобластов и даже остеобластов (по результатам реакции с антителами к PCNA).

Выводы. Ключевым процессом формирования периостальной части костного регенерата на ранних сроках (3-8 сут.), является ангиогенез; вступающие кровеносные сосуды приносят как блуждающие полипотентные клетки - «полибласты» (по терминологии А.А. Максимова), а также клет-

ки-предшественницы в составе периваскулярного микроокружения, участвующие в дальнейшем в процессе ангиогенеза, и возможно, индуцирующие иннервацию регенерата.

**ОДНООБРАЗНОМ БЕЛКОВОМ ПИТАНИИ ДЛЯ
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ
Рустамжонов А.Б., Нуриддинов А.С., Урмонов Ф.М.,
Ахмадалиев Ш.Ш.**

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан
Научный руководитель - доцент Мадумарова М.М.

Цель исследования. Изучение динамики изменений общего состояния животных, массы тела, и раскрыть адаптационные механизмы систем в зависимости от вида питания.

Материалы и методы. Эксперименты проводили на белых беспородных крысах, самцах весом 150-160г. Экспериментальных животных кормили исключительно яичным белком и водой. Эксперимент проводили в течение 3 месяцев. На протяжении эксперимента наблюдали за внешними изменениями животных как, цвет слизистых оболочек, кожи и шерсти, аппетита, реакцию на различные шумы и на воздействие света, а также наблюдались за поведением животных. Измеряли суточный объем продуктов питания и массу животных, сравнивая с первоначальными данными.

С восьмого дня эксперимента шерсть становилась хрупким, ломким и редким и реакция на внешние воздействия повысилась, стали более раздражительными, беспокойными. У животных этой группы аппетит был неустойчивый - на шестой день опыта аппетит повысился, а на десятые сутки резко ухудшался, и так продолжалось до тридцатого дня эксперимента. Начиная с тридцать первого дня аппетит умеренно повысился и стабилизировался.

Результаты и их обсуждение. У экспериментальных животных каждый день опыта измеряли массу тела, и наблюдалось за общим состоянием экспериментальных животных. Масса тела животных от первого дня до десятого дня опыта уменьшился на 20%, начиная, с одиннадцатого до конца эксперимента увеличился на 23%.

Из проведенного эксперимента белковой нагрузки, поступление в организм углеводов и жиров снижается, в результате возникает чувство голода, за счет компенсаторно-приспособительных процессов повышается распад запаса углеводов. В результате из организма идет большая потеря воды и углеводов. Расходованные углеводы заполняются за счет белков мышечной ткани. Этот процесс приводит к потере массы тела. Изменяются волосы, кожа, наблюдается быстрая утомленность организма.

Выводы. При избыточном приеме белков для всасывания и усвоения потребуется много воды, и нагрузка подает на почки. Причина в том, что

при всасывании белка образуемые промежуточные вещества соединяются с водой и в качестве мочи выводятся из организма. Этим и объясняется сухость и ломкость шерсти, деструкция волосяных фолликулов, истончение гиподермы и быстрая утомляемость животных.

К МОРФОГЕНЕЗУ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ИНДУЦИРОВАННЫХ ХИМИЧЕСКИМИ КАНЦЕРОГЕНАМИ Савченко И.В.

Российский национальный исследовательский медицинский университет,
г.Москва

Научный руководитель - к.м.н., доцент Мнихович М.В.

В настоящее время признается, что изменение под влиянием гормонов метаболизма, фармакокинетики и эффекта канцерогенов - реальная демонстрация модифицирующей роли гормональных факторов в канцерогенезе, независимо от того, в каких органах или тканях при этом возникают опухоли.

Цель исследования. Экспериментальное моделирование, изучение морфогенеза и морфологии новообразований молочной железы.

Материалы и методы. Суть эксперимента заключалась в следующем: на первом этапе производилось экспериментальное моделирование дисгормональной патологии молочной железы фиброзно-кистозной болезни. Затем, интрамаммарно вводили канцерогены (9,10-диметилбенз(а)антрацен (ДМБА) и N-метил-N-нитрозомочевины (МНМ). Длительность введения препаратов: 9 недель и 12 недель.

Результаты и их обсуждение. Первые опухоли при введении ДМБА возникали через 4 недели от последнего введения канцерогена, а при введении МНМ на 6-8 неделе введения канцерогена.

В группе введения ДМБА происходит развитие опухолей молочных желез на месте введения канцерогена, характеризующиеся размерами от 1,0 до 3,0 см в диаметре, плотно-эластической консистенции. Гистологический спектр опухолей представлен папиллярной и анапластической карциномой (90%) и карциносаркомой и фибросаркомой в 10%.

В группе введения МНМ гистологический спектр опухолей представлен папиллярной и анапластической и комедокарциномой (95%) и фибросаркомой в 5%.

Выводы. Таким образом, на данном этапе исследования, можно сделать заключение:

Выбранная методика обладает высокой воспроизводимостью опухолей (100%). Все животные дожили до появления первых опухолей. Разработана двухэтапная экспериментальная модель опухолей МЖ у крысы. Гистологический спектр опухолей в 2-х сериях разнообразный, преобладали раки различного строения, - карциносаркомы и анапластический рак.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОДЕРЖАНИЯ КАТЕХОЛАМИНОВ У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ И ПРИ СИНДРОМЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ

Соловьева В.А.

Северный государственный медицинский университет г. Архангельск
Научный руководитель - д.б.н. Бичкаева Ф.А.

В организме человека, постоянно подвергающегося действию неблагоприятных погодно-климатических факторов, может иметь место напряжение регуляторных механизмов, в частности, симпатoadреналовой системы (Власова О.С., 2012; Нестерова Е.В., 2014). Постинтоксикационный синдром, наблюдающийся после длительных запоев или на фоне резкого снижения суточных доз алкоголя, также сопровождается выбросом в кровь катехоламинов (Осколок Л.Н., 2011; Соловьева В.А., 2015).

Цель исследования. Установить особенности функционирования симпатoadреналовой системы у практически здоровых лиц и при синдроме зависимости от алкоголя (СЗА) в разных возрастных группах.

Материалы и методы. Обследованы 123 мужчины - жители г.Архангельска, из них I гр. - 79 чел. - практически здоровые лица (ПЗ) и II гр. 44 чел. - лица с СЗА, в т.ч. в возрасте 25-35 лет: I-а подгр. - 28 чел. ПЗ, II-а подгр. - 18 чел. с СЗА; в возрасте 36-55 лет: I-б подгр. - 51 чел. ПЗ, II-б подгр. - 26 чел. с СЗА. Концентрацию адреналина (АДР) и норадреналина (НАДР) определяли в моче, рассчитывался коэффициент НАДР/АДР. Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием программы SPSS 15.0.

Результаты и их обсуждение. Содержание АДР у лиц I и II гр. было выше верхней границы физиологической нормы. При этом во II гр. содержание данного медиатора значимо выше ($p < 0,05$) по сравнению с I гр. Средние значения НАДР и соотношения НАДР/АДР во II гр. были выше, чем в I гр. Значимые отличия наблюдались и в разных возрастных подгруппах. Так, концентрация АДР была выше физиологической нормы в 1,7 раза в I-а подгр., в 4 раза - во II-а подгр. и также достоверно выше ($p = 0,05$) по сравнению с I-а. В I-б и II-б подгр. значение данного медиатора превышало физиологическую норму в 1,9 и в 3,2 раза, соответственно, и было достоверно выше во II-б ($p = 0,037$), чем в I-б подгр. Уровень концентрации НАДР во II-а и II-б подгр. был выше в 1,5 и 1,3 раза, чем в I-а и II-б, соответственно. Соотношение НАДР/АДР не выходило за пределы физиологической нормы в I-б и II-б, но превышало ее в I-а и II-а подгр. на 14,1 и 32,2 %, соответственно.

Выводы. При синдроме зависимости от алкоголя имеет место напряжение симпатoadреналовой системы организма, более выраженное в возрастной группе 25-35 лет.

ПЛОЩАДЬ ПОД КРИВОЙ СПЕКТРА ПОГЛОЩЕНИЯ
КАРБОНИЛЬНЫХ ПРОИЗВОДНЫХ БЕЛКОВ ПОЧКИ КРЫС
В УСЛОВИЯХ ПОДАВЛЕНИЯ СИНТЕЗА ОКСИДА АЗОТА

Теплов С.А.

Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова

Научный руководитель - ст. преп. Абаленихина Ю.В.

Цель исследования. Изучить окислительную модификацию белков почки крыс в условиях моделирования дефицита синтеза оксида азота (II).

Материалы и методы. Исследование проводили на 16 конвенциональных половозрелых крысах-самцах линии Wistar массой 280-320 граммов. Экспериментальной группе (n = 8) ежедневно, в течение 7 дней внутрибрюшинно вводили L-NAME дозе 200 мг/кг. Контрольной группе животных (n = 8) в те же сроки осуществляли внутрибрюшинное введение физиологического раствора. Окислительную модификацию белков оценивали по методу R.L. Levine в модификации Е.Е. Дубининой, после осаждения нуклеиновых кислот 10 %-м раствором стрептомицина сульфата. Подсчитывали площадь под кривой, выраженной в условных единицах на грамм белка (у.е./г белка). Для оценки достоверности различий независимых выборок использовали ранговый критерий Манна–Уитни (U-тест).

Результаты и их обсуждение. Известно, оксид азота, с одной стороны, способен замедлять Fe²⁺- индуцируемое перекисное окисление липидов, проявляя антиоксидантные свойства, а с другой стороны, при взаимодействии NO с анион-радикалом (O₂⁻) образуется высокоактивное соединение пероксинитрит (ONOO⁻), оказывающее повреждающее действие. Угнетение синтеза оксида азота, возможно, способно оказывать как прооксидантный, так и антиоксидантный эффект. Одним из антагонистов синтеза оксида азота является N-нитро- L-аргининметиловый эфир (L-NAME), представляющий собой неселективный ингибитор индуцибельной NO-синтазы.

Площадь под кривой спектра поглощения карбонильных производных белков контрольной группы составила 19,9 [16,1; 21,1], а экспериментальной группы 63,6 [28,6; 85,1], что статистически значимо выше. Важно отметить, что статистически значимое возрастание уровня динитрофенилгидразонов отмечено на длинах волн 356 нм, что составляет площадь альдегид-динитрофенилгидразонов нейтрального характера; 363 и 370 нм - площадь кетон-динитрофенилгидразонов нейтрального характера; 434 - альдегид-динитрофенилгидразонов основного характера.

Выводы. Увеличение уровня карбонильных производных под действием N-нитро-L-аргининметилового эфира в дозе 200 мг/кг связано со снижением синтеза оксида азота (II).

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ТКАНЕЙ СТОПЫ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ОСТЕОАРТРОПАТИИ (СТОПА ШАРКО)

Тимурханов И.М., Насыбуллина Д.Д., Плакса И.Л.

Казанский (Приволжский) Федеральный Университет, г. Казань

Научный руководитель - к.м.н. Деев Р.В.

Диабетическая остеоартропатия является редкой, но тяжелой формой синдрома диабетической стопы, при которой сочетание таких факторов как гипергликемия, нейропатия, микротравма и нарушение метаболизма приводит к деструкции костной ткани с воспалительной реакцией, развитием подвывихов, вывихов, деформаций стопы и язвенных дефектов кожи. При отсутствии специфичного и эффективного для данной патологии лечения пациента ожидает длительная нетрудоспособность или стойкая инвалидизация.

Цель исследования. Выполнить анализ патоморфологических изменений тканей стопы при диабетической нейроостеоартропатии.

Материал и методы. Для исследования были получены фрагменты костей и “мягкие ткани” от двух пациентов со сформированной “стопой Шарко”. Для проведения морфологического исследования применены следующие методики: создание парафиновых, полутонких и ультратонких срезов, с дальнейшим их изучением при помощи световой и трансмиссионной электронной микроскопии.

Результаты и их обсуждение. Выявляются участки резорбции кости, разрастание соединительной ткани. Просвет сосудов сильно сужен из-за гиперплазии tunica media и накопления в ней компонентов матрикса. В сосудах микроциркуляторного русла ядра эндотелоцитов характеризуются неправильной формой - с множественными выростами и инцизурами. Базальная мембрана капилляров резко утолщена, имелся отек матрикса. В скелетных мышцах обнаружены погибающие мышечные волокна и истонченные мышечные трубочки, а также сосуды с измененной стенкой и отеки. В соединительнотканном матриксе дермы и глубже лежащих слоев обнаружены погибающие фибробласты и фиброциты с гиперконденсированным и маргинализированным хроматином, отек фрагментация коллагеновых волокон, тканевый детрит.

Выводы. В тканях стопы обнаружены стереотипно пораженные сосуды - гиперплазия сосудистой стенки приводила к резкому нарушению тканевого газообмена и других форм метаболизма; по-видимому, это стало причиной каскада изменений, повлекших за собой необратимые изменения в соединительной и костной тканях стопы.

НАРУШЕНИЕ И ПУТИ НОРМАЛИЗАЦИИ ДЕЗАМИНИРОВАНИЯ
ГАММА-АМИНОМАСЛЯНОЙ КИСЛОТЫ
В МИТОХОНДРИАЛЬНОЙ ФРАКЦИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ

Урмонов Ф.М., Рустамжонов А.Б.

Андижанский Государственный Медицинский Институт, г. Андижан
Научные руководители - Аманов К., Мамадиев М., Юнусова Д.,
Мадумарова М.М.

В клетках органов и тканей организма млекопитающих имеются множество азотистых соединений, которые по своей химической структуре могли бы подвергнуться ферментативному дезаминированию, но в форме такие соединения в реакцию дезаминирования не вступают даже в самых благоприятных оптимизированных условиях. Примерами таких соединений служит гамма-аминомасляной кислота, которая не является субстратом ни для одной из числа изученных до настоящего времени аминooksидаз.

Опыты проведены на беспородных белых крысах самцах массой 180-220 г. Все животные до экспериментов и во время их проведения находились на стандартном питании и содержались в обычных условиях.

Экспериментальное отравление паракватом вызывалось путем ежедневного введения животным в желудок при помощи эластичного зонда в виде водного раствора параквата из расчета 25 мг/кг, 5 мг/кг, и 1 мг/кг массы тела экспериментальных животных.

Натрий оксibuтират (20% -ный ампулированный раствор) в дозе 25 мг/кг вводили перорально, ежедневно.

Для исследования скорости дезаминирования гамма-аминомасляной кислоты в пробы вносим по 2-3 мг белка митохондрий головного мозга, суспензированных в 0,1 М фосфатном буфере (pH 7,4) (конечный объем 1,8 мл) и гамма-аминомасляной кислоты предварительно подобранных экспериментальным путем конечных оптимальных концентраций - 10 мМ.

В митохондриальной фракции гомогената головного мозга при интоксикации паракватом (1 мг/кг массы гем), дезаминирование гамма-аминомасляной кислоты было стимулировано на 10-ые сутки в 2,5 раза и на 20-ые сутки на 3,6 раза по сравнению с интактными животными.

При интоксикации паракватом в дозе 5 мг/кг на 5-ые сутки эксперимента и в дозе 25 мг/кг на 3-ие сутки эксперимента в митохондриальных фракциях головного мозга нами обнаружено стимулирование дезаминирования гамма-аминомасляной кислоты. Например, в митохондриальной фракции гомогената головного мозга через 5 суток (5 мг/кг параквата) и через 3 суток (25 мг/кг параквата) введение параквата стимулировано дезаминирование гамма-аминомасляной кислоты соответственно на 55,0% и 100,0% по сравнению с интактными животными.

Таким образом, при интоксикации паракватом, во всех сериях эксперимента нами обнаружена стимулирование дезаминирования гамма-аминомасля-

ной кислоты. Эти данные свидетельствуют о возможности обратимого качественного модифицирования свойств моноаминоксидазы при экспериментальной интоксикации парақватом, что давало нам основание приступить к опытам по нормализации обнаруженных нарушениях процессов дезаминирования при помощи структурных аналогов гамма-аминомасляной кислоты-натрия оксibuтиратом.

О ПУТЯХ НОРМАЛИЗАЦИИ НАРУШЕНИЙ ДЕЗАМИНИРОВАНИЯ БИОГЕННЫХ АМИНОВ И ДРУГИХ АЗОТИСТЫХ СОЕДИНЕНИЙ ПРИ ВВЕДЕНИИ ГИПОЛИПЕДЕМИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА - КЛОФИБРАТ

Урмонов Ф.М., Рустамжонов А.Б.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан

Научные руководители - доцент Сайдуллаев Т., Юнусова Д.,

Камолдинова Р., Мадумарова М.

Клофибрат - пролифераторперекисом вызывающий «окислительный стресс», но не являющийся производным пиридина.

Клофибрат (этил-2(4-хлофенокси-)-2 - метил пропонат) и другие, применяемые при гиперхолестеринемии гипополипедемические средства, вызывают значительное усиление перекисного окисления в перекисомах и других органеллах клетки.

При анализе известных из литературных данных об эффектах гипополипедемических агентов включая клофибрат, на клеточный метаболизм, возникает вопрос: сопровождается ли введение клофибрата возникновением в клетке взаимосвязанной цепи событий, приводящих к активации определенных ферментативных процессов? Большинство из активируемых гипополипедемическими агентами ферментов печени и других органов непосредственно участвуют в обмене липидов. Все они составляют функциональную цепь, участвующую в расщеплении холестерина и триглицеридов вплоть до образования веществ, вовлекаемых в другие метаболические процессы.

Алкогольная интоксикация сопровождается заметной активацией аскорбат-зависимого перекисного окисления в тканях сердца. Сходные изменения наблюдаются при использовании суммарной фракции частиц, содержащей в основном, митохондрии и микросомы. Все эти изменения отражают снижение в мембранах стационарного уровня антиоксидантов. Продолжительное введение клофибрата также сопровождается индукцией неэксиматического перекисного окисления липидов в гомогенате сердечной мышцы.

Наряду с неэксиматическим перекисным окислением регистрировалось перекисное окисление липидов, зависимое от гидроперекиси, треть - бутила. Было обнаружено, что клофибрат уменьшает скорость Fe/АДФ-аскорбат-индуцируемой реакции в гомогенате печени.

Представленные в литературе результаты в целом обосновывают предположение о том, что при введении клофибрата и других гипополипедемиче-

ских агентов сопровождающимся активацией ацил-КоА оксидазы мипроперексисом, в жизненно-важных органах создаются условия, благоприятные для развития внутриклеточного окислительного стресса.

Одним из последствий стимуляции процессов перекисного окисления липидов в биомембранах могут быть, изменения свойств липидзависимых мембраносвязанных ферментов. К числу таких ферментов относятся флавинодержащие моноаминоксидазы, катализирующие одну из наиболее важных биохимических превращений физиологически активных аминов и других азотистых соединений в норме и при патологических состояниях - реакцию окислительного дезаминирования.

Опыты проведены на беспородных белых крысах-самцах массой 180-220г. Все животные находились на стандартном рационе питания и содержались в обычных условиях.

Клофибрат-этил-2(4-хлорфенокси)-2-метилпропионат вводили внутрибрюшинно 400мг/кг в течение 10, 20, 30 дней (1,2).

В условиях нашего эксперимента введение клофибрата отмечали достоверную стимуляцию образования дненовых конъюгатов (ДК) и малонового диалдегида (МД) во всех исследованных органах крыс (легкие, печени, почек, головного мозга и сердечной мышцы) лишь на 30-ые сутки эксперимента.

Содержание дненовых конъюгатов (ДК) и малонового диалдегида (МД) в митохондриях ряда органов крыс (легкие, почки, мозг, сердце (М±м))

Например в митохондриях легких экспериментальных крыс при введении клофибрата был отмечен прирост содержания ДК на 30-ые сутки на 85% ($p < 0,001$), МД на 116,0% ($p < 0,001$) по сравнению с интактными животными

Полученные данные указывают на стимуляцию перекисного окисления липидов в тканях легких, печени, почек, головного мозга и сердца в условиях введения клофибрата.

Полученные нами данные показывают, что в условиях длительного введения клофибрата в митохондриях жизненно-важных органов экспериментальных животных создаются условия для стимуляции перекисного окисления липидов. Исходя из выдвинутых представлений о важном патогенетическом значении процессов перекисного окисления липидов, мы ожидали обнаружить при введении клофибрата и соединений, обладающих свойствами восстановления, нормализации процессов перекисного окисления липидов в митохондриях исследованных нами органов.

Для проверки этого предположения мы использовали синтетический антиоксидант дилудин в дозах и условиях рекомендованных для нормализации нарушений азотистого и липидного метаболизма при экспериментальной гиперхромтеринемии и атеросклерозе при которых важное патогенетическое значение придают усилению свободного радикального перекисного окисления липидов биомембран.

При одновременном введении клофибрата и дилудона в течении 30-ти суток содержания дненовыхконъюгатов и МДА в митохондриях нами изученных органов крыс значительно нормализовалось.

СОДЕРЖАНИЕ ЛИПИДОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ КРОЛИКОВ
ПРИ ДИСФУНКЦИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ФОНЕ
ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ.

Урмонов Ф.М., Рустамжонов А.Б.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан
Научные руководители - доцент Сайдуллаев Т., Мамадиев М.,
Юнусова Д., Мадумарова М.

Мы рассматривали возникновения дисфункций щитовидной железы у наших экспериментальных животных надеялись получить путем сопоставления содержания липидов холестерина, бета- липопротеидов, триглицеридов в сыворотке крови эутиреоидных кроликов и кроликов, у которых вызывали гипер- или гиподисфункцию щитовидной железы различными способами.

Как следует из результатов наших опытов, при экспериментальном гипертиреозе мы отмечаем статистически достоверное снижение содержания холестерина и бета- липопротеидов (но не триглицеридов) в сыворотке крови. При гипертиреозе на фоне гиперхолестеринемии прирост содержания холестерина и бета- липопротеидов (но не триглицеридов) в сыворотке крови был выражен в статистически достоверно меньшей мере, чем при экспериментальном атеросклерозе, развивавшемся в условиях нормального функционирования щитовидной железы. Так, если обычно на 30-ый день развития гиперхолестеринемии содержание бета- липопротеидов в сыворотке крови кроликов было равно 685 ± 76 мг%. То в условиях гипертиреоза содержание бета- липопротеидов в сыворотке крови было статистически достоверно меньше, а именно составляло в среднем 482 ± 31 мг%.

При гипотиреозе мы отмечаем статистически достоверное повышение содержания в сыворотке крови кроликов холестерина, триглицеридов и бета- липопротеидов т.е. явления во многом противоположные тем, которые были обнаружены в условиях гипертиреоза. Сочетанное воздействие гипотиреоза и гиперхолестеринемии приводило к еще более отчетливо выраженным, особенно в отношении бета-липопротеидов холестерина (но не триглицеридов), нарушениям метаболизма липидов.

Так, если обычно на 30-ый день развития экспериментального атеросклероза содержание холестерина в сыворотке крови кроликов было равно в среднем 387 ± 43 мг%, то на фоне гипотиреоза эта величина была статистически достоверно больше и составляла в среднем 526 ± 61 мг%.

СОДЕРЖАНИЕ СВЯЗАННОГО С БЕЛКАМИ ИОДА (СБИ)
В СЫВОРОТКЕ КРОВИ КРОЛИКОВ ПРИ ДИСФУНКЦИИ
ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ
АТЕРОСКЛЕРОЗЕ

Урмонов Ф.М., Рустамжонов А.Б.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан
Научные руководители - доцент Сайдуллаев Т., Юнусова Д.,
Камолдинова Р., Мадумарова М.

Известно, что дисфункции щитовидной железы существенно влияют на процессы развития атеросклероза, причем гипотиреоидные состояния в общем способствуют формированию атеросклеротических изменений в тканях. Особое внимание многих авторов на протяжении долгих лет привлекает вопрос о значении функции щитовидной железы при атеросклерозе.

Нами было поставлены задачи воспроизвести в эксперименте гипо- и гипертиреозидизм в сочетании в алиментарной гиперхолестеринемией и доказать независимыми методами адекватность эксперимента.

Экспериментальный атеросклероз у кроликов вызывали путем ежедневного введения в желудок эмульсии холестерина (х.ч.) в хлопковом масле в течение 30 суток из расчета 0,3 г на 1 кг массы тела.

Экспериментальный гипертиреоз вызывали ежедневным добавлением к корму постепенно нарастающих доз таблетированного тиреоидина в течение 30 суток. Гипотиреоз вызывали ежедневным добавлением к корму мерказолила из расчета 10 мг на 1 кг массы тела, в течение 30 дней. Результаты определений содержания связанного с белками иода (СБИ) в сыворотке крови позволяют прижизненно оценивать, функциональное состояние щитовидной железы.

По нашим данным использованный способ получения гипертиреоза обеспечивал, судя по результатам исследований содержания СБИ, ($19,7 \pm 1,3$ мкг%) резкое усиление функций щитовидной железы как при гиперхолестеринемии, так и в отсутствие ее по сравнению с интактными животными (соответственно $5,7 \pm 0,6$ мкг%)

При экспериментальном гипотиреозе, вызванном введением мерказолила в наших опытах имело место резкое угнетение функций щитовидной железы. Аналогичные изменения были отмечены и в условиях гипотиреозе на фоне гиперхолестеринемии содержание СБИ составляло $1,9 \pm 0,2$ мкг% по сравнению с интактными кроликами (соответственно $5,7 \pm 0,6$ мкг%)

Мы рассматривали результаты определений СБИ в сыворотке крови, как важные доводы в пользу адекватности использованных нами экспериментальных моделей дисфункций щитовидной железы.

МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ КОРЫ СОБСТВЕННОГО
ЭНТОРИНАЛЬНОГО ПОЛЕ EPR1 ЭНТОРИНАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ
МОЗГА ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА

Урмонов Ф.М., Рустамжонов А.Б., Жалолиддинов Д.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан
Научные руководители - профессор Хатамов А.И., профессор Улугбекова
Г.Ж., ст.преп. Болтабоева Д.Ф., Мадумарова М.М.

Цель исследования. Изучить нейроны коры собственного энторинального поля epr1 энторинальной области мозга детей различного возраста.

Материалы и методы. Материалом исследования послужили 144 кусочка мозга у людей, начиная от рождения до конца старческого возраста. Для достижения поставленных целей нами использованы следующие методы: анатомическое препарирование, нейрогистологический метод (окраска по Нисслю), цитометрия и вариационно-статистический.

Результаты и их обсуждение. У новорожденных наружный слой коры собственного энторинального поля epr1 энторинальной области мозга характеризуется островковым типом расположения клеток. Размеры клеток в пределах $14,4 \pm 0,6 \times 16,8 \pm 0,8$ и $14,6 \pm 0,9 \times 17,0 \pm 0,7$ мкм. Нейроны имеют овальные и треугольные формы. Средний слой представлен малоокрашенными полиморфными и пирамидными клетками. Размеры клеток соответствуют $12,0 \pm 1,1 \times 14,4 \pm 0,9$ и $12,2 \pm 0,9 \times 14,7 \pm 0,7$ мкм. Во внутреннем слое лежат овальные и округлые клетки размерами $12,0 \pm 0,9 \times 12,0 \pm 0,5$ и $12,2 \pm 0,7 \times 12,3 \pm 0,7$ мкм. У детей первого года жизни отмечается интенсивное развитие всех параметров коры и нейронов. Размеры клеток достигают $17,8 \pm 0,7 \times 21,0 \pm 0,7$ и $18,0 \pm 0,8 \times 21,5 \pm 0,7$ мкм. В периоде раннего детства отмечается дальнейшее расширение коры и ее отдельных слоев, а также увеличение размеров нервных клеток. Наружный слой характеризуется островковым строением. Клетки наружного слоя треугольной и многоугольной формы. В среднем слое отмечается более заметное, чем в наружном слое разрежение и увеличение размеров клеток. Клетки имеют многоугольные и пирамидные формы. Внутренний слой отличается диффузным расположением полиморфных клеток. У детей первого детства строение коры энторинальной области мозга мало отличается от таковых взрослых людей. Размеры клеток изменяются незначительно. Наружный слой сохраняет островковый тип строения.

Выводы. Цитоархитектоническая картина энторинальной области у детей в 7-летнем возрасте обладает всеми качествами, свойственными для взрослых людей.

ДИНАМИКА ВЫСОТЫ НЕЙРОНОВ КОРЫ ПИРАМИДНОГО СЛОЯ ПОЛЯ СА2 ГИППОКАМПА МОЗГА ЧЕЛОВЕКА В ОНТОГЕНЕЗЕ

Урмонов Ф.М., Рустамжонов А.Б., Нурматов Х.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан
Научные руководители - профессор Хатамов А.И., профессор Улутбекова
Г.Ж., ст. преп. Болтабоева Д.Ф., Мадумарова М.М.

Цель исследования. Изучить высоты нейронов коры пирамидного слоя поля СА2 гиппокампа мозга человека в онтогенезе.

Материалы и методы. Материалом исследования послужили 144 кусочка мозга у людей, начиная от рождения до конца старческого возраста. Для достижения поставленных целей нами использованы следующие методы: анатомическое препарирование, нейрогистологический метод (окраска по Нисслю), цитометрия и вариационно-статистический.

Результаты и их обсуждение. Исследований показали, что у новорожденного ребенка клетки пирамидного слоя поля СА2 гиппокампа имеют овальную и пирамидную форму. Высота этих нейронов у новорожденного ребенка составляет в левом полушарии $14,4 \pm 0,7$ мкм, а в правом полушарии - $14,7 \pm 0,9$ мкм. В период грудного возраста высота нейронов пирамидного слоя поля СА2 гиппокампа мозга ребенка резко возрастает, и в левом полушарии равна - $16,5 \pm 0,9$ мкм, а в правом полушарии - $16,9 \pm 1,2$ мкм. В периоде раннего детства увеличение высоты нейронов пирамидного слоя поля СА2 гиппокампа ребенка интенсивно продолжается и высоты нейронов слева равняется $17,6 \pm 1,12$ мкм, а справа - $17,9 \pm 0,8$ мкм.

В первом детстве высота нейронов в изученной корковой формации в левом полушарии равняется $18,8 \pm 0,5$ мкм, а в правом - $18,9 \pm 1,1$ мкм.

В периоды подросткового возраста, юношеского и взрослых возрастов величина высоты нейронов пирамидного слоя поля СА2 гиппокампа мозга человека мало меняется, так, в левом полушарии высота нейронов в подростковом возрасте равняется $18,8 \pm 0,5$ мкм, в юношеском возрасте $18,9 \pm 0,9$ мкм.

В поздних сроках постнатального онтогенеза, т.е. в пожилом и старческом возрастах имеет место некоторое уменьшение высоты нейронов пирамидного слоя поля СА2 гиппокампа мозга.

Выводы. Таким образом, наиболее интенсивные изменения высоты нейронов пирамидного слоя поля СА2 гиппокампа человека происходит в течение первых семи лет жизни.

**ШИРИНА НЕЙРОНОВ КОРЫ ПИРАМИДНОГО СЛОЯ
ПОЛЯ СА2ГИППОКАМПА МОЗГА ЧЕЛОВЕКА
В ПОСТНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ**

Урмонов Ф.М., Рустамжонов А.Б., Нурматов Х.

Андижанский государственный медицинский институт, г.Андижан
Научный руководитель - профессор Хатамов А.И., профессор
Улугбекова Г.Ж., ст. преп. Болтабоева Д.Ф., Мадумарова М.М.

Цель исследования. Изучить ширину нейронов коры пирамидного слоя поля СА2гиппокампа мозга человека в онтогенезе.

Материалы и методы. Материалом исследования послужили 144 кусочка мозга у людей, начиная от рождения до конца старческого возраста. Для достижения поставленных целей нами использованы следующие методы: анатомическое препарирование, нейрогистологический метод (окраска по Нисслю), цитометрия и вариационно-статистический.

Результаты и их обсуждение. Результаты исследований показали, что ширина нейронов пирамидного слоя поля СА2гиппокампа новорожденного ребенка слева равняется $19,1 \pm 0,7$ мкм, справа - $19,4 \pm 0,9$ мкм.

В период грудного возраста ширина нейронов увеличивается по сравнению с теми же нейронами поля СА2гиппокампа мозга новорожденного ребенка слева до $23,3 \pm 0,6$ мкм, справа до $23,5 \pm 0,8$ мкм, т.е. ширина нейронов в тот период увеличивается в левом полушарии в 1,22, в правом полушарии - в 1,21 раза. В раннем детстве ширина нейронов пирамидного слоя поля СА2гиппокампа ребенка возрастает слева до $26,9 \pm 1,1$ мкм, справа до $27,0 \pm 0,7$ мкм, увеличиваясь по сравнению с аналогичными нейронами мозга новорожденного ребенка в левом полушарии - в 1,41, в правом полушарии - в 1,39 раза.

В первом детстве и во втором детстве ширина нейронов продолжает увеличиваться, достигая к первому детству слева $28,6 \pm 0,9$ мкм и справа - $28,8 \pm 1,1$ мкм.

Наши данные показали, что в последующие периоды постнатального онтогенеза показатель ширины нейронов остается в тех же пределах, слева - $28,6 \pm 1,2$ мкм и $28,7 \pm 0,5$ мкм, а справа $28,8 \pm 0,8$ мкм и $28,9 \pm 1,1$ мкм, но в поздних сроках постнатального онтогенеза отмечается некоторое уменьшение ширины нейронов пирамидного слоя поля СА2гиппокампа мозга человека.

Выводы. Наиболее интенсивные изменения ширины нейронов пирамидного слоя поля СА2гиппокампа человека происходит в течении первых семи лет жизни.

ВЛИЯНИЕ СТРЕССА НА ПОДГОТОВКУ СТУДЕНТОВ К ЭКЗАМЕНАЦИОННОЙ СЕССИИ

Урмонов Ф.М., Рустамжонов А.Б., Хабибуллаева М.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан

Научный руководитель - ст. преп. Мадумарова М.М.

С точки зрения биологии стресс очень полезная вещь. Когда тебя хочет скушать медведь гормоны стресса тут же удавливают педаль в пол, но оказывается ипотека, поиск работы, экзамены включают в нашем теле ту же стрессовую реакцию, и в отличие от животных, у которых уровень этих гормонов быстро падает люди никак не могут найти кнопку выкл. Хотя в нашей жизни ничего не угрожает, душевные тревоги снова, и снова заливают, тела гормонами: сердце стучит, мышцы зажимаются, а живот крутит. У японцев есть слово «кароси», которое переводится «смерть от переработки». Это настоящая эпидемия трудоголизма, когда здоровые люди в расцвете сил неожиданно умирают. Этот синдром впервые официально описали в Японии. Очень скоро такие неожиданные инфаркты инсульты связывали со стрессом. Есть даже свидетельство того, что длительный стресс способствует развитию рака. У тех обезьян макак, которые переживали, стресс ученые обнаружили гораздо больше тромбов в артериях. Это мешает крови быстро приливать к сердцу. Но как стресс их вызывает?

Целью исследования явилось выявить влияние стресса на организм студентов во время экзамена.

Собственные исследования. В процессе исследования мы применили наблюдательный и сравнительный метод. Наблюдение проводилось на кафедре патологической физиологии. Провели сравнительный анализ стрессового состояния студентов до, во время и после экзамена. Исследования проводились у 40 студентов 3 курса лечебного факультета.

Студенты были разделены на группы: контрольные -10,

I группа - 10 студентов эрудированные.

II группа - 10 студентов со средней подготовкой

III группа - 10 студентов не имеющие базу знаний.

В период экзаменационной сессии у всех обследованных студентов, подверженных стрессу, определяли уровень кортизола и реакция организма.

Кортизол один из главных гормонов стресса он направляет энергию критическим важным органам, но при постоянном стрессе начинается проблема: глохнет иммунная система, подавляется воспаление, снижается уровень лейкоцитов, а подверженность к болезням растет. Очередной стресс в период экзаменов вызывал и сердечный приступ. Мозгу подверженному стрессу также приходилось не сладко. Клетки мозга подверженные стрессу реагировали различными реакциями на действие стрессовой ситуации. Особенно это проявляется в областях, отвечающих за память и обучение.

У студентов II-ой и особенно III-ей группы отмечалось резкое снижение памяти, проявление усталости и возникновение неадекватных реакций на восприятие информации.

Признайтесь Вы, сейчас вспомнили те чудесные бессонные ночи перед экзаменами, и чем больше острого стресса и недосыпа, тем сложнее вспомнить именно, то ради чего не спали.

На основании проведенного сравнительного анализа было сделано следующее **заключение:**

1. Стресс приводит к низкому уровню усвояемости и снижению рейтингового показателя экзаменационной сессии;
2. Качественное изучение и освоение предметов даёт хорошее противодействие на стрессовую ситуацию;
3. Общайтесь с теми, кого вы любите. Это вам спасет жизнь.

АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ТАЗА В ШКОЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Урмонов Ф.М., Солиев Ж., Абдуллаев Н.У.

Андижанский государственный медицинский институт, г.Андижан,
Научный руководитель - профессор Хатамов А.И., профессор
Улугбекова Г.Ж., ст. преп. Болтабоева Д.Ф., Мадумарова М.М.

Цель исследования. Изучить возрастные, индивидуальные и половые особенности антропометрических параметров таза у школьников.

Материалы и методы. Материалом исследования послужили практически здоровые дети, учащиеся школ и академических лицеев. Всего обследовано 1100 мальчиков и 1100 девочек в возрасте от 7 до 17 лет. Антропометрические исследования проводились методами В.С.Сперанского и др. (1980, 1988), Г.Г.Автандилова (1990), Р.Н. Дорохова с соавт. (1990).

Результаты и их обсуждение. Межкостистое расстояние (*distansiaspinarum*) таза у мальчиков от 7 до 17 лет увеличивается в 1,46 раза в среднем на 7,7 см; у девочек - в 1,5 раза в среднем на 8,2 см. Абсолютный прирост межкостистого расстояния в 8 летнем возрасте мальчиков увеличивается на 0,89 см; в 9 - 0,51 см, в 10 - 1,33 см, в 11 - 0,3 см, в 12 - 0,8 см, в 13 - 0,27 см, в 14 - 0,8 см, в 15 - 2,08 см, в 16 - 0,13 см и в 17 лет - 0,59 см; а у девочек - соответственно: 0,6; 0,8; 0,88; 0,5; 0,74; 1,41; 1,47; 0,49; 0,48; 0,8 см. У обоих полов межгребневое расстояние (*distantiacristarum*) увеличивается в 1,5 раза, у мальчиков нарастает в среднем на 9,7 см, у девочек - на 9,2 см. При этом абсолютный прирост у мальчиков в 8 летнем возрасте увеличивается в среднем на 0,75 см, в 9 - 0,65 см, в 10 - 1,39 см, в 11 - 0,76 см, в 12 - 0,92 см, в 13 - 0,68 см, в 14 - 1,46 см, в 15 - 1,28 см, в 16 - 1,25 см, в 17 лет - 0,27 см, а у девочек - соответственно: 0,8; 0,9; 1,02; 0,66; 1,05; 1,42; 1,15; 1,04; 0,13; 0,93 см. Абсолютный прирост наружной конъю-

гаты у мальчиков в 8 летнем возрасте равнялось в среднем 1,09 см, в 9 - 0,51, в 11 - 0,13, в 12 - 0,78, в 13 - 0,86, в 14 - 0,62, в 15 - 1,28, в 16 - 0,3 и в 17 лет - 0,22 см, а у девочек - соответственно: 1,2; 0,5; 0,8; 0,16; 0,5; 1,17; 0,97; 0,67; 0,47; 0,27 см.

Выводы. Установлено, что ежегодное увеличение межкостистого диаметра таза у мальчиков составляет 0,7 см, у девочек- 0,75 см; межгребневого-соответственно: 0,88 и 0,83 см; межвертельного-1,06 и 1,02 см и наружной конъюгаты-0,58 и 0,6 см. Межкостистый диаметр таза и наружная конъюгата у девочек нарастает больше, чем у мальчиков, межвертельный и межгребневый диаметры таза увеличиваются почти одинаково. Максимальный прирост межкостичного диаметра таза у мальчиков наблюдается в 10,15 летнем возрасте, у девочек-в 13,14 лет; межгребневого соответственно; в 10,14,15,16 лет и в 10,12,13,14,15 лет; наружной конъюгаты-в 8,15 лет и в 8,13,14 лет.

АУТОРЕГУЛЯЦИЯ КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ ПОЛОВОЗРЕЛЫХ КРЫС, ПЕРЕНЕСШИХ ПРЕНАТАЛЬНЫЙ СТРЕСС

Федченко А.Н.

Витебский государственный ордена медицинский университет, г. Витебск
Научный руководитель - к.м.н., доцент Беляева Л.Е.

Цель исследования. Оценить ауторегуляторную способность коронарных сосудов половозрелых крыс после перенесенного ими комбинированного пренатального стресса для последующего поиска способов коррекции возможных нарушений.

Материалы и методы. Для получения потомства беспородных самок и самцов *Rattus Muridae* высаживали в клетки в соотношении 1:1. Обнаружение сперматозоидов во влагалищном мазке свидетельствовало о 1-м дне беременности, в который из беременных крыс методом случайного выбора формировали контрольную и опытную группы. Комбинированный стресс моделировали лишением крыс пищи в течение суток при обеспечении свободного доступа к воде во 2-й, 9-й и 16-й дни беременности; иммобилизацией крыс в вертикальном положении в пластиковом пенале, заполненном водой ($t=23\pm 2C^\circ$), до уровня шеи, в течение 20 минут в 4-й и 11-й дни беременности; имитацией присутствия хищника (контакт с экскрементами *Felis* в 6-й и 13-й дни беременности). Ауторегуляцию коронарных сосудов 3-месячного потомства крыс исследовали на препарате сердца, изолированного по методу Лангендорфа. Статистическую обработку данных проводили с помощью программы «Statistica 6.0».

Результаты и их обсуждение. Объемная скорость коронарного потока (ОСКП) в сердце самцов группы «стресс» превышала таковую у самцов группы «контроль» на 17,0% при перфузионном давлении (ПД) 100 мм рт.

ст., а индекс ауторегуляции (ИА) у самцов группы «стресс» был меньше, чем у контрольных, на 50,0 и 38,2% при ПД 100 и 120 мм рт. ст., соответственно. ИА у самок, перенесших пренатальный стресс, был меньше, чем у контрольных, на 34% при ПД 60 мм рт. ст. Коронарный расширительный резерв (КРР) у самок, перенесших действие пренатального стресса, был снижен на 9,8%, по сравнению с самками контрольной группы только при ПД 40 мм рт. ст. КРР самцов после перенесенного пренатального стресса не отличался от значений, полученных в группе контрольных самцов при всех изучаемых уровнях ПД.

Выводы. Выявлено снижение ауторегуляторной способности коронарных сосудов и уменьшение их расширительного резерва у крыс, перенесших действие комбинированного стресса в пренатальном периоде, что может нарушать приспособительные возможности сердца и организма в целом при предъявлении к нему повышенных нагрузок.

СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ КЛЕТОК ПУРКИНЬЕ ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ ЗАДНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Шодмонов С.А., Нуритдинов О.Д.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан
Научные руководители - д.м.н. Хатамов А.И., доцент Улугбекова Г.Ж.

Цель исследования. Изучить морфометрические изменения клеток Пуркинье квадратного дольки (КПКД) мозжечка после ампутации правой задней конечности (АПЗКС).

Материалы и методы. Материалом исследования послужили 35 взрослых беспородных собак, весом от 9 до 15 кг. Первая группа из 5 животных, которая служила контролем. Во вторую группу вошли 30 собак, которым была произведена трехмоментная ампутация правой задней конечности на уровне средней трети бедра по Пирогову. Применялись морфологические и морфометрические методы исследования, окраска препаратов по Нисслю гематоксилином и эозином, а также метод вариационной статистики.

Результаты и их обсуждение. На 7-е сутки после АПЗКС высота набухших нейронов КПКД увеличиваются в среднем в правом полушарии на 4,6 мкм (от $37,6 \pm 0,83$ до $-5,6 \pm 0,46$ мкм; $P < 0,001$), в левом - 5,6 мкм (от $39,0 \pm 0,73$ до $44,6 \pm 0,43$ мкм; $P < 0,001$), а ширина - соответственно на 3,3 (от $30,6 \pm 0,55$ до $33,90 \pm 0,47$; $P < 0,001$) мкм и 4,2 (от $30,2 \pm 34,4 \pm 0,52$; $P < 0,001$) мкм. Следовательно, высота набухших КПКД в правом полушарии нарастает больше, чем в левом, а ширина, напротив слева больше, чем справа. На 21 и 30 сутки после АПЗКС высота набухших КПКД уменьшается на 1/10 (в правом до $39,3 \pm 0,39$; $P < 0,01$; в левом - до $39,55 \pm 0,37$ мкм, $P < 0,02$), ко 1-му и 3-му месяцам несколько увеличивается (в правом - до $41,8 \pm 0,34$ мкм; $P < 0,01$, в левом - до $42,15 \pm 0,24$ мкм; $P < 0,002$), и на этом уровне сохраняет-

ся 6 месяцев. Ширина набухших КПКД, начиная с 7 суток после АПЗКС уменьшаясь, на 21 сутки становится наименьшей (справа - от $33,9 \pm 0,47$ до $19,95 \pm 0,34$ мкм, $P < 0,001$, слева - от $34,4 \pm 0,52$ до $20,5 \pm 0,40$ мкм, $P < 0,001$), а в сроки от 30 блок до 3 месяцев, расширяясь, становится наибольшей (справа - до $55,0 \pm 0,23$ мкм, $P < 0,001$, слева - до $36,0 \pm 0,45$ мкм, $P < 0,001$).

Выводы. Морфометрические изменения клеток Пуркинье квадратного угольной дольки (КПКД) мозжечка после ампутации правой задней конечности (АПЗКС) резко увеличивается на 7 сутки.

МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ НЕЙРОНОВ ВЕРХНЕЙ ПОЛУЛУННОЙ ДОЛКИ МОЗЖЕЧКА ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ

Шодмонов С.А., Нуритдинов О.Д.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан
Научные руководители - д.м.н. Хатамов А.И., доцент Улугбекова Г.Ж.

Цель исследования. Изучить морфометрические изменения клеток Пуркинье ганглионарного слоя верхней полулунной дольки мозжечка (КПВПДМ) мозжечка после ампутации правой задней конечности (АПЗКС).

Материалы и методы. Материалом исследования послужили 35 взрослых беспородных собак, весом от 9 до 15 кг. Первая группа из 5 животных, которая служила контролем. Во вторую группу вошли 30 собак, которым была произведена трехмоментная ампутация правой задней конечности на уровне средней трети бедра по Пирогову. Применялись морфологические и морфометрические методы исследования, окраска препаратов по Нисслю гематоксилином и эозином, а также метод вариационной статистики.

Результаты и их обсуждение. Высота набухших клеток Пуркинье верхней полулунной дольки мозжечка (КПВПДМ) на 7 сутки после ампутации конечности в обоих полушариях увеличилось в 1/10 раза (в правом - от $39,7 \pm 0,41$ до $43,85 \pm 0,34$ мкм, $P < 0,001$; в левом - от $39,0 \pm 0,67$ до $5,8 \pm 0,42$ мкм, $P < 0,01$), затем уменьшаясь, справа через 2, слева - 3 месяца, становится почти одинаковой с контролем, а через 6 месяцев вновь незначительно увеличивается. Выявлено, что изменения высоты набухших (КПВПДМ) в обоих полушариях после опыта имеют «двухгорбый» характер (двухвершинный), вершины соответствует 7 суткам и 6 месяцу и напоминают букву U.

Ширина набухших (КПВПДМ) в обоих полушариях на 7 сутки после АПЗКС, увеличивается в 1/10 раза (в левом - от $29,6 \pm 0,09$ до $33,4 \pm 0,43$ мкм, $P < 0,001$; в правом - от $29,4 \pm 0,52$ до $33,55 \pm 0,37$ мкм, $P < 0,001$), на 21 сутки показатель уменьшается: в правом полушарии в 1,6 раза ($P < 0,01$) в левом - в 1,4 раза ($P < 0,05$). В последующих сроках ширина КПВПДМ вновь увеличивается, - наибольшей становится через 3 месяца (справа - до $36,7 \pm 0,45$ мкм, $P < 0,001$; слева - до $36,1 \pm 0,47$ мкм, $P < 0,001$), а через 6 меся-

цев вновь уменьшается. Следует отметить, что характер изменений ширины набухших КПВПДМ в обоих полушариях после АПЗКС - «двухгорбный» (двухвершинный), вершины соответствуют 7 суткам и 3 месяцам и напоминают букву V.

Выводы. Морфометрическое изменение нейронов увеличивается компенсаторно на 7 сутки после ампутации правой задней конечности.

МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ НЕЙРОНОВ ТОНЗИЛЛЯРНОЙ ДОЛЬКИ МОЗЖЕЧКА

Шодмонов С.А., Нуритдинов О.Д.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан
Научные руководители - д.м.н. Хатамов А.И., доцент Улугбекова Г.Ж.

Цель исследования. Изучить морфометрические изменения клеток Пуркинье ганглионарного слоя тонзиллярной долики мозжечка (КПВПДМ) мозжечка после ампутации правой задней конечности (АПЗКС).

Материалы и методы. Материалом исследования послужили 35 взрослых беспородных собак, весом от 9 до 15 кг. Первая группа из 5 животных, которая служила контролем. Во вторую группу вошли 30 собак, которым была произведена трехмоментная ампутация правой задней конечности на уровне средней трети бедра по Пирогову. Применялись морфологические и морфометрические методы исследования, окраска препаратов по Нисслю гематоксилином и эозином, а также метод вариационной статистики.

Результаты и их обсуждение. Исследования показали, что высота набухших клеток Пуркинье тонзиллярной долики мозжечка (КПТДМ) в обоих полушариях на 7 сутки после ампутации конечности незначительно увеличивается (в правом - от $40,2 \pm 0,42$ до $42,9 \pm 0,5$ мкм, $P < 0,01$; в левом - от $40,0 \pm 0,6$ до $42,6 \pm 0,52$ мкм, $P < 0,01$), затем через 2 месяца становится меньше на 1/10, $P < 0,001$, а в последующие сроки вновь достигает показателей 7-х суток (справа - $38,4 \pm 0,33$ мкм, $P < 0,001$, слева - $38,05 \pm 0,32$ мкм, $P < 0,001$).

Изменения набухших КПТДМ после АПЗКС напоминает букву W, при этом уменьшение отмечается через 2 месяца, а через 6 месяцев этот показатель почти такой же, как и на 7 сутки.

Ширина набухших КПТДМ в обоих полушариях на 7 сутки после АПЗКС, увеличивается незначительно (в правом - от $29,1 \pm 0,45$ до $32,9 \pm 0,54$ мкм, $P < 0,001$; в левом - от $29,2 \pm 0,73$ до $32,7 \pm 0,55$ мкм, $P < 0,01$). На 21 сутки резко (на 1/3) уменьшается (справа - до $20,45 \pm 0,33$ мкм, $P < 0,001$, слева - до $20,95 \pm 0,37$ мкм, $P < 0,001$), затем, вновь увеличиваясь в 1,6 раза, на 3 месяце становится наибольшей ($P < 0,001$), а через 6 месяцев этот показатель уменьшается в 1/10 раза ($P < 0,001$).

Выводы. Морфометрические изменения клеток Пуркинье ганглионарного слоя тонзиллярной долики мозжечка после ампутации правой задней конечности происходит гетерохронно.

СЕКЦИЯ ПСИХОНЕВРОЛОГИИ, НЕВРОЛОГИИ, ОБЩЕЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

ПРОФИЛАКТИКА ОНМК ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Александрова К.А., Большова Е.Г.

Чувашский государственный университет, г. Чебоксары

Научный руководитель - асс. Максимов Р.С., к.м.н. Деомидов Е.С.,
к.м.н. Нестерин К.В.

Мерцательная аритмия встречается у 2 % населения. Инсульты, причиной которых является фибрилляция предсердий составляют около 15 %.

Цель исследования. Провести оценку профилактики кардиоэмболического инсульта.

Материалы и методы. Проведён анализ 128 историй болезни пациентов с ишемическим инсультом на фоне фибрилляции предсердий, пролеченных в сосудистом отделении БУ «ГКБ№1» в 2013-2014гг. Оценивалась догоспитальная антитромбоцитарная терапия и рекомендации по вторичной профилактике.

Для оценки риска тромбоэмболических осложнений использовалась шкала стратификации риска (CHA₂DS₂-VASc). А для оценки риска кровотечений шкала HAS-BLED, позволяющая подобрать оптимальную дозировку оральных антикоагулянтов.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст больных - 73,5 года. Мужчин - 56 (44%), женщин - 72(56 %). Жителей города - 78(61%). Инвалидов- 41(32%).

В качестве первичной профилактики ацетилсалициловую кислоту получали - 52 больных (41%), комбинацию ацетилсалициловой кислоты с дипиридамолом, дипиридамолом, клопидогрель - 4 (3%), ничего не принимали- 55 - (43%), варфарин - 17 человек (13%).

Адекватный контроль МНО (2.0-3.0) при приёме варфарина достигнут у 8 больных из 17 (47 %). Контролировали МНО с частотой 1 раз в месяц 2 пациента (15%); остальные - со средней частотой 1 раз в 88,3 дня.

В качестве вторичной профилактики на 3 этап реабилитации рекомендованы: ацетилсалициловая кислота - 52 больным(42 %), варфарин - 35 (27 %); новые оральные антикоагулянты - 41 (32 %), из них - ривароксабан - 23, а дабигатран - 18 больным.

Средний балл по шкале CHA₂DS₂-VASc - 6,3 балла (5-9 баллов). Средний балл по шкале HAS-BLED - 2,58 балла (2-6 баллов).

2 больных из 128 использовали для контроля МНО портативный прибор коагулек.

Выводы. Необходимо проведение образовательных программ по вопросам профилактики инсульта с врачами первичного звена и пациентами.

Трудности подбора антикоагулянтной терапии решаемы назначением новых оральных антикоагулянтов.

ОСТРЫЕ АЛКОГОЛЬНЫЕ И ИНГАЛЯЦИОННЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

Бердовская М.П., Чергейко М.А.

Гродненский государственный медицинский университет, г.Гродно
Научный руководитель - асс. Волкова О.А.

Цель исследования. Особенности алкогольных и ингаляционных отравлений у детей Гродненской области (Беларусь).

Материалы и методы. Проанализированы 54 истории болезни детей, госпитализированных в УЗ «ГОДКБ» с алкогольным отравлением либо отравлением курительной смесью.

Результаты и их обсуждение. Среди поступивших в стационаре преобладали мальчики - 43 (80%) человека. Средний возраст составил $14,7 \pm 1,72$ лет. 29 подростков поступили в состоянии алкогольного опьянения, 20 - указывали на употребление курительной смеси «спайс», 4 жевали семена дурмана, в одном случае было одновременное употребление алкоголя и курительной смеси. 27 подростков обнаружены на улице, 3 - доставлены из отделения милиции, 11 - из квартиры, 8 - из общежития, 3 - из училища или школы, 1 - из молодежного центра. 6 детей госпитализированы в соматические отделения, 48 в связи с тяжестью состояния - в отделение реанимации.

При поступлении у 12 детей наблюдалась рвота, боль в животе, у 8 - нарушение походки, речи. 5 подростков доставлены без сознания, у 10 было нарушение поведения (агрессия, возбуждение, зрительные и слуховые галлюцинации). Средний уровень этилового спирта в крови составил 1,28‰, в моче - 1,54‰.

При указании в анамнезе на употребление курительных смесей в крови у 13 из 20 пациентов психотропные и наркотические вещества не обнаружены. В крови у отдельных подростков обнаружены следующие вещества: атропин, скопеломин, клозапин, димедрол, метамилон, аминафеналон, особо опасные психотропные вещества АВ - PINACA - СНМ, MDPV, МВА(N) - 018 - (АВ - PINACA).

Выводы. Среди лиц, употреблявших спиртные напитки и курительные смеси, основную массу составили мальчики, учащиеся средних школ. Средний уровень алкоголя в крови соответствует средней степени опьянения. При употреблении курительных смесей в 65% случаев наркотические вещества в крови не обнаруживаются в связи с изменчивостью химической формулы вещества.

СПЕКТР НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У БЕРЕМЕННЫХ

Волынкин А.А.

Московский государственный медико-стоматологический университет,
г. Москва

Научный руководитель - д.м.н., профессор Власов П.Н.

Цель исследования. Изучить неврологические синдромы при черепно-мозговой травме (ЧМТ) (в анамнезе) у беременных, госпитализированных в отделении патологии беременных ГБУЗ МО МОНИИАГ с 2013 по 2015г.

Материалы и методы. Клиническое обследование 47 беременных с ЧМТ (в анамнезе), с применением шкал: астении (MFI-20); тревоги и депрессии (HADS); оценки психического статуса (MMSE); субъективной оценки качества сна и вегетативной анкеты (Вейн А.М.).

Результаты и их обсуждение. Обследовано 47 беременных с ЧМТ в анамнезе. В зависимости от вида полученной ЧМТ все беременные в исследовании были разделены на 2 группы (1 - сотрясение головного мозга (СГМ); 2 - ушиб головного мозга (УГМ)).

В 1 группе (44,7%; n=21) наиболее часто наблюдался синдром вегетативной дисфункции (СВД) с его клиническими проявлениями в виде: вегетативно-сосудистых кризов (23,8%; n=5); психовегетативного синдрома (23,8%; n=5); цефалгического синдрома (головная боль напряжения (ГБН) - 33,3% (n=7); мигрень 9,5% (n=2)). Тревожный (42,8%; n=9), диссомнический (38%; n=8) и астенический (14,3%; n=3) синдромы. В 9,5% (n=2) случаев имелись признаки умеренного когнитивного расстройства (УКР) и в 4,7% (1) - симптоматическая эпилепсия (СЭ).

Среди беременных во 2 группе (55,3%; n=26) выявлена посттравматическая энцефалопатия (всего 38,4%; n=10) с УКР в 19,2% (n=5), афатическими нарушениями в 7,7% (n=2), вестибуло-атактическим синдромом в 3,8% (n=1). Гемипарез конечностей и пирамидная недостаточность выявлены в 23% (n=6), посттравматический миоклонус мышц лица в 3,8% (n=1), а посттравматическая невропатия III, IV черепно-мозговых нервов в 7,7% (n=2). СЭ верифицирована в 11,5% (n=3). СВД: вегетативно-сосудистые кризы 19,2% (n=5), психовегетативный синдром 11,5% (n=3), цефалгический синдром (ГБН - 23% (n=6); мигрень - 11,5% (n=3); ликвородинамический тип головных болей - 7,6% (n=2)). Астенический (19,2%; n=5), тревожный (61,4%; n=16) и диссомнический (38,4%; n=10) синдромы выявлены у 20 беременных (в 19,1% (n=9) имелось их сочетание).

Выводы. Таким образом, у беременных с последствиями ЧМТ максимально часто диагностируются изменения в психоэмоциональной сфере и в регуляции вегетативной нервной системы. Отмечено преобладание стойких клинических последствий ЧМТ органического генеза у пациенток с УГМ.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ ПОСЛЕДСТВИЯХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Волынкин А.А.

Московский государственный медико-стоматологический университет,
г. Москва

Научный руководитель - д.м.н., профессор Власов П.Н.

Цель исследования. Оценить течение беременности и родов при последствиях черепно-мозговой травмы (ЧМТ) у пациенток, проходивших родоразрешение в ГБУЗ МО МОНИИАГ с 2013 по 2015г.

Материал и методы. Проспективный анализ историй беременностей и родоразрешения женщин (n=45) с последствиями ЧМТ.

Результаты и их обсуждение. Проанализированы истории беременностей и родов у 45 пациенток (от 19 до 41 года) с ЧМТ в анамнезе (изолированная ЧМТ-29 (64,4%), сочетанная - 16 (35,6%)). Беременные были разделены на 2 группы (1 гр.- с сотрясением головного мозга (СГМ- 44,4%; n=20), 2 гр. - с ушибом головного мозга (УГМ- 55,5%; n=25).

Беременности в 1 группе протекали с ранним токсикозом (11; 55%), угрозой прерывания беременности (11; 55%), анемией (8; 40%), фетоплацентарной недостаточностью (ФПН) (8; 40%), гестационным сахарным диабетом (3; 12%) и их сочетанием. Родоразрешение через естественные родовые пути у 11 (55%); с ограничением потуг у 1 (5%). Кесарево сечение (КС) (8; 40%) выполнено по показаниям: окулиста (выраженная миопия - 1; 5%), акушерским (рубец на матке после КС-6 (30%); миома матки-1; 5%).

Развитие беременности во 2 группе сопровождалось: ранним токсикозом (9; 32%); угрозой прерывания (10; 40%); анемией (7; 28%); ФПН (2; 8%); ранним излитием околоплодных вод (3; 12%). Естественное родоразрешение у 8 (32%), вакуум-экстракция плода у 10 (40%), по показаниям: акушерским (слабость родовой деятельности-5; 20%); неврологическим (посттравматические кистозно-глиозные изменения-2; 8%); офтальмологическим (3; 12%). КС (7; 28%) выполнено по показаниям: акушерским (рубец на матке после КС -3 (12%), острая внутриутробная гипоксия плода -1; 4%); неврологическим (последствия ЧМТ с развитием синдрома ВЧГ - 2; 8%); травматологическим (сочетанная ЧМТ с повреждением костей тазового кольца- 3; 12%); офтальмологическим (2;8%: последствия ЧМТ с посттравматической атрофией диска зрительного нерва -1 (4%); с витриохореоретинальной дистрофией 1 (4%)). В 4х случаях сочетание показаний к КС.

Выводы. При ведении беременных с последствиями ЧМТ необходимо мультидисциплинарное обследование (акушера, невролога, окулиста, травматолога) с целью уточнения тактики ведения беременности и родов. Родоразрешение при ЧМТ в 8,9% (n=4) определяется непосредственно неврологическими проявлениями, а в 15,6% (n=7) другими последствиями (травматологическими, офтальмологическими) сочетанной ЧМТ.

АНЕМИЯ И ОСТРЫЕ НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Воронова И.Н.

Чувашский государственный университет, г. Чебоксары
Научный руководитель - асс. Максимов Р.С., к.м.н. Деомидов Е.С.

Одним из частых заболеваний крови, встречаемых в популяции и среди больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК) является анемия.

Цель исследования. Проанализировать случаи ОНМК в сочетании с анемией различного генеза.

Материалы и методы. Обследовано 683 пациента в возрасте от 22 до 96 лет (средний возраст 68,6 ± 11,3 лет), пролеченных в первичном сосудистом отделении для больных с ОНМК в 2014г. Больные с кровоизлиянием в мозг составили 72 человека (10,5%), с транзиторной ишемической атакой - 91(13,5%), с инфарктом мозга - 520 (76%).

Результаты и их обсуждение. У 121 больного (17,7%) на момент поступления в стационар была выявлена анемия с показателями гемоглобина от 51 до 118 г/л (средний уровень - 104 г/л). Больные с внутримозговыми кровоизлияниями составили 9 человек (7,5%), с транзиторной ишемической атакой 9 (7,5%), с инфарктом мозга 103 (85%).

Основные причины анемии: гипохромная железодефицитная алиментарного генеза (81 больной - 67%); острые (11 больных - 9%) и хронические (15 больных - 12,5%) постгеморрагические анемии. У 15 пациентов (12,5%) найдены паразитарные заболевания, гемобластозы, интоксикации, осложнения терапии, гастрэктомии и другие.

Больные с ишемическими ОНМК, при исключении кровотечений, получали дезагрегантную терапию препаратами ацетилсалициловой кислоты (31 больной-27,7%), клопидогреля (13 пациентов- 11,6%), их комбинации (9 больных - 8%), комбинации ацетилсалициловой кислоты с дипиридамом (3 больных-2,7%). Однако, 18 больным (16%) с ишемическими нарушениям антиагреганты не назначались в виду высокого риска кровотечений.

Лечение анемий проводилось препаратами железа. В качестве дополнительной терапии применялись энтеральные и парэнтеральные питательные смеси, витаминотерапия. В 6 случаях (4,9%) потребовалось применение крови и её препаратов.

Положительная динамика отмечена у 86 пациентов (77%). Средний уровень гемоглобина при выписке составил 111,8 г/л.

Выводы. Анемия является фактором риска ишемических ОНМК. Анемия ухудшает течение инсульта. Лечение анемий в остром периоде позволяет улучшить исходы ОНМК.

СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ И АУТОАГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ВРАЧЕЙ

Дегтерёва А.С.

Рязанский государственный медицинский университет

им. акад. И.П. Павлова

Научный руководитель - асс. Федотов И.А.

В условиях профессиональной медицинской деятельности личность врача подвергается постоянному воздействию различных психотравмирующих факторов, что может приводить к психическим нарушениям. Одним из наиболее изученных состояний, возникающих у людей «помогающих профессий», это синдром эмоционального выгорания (СЭВ). СЭВ проявляется в трех основных синдромокомплексах (Маслач К., 1979): 1) эмоциональное истощение - хроническая усталость, снижается настроение, расстройства сна, диффузные телесные недуги, усиливается подверженность болезням; 2) деперсонализация - отношение к коллегам и пациентам становится негативным, иногда даже циничным, появляется чувство вины, человек выбирает автоматическое «функционирование» и всячески избегает нагрузок; 3) переживание собственной нерезультативности.

В наших предыдущих работах было доказано, что начальные этапы синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) появляются уже во время обучения будущих специалистов и, во многом, связаны с явлением учебного стресса (Федотов И.А., Дегтерёва А.С., Озоль С.Н., 2015). При этом в последние годы наметилась негативная динамика: например, по данным Taylor С. (2005) с 1994 по 2005 года частота встречаемости СЭВ у врачей увеличилась с 32 до 41%. В работе Е.И. Лозинской (2007) было показано, что 49% врачей-онкологов имеют признаки СЭВ, а у врачей-психиатров этот показатель может достигать 73,2% (Золотухина Л.В., 2011).

Наличие у медицинских работников СЭВ связано с высоким уровнем психических расстройств (в основном, тревожно-депрессивного спектра), болезней зависимости и суицидальных попыток (Сидоров П.И., 2005; Кулаков С.А., 2007). Особо внимания заслуживает при этом аутоагрессивное (АА) поведение. По данным зарубежных авторов среди медицинских работников обнаруживается один из наиболее высоких уровней самоубийств (у женщин в 3-4 раза, а у мужчин в среднем в 2 раза чаще, чем в общей популяции). При этом недостаточно изученным остается вопрос о несуйцидальных («латентных») проявлениях АА поведения и о конкретных взаимосвязях между СЭВ и АА. Раскрытие данного вопроса позволит глубже понимать роль СЭВ, как «связывающего звена» между профессиональным стрессом и психопатологическими проявлениями у врачей, а также можно будет разработать обоснованные пути профилактики и лечения данных проблем.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ И ХРОНИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Казакова Л.Л., Павлова О.В.

Чувашский государственный университет, г. Чебоксары
Научный руководитель - Димитриева С.В.

Цель исследования. Сравнительный анализ когнитивных расстройств у пациентов с острыми и хроническими нарушениями мозгового кровообращения

Материалы и методы. 20 больных с нарушением мозгового кровообращения на базе БУ «ЦГБ» и БУ «БСМП» г. Чебоксары, опрос пациентов, проведение неврологического осмотра с исследованием основных функций головного и спинного мозга, шкала MMSE (mini-mental state examination), тест рисования часов.

Результаты и их обсуждение.

1) Среди больных с ОНМК преобладали лица трудоспособного возраста, у которых были вредные привычки (алкоголь, курение). У больных с ХНМК большинство лиц было пенсионного возраста;

2) Среди жалоб, предъявляемых больными ОНМК преобладали: Повышенное АД - 100,0%; Неуверенность в походке - 88,8%; Хромота - 77,7%, у больных с ХНМК - Неуверенность в походке - 72,7%; Слабость в конечностях - 72,7%; Головокружение - 63,6%.

3) В неврологическом статусе у пациентов с ОНМК наблюдались симптомы выпадения чувствительности, двигательные расстройства, симптомы поражения ЧМН (7, 12 п) и признаки динамической атаксии. У пациентов с ХНМК часто встречалась рассеянная органосимптоматика, с поражением проводников чувствительности и пирамидных путей, а также преобладали признаки статической атаксии.

4) Исследование когнитивных функций показало наличие когнитивных расстройств в обеих исследуемых группах. Однако, более лучшие результаты были у лиц с ОНМК по сравнению с ХНМК.

Выводы. В острой фазе ОНМК больные еще не имеют выраженных когнитивных нарушений, которые начинают развиваться в период восстановления и последствий инсультов, у больных с ХНМК. Поэтому ранняя диагностика и терапия когнитивных расстройств у пациентов с ОНМК позволит избежать развитие деменции в будущем и сохранить длительную способность к трудовой деятельности и самообслуживанию таких больных. Проверка когнитивных нарушений должна проводиться всем больным с нарушениями мозгового кровообращения с целью раннего выявления когнитивных расстройств.

**ВАЖНОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ
ХАРАКТЕРИСТИК РОДИТЕЛЕЙ, ЧЬИ ДЕТИ
СОВЕРШИЛИ ПОПЫТКУ СУИЦИДА**

Лукашук А.В.

Рязанский государственный медицинский университет

им. акад. И.П. Павлова

Научный руководитель - д.м.н. Меринов А.В.

Под понятием суицид ВОЗ подразумевает «результат действия, преднамеренно начатого и совершенного человеком с полным знанием или ожиданием фатального исхода» (Б.С. Положий, 2010).

Так же, по мнению ВОЗ, ежегодно совершается около миллиона суицидов. В возрастном диапазоне от 15 до 44 лет, суицид является четвертой причиной смерти в мире. Согласно статистическим данным, в России происходит около 50 самоубийств на 100 тысяч населения в течение года, что является довольно критическим показателем, имеющим, кроме того, выраженную тенденцию к росту. С начала 90-х годов почти вдвое увеличился коэффициент самоубийств среди подростков. По мнению некоторых исследователей, с 1960 по 2000 год частота суицидов среди подростков в возрасте от 15 до 22 лет увеличилась на 265%. По уровню подростковых самоубийств Россия занимает первое место в мире, так как средний показатель суицидальной активности среди подростков более чем в 3 раза превышает средний показатель в мире.

Нужно учитывать тот факт, что на один завершённый суицид в среднем приходится до 150-200 суицидальных попыток, а вероятность повторной попытки суицида у подростка возрастает в 5-20 раз.

Все эти данные наталкивают на мысль, что не только общество, социум, СМИ, круг общения способны подтолкнуть подростка в решении своих проблем найти выход расстаться с жизнью. Можно предположить, что в «деструктивной» семье не происходит «научение» детей позитивным паттернам поведения, родительские фигуры по тем или иным причинам не смогли заложить в психику ребенка возможные варианты позитивного отреагирования на макросоциальные и микросоциальные конфликты, варианты их решения. Или же атмосфера, в которой происходит воспитание ребенка, подростка изначально нездоровая, семейный фон омрачен наркологическими, суицидологическими факторами.

Выяснение конкретных характеристик родителей подростков с суицидальной попыткой в анамнезе является важным и актуальным полем для научных изысканий. Соответственно, по этим характеристикам можно будет оценить степень суицидального риска их детей и понять направление психотерапевтической коррекции семейного функционирования, выработать принципы подходов к терапии семей, столкнувшихся с данной проблемой, разработать методы превентивной диагностики суицидальных попыток у подростков, определить фон, способствующий нормализации семьи.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ТОКСИКОМАНИИ

Нуритдинов О.Д., Ахмадалиев Ш.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан
Научные руководители - д.м.н. Юлдашев Р.Н, асс. Эшонхужаев К.О.

Цель исследования. Изучение методов лечения токсикомании при употреблении различных психоактивных веществ.

Материалы и методы. Анализ литературных данных по вопросам фармакотерапии различных форм токсикомании.

Результаты и их обсуждение. Токсикомания - это серьёзное заболевание, которое возникает из-за употребления психоактивных веществ. Это могут быть как химические, так и растительные вещества, а также различные лекарственные препараты, не относящиеся к наркотическим средствам. Данное заболевание характеризуется психической и в определённых случаях физической зависимостью, привыканию к потребляемому веществу, различными соматическими и психическими расстройствами, а также изменением личности. Лечение токсикомании длительный и сложный процесс.

Психологическая зависимость проявляется как болезненное влечение к приёму психоактивных веществ. Физическая зависимость характеризуется развитием психических и вегетативно-неврологических нарушений (абстинентный синдром), после прекращения приёма психоактивных веществ.

Лечение токсикомании проводится в психиатрическом или наркологическом стационаре и амбулаторно. Процесс лечения состоит из нескольких этапов. Вначале лечения снимается интоксикация и устраняется абстинентный синдром. Основное лечение заключается в восстановлении нарушенных соматических функций, ликвидации психических расстройств, нормализации психологического состояния и подавлении симптомов психической зависимости. На завершающем этапе лечения проводят противорецидивную терапию и реабилитационные мероприятия.

Выводы. Главным элементом в лечении токсикомании является семейная и индивидуальная терапия. Семейная психотерапия преследует цель наладить и сформировать правильные взаимоотношения в семье, которые способствуют полному излечению от токсикомании. В рамках индивидуальной психотерапии проводится личностная коррекция, которая главным образом направлена на формирование мотивации ведения здорового образа жизни.

ПОЗИТИВНЫЕ СДВИГИ В ОПТИМИЗАЦИИ СЕСТРИНСКОГО
ПРОЦЕССА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ,
ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ

Оспанова А.Т.

Государственный медицинский университет, г. Семей
Научный руководитель - к.м.н., асс. Жазыкбаева Л.К.

Цель исследования. Оптимизировать сестринский процесс у пациентов с артериальной гипертензией, перенесших инсульт.

Материалы и методы. Впервые проведено внедрение сестринского процесса у пациентов с артериальной гипертензией, перенесших инсульт на базе неврологического отделения «Городская больница №2» г. Семей. Обследовано 80 больных с артериальной гипертензией, перенесших инсульт. Среди обследованных 40 мужчин, 40 женщин в возрасте от 39 до 65 лет. Средний возраст больных составил $52,3 \pm 1,2$ лет, длительность заболевания - $13,3 \pm 0,9$ лет. Контрольную группу составили 40 пациентов с инсультом на фоне артериальной гипертензии, которые получали традиционный сестринский уход. Основная группа (40 больных) получала сестринский процесс. Статистическую обработку данных осуществляли по программе Epiinfo.

Результаты и их обсуждение. Исходно в обеих группах больные отмечали жалобы: на несвоевременную медицинскую помощь при кризах - 73%, повторный инсульт - 65%, невозможность самостоятельного передвижения - 66%, плохое самочувствие - 94%. Больным основной группы проводился сестринский процесс, который включал в себя своевременное выполнение врачебных назначений, трёх часовую тонометрию, помощь при выполнении пассивных движений, дыхательную гимнастику, лечебный массаж, контроль приёма лекарственных средств в присутствии медсестры, контроль диуреза, контроль лечебного питания, лечебно-охранительный режим, профилактику пролежней и обучение принципам профилактики повторного инсульта и избегание стрессов. В результате наблюдения в основной группе улучшение качества жизни было более выражено, чем в группе контроля.

Выводы. Реабилитационные мероприятия по сестринскому процессу у больных с артериальной гипертензией, перенесших инсульт показали их высокую эффективность в работе медсестер, способствующих увеличению продолжительности жизни постинсультных больных, качества жизни и снижению затрат на оказание стационарной помощи населению. Внедрение новых технологий сестринского процесса позволило значительно снизить частоту выявления осложнений, привело к позитивным сдвигам.

ПОДХОДЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ

Оспанова А.Т.

Государственный медицинский университет г. Семей
Научный руководитель - к.м.н., асс. Жазыкбаева Л.К.

Цель исследования. Внедрить сестринский процесс в реабилитации пациентов с артериальной гипертензией, перенесших инсульт.

Материалы и методы. Впервые проведено внедрение сестринского процесса у пациентов с артериальной гипертензией, перенесших инсульт на базе неврологического отделения «Городская больница №2» г. Семей. Обследовано 80 больных с артериальной гипертензией, перенесших инсульт. Среди обследованных 40 мужчин, 40 женщин в возрасте от 39 до 65 лет. Средний возраст больных составил $52,3 \pm 1,2$ лет, длительность заболевания - $13,3 \pm 0,9$ лет. Контрольную группу составили 40 пациентов с инсультом на фоне артериальной гипертензии, которые получали традиционный сестринский уход. Основная группа (40 больных) получала сестринский процесс. Статистическую обработку данных осуществляли по программе Epiinfo.

Результаты и их обсуждение. При установлении проблем пациента и формулировке сестринского диагноза у всех пациентов исходно выступали такие жалобы: слабость и онемение конечностей у 82%, невозможность внятно произнести речь и связать слова - 75%, повышение артериального давления - 97%, головокружение - 75%, недержание мочи и кала - 77%, чувство беспомощности - 98%. Основной группе проводился сестринский процесс, который включал в себя лечебный массаж парализованных конечностей, санитарно - гигиенический уход, пассивные движения парализованных конечностей, лечебное питание, эмоциональную поддержку больному и родным, а также мотивацию к выздоровлению. В процессе наблюдения в основной группе отмечалось повышение эффективности сестринского процесса в реабилитации пациентов в большей степени, чем в группе контроля.

Выводы.

1. Внедрение оптимизационных технологий сестринского процесса позволило повысить удовлетворенность пациентов реабилитацией с 79,2% до 93,6% и улучшить качество жизни пациентов с артериальной гипертензией, перенесших инсульт.

2. Привлечение пациентов и их родственников для нейтрализации рисков развития инсульта, применение сестринского процесса в реабилитационных мероприятиях, показало повышение эффективности сестринского процесса и увеличение качества жизни больных.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Оспанова А.Т.

Государственный медицинский университет г. Семей
Научный руководитель - к.м.н., асс. Жазыкбаева Л.К.

Цель исследования. Изучить заболеваемость больных с артериальной гипертензией, перенесших инсульт за период с 2012 по 2014 годы.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе неврологического отделения «Городская больница №2» г. Семей. За период с 2012 по 2014 годы проведен ретроспективный и проспективный анализы историй болезни больных с артериальной гипертензией, перенесших инсульт. Проанализированы 1167 историй болезни. Из них: 610 - мужчин, 557 - женщин. В возрасте от 39 до 65 лет. Средний возраст пациентов составило - $52,3 \pm 1,2$ лет. Из анамнеза было выявлено: длительность артериальной гипертензии - 15 лет, постоянно получали терапию - 69 % пациентов, не получали гипотензивную терапию - 51% больных. Наследственность отягощена у 88 % больных, курение - 31% , в гемипарез- 78 % пациентов.

Статистическую обработку данных осуществляли по программе Epiinfo.

Результаты и их обсуждение. Проведен анализ заболеваемости за период с 2012 по 2014 годы на базе неврологического отделения «Городская больница №2» г. Семей. За данный период выявлено больных с цереброваскулярными заболеваниями включающие: субарахноидальное кровоизлияние- 250 больных, ишемический инсульт- 449, гипертоническая энцефалопатия- 89, другие уточненные сосудистые заболевания- 78 , последствия инсульта 301 больных.

Выводы. Результаты проведенного анализа структуры заболеваемости больных с артериальной гипертензией, перенесших инсульт позволили выявить проблемы в организации сестринского процесса и необходимости оптимизировать роль медицинской сестры в непрерывном наблюдении данных пациентов.

НОВЫЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ (ЭПИДЕМИОЛОГО-СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ)

Перец К.Л., Бойко И.В.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно
Научный руководитель - к.м.н., доцент Бойко С.Л.

Цель исследования. Применить современный эпидемиолого-статистический анализ для уточнения современных представлений относительно структуры, тенденций динамики органических психических рас-

стройств (ОПР) с расчетом относительных показателей заболеваемости и болезненности.

Исследование выполнено при поддержке Белорусского республиканского фонда фундаментальных исследований в рамках темы «Оценка медико-социального бремени органических психических расстройств» (договор №М14М-082 от 23 мая 2014 г.).

Материалы и методы. Анализу подверглось население всей Республики Беларусь, старше 40 лет. За единицу наблюдения принят каждый случай ОПР в течение 2002-2014 гг. (использованы абсолютные числа всех зарегистрированных и впервые зарегистрированных случаев ОПР по Республике Беларусь). Проведена оценка интенсивных показателей заболеваемости и болезненности этой группой психических расстройств, определены тенденции распространения данной патологии.

Результаты и их обсуждение. С целью оценки достоверности динамики заболеваемости ОПР для данного интенсивного показателя были рассчитаны коэффициенты наглядности (КН), за исходный уровень 100% приняты значения первичной заболеваемости 2002 года. С нашей точки зрения именно такой анализ (отсчет с 2002 года, даты введения МКБ-10 в Республике Беларусь) и сравнение каждого последующего года со значением 2002 является точным для оценки истинной динамики распространенности ОПР.

За последние 10 лет уровень заболеваемости ОПР среди населения старше 60 лет вырос более чем в три раза (средний КН по отношению к 2002 году - + 220,34%!), при этом среди населения 40-59 лет наблюдается плавное увеличение заболеваемости, не болезненности ОПР, без резких подъемов.

Выводы. Результаты работы расширяют представления о медико-социальном бремени ОПР, вносят новые методы в изучении распространенности ОПР.

СИНДРОМ ТОЛОСЫ - ХАНТА: ЭТИОЛОГИЯ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Простомолотов А.О.

Первый московский государственный медицинский университет,
г. Москва

Научный руководитель - к.м.н., асс. Фатеева Т.Г.

Синдром Толосы - Ханта (СТХ) - заболевание, которое проявляется поражением структур, проходящих через верхнюю глазничную щель (глазничная артерия, вена, отводящий, блоковый, глазодвигательный нервы, первая ветвь тройничного нерва), и прилегающего к ней пещеристого синуса, с болевым синдромом в области глазницы или периорбитальной области.

Цель исследования. Анализ этиологии, диагностических методов и подходов к лечению заболевания.

Материалы и методы. Клинический разбор пациентки с СТХ.

Результаты и их обсуждение. Наиболее частым этиологическим фактором развития СТХ является аутоиммунное воспаление наружной стенки пещеристого синуса, иногда с образованием гранулем. Первым неврологическим симптомом у данной пациентки была боль различной интенсивности, локализуемая ретробульбарно. Спустя несколько дней присоединилась диплопия, косоглазие, ограничение подвижности глазного яблока и птоз верхнего века на стороне боли. Диагностическими критериями являлись ретробульбарная боль различной интенсивности; поражение в различных комбинациях всех глазодвигательных нервов, первой ветви тройничного нерва; прогрессирование симптомов в течение нескольких дней. Проведена магниторезонансная томография головного мозга, которая выявила гранулемы наружной стенки пещеристого синуса. Лечение СТХ заключается в назначении иммуносупрессивной терапии. Пациентке назначены глюкокортикостероиды (преднизолон), и уже на третьи сутки было отмечено снижение болевого синдрома, почти отсутствовал птоз верхнего века, терапия преднизолоном продолжилась до наступления регресса всех симптомов.

Выводы. Выявление у больных СТХ требует проведения тщательной дифференциальной диагностики. В случаях установления аутоиммунного характера заболевания высокоэффективны глюкокортикостероиды.

ПУТЬ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ НАРКОМАНИИ

Урмонов Ф.М., Шодмонов С.А., Рустамжонов А.Б.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан

Научные руководители - проф. Мамадиев М.Р., Юнусова Д.Д.,
Мадумарова М.М.

Система наркологической помощи в мире ориентирована, прежде всего, на помощь лицам уже страдающим химической зависимостью и недостаточно эффективна для оказания помощи потребителям наркотиков на этапе начала заболевания.

Профилактические программы направленные на предотвращение злоупотребления наркотиками и токсикантами не получили распространения в нашей стране. Несмотря на наличие богатого мирового опыта в области профилактической наркологии, оригинальных отечественных разработок, коллективов способных реализовать профилактические программы, эта основная сфера антинаркотической деятельности остается без должного внимания заинтересованных ведомств. Основной причиной такой ситуации является межведомственная разобщенность отсутствие единой стратегической концепции профилактики. Известно, катастрофическое положе-

ние с детским и подростковым наркотизмом в России. Ситуация осложняется экспоненциальным ростом ВИЧ - инфицированных среди несовершеннолетних потребителей наркотиков. Попытки решить проблему путем активизации деятельности наркологической службы страны не приносят должного результата.

Причин этому несколько: отсутствие реального постоянного контакта наркологов с коллективами несовершеннолетних (которые являются основной средой для приобщения к наркотикам), трудность первичного выявления начальных этапов алкоголизма и наркомании, слабая материально-техническая база наркологических учреждений.

Реальным выходом из создавшейся ситуации является привлечение к профилактической работе педагогов и психологов институте и других учреждений системы образования. Очевидно, что максимальной возможностью при проведении профилактики обладают люди, имеющие постоянный контакт с детьми и подростками, которые могут уловить те нюансы состояния и поведения, зачастую ускользающие от родителей и специалистов наркологов. Обучение педагогов основам профилактической работы, предоставление им адекватной информации о наркологических заболеваниях, вооружение их конкретными психотехническими и психотерапевтическими приемами (ролевые игры, тренинги, психодрама, дискуссионная работа), способами формирования системы альтернативных наркотикам увлечений, позволит уже в ближайшем будущем оградить подрастающее поколение страны от наркотической эпидемии.

АУТОАГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ПЕРВИЧНЫХ АБСТИНЕНТОВ

Федотов И.А.

Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова

Научный руководитель - д.м.н., профессор Шустов Д.И.

В последнее время все большее внимание исследователей привлекает группа людей, которые, несмотря на проживание в странах с традиционным употреблением алкоголя (в том числе и в России), добровольно воздерживаются от его употребления. Если воздержание возникает без предшествующих признаков алкогольной зависимости, то оно получило название первичной абстиненции (Шустов Д.И. и др., 2014). В крупном скандинавском популяционном исследовании было показано, что первичные абстиненты (ПА) имеют большие показатели тревоги и депрессии, а также чаще инвалидизируются (Skogen J.C. et al., 2009). Эти данные обуславливают актуальность изучения аутоагрессии (АА) у ПА.

Цель исследования. Изучение суицидальных и несуйцидальных проявлений АА у первичных абстинентов.

Материалы и методы. Было рандомизированно набрано: 1) 33 человека в группу ПА - ср. возраст 34,1 (SD=9,0) лет, гендерный состав: м-54,5%, ж-45,5%; 2) 62 человека в группы больных алкогольной зависимостью (БАЗ) - ср. возраст 6,6 (SD=10,7) лет, м-77,4%, ж-22,6%; 3) 30 человек в группу употребляющих алкоголь без признаков зависимости (КГ): ср. возраст 33,0 (SD=8,1) лет, м-53,3%, ж-46,7%. Для изучения АА проявлений использовался утвержденный Минздравом России метод Шустова Д.И., Меринова А.В. (2000).

Результаты и их обсуждение. Было выявлено, что в КГ аутоагрессивные проявления минимальны. Группа ПА статистически значимо ($p < 0,05$) превосходила группу КГ по 5 показателям латентной АА: семейной, соматической, в виде рискованного поведения, в виде антисоциального поведения и в виде сопутствующей психопатологии. По уровню «классической» суицидальной АА различия были незначительные ($p > 0,05$). При сравнении групп ПА и БАЗ, было выявлено, что абстиненты превосходят зависимых от алкоголя по показателям АА в виде сопутствующей психопатологии, а по всем остальным направлениям АА была более выражена в группе БАЗ. При подсчете коэффициента просуицидальной напряженности, показывающего суммарный уровень АА, было получено, что в группе КГ он составляет 0,9 (SD=0,2), в группе ПА - 2,1 (SD=0,3), в группе БАЗ - 3,3 (SD=0,4).

Выводы. По уровню АА первичные абстиненты занимают промежуточное место между группой контролируемого употребления и больными АЗ. АА у первичных абстинентов наиболее часто проявляется в виде сопутствующей психопатологии и других несуйцидальных видах.

ВЛИЯНИЕ РОДИТЕЛЬСКОГО АЛКОГОЛИЗМА НА ФОРМИРОВАНИЕ ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ ИХ ПОТОМСТВА Филиппова М.Д.

Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова
Научный руководитель - д.м.н. Меринов А.В.

Проблема алкоголизма в настоящее время как никогда актуальна. Хорошо известно, что употребление алкоголя оказывает чрезвычайно большое влияние на ребенка. Они легко подражают таким формам асоциального поведения как хулиганские поступки, мелкое воровство, бродяжничество, а также курение, употребление алкоголя и наркотиков. Неблагоприятные условия семейного воспитания, в сочетании с психологическими особенностями периода отрочества, приводят к формированию у подростков «групп риска», своеобразного стиля поведения или образа жизни, с характерным отклонением поведения и выраженным влиянием подростковой группы.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 236 студентов: 71% (168 респондентов) девушки и 29% (68 респондентов) молодые люди.

Их возраст находился в пределах 19-20 лет. Процент молодых людей, считающих, что их родители злоупотребляют алкоголем, составил 5,5% (24 человека), а девушек 25% (55 человек). Их оценка родительского отношения к алкоголю формировалась после прохождения курса наркологии на базе кафедры психиатрии, то есть, была максимально объективной. Контрольная группа у юношей составила 44 человека, а у девушек - 113. Представленность аддикций у юношей из семей где родители злоупотребляли алкоголем: употребление алкоголя - 33%, употребление наркотиков - 58%, курение - 25%; у юношей из семей где родители не злоупотребляли: употребление алкоголя - 15%, употребление наркотиков - 15%, курение - 25%. Оценивая сходные характеристики в женской популяции, были получены следующие результаты: девушки из семей, где родители злоупотребляли алкоголем: употребление алкоголя - 20%, употребление наркотиков - 14,5%, курение - 43,6%; девушки из семей, где родители не злоупотребляли алкоголем: употребление алкоголя - 7%, употребление наркотиков - 7%, курение - 15,9%.

Результаты и их обсуждение. Таким образом, наши данные в целом согласуются с популяционными исследованиями, проводившимися 20-30 лет назад. Эта проблема остается актуальной и в настоящее время. Взрослые дети больных алкоголизмом родителей составляют группу повышенного риска развития наркологических заболеваний вне зависимости от того в какую социальную среду они попадают в дальнейшем.

Выводы. Поэтому следует обратить особое внимание на детей из семей, где один или оба родителя злоупотребляют алкоголем. Основной формой помощи таким детям должна быть психопрофилактическая помощь, направленная на систему отношений с другими людьми и к себе. Профилактика может быть социальной, направленной на изменение условий жизни, а так же меры контролирующие раннюю стадию зависимого поведения и предупреждению его развития.

ВЛИЯНИЕ ТИПА СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ И ОТНОШЕНИЯ К ЗДОРОВЬЮ РОДИТЕЛЕЙ НА ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ РЕБЕНКА МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Шишкова И.М.

Рязанский государственный медицинский университет

им. акад. И.П. Павлова

Научный руководитель - к.психол.н, доцент Яковлева Н.В.

Цель исследования. Исследование здоровьесберегающей деятельности ребенка младшего школьного возраста и психологических факторов, влияющих на нее.

Материалы и методы. «Методика многофакторного исследования личности Кеттелла (детский вариант)»; методика «Незаконченные предложе-

ния о здоровье (модифицированный вариант на тему отношения к здоровью) (Н.В.Яковлева, В.); опросник «Анализ семейных взаимоотношений» (Э.Г.Эйдемиллер, В.В.Юстицкис); опросник исследования здоровьесберегающей деятельности (ИЗД) (Н.В.Яковлева); методика диагностики отношения к болезни ребенка (ДОБР; В.Е.Каган, И.П.Журавлева).

Результаты и их обсуждение. Отношение к здоровью - это система индивидуальных, избирательных связей личности с различными явлениями окружающей действительности, способствующими или, напротив, угрожающими здоровью людей и определенная субъективная оценка индивидуумом своего физического и психического состояния.

Мы выявили, что на отношение к здоровью ребенка младшего школьного возраста влияет тип семейного воспитания и особенности отношения к здоровью его родителей. Рассмотрев такие компоненты отношения к здоровью, как самооценка, оценка здоровья других, отношение к болезни, здоровьесберегающая деятельность, смысловая характеристика здоровья, мы сделали вывод, что родители оказывают сильное влияние на своих детей. Тип семейного воспитания опосредует трансляцию отношения к здоровью от родителя ребенку.

Мы обнаружили разницу между отношением к здоровью у часто болеющих детей и условно здоровых детей, что говорит о том, что их личный опыт болезни сказывается на процессе формирования отношения к здоровью каждого ребенка. Личностные особенности часто болеющих и редко болеющих детей имеют свои различия: часто болеющие дети более возбудимы, склонны к риску, менее ответственны в поведении, им свойственно повышенное нервное напряжение и неуверенность в себе.

Выводы. Мы выявили, что есть взаимосвязь между эталонами здоровья родителей и их отношением к болезни ребенка. Родители, имеющие эталонные представления о здоровье, способны переоценивать ухудшение состояния их ребенка, преувеличивать симптомы и признаки.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТАХ В УСЛОВИЯХ РЕГИОНАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА **Ялтаева А.В.**

Кировская государственная медицинская академия, г. Киров
Научный руководитель - доцент Татаренко С.А.

Цель исследования. Изучение особенностей применения и эффективности тромболитической терапии у больных с инсультом в условиях Регионального сосудистого центра (РСЦ).

Материалы и методы. Первичные данные 73 пациентов в неврологического отделения Кировского РСЦ, прошедших тромболитическую терапию

(1 группа), в качестве группы сравнения использованы данные 73 пациентов полностью идентичных по возрасту и типу инсульта, не получавшие тромболитической терапии (2 группа). Оценивались клинико-anamnestические особенности, результаты значимых лабораторных и инструментальных исследований, определялась балльная оценка пациента по шкалам NIHSS и Ренкин при поступлении и выписке, Ривермид при выписке, исход. Для установления статистически достоверных различий применены непараметрические методы анализа.

Результаты и их обсуждение. Пациенты 1-й группы поступали в более тяжёлом состоянии по сравнению с пациентами 2-й группы, что с высокой степенью достоверности различий подтверждалось интегральной оценкой по шкалам NIHSS и Ренкина, клиническими, лабораторными и инструментальными данными. При выписке между пациентами обеих групп, переживших острый период инсульта, не определялось статистически значимых различий в степени восстановления нарушенных неврологических функций, в том числе по балльной оценке по клиническим шкалам NIHSS, Ренкина, Ривермид.

Выводы. Выявлена достоверная высокая эффективность тромболитической терапии у пациентов с ишемическим инсультом в тяжёлом состоянии.

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

Абаленихина Ю.В.	195	Валиева Н.М.	105,152
Абдуллаев Н.У.	254	Валуева А.В.	168
Абдуллоев Д.А.	3,4,78	Варданян А.В.	199
Абдунабиева Х.М.	105,153,154,155	Васильева В.В.	215
Агальцова Н.П.	122	Вахабова Г.А.	199,200
Агапов А.Б.	6	Вислогузова О.В.	169
Агарев А.Е.	129	Володькина Т.А.	95
Агеев В.П.	171	Волынкин А.А.	261,262
Аглиуллина С.Т.	130,131	Воробьева Т.И.	96
Александрова К.А.	93,259	Воробьев А.Н.	120
Алексеев Ю.С.	181	Воронова И.Н.	263
Аносов В.С.	48	Воронина Т.А.	122
Анохина И.В.	7	Газарян З.С.	18
Аракелян Г.А.	8	Галиханова Ю.И.	137
Аристархова А.А.	9	Галлямова А.Р.	201
Арпентьева М.Р.	131	Гафаров Д.А.	97
Атаян Д.В.	182,183,184	Герасимов А.А.	20
Ахмадалиев Ш.Ш.	10,11,13,14,16,108,109, 110,111,112,113,114,115, 116,161,173,240,267	Гирфанова Р.А.	126
Ахмаджонов З.С.	76	Гомзикова М.О.	211
Ахмедов Ш.И.	24,25,26	Горгадзе Д.Л.	48
Афанасьева М.С.	94	Григориади Г.С.	58
Афанасьева Д.С.	196	Грудинин Н.В.	21,22
Аюпова Р.Б.	170	Греждиеру А.В.	128
Бабенко Д.В.	17	Губанова А.В.	215
Базаева С.М.	185	Давлатов Д.А.	52,53,54,91
Баконина И.В.	82	Дадоджонов Дж.Ю.	23,79
Балабанова Л.А.	133,134	Далгатов И.Г.	202
Бастракова Н.В.	138	Дегтерёва А.С.	264
Безценная Т.С.	166	Джус Е.И.	207
Бердиев Р.М.	135	Долгачева И.С.	171
Бердовская М.П.	260	Дорожкина О.В.	203
Билолов М.К.	3,4,78	Дулов Ф.В.	184
Билялов А.И.	197	Еремеева Ж.Г.	138
Богомоллов А.Ю.	24,25,26	Ермакова А.А.	137
Бозо И.Я.	202	Ермахан А.	176
Бойко И.В.	270	Жалолитдинов Д.	250
Большова Е.Г.	93,259	Жарков М.Н.	236
Борисов А.П.	30,31,32,33,34,35,36,37	Жерулик С.В.	204,205
Бродовская Е.П.	206,210,213,219,236	Жесткова Т.В.	98
Буканова М.С.	30,31,32,33,34,35,36,37	Заборовский А.В.	206,210,213,236
Булынина Т.М.	167	Загородний С.С.	122
Вавилов Н.В.	198	Замалиева М.А.	133,134
		Захаркина Т.В.	27
		Зиманков Д.А.	185,187,190

Зуева А.В.	139	Лочинов Б.А.	52,53,54,91
Иванович Е.А.	140	Лукашук А.В.	266
Игонькина Е.А.	141	Мамадкулова Н.А.	23,79
Инютин А.С.	82	Мавликеев М.О.	238,239
Ионов Е.Н.	28	Мадвалиев Б.Б.	63
Исмаилов Б.А.	29	Максаев Д.А.	215
Каганов О.И.	30,31,32,33,34,35,36,37, 38,39,40,41,42,43,44	Малькина М.В.	216,217
Казакова Л.Л.	118,265	Мальцев Н.А.	55
Калмыкова О.А.	207	Манакина Е.С.	149
Камаев А.А.	45,67,68	Марков О.В.	56
Камаев С.К.	133,134	Марочкина Е.Э.	171
Капкаева Р.Х.	141	Медведев И.В.	57
Капсалямова Э.Н.	176	Медведев Д.В.	218
Каракиян А.А.	100	Мельник И.В.	58
Караубаева А.А.	170	Мещерякова М.В.	150
Карпова Н.А.	216,217	Мжаванадзе Н.Д.	59
Качамина С.А.	170	Минаева О.В.	206,210,213,219
Кахнович П.П.	142	Мирзакаримова Д.Б.	103,104,105,151,152, 153,154,155
Клевцова С.В.	46,47	Мирнигматова Д.Б.	185,187,190
Кованцев С.Д.	208,209	Мишанина Л.С.	141
Козлов А.М.	38,39,40,41,42,43,44	Мишин Д.Н.	188,189
Кокоев В.А.	186	Морозов С.В.	66
Кокорев А.В.	206,210,213,236	Мосейчук К.А.	120
Колобынина К.Г.	211	Мулин А.В.	21,22
Коряк В.В.	119	Мухаммадиева Х.С.	61
Костюкович С.В.	48,142	Набижонов О.Г.	64
Костюк Е.В.	209	Нарбаева М.	220,221,222,223,224, 225,226,227,228,229
Кочетков Р.И.	30,31,32,33,34,35,36,37	Насырова К.В.	49
Кравченко О.М.	143	Насыбуллина Д.Д.	230,244
Кравченко И.С.	212	Натальский А.А.	56,62
Краско М.О.	101	Наумов М.А.	185,187,190
Кришталь И.М.	17	Наумович М.Г.	106
Крузман А.В.	49,125	Невдах А.С.	191,192
Крылов А.А.	45,59,67	Немирова Д.Е.	107
Кузнецова О.С.	50	Николаева Е.А.	156
Кузнецова О.А.	147	Нишанов М.Ф.	63
Кузьманин С.А.	51	Новикова В.В.	172
Кудлаева А.М.	146	Нуриддинов А.С.	10,11,13,14,16,63,64, 121,161,240
Куликов О.А.	171,213,219	Нуритдинов О.Д.	13,14,16,108,109,110,111,112, 113,114,115,116,173,220, 221,222,223,224,225,226, 227,228,229,231,232,233, 234,235,256,257,258,267
Ламонов М.С.	30,31,32,33,34,35,36,37		
Латынова Р.М.	89		
Латышев А.Л.	238		
Ленковская А.Ю.	102		
Лиманов М.В.	214		
Лобанова Е.Д.	147		

Нурматов Х.	163,251,252	Рясненко Э.А.	215
Одиноква С.Н.	65	Савельев В.Н.	30,31,32,33,34,35,36, 37
Озоль М.Н.	157,158	Самохвалов Е.М.	128
Оспанова А.Т.	268,269,270	Сатторов Ш.С.	81
Отакузиев А.З.	64	Свитина А.В.	207
Павлова О.В.	118,265	Севбитов А.В.	191,192
Павлова Е.В.	117	Семёнова С.В.	177
Панина Н.Ю.	25	Сифоров Р.В.	82
Пасиешвили Т.М.	119	Слепнев А.А.	20,45,73
Переверзева К.Г.	120	Смолянец Н.А.	17
Перец К.Л.	270	Солдатова А.А.	141
Перминов Е.С.	193	Солиев Ж.	254
Петров П.С.	236	Солиева М.Ю.	103,104,151,152,153, 154
Печникова В.В.	237	Соловьева В.А.	242
Пешков М.В.	238	Соловьева В.В.	211
Плакса И.Л.	230,238,239,244	Солодун М.В.	122
Платонова В.В.	191,192	Соломатина Д.Ю.	123
Полищук М.В.	159	Соломатин А.С.	178
Простомолотов А.О.	271	Столяров Г.С.	216
Пузин Д.А.	66	Струлькова С.Ю.	217
Пшенников А.С.	67,68	Судаков А.И.	83
Пшенникова М.Ю.	68	Сучков И.А.	67,68
Пшеничников Е.А.	215	Тагоев С.Х.	81
Пыко А.А.	123	Тазетдинова Л.Г.	211
Разуванов А.И.	70,160	Татаровская Н.А.	124
Рамдхуни Г.	142	Теплов С.А.	243
Рахимов Р.С.	4	Тимохина А.О.	215
Рашидова Ш.У.	10,11,13,14,16	Тимурханов И.М.	230,244
Редькин А.Н.	27	Титова А.А.	238
Речапова Л.А.	117	Тиунцова И. В.	179
Рожков С.И.	202	Ткачев М.В.	30,31,32,33,34,35,36,37, 38,39,40,41,42,43,44
Росихин Д.В.	174	Ткачева В.М.	30,31,32,33,34,35,36,37, 38,39,40,41,42,43,44
Рудакова А.В.	72	Тонникова Е.В.	179
Рудакова И.Н.	73	Тошматова Г.А.	152,153,154
Рустамжанов А.Б.	63,64	Третьякова А.К.	106
Рустамжонов А.Б.	121,161,162,163,199, 200,240,245,246,248, 249,250,251,252,253,272	Третьякова Е.В.	172
Рыжих О.В.	27	Уваров А.Г.	85
Савченко И.В.	241	Узонов А.Д.	86
Садриев О.Н.	61,74,75,76	Умарова М.З.	151,153,154,155
Сазанова К.Н.	175	Урмонов Ф.М.	121,161,162,163,199,200, 240,245,246,248,249,250, 251,252,253,254,272
Сайфудинов Ш.Ш.	3,4,78		
Сайфуллоев Б.С.	23,79		
Сакипова З.Б.	176		
Рыжов В.М.	174		

Усарова С.А.	152	Шанаев И.Н.	87
Федотов И.А.	273	Шафикова А.И.	89,126
Федченко А.Н.	255	Швецов А.А.	72
Филиппова М.	274	Шершнева С.И.	215
Фирстов С.А.	206,210,213,219	Шишкова И.М.	275
Хабибуллаева М.	253	Шнигир А.А.	70
Харисова Л.Р.	49,125,126	Шодмонов С.А.	231,232,233,234,235, 256,257,258,272
Харисова Э.Р.	89,125,126	Шувалова Я.И.	90
Хаустова М.В.	127	Шульга Л.И.	166
Хусрави Носири	76	Эшонхужаев О.О.	10,11,113,115,173
Юнуси		Юлдашев Ё.Ю.	151
Цыплакова К.В.	215	Юлдашев Т.А.	103,104,105
Часовских А.В.	128	Юлдошев Х.Ф.	52,53,54,91
Чевардов Н.И.	27	Юрлов И.А.	236
Чергейко М.А.	260	Яковлев Р.Ю.	168,178,180
Черницын К.И.	27	Ялтаева А.В.	276
Чепурняк Е. Ю.	107		
Шамилина А.И.	164		

Научное издание

**Актуальные вопросы
современной медицины:
взгляд молодого специалиста**

МАТЕРИАЛЫ

Всероссийской научной конференции
студентов и молодых специалистов

Сдано в печать 14.09.2015.

Бумага офсетная. Гарнитура Times. Печать офсетная.
Усл. печ. л. 17,75. Тираж 31 экз. Заказ № 4340.

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования
«Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации
390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, 9

Отпечатано в РИО УМУ ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России
390000, г. Рязань, ул. Шевченко, 34