

Всероссийская студенческая научная конференция
с международным участием

«Актуальные вопросы студенческой молодёжной медицинской науки и образования»



г. Рязань, 15 мая 2015 г.

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
РЯЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АКАДЕМИКА И.П. ПАВЛОВА
Министерства здравоохранения Российской Федерации

НАУЧНЫЙ ОТДЕЛ

СТУДЕНЧЕСКОЕ НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО

Актуальные вопросы студенческой
молодежной медицинской науки
и образования

МАТЕРИАЛЫ

Всероссийской студенческой научной конференции
с международным участием,
посвященной 70-летию Победы
в Великой Отечественной войне

Рязань, 2015

УДК 61(071)+61:378
ББК 5+74.58
М341

Редакционная коллегия:

Заслуженный работник высшей школы Российской Федерации,
доктор медицинских наук, профессор В.А. Кирюшин,
доктор медицинских наук, доцент А.В. Меринов

М341 Актуальные вопросы студенческой молодежной медицинской науки и образования: материалы Всероссийской студенческой научной конференции с международным участием, посвященной 70-летию Победы в Великой Отечественной войне. - Рязань: РИО РязГМУ, 2015. - 467 с.

Сборник научных трудов составлен по материалам лучших докладов студенческой научно-практической конференции Рязанского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова (19 декабря 2014 г.), студенческой научно-теоретической конференции (13 марта 2015 г.) и Всероссийской студенческой научной конференции с международным участием (15 мая 2015 г.). В сборник включены тезисы докладов студентов из вузов Москвы, Курска, Астрахани, Ставрополя, Белоруссии, Украины, Казахстана, Узбекистана. Сборник продолжает серию ежегодных изданий научных трудов студентов - членов СНО университета и включает итоги экспериментальных исследований, материалы клинических наблюдений, а также тезисы докладов по естественнонаучным, гуманитарным и социально-экономическим дисциплинам.

ISBN978-5-8423-0120-1

© ГБОУ ВПО РязГМУ
Минздрава России, 2015

Хирургический блок

ПРИМЕНЕНИЕ КСЕНОПРОТЕЗОВ В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

Крылов А.А., Виноградов С.А., Давыдова Ю.С.

Кафедра ангиологии, сосудистой, оперативной хирургии
и топографической анатомии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научные руководители: асс. Пшенников А.С., д.м.н. Сучков И.А.

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

Актуальность работы заключается в удельном весе данной патологии среди всех сердечно-сосудистых заболеваний. Около 15% всех операций в сердечно-сосудистой хирургии приходится на бедренно-подколенно-берцовый сегмент (А.В. Покровский, В.Н. Гонтаренко 2013).

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. Это число возрастает до 50% у пациентов, нуждающихся в повторных операциях (Neville R.F., atall, 2001).

При невозможности использования аутовены, альтернативными материалами являются синтетические протезы, однако они имеют ряд недостатков, из которых у больных с критической ишемией и тяжелыми сопутствующими заболеваниями на первый план выходят инфекционные осложнения.

Так, парапротезная инфекция у больных с IV стадией заболевания развивается в 56,9-64,7% (Затевахин И.И., Комраков В.Е. 1997), а общая частота инфекционных осложнений на фоне сахарного диабета достигает 85%, при этом почти у 20% больных развивается аррозивное кровотечение (Покровский А.В. 1994). 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, средне-тяжелое 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. Через 3 месяца после операции кровообращение компенсировано.

Выводы. Ксенопротез является альтернативой использования аутовены у больных с 4 стадией хронической ишемией в сочетании с сахарным диабетом, а так же методом выбора при её отсутствии. Кроме того, ксенопротезы являются методом выбора у больных с сопутствующей тяжелой ИБС патологией, у которых планируется использование большой подкожной вены для АКШ.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ТРОМБОЗАХ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Рожкова А.А.

Кафедра ангиологии, сосудистой, оперативной хирургии
и топографической анатомии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научные руководители: д.м.н. Сучков И.А., асс. Пшенников А.С.

Цель исследования. Оценить эффективность различных вариантов АКТ по данным ультразвукового дуплексного сканирования (УЗДС) у больных ТГВ нижних конечностей.

Материалы и методы. 50 пациентов с флотирующим венозным тромбозом (ВТ) разделены на 2 группы: I - терапия низкомолекулярным гепарином (НМГ) с переходом на варфарин, 26 человек; II - монотерапия ривароксабаном, 24 человека. Критерии исключения: эмболоопасные ВТ (длина флотирующей части более 5 см), противопоказания к АКТ.

Критерии эффективности (по данным УЗДС): степень нарастания ВТ (оценка длины, диаметра и фиксации «флотирующей» части тромба на 1, 4, 8, 12 дни терапии), степень реканализации на амбулаторном этапе сроком до 3 месяцев: слабая, средняя, хорошая.

Результаты и их обсуждение. При поступлении в I группе длина «верхушки» тромба - 2,93 см ($\pm 0,43$), диаметр тромба - 8,44 мм ($\pm 0,37$). На 4 день лечения - уменьшение толщины тромба: 2,47 мм ($\pm 0,59$), длина «верхушки» тромба - 2,92 см ($\pm 0,46$). Фиксация «верхушки» тромба к венозной стенке на 8 день.

Во II группе при поступлении длина «верхушки» тромба - 3,53 см ($\pm 0,48$), диаметр тромба - 7,05 мм ($\pm 0,39$). На 4 день отрицательная динамика у 10 (41,7%) пациентов: увеличение длины тромба - 4,07 см ($\pm 0,8$), диаметр - 4,2 мм ($\pm 0,43$). Пациенты переведены на лечебную дозировку НМГ, образовалась новая подгруппа пациентов IIВ. Фиксация «верхушки» тромба - на 12 день. Во IIА подгруппе результаты аналогичны I группе. Ретроспективно: во IIА группе сроки заболевания - 3-5 дней, во IIВ - более 10 дней.

Степень реканализации тромбоза во II группе - средняя и хорошая, преимущественно с хорошей во IV группе, в I группе - слабая и средняя.

Выводы.

1. Схема «НМГ - непрямые антикоагулянты» эффективнее на начальном этапе лечения за счет ранней фиксации тромба.

2. Возможно использование ривароксабана в монотерапии ТГВ на ранних сроках заболевания, учитывая надежную фиксацию к стенке вены. Ривароксабан предпочтителен в амбулаторной терапии за счет хорошей реканализации, которая наступает быстрее, чем при классической схеме.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ ВЕНОЗНОЙ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ И ЕЕ КОРРЕКЦИЯ МИКРОНИЗИРОВАННОЙ ОЧИЩЕННОЙ ФЛАВОИДНОЙ ФРАКЦИЕЙ ДИОСМИНА

Виноградов С.А., Крылов А.А.

Кафедра ангиологии, сосудистой, оперативной хирургии
и топографической анатомии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научные руководители: асс. Пшенников А.С., д.м.н. Сучков И.А.

Заболевания венозной системы являются наиболее распространенной патологией периферических сосудов. Венозные тромбоэмболические осложнения, включающие тромбоз глубоких вен и тромбоз легочной артерии, занимают ведущее место в структуре смертности и инвалидизации в развитых странах. На сегодняшний день активно расширяются взгляды на этиологию и патогенез патологических состояний венозной стенки. В частности, в последние годы, все большее количество сторонников получает теория эндотелиальной дисфункции.

Цель исследования. Работа посвящена экспериментальному моделированию венозного тромбоза и посттромботического синдрома, с позиции функционального состояния эндотелия венозной стенки и его нарушений, факторов влияющих на него и возможные пути коррекции имеющихся расстройств.

Материалы и методы. Работа выполнена на 147 лабораторных крысах. Животные разделены на четыре группы. Животным контрольной, группы экспериментального ТГВ и ПТС под наркозом после срединной лапаротомии выполнялось лигирование общей подвздошной вены и введение дистальнее лигатуры раствора тромбина. С 11 суток (в группе ТГВ) и с 31 суток (в группе ПТС) от момента оперативного вмешательства и на протяжении 6 месяцев животным вводилась МОФФ. В группе L-NAME-индуцированной эндотелиальной дисфункции животным выполнялось внутрибрюшинное введение N-нитро-L-аргинин метилового эфира в течение 7 суток. Данный препарат является синтетическим аналогом эндогенных ингибиторов eNOS, которые в физиологических условиях приводят к

возникновению оксидативного стресса в ЭК.С 8 суток от начала эксперимента и на протяжении 6 месяцев животным вводилась МОФФ.

После постановки указанных моделей отмечалось снижение содержания метаболитов NO во всех группах. Содержание МДА увеличивается в результате развития оксидативного стресса. Одновременно отмечается рост СОД, который обусловлен компенсаторной активацией АОС на фоне увеличения активности процессов ПОЛ.

Результаты и их обсуждение. В результате применения МОФФ в группе ТГВ, ПТС и L-NAME-индуцированной ЭД отмечалось повышение уровня метаболитов NO на протяжении всего периода наблюдения. Применение МОФФ привело к снижению интенсивности процессов ПОЛ, о чем позволяет судить уменьшение уровня МДА. Снижение активности основных ферментов АОС также вызвано снижением оксидативного стресса на фоне фармакологической коррекции. Морфологическая картина на фоне применения МОФФ заключается в снижении интерстициального отека, уменьшении лейкоцитарной инфильтрации, частичном регрессе склеротического процесса и восстановлении ГМК.

Выводы.

1. Представленные экспериментальные модели являются перспективными методами воспроизведения венозной ЭД в эксперименте.
2. Нарушение активности АОС и процессов ПОЛ является важным звеном в развитии и прогрессировании ЭД.
3. Применение МОФФ диосмина оказывает положительное влияние на ФСЭ, проявляющееся в усилении секреции NO, снижении показателей оксидативного стресса и уменьшении регенеративно-дистрофических изменений венозной стенки.

МОРФОЛОГИЯ КИСТЫ БЕККЕРА

Елисеев А.С.

Кафедра ангиологии, сосудистой, оперативной хирургии
и топографической анатомии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: доц. Павлов А.В.

Проблема лечения пациентов с травмами коленного сустава является важной и одной из основных задач ортопедии. Среди всех патологий следует выделить кисту подколенной ямки, кисту Беккера (Бейкера), так как она является частым следствием внутрисуставных повреждений и имеет сложность в диагностике и лечении. Эта киста возникает в медиальной сумке, расположенной между икроножной и полуперепончатой мышцами, и сообщается непосредственно с полостью коленного сустава.

По этиологии различают две формы кисты: идиопатическую (возрастную) и симптоматическую. Возрастная форма характерна для детей от 7 до

15 лет и является клиническим синдромом диспропорции роста. Из-за непропорционального развития происходит «заворот» синовиальной сумки сустава, который приводит к образованию «карманов», заполненных синовиальной жидкостью. Таких карманов-камер может образоваться несколько, вследствие чего они могут иметь клапанный механизм; жидкость из одного «кармана» может переходить в другой, из-за чего киста имеет интермитирующий характер проявления. Ведущим симптомом является затруднение сгибания и разгибания сустава. Болевой синдром отсутствует, потому что не происходит раздражения нервно-сосудистого пучка (*a. et v. poplitea, n. tibialis*), отмечается лишь косметический дефект. Чаще всего эта киста локализуется на левой ноге, по мнению исследователей (Малахов Н.Б., Пыков М.И., Чочиев Г.М., 2009), это связано с повышенной активностью детей в этом возрасте и, использованием «правшами» левой ноги как толчковой, а так как процент «правшей» больше, то и показатель левосторонних кист выше. Лечение в таких случаях не требуется и проводится только по настоянию родителей.

Для симптоматической кисты характерно предшествующее повреждение коленного сустава, например, разрыв крестообразных связок, повреждение мениска, артроз, воспалительные процессы и т.д. Такая форма кисты часто встречается у спортсменов, артистов балета и цирка. Вследствие травмы, происходит раздражение рецепторов эпителиальных клеток выстилающих синовиальную стенку, из-за чего развивается асептическое воспаление и гиперсекреция синовии. Из-за увеличенного объема содержимого сумки происходит выпячивание стенки, устье кисты защемляется и жидкость из возникшего кармана не может вернуться в полость сустава, а так как синтез синовиальной жидкости не прекращается, то и увеличивается объем кисты, что в итоге приводит к сдавливанию нервно-сосудистого пучка, из-за чего возникают боли и что может привести к серьезным осложнениям: некроз мышц, флебиты, трофические язвы, нервно-дегенераторные нарушения, тромбоэмболия лёгочной артерии. Для диагностики заболевания используют МРТ, КТ и ультразвуковое исследование.

Лечение кисты осуществляется консервативным и оперативным способом. При выборе метода лечения больных с подколенными кистами необходимо учитывать проявления и характер внутрисуставной сопутствующей патологии. Оперативный подход заключается в иссечении устья кисты и её ушивания. К отрицательным моментам относят грубый шрам и частое появление рецидивов, так как устье слабо ушивается или причина гиперсекреции синовии не устраняется. Консервативное лечение основано на введении в полость сустава НПВС, глюкокортикостероидов, цитостатиков. В ОКБ г. Владимира было проведено исследование, в котором для лечения кисты применяли «Циклофосфан» (алкилирующий цитостатик, угнетающий секрецию синовии), который, с помощью пункционно-ультразвуковой методики, вводили в полость синовиальной сумки. Отмечалось от-

сутствие рецидивов и успешное проведение лечения. Положительным моментом является малая инвазивность манипуляции и отсутствие рубцов.

Таким образом, Киста Беккера (Бейкера) - это совокупность синовиальных кист, различных по строению (однокамерные, многокамерные) и этиологии, возникающих в медиальной сумке подколенной ямки и является не клиническим, а анатомо-топографическим диагнозом.

ПРИМЕНЕНИЕ КОНСЕРВИРОВАННЫХ КСЕНОТРАНСПЛАНТАТОВ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ КОСТНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ

Собиров С.С., Холов Н.Э., Шамсулов Р.Б.

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии
Таджикский государственный медицинский университет, г. Душанбе, Таджикистан
Научный руководитель: к.м.н. Нарзулов В.А.

Цель исследования. Сравнительная оценка эффективности применения костных ксенотрансплантатов при восстановительных операциях у больных с костными новообразованиями.

Материал и методы. Проведён сравнительный анализ результатов лечения 163 больных с костными новообразованиями, лицевой отдел - 82(50,3%) и конечностей - 81(49,7%). Средний возраст больных составил - 54,3 года, диапазон возраста находился в пределах 6 -74 лет. Все образовавшие костные дефекты больных восстановили ауто- и ксенотрансплантатами. Всем этим больным после удаления опухоли с целью замещения костного дефекта были использованы костные ксенотрансплантаты, консервированные в 0,5% растворе формалина, флавоноидов с добавлением антибиотика - гентомицина.

Результаты и их обсуждение. 163 больным с костными новообразованиями и опухолеподобными процессами, которые после удаления опухолей костные дефекты были замещены консервированными ксенотрансплантатами. У 150 (92,0%) были положительные результаты, а у 13(8,0%) пациентов отрицательные результаты.

Выводы. Применение консервированных ксенотрансплантатов на основе 0,5% раствора формалина - флавоноида 0,01% и гентамицина после костнопластических операций при костных новообразованиях и опухолеподобных процессах скелета является полноценным материалом.

ВАРИАТИВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ПОВЕРХНОСТНОЙ ЛАДОННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ДУГИ

Тюляндина Е.В.

Кафедра нормальной, топографической и клинической анатомии, оперативной хирургии
Пермский государственный медицинский университет, г. Пермь
Научный руководитель: доц. Горяев П.А.

Цель исследования. Изучить топографо-анатомические особенности

формирования и строения поверхностной ладонной артериальной дуги.

Материалы и методы. Использован метод послойного препарирования ладонной поверхности кисти человека на трупах людей (в количестве 2). Изучены также экспонаты (влажные препараты) анатомического музея ПГМУ (в количестве 10). Проведено сравнение с данными литературы.

Результаты и их обсуждение. Выявлено, что в 2 случаях (17%) дуга незамкнутая, в 10 (83%) - замкнутая. Направление хода артерий поверхностной дуги также различно: косое - 2 случая (17%), дугообразное - 3 случая (25%), прямое - 7 случаев (58%). Количество отходящих ветвей составляет 6 - 1 случай (8%), 5 - 3 случая (25%), 4 - 6 случаев (50%), 3 - 2 случая (17%).

Замкнутая поверхностная ладонная дуга образована анастомозом поверхностной ветви лучевой артерии и локтевой артерией в 3 случаях (30%), дуга образована исключительно локтевой артерией в 4 случаях (40%), дуга образована анастомозом локтевой и срединной артерий в 1 случае (10%), дуга образована анастомозом локтевой, лучевой и срединной артерий в 1 случае (10%), дуга образована анастомозом ветвей глубокой ладонной артериальной дуги и поверхностной ладонной артериальной дуги в 1 случае (10%).

Выводы. Найденные вариативные особенности поверхностной ладонной артериальной дуги в процентном соотношении близки к соответствующим данным литературы (Шевкуненко В.Н., 1935; Marios Loukas, Danny Holdman и Shelly Holdman, 2005). Знание вариантов строения артериального русла кисти может быть полезно при визуализации кровоснабжения кисти, в хирургической практике, а также использовано для преподавания элективных курсов для студентов «Вариативная анатомия» и «Клиническая анатомия заболеваний и травм».

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

Федорова А.А.

Кафедра госпитальной хирургии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научные руководители: асс. Натальский А.А., д.м.н. Зайцев О.В.

Актуальность работы заключается в том, что по данным мировой статистики наблюдается неуклонный рост заболеваний гепатопанкреатодуоденальной зоны. Особенностью течения патологии данной области является частое нарушение проходимости желчных путей с последующим развитием холестатического синдрома.

Цель работы. Разработка лечебно-диагностического алгоритма в лечении обтурационной желтухи вызванной опухолевыми и неопухолевыми причинами, созданного на кафедре госпитальной хирургии РязГМУ.

Материалы и методы. Для анализа результатов лечения синдрома ме-

ханической желтухи пациенты были разделены на две группы. Первую группу (контрольную), численностью 869 человек, составили больные, находившиеся на лечении в клиники с 2000 по 2005 гг. Механическая желтуха доброкачественной этиологии выявлена в 680 случаях (78,25%), злокачественные заболевания как причина холестатического синдрома диагностированы у 189 (21,75%) больных. Вторую (основную) - 858 пациентов, которые проходили обследование и лечение по предложенному алгоритму с 2010 по 2013 гг. Неопухолевые причины обструкции желчевыводящих путей обнаружены у 573 (66,78%) больных, злокачественные поражения билиарного дерева - у 285 (33,22%).

В общей сложности во второй группе было прооперировано 659 больных - на 107 человек больше, чем в контрольной группе. Двухэтапная тактика по разрешению механической желтухи реализована у 355 (53,9%) пациентов, что в абсолютных цифрах в 3,4 раза превышает показатель первой группы, а в относительных - в 2,86. Во второй (основной) группе радикальные и паллиативные хирургические вмешательства выполнены у 372 больных. Таким образом, общее количество вышеупомянутых операций, в 1,69 раза меньше, чем произведенных миниинвазивных вмешательств и, в целом, сопоставимо с числом декомпрессионных методов первого этапа. Всего выполнено 124 (33,3%) холецистэктомии, что на 17% превышает число одноименных операций первой группы.

Сравнительный анализ результатов лечения в раннем послеоперационном периоде основной и контрольной групп опирался на данные по разрешению и рецидивированию механической желтухи, послеоперационным осложнениям и летальности.

Выводы. Разработанный лечебно-диагностический алгоритм при синдроме механической желтухи с использованием малоинвазивных вмешательств позволил сформировать четкое представление относительно последовательности и характера диагностических и лечебных вмешательств у каждого конкретного пациента с блоком желчевыводящих путей (рис. 1).

ИНСУЛИНОМА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Опекунова В.В.

Кафедра госпитальной хирургии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: асс. Натальский А.А.

Значительно возросла заболеваемость инсулиномой поджелудочной железы у людей трудоспособного возраста, поэтому возникает необходимость как можно раньше диагностировать опухоль, поставить правильный диагноз и назначить необходимое лечение.

Цель исследования. В зависимости от данных обследования и локализации опухоли хирургическая тактика будет различна и индивидуальна.

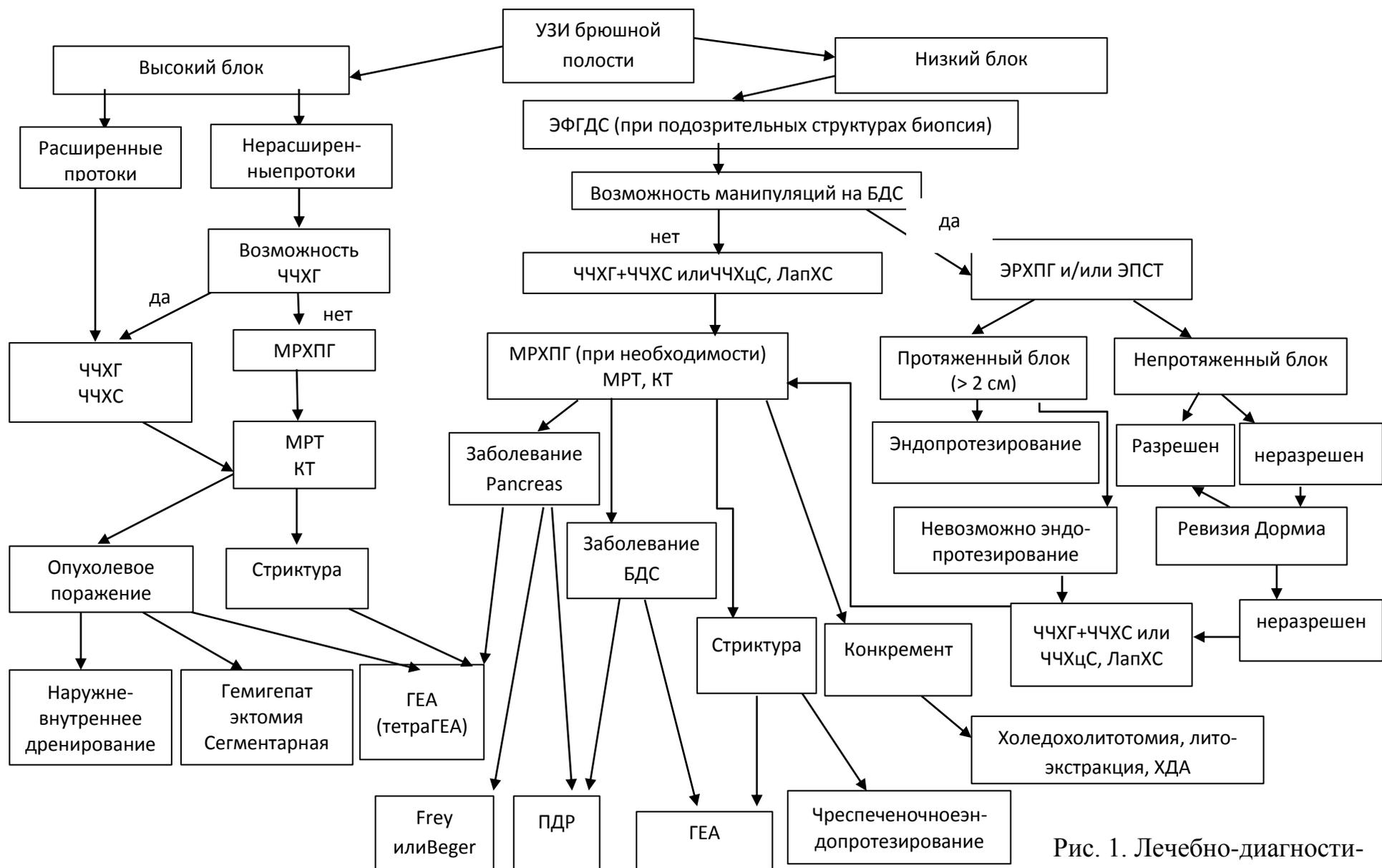


Рис. 1. Лечебно-диагностический алгоритм при синдроме механической желтухи

Инсулинома - гормонально-активная опухоль β -клеток островков поджелудочной железы, в избыточном количестве секретирующая инсулин и приводящая к развитию гипогликемии.

Впервые симптомокомплекс гиперинсулинизма описали одновременно и независимо друг от друга Harris (1924) и В.А. Оппель (1924). В 1927 г. Wilder и соавторы, исследуя экстракты опухоли больного инсулиномой, обнаружили в них повышенное содержание инсулина [1, 6]. Floyd и соавторы (1964), изучая реакцию таких же больных на толбутамид, глюкагон и глюкозу, отмечали у них высокие показатели содержания инсулина.

Встречается 1 на 100000 населения в год, составляя 70-75% всех эндокринных опухолей поджелудочной железы. 80% инсулином приходится на возраст 40 лет.

В 50% случаях инсулинома развивается в хвосте поджелудочной железы, половина наблюдений с равной частотой в теле и головке поджелудочной железы. В единичных случаях она локализуется экстрапанкреатически - в стенке желудка или двенадцатиперстной кишки, сальнике, воротах селезенки, печени. Макроскопически опухолевый узел бывает небольшой в диаметре - 0,5-7 см, плотной консистенции, чётко отграничен капсулой. На разрезе цвет опухолевой ткани от белесовато-серого до бурого. В 85-90% случаях опухоль является доброкачественной, 10-15% приходится на злокачественную. В 90% инсулинома представлена солитарным узлом, 6%- диффузные образования.

В 1941 г. Whipple описал триаду симптомов, которая наиболее полно объединяет различные стороны клинических проявлений инсулиномы, а также опубликовал результаты исследования уровня сахара крови в момент приступа гипогликемии: возникновение приступов спонтанной гипогликемии натощак или через 2-3 ч после еды; падение уровня сахара крови ниже 50 мг% во время приступа; купирование приступа внутривенным введением глюкозы или приемом сахара.

Для клинической картины заболевания характерен гиперинсулинизм и кризы гипогликемии. Наиболее постоянными симптомами в начале болезни являются: общая слабость, быстрая утомляемость, головокружение, сонливость и головная боль. В дальнейшем присоединяется чувство голода, сопровождающееся потливостью, сердцебиением и дрожью во всём теле или конечностях. С появлением у больных с инсулиномой психических расстройств и неврологической симптоматики значительно увеличивается риск диагностических ошибок.

Нередко такие больные неоднократно госпитализируются в психиатрические, неврологические и эндокринологические отделения. Диагностика основывается на лабораторных тестах: тест с толбутамидом, определение иммунореактивного инсулина в крови и соотношения глюкоза - инсулин; функциональные пробы; визуализирующие инструментальные исследования: УЗИ, сканирование поджелудочной железы, КТ, селективная ангио-

графия по Сельдингеру, МРТ, чрескожно-чреспеченочная катетеризация ветвей воротной вены.

С 2008 г. по 2014 г. в БСМП проходило лечение 5 человек с инсулиномой разной локализации: головка ПЖЖ (3 случая); крючковидный отросток ПЖЖ (1 случай); хвост ПЖЖ (1 случай).

У пациентов клиника была различна: от общей слабости до судорог в конечностях и «провалов» в памяти. Отмечалась тенденция к гипогликемии до 1,0 ммоль/л. Все пациенты были осмотрены эндокринологом, терапевтом, невропатологом. При ультразвуковом и магнитно-резонансном обследовании выявлены опухолевидные образования поджелудочной железы от 1,5 см до 3 см в диаметре. Проводилась предоперационная подготовка: инфузионная, общеукрепляющая терапия. Лечение проводилось радикальное: в 3 случаях при локализации инсулиномы в головке ПЖЖ - ПДР; в 1 случае в крючковидном отростке ПЖЖ- дистальная резекция; в 1 случае в хвосте ПЖЖ- вылушивание узла. Результаты гистологического исследования: препарат удаленной ткани поджелудочной железы - нейроэндокринная опухоль поджелудочной железы. Послеоперационный период протекал без осложнений. Проводилась плановая консервативная терапия. Уровень глюкозы крови после операции находился в пределах 3,5-8,8 ммоль/л. Больные в удовлетворительном состоянии были выписаны на амбулаторное лечение с рекомендациями наблюдения у участкового терапевта, эндокринолога, невролога.

У 65-80% больных после хирургического удаления инсулиномы наступает клиническое выздоровление. Послеоперационная летальность составляет 5-10 %. Рецидив инсулиномы развивается в 3% случаев. Прогноз при злокачественных инсулиномах неблагоприятен - выживаемость в течение 2-х лет не превышает 60%.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ГЕРНИОПЛАСТИК

Мацаев Ш.Д.

Кафедра госпитальной хирургии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научные руководители: д.м.н. Зайцев О.В., асс. Богомоллов А.Ю.

Современные требования к хирургическому лечению грыж: уменьшение послеоперационной боли, сокращение восстановительного периода, снижение количества рецидивов, снижение частоты послеоперационных осложнений, а так же стремление хирургов к миниинвазивным герниопластикам с целью уменьшения осложнений в раннем послеоперационном периоде и достижения косметического эффекта привело к таким методикам как: 1) ТЕР (Total Extraperitoneal) Лапароскопическая внебрюшинная протезирующая герниопластика 2) ТАРР (Transabdominal Pre-peritoneal) Лапароскопическая предбрюшинная протезирующая герниопластика. В России

и Европе более популярна методика TAPP, как в США преобладает TEP.

В настоящее время разработаны новые сетки, не требующие фиксации сетки типа (ProGrip) Париетен. Полурассасывающаяся самофиксирующаяся композиционная сетка, состоящая из 50% полипропилена или монофиламентного полиэстера и 50% рассасывающейся полимолочной кислоты (PLA). Рассасывающийся шовный материал **V-Loc**. Нить, которая не допускает расхождения шва, в том числе под натяжением, благодаря удерживанию краев разреза в процессе наложения непрерывного шва, без необходимости завязывания узлов. Что значительно сокращает время операции. На базе БСМП г. Рязань была предложена пластика поперечной фасции петлей Endoloop (патент от 20.11.13 № 2498778).

Лапароскопические методики лечения грыж более приоритетны в настоящее время и приобретают в мире все большее и большее распространение. Лапароскопическая герниопластика является технически сложным оперативным вмешательством и требует длительного периода обучения. Тем не менее, при наличии достаточного опыта, данная операция может представлять весомую альтернативу традиционным методам герниопластик.

К несомненным достоинствам этого метода следует отнести минимальный болевой синдром, возможность ранней активизации пациента, короткий период нетрудоспособности, лучший косметический результат и низкую частоту раневых осложнений.

Основным недостатком эндовидеохирургической герниопластики является потребность в проведении интубационного наркоза, что требует проведения более тщательного отбора пациентов на операцию.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ Федорова А.А.

Кафедра госпитальной хирургии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научные руководители: д.м.н. Зайцев О.В., асс. Натальский А.А.

Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы является одним из наиболее распространенных заболеваний в хирургической гастроэнтерологии. Лапароскопические методики обеспечивают радикальность лечения, низкую травматичность, высокую эффективность.

Цель исследования. Отработка методики лапароскопической фундопликации по Ниссену - Розетти при скользящей грыже пищеводного отверстия диафрагмы. Ниже приводим клинический случай.

В хирургическое отделение БСМП поступил больной М. 43 лет с жалобами на боли в эпигастрии, изжогу, рвоту «кофейной гущей». Из анамнеза: в течение последних трех лет периодически лечился у гастроэнтеролога по поводу ГПОД с кратковременным эффектом. Результаты рентгенологиче-

ского исследования - скользящая ГПОД II степени. В отделении произведена эзофагогастродуоденоскопия: выявлен рефлюкс эзофагит 3 степени, ГПОД, геморрагические эрозии желудка.

Число рецидивов по методике Nissen-Rossetti значительно меньше, чем при других методиках (количество рецидивов снизилось до 2% через год и до 4% через 5 лет после оперативного вмешательства). Лапароскопическая фундопликация, выполненная представленному больному, по Nissen-Rossetti признана золотым стандартом лечения ГПОД.

Данная методика подразумевает выполнение следующих этапов:

- экспозиция абдоминального отдела пищевода и пищеводного отверстия диафрагмы путем натяжения левой доли печени с использованием печеночного ретрактора в правом подреберном троакаре.

- мобилизация дна желудка. Осуществляется пересечение желудочно-селезеночной связки и коротких желудочных сосудов. Препаровка считается адекватной и законченной, когда визуализируется левая ножка диафрагмы через вскрытую желудочно-диафрагмальную связку.

- пластика грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Наложение узловых швов на диафрагмальные ножки для закрытия грыжевого просвета.

- формирование антирефлюксной манжетки, которая фиксируется на передней стенке и левом краю пищевода двумя швами.

Ранний послеоперационный период протекал без осложнений, швы сняты на 5-е сутки, заживление послеоперационных ран первичным натяжением.

Выводы. Операцией выбора лечения ГПОД является лапароскопическая коррекция. Лапароскопическое фундопликация может быть произведена по методике Nissen, Nissen-Rossetti, Toupet или Dor.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕДОХОЛИТОТОМИЯ И ЛИТОЭКСТРАКЦИЯ

Бондаренко Д.А.

Кафедра госпитальной хирургии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научные руководители: д.м.н. Зайцев О.В., асс. Натальский А.А.

Синдром Мириззи - это осложнение желчнокаменной болезни, характеризующееся воспалительно-деструктивным процессом в области шейки желчного пузыря (ЖП) и общего печеночного протока, вызванный фиксированным конкрементом, приводящий к стенозу гепатикохоледоха и образованию пузырхоледохеального свища. Распространенность по данным разных авторов составляет от 0,5% до 5% среди больных ЖКБ.

Актуальность проблемы обусловлена несколькими факторами:

1. Синдром Мириззи является трудным для диагностики и лечения осложнением желчнокаменной болезни. Диагностическая чувствитель-

ность ультразвукового исследования не превышает 8,6%, ЭРХПГ 20%.

2. Сложности дифференциальной диагностики со злокачественными опухолями внепеченочных желчных протоков.

3. Ошибки диагностики и лечения приводят к вторичным изменениям печени (холестатический гепатит, билиарный цирроз) значительно ухудшающим отдаленный прогноз для жизни.

Больная М., 37 лет, поступила в хирургическое отделение, с жалобами на боли в верхних отделах живота, желтушность кожных покровов, потемнение мочи, посветление кала, повышение температуры тела до 37,8°C. Из анамнеза: около 20 лет страдает ЖКБ. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые желтушные. Живот при пальпации болезненный в правом подреберье, пальпируется желчный пузырь. Мочеиспускание не нарушено, моча цвета «чая». Стул регулярный, кал оформленный, серого цвета.

Обследована: лейкоциты 10,3*10⁹/л, билирубин: общий-66,8 мкм/л, прямой - 51,7мкм/л, непрямой - 15,1мкм/л.

По данным УЗИ картина холецисто-холедохолитиаза. ФГДС: картина гнойного холангита, папиллит, проведена ПСТ, папиллитустранен. МРТ: картина ЖКБ, камни холедоха и пузырярного протока, признаки билиарной гипертензии, деформация желчного пузыря.

Поставлен диагноз: ЖКБ: флегмонозный холецистит, холедохолитиаз. Механическая желтуха. ЭРХПГ: холедох расширен, в нем определяется три дефекта наполнения, пузырярный проток не визуализируется. Установлен синдром Мириizzi. После проведения декомпрессии желчных путей проведением ПСТ и консервативной терапии общее самочувствие больной улучшилось, болевой синдром был купирован, желтуха разрешилась. Проведено оперативное лечение: лапароскопическая холецистэктомия, разобщение холецистохоледохеального свища, холедохотомия, холедохоскопия, наружное дренирование холедоха по Керу.

Выводы.

1. Изучение анамнеза, клинических и лабораторных данных не дает оснований для выделения характерных признаков синдрома Мириizzi, отличающих его от других осложнений калькулезного холецистита.

2. Применение УЗИ и МРТ, как правило, не позволяет диагностировать синдром Мириizzi до операции, но позволяет заподозрить данную патологию, на чем основываются показания для использования других информативных методов.

3. Хирургическое вмешательство является радикальным методом лечения данной патологии, комбинированное лечение, при механической желтухе, сопутствующей синдрому Мириizzi, включает предоперационную декомпрессию желчных протоков и позволяет наиболее эффективно подготовить больных к операции.

ПРИМЕНЕНИЕ МАКРОПОРИСТОГО ПОЛИПРОПИЛЕНОВОГО СЕТЧАТОГО ЭНДОПРОТЕЗА В УСЛОВИЯХ НАГНОЕНИЯ

Путилин И.А.

Кафедра общей хирургии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: асс. Инютин А.С.

Отторжение эндопротеза является результатом развития инфекционного процесса, который сложно предупредить из-за трудности достижения стерильности операционного поля. Этот вопрос является важным в области герниопластики.

Цель исследования. Оценить возможность и эффективность применения сетчатого эндопротеза в условиях нагноения.

Материалы и методы. Исследование клинического случая поражения неклостридиальной флегмоной передней брюшной стенки с образованием дефекта, который в последующем был замещён сетчатым полипропиленовым макропористым эндопротезом.

Результаты и их обсуждение. Больной Б., 67 лет поступил с клиникой перитонита. Проведена лапоротомия, выявлена забрюшинная флегмона, которая в дальнейшем осложнилась флегмоной передней брюшной стенки. Проведено иссечение нежизнеспособных тканей передней брюшной стенки (кожа, подкожно-жировая клетчатка, наружная и внутренняя косые мышцы живота, апоневроз, поперечная мышца живота, париетальная брюшина). Вышеуказанный дефект размером 25x20 см. был закрыт сетчатым полипропиленовым макропористым эндопротезом. В послеоперационном периоде проводилась инфузионная, дезинтоксикационная, антибактериальная, противовоспалительная, анаболическая терапия, коррекция углеводного, белкового обменов, проводилось переливание свежезамороженной плазмы, вследствие гипопротейнемии и интоксикации, эритроцитарной массы из-за анемии. Осуществлялось активное дренирование, ежедневные перевязки и санация раны, что даже при условии инфекционного процесса предупредило отторжение сетчатого эндопротеза. После очищения раны и формирования грануляций было проведено наложение вторичных швов, на месте которых в дальнейшем образовался краевой некроз; проводилось местное лечение с использованием вакуумной аспирации. После очищения раны в месте некроза проведена аутодермопластика свободным расщеплённым лоскутом, взятым с правого бедра. Местное лечение было продолжено, отторжение сетчатого полипропиленового макропористого эндопротеза не произошло. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии.

Вывод. Допустимо использование сетчатых макропористых полипропиленовых эндопротезов в ране при наличии нагноения (неклостридиальная флегмона), но при условии тщательного наблюдения и санации раны, что

позволит предупредить отторжение имплантата. Данное наблюдение может помочь в ведении пациентов с дефектами брюшной стенки, сократить риск развития осложнений и время пребывания больного в стационаре.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЭМБОЛОГЕННЫМ ФЛОТИРУЮЩИМ ТРОМБОЗОМ СИСТЕМЫ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ

Киселев А.И.

Кафедра общей хирургии

Витебский государственный медицинский университет, г. Витебск, Беларусь

Научный руководитель: доц. Небылицин Ю.С.

Цель исследования. Оценить эффективность различных методов лечения пациентов с флотирующим тромбозом глубоких вен нижних конечностей.

Материалы и методы. Объектом клинического исследования явились 79 пациентов с острым тромбозом глубоких вен нижних конечностей, разделенные на четыре группы: I группу составили 17 пациентов, которым применялось консервативное лечение, II группу - 10 пациентов, которым выполнена перевязка магистральной вены, III группу - 20 пациентов с паллиативной тромбэктомией из магистральных вен, IV группу - 32 пациента после имплантации кава-фильтра.

Результаты и их обсуждение. В раннем послеоперационном периоде у 4 пациентов I группы, у 3 пациентов II группы отмечался стойкий отек нижней конечности, у 3 и 2 соответственно - болевой синдром. У пациентов III группы данных клинических проявлений не отмечалось ни в одном случае. Эпизодов тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) в исследуемых группах не наблюдалось. В IV группе у 1 пациента развилась миграция кава-фильтра в легочную артерию, у 6 пациентов - стойкий отек нижней конечности и болевой синдром. В отдаленном периоде лечения у 12 пациентов I группы наблюдался преходящий отек нижней конечности, у 6 - стойкий отек, у 5 - болевой синдром, у 3 - трофические нарушения. Во II группе стойкий отек выявлялся у 3 пациентов, трофические нарушения - у 2, в III группе стойкий отек - у 2. В IV группе у 18 пациентов отмечались жалобы на судороги и умеренную отечность пораженной конечности, у 6 на гиперпигментацию кожи и локальный липодерматосклероз, у 3 развился синдром нижней полой вены. Ретромбоз, который привел к тромбоэмболии периферических ветвей легочной артерии, имел место у 2 пациентов I группы.

Выводы. Наиболее эффективным методом предотвращения ТЭЛА и хронической венозной недостаточности нижних конечностей при сегментарных эмболоопасных тромбозах является радикальная тромбэктомия. Оперативные вмешательства у пациентов с флотирующим тромбозом

системы нижней полой вены (тромбэктомия и перевязка магистральных вен) позволили ликвидировать эмболоопасный флотирующий характер тромбоза и предупредить развитие ТЭЛА.

**ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ
С ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**
Смолянец Н.А., Касьянова Е.И., Садовская В.И., Чепурненко Н.А., Бабенко Д.В.

Кафедра общей хирургии

Витебский государственный медицинский университет, г.Витебск, Беларусь

Научный руководитель: доц. Небылицин Ю.С.

Цель исследования. Оптимизировать лечение пациентов с посттромботической болезнью (ПТБ) нижних конечностей путем дифференцированного подхода.

Материалы и методы. В исследование включено 127 пациентов (мужчин - 77, женщин - 50), которые находились на лечении в УЗ «Витебский областной клинический специализированный центр» с 2012 по 2014 гг. с диагнозом ПТБ. Средний возраст пациентов составлял $52,4 \pm 12,2$ года ($M \pm \sigma$). Распределение пациентов по клинической классификации CEAP было следующим: класс C2 - у 40 пациентов, класс C3 - у 23, класс C4b - у 30 пациентов, класс C5 - у 12, класс C6 - у 22. У всех пациентов диагноз был подтвержден при проведении дуплексного ангиосканирования. Схема консервативного лечения включала: применение эластической компрессии; медикаментозное воздействие на венозный тонус, микроциркуляцию, лимфатический отток; при наличии трофических язв - раневые покрытия. Объем оперативного вмешательства зависел от клинического класса, проходимости сосудистого русла (наличия и характера реканализации) и степени сохранности клапана аппарата.

Результаты и их обсуждение. При окклюзии глубоких вен с реканализацией менее 50% отток венозной крови осуществлялся в основном за счет большой подкожной вены. В таких случаях применялось консервативное лечение. Выбор оперативных вмешательств был дифференцированным: локальная флебэктомия, эндоскопическая диссекция перфорантных вен, Shave-therapie, аутодермопластика, кроссэктомия, стриппинг, лазерный дебридмент, локальная флебэктомия. В послеоперационном периоде отмечалось уменьшение в размерах трофических язв, зоны трофических расстройств, отека и болевых ощущений.

Выводы.

1. У пациентов с ПТБ с высокой степенью реканализации возможно выполнение оперативных вмешательств в системе подкожных и перфорантных вен.

2. Комплексный дифференцированный подход при ПТБ позволяет достигнуть высоких клинических результатов и способствует ускорению ме-

дицинской реабилитации пациентов.

ПАРАЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ ГРЫЖА

Кравцова С.С., Игнатов И.С.

Кафедра факультетской хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: доц. Михеев А.В.

Параэзофагеальная грыжа - разновидность грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, при которой какой-либо орган брюшной полости смещается в средостение рядом с пищеводом, а кардия остается фиксированной под диафрагмой. Параэзофагеальная грыжа считается редко встречаемым видом грыж пищеводного отверстия диафрагмы. По данным разных авторов частота встречаемости колеблется в пределах от 0,4 до 5 %, склонна к ущемлению.

Клинический случай. Больная Ш. поступила в отделение торакальной хирургии ОКБ 21.11.14 с жалобами на ноющие боли в эпигастриальной области, усиливающиеся после приема пищи, в горизонтальном положении. Считает себя больной с июля 2014, когда впервые возникли вышеописанные жалобы. При амбулаторном обследовании была выявлена параэзофагеальная грыжа, после чего больная была направлена на оперативное лечение. Объективно: состояние удовлетворительное. По органам и системам - без особенностей. Живот не вздут, равномерно участвует в акте дыхания, мягкий, слабо болезненный при пальпации в эпигастрии. По данным лабораторных методов исследования изменений не выявлено.

ФГДС. В области пищеводного отверстия диафрагмы находится одна из стенок желудка, формируя в ПОД псевдодивертикулярный карман, устье которого перистальтирует в такт дыхательным движением. Выходной отдел желудка не визуализируется и трудно достижим. Рентгеноскопия пищевода и желудка. Пищеводно-желудочный переход расширен. Желудок каскадной формы, складки слизистой оболочки верхней трети желудка пролабируют выше уровня диафрагмы.

Ход операции. Верхне-срединная лапаротомия. В грыжевом мешке находится дно, $\frac{1}{2}$ тела желудка. Кардия фиксирована под диафрагмой. Грыжевой мешок выделен и резецирован. Выполнена эзофагофундорафия по левому боковому ребру пищевода. Произведена фундопликация по Черноусову (сформирована воротничковая манжетка длиной 5 см), выполнена задняя крурорафия.

Больная выписана 10.12.14 в удовлетворительном состоянии под амбулаторное наблюдение хирурга.

Выводы. При подозрении на параэзофагеальную грыжу необходимо тщательное обследование больного (рентгенологическое, эндоскопическое обследование) и при подтверждении диагноза - своевременное оператив-

ное лечение в связи с возможностью развития механических осложнений (ущемление). Данная патология встречается редко: за этот год в ОКБ было проведено 3 операции по поводу параэзофагеальной грыжи. За последние несколько лет данный вид грыжи не встречался.

АНАЭРОБНЫЙ ПАРАПРОКТИТ

Маклаков В.В.

Кафедра факультетской хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научный руководитель: асс. Огорельцев А.Ю.

Анаэробный парапроктит - самая тяжелая форма острого парапроктита, развивающаяся на фоне ослабленного иммунитета, у лиц с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, а также у пациентов пожилого и старческого возраста.

Анаэробный парапроктит составляет по данным различных источников от 2 до 3,2% всех случаев острого парапроктита. По данным клиники факультетской хирургии ежегодно в отделении колопроктологии ОКБ регистрируется 1 - 3 случая тяжелого анаэробного парапроктита.

Летальность при данном заболевании составляет от 10 до 60% в зависимости от тяжести состояния пациента и формы патологического процесса.

Очень редко анаэробный парапроктит является следствием моноинфекции (*Cl.Perfringens*, *Cl.Novy*, *Cl.septicum*). Как правило, уже в первые дни болезни к основной патогенной флоре присоединяется второстепенная - неклостридиальные бактерии (бактероиды, пептококи, пептострептококи, фузобактерии и т.д.), образуя полиинфекционный процесс и ухудшая прогноз.

Различают 3 формы анаэробного парапроктита: гнилостный наиболее частый, отличается относительно благоприятным прогнозом (смертность 10%); прогрессирующий гангренозный (смертность до 20%); парапроктит с анаэробным лимфангитом протекает наиболее тяжело (смертность до 60%).

Цель исследования. Показать возможности лечения острого анаэробного парапроктита в условиях специализированного колопроктологического стационара.

Клинический случай. Больной Т., 58 лет, поступил на лечение в колопроктологическое отделение РОКБ через 7 суток после начала заболевания с диагнозом: илеоректальный гнилостный парапроктит. В анамнезе у больного: сахарный диабет II типа, тяжелое течение, гипертоническая болезнь III ст., 3 ст., риск 4. При поступлении больному было выполнено оперативное вмешательство в объеме вскрытия и дренирования парапроктита, некроэктомиа. В течение недели после операции пациент проходил лечение в условиях отделения реанимации, где проводилась массивная

инфузионная и антибактериальная терапия: метрогил+меронем первые семь дней, затем зивокс. Проводились ежедневные перевязки и сеансы ГБО, а также профилактика ТЭЛА. На 5-е сутки послеоперационные раны очистились, появились грануляции. На 20-е сутки была выполнена аутодермопластика кожей, взятой с передней поверхности бедра. Послеоперационный период протекал без осложнений. К моменту выписки больного из стационара рана промежности полностью эпителизировалась, а рана мошонки хорошо гранулировала и эпителизировалась более чем на 50%.

Вывод. Нахождение пациента в условиях специализированного колопроктологического отделения, комплексный подход в терапии, в частности применение современных антибактериальных препаратов и специальных методик лечения анаэробного парапроктита способствуют сокращению сроков временной нетрудоспособности и пребывания пациента в стационаре.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЦИЛИНДРИЧЕСКАЯ БРЮШНО-ПРОМЕЖНОСТНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ

Маклаков В.В.

Кафедра факультетской хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научный руководитель: асс. Огорельцев А.Ю.

В 1908 г. в журнале «The Lancet» была опубликована статья Эрнста Майлса, которая называлась «Метод выполнения брюшно-промежностной экстирпации при карциноме прямой кишки и терминальной части тазового отдела ободочной кишки».

Брюшно-промежностная экстирпация (БПЭ) выполняется при раке прямой кишки, расположенном ниже 6 см от ануса и заключается в удалении прямой кишки с иссечением перианальной ткани промежности и выведением сигмостомы.

Осложнения БПЭ: инфицирование промежностной раны; непреднамеренная перфорация кишки; положительная циркулярная граница резекции; высокий процент местного рецидивирования (от 5 до 30%); большая травматичность БПЭ. Все это подталкивает к поиску более радикальной и в то же время менее травматичной методики.

Перспективной в плане радикальности представляется предложенная Т. Хольмом (2009) цилиндрическая брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки. Основным отличием цилиндрической резекции является удаление вместе с препаратом леваторов. При «цилиндрической» технике по сравнению со стандартной БПЭ удаляется больше параректальной клетчатки, что в значительной мере должно уменьшить частоту местного рецидивирования. Закрытие дефекта промежности выполняется путем аутодермопластики лоскутом большой ягодичной мышцы или аллопласти-

ческими материалами.

Цель исследования. Показать необходимость применения метода цилиндрической резекции прямой кишки в клинической практике, использование техники Т.Хольма в качестве операции выбора при злокачественных опухолях терминальных отделов толстого кишечника.

Клинический случай. В августе 2013 г. в отделении колопроктологии ОКБ выполнена лапароскопическая цилиндрическая резекция прямой кишки с замещением дефекта тазового дна пластиной Permasol. Брюшной этап выделения прямой кишки до тазового дна выполнялся стандартно с помощью лапароскопической техники. Промежностный этап выполнялся в соответствии с вышеописанной методикой.

Выводы. Выполнение брюшного этапа операции при помощи лапароскопической технологии позволяет уменьшить травматичность операции. Широкое иссечение параректальной клетчатки по Т.Хольму призвано расширить циркулярную линию резекции, снизив процент местного рецидивирования. Закрытие операционного дефекта Пермаколом также снижает травматичность, восстанавливая физиологию тазового дна.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРИНЦИПОВ FAST-TRACK SURGERY В КОЛОПРОКТОЛОГИИ

Маклаков В.В.

Кафедра факультетской хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научный руководитель: асс. Огорельцев А.Ю.

Основоположником и идеологом концепции ускоренного восстановления оперированных пациентов fast-track стал крупнейший ученый в области патофизиологии критических состояний и периоперационного периода, почетный член немецкого общества хирургов и анестезиологов датчанин Henrik Kehlet. Программа fast-track представляет собой комплекс мероприятий, проводимых в пред-, интра- и послеоперационном периоде, направленных на сокращение сроков пребывания пациентов в стационаре, снижение частоты послеоперационных осложнений и ускорение восстановления нормальной активности пациента. После описания концепции fast-track отдельные её элементы начали применяться в различных хирургических направлениях (кардиохирургия, гинекология, ортопедия и т.д.), но наибольшее развитие она получила в области колопроктологии, а именно в хирургическом лечении колоректального рака.

На базе РОКБ также применялись принципы программы fast-track. В предоперационном периоде в рамках отказа от голодания вечером накануне операции пациенты перорально принимали сбалансированные смеси. В интраоперационном периоде проводилась внутривенная антибиотикопрофилактика на вводимом наркозе, производилась эпидуральная анестезия

с использованием анальгетиков короткого действия, применялись малоинвазивные лапароскопические технологии для уменьшения операционной травмы. Послеоперационный период: продленная эпидуральная анестезия в течение 2 суток с использованием системы инвазивных насосов неопиоидными анальгетиками короткого действия, отказ от антибиотиков, раннее питание сбалансированными смесями уже на первые сутки после операции, раннее удаление мочевого катетера и активизация пациентов уже на 2-е сутки после операции. Всего в группу исследования вошли 13 пациентов с оперативными вмешательствами по поводу рака разных отделов толстого кишечника оперированных по принципам fast-track surgery и 15 пациентов перенесших аналогичные открытые вмешательства без применения системы быстрого восстановления.

Результаты и их обсуждение. Рвота в послеоперационном периоде наблюдалась значительно реже у группы пациентов fast-track по сравнению с контрольной группой. Такие важные показатели как активная перистальтика, отхождение газов, первая дефекация, активизация пациентов, отказ от анальгетиков и удаление мочевого катетера происходили в меньшие сроки у группы пациентов fast-track, нежели у группы контроля.

Выводы. На основании полученных данных можно сделать выводы, что применение принципов fast-track surgery в колопроктологии способствует быстрому восстановлению перистальтики кишечника, ранней активизации пациентов, а также снижению потребности в анальгетиках. Все это предположительно может привести к ускорению восстановления и сокращению сроков пребывания пациента в стационаре.

ПРИМЕНЕНИЕ ОПЕРАЦИИ ТИПА ГАРТМАНА В КОЛОПРОКТОЛОГИИ

Костин В.С., Тяпкин А.Ю.

Кафедра факультетской хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научный руководитель: доц. Семионкин Е.И.

Цель исследования. Определить показания к операции типа Гартмана при раке толстой кишки, дивертикулярной болезни толстой кишки, травме толстой кишки.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 61 пациентов, которые были поделены на три группы: 1 группа - рак прямой кишки, 50 больных (средний возраст 68 лет); 2 группа - осложненная дивертикулярная болезнь, 9 больных (средний возраст 63 года); 3 группа - травма сигмовидной кишки, 2 больных (средний возраст 37 лет).

Результаты и их обсуждение. Абсолютное большинство больных с опухолями по системе TNM были в стадиях T3, T4. У трети пациентов было низкое расположение опухоли (ниже 10 см от зубчатой линии). У 80 %

больных - опухоль больших размеров. У 60 % была выявлена анемия. У 96 % пациентов была тяжелая сопутствующая патология.

Почти у трети опухоль была в стадии перфорации или предперфорации. Наличие частичной кишечной непроходимости было у трети больных.

Из 9 пациентов с осложненной дивертикулярной болезнью у 6 была перфорация дивертикула сигмовидной кишки, у 3- дивертикулит сигмовидной кишки с абсцедированием. У всех больных были явления гнойного перитонита.

Травма сигмовидной кишки с повреждением брыжейки и некрозом кишки наблюдалась у 2 пациентов.

В 1 группе больных экстренные и срочные операции были проведены в 80% случаев. У 70% больных возникли технические трудности по ходу операции, что было связано с большим размером опухолей и трудностями выделения кишки.

Во 2 и 3 группах проведены экстренные операции.

Проведение резекции кишки с первичным анастомозом во всех группах больных, учитывая тяжесть их состояния, осложненное течение заболеваний, наличие тяжелых сопутствующих патологий, в условиях экстренной и срочной операций, с большой вероятностью могло бы привести к несостоятельности анастомоза.

Выводы.

Операция типа Гартмана является операцией выбора у больных с раком прямой кишки, особенно у пожилых и лиц старческого возраста, при наличии тяжелой сопутствующей патологии, низком расположении опухоли и её осложнениях.

Она так же может быть операцией выбора у больных с осложненной дивертикулярной болезнью сигмовидной кишки и у больных с травмой сигмовидной кишки, при наличии перитонита, в условиях проведения экстренной операции.

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА СЕВОРАНА В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Кошулько П.А.

Кафедра факультетской хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научные руководители: асс. Пимахина Е.В., асс. Назарова Л.В.

Цель исследования. Показать преимущества севорана по сравнению с другими препаратами для наркоза.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ историй болезни гинекологических больных, в том числе наркозных протоколов. Данные исследования института фармакологии РАМН.

Результаты и их обсуждение. В настоящее время существует множе-

ство препаратов для наркоза. Препарат для ингаляционного и эндотрахеального наркоза - севоран. Ингаляционное применение препарата для вводного наркоза вызывает быструю потерю сознания, которое быстро восстанавливается после прекращения анестезии.

Препарат имеет определенные преимущества перед другими: быстрое и безвредное выведение из организма, сон буквально с первого вдоха, менее неприятный запах, чем у изофлурана. К недостаткам препарата может быть отнесена высокая цена и в некоторых ситуациях расширения объема операции маленькое время действия.

Клинический случай. Пациентка М., 27 лет, поступила в гинекологическое отделение ОКПЦ 20.11.14. Образование правого яичника обнаружено при УЗИ в 2013 г. Проводилась противовоспалительная терапия - без эффекта. При УЗИ - контроле: матка обычных размеров, эндометрий однородный, м - эхо 4 мм, миометрий однородный. Левый яичник нормальных размеров, правый яичник 49*47*35 мм, в правом яичнике образование повышенной эхогенности 28*26*20мм. Учитывая историю заболевания и данные УЗИ - диагноз клинический: доброкачественное новообразование правого яичника.

В ходе операции на брюшине малого таза в области крестцово-маточных связок обнаружены очаги эндометриоза. Выполнена лапароскопическая цистэктомия справа, иссечение очагов эндометриоза.

Для интубационной анестезии использован наркозно-дыхательный аппарат Aisys с полузакрытым дыхательным контуром. Начало анестезии 10 час. 35 мин. Конец 11 час. 30 мин. Была использована газовая дыхательная смесь: N₂O:O₂= 1:1 + севоран 4% в потоке 4 л/м 5 минут, затем поток 2,5 л/мин от 2,5 до 1,5% МАК= 1,8-1,2. После интубации дыхание проводится симметрично, хрипы не выслушиваются. Анестезия протекала гладко, без осложнений. После операции сознание восстановлено через 7-10 мин.

Экстубация была проведена после восстановления мышечного тонуса, без дыхательных нарушений. Параметры мониторингового контроля после анестезии: АД 120/75 мм. рт. ст. ЧСС 90 в 1 минуту, Sat.O₂ 99%.

Выводы. Препараты для спинномозговой анестезии используются более часто, чем препараты для ингаляционного наркоза. Но препараты для ингаляционного наркоза можно использовать в таких случаях, при которых использование препаратов для спинномозговой анестезии невозможно: при всех видах нарушения свёртывания крови; нарушении функции ЦНС; сепсисе, инфекции, воспалении в области прокола, большой потери крови, сильном обезвоживании, кровотечениях.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АНТИРЕФЛЕКСНОЙ ЭНДОТРАХЕАЛЬНОЙ ТРУБКИ И ЦИТОФЛАВИНА

Узоков А.Д., Маматов Б.Ю.

Кафедра хирургии, урологии, анестезиологии и реаниматологии
Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан, Узбекистан
Научный руководитель: доц. Маматов Б.Ю.

Цель исследования. Повысить эффективность анестезиологической защиты больных при хирургическом лечении заболеваний щитовидной железы, изучить показатели эндокринно-метаболического ответа, оценить когнитивную функцию в периоперационном периоде.

Материалы и методы. Нами исследовано 90 пациенток, оперированных на щитовидной железе. Критерии включения: возраст 60 лет и старше, пациентки с узловым (многоузловым) эутиреойдным коллоидным зобом, узловым (многоузловым) токсическим зобом, диффузным токсическим зобом, подписавшие протокол добровольного информированного согласия на участие в исследовании. Исследование получило согласие этического комитета. В 1 группе (n=30) фентанил, кетамин, атропин, парацетамол. Интубацию проводили на фоне миоплегии ардуаном 4 мг. Во 2 группе (n=30) анестезию проводили аналогично 1 группе. Интубацию проводили антирефлексной трубкой на фоне миоплегии ардуана 4 мг, с последующим введением лидокаина 100 мг эндотрахеально. Больным 3 группы (n=30) анестезию проводили по схеме 2 группы в сочетании с инфузией цитофлавина 10,0. Для оценки состояния когнитивных функций применялась методика Шульте, тест «рисования часов» и тест «5 слов».

Результаты и их обсуждение. Тест «рисования часов» проводился для исследования зрительной памяти. Оценка когнитивных функций по тесту «рисования часов» до операции в сравниваемых группах составила 9,6 баллов. В первые сутки после операции имелась тенденция к снижению данного теста: в 1 группе на 10,5%, во 2 группе на 7,5%, в 3 группе - на 2,1% (pH=0,001). На третьи сутки после операции показатели теста рисования часов были снижены в 1 и во 2 группах (pW0,05).

Выводы. Использование для интубации антирефлексной трубки с последующим введением лидокаина позволяет снизить дозы опиоидов, пропофола, стабилизировать гемодинамику, в более короткие сроки нормализовать биохимические показатели и КЩС. Анестезия в сочетании с цитофлавином способствует нормализации окислительно-восстановительных процессов, показателей КЩС, а также более раннему пробуждению пациентов после анестезии.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ЛОКАЛИЗОВАННЫМИ ФОРМАМИ РАКА ПОЧКИ

Шишова А.С.

Кафедра факультетской хирургии

Южно-Уральский государственный медицинский университет, г. Челябинск

Научный руководитель: к.м.н. Копасов Е.В.

Цель исследования. Сравнить ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения больных с локализованными формами рака почки.

Материалы и методы. Исследования проводились на клинической базе ГБОУ ВПО ЮУГМУ - НУЗ ДКБ, в отделении урологии. Работа основана на анализе результатов лечения 229 пациентов с локализованным раком почки. Всем больным было выполнено хирургическое лечение в объеме нефрэктомии (n148, I группа) или резекции почки (n 81, II группа). В послеоперационном периоде оценивали массу кровопотери, продолжительность операции, послеоперационный койко/день. В указанных группах оценивалась 5-ти летняя общая, онкоспецифическая и безрецидивная выживаемость. Статистические данные рассчитывались методом Каплана-Мейера.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст пациентов составил 57,6 (23-91) лет. Среди больных было 133 мужчин (58%) и 96 женщин (42%). 63,8% больных имели в анамнезе сопутствующие заболевания (гипертоническая болезнь, сахарный диабет, ИБС). Распределение больных по размерам первичного очага в I группе: T1a - 38,5%, T1b -33,8%, T2 - 27,7%. Во II группе T1a - 79%, T1b-21%, T2- 0% соответственно. Средние показатели у пациентов I группы/II группы: послеоперационный койко-день - 13,8/12,1; продолжительность операции - 143,3/140 мин.; масса кровопотери - 368/288мл. Послеоперационные осложнения (кровотечение, мочевые свищи, урогематомы, обострение почечной недостаточности) составили 5(3,4%)/1 (1,2%) соответственно. 5-ти летняя общая, онкоспецифическая, безрецидивная выживаемость у больных I группы составила 94%, 96% и 91%. У больных II группы 100%, 99% и 88% соответственно. Высокий процент нефрэктомий можно объяснить отсутствием элективных показаний для резекции почки на ранних сроках проведенного исследования, а также сложностью удаления опухолей при локализации в области ворот и внутри органа.

Выводы. Полученные отдаленные результаты доказывают, что органосберегательные операции являются эффективным методом лечения локализованных форм рака почки и не снижают показателей выживаемости. Сохранение максимального количества функционирующей почечной паренхимы способствует увеличению продолжительности жизни больных с данной патологией.

ВЫБОР ОПЕРАТИВНОГО ПОСОБИЯ ПРИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВАХ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Эрдели Ю.И., Кузнецова А.Ю.

Кафедра факультетской хирургии

Самарский государственный медицинский университет, г. Самара

Научный руководитель: асс. Антропов И.В.

Цель исследования. Определение показаний к выбору способа оперативного вмешательства при перфоративных язвах двенадцатиперстной кишки (ДПК).

Материалы и методы. Ретроспективно нами были проанализированы 100 историй болезней пациентов, оперированных по поводу перфоративной язвы ДПК в СГКБ №1 им. Н.И. Пирогова в 2012- 2014гг.

Среди них было 73 мужчины (73%) и 27 женщин (27%). Средний возраст больных составил $46,3 \pm 3.48$ лет. Сроки от начала заболевания до операции составили: менее 6 часов- 40 пациентов (40%), 7- 24 часов- 38 больных (38%), более 24 часов- 22 (22%). У 37 пациентов (37%) констатирован гнойно-фибринозный перитонит, у 63 больных (63%) - серозно-фибринозный.

Результаты и их обсуждение. При выборе способа операции учитывались локализация язвы, наличие перифокального инфильтрата и других осложнений язвенной болезни. Произведено сравнение результатов резекционных способов операций и пилоропластик.

В первую группу вошли больные, которым выполнена резекция 2/3 желудка (РЖ) по Б-1- 12 пациентов (12%); в послеоперационном периоде: осложнения в виде несостоятельности швов возникли у 4 пациентов после Б-1- 33%, умерло 6 больных - 50%.

Вторую группу составили больные (88) после пилороластики по Джадду со стволовой ваготомией (ПЛПСВГ) - 55 (55%), без СВГ (ПЛП)- 30 (30%); ушивания перфорации- 3 (3%); в послеоперационном периоде: осложнения в виде несостоятельности швов возникли у 2 пациентов после пилороластики - 2%, умерло 2 больных (2%): 1 после ПЛПСВГ- 1% и 1 после ПЛП- 1%.

Группы больных были сопоставимы по возрасту, полу и выраженности перитонита. В первой группе больных послеоперационный период в среднем составил 19.8 ± 0.33 суток, во второй - 10.1 ± 1.7 суток. Разница статистически достоверна ($p < 0,05$).

Выводы. Пилороластика по Джадду дает лучшие ближайшие результаты по сравнению с резекцией желудка и может считаться операцией выбора при перфорации язвы ДПК.

ЛИПИДНОЕ ЯДРО В СОСУДИСТОЙ СТЕНКЕ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ВЫРАЖЕННОСТИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ СОСУДОВ ЧЕЛОВЕКА

Агейкин А.В., Темников В.А., Пронин И.А., Аверин И.А.

Кафедра хирургии

Медицинский институт Пензенского государственного университета, г. Пенза

Научный руководитель: доц. Темников В.А.

Атеросклероз на сегодняшний день является одним из самых распространенных и опасных заболеваний. Развитию данного заболевания способствуют нарушение метаболизма липидов в сочетании с артериальной гипертензией, курением, генетической предрасположенностью, ожирением, гиподинамией, стрессом и т.д. Синергизм этих факторов как раз и запускает каскад различных изменений в сосудистой стенке, начало которых связывается с экстрацеллюлярным концентрированием атерогенных липидов, пропитывающих изнутри интиму. В результате прогрессирования этого процесса образуется липидное ядро, рост которого в конечном итоге приводит к макроскопическим изменениям в сосудистой стенке, а именно к появлению атеросклеротической бляшки. Размеры, а также состав липидного ядра (липидно-белковый детрит, макрофаги, пенистые клетки и т.д.) позволяют определить время до наступления дестабилизации атеросклеротической бляшки, что в свою очередь приводит к истончению фиброзной покрышки, её разрыву и развитию тромботических осложнений.

Цель исследования. Определить глубину залегания липидного в толще брюшной части аорты с помощью ИК-Фурье-спектроскопии для своевременного воздействия и задержки прогрессирования атеросклероза.

Материалы и методы. В качестве основного оборудования для исследования применен метод неразрушающего контроля с зеркальным отражением ИК-Фурье спектроскопия, который использовался для оценки глубины залегания и определения компонентного состава липидного ядра атеросклеротической бляшки брюшной части аорты. В качестве объекта для исследования выбраны участки нативных препаратов брюшной части аорты человека размером (1×1) см² у 15 трупов мужского пола в возрасте 60-70 лет, а также у 15 прооперированных мужчин во время проведения бифуркационного аорто-бедренного протезирования (БАБП) и протезирования брюшной части аорты при резекции аневризмы той же возрастной категории. Процесс развития атеросклероза в обоих случаях при макроскопическом исследовании соответствовал 3 степени выраженности (резко выраженный - площадь поражения более 50%) и находился на III стадии (липидные пятна, фиброзные бляшки и «осложненные поражения», а именно, кровоизлияния в фиброзные бляшки, атероматоз, их изъязвления, тромботические осложнения).

Кроме этого забор материала осуществлялся и у контрольной группы - у

15 трупов мужского пола в возрасте 20-25 лет, брюшная часть аорты которых при макроскопическом исследовании не была поражена атеросклерозом.

После взятия материала для исследования выполнялось его погружение в изотонический (0,9%) раствор натрия хлорида с последующим получением срезов с различной глубины сосудистой стенки, толщиной 40 мкм каждый, с помощью замораживающего микротомы МЗ-2.

После получения опытных образцов производилась их фиксация на алюминиевой фольге, толщиной 14 мкм, путем наложения полученных срезов на её глянцевую сторону. Затем данный материал просушивался в электрическом суховоздушном термостате АТ-2 в течение 15 минут при температуре 37°C и исследовался с помощью ИК-Фурье спектрометра ФСМ 1201 (ООО «Инфраспек», г. Санкт-Петербург, Россия) в режиме отражения с последующей интерпретацией результатов.

Результаты и их обсуждение. На рисунке 1 представлены типичные спектры пропускания образцов брюшной части аорты человека, пораженной атеросклерозом.

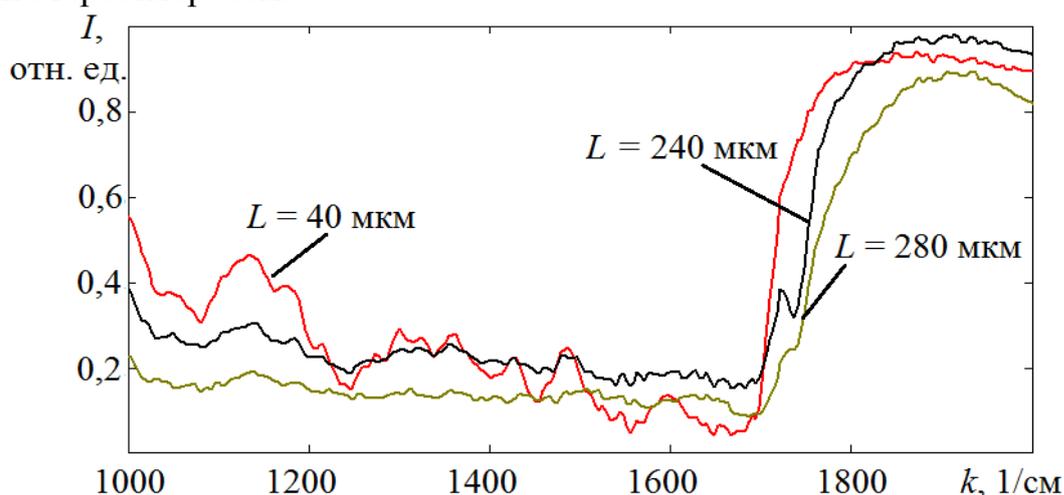


Рис. 1. Типичные спектры пропускания образцов брюшной части аорты человека, пораженной атеросклерозом.

Полосы поглощения, соответствующие частотам 1670, 1543, 1240 см^{-1} , относятся к амидным I, II и III колебаниям. Частота 1670 см^{-1} соответствует валентным $\text{C}=\text{O}$ колебаниям ($\nu_{\text{C}=\text{O}}$, амид I), частота 1543 см^{-1} - валентным CN и деформационным NH колебаниям ($\nu_{\text{CN}} + \delta_{\text{NH}}$, амид II), а частота 1240 см^{-1} - валентным CNH колебаниям (ν_{CNH} , амид III). Полосы поглощения 1455 и 1340 см^{-1} относятся, вероятно, к деформационным симметричным и асимметричным колебаниям $\text{C}-\text{H}$ в молекулах протеинов. Таким образом, все эти группы полос поглощения относятся к белкам, таким как коллаген и эластин, из которых, как известно, нормальная интима (без признаков атеросклеротических изменений) состоит на 50% из сухого веса. Другие полосы поглощения, соответствующие различным частотам, представлены в таблице 1.

Таблица 1

Типичные полосы поглощения после пропускания образцов брюшной части аорты человека, пораженной атеросклерозом

Волновое число, см ⁻¹	Типы колебаний	Основные соединения
1745	$\nu\text{C=O}$	сложные эфиры холестерина
1655	Амид I ($\nu\text{C=O}$)	белки (коллаген, эластин)
1548	Амид II ($\nu\text{CN} + \delta\text{NH}$)	белки (коллаген, эластин)
1453	$\delta_a\text{CH}_3$	жиры
1419	CO_3^{2-}	карбонат-ион
1343	δCH_3	белки (коллаген, эластин)
1280	ρCH_2	жиры
1238	Амид III (νCNH)	белки (коллаген, эластин)

* условные обозначения колебаний: ν - валентные; δ - деформационные; a - асимметричные; ρ - маятниковые.

В спектре пропускания нормальной (здоровой) *tunica intima* аорты контрольной группы не наблюдается других значительных полос поглощения (рис. 2). Существенным отличием спектра пропускания здоровой ткани является смещение полосы пропускания амид I в область более низких волновых чисел, а полосы пропускания амид II в область более высоких. Эта особенность также может служить идентификатором степени развития атеросклероза у человека. Экспериментально установлено, что спектр пропускания здоровой аорты практически не зависит от глубины исследуемого слоя в диапазоне 0 - 500 мкм, что является существенным отличием от пораженных атеросклерозом сосудов.

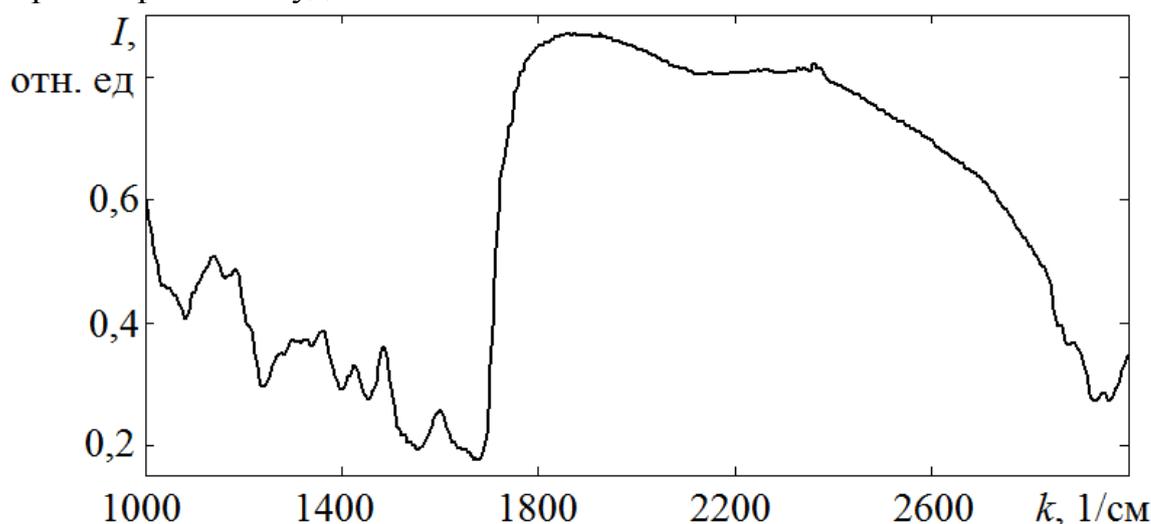


Рис. 2. Спектр пропускания нормальной (без признаков атеросклеротических изменений) *tunica intima* аорты человека.

На рисунке 3 представлены спектры пропускания образцов, полученные на разной глубине сосудистой стенки брюшной части аорты. Анализ графиков показывает наличие липидного ядра на глубине 0,2-0,25 мм от внутренней поверхности сосуда.

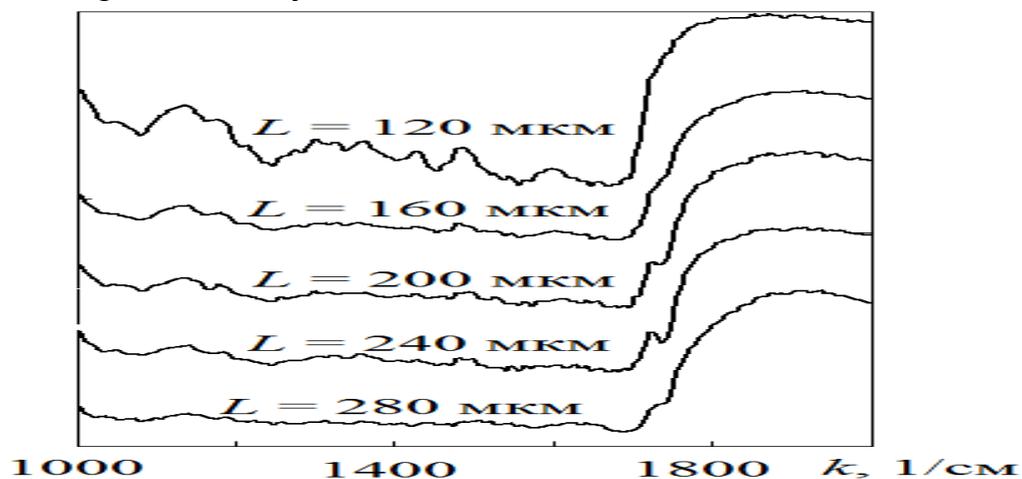


Рис. 3. Спектры пропускания образцов брюшной части аорты человека, пораженной атеросклерозом, на различной глубине сосудистой стенки.

Выводы. В исследуемых образцах, взятых у умерших мужчин в возрасте от 20 до 25 лет и от 65 до 70 лет, а также у прооперированных больных мужского пола последней возрастной группы, атеросклеротические изменения в аорте обнаружены только у лиц старшей возрастной категории. Данные изменения могут быть выявлены спектроскопически по-смертно даже без сведений о результатах прижизненных медицинских осмотров. Выяснено, что центры липидных ядер находятся на глубине 200-240 мкм от интимы до адвентиции.

ИК-Фурье спектроскопия позволяет отображать пространственное распределение компонентов в тканях, что делает данный метод эффективным диагностическим инструментом для определения стадии развития атеросклеротического процесса в сосудистой стенке. Идентификатором развития атеросклероза может служить смещение полосы пропускания амид I в область более низких волновых чисел, а полосы пропускания амид II в область более высоких. Эти полосы формируются исключительно за счет белков, поэтому могут использоваться для определения их общего содержания в тканях. Соотношение интенсивности белковых и липидных полос также может быть использовано и для оценки тяжести развития атеросклеротического процесса. В атеросклеротических бляшках присутствуют сложноэфирные группы, отвечающие за ЛПНП и ЛПОНП. Полосы пропускания нормальной аорты обусловлены коллагеном и эластином. Сдвиги полос пропускания, соответствующие протеинам в тканях, позволят в дальнейшем дифференцировать эти органические соединения.

Данный метод является высокоспецифичным и достоверным для изучения глубины залегания, а также определения центра расположения липид-

ного ядра атеросклеротической бляшки. Липидное ядро, насыщенное сложными эфирами холестерина, свидетельствует о накоплении в нём ЛПНП и ЛПОНП. Состав, его изменение, а также глубина залегания центра липидного ядра позволяют сделать вывод о вероятности разрыва фиброзной покрышки, что в свою очередь предполагает неблагоприятный прогноз развития атеросклероза. Подробное изучение состава и глубины залегания липидного ядра в сосудистой стенке человека разных возрастных групп может дать предварительный прогноз о степени развития атеросклеротического процесса. Последующие исследования в данной области помогут определить тактику лечения больных, сосуды которых в разной степени поражены атеросклерозом, а также проводить профилактические мероприятия уже на начальных стадиях развития заболевания.

Все полученные результаты дают возможность использовать метод ИК-Фурье спектроскопии в качестве одного из основных методов для изучения процесса атеросклероза.

ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЁННОГО ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Керимова С.Т.

Кафедра хирургии

Медицинский институт Пензенского государственного университета, г. Пенза

Научный руководитель: проф. Ивачёв А.С.

Цель исследования. Ретроспективный анализ результатов лечения пациентов раком толстой кишки, осложнённым острой кишечной непроходимостью.

Материалы и методы. С 2004 по 2014 гг., в ГКБ СМП им. Захарьина г. Пензы, пролечено 318 пациентов с данной патологией. Средний возраст 68,3 лет (от 36 до 94 лет). Мужчин 155 (55%), женщин 143 (45%). Длительность догоспитального периода варьировала от одних до 7 суток. В состоянии крайне тяжёлом и тяжёлом - 74 (23,3%); в состоянии средней тяжести - 244 (76,7%).

В стандарт обследования входили: обзорная рентгенография органов брюшной полости, по результатам которой, с учётом общеклинических данных, обосновывалась необходимость контрастного исследования ЖКТ и возможность консервативной попытки лечения заболевания.

Сроки оперативного лечения определялись: а) общим состоянием пациента, б) выраженностью клинических проявлений, в) очевидностью отсутствия эффекта от консервативного лечения. Необходимо отметить, что запущенность заболевания обратно пропорциональна срокам и объёму оперативного вмешательства. Так, в первые 12 часов, оперированы 185 (58,18%) пациентов, от 12 до 24 часов - 40 (12,58%), от 24 до 72 часов - 53 (16,66%), свыше 72 часов - 40 (12,58%).

Результаты и их обсуждение. У 248 (77,98%) больных выполнена резекция кишки с удалением опухоли. Из них у 66 (26,61%) сформирован первичный анастомоз, у 182 (73,39%) - операция закончена формированием кишечной стомы. У 60 (18,88%) пациентов - декомпрессионная кишечная стома, как паллиативная операция. У 10 (3,14%) - наложение обходного анастомоза.

Осложнения после операции отмечены у 29 (9,3%) больных, из них в 18 (5,7%) наблюдениях - сердечно-лёгочные и в 11 (3,5%) - раневые.

Летальность составила 13,2% (42) у пациентов с хронической сопутствующей патологией на фоне развивающихся при ОКН метаболических нарушений.

Выводы.

1. Основной причиной летальных исходов является сопутствующая соматическая патология, вследствие чего качество предоперационной подготовки кардинально влияет на результат лечения.

2. При выборе тактики, приоритетом должно оставаться спасение жизни пациентов, порой в ущерб качеству жизни в послеоперационном периоде.

АНАЛИЗ ЛИТОГЕННОСТИ ЖЕЛЧИ У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ БИОХИМИЧЕСКИМ И ДЖОУЛЬМЕТРИЧЕСКИМ МЕТОДОМ

Панюшкина Л.И., Герасимов А.В., Сергацкий К.И.

Кафедра хирургии

Медицинский институт Пензенского государственного университета, г.Пенза

Научный руководитель: проф. Геращенко С.И.

Цель исследования. Выявить функциональную связь между значениями работы тока и степенью литогенности желчи.

Материалы и методы. На базе областной клинической больницы им. Н.Н. Бурденко было обследовано 17 больных с механической желтухой, поступивших в отделение хирургии. Забор желчи производили в первый день поступления больного после установки чрескожного дренажа для облегчения оттока содержимого желчного пузыря с целью снятия токсического синдрома у пациента. Для анализа динамики электрохимического процесса на микроуровне производим сравнительную оценку данных джоульметрических показателей с общим анализом крови. Показатели клинического анализа крови определяли на гематологическом анализаторе с системным управлением UniCel DxH 800 на анализаторах URiSCAN OPTIMA и URiSCAN PRO. Норма прямого билирубина на данном оборудовании не должна превышать 17мкмоль/л.

Результаты и их обсуждение. Производили корреляционный и ковариационный анализ с помощью средств статистического анализа в Excel. Полученные значения СКО, ковариации (cov) и коэффициента Пирсона (r)

представлены в таблице 1.

Таблица 1

Результаты корреляционного и ковариационного анализа результатов биохимического и джоульметрического анализов

СКО(x)	СКО(y)	cov (x,y)	r(x,y)
1,219639	0,971101	0,506394	0,427556
1,219639	0,971101	0,506394	0,427556

Выводы. На основании положительных значений ковариации и коэффициента Пирсона делаем вывод, что исследуемые выборки имеют прямую функциональную связь. Данные джоульметрического и биохимического методов анализа биологических жидкостей позволяют производить оценку литогенности желчи у больных с механической желтухой.

К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Швецов А.А., Рудакова А.В.

Кафедра хирургических болезней с курсом урологии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

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

В настоящее время рак предстательной железы (РПЖ) занимает второе место среди причин смерти от злокачественных новообразований у мужчин. В России также отмечается существенный рост заболеваемости РПЖ, начиная с 1990-х годов по настоящее время, составивший за 90-е годы почти 50% .

К основным методам диагностики РПЖ относят:

1. Простатспецифический антиген (ПСА) в практике это органоспецифический, но не раково-специфический маркер. Уровень ПСА - непрерывный параметр: чем выше значение, тем более вероятно существование РПЖ.

2. Пальцевое ректальное исследование (ПРИ). Подозрения, возникающие при проведении ПРИ, являются абсолютным показанием к биопсии предстательной железы.

3. Трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ).

4. Биопсия предстательной железы

Показания к биопсии предстательной железы определяются с учётом уровня ПСА и подозрений на наличие РПЖ во время ПРИ.

«Золотым стандартом» лечения РПЖ в последнее 10-летие стало хирургическое вмешательство - радикальная простатэктомия. Дополняет классическую схему лечения РПЖ гормональная терапия.

Проведение скрининга РПЖ в когорте мужчин после 45 лет позволяет выявить злокачественную опухоль простаты на ранних стадиях и радикально излечить больного. Несоответствие таковым условиям- причина

появления запущенных форм РПЖ.

Больной Х., 56 лет. Обратился на консультативный прием в УНЦ с жалобами на боли в поясничной области с иррадиацией в нижние конечности, несколько затрудненное мочеиспускание. Из анамнеза: в течение последнего года больного стали беспокоить боли в поясничной области. Обратился за помощью к мануальному терапевту по рекомендации которого было выполнено МРТ- исследование поясничного отдела позвоночника. Выявлены распространенные дегенеративные изменения позвоночника, грыжи межпозвоночных дисков на уровне всего поясничного отдела позвоночника, заподозрено распространенное очаговое метастатическое поражение поясничных позвонков с распространением на поперечные отростки. Найдены изменения и в крестцовом отделе позвоночника. Больной обследован специалистами: неврологом, онкологом. Для оценки характера повреждения костной ткани выполнено расширенное КТ-исследование костной ткани. Заключение: на серии томограмм в грудине, в ребрах с обеих сторон, в обеих лопатках, в телах практически всех грудных, поясничных и крестцовых позвонков, во всех костях таза и в обеих бедренных костях выявляются смешанные патологические очаги с преобладанием остеобластических компонентов в костях таза и в костях грудной клетки. Предстательная железа 52-40-52 мм, неоднородна с ровными контурами. Полиоссальное поражение вторичного характера. Лимфаденопатия общих подвздошных узлов справа. КТ-картина может соответствовать метастазам опухоли ПЖ.

С учётом находок выполнено в поисках источника метастазирования повторное МРТ-исследование органов таза. Выявлено, что предстательная железа увеличена в размерах (5.0-3.9-5.3 см), отмечается зона гетерогенно измененного МР-сигнала верхних отделах простаты с прорастанием в капсулу, с инфильтрацией прилежащих отделов мочевого пузыря, семенных пузырьков. Регионарные лимфоузлы вдоль подвздошных сосудов увеличены справа до 2,5 см. Во всех тазовых костях, крестцовых и нижнепоясничных позвонках, бедренных костях - множественные округлые зоны снижения сигнала. Заключение: МР-картина может соответствовать РПЖ с прорастанием стенки мочевого пузыря, семенных пузырьков. Регионарная лимфаденопатия. Метастазы в кости таза, позвоночник, бедренные кости.

В процессе диагностики определен ПСА: общий- 153 нг/мл (при условной норме 4 нг/мл), свободный- 19.8 нг/мл, соотношение-0 % (при условно нормальном соотношении 15%).

Впервые направлен на консультацию к урологу. При повторном исследовании уровня ПСА: общий- 985.95 нг/мл, свободный - 30 нг/мл, соотношение- 0%. Уровень тестостерона крови - норма(8,6 нмоль/л).

Госпитализирован в плановом порядке в областное урологическое отделение с целью уточнения заболевания простаты. При дообследовании rectum: простата умеренно увеличена, плотноэластической консистенции,

границы не четко определяются, в основании железы уплотнение 3*3 см, безболезненное. Акт мочеиспускания прослежен по урофлуометрии.

В стационарных условиях проведена трансперинеальная биопсия предстательной железы из 10 точек. Заключение: умеренно-дифференцированная крупноацинарная аденокарцинома простаты. По шкале Глисона - 5 баллов.

Поставлен диагноз: рак предстательной железы (аденокарцинома). T3N2M1b.

С учетом запущенности выявленной клинической картины и с учетом компенсации мочеиспускания больному предложена андрогендепривационная терапия: агонист ЛГ-РГ: золадекс в сочетании с антиандрогеном - флутамид.

Осмотрен через 3 недели. Общее состояние улучшилось. Уровень общего тестостерона крови 0.8 нг/мл, что соответствует критериям андрогенной депривации.

Выводы.

1. На основании статистических данных в РФ за последние 10 лет заболеваемость РПЖ возросла в 2,5 раза.

2. В связи с ростом заболеваемости РПЖ существует необходимость в создании скрининговых программ для ранней диагностики РПЖ.

3. Данный клинический случай показывает необходимость своевременной диагностики РПЖ, поскольку запущенные формы данного заболевания могут продолжительное время протекать латентно.

ЗНАЧЕНИЕ ПРОСТАТ - СПЕЦИФИЧЕСКОГО АНТИГЕНА В ДИАГНОСТИЧЕСКОМ СКРИНИНГЕ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Швецов А.А., Рудакова А.В.

Кафедра хирургических болезней с курсом урологии
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научный руководитель: д.м.н. Жиборев Б.Н.

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

Материалы и методы исследования: медицинская документация больных областного уронефрологического центра ГКБ № 11, госпитализированных с диагнозом D.29.1 - «новообразование простаты». Изучены истории болезни 58 пациентов. Критерии включения в группу: возраст 50 лет и старше; наличие результатов патогистологического исследования биоптатов простаты и данных оПСА.

Результаты и их обсуждение. Больные разделены по возрасту на три группы. В группе «А» (51-60 лет) уровень оПСА превышал 10 нг/мл у 37 % пациентов, у 47 % уровень оПСА имел значения «серой шкалы» (4-10

нг/мл). В группе «В» (61-70 лет) - уровень оПСА > 10 нг/мл отмечен с частотой 63%. Значение оПСА в «серой шкале» выявлено с частотой 26 %. В группе «С» (71-80 лет) оПСА превысил критическую концентрацию (10 нг/мл) у 55% больных, уровень оПСА 4-10 нг/мл выявлен с частотой 40 %. В остальных случаях оПСА не превышал уровня допустимых значений. В группе «А» РПЖ выявлен по результату биопсии в 16% случаях. В группе «В» - в 32%. В группе «С» РПЖ гистологически диагностирован у 40% больных. У больных при оПСА < 4 нг/мл РПЖ был выявлен с частотой 16,6%. У пациентов с уровнем ПСА 4-10 нг/мл РПЖ диагностирован в 13%.

Выводы.

1. Уровень оПСА имеет не основное значение в диагностике РПЖ: данный показатель является системообразующим в адекватно выстроенном клиническом скрининге РПЖ.
2. Для эффективности диагностического скрининга необходимо методически верно применять такие расчетные показатели как свободный ПСА, плотность ПСА и соблюдать методику взятия крови для исследования.
3. Гистологически РПЖ диагностируется при уровне оПСА < 4 нг/мл с частотой 16,6%.
4. Работы, направленные на поиск новых биохимических маркеров диагностики РПЖ, представляются весьма перспективными и востребованными с точки зрения доказательной медицины.

К ВОПРОСУ О ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Рогова В.А.

Кафедра хирургических болезней №1

Курский государственный медицинский университет, г. Курск

Научный руководитель: доц. Голиков А.В.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с постхолецистэктомическим синдромом (ПХЭС).

Материалы и методы. Были проанализированы результаты лечения 118 больных с ПХЭС, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении БМУ «Курская областная клиническая больница» в период с 2012 по 2014 гг. Все больные были разделены на 4 группы: 1-я - 67 человек, у которых протоковая патология разрешалась при помощи эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ); 2-я - 16 человек, которым выполнялись холангиостомии с последующей трансформацией в стому крупного калибра и литотрипсией; 3-я - 7 человек, которые после серии неудовлетворительных эндоскопических или транскутанных вмешательств подвергались открытым оперативным вмешательствам, в результате чего создавались билиодигестивные анастомозы (БДА); 4-я - 28 человек, которым проводилось консервативное лечение, т.е. лечение диагностированного за-

болевания желудочно-кишечного тракта, которое могло быть причиной развившейся симптоматики ПХЭС.

Результаты и их обсуждение. В 56,8% случаев протоковую патологию удалось разрешить при помощи ЭПСТ в 1-2 этапа с механической литотрипсией и литоэкстракцией. В 13,6% случаев обоснованно применение чрескожных вмешательств в следующих клинических ситуациях: отсутствие условий для проведения эндоскопической папиллосфинктеротомии (состояние после резекции желудка по II способу Бильрота, аденома БСДК), пожилой и старческий возраст, высокий операционно-анестезиологический риск. В 6% случаев проводились открытые оперативные вмешательства, в результате которых создавались БДА, в связи с невозможностью разрешения миниинвазивным способом. Наиболее частыми осложнениями были постманипуляционный панкреатит у 8 больных (6,8%), холангит у 4 больных (3,4%), которые были купированы консервативными мероприятиями. Средний диаметр конкремента в 1-ой группе составил $9,2 \pm 2,1$ мм, во 2-ой - $16,3 \pm 3,6$ мм, в 3-ей - $19,8 \pm 2,9$ мм. Средние сроки лечения в 1-ой группе - $8,4 \pm 1,4$ койко-дней, во 2-ой - $22,6 \pm 4,4$ койко-дня, в 3-ей - $23 \pm 2,5$ койко-дня.

Выводы. ЭПСТ в сочетании с механической литотрипсией и литоэкстракцией - наиболее рациональный метод разрешения протоковой патологии у большинства больных, позволяющий оптимизировать тактику лечения, сократить сроки нахождения больных в стационаре.

ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Никонюк М.С., Сабалевская Ю.И.

1-я кафедра хирургических болезней

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Беларусь
Научный руководитель: асс. Салмин Р.М.

Цель исследования. Проанализировать методы лечения пациентов оперированных по поводу гнойно-некротических осложнений синдрома диабетической стопы.

Материалы и методы. Использованы данные историй болезни 2-го хирургического отделения «ГКБ №4» г. Гродно за 2014 год. Выборочным методом отобрано 50 историй болезни. Из них 54 % - мужчины, 46% - женщины. Минимальный возраст - 53 года, максимальный - 81 год. Обработка результатов проведена с использованием программы Statistica 6.0.

Результаты и их обсуждение. Среди гнойных осложнений 20% составили флегмоны нижних конечностей, 17,5% гангрена пальцев/ампутированной культи, 15% остеомиелит пальцев и 15% трофическая язва пальцев, 12,5% трофическая язва голени, 5% вялогранулирующие раны, 10,5% другие осложнения. 60% пациентов с синдромом диабетической

стопы проводилось комплексное лечение и хирургическая операция, а 40% обошлись консервативным лечением. Вскрытие и дренирование флегмон 30%, резекция стопы по Шарпу - 27,9%, ампутация на уровне верхней и средней трети бедра - 16,3%, некрэктомии - 7,7%, экзартикуляция пальцев - 15%, 2,1%- др. В качестве антибактериальной терапии 47% - антибактериальная монотерапия, в 46% был назначен цефазолин, в 53% комбинированная антибактериальная терапия: амикацин + клиндацилл; аминогликозиды + цефалоспорины первого, второго поколения; ципрофлоксацин + клиндацилл + цефалоспорины первого, второго поколения; амикацин + линкомицин; Местно всем пациентам была наложена асептическая повязка с перекисью водорода и хлоргексидина. 20% больных в послеоперационном периоде была назначена мазь «левомеколь», 10% «репарэф 2».

Выводы. Ежегодно число больных сахарным диабетом увеличивается вместе с ним, растет и число больных с его гнойно-некротическими осложнениями. Совместная работа терапевта, эндокринолога и хирурга, антибактериальная терапия, назначенная с учетом чувствительности микробной флоры, своевременно назначенное местное лечение помогут избежать высоких ампутаций и сохранить качество жизни больных сахарным диабетом.

ПРОФИЛАКТИКА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ШВОВ АНАСТОМОЗА В ХИРУРГИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Нуриддинов А.С., Набижонов О.Г., Рустамжанов А.Б.

Кафедра хирургических болезней

Андижанский государственный медицинский институт, г.Андижан, Узбекистан

Научный руководитель: доц. Абдуллажанов Б.Р.

Цель исследования. Определить значение метода декомпрессии в профилактике ранних послеоперационных осложнений в хирургии толстого кишечника.

Материалы и методы. На базе 3 хирургии Клиники Андижанского государственного медицинского института за последние 5 лет по поводу хирургической патологии толстой кишки были оперированы 37 больных. Из них илиотрансверзо-21, трансверзоректоанастомоз-3, все они оперированы методом инвагинации, всего 24 (64,8%). Анастомозы в классическом варианте были наложены у 13 (35,2%) пациентов. Из них илиотрансверзо-5 больных по принципу конец в бок, трансверзосигмо-2 случая по принципу бок в бок, трансверзоректо-6 по принципу бок в бок. Женщин -16 (43,3%), мужчин 21 (56,7%), средний возраст составил - 53 года.

Результаты и их обсуждение. Во всех случаях, не зависимо от вида наложенного анастомоза, на толстом кишечнике, мы использовали метод декомпрессии. Методика декомпрессии производили следующим образом:

Для этой цели мы использовали резиновую трубку диаметром 1см, длиной 1,5-2 метра с боковыми микроперфоративными отверстиями. После формирования задней губы анастомоза, декомпрессионный зонд с проксимального конца вводится в просвет кишечника через задний проход. Зонд проводится через анастомоз в приводящую петлю кишечника на 10-12 см. и фиксируется на заднюю губу анастомоза кетгутом, с таким расчетом, чтобы декомпрессионный зонд функционально захватывал всю область анастомоза в блоке с приводящей и отводящей частью кишечника. После этого формируется передняя губа анастомоза.

Выводы. Таким образом, метод декомпрессии в хирургии толстого кишечника является эффективным методом профилактики ранних послеоперационных осложнений, в частности несостоятельности швов межкишечного анастомоза.

РОЛЬ АНТИБИОТИКОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ В ХИРУРГИИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Набижонов О.Г., Нуриддинов А.С., Рустамжанов А.Б.

Кафедра хирургических болезней

Андижанский государственный медицинский институт, г.Андижан, Узбекистан

Научный руководитель: доц. Абдуллажанов Б.Р.

Цель исследования. Выявить препарат широкого спектра антибактериального действия, оптимально и эффективно снижающий процент послеоперационных осложнений, как общего и местного характера, при оперативных вмешательствах на ободочной кишке.

Материалы и методы. Методику использовали на 4 группах больных по 20 в каждой, которым произведены операции на различных отделах ободочной кишки, после предварительно собранного аллергологического анамнеза у каждого больного.

Наша методика заключалась в следующем: трем группам больных за 1 час до операции и сразу по ее окончании (всего 2 раза) вводились разные антибиотики: первой группе (А) - в/м вводился кефзол (1 гр., растворенный в 5мл воды для инъекций), второй (В)- цефамезин в/м в дозе 1,0 гр. в 5 мл воды для инъекций, третьей (С)- гентамицина сульфат в дозе 2 мл 4% раствора в/м, четвертой (D)-больные получали обычную антибиотикотерапию.

Результаты и их обсуждение. Оценка частоты возникновения ранних послеоперационных осложнений производилась на 4, 7, 10 день после операций. Так, в группе А мы в течение исследуемого периода не наблюдали ни одного случая инфекционного осложнения со стороны раны или со стороны других органов. В группе В у двух больных наблюдалось нагноение операционной раны. В группе С наблюдалось нагноение операционной раны у одного больного, у второго послеоперационное течение осложнилось

гипостатической пневмонией, в связи с чем больной был вынужден получать консервативную терапию. В группе D осложнения наблюдались у 4 больных: у трех больных отмечалось нагноение послеоперационной раны, у одного развилось воспаление легких.

Таким образом, исследование показало, что в группе D - наибольшее число осложнений, в группах B и C частота осложнений меньше, а в группе A не наблюдалось ни одного случая осложнения.

Выводы. Сравнительный анализ возникших осложнений в раннем послеоперационном периоде во всех исследуемых группах показал, что методика превентивного применения кефзола целесообразна для больных, подвергающихся оперативным вмешательствам на ободочной кишке, так как это эффективно снижает частоту и тяжесть послеоперационных осложнений.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СУПЕРСЕЛЕКТИВНОЙ ЭМБОЛИЗАЦИИ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ ПОСЛЕ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ

Костромин Р.А., Потапов В.С.

Кафедра урологии

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург

Научный руководитель: к.м.н. Макарян А.А.

В настоящее время, при лечении крупных и коралловидных камней почек ведущее место занимает перкутанная нефролитотрипсия. Наиболее опасным осложнением данного метода является кровотечение (в 0,8-7% случаев). Для остановки кровотечения в ГБУЗ СОКБ №1 применяется суперселективная эмболизация поврежденного почечного сосуда.

Цель исследования. Определить эффективность применения суперселективной эмболизации почечных сосудов при кровотечениях после перкутанной нефролитотрипсии.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе клиники урологии ГБУЗ СОКБ №1 с 2011 по 2014 год. В исследуемую группу вошли 9 пациентов, которым была выполнена суперселективная эмболизация почечных сосудов. Для оценки послеоперационных осложнений использовалась классификация Clavien-Dindo. Для оценки эффективности лечения проведен анализ результатов мультиспиральной компьютерной томографии органов брюшной полости и забрюшинного пространства с контрастным усилением, выполненной через 6 месяцев после суперселективной эмболизации почечных сосудов.

Результаты и их обсуждение. За исследуемый период выполнено 423 перкутанных нефролитотрипсии, из которых 54 (12,8%) осложнились кровотечениями. У 10 пациентов (2,4%) потребовалось выполнение оперативного лечения. Суперселективная эмболизация почечных сосудов выполнена у 9 пациентов (2,1%), ПВ степень осложнений. Одному пациенту вы-

полнена нефрэктомия, по поводу профузного кровотечения (IVA). По результатам компьютерной томографии органов брюшной полости и забрюшинного пространства у всех пациентов в почке со стороны проведенной операции определяются металлические клипсы, паренхиматозный слой в области эмболизированной почечной артерии неравномерно истончен и деформирован. Чашечно-лоханочная система не расширена. Почечные артерии обычного калибра, прослеживаются на всем протяжении. Выделительная функция почек не нарушена.

Выводы. Суперселективная эмболизация при кровотечениях из почечных артерий после проведенной перкутанной нефролитотрипсии является эффективным методом гемостаза. Особенностью данного метода является возможность произвести редукцию патологического кровотока и избавить пациента от хирургического лечения.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Суханова Н.В.

Кафедра онкологии с курсом лучевой диагностики ФДПО
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научный руководитель: доц. Каминский Ю.Д.

Рак прямой кишки (РПК) занимает 3 место среди всех опухолей желудочно-кишечного тракта и поражает преимущественно лиц в возрасте 40-60 лет. По РФ он занимает 7 место среди всех злокачественных новообразований; по смертности - 6; по запущенности - 4, уступая лишь раку желудка, легких и пищевода. Заболеваемость и смертность РПК по Рязанской области за 2009-2013гг. соответственно составляет 23,7 и 15,1 на 100000 населения.

Существует три основных метода лечения рака данной локализации: хирургический, лучевая терапия, химиотерапия и их комбинация.

На выбор лечения влияет ряд факторов: критерий T (глубина инвазии кишечной стенки); высота опухоли; близость к мезоректальной фасции; критерий N (поражение регионарных лимфатических узлов); сосудистая и перинеуральная инвазия. Все эти критерии оцениваются на этапе обследования с помощью магнитно-резонансной томографии или компьютерной томографии и эндоскопических методов.

Основным методом лечения РПК является хирургический. Существует множество вариантов операций. При локализации опухоли в нижне-ампулярном отделе и невозможности сохранить сфинктер выполняется брюшно-промежностная экстирпация (БПЭ) прямой кишки. В настоящее время применяют классическую (стандартную) и экстралеваторную БПЭ.

Преимущества экстралеваторной БПЭ: лучшая визуализация операционного поля, сводится к минимуму вероятность положительного цирку-

лярного края резекции и перфорации ПК во время ее выделения.

Лучевая терапия является неотъемлемым компонентом лечения больных РПК. Общеизвестным подходом является использование предоперационной лучевой терапии, которая может использоваться в классическом режиме (СОД 45-50 Гр, РОД 1,8-2 Гр) и режиме интенсивного фракционирования (СОД 25 Гр, РОД 5 Гр). Химиотерапия также важна в лечении больных раком данной локализации. Основные схемы химиотерапии: Mayo и DeGramont (5-фторурацил, лейковарин), FOLFOX (оксалиплатин, 5-фторурацил, лейковарин) и другие режимы.

Современные схемы химиотерапии предполагают длительные инфузии лекарственных препаратов на протяжении 48-72 часов. В этих случаях используют устройства для продолженной инфузии - помпы. Надежный постоянный доступ в центральное венозное русло обеспечивается имплантацией порталных инфузионных систем.

Клинический случай. Пациент К., 1949 г.р., в феврале 2011 года поступил в 1-е хирургическое отделение ГБУ РО ОКОД с жалобами на слабость, недомогание, боли в области промежности, периодические выделения крови и слизи из ПК. Вышеуказанные жалобы отмечал в течение года с тенденцией к усилению. Впервые обратился за медицинской помощью в декабре 2010 года в военный госпиталь, где было заподозрено заболевание ПК. Направлен в поликлинику ОД, обследован. При пальцевом исследовании ПК: на высоте 7 см от ануса по задней правой стенке экзофитное бугристое образование до 5 см в диаметре, болезненное при пальпации, ограничено смещаемое. Ректороманоскопия: тубус введен на 5 см, далее инфильтрированная слизистая оболочка, экзофитные компоненты опухоли. КТ органов малого таза: в просвете ПК определяется + ткань с бугристыми контурами на протяжении около 6 см, в области ректосигмоидного перехода перекрывает просвет. В параректальной клетчатке и в клетчатке малого таза вдоль внутренней поверхности крестца до 15 лимфатических узлов диаметром 7-11 мм. На расстоянии около 6 см от ануса отмечается прорастание собственной прямокишечной фасции опухолью по задней правой стенке, а также инфильтрация копчиково-прямокишечной связки. Ирригоскопия: РПК с переходом на ректосигмоидный отдел.

23 марта 2011 года в 1 хирургическом отделении ГБУ РО ОКОД выполнена операция: Экстралеваторная брюшно-промежностная экстирпация ПК с тотальной мезоректумэктомией и резекцией копчика. Гистологическое заключение: умеренно дифференцированная аденокарцинома толстой кишки с инвазией в мезоректум, гиперплазия лимфоузлов. По краям резекции опухолевого роста не выявлено. Послеоперационный период протекал без осложнений. С 18 мая по 24 июня 2011 года проведен курс послеоперационной лучевой терапии СОД 50 Гр, РОД 2 Гр. После этого больной регулярно наблюдался, данных за прогрессирование заболевания не было. В апреле 2014 года обратился в поликлинику ОД с жалобами на тянущие

боли в правом подреберье. При КТ органов брюшной полости: метастатический очаг в 7 сегменте печени диаметром 85 мм (рис. 1). Данных за местный рецидив в промежности (клинически и по данным КТ) не выявлено. 13 мая 2014 года больному был имплантирован порт. Проведено 6 курсов ПХТ с продолженной инфузией 5-фторурацилом в течение 48 часов. На фоне лечения отмечена частичная регрессия метастатического очага. 30 сентября 2014 выполнена операция: атипичная резекция 6 и 7 сегментов печени. Гистологическое заключение: метастаз умеренно дифференцированной аденокарциномы в печень. Край опухолевой резекции без признаков опухолевого роста (рис. 2, 3). В настоящее время признаков прогрессирования не выявлено, проводится маркерный мониторинг: РЭА-1,41(N); СА 19.9-7,53(N).



Рис. 1 Метастаз в VII сегменте печени по данным КТ



Рис. 2 Макропрепарат метастаза в печень.

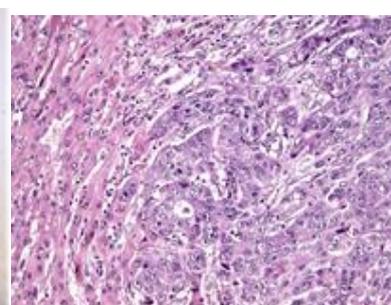


Рис. 3 Микропрепарат метастаза в печень

Выводы.

1. РПК является агрессивным заболеванием, требующим постоянного наблюдения после проведенного лечения.
2. ЭЛБПЭ позволяет снизить риск местного рецидива, даже при опухолях T4.
3. Наличие отдаленных солитарных метастазов в печень не является основанием для отказа от радикального лечения.
4. Использование полностью имплантируемых портальных инфузионных систем и устройств для продолженной инфузии (помп) позволяет проводить высокоэффективные режимы химиотерапии.

НИЗКИЙ РАК ПРЯМОЙ КИШКИ: ВАРИАНТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Суханова Н.В.

Кафедра онкологии с курсом лучевой диагностики ФДПО
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научный руководитель: доц. Каминский Ю.Д.

Концепция сфинктерсохраняющего лечения рака прямой кишки становится актуальной и для низкого рака. Низкий рак прямой кишки (НРПК) - опухоль, верхний край которой располагается на уровне или ниже тазовой брюшины, а нижний край на расстоянии от 1 до 6 см выше аноректальной

линии. Сложность выполнения сфинктеросохраняющих операций связана с тем, что анастомоз накладывается в узком пространстве малого таза несколько выше или на уровне прикрепления леваторов к прямой кишке при низких передних резекциях (НПР), и даже ниже этого уровня при наданальных проктэктомиях (НПЭ). Применение предоперационной лучевой терапии позволило увеличить число больных НРПК, которым возможно выполнение НПЭ.

Цель исследования. Оценить возможность сохранения замыкательного аппарата прямой кишки и мышц тазового дна при НРПК.

Материалы и методы. Материалом исследования послужили данные о 58 больных с НРПК, пролеченных в ГБУ РО ОКОД с 2011 г. по 2014 г. Из них брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки (БПЭПК) (рис. 1) выполнена 33, НПЭ (рис. 2) - 12, а НПР (рис. 3) - 13 больным.

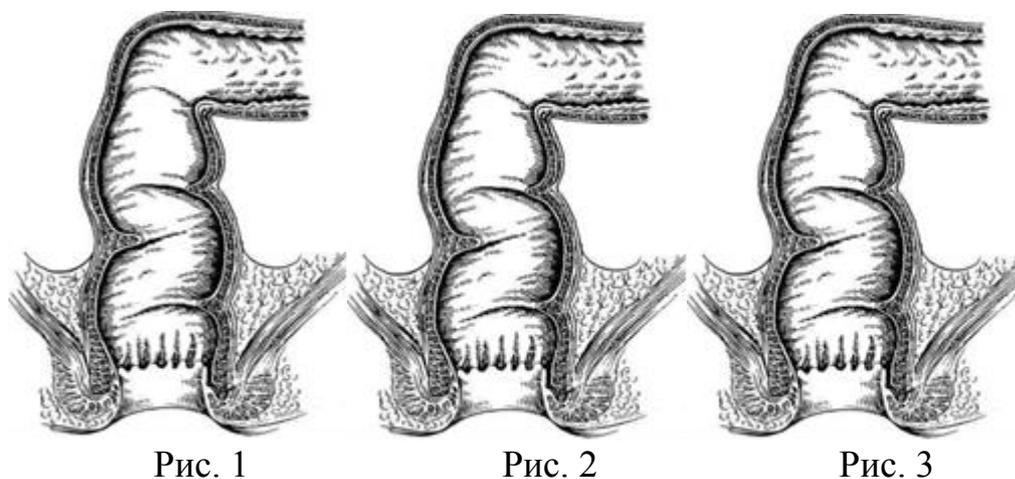


Рис. 1

Рис. 2

Рис. 3

Рис. 1-3. Хирургическое лечение рака прямой кишки.

Результаты и их обсуждение. На долю 1-2 стадии в группе БПЭПК приходится 67%; НПЭ - 59%; НПР - 77%. На долю 3-4 стадии - 33%, 41% и 23% соответственно. У 75% больных в группе НПЭ проводилась предоперационная лучевая терапия, что предположительно могло негативно повлиять на течение послеоперационного периода. Средняя продолжительность операции составила: при БПЭПК 181 мин, при НПР 183 мин, при НПЭ 207 мин. Интраоперационная кровопотеря при БПЭ 756 мл, при НПР 350 мл, при НПЭ 377 мл. Наибольшее число интраоперационных осложнений наблюдалось при выполнении БПЭПК, в основном за счет перфорации кишки и кровотечения. При НПЭ дважды возникал разрыв культи анального канала при наложении аппаратного анастомоза. В период освоения методики сфинктеросохраняющих операций течение послеоперационного периода осложнялось несостоятельностью швов анастомоза: при НПР 4 случая, при НПЭ - 1. В настоящее время в обязательном порядке формируется превентивная коло/илеостома, что позволяет избежать развития данного

осложнения. Послеоперационный койко-день составил: при БПЭК 19, НПР 20, НПЭ 13. Из всех прооперированных больных в послеоперационном периоде умер один пациент от острой сердечно-сосудистой недостаточности после выполнения НПЭ.

Выводы.

1. Наданальная проктэктомия (НПЭ) в сравнении с БПЭ ПК и НПР ПК сопровождается меньшим объемом кровопотери (в 2 раза) и более длительная по времени выполнения (на 30 мин).
2. НПЭ не сопровождается увеличением числа интраоперационных осложнений в сравнении с БПЭ ПК и НПР ПК.
3. Специфическим интраоперационным осложнением является разрыв культи анального канала при наложении аппаратного анастомоза.
4. НПЭ не сопровождается увеличением числа послеоперационных осложнений.
5. Предоперационная лучевая терапия не повышает число осложнений при НПЭ.
6. НПЭ способствует сокращению послеоперационного койко-дня.
7. НПЭ не сопровождается повышением послеоперационной летальности.
8. С внедрением методики НПЭ при низком раке ПК процент выполнения БПЭ ПК за 3 года сократился с 90 до 40 % за счет выполнения сфинктеросохранных операций.

КОЛОПЛАСТИКА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПИЩЕВОДА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Клевцова С.В.

Кафедра онкологии с курсом лучевой диагностики ФДПО
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научный руководитель: доц. Каминский Ю.Д.

В настоящее время золотым стандартом в хирургическом лечении больных раком пищевода является субтотальная резекция пищевода с первичной эзофагопластикой широким желудочным стеблем и формированием анастомоза в куполе правого гемиторакса - операция Льюиса. Но в случаях распространения опухоли на проксимальный отдел желудка, при синхронных или метакронных опухолях пищевода и желудка, а также при «скомпрометированном» желудке (наличие гастростомы, сформированной из большой кривизны желудка, при язвенной болезни желудка и состоянии после резекции желудка), желудок невозможно использовать для пластики пищевода. В этом случае операцией выбора является резекция пищевода с колопластикой.

Клинический случай. 18 сентября 2014г. в РО ОКОД поступил больной К., 57 лет. Из анамнеза: в декабре 2013г. в ОКБ выполнена резекция же-

лудка по поводу желудочного кровотечения на фоне язвенной болезни желудка (субтотальная резекция по Бильрот-2). При контрольной ФГС выявлена опухоль пищевода. Больной направлен в онкологический диспансер.

ФГС (08.07.14.) пищевод проходим на 31 см от резцов, по передне-левой боковой стенке инфильтрация слизистой до 7 мм в диаметре (биопсия). На противоположной стенке на уровне 32-33 см от резцов участок инфильтрированной слизистой, приподнятой над поверхностью, до 3 мм в диаметре (биопсия). Культия желудка средней емкости, хорошо расправляется при раздувании. Анастомоз свободно проходим, отводящая кишка без особенностей. Гистология №30820 (11.07.14) 1. дифференцированный плоскоклеточный рак; 2. гипертрофированные пласты многослойного плоского эпителия без подлежащих тканей. Гистология №13847-56 (12.09.14)- пересмотр стекло -препаратов из ОКБ - картина хронической язвы желудка. Рентгеноскопия (11.08.14) в нижней трети грудного отдела пищевода на уровне IX грудного позвонка по задней правой стенке плоский дефект наполнения 1,7 см. Желудок резецирован на 2/3.

При дообследовании данных за распространенность опухолевого процесса не получено.

Клинический диагноз: сарком грудного отдела пищевода. Язвенная болезнь желудка, состояние после резекции 2/3 желудка в декабре 2013г.

02.10.2014 г. операция: 2S субтотальная резекция пищевода с одномоментной колопластикой. При релапаротомии в брюшной полости выраженный спаечный процесс, разделение спаек. При ревизии органов брюшной полости: желудок дистально субтотально резецирован по Бильрот-2. Диафрагмотомия по Савиных, ревизия заднего средостения - в среднем грудном отделе пищевода по левой боковой стенке обнаружена опухоль диаметром 1,5 см, не прорастающая адвентицию. Произведена мобилизация пищевода до уровня опухоли с парааортальной лимфодиссекцией. Мобилизация кардии и субкардии с паракардиальной лимфодиссекцией. Желудок пересечен на уровне субкардии, дно желудка ушито.

Мобилизация толстой кишки от слепой до сигмовидной, сформирован изоперистальтический трансплантат из поперечной и нисходящей кишки на левых толстокишечных сосудах (рис. 1). Наложены асцендо-сигмоанастомоз бок в бок и коло-гастро анастомоз конец в бок. Брюшная полость дренирована и ушита. Правосторонняя боковая торакотомия в 5 межреберье, пересечена и лигирована непарная вена. Пищевод мобилизован и субтотально резецирован с медиастенальной лимфодиссекцией в объеме 2S с иссечением грудного лимфатического протока. Толстокишечный трансплантат перемещен в заднее средостение с наложением эзофагоколоанастомоза в куполе правой плевральной полости по М.И. Давыдову (рис. 2). Кровопотеря - 600 мл. Время операции - 6 ч. 20 мин.

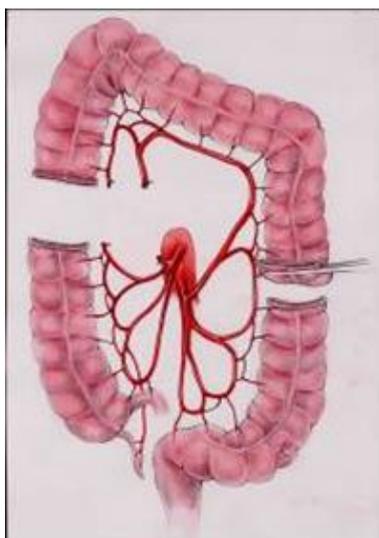


Рис.1. Схема выкраивания изо-перистальтического толсто-кишечного трансплантата на левых ободочных сосудах



Рис. 2. Схема законченной операции

Гистология №42719-35 от 8.10.14г. Макроскопически: 1. На слизистой оболочке на расстоянии 5,5 см от проксимального края резекции и 7 см от дистального края резекции изъязвленная опухоль 2,5x2 см. На 1,5 см от нее дистальнее аналогичного вида опухоль 1,5x1 см. 2. Фрагмент клетчатки с 3-мя лимфоузлами 0,3-1,5 см в диаметре.

Микроскопически: 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 лимфоузлов.

Окончательный клинический диагноз: саргег средне-грудного отдела пищевода pT2N0M0, St. IIa. Состояние после субтотальной резекции желудка по поводу язвенной болезни желудка (2013 г.)

При контрольной рентгеноскопии грудной клетки и брюшной полости с контрастированием анастомозы состоятельны, эвакуация контраста по трансплантату своевременная. Послеоперационный период протекал без осложнений. Заживление первичным натяжением. Швы сняты на 12 сутки. 14 октября пациент выписан под динамическое наблюдение.

В удовлетворительном состоянии 29 ноября 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. Минимальный объем резекции пищевода при раке - субтотальная резекция.
3. Хирургическое лечение остается основным методом лечения у больных раком пищевода.
4. У больных РП с наличием «скомпрометированного» желудка методом выбора является резекция пищевода с колопластикой.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПАЛЛИАТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ МЕТАСТАТИЧЕСКИМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Порватова М.А.

Кафедра онкологии с курсом лучевой диагностики ФДПО
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научный руководитель: асс. Головкин Е.Ю.

Колоректальный рак на сегодня без преувеличения можно обозначить как проблему мирового масштаба. По данным ВОЗ, ежегодно в мире КРР заболевают около 1,2 млн. человек и более 500 тыс. погибают. На территории Рязани и Рязанской области у 24,4% больных уже при первичном обращении диагностируют IV стадию заболевания. На сегодняшний день средняя продолжительность жизни с момента установления диагноза у данной группы больных при «естественном течении» опухолевого процесса колеблется в интервале 5-10 месяцев. Единственным вариантом помощи данной категории больных является паллиативное лечение. Хирургическое удаление первичной опухоли становится этапом комплексного лечения.

Цель исследования. Оценка результатов паллиативных резекций при КРР с отдаленными метастазами в Рязани и Рязанской области.

Материалы и методы. В исследование включены данные о паллиативных операциях, выполненных у 364 больных метастатическим КРР за период с 2007 по 2013 год включительно. Из них было выполнено 58 (15,9%) паллиативных резекций и 306 (84,1%) симптоматических операций: 52 (16,9%) обходных анастомоза и 254 (83,1%) - проксимальные стомы. В группе паллиативных резекций мужчин - 44,8% (26 чел.), женщин - 55,2% (32 чел.). В группе симптоматических операций мужчин - 49,3% (151 чел.), женщин-50,7% (155 чел.). Возраст больных в группе паллиативных резекций варьировал от 25 до 88 лет, средний возраст - 63,7 года. В группе симптоматических операций - от 32 до 90 лет, средний возраст - 67,2 лет.

В группе паллиативных резекций проведен анализ локализации первичной опухоли, отдаленных метастазов и гистологического строения рака. В различных отделах ободочной кишки опухоль локализовалась у 39 больных (67,2%), в прямой кишке - у 19 (32,8%) . Преимущественной гистологической структурой была аденокарцинома различной степени дифференцировки: умеренно-дифференцированная - у 47 больных (81,0%), низко-

дифференцированная - у 8 (13,8%) и только у 3 больных (5,2%), опухоль имела строение недифференцированного рака. У 45 больных (77,6%) были метастазы в печени, у 13 (22,4%) наряду с поражением печени диагностировано метастатическое поражение других органов.

Выполнение паллиативных резекций сопровождалось различной степенью циторедукции: R0 проведена в 7 случаях (12,1%), R1-R2 - у 51 пациента (87,9%).

У 32 больных (55,2%) в плане комбинированного лечения была проведена послеоперационная ПХТ. Применялись схемы полихимиотерапии на основе 5-фторурацила, капецитабина, фолината кальция, оксалиплатина, иринотекана.

Результаты и их обсуждение. Частота выполнения паллиативных резекций в Рязани и Рязанской области - 2,7% по отношению к радикальным операциям.

После выполнения паллиативных резекций послеоперационные осложнения зарегистрированы у 19 больных (32,7%); в ближайшем п/о периоде умерло 12 больных (20,6%), из них 3 больных оперировались в плановом порядке, 9 больных - по экстренным показаниям. Среди погибших в раннем п/о периоде 50% были в возрасте старше 70 лет. После выполнения симптоматических операций в ближайшем послеоперационном периоде умерло 28 больных (9,1%). Выявлена закономерность, что послеоперационная летальность была выше у больных раком ободочной кишки - 17,2%, тогда как у пациентов с диагнозом «рак прямой кишки» этот показатель составил 3,4%, ($p < 0,05$).

Отдаленные результаты были прослежены у 46 больных (79,3%). Средняя продолжительность жизни больных после выполнения паллиативных резекций - 13,3 месяца. Медиана выживаемости - 10,0 месяцев. В группе симптоматических операций средняя продолжительность жизни - 8,4 месяца, при медиане выживаемости 5,1 месяца. Продолжительность жизни у больных, которым выполнено удаление первичного опухолевого очага выше, чем у пациентов, перенесших симптоматические операции (Log-Rank Test = 0,001; $p < 0,05$). Средняя продолжительность жизни после выполнения R0 резекций - 24,2 месяца; после R1-R2 резекций - 11,4 месяца. Т.о., выполнение R0 резекций достоверно увеличивает продолжительность жизни больных по сравнению с R1-R2 резекциями (Cox - Mantel Test = 0,01; $p < 0,05$).

Однолетняя выживаемость после выполнения паллиативных резекций составила 30,4% (14 чел.), двухлетняя - 6,5% (3 чел.), трехлетняя - 4,3% (2 чел.), четырехлетняя выживаемость - 2,2% (1 чел.), пятилетняя - 2,2% (1 чел.).

Средняя продолжительность жизни больных получавших ПХТ - 15,8 месяцев. Медиана выживаемости - 12,0 месяцев. Больные, которым после выполнения паллиативных резекций ПХТ не проводилась, жили в среднем

7,1 месяцев, при медиане выживаемости в 5,0 месяцев. Комбинированное лечение достоверно увеличивает показатели продолжительности жизни (Cox - Mantel Test = 0,00042; $p < 0,05$).

Выводы.

1. Наиболее эффективным методом лечения больных с распространенными формами КРР в настоящее время остается хирургический. Осложненное течение заболевания значительно увеличивает риск операции.

2. Полученные отдаленные результаты свидетельствуют об эффективности и целесообразности выполнения паллиативных резекций у больных метастатическим колоректальным раком.

3. Химиотерапевтический компонент является важной составляющей комбинированного паллиативного лечения: его отсутствие нивелирует положительный эффект от удаления первичного очага.

ЭМБОЛИЗАЦИЯ, ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИЯ И МАСЛЯНАЯ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ В СОСТАВЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ

Андриевских М.И., Беспоместных А.А.

Кафедра онкологии

Южно-Уральский государственный медицинский университет, г. Челябинск

Научный руководитель: доц. Бехтерева С.А.

Цель исследования. Оценка эффективности методов: эмболизации, химиоэмболизации, масляной химиоэмболизации маточных артерий, анализ непосредственных и отдаленных результатов комплексного лечения местно-распространенного рака шейки матки.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 45 женщин, лечившихся в Челябинском областном онкологическом диспансере, в возрасте 29-62 лет, с преобладанием IIIВ стадии, с плоскоклеточным гистологическим типом и показаниями для проведения эмболизации маточных артерий. Всем женщинам был проведен осмотр гинеколога, УЗИ и МРТ. В составе комплексного лечения 17 пациентам проведена ЭМА, 9 пациентам проведена ХЭМА, 19 пациентам проведена МХЭМА (в качестве химиоэмболізата использовалась смесь цисплатина и липиодола).

Результаты и их обсуждение. Проведение ЭМА способствовало прекращению кровоснабжения опухоли, в результате окклюзии маточных артерий. В ходе лечения по типу обратной связи активизировалась иммунная система на клеточном уровне, так же стимулировался апоптоз, опухоль уменьшилась, и замедлился рост опухоли. Остановка кровотечения из сосудов опухоли была в 100% случаев. Пятилетняя выживаемость больных, которым в составе комплексного лечения проведена ЭМА - составила 29%; ХЭМА-31%; МХЭМА-35%.

Выводы. ЭМА, ХЭМА, МХЭМА малотравматичные методы, не требу-

ющие общего обезболивания, вызывают меньшее количество осложнений, ухудшающих качество жизни пациента, имеют короткие сроки реабилитации. Они являются эффективными способами остановки кровотечения из опухоли, дают возможность воздействия на нерезектабельные опухоли, способствуют уменьшению объёма опухоли и замедляют темп её роста.

СЛУЧАЙ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ НА ФОНЕ БОЛЕЗНИ ДАРЬЕ **Антоненкова Е.И.**

Кафедра травматологии, ортопедии, военно-полевой хирургии
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научные руководители: проф. Назаров Е.А., доц. Фокин И.А.

Болезнь Дарье - наследственный дерматоз, характеризующийся нарушением процессов ороговения по типу дискератоза. Наследуется аутосомно-доминантно с неполной пенетрантностью гена. Мужчины и женщины болеют с одинаковой частотой.

Важными факторами в патогенезе заболевания являются уменьшение активности ряда ферментов, участвующих в процессах кератинизации (НАДФ-зависимые ферменты, глюкоза-6-фосфат-дегидрогеназа). Возникает нарушение функции кальциевых насосов, регулирующих клеточную адгезию. Вследствие этого развивается дискератоз, характеризующийся нарушением связи между эпидермальными клетками.

Болезнь Дарье развивается, как правило, в детском или подростковом возрасте. Течение заболевания хроническое, постепенно прогрессирующее, с ухудшением под влиянием УФ-лучей в летний период. Высыпания располагаются, как правило, симметрично, преимущественно на себорейных участках (лице, волосистой части головы, между лопатками, подмышечных впадинах, ягодичных и пахово-бедренных складках и т.д.). Они представлены множественными гиперкератотическими плотными папулами, диаметром от 0,2 до 0,5 см, имеющими шаровидную форму с плоской или папилломатозной поверхностью, покрытой чешуйкой. Цвет папул колеблется от серовато-коричневого до цвета нормальной кожи. При слиянии узелков образуются вегетирующие, веррукозные очаги с мокнутием в складках. К признакам болезни Дарье относят т.н. «ямки» - расширенные поры потовых желез. Дистрофические изменения ногтей чаще всего представлены лейконихией (белые, красные продольные полосы). Возможно продольное расщепление ногтей пластин, неровное обламывание свободного края. Поражаются слизистые оболочки полости рта, гортани, глотки и пищевода, вульвы, влагалища, прямой кишки. Описаны нарушения клеточного звена иммунитета, которые способствуют присоединению бактериальной и вирусной инфекции.

Клинический случай. Больная И., 54 года, спустя 2 часа после получения травмы, поступила в ожоговое отделение ГБУ РО ОКБ 03.11.14 с диа-

гнозом: Ожог пламенем ягодиц, нижних конечностей, промежности, левой кисти II - III ст. S 25%, ожоговый шок I ст. Из анамнеза известно, что пациента имеет сопутствующее заболевание - болезнь Дарье.

Проводилось комплексное лечение: обезболивание (анальгин 50% 2,0, димедрол 1% 1,0); инфузионная терапия: раствор NaCl 0,9% 800,0, В₁ - 6,0, С 5% - 10,0, рибоксин 10,0, панангин 10,0, гемосорб 500,0, пентоксифиллин 5,0; антибактериальная терапия: линкомицин 2,0 x 3р внутримышечно; местное лечение (повязки с растворами бетадина, фурациллина, левомеколем).

28.11.14 больной под внутривенным наркозом была проведена аутодермопластика свободным перфорированным трансплантатом с поверхности спины.

Трансплантаты были свободно уложены на подготовленные грануляционные раны области голени, бедра по задней поверхности, обе ягодицы. Суммарно укрыто около 15% площади поверхности тела.

Выводы. В литературе мы не встречали клинических случаев, когда болезнь Дарье была осложнена ожогом поверхности тела. По описанию данного заболевания происходит повреждение потовых желез, нарушения клеточного звена иммунитета, которые способствуют присоединению бактериальной и вирусной инфекции. Мы предполагаем, что в данном случае была необходима наиболее ранняя аутодермопластика не только ожоговой поверхности III Б степени, но и ожоговой поверхности III А степени для полноценного заживления.

ГЕРМАНИЙ, НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ОРГАНИЗМОМ

Ерюкин А.О.

Кафедра травматологии, ортопедии, военно-полевой хирургии
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научный руководитель: проф. Назаров Е.А.

Цель исследования. Найти наиболее перспективные варианты покрытия имплантов для улучшения их остеоинтеграции.

Материалы и методы. В исследовании использовалось 48 беспородных кошек. В бедренные кости экспериментальных животных из межвертельной ямки интрамедуллярно имплантировали титановые штифты цилиндрической формы 20x4 мм, с различными вариантами покрытия.

Животных разделили на 4 группы: 1 группа (контрольная) - 12-ти животным установили титановые штифты без покрытия; 2 группа (12 животных) - имплантировали штифты покрытые оксикарбонитридом титана; 3 группа (12 животных) - установлены штифты, на поверхность которых нанесено трикальцийфосфатное покрытие с добавлением 1% Ge; 4 группа (12 животных) - штифты с трикальцийфосфатным покрытием содержащим

5% Ge.

Через 90 суток животных вывели из эксперимента и приготовили макропрепараты бедренных костей. Выраженность остеоинтеграции штифтов определяли по плотности образованного вокруг них костно-хрящевого регенерата, и по плотности костной ткани в шейке бедренной кости. Для этого использовали рентген-томографическую денситометрию (микротомограф «ScyScan1176»).

Результаты и их обсуждение. Во всех группах наблюдалось умеренное разрежение плотности костной ткани в шейке бедра, что связано с переходом минеральной составляющей кости из шейки бедра в область регенерата (межвертельная ямка). В группе № 4 (CaPGe 5%) разрежение было наиболее выраженным. В группах №2 (оксикарбонитрид титана) и №4 (CaPGe 5%) в зоне прилегающей к штифту выявлено максимальное количество костной ткани, оно составило 23,54% и 28,91% соответственно. Количество хрящевой ткани было больше в группе №4 - 19,49%, против группы №2 - 17,4%, что указывает на более активный процесс остеоинтеграции.

Выводы. Данное исследование подтверждает биологическую активность германия в отношении костной ткани, а также показывает, что наибольшая остеоинтеграция происходит вокруг штифтов, поверхность которых обработана покрытием с 5% содержанием Ge и оксикарбонитридом титана.

ФИБРОМА ВУЛЬВЫ ГИГАНТСКИХ РАЗМЕРОВ (клиническое наблюдение)

Гордлеева Д.В.

Кафедра акушерства и гинекологии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: асс. Баклыгина Е.А.

Фиброма вульвы - доброкачественная опухоль, развивающаяся из соединительной ткани больших и малых половых губ. Обычно эти опухоли небольших размеров, хотя могут достигать нескольких килограммов. По мере роста опухоль растягивает ткани половых губ и выпячивается наружу в виде округлого плотного бугра или обширного полиповидного образования.

Опухоли развиваются в возрасте от 20 до 50 лет. Протекают бессимптомно, лишь при значительных размерах возникает ощущение инородного тела, нарушаются мочеиспускание и дефекация. Возможно возникновение злокачественного роста в опухоли, нагноение и распад. Распознавание доброкачественных опухолей вульвы не представляет трудностей.

Лечение оперативное. Опухоль вылушивают из окружающих ее тканей, ложе ушивают многорядными швами (во избежание оставления свободной полости, в которой может образоваться гематома). Прогноз благоприят-

ный.

Клинический случай. Больная Я., 44 лет, госпитализирована во 2 отделение ГБУРО «ГКБ №8» с жалобами на чувство инородного тела в области правой большой половой губы, кровянистые выделения из опухолевидного образования, тянущие боли внизу живота, слабость, головокружение.

Из анамнеза: У гинеколога наблюдалась нерегулярно. С января 2005 г на правой губе заметила опухолевидное образование на ножке d - 3 см, с гладкой, ровной поверхностью, безболезненное. За помощью в медицинские учреждения не обращалась.

31.01.2009 г. отмечен подъем температуры тела до 38,9, резкое увеличение образования в области правой половой губы до 10 - 12 см в диаметре, с гиперемией окружающих тканей. 05.02.2009 г. на поверхности опухоли появились кровоточащие язвы, обильное кровотечение из опухоли (300 - 400 мл). Status localis: В области правой большой половой губы имеется опухолевидное образование на ножке d - 15 см., с умеренно кровоточащей, изъязвленной поверхностью. В ножке опухоли видны варикозно расширенные вены. Левая большая половая губа без видимой патологии.

Заключение: Фиброма вульвы. Быстрый рост опухоли. Нарушение питания опухоли (трофические язвы на поверхности опухоли). После заключения онколога (больше данных за доброкачественную опухоль) решено выполнить удаление новообразования вульвы, что и было выполнено в плановом порядке под проводниковой анестезией, с коагуляцией сосудов основания опухоли биполярным электродом, с последующим прошиванием ложа, наложением викриловых швов на кожу. Гистологическое заключение: Изъязвленная мягкая фиброма.

Больная Я. выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение гинеколога по месту жительства.

Таким образом, представленную редко встречающуюся опухоль - фиброму вульвы необходимо дифференцировать от паховой или бедренной грыжи. В данном клиническом наблюдении имеет место запущенный случай гигантской фибромы вульвы с атипичной клинической картиной, проявляющейся в кровотечении и изъязвлении данной опухоли, связанный с не обращением больной за медицинской помощью. В связи с этим большая роль должна отводиться профилактическим медицинским осмотрам.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Федоткина А.П.

Кафедра акушерства и гинекологии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научные руководители: проф. Чикин В.Г., асс. Баклыгина Е.А.

Цель исследования. Охарактеризовать и дать оценку последствиям пе-

ренесенной операции кесарева сечения у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы. Проведено исследование 2 женщин в возрасте 28 и 44 лет, находившихся на стационарном лечении во 2 гинекологическом отделении ГБУ РО «ГКБ №8» г. Рязани. У обеих пациенток имелось в анамнезе повторное перенесенное кесарево сечение сроком давности 1,5-2 года и схожая клиническая картина: обильные менструации и длительное кровомазание.

В предоперационной подготовке женщинам проведено: УЗИ, МРТ органов малого таза, гистеросальпингография.

Результаты и их обсуждение. В клиническом наблюдении №1: по УЗИ - признаки несостоятельности послеоперационного рубца; на ГСГ - дивертикулоподобное образование шейки; на МРТ - картина гематометры с формированием ложного хода и хронической гематомы в передней стенке шейки матки. Несостоятельность послеоперационного рубца на матке. На операции выявлена несостоятельность рубца на матке с формированием свищевого хода и образованием мешотчатого образования слева и спереди от шейки матки. Выполнена лапаротомия, низкая ампутация матки с иссечением стенок мешотчатого образования.

Клиническое наблюдение №2: на УЗИ органов малого таза - «ниша» в рубце. Выполнена гистероскопия, при которой обнаружено: в области рубца на матке после кесарева сечения - мощная синехия V-образной формы, разрушенная с трудом, при ее разрушении выделена лизированная кровь.

Выводы. Заживление раны матки в двух случаях клинически было идентичным (т.е. восстановление менструальной функции характеризовалось эпизодами обильных менструаций с последующим длительным кровомазанием). Но патогенез был различен: в одном случае сформировался параметральный свищ, а в другом - выраженные синехии в полости матки. Поэтому в ходе оперативного вмешательства целесообразно, особенно при повторном проведении кесарева сечения - иссечение рубцово-измененного участка на матке и более анатомическое сопоставление тканей.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ВЕДЕНИЮ РОДОВ ПРИ ПОПЕРЕЧНОМ ПОЛОЖЕНИИ ПЛОДА

Митина Л.М.

Кафедра акушерства и гинекологии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: д.м.н. Мирон И.М.

Представлен анализ 6 клинических наблюдений поперечного положения плода, при которых удалось обеспечить благополучное родоразрешение. Имеются 4 клинических наблюдения поперечного положения второго пло-

да при двойне (срок беременности: 37-38 недель).

У пациентки Р., 33 года при 5 беременности, 37 недель, 3 родах, роды велись через естественный родовой путь. После рождения первого плода в головном предлежании (масса 2780 г, рост 50 см, по Апгар 8/9 баллов) был вскрыт плодный пузырь и совершен комбинированный наружно-внутренний поворот второго плода на ножку с последующим извлечением его за ножку и паховый сгиб, масса плода 2900 г, рост 52 см, оценка по Апгар 8/9 баллов.

Пациентке Н., 35 лет с диагнозом первичное бесплодие трубного генеза с 2012 г., было проведено ЭКО в 2014 г. В результате имелись 2 плода: первый плод в тазовом предлежании, второй - в поперечном положении. При кесаревом сечении после извлечения первого плода провели успешный поворот второго плода на ножку с последующим извлечением за ножки, масса плода 2630 г, рост 48 см, оценка по Апгар 8/9 баллов.

Пациентка В., 40 лет при 4 беременности, 38-39 недель, 2 родах с поперечным положением плода была традиционно родоразрешена с помощью кесарева сечения, масса плода 3430 г, рост 54 см, оценка по Апгар 6/8 баллов.

Пациентка В., 25 лет, беременность 3, роды 2. В сроке 31 неделя с наличием множественных пороков развития плода (ВПС у плода: персистирующая левая верхняя полая вена, аномальный дренаж легочных вен, дефект первичной межпредсердной перегородки по типу венозного синуса, гипоплазия мозжечка, Эхо-маркеры хромосомных аномалий: вентрикуломегалия, расширение большой цистерны, гиперэхогенные фокусы, клубничкообразная форма головки), выраженном многоводии произошла антенатальная гибель плода, находящегося в поперечном положении. Наступили преждевременные роды и наружными приемами удалось провести поворот плода на головку. При полном открытии шейки матки вскрыт плодный пузырь, излилось 3 литра жёлтых вод. В переднем виде затылочного вставления родился мёртвый недоношенный мацерированный мальчик массой 1130 г, рост 36 см.

При родоразрешении данных женщин врачи продемонстрировали высокий класс повивального искусства с пользой для рожениц.

НОВОЕ В ЛЕЧЕНИИ ДИСТАЛЬНЫХ ФОРМ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Артамонова О.О.

Кафедра акушерства и гинекологии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: асс. Приступа Е.М.

Цель исследования. Анализ использования альтернативных методов лечения дистальных форм эктопической беременности - шеечной, шеечно-

перешеечной и особого типа беременности, развивающейся в нише рубца после кесарева сечения.

Материалы и методы. Объектом исследования явились женщины репродуктивного возраста - пациентки гинекологического стационара ГБУ РО ГKB №8 в период с 2013г. по 2014г с диагнозом «шеечная / шеечно-перешеечная беременность».

Результаты и их обсуждение. За исследуемый промежуток времени в ГKB №8 пролечены 3 пациентки с диагнозом шеечная беременность.

Пациентка Ф., 39 лет поступила в экстренном порядке 2.03.2013 с диагнозом: Начавшийся аборт при беременности 6 недель с жалобами на скудные кровянистые выделения из полового пути, периодические ноющие боли внизу живота. В анамнезе - 1 роды путем кесарева сечения, 1 медицинский аборт, гинекологический анамнез не отягощен. При гинекологическом исследовании заподозрена шеечная беременность. Выполнено УЗИ - картина перешеечной локализации беременности сроком 6 недель. Учитывая нереализованные планы по деторождению, больной проведена эмболизация маточных артерий с последующей вакуум-аспирацией содержимого полости матки. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии с сохраненной репродуктивной функцией.

Пациентка М. 37 лет, 16.01.2014г. поступила на искусственное прерывание беременности при сроке 8-9 недель. В анамнезе - 4 родов, 5 медицинских абортов. При выполнении операции искусственного прерывания беременности на этапе зондирования полости матки началось профузное кровотечение. На фоне проведения интенсивной терапии больная переведена в отделение оперативной гинекологии для проведения экстренной операции экстирпации матки, что и было выполнено. Общая кровопотеря 1200 мл. Результаты гистологического исследования: Плацентарная площадка расположена в области перешейка с хорошо выраженной, глубокой инвазией клеточного трофобласта в строму.

Пациентка П. 37 лет поступила в экстренном порядке 29.01.2014 г. с диагнозом: Начавшийся аборт при беременности 5-6 недель с жалобами на скудные кровянистые выделения из полового пути, периодические ноющие боли внизу живота. Из анамнеза - роды в 2006 году, патологические, кесарево сечение, 2 медицинских аборта. Выполнено УЗИ - прогрессирующая внематочная беременность на сроке 5-6 недель с перешеечной локализацией и имплантацией плодного пузыря в область послеоперационного рубца. Неполноценное формирование рубца на матке.

Учитывая наличие эктопической беременности с дистальным расположением плодместилища (по УЗИ), малый срок беременности, скудные кровянистые выделения, решено ввести внутримышечно препарат «Метотрексат» с последующим выполнением под УЗ - навигацией вакуум-аспирации плодного яйца, что и было выполнено. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии с сохраненной репродуктивной функцией.

Выводы.

1. Своевременная диагностика и использование малоинвазивных хирургических методов и консервативной терапии позволяют сохранить репродуктивную функцию женщины и снизить число радикальных операций и летальных исходов, что, применительно к нашему исследованию, позволило в двух случаях из трех избежать оргауносящих операций и массивных кровопотерь.

2. Применение малоинвазивных методов лечения, таких как ЭМА, применение препарата «Метотрексат» позволяет сохранить соматическое и репродуктивное здоровье женщины.

3. Практикующим врачам стоит помнить о такой редкой патологии, как шеечная беременность, т.к. незамедлительная диагностика и правильная тактика лечения позволяют предотвратить необратимые последствия для жизни и здоровья женщины.

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМПЛЕКСНОГО КЛИНИКО-ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Коваленко А.Н.

Кафедра акушерства и гинекологии

Тюменская государственная медицинская академия, г. Тюмень

Научные руководители: доц. Максимова Н.А., к.м.н. Пустынников А.В.

Спаечная болезнь является одной из актуальных проблем не только с медицинской, но и с социальной точки зрения. Послеоперационный пельвио-адгезивный перитонит занимает ведущие позиции среди причин трубно-перитонеального бесплодия. Высокая частота спаечных осложнений отмечается у 55-97% пациенток после абдоминальных операций. Наиболее распространенными последствиями брюшинных спаек являются: нарушения репродуктивной функции, проявляющиеся женским бесплодием (по данным ВОЗ в 75%), риск внематочной беременности (по мнению ряда авторов, в 16 - 25%), диспареуния, кишечная непроходимость, сложность повторных оперативных вмешательств.

Цель исследования. Оценка эффективности профилактики спаечной болезни методом комплексного клиничко-хирургического лечения с помощью анализа проведенных лапароскопий после наступления беременности у женщин, оперированных по поводу бесплодия, миомы матки и других заболеваний женских половых органов. Клиническое исследование было проведено в 4 группах больных, в которое было вовлечено 156 пациенток в возрасте от 20 до 47 лет. Операции были проведены на базе МСЧ «Нефтяник» в отделении гинекологии в течение 2013-2014 гг. Оценка эффективности оперативного лечения проведена на основании проведенных лапароскопий у пациенток, прооперированных по поводу бесплодия, после

наступления беременности в течение последующих 6 месяцев после первого хирургического вмешательства.

Задачи исследования: проанализировать особенности репродуктивного здоровья пациенток с миомой матки и другими воспалительными и невоспалительными заболеваниями женской репродуктивной системы, требующими хирургического лечения; оценить эффективность лапароскопических операций у больных миомой матки с диагнозом «женское бесплодие» и других заболеваний женских половых органов в отдаленном послеоперационном периоде; оценить современные возможности профилактики и лечения спаечной болезни органов малого таза у послеоперационных гинекологических пациентов.

Результаты и их обсуждение. По данным амбулаторных карт пациентов, из протоколов операций выявлено, что чаще всего женское бесплодие сочетается с заболеванием придатков и спаечной болезнью (12,7%), на втором месте - сочетание с эндометриозом (7%). Сочетание спаечной болезни и хронического воспаления придатков матки встречается в 19 случаях (12,7%), генитальным эндометриозом - в 16 случаях (10,2%). Как наиболее эффективный гемостатический препарат при оперативном лечении миомы матки чаще всего использовалось барьерное средство Тахокомб. При лечении женского бесплодия, генитального эндометриоза и заболевания придатков матки, для создания искусственного гидроперитонеума был использован препарат Адепт в 36,5%, физиологический раствор в 20 случаях (12,8%), раствор на основе гидрокортизона и полиглюкина в 13 случаях (8,3%). Всем пациентам в послеоперационном периоде проводилась противовоспалительная и ферментативная терапия препаратами Флексен, Лонгидаза, Флогэнзим. При анализе отдаленного послеоперационного периода установлено наступление беременности у 36 пациенток, что составляет 23,6% от всех прооперированных женщин. При проведении повторной лапароскопии у 17 (10,8%) пациенток, оперированных ранее по поводу женского бесплодия, после наступления беременности отмечено отсутствие спаек в малом тазу.

Выводы.

1. У больных миомой матки, женским бесплодием, воспалительными и невоспалительными заболеваниями придатков матки, нуждающихся в хирургическом лечении, в 38% случаев установлен диагноз пельвиоадгезивного перитонита различной степени распространенности.

2. Эффективно применение во время операции у больных с различными гинекологическими заболеваниями противоспаечных барьеров, противовоспалительных средств, энзимотерапии, иммуномодулирующих препаратов.

3. Применение комплексного клинико-хирургического лечения достоверно снижает риск возникновения спаечной болезни у пациенток, прооперированных по поводу бесплодия.

МАГНИЕВЫЙ СТАТУС У ЖЕНЩИН ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПОСЛЕ РОДОВ

Прокопович В.С., Прокопович В.С.

Кафедра акушерства и гинекологии

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург

Научный руководитель: доц. Бакуринских А.Б.

Цель исследования. Оценить магниевый статус у женщин во время беременности и после родов.

Материалы и методы. Работа проведена на базе родильного дома МАУ ГКБ №40. Был проведен проспективный анализ 63 историй болезни, из отделения патологии беременных (I группа - 31) и из послеродового отделения (II группа - 32). Каждая группа путем проведения тестирования была разделена на три подгруппы: норма, группа риска и ниже нормы. Опрос проводился с использованием специально разработанного теста - «Тест предварительной диагностики дефицита Mg», состоящий из трех основных блоков: режим питания, наличие вредных привычек, прием лекарственных препаратов. У женщин первой группы отмечалась соматическая патология и осложнения беременности, у группы риска - планируется динамическое наблюдение (дальнейшее исследование). У женщин второй группы отмечались осложнения родов со стороны матери и со стороны плода.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст женщин первой группы составил $26,4 \pm 4,9$ лет, во второй группе - $25,1 \pm 3,3$ лет. Среди соматических патологий в первой группе наиболее часто встречались: анемия (19%), миопия (11%), нейроциркуляторная дистония по гипотоническому типу (15%), хронический пиелонефрит (8%), хронический гастрит (7%), нейроциркуляторная дистония по гипертоническому типу (5%). Частота встречаемости соматической патологии в зависимости от уровня магния была разделена на три группы: норма, группа риска и ниже нормы. Среди акушерской патологии во второй группе наиболее часто встречалось - преждевременное излитие околоплодных вод (ПИОВ - 25%), ХФПН (17%), синдром задержки развития плода (СЗРП - 11%), длительный безводный период (9%), маловодие (8%), рубец на матке (5%), отеки (5%).

Вывод. Для беременных женщин с выраженной недостаточностью магния, по сравнению с беременными, имеющими содержание магния в норме, характерно: более высокая частота соматической патологии (анемия, нейроциркуляторная дистония по гипотоническому типу, хронический гастрит), акушерской патологии (ХФПН, преждевременное излитие околоплодных вод, длительный безводный период).

МАССИВНЫЕ АКУШЕРСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ. АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ
(ПО МАТЕРИАЛАМ РОДИЛЬНОГО ДОМА КЛИНИКИ ЮУГМУ)

**Осенова Е.А., Савинова Е.А., Селиверстова А.С., Феоктистова Н.О.,
Хихлова А.О.**

Кафедра акушерства и гинекологии

Южно-Уральский государственный медицинский университет, г. Челябинск

Научный руководитель: асс. Филиппова Н.А.

Цель исследования. Анализ массивных акушерских кровотечений за 2014 год в родильном доме клиники ЮУГМУ для определения факторов риска возникновения данной патологии.

Материалы и методы. Ретроспективно было проанализировано 13 случаев массивных акушерских кровотечений. Были изучены особенности течения беременности и родов по данным медицинской документации: индивидуальные карты наблюдения за беременными и истории родов. Для определения средних тенденций использовали методы описательной статистики.

Результаты и их обсуждение. При выявлении возможных факторов риска массивных акушерских кровотечений мы получили, что средний возраст беременных был от 18 до 35 лет. Установлено, что в 69,3% имел место отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (рубец на матке - 62%; медицинский аборт 2 и более - 46%; самопроизвольный аборт - 15%; воспалительные гинекологические заболевания - 31%; первичное бесплодие - 15%); в 50,8% анемия легкой степени тяжести; в 30,8% - наследственные тромбофилии; в 30,8% - заболевания печени (хронические вирусные гепатиты, синдром Жильбера, травма печени); в 15,4% - заболевания мочеполовой системы (хронический пиелонефрит, хроническая почечная недостаточность).

У 10 женщин при проведении второго УЗИ-скрининга на сроке 20-22 недель было установлено предлежание плаценты (70% - полное предлежание, преимущественно по передней стенке матки с подозрением на врастание плаценты; 30% - неполное предлежание); у 1 женщины на сроке 20 недель - низкая плацентация. В 38,5% случаев имела место хроническая плацентарная недостаточность. У 31% женщин во время беременности наблюдались эпизоды кровянистых выделений до 100 мл. Всем женщинам была проведена операция кесарево сечение, из которых три - в экстренном порядке, в большинстве случаев - донное, на сроке беременности в среднем 36-37 недель. В половине случаев новорожденные были незрелыми.

Средняя кровопотеря составила 2820 мл, которая осложнилась постгеморрагической анемией тяжелой степени. У 11 женщин исходом массивного акушерского кровотечения стала гистерэктомия, которая позволила сохранить жизнь пациенток, остальным выполнена метропластика с сохранением репродуктивного здоровья. Во всех случаях подозрение на враста-

ние подтвердилось после гистологического исследования.

Выводы. Основным фактором риска в возникновении массивных акушерских кровотечений явилось наличие предлежания плаценты по передней стенке у женщин в области рубца после операции кесарево сечение.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Ахметова А.К., Калжанова А.И.

Кафедра акушерства и гинекологии

Карагандинский государственный медицинский университет, г. Караганда, Казахстан

Научный руководитель: асс. Альтаева А.М.

В мире насчитывается более 150 млн. больных сахарным диабетом (СД). В 2025 году количество больных СД в мире увеличится в два раза и достигнет 333 миллионов человек.

В промышленно развитых странах распространенность СД составляет 5-6%. СД - одна из шести главных причин смертности в США. СД занимает первое место по распространенности (более 50% от числа всех случаев эндокринных заболеваний). Распространенность СД в мире 2 - 5% .У лиц старше 60 лет 8-10%. Ежегодно число больных СД увеличивается на 100000 человек.

В настоящее время больных с СД насчитывается более 320 млн, из них около 100 млн - это женщины репродуктивного возраста, и у 50% из них СД имеет скрытое течение или еще не диагностирован. Распространённость гестационного сахарного диабета (ГСД) зависит от частоты встречаемости сахарного диабета (СД) 2 типа и принадлежности популяции к определённой этнической группе. Данное заболевание осложняет 1-14% всех беременностей (в зависимости от изучаемой популяции и применяемых методов диагностики). Особенность болезни в том, что она может, как и прогрессировать дальше, перейдя в хроническую форму, так и полностью исчезнуть после родов.

Беременность у женщин, больных сахарным диабетом, при отсутствии правильного лечения протекает с большим количеством серьезных осложнений. Прогрессируют сосудистые заболевания (например, диабетическая ретинопатия - поражение сетчатки - выявляется у 35% беременных с сахарным диабетом). Диабетическое поражение почек способствует присоединению гестоза - осложнения беременности, проявляющегося повышением артериального давления, появлением отеков, белка в моче, вплоть до развития эклампсии (судорожных приступов с потерей сознания).

Самопроизвольное прерывание беременности происходит у 15-30% женщин в 24-27 недель беременности и раньше. Но при осуществлении тщательного наблюдения и лечении угроза спонтанного выкидыша не превышает таковую у здоровых женщин.

К группе риска принято относить женщин, имеющих в анамнезе один или несколько следующих факторов: избыточный вес; рождение крупного ребенка в прошлом; развитие гестационного диабета в предыдущую беременность; диабет у кровных родственников; беременность после 30 лет; проблемы в предыдущую беременность (привычное невынашивание, многоводие); рождение ранее мертвого ребенка или ребенка с пороками развития.

Материалы и методы. За период 2012-2014 гг. проанализированы ближайшие результаты 145 рожениц с гестационным сахарным диабетом в возрасте от 21 до 45 лет, родивших в ОКБ г. Караганды. В исследование включались женщины с хроническими заболеваниями, тяжелой соматической патологией в стадии декомпенсации.

Результаты и их обсуждение. Беременные женщины с гестационным сахарным диабетом страдающие ожирением - 105 (72,4%), беременные, у которых в анамнезе есть аутоиммунное заболевание - 87 (60%), сахарный диабет у родственников первой линии (родителей, родных братьев и сестер, детей) - 13 (8,9%), индуцированные роды - 63 (43,4%), срочные оперативные роды - 46 (31,7%), самопроизвольные роды - 28 (19,3%). Вес плода варьирует от 1300 до 5208, вследствие этого антенатальная смерть плода составляет - 7 (4,8%). Родивших женщин к нормальному сроку гестации - 129 (88,9%), преждевременные роды у 9 (6,2%). В 2012 г. беременных женщин с гестационным сахарным диабетом - 22, в 2013 г. - 47, в 2014 г. - 76.

Выводы:

1. Диабетическая фетопатия является одной из основных причин перинатальных потерь у женщин с ГСД. Она нередко обуславливает преждевременные роды, асфиксию при рождении, метаболические и другие нарушения адаптации новорожденных к внеутробной жизни, являющиеся наиболее частыми причинами неонатальных болезней и смертности. Это доказывают наши статистические показатели антенатальной смерти плода составляет 7 (4,8%) за период 2012-2014гг.

2. ГСД имеет тенденции к росту, а при современной демографической ситуации эта проблема приобретает особое значение. В 2012 г. беременных женщин с гестационным сахарным диабетом - 22, в 2013 г. - 47, в 2014 г. - 76. Таким образом, имеется тенденция к росту.

3. Страдающие гестационным сахарным диабетом не всегда обращаются за помощью, также они своевременно не проводят лечение и профилактические осмотры, не планируют беременность.

СОЧЕТАННЫЕ ФАКТОРЫ В ГЕНЕЗЕ ПРИВЫЧНОГО НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Калжанова А.И. Ахметова А.К.

Кафедра акушерства и гинекологии

Карагандинский государственный медицинский университет, г. Караганда, Казахстан

Научный руководитель: асс. Альтаева А.М.

Невынашивание беременности остаётся одной из наиболее актуальных проблем в акушерстве и гинекологии, так как влечет за собой не только снижение рождаемости, но и оказывает отрицательное влияние на репродуктивное здоровье женщины. Несмотря на значительные успехи, достигнутые наукой в последнее время, частота самопроизвольного прерывания беременности составляет 15-25% и не имеет тенденции к снижению. Риск повторного выкидыша после двух имевших место выкидышей составляет 24%, после трех - 30%, четырех - 50%.

Цель исследования. Изучение роли инфекционного фактора у женщин с привычным невынашиванием беременности в анамнезе.

Материалы и методы. Обследовано 72 женщины с ПНБ, которые наблюдались в ОКБ г. Караганды в период с 2013-2014 г. Результаты исследования анализировались по данным амбулаторных карт и историй беременности. В исследование включались женщины с хроническими заболеваниями, тяжёлой соматической патологией в стадии декомпенсации.

Результаты и их обсуждение. Возраст подавляющего большинства женщин (59,9%) был от 30 до 40 лет. Пациентки от 20 до 30 лет составили 36% от количества обследованных, старше 40 лет - 5,5%. Причиной привычного выкидыша у 10 (13,8% случаев) была хроническая урогенитальная инфекция, 5 (6,9%) - 3 и более инфекционными агентами (хронический токсоплазмоз, уреаплазмоз, ЦМВИ). В структуре гормональных нарушений при ПНБ гипофункция яичников наблюдались у 8,1%, у 10 (13,8%) - нарушения щитовидной железы (гипотиреоз, аутоиммунный тиреоидит). В анамнезе экстрагенитальные патологии: хронический пиелонефрит - 33 (45,8%), хроническая артериальная гипертензия - 13 (18,05%). Гинекологический анамнез: эндометриоз - 3 (4,16%), миома матки - 6 (8,3%). Выкидыш до 16 недель у 53 (73,61%), от 16 до 20 недель у 17 (23,61%). Осложнение после самопроизвольного выкидыша: выскабливание полости матки - 19 (26,38%), эндометрит - 7 (9,72%), гематометра - 1 (1,4%).

Выводы. Невынашивание беременности не имеет тенденции к снижению, а при современной демографической ситуации эта проблема приобретает особое значение. Этиологические факторы, патогенетические механизмы самопроизвольного выкидыша до сих пор полностью не раскрыты. Основная трудность в определении непосредственной причины прерывания беременности связана с тем, что невынашивание является многофакторным процессом.

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕВОЧЕК - ЗАЛОГ БЛАГОПОЛУЧНЫХ СЕМЕЙНО-БРАЧНЫХ ОТНОШЕНИЙ

Норалиева М.Д.

Кафедра акушерства и гинекологии

Андижанский государственный медицинский институт, г.Андижан, Узбекистан

Научные руководители: к.м.н. Якубова О.А., к.м.н. Насирова Ф.Ж.

Цель исследования. Выявить среди девочек региона Ферганской долины медико-социальные установки на семейно-брачные отношения для определения контингентов, нуждающихся в целенаправленных санитарно-просветительных мероприятиях.

Материалы и методы. У 748 девушек региона Ферганской долины проведен социологический опрос по специально составленной опросной анкете («Вопросник для девушки»), содержащей 16 вопросов. Анкета отражает мнение девушек по вопросам их репродуктивного здоровья, некоторым социально-гигиеническим проблемам, а также вопросам будущих семейно-брачных отношений.

Результаты и их обсуждение. При анализе мнений опрошенных в разрезе областей было отмечено, что девушки Ферганской области не приветствуют ранние браки. Только $6,0 \pm 1,6\%$ их назвали оптимальным возрастом 18 лет, а 17 лет и младше - вообще не называли. Подавляющее большинство жительниц этой области ($77,1 \pm 2,9\%$) указали на возраст 20 лет ($43,3 \pm 3,3\%$) и 21 год и старше ($33,3 \pm 3,3\%$). Вероятнее всего здесь оказалось преобладание сельских девушек и более старший возраст опрошенных, которые серьезно и взвешенно подошли к этому вопросу.

В Андижанской области доля девушек, считавших оптимальным возрастом вступления в брак в возрасте 20 лет ($34,0 \pm 2,7\%$) и старше ($12,2 \pm 1,9\%$), несколько ниже, чем в Ферганской. Большая часть подростков ($40,8 \pm 2,9\%$) здесь называют возрастом вступления в брак 19 лет. За ранние браки высказались $12,9 \pm 1,9\%$ респондентов, это в 2 раза больше чем в Ферганской области. Совершенно другая картина складывается в Наманганской области. Здесь за возраст вступления в брак 20 лет и старше высказались только $27,0 \pm 2,9\%$ опрошенных, но в 1,8- 2,3 раза ниже, чем в двух названных областях. Каждая третья девушка ($32,5 \pm 3,0\%$) предпочитает выходить замуж в 19 лет.

Вывод. У молодежи Ферганской долины сохраняются установки на ранние браки, оптимальным возрастом вступления в брак считали 17-18 лет. Повышение медицинской грамотности населения, в том числе девушек 11-19 лет даст возможность уменьшить число ранних браков, тем самым снизить заболеваемость, инвалидность и смертность среди них.

ПЕРВИЧНАЯ ДИСМНОРЕЯ У ДЕВУШЕК С ГИПОМАГНИЕМИЕЙ ПРИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Норалиева М.Д.

Кафедра акушерства и гинекологии

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан, Узбекистан

Научные руководители: к.м.н. Якубова О.А., к.м.н. Насирова Ф.Ж.

Цель исследования. Установление взаимосвязи ювенильной дисменореи с ДСТ, биохимическим маркером которого является оксипролин и содержание в сыворотке крови магния в зависимости от гормонального профиля во вторую фазу менструального цикла.

Материалы и методы. Обследованы 64 пациенток с ювенильной дисменореей, которым проведено одномоментное обследование состояния здоровья для исключения органической патологии, т.е. вторичной дисменореи.

Все девушки были в возрасте 13-17 лет. Контрольную группу составили 25 девушек с нормальными менструациями. В 1-ю группу входили 30 девушек, имевших висцеральные признаки ДСТ.

Во 2-ю группу вошли 34 девушки без клинических признаков дисплазии соединительной ткани. Пациенткам обеих групп с целью дифференциации первичной дисменореи был назначен нестероидный противовоспалительный препарат нимесил. Степень тяжести дисменореи выявлялась путем субъективной оценки болевых ощущений по визуально-аналоговой шкале боли.

Результаты и их обсуждение. У девушек с дисменореей, имеющих признаки ДСТ, содержание оксипролина в моче заметно увеличено, в зависимости от степени тяжести дисменореи, а во 2-ой группе этот показатель оставался в пределах допустимых концентраций. Нами выявлена сильная прямая корреляционная связь между содержанием оксипролина в моче и степенью тяжести дисменореи у девушек с дисплазией соединительной ткани, которая составила $r=1,0$. Следовательно, у девушек с дисменореей и наличием признаков ДСТ отмечалось повышение оксипролина в моче, которое связано с повышенным распадом коллагена. Также пониженное содержание магния в сыворотке крови свидетельствует о дисплазии соединительной ткани.

Выводы. ДСТ играет определенную роль в патогенезе первичной дисменореи, а недооценка состояния соединительной ткани приводит к увеличению частоты рецидивов заболевания с нарушением репродуктивной функции. При наличии дисплазии соединительной ткани необходимо применение дифференцированного подхода к лечению дисменореи у девушек, которое должно включать в себя назначение препаратов магния во второй фазе менструального цикла.

ОПЫТ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ОДНОЙ ТАБЛЕТКОЙ
МИФЕПРИСТОНА (200 МГ) В КОМБИНАЦИИ С МИЗОПРОСТОЛОМ
В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ ЖЕНСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЙ
г. ТЮМЕНИ

Кузакбирдиева О.Х. Щербакова А.В.

Кафедра акушерства и гинекологии

Тюменский государственный медицинский университет, г. Тюмень

Научные руководители: проф. Полякова В.А.

Цель исследования: Изучить эффективность применения медикаментозного аборта с использованием одной таблетки мифепристона в г. Тюмени в динамике за 2013-2014 гг.

Задачи: рассчитать количество медикаментозных абортов, проводимых по схеме с применением 1 таблетки мифепристона в женских консультациях г. Тюмень; изучить частоту и структуру осложнений при проведении медикаментозного аборта по данной схеме за 2014 г. и сравнить с 2013 г.

Материал и методы. Под наблюдением находились женщины репродуктивного возраста, обратившиеся в женские консультации г. Тюмени в 2014 г.

За 2014 г. было проведено 3950 абортов. Прослеживается положительная динамика увеличения числа медикаментозных абортов с 2012 г.

По результатам проведенного анализа, частота развития осложнений за 2014г. составила 0,99 %, в то время как за 2013г. составляла 2,2 %.

Основными осложнениями при проведении медикаментозного аборта по схеме с применением 1 таблетки мифепристона за 2014г. являются: неполный аборт (45,5% случаев), длительные кровотечения (22%), плацентарные полипы (21,5%) и прогрессирующая беременность (11%). За 2013г. по этой же схеме: неполный аборт (49 % случаев), гематометра (29,42%), прогрессирующая беременность (15,7%), кровотечения (3,92%), плацентарный полип (1,96%).

Выводы.

1. Частота осложнений медикаментозного аборта составила 0,99%, что значительно ниже, чем в 2013 году (2,2%.)

2. Структура осложнений в 2014 г. изменилась, по сравнению с 2013 г. Уменьшилась частота неполных абортов (на 3,5%), случаев прогрессирующей беременности (на 4,7 %), незначительно возросли случаи длительных кровотечений и плацентарных полипов. Важно отметить, что в г. Тюмени в 2014 г. не регистрировалось такое осложнение как гематометра, что связано с оправданным и показанным, часто используемым внутривенным введением окситоцина и транексама.

ПРОБЛЕМЫ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, НАХОДЯЩИХСЯ В РОДСТВЕННОМ БРАКЕ

Музафарова М.Э., Мельникова В.Ю.

Кафедра акушерства и гинекологии №1

Таджикский государственный медицинский университет, г. Душанбе, Таджикистан

Научный руководитель: акад. АМН МЗ РТ, проф. Додхоева М.Ф.

Цель исследования. Изучить особенности течения беременности и родов у женщин, находящихся в родственном браке.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели была проанализирована 841 история беременности и родов женщин, находящихся в родственном браке, за январь-декабрь 2013 года, поступивших в городской родильный дом №3 г. Душанбе. Эта цифра составила 9% от всего количества поступивших беременных за этот период (9309 пациентов) на роды или в отделение патологии беременных.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст обследованных женщин варьировал от 18 до 45 лет. Роженицы раннего репродуктивного возраста составили 77 (9,1%), активного репродуктивного возраста 713 (84,8%), позднего 51 (6,1%). Брак был родственным со стороны матери в 33% случаев, со стороны отца 18,5% случаев и дальнородственным в 15% случаев (в 3-м поколении). Из 841 беременной и рожениц, состоявших в родственном браке, 768 (91,3%) поступили на роды, 14 - на прерывание беременности по поводу неразвивающейся беременности и 1 пузырный занос, 58 - с угрозой прерывания беременности. Первородящие составили 30%, повторнородящие 61,8%, многоорожавшие (4 и более) - 8,1%. Анализ сопутствующих заболеваний в исследуемой группе показал высокую частоту анемии 19%, заболевания почек 28%, диффузного увеличения щитовидной железы 22,3%. Частота гипертензивных нарушений составила 3,8 %, случаев эклампсии не наблюдалось, частота многоводия 6,2%, маловодия 1,8%. Частота рождения детей с аномалиями развития составила 2,2%. Течение беременности осложнилось в первом триместре угрозой прерывания в 17,2% случаев, анемией в 17%, рвотой 40%, ОРВИ в 18,5% случаев, во втором триместре угрозой < 10,5%, ОРВИ 17,7%, в третьем триместре ОРВИ 23,7%), обострением пиелонефрита 6,2% случаев.

Выводы. Таким образом, проведенный анализ показал, что гестационный процесс у беременных женщин, находящихся в родственном браке, осложняется наиболее часто угрозой прерывания беременности и экстрагенитальными заболеваниями во время беременности, высокой частотой рождения детей с пороками развития, такими как хондродистрофия, полидактилия и синдактилия, ВПС и др.

ПРИЧИНЫ НЕВЫСОКИХ ЗРИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ ПОСЛЕ LASIK ПРИ МИОПИИ СЛАБОЙ СТЕПЕНИ

Саяпина А.С., Пекшуева У.А.

Кафедра глазных и ЛОР-болезней

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: д.м.н. Соколов В.А.

LASIK (лазерный кератомилёз) представляет собой самый современный вид коррекции зрения - уникальную комбинацию микрохирургической и эксимер-лазерной технологий. За последние 20 лет в мире проведено около 20 миллионов коррекций зрения по методике LASIK. Одним из осложнений этой операции является регресс и недокоррекция рефракционного эффекта. Регресс и недокоррекция рефракционного эффекта после LASIK при миопии до 6 диоптрий составляет 10-30% случаев (по данным МНТК «Микрохирургии глаза» им. акад. С. Федорова на 2002 г.).

Цель исследования. Выяснить причину недокоррекции после LASIK при миопии слабой степени.

Результаты и их обсуждение. Объективные исследования показали, что регресс происходит из-за: нестойкости работы лазера, слабости аккомодации, возможности прогрессирования миопии за счёт роста глазного яблока (противопоказание для рефракционных операций). Мы проанализировали данные 233 пациентов с миопией слабой степени (до 3.0 D). Из обследованных мужчин-119, женщин-114, средний возраст пациентов-28 лет). Всего прооперированно было 374 глаза, регресс наблюдался на 9 глазах, что составило 2,4%.

Приведенные выше причины были исключены. В 9 случаях причиной недокоррекции являлось проявление хрусталикового астигматизма, после того, как был устранен роговичный астигматизм.

Выводы. Причина низкого зрения заключалась в проявлении обратного хрусталикового астигматизма после того, как был устранен прямой астигматизм в результате первой операции. Из этого следует, что оперировать нужно с учетом суммарного астигматизма. При миопии слабой степени необходимо ориентироваться на суммарное значение астигматизма и отказаться от полной коррекции прямого роговичного астигматизма.

ОТОСКЛЕРОЗ, СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ И ИХ РЕЗУЛЬТАТЫ

Кирсанов Н.А.

Кафедра глазных и ЛОР-болезней

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: д.м.н. Панин В.И.

В хирургическом лечении пациентов с отосклерозом в настоящее время распространенными являются две методики стапедопластики: поршневая стапедопластика и стапедопластики аутохрящом на вене. Достоинством

поршневой стапедопластики является отсутствие роста новой костной ткани, недостатком - возможные послеоперационные осложнения (некроз длинного отростка наковальни и его ампутация, перилимфатическая фистула, травма перепончатого лабиринта поршнем при интенсивных звуках), большие экономические затраты. Достоинствами стапедопластики аутохрящом на вене являются быстрое закрытие КВИ в раннем периоде, экономичность, отсутствие недостатков, присущих поршневой стапедопластике.

Цель исследования. Определить оптимальный метод оперативного лечения отосклероза.

Материалы и методы. Операционные журналы оториноларингологического отделения ГБУ РО «КБ им. Н.А. Семашко» с 16.09.2010 по 25.02.2015, аудиограммы пациентов в течение первой недели и через 6 месяцев после операции.

Результаты и их обсуждение. В оториноларингологическом отделении ГБУ РО «КБ им. Н.А. Семашко» за изучаемый период прооперирован 21 пациент (17 женщин и 4 мужчины, средний возраст 44,6 лет), которым проведены 20 стапедопластик аутохрящом на вене и 1 поршневая стапедопластика. Результаты анализа аудиограмм в течение первой недели после операции свидетельствуют о сокращении интервала костно-воздушной проводимости при операции аутохрящом на вене. Аудиограмма пациента, которому проведена поршневая стапедопластика существенно не изменилась, субъективно восстановление слуха так же не произошло. Анализ аудиограмм через 6 месяцев после операции не выявил различий в зависимости от методики стапедопластики.

Выводы. Учитывая различные показания к данным операциям и одинаковую степень восстановления слуха в долгосрочной перспективе, можно говорить о том, что операции относительно равноценные и выбор тактики будет зависеть от конкретного пациента.

АНТРОХОАНАЛЬНЫЕ ПОЛИПЫ, СОВРЕМЕННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИХ ЛЕЧЕНИЯ

Гусарова Д.А.

Кафедра глазных и ЛОР-болезней

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: д.м.н. Панин В.И.

Цель исследования. Изучить этиопатогенез АХП и определить оптимальный метод его лечения.

Результаты и их обсуждение. Антрохоанальный полип - один из видов полипов носовой полости, который проникает в нее через дополнительное соустье гайморовой пазухи (ГП) и растет в сторону хоан и носоглотки. Этиопатогенез АХП заключается в нарушении аэродинамики полости носа из-за анатомических особенностей соустья ГП. При этом во время вдоха

струя воздуха «бьет» в участки слизистой ГП и является механическим раздражителем.

В результате чего возникает локальное воспаление слизистой, ее отек, разрастание, формирование кист и полипов.

Клиника: затруднение носового дыхания, гипосмия, гнусавость голоса, патология со стороны среднего уха (вследствие закупорки евстахиевой трубы), рефлексорные невроты, дискомфорт при глотании (при крупных полипах). Диагностика не представляет каких-либо сложностей: тщательный анализ жалоб и анамнеза; передняя и задняя риноскопия, фарингоскопия, эндоскопия полости носа, КТ (для уточнения происхождения полипа).

Единственным методом лечения АХП остается хирургический. Удаление при помощи крючка Ланге - простой и эффективный метод, но полипы после такой операции часто рецидивируют. Радикальным методом лечения считают операцию Колдуэлла-Люка, но она достаточно травматична, и у пациентов в послеоперационном периоде отмечаются такие осложнения, как онемение в околоносовой и щечной областях, неврит тройничного нерва, яркая болевая реакция на холод в месте послеоперационного рубца.

Лазерная резекция так же не носит радикального характера, так как удаляется только тело полипа в носовой полости, а не его ножка, находящаяся в пазухе. «Золотым» стандартом является функциональная эндоскопическая хирургия, которая позволяет осуществить необходимые манипуляции эндоназально под контролем зрения хирурга, достичь малодоступных мест и санировать их полностью, что существенно снижает риск рецидива.

Использование дебри-дера - устройства, сбрывающего и втягивающего в свой наконечник ткань полипа, значительно уменьшает площадь кровотечения, что заметно облегчает работу хирурга, сокращает время операции и легче переносится пациентами.

Вывод. На сегодняшний день оптимальным методом лечения АХП является эндоскопическая хирургия, которая лишена недостатков других методов и обладает рядом вышеупомянутых преимуществ.

КИСТА КЛИНОВИДНОЙ ПАЗУХИ

Клокова В.О.

Кафедра глазных и ЛОР-болезней

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: д.м.н. Панин В.И.

Цель исследования. Изучение этиопатогенеза, клинической картины, диагностики и лечения кист клиновидной пазухи.

Результаты и их обсуждение. Киста клиновидной пазухи - патологическое образование в слизистых оболочках, имеющее тонкие эластичные стенки и содержимое. В этиологии играют роль воспалительные заболевания пазух носа и аномалии развития.

Механизм развития кистовидного растяжения пазух заключается в нарушении вентиляции синуса в связи с выключением дренажной функции выводных отверстий. Слизь скапливается в пазухе, по мере накопления жидкого содержимого давление резко повышается, что ведет к постепенному истончению и атрофии костных стенок.

Основная жалоба больных - головные боли в лобной и затылочной областях. Некоторые больные не предъявляют жалоб на головные боли и обращаются за медицинской помощью в связи с развившимся синдромом верхнеглазничной щели. При изолированном поражении нервов, например, в случае пареза отводящего нерва, больные могут предъявлять жалобы на ограничение подвижности глазного яблока кнаружи, диплопию, головокружение, нарушение ориентации. Главная роль в диагностике отводится КТ и МРТ.

Лечение оперативное. Всем больным проводят эндоскопическую операцию с эндоназальным доступом. Под контролем ригидного эндоскопа производится латерализация средней носовой раковины, верифицируется задний конец верхней носовой раковины, за которым располагается передняя стенка клиновидной пазухи. Несколько кзади книзу и медиальнее заднего конца верхней носовой раковины определяется отверстие клиновидной пазухи, которое расширяется угловыми инструментами Блексли и костным круговым выкусывателем. соустье пазухи расширяется до 5 - 6 мм, что позволяет ввести в пазуху эндоскоп и хирургические инструменты.

После удаления кисты, осмотра пазухи, в просвет вводится узкий марлевый тампон, пропитанный раствором фурацилина, на сутки, чтобы не допустить образования в просвете кровяного сгустка.

Вывод. Отсутствие специфической клинической картины и невозможность обнаружения патологии на стандартных рентгенологических укладках, сложность оперативного доступа с возможностью развития серьезных послеоперационных осложнений создают трудности в диагностике и лечении кист клиновидной пазухи.

СЛУЧАЙ ПОСТИНЪЕКЦИОННОГО ЭНДОФТАЛЬМИТА

Саяпина А.С.

Кафедра глазных и ЛОР-болезней

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: асс. Севостьянов А.Е.

Цель исследования. Оценить перспективы лечения эндофтальмита на различных стадиях процесса.

Результаты и их обсуждение. Эндофтальмит - абсцедирующее воспаление внутренних структур глаза, приводящее к скоплению гнойного экссудата в стекловидном теле.

В данной работе рассмотрен случай постинъекционного эндофтальмита больной, поступившей с жалобами на боли, низкое зрение левого глаза. Status ophthalmicus: Visus OS=p.l.c. Левый глаз раздражен, выраженная смешанная инъеция, субконъюнктивальное кровоизлияние на 18 часах. Влага передней камеры слегка опалесцирует, гипопион 2 мм, зрачок округлой формы диаметром 3 мм, нити фибрина в области зрачка. Рефлекс глазного дна тусклый, с желто-зеленый оттенком. Детали не видны. Плавающие помутнения в стекловидном теле. После обследования был выставлен диагноз: эндофтальмит, частичный гемофтальм, постинъекционная перфорация склеры левого глаза.

Лечение заключалось в проведении витрэктомии, введении антибиотиков в стекловидное тело, вымывании гипопиона, введении антибиотиков в переднюю камеру глаза, а также задней тотальной витрэктомии и факто-эмульсификации осложненной катаракты на левом глазу. После данных лечебных мероприятий больная была выписана. Состояние при выписке удовлетворительное, Visus OS=0,02+10,0 = 0,2. Через два месяца эта же больная поступила с диагнозом: Афакия левого глаза. Незрелая катаракта правого глаза. Макулодистрофия обоих глаз. В связи с этим была выполнена имплантация ИОЛ на левый глаз. Visus OS= 0,1н/к. Низкое зрение объясняется наличием роговичного шва. После снятия роговичного шва зрение повысилось до следующих значений: Visus OS=0,3-0,4 н/к.

Вывод. Своевременное комплексное лечение эндофтальмита на начальной стадии позволяет сохранить зрительные функции. В более поздних стадиях зачастую удается сохранить глаз как анатомический орган, но спасти зрение практически невозможно.

ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ МОДЕЛИ ФОТОИНДУЦИРОВАННОГО ТРОМБОЗА ЦЕНТРАЛЬНОЙ АРТЕРИИ СЕТЧАТКИ

Смирнова И.В., Султанов А.Р.

Кафедра глазных и ЛОР-болезней

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: доц. Колесников А.В.

Цель исследования. Изучить электрофизиологические характеристики фотоиндуцированной модели тромбоза центральной артерии сетчатки (ЦАС).

Материалы и методы. Экспериментальную модель острой ишемии сетчатки воспроизводили на 12 половозрелых кроликах самцах породы шиншилла. Формирование тромбоза сосудов сетчатки осуществлялось освещением височной аркады (10 мин) в месте перегиба сосудов через край зрительного нерва бинокулярным офтальмоскопом и собирающей лупой + 14,0 D после внутривенного введения фотосенсибилизирующего красителя бенгальского розового (БР) в дозе 40 мг/кг массы животного.

Электрофизиологические исследования проводили на приборе «Нейро-ЭРГ». Перед исследованием в конъюнктивальную полость инстиллировали раствор инокаина. После темновой адаптации (20 мин) регистрировали максимальную электро-ретинограмму (ЭРГ) и палочковую ЭРГ. В качестве стимула применяли мини-ганцфельд (стандартные вспышки с интервалом 3 сек. - для регистрации общей ЭРГ, тусклый белый свет с интервалом 2 сек. - для регистрации палочкового ответа). Активный электрод - контактная линза-электрод ERG-jet. Игольчатые референтный и заземляющий электроды помещали подкожно в скальпе животного. Сравнивали показатели ЭРГ до и после моделирования тромбоза ЦАС.

Результаты и их обсуждение. Установлено достоверное снижение амплитуды а-волны максимальной ЭРГ через 5 мин после формирования окклюзии сосудов сетчатки на 12%. Увеличение амплитуды а-волны на 1 и 3 сутки после формирования ишемии сосудов сетчатки на 5% и 8% соответственно. Амплитуда в-волны достоверно снижалась на 10% через 5 мин после формирования окклюзии сосудов, была достоверно ниже интактных кроликов на 14 сутки после моделирования ишемии сетчатки и составляла 88,8% от исходных значений.

Анализ палочковой ЭРГ показал: амплитуда в-волны ниже на 32% через 5 мин от момента формирования окклюзии сосудов сетчатки и на 53% от значений интактных животных на 14 сутки.

Выводы. Интравенозное введение БР и фокальное освещение сосудов сетчатки белым светом позволяет получить типичную картину тромбоза ЦАС. Данная модель сопровождается типичными изменениями показателей ЭРГ. Полученные результаты позволяют использовать ЭРГ для апробации в эксперименте новых методов лечения тромбоза ЦАС.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГЛАЗ В КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Климкин А.С.

Кафедра офтальмологии

Курский государственный медицинский университет, г. Курск

Научный руководитель: доц. Медведева М.В.

Одной из значимых проблем офтальмологии является охрана зрения детей. Патология органа зрения широко распространена во всех возрастных группах детского населения. Проблема охраны зрения детей имеет важное социальное значение, т.к. врождённые или приобретенные стойкие патологические изменения органа зрения у части пациентов сказываются в дальнейшем на развитии ребенка и его профессиональной ориентации.

Цель исследования. Анализ структуры и распространенности офтальмопатологии по данным диспансеризации в Курской области в 2013-2014 гг.

Материалы и методы. За два года в Курской области были осмотрены 218728 детей. Среди осмотренных детей преобладали школьники, их доля составила в 2013 г. - 59% от общего числа осмотренных, а в 2014 г. - 58%.

Результаты и их обсуждение. Структура впервые выявленной офтальмологической патологии за последние два года практически не изменилась. В 2014 г., как и в 2013 г. преобладали заболевания слизистой (36,8%), миопия (14,6%) и заболевания век (8,5%). В 2014 г. в сравнении с 2013 г. в 1,3 раза возрос процент бытового травматизма (64% и 55% соответственно), снизился уровень уличного травматизма почти в 1,5 раза (16% и 23% соответственно). В структуре причин инвалидности, так же как и в 2013 г. преобладала односторонняя слепота 54,5%. Анализируя отчет по приему детей на базе ОБУЗ «Офтальмологическая больница - офтальмологический центр» за 2014 год, получены данные, свидетельствующие о том, что частота встречаемости болезней глаз выше в 1,2 раза у школьников (55,1%) по сравнению с дошкольниками (44,9%). Заболеваемость офтальмопатологией среди городских жителей в 1,2 раза превышала аналогичные значения у сельских жителей (54% и 46% соответственно). В структуре патологий преобладает миопия (33,1%), заболевания слезных органов (14%), косоглазие (12,4%) и гиперметропия (11,4%). Среди воспалительных заболеваний чаще встречается конъюнктивит (45%) и дакриоцистит (15,7%).

Выводы. Улучшение качества профилактической работы первичного звена, расширение охвата диспансеризации, рост диагностических возможностей должны снизить число выявленных случаев хронизации заболевания и улучшить ситуацию с инвалидизацией детского населения.

ЭЛЕКТРОННО-МИКРОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СПЕРМАТОЗОИДОВ У ПАЦИЕНТОВ С БЕСПЛОДИЕМ И НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ В СЕМЬЕ

Бубнова А.М., Ескина У.А.

Кафедра акушерства и гинекологии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: доц. Гусак Ю.К.

Цель исследования. Проанализировать результаты электронных микроскопий сперматозоидов (ЭМИС) у пациентов с бесплодием и невынашиванием беременности в семье.

Материалы и методы исследования. Был проведен анализ данных 116 ЭМИС у пациентов, обследуемых по поводу бесплодия и невынашивания беременности в семье.

Результаты и их обсуждение. Возраст мужчин составлял 24-43 года. При анализе ЭМИС принимались во внимание: наличие инфекционного поражения (бактериального или вирусного), нарушений ультраструктур сперматозоидов; характер конденсации хроматина (зрелый или незрелый).

В результате анализа было установлено, что только у 23 пациентов (19,8%) картина ЭМИС расценена как нормальная. У остальных 93 (80,2%) обследованных были обнаружены различные отклонения от нормальных показателей ЭМИС.

У 35 человек (30,1%) были обнаружены нуклеокапсиды вируса простого герпеса (ВПГ). В 12(10,3%) наблюдениях отмечались сочетание ВПГ с различными другими изменениями в сперматозоидах (несконденсированный хроматин, прореагировавшая акросома, аномалии аксонемы, наличие бактериальной микрофлоры, патология шейки, капля на головке и др.).

У 10 пациентов(8,6%) в ЭМИС определялись микроколонии Грамм (-) Грамм (+) бактерий. В 28 наблюдениях (24%) был диагностирован незрелый хроматин, сочетающийся с различными изменениями ультраструктур сперматозоидов: снижение количества интактных головок, патология акросомы, аномалия аксонемы жгутиков; наличие инфекционных поражений (бактериального и вирусного) и др. У 20 (17,2%) пациентов были обнаружены грубые изменения в ультраструктурах сперматозоидов. Данная группа мужчин рассматривалась как не способная к зачатию даже при использовании методов ЭКО.

Выводы. В результате анализа ЭМИС у пациентов с бесплодием и невынашиванием беременности в семье было установлено, что нормальные показатели отмечены только у 19,8%. В 80,2% случаев обнаружены различные сочетания нарушений ультраструктуры спермиев, а также инфекционные поражения (бактериальные и вирусные). Данное обстоятельство следует учитывать в практической деятельности при обследовании мужчин, в семьях которых отсутствуют дети.

Терапевтический блок

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСТРЕННОГО ЧКВ ПО ДАННЫМ ОТДЕЛЕНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ КАРДИОЛОГИИ РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Гривина С.А.

Кафедра факультетской терапии с курсами эндокринологии, клинической фармакологии, профессиональных болезней и фармакотерапии ФДПО
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научный руководитель: доц. Панфилов Ю.А.

В структуре заболеваемости и смертности населения экономически развитых стран ИБС доминирует. Основной причиной смерти при ИБС является инфаркт миокарда. Тактика ведения пациентов с ОКС направлена на максимально раннее восстановление коронарного кровотока.

Оптимальным является проведение ЧКВ в течение 1,5 (реже 2-х) часов с момента первого контакта с медицинским персоналом (первичное ЧКВ). Если нет возможности провести ЧКВ в данные сроки даже при условии транспортировки больного в другой стационар, проводится ТЛТ (до - либо внутригоспитальная). ТЛТ показана в первые 12 часов от начала ангинозного приступа. При безуспешности ТЛТ проводится спасательное ЧКВ.

Цель исследования. Определение 2-летнего прогноза после проведения экстренного ЧКВ пациентам с ОКС.

Схема исследования: оценка госпитализации за 2012, 2013 годы с помощью медицинской документации (данные КАГ, ЭКГ, проводимая терапия); оценка 2-летнего прогноза (2012-2015 гг.) с помощью телефонных вопросов (приверженность к лечению, выживаемость/летальность, причины смерти).

Было проанализировано 38 историй болезней с ОКС, которым было выполнено экстренное ЧКВ в условиях ОКБ в 2012-2013 гг.

Все пациенты имели окончательный диагноз инфаркт миокарда. Чаще всего встречались пациенты с первичным инфарктом миокарда.

Встречаемая сопутствующая патология - сахарный диабет, ЦВБ, ожирение 2-4 типа. ТЛТ проводилось в 40 % случаев, первичное стентирование в 90% случаев. Выявленные осложнения при стентировании у пациентов - тромбоз сосуда, повторный инфаркт миокарда.

Дозвонились пациентам в 80% случаев. Выяснили, что обращение за экстренной медицинской помощью - только 16%, наблюдение у кардиолога регулярное, приверженность к лечению высокая. Проявления симптомов ИБС не имеют 45% случаев. Летальной смертности в связи с ОКС нет в течение последних 2-х лет.

Выводы.

1. В условиях отделения неотложной кардиологии ОКБ имеется тенден-

ция к более раннему проведению ЧКВ и увеличению % экстренной ЧКВ пациентам с ОКС.

2. Размер очага некроза (эффективность ЧКВ) напрямую зависят от времени начала болевого симптома до госпитализации.

3. Q(-) инфаркт миокарда развивался только у пациентов, госпитализированных в первые 2 часа от начала заболевания.

4. Частота осложнений ЧКВ в ГБУ РО ОКБ сопоставима с общероссийскими данными.

5. Приверженность к назначенному лечению пациентов, перенесших экстренную ЧКВ, составляет 60-85% по разным группам препаратов.

СИСТЕМНЫЕ СОСУДИСТЫЕ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ФЕНОМЕНЫ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ

Ческидов А.В.

Кафедра факультетской терапии с курсами эндокринологии, клинической фармакологии, профессиональных болезней и фармакотерапии ФДПО
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научный руководитель: асс. Лазарева О.Ю.

Инфекционный эндокардит (ИЭ) - инфекционное поражение ткани клапанов и эндотелия различными возбудителями. Необходимое условие развития ИЭ - повреждение эндокарда или эндотелия. Оно может возникать вследствие недостаточности или стеноза клапанов, существования шунта с формированием высокоскоростного потока крови, а также в результате микротравмы, операции. Адгезия тромбоцитов к поврежденному эндотелию приводит к формированию небольшого локального, первоначально стерильного агрегата из тромбоцитов и фибрина, который впоследствии инфицируется циркулирующими в крови возбудителями. Наиболее частый источник бактериемии - кожа, ротовая полость и глотка. Если первичный микротромб колонизируется в такой степени, что преодолеваются клеточные и гуморальные факторы защиты хозяина, то начинается бурный рост микрофлоры, и в течение нескольких дней формируется макроскопически определяемая вегетация - отличительная черта ИЭ, состоящая из бактерий (порядка $10^{10}/г$), тромба, лейкоцитов и тканевого детрита. ИЭ приводит к постоянной бактериемии, как правило, легкой степени. Часто, особенно при инфицировании такими агрессивными микроорганизмами, как стафилококки, развивается развернутая картина сепсиса.

Почти все известные патогенные бактерии могут быть причиной развития ИЭ, но на практике этиологическая роль преимущественно принадлежит грамположительной флоре (около 85% всех ИЭ).

Неспецифические системные признаки ИЭ, особенно при его затяжном течении, - лихорадка, озноб, утомляемость, ночная потливость, боль в суставах и снижение массы тела. Дополнительные признаки системного вос-

паления - тахикардия и увеличение селезенки. К классическим специфическим симптомам ИЭ относят признаки деструктивных (шумы клапанной регургитации и сердечной недостаточности) или эмболических (отчасти опосредованных иммунологическими механизмами) осложнений, которые указывают на запущенное заболевание. Поражение кожи при инфекционном эндокардите, обусловленные микроэмболией, кровоизлияниями или иммунологическими реакциями: петехии (конечности, конъюнктивы, слизистая оболочка щек), подногтевые кровоизлияния (по типу заноз), узелки Ослера (маленькие болезненные пурпурные подкожные узелки на ладонной стороне пальцев), язвочки Джейнвея (эритематозные безболезненные пятнистые язвочки на ладонях и подошвах). При осмотре глазного дна можно обнаружить кровоизлияние в сетчатку с бледным центром (пятна Рота). Несмотря на ценность проверенных временем клинических признаков и симптомов ИЭ, он имеет репутацию трудно диагностируемого заболевания.

Специфического лабораторного маркера ИЭ не существует. Лабораторные признаки включают лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышение скорости оседания эритроцитов (СОЭ), увеличение содержания С-реактивного белка и γ -глобулинов. Характерный признак эндокардита - анемия с низким содержанием сывороточного железа. В крови присутствуют циркулирующие иммунные комплексы и, в некоторых случаях, определяется ревматоидный фактор. При исследовании мочи очень часто обнаруживают гематурию (чаще - микрогематурию), протеинурию и эритроцитарные цилиндры. Наиболее важным критерием, безусловно, считают выделение культуры возбудителя из крови. Окончательный диагноз устанавливают при получении положительных результатов посева крови и данных об обнаружении вегетаций при ЭхоКГ.

Клинический случай. Больной А., 58 лет поступил в ревматологическое отделение ГБУ РО ОКБ 11.09.2014г. с направительным диагнозом «Реактивный артрит левого тазобедренного сустава». На момент поступления предъявлял жалобы на боли в левом тазобедренном суставе механического ритма, резкое ограничение движений, нарушение походки. Из анамнеза известно, что 4.09.14г. появилась резкая боль в левом коленном суставе, отёк, принимал НПВП - боль и отёк прошли. С 8.09.2014г. стала беспокоить боль в левом тазобедренном суставе, отмечался подъём температуры тела до 40°C. В объективном статусе на момент госпитализации на себя обращают внимание лихорадка (39,5°C), ЧСС - 100 уд./мин, язвенный дефект на коже ног. Проводилось лечение НПВП. Сохранялась фебрильная лихорадка, появились боли и ограничение движений в правом плечевом суставе. Наличие лихорадки неясного генеза явилось показанием для забора крови на стерильность. Выявлен *St. aureus*. Больной консультирован хирургом: инфицированная потёртость III пальца левой стопы, назначена терапия абакталом (м.н.н.: пefлoксaцин), температура нормализовалась.

Ухудшение состояния с 22.09.2014г.: состояние тяжёлое, профузное потоотделение, кожные покровы и склеры иктеричны, больной заторможен. Геморрагический кожный синдром. ЧСС - 120/мин. Печень увеличена на 6 см из-под края рёберной дуги. 23.09.14г. сопор, контакту не доступен. На РКТ - картина ишемии в правых теменной и затылочной области. Субарахноидальное кровоизлияние. На ЭхоКГ - признаки инфекционного эндокардита с поражением митрального клапана (МК), симметричная гипертрофия миокарда ЛЖ, дилатация ЛП и ЛЖ, недостаточность МК, атеросклероз, расширение восходящего отдела аорты, признаки лёгочной гипертензии. В ОАК СОЭ 42мм/ч. Уровень креатинина 0,22 ммоль/л, гипергликемия (8,6 ммоль/л). 25.09.14г. состояние больного терминальное, в 06:00 констатирована биологическая смерть.

Заключительный клинический диагноз. Основной: инфицированная рана III пальца левой стопы. Осложнения: Сепсис. Септицемия. Инфекционный бактериальный эндокардит с поражением МК. Эмболический синдром. ОНМК. Субарахноидальное кровоизлияние. Полиорганная недостаточность. Сопутствующий диагноз: реактивный артрит левого тазобедренного сустава.

25.09.2014г. проведена аутопсия. Патологоанатомический диагноз. Основное заболевание: подострый бактериальный эндокардит с поражением МК вследствие инфицированной раны нижней конечности. Изъязвления, фибринозно-тромботические наложения на створках клапана. Гиперплазия селезёнки, экссудативно-пролиферативный васкулит, геморрагический синдром, множественные петехиальные кровоизлияния в слизистые и серозные оболочки, конъюнктивы глаз (пятна Лукина-Либмана), петехиальные кровоизлияния в кожные покровы (пятна Джейнуэя), экссудативный межлунный гепатит, нефрит, гнойный экссудативный гонит слева. Осложнения основного заболевания. Эмболический синдром. Причина смерти: затяжной бактериальный септический эндокардит с выраженным эмболическим синдромом.

Ретроспективный анализ и сопоставление данных литературы позволили выявить следующий ряд особенностей данного клинического случая.

Выводы.

1. Источником септического заражения крови с развитием последующего ИЭ явилась инфицированная потёртость III пальца левой стопы.

2. По данным исследований ряда авторов, существует зависимость между предположительной этиологией сепсиса и локализацией первичного очага. Так, наиболее вероятным возбудителем при поражении мягких тканей и кожи является *St. aureus*. В нашем случае выявление стафилококка не противоречит данным литературы.

3. В клинической картине отсутствовали аускультативные признаки, типичные для регургитации.

4. Отсутствие данных об иммуносупрессии, которая по данным литера-

туры, является существенным фактором риска в развитии ИЭ.

5. Отсутствие лейкоцитоза с нейтрофильным сдвигом формулы влево при одновременно высокой СОЭ, что не совсем типично для синдрома системной воспалительной реакции.

6. ИЭ мог протекать под маской ревматических проявлений (коленные, тазобедренные и плечевые артралгии), которые, по данным Рекомендаций ЕОК (2009г.) отмечается у 14% больных ИЭ.

ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА В УСЛОВИЯХ РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Рудакова М.Н.

Кафедра факультетской терапии с курсами эндокринологии, клинической фармакологии, профессиональных болезней и фармакотерапии ФДПО

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: доц. Панфилов Ю.А.

Оптимальным является проведение чрескожного вмешательства (ЧКВ) в течение 1,5 (реже 2-х) часов с момента первого контакта с медицинским персоналом (первичное ЧКВ). Если нет возможности провести ЧКВ в данные сроки даже при условии транспортировки больного в другой стационар, проводится тромболитическая терапия (ТЛТ) (до- либо внутригоспитальная). ТЛТ показана в первые 12 часов от начала ангинозного приступа. При безуспешности ТЛТ проводится спасательное ЧКВ.

Цель исследования. На примере клинического случая продемонстрировать возможности применения современных методов лечения острого коронарного синдрома с подъемом сегмента ST в условиях ГУЗ РОКБ.

Клинический случай. Пациент Т., 53 года, поступил в отделение неотложной кардиологии ГУЗ РОКБ 16.10.2014 в 15:00 с жалобами на загрудинную боль, одышку, тяжесть в эпигастрии. 16.10.2014 в 7:00 появились вышеперечисленные симптомы, боли в эпигастрии и области сердца. Бригадой СМП доставлен в ОКБ, госпитализирован в БРИТ. Тропониновый экспресс-тест положительный. С момента начала заболевания до госпитализации и постановки диагноза прошло 8 ч 15 мин. 15:15 – 16:30-ТЛТ пуrolазой 6 млн ЕД. Коронароангиография (17.10.14). ЛКА без изменений, свободно проходима по всем веткам. ПКА - окклюзия в верхнем сегменте. В устье ПКА установлен гайд-катетер. Выполнена проводниковая реканализация. Проводник заведен в дистальное русло. Выполнена баллонная ангиопластика пораженного участка. На контроле визуализируется осложненная атеросклеротическая бляшка с признаками пристеночного тромба. В зону поражения заведен и раскрыт коронарный стент. На контроле стент проходим и раскрыт полностью. Кровоток с признаками эмболизации мелких ветвей дистального русла. Введен бивалирудин (ангиокс®). Контроль: признаки эмболизации отсутствуют.

Заключительный диагноз: Основное заболевание: ИБС: острый с зубцом Q инфаркт миокарда нижней стенки левого желудочка от 16.10.2014. ТЛТ пуролазой (16.10.2014). КАГ, ЧТКА и эндопротезирование правой коронарной артерии (17.10.2014). Атеросклероз аорты. Гипертоническая болезнь III ст, 3 ст., р.IV. Осложнение основного заболевания: нарушение проводимости по типу преходящей AV-блокады III ст. ХСН Iст, ФК 2. Сопутствующие заболевания: сахарный диабет 2 типа, тяжелое течение.

Больной выписан на 17-е сутки от начала заболевания в удовлетворительном состоянии.

Выводы.

1. Стратегия лечения острого коронарного синдрома с подъемом ST - максимально быстрое восстановление коронарного кровотока.
2. В случае неэффективности ТЛТ возможно проведение чрескожного вмешательства, что значительно улучшает исход заболевания.
3. Приведенный клинический случай демонстрирует возможности комплексного подхода к лечению пациентов с осложненным течением острого инфаркта миокарда в условиях РОКБ.
4. Использование бивалирудина позволило нивелировать осложнение баллонной ангиопластики (дистальная эмболизация) у данного пациента.

50 ЛЕТ ЖИЗНИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА (клинический случай)

Михеенков А.А.

Кафедра факультетской терапии с курсами эндокринологии, клинической фармакологии, профессиональных болезней и фармакотерапии ФДПО

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: асс. Берстнева С.В.

Сахарный диабет (СД) является серьезной медико-социальной проблемой, что обусловлено его высокой распространенностью, тенденцией к росту, развитием микро- и макроваскулярных осложнений, приводящих к длительной потере трудоспособности и смерти. По данным Международной Федерации Диабета (International Diabetes Federation) в настоящее время в мире насчитывается 387 млн. больных СД, из них в РФ по данным Государственного регистра зарегистрировано 339 360 больных СД 1 типа и число заболевших продолжает увеличиваться.

В последние десятилетия отмечено активное внедрение новых технологий в диабетологии: появление аналогов инсулина, использование инсулиновых помп в клинической практике, постоянное обучение пациентов. Все это способствует увеличению продолжительности и улучшению качества жизни больных. С СД 1 типа живут и достигают своего апогея знаменитые актёры, певцы, спортсмены. В 1970г. в США была номинирована медаль «за 50 мужественных лет с СД1», которой удостоены более 4000 людей во всём мире (в РФ награждены 13 человек). В мае 2013г. номинирована награда за

80 лет жизни с СД 1 типа, которой удостоен 1 человек - Боб Краузе.

Клинический случай. В Рязанском областном диабетологическом центре наблюдается пациентка Л., 58 лет. Рост 160 см, масса тела 80 кг, ИМТ 31,3 кг/м². Диагноз СД установлен в возрасте 8 лет при наличии характерной клиники: резкое похудание, жажда, учащенное мочеиспускание, сухость во рту, глюкоза в моче 5%, в крови - 240 мг/дл, ацетонурия. В течение 50 лет получает инсулинотерапию, в настоящее время - терапия аналогами инсулинов. За период болезни перенесла 10 гипогликемических ком (в детском и молодом возрасте). Из хронических осложнений отмечается диабетическая дистальная и автономная нейропатия, ретинопатия 3 ст., макрососудистые осложнения - ИБС, облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей. В 2008г. перенесла лазеркоагуляцию сетчатки, в 2010г. - инсульт. Из анамнеза жизни: замужем, один ребенок - здоров. В данных лабораторного обследования: HbA1c 8,3%, ХС ЛПНП 2,57 ммоль/л, ХС ЛПВП 1,93 ммоль/л, ТГ 0,9 ммоль/л, креатинин 93 мкмоль/л, в анализах мочи нормоальбинурия: белок - 0, МАУ 5 мг/л. Скорость клубочковой фильтрации по СКД-ЕРІ 59 мл/мин. Холтеровское мониторирование ЭКГ: субэндокардиальные изменения нижнебоковой стенки миокарда ЛЖ ишемического характера. При УЗДГ артерий нижних конечностей - коллатеральный кровоток слева (стеноз 90%). Получает лечение: инсулинотерапия - лантус 25 ед/сут, новорапид 18 ед/сут, гипотензивная терапия - валсартан, индапамид, бисопролол; гиполипидемическая терапия - аторвастатин 20 мг, фенофибрат; кардиомагнил, сулодексид (под контролем глазного дна), при болях за грудиной - нитроспрей. Регулярно самостоятельно проводит контроль уровня глюкозы крови с помощью глюкометра, учет питания по системе хлебных единиц. Несмотря на наличие осложнений, пациентка ведет активный образ жизни, уделяет много времени воспитанию внучки.

Вывод. Современный уровень медицинской помощи, управление диабетом, обусловленное соблюдением пациентами условий лечения, обеспечивает оптимальное качество жизни больных сахарным диабетом.

ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В СОЧЕТАНИИ С ГИПОТИРЕОЗОМ

Кузина М.С.

Кафедра факультетской терапии с курсами эндокринологии, клинической фармакологии, профессиональных болезней и фармакотерапии ФДПО
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научный руководитель: асс. Берстнева С.В.

Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний у больных с СД 2 типа в 3 раза превышает аналогичный показатель для популяции в целом. У пациентов с СД риск развития острого инфаркта миокарда в 6-10 раз, а моз-

говых инсультов - в 4-7 раз выше по сравнению с лицами, не страдающими сахарным диабетом. Многочисленными исследованиями была доказана роль гипергликемии, гиперинсулинемии и инсулинорезистентности в развитии сердечно-сосудистых осложнений у больных СД 2 типа. Гипофункция ЩЖ у больных СД является дополнительным фактором развития дислипидемии и прогрессирования атеросклероза. Сочетание СД и гипотиреоза вызывает выраженные изменения липидного обмена.

Цель исследования. Оценка эндотелиальной функции, эластичности артерий у больных полиэндокринопатией - сахарный диабет 1 и 2 типа и первичный гипотиреоз.

Материалы и методы. Оценку сосудодвигательной функции эндотелия осуществляли с использованием ультразвука высокого разрешения. У всех пациентов исследование проводили на правой плечевой артерии. Диаметр артерии измеряли при помощи аппарата «Medison V-20». Определяли уровень эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) в пробе с реактивной гиперемией (методика D. Celermajer), индекс жесткости (SI), индекс отражения (RI). В нашем исследовании приняли участие 35 больных СД 1 и 2 типа. Из них 1 группа, 18 человек - СД в сочетании с ПГ (15 чел - аутоиммунный тиреоидит, 3 чел - послеоперационный гипотиреоз). Средний возраст $56,4 \pm 2,3$ лет, длительность СД $13,4 \pm 2,1$ лет, ИМТ $32,5 \pm 1,2$ кг/м². 2 группа - 17 больных СД без патологии щитовидной железы, сопоставимых по возрасту, длительности СД, ИМТ. Уровень ТТГ на фоне заместительной терапии левотироксином в 1-ой группе $5,7 \pm 0,6$ мкМЕ/мл, во 2-ой группе - $1,5 \pm 0,2$ мкМЕ/мл ($p < 0,001$). Группу контроля составили 12 человек без нарушений углеводного обмена и патологии щитовидной железы.

Результаты и их обсуждение. При выполнении пробы с реактивной гиперемией прирост диаметра плечевой артерии после декомпрессии (Δd) был достоверно снижен у пациентов обеих групп в сравнении с контролем ($26,3 \pm 1,7\%$) и составил в 1-ой группе $11,4 \pm 1,2\%$, во 2-ой - $14,9 \pm 1,1\%$ ($p < 0,05$). RI - $36,7 \pm 2,5\%$ и $34,8 \pm 2,0\%$ в 1-ой и 2-й группах соответственно, $p < 0,05$. SI в 1-ой группе - $12,3 \pm 0,7$ м/с, во 2-ой - $10,2 \pm 0,6$ м/с.

Выводы. Выявлено нарушение сосудодвигательной функции эндотелия и состояния сосудистой стенки у больных СД 1 и 2 типа в сочетании с первичным гипотиреозом.

КОМОРБИДНОСТЬ В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

Ческидов А.В.

Кафедра факультетской терапии с курсами эндокринологии, клинической фармакологии, профессиональных болезней и фармакотерапии ФДПО

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: доц. Соловьева А.В.

Цель исследования. Анализ коморбидности при метаболическом син-

дроме (МС) с помощью индекса коморбидности Чарльсона.

Материалы и методы. Обследовано 112 больных (80 женщин и 32 мужчин) с МС, средний возраст - $58,67 \pm 0,7$ лет. Проводилось общеклиническое обследование больных, антропометрическое исследование (измерение окружности талии (ОТ), окружности бедер (ОБ), отношения ОТ/ОБ), биохимическое исследование крови (липидный спектр (ЛС), показатели углеводного обмена, а также маркёры нарушений функции печени и почек). Вычислялся индекс коморбидности Чарльсона (ИКЧ). Статистический анализ данных осуществляли при помощи пакета Statistica v.6.0. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. У всех обследованных выявлен абдоминальный характер отложения жира (ОТ - $108,5 \pm 1,03$ см). У всех пациентов имела место артериальная гипертензия, нарушения углеводного обмена (НУО) диагностированы у 58% больных, сахарный диабет типа 2 (СД-2) у 53,8%, нарушенная толерантность к глюкозе - у 27,7% и нарушенная гликемия натощак - у 18,5%. Изменения ЛС имели атерогенную направленность (ОХ - $6,2 \pm 0,1$ ммоль/л, ЛПНП - $4,1 \pm 0,09$ ммоль/л, ЛПВП - $1,2 \pm 0,02$ ммоль/л, ТГ - $2,2 \pm 0,11$ ммоль/л). У пациентов с СД-2 гликемия натощак - $7,75 \pm 0,4$ ммоль/л, постпрандиальная гликемия - $10,7 \pm 0,6$ ммоль/л. ИКЧ составил $4 \pm 0,17$ баллов, что соответствует 10-летней выживаемости 53%. Кроме взаимосвязи ИКЧ с наличием сахарного диабета, индекс коррелировал в целом с наличием любых НУО ($r=0,36$, $p=0,0001$), а также с длительностью АГ ($r=0,35$, $p=0,0001$), с длительностью СД-2 ($r=0,44$, $p=0,008$), уровнем гликемии натощак ($r=0,32$, $p=0,0004$), уровнем ЛПВП ($r=-0,22$, $p=0,02$), у лиц женского пола получена взаимосвязь с отношением ОТ/ОБ ($r=0,22$, $p=0,05$).

Выводы. Индекс коморбидности Чарльсона коррелирует не только со своими составляющими, но и с абдоминальным характером ожирения у женщин, не только с наличием сахарного диабета типа 2, но и со всеми нарушениями углеводного обмена вместе взятыми. Эти факторы также вносят свой вклад в коморбидность, утяжеляя прогноз. Основным достоинством индекса коморбидности является возможность оценки возраста пациента и оценки отдаленного прогноза коморбидных больных.

ТРАНСФОРМАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОГО МИЕЛОПРОЛИФЕРАТИВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ В ОСТРЫЙ ЛЕЙКОЗ

Горнова К.А.

Кафедра факультетской терапии с курсами эндокринологии, клинической фармакологии, профессиональных болезней и фармакотерапии ФДПО
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научный руководитель: асс. Варварин В.М.

Истинная полицитемия - хроническое клональное миелопролиферативное заболевание, характеризующееся увеличением абсолютного количе-

ства эритроцитов, а также лейкоцитов, тромбоцитов и спленомегалией. Сопровождается выраженной пролиферацией эритроидного, в меньшей степени - миелоидного и мегакариоцитарного ростков костного мозга при сохраненной способности клеток к дифференцировке и созреванию.

В основе патогенеза - клональная пролиферация трансформированной стволовой клетки. Причина пролиферации - мутация в гене тирозинкиназы JAK2.

Клиническая картина складывается из следующих синдромов: плеторический (обусловлен увеличением массы эритроцитов в кровяном русле и сосудистых депо), кожный зуд, спленомегалия, тромбозы и тромбоэмболии различной локализации, геморрагические осложнения (от незначительных носовых до обширных полостных кровотечений), неврологические нарушения, поражения периферических сосудов.

Критерии диагностики: увеличение массы эритроцитов (>25% больше нормы) или Hb > 185 г/л у мужчин и >165 г/л у женщин; клональные хромосомные изменения (JAK2); при трепанобиопсии костного мозга панмиелоз с выраженной эритроидной и мегакариоцитарной пролиферацией; спленомегалия; тромбоцитоз (>400×10⁹/л); нейтрофильный лейкоцитоз (>12×10⁹/л).

В качестве примера приводим клинический случай трансформации эритремии в острый лейкоз.

Больной Л., 57 лет, наблюдается у гематолога с диагнозом: Истинная полицитемия с исходом в миелофиброз, стадия бластной трансформации. Гепатоспленомегалия. Тромбоцитопения. Геморрагический синдром. Наблюдается с 2002 г., когда при обследовании: эритроциты - 7,4×10¹² /л, Hb - 210 г/л. Исследование костного мозга при первичной диагностике не выполнялось. УЗИ брюшной полости от 2002 г.: печень +1 см, КВР 157 мм, селезенка 121×65 мм.

В течение 7 лет проводилась терапия антикоагулянтами, антиагрегантами, 1-2 раза в год эксфузии крови. На фоне терапии Hb 145 - 175 г/л и Ht 0,46 - 0,57, лейкоциты 10 - 14×10⁹/л, тромбоциты 320 - 450×10⁹/л. По данным УЗИ увеличение размеров селезенки: 2009г. - 165×72 мм. В связи с увеличением размеров селезенки с 2009 г. начат прием гидроксикарбамида в дозе 1,5 г/сутки с дальнейшим снижением дозы до 500 - 1000 мг/сутки.

В феврале 2013 года у пациента диагностирован сарком гортани (T2N0M0). В Рязанском онкодиспансере в марте - апреле 2013г. проведен курс лучевой терапии + ПХТ. Пациент наблюдается онкологом, данных за рецидив сарком гортани не получено.

С августа 2013 появление тромбоцитопении: тромбоциты - 59×10⁹/л. Гидроксикарбамид отменен. УЗИ брюшной полости: резко отрицательная динамика - рост селезенки до 271×143 мм.

В октябре 2013г госпитализация в гематологическое отделение ОКБ. При обследовании: эритроциты - 4,8×10¹²/л, Hb -152 г/л, тромбоциты -

48×10⁹/л, бласты - 4%. По данным УЗИ брюшной полости - дальнейший рост селезенки (занимает всю левую половину брюшной полости, размеры 290×132 мм). Определение мутации JAK2 - положительна (качественный тест). Трепанобиопсия - выраженный фиброз и остеосклероз стромы костного мозга, без отчетливых признаков бластной трансформации.

Пациент направлен на консультацию гематолога в ГНЦ РАМН, где был подтвержден диагноз: Истинная полицитемия с исходом в миелофиброз, стадия бластной трансформации. На фоне терапии: Hb 66 - 88 г/л, тромбоциты 35 - 95×10⁹/л, бласты - 10-18 %.

За период с декабря 2013 по июнь 2014 пациенту проведено 4 трансфузии эритроцитарной массы. В дальнейшем, по мере прогрессирования бластной трансформации, потребность в гемотрансфузиях эритроцитарной массы значительно увеличивается (с августа 2014 ежемесячные трансфузии).

Состояние пациента на ноябрь 2014 г. с отрицательной динамикой. Отмечается усиление и учащение носовых кровотечений, потеря массы тела (более 10 кг за период с июня по ноябрь), ухудшение общего самочувствия, усиление слабости. В ОАК от 14 ноября 2014: эритроциты - 1,7×10¹²/л, Hb - 59 г/л, тромбоциты - 14×10⁹ /л, бласты - 11%. По данным УЗИ: селезенка занимает большую половину брюшной полости 350 x 161 мм. Пациент получает гидреа 2,0 гр./сут. + меркаптопурин 2 табл./сутки, преднизолон 5 мг 2 табл. утро, дицинон в/в, транексамовая к-та в/в, викасол рег ос, трансфузии эритроцитарной массы, СЗП, тромбоконцентрата. Проводится антибактериальная терапия, симптоматическая терапия дигоксином, торасемидом, верошпиноном, панангином, омепразолом.

Выводы.

1. Эритремия - хроническое миелопролиферативное заболевание, характеризующееся относительно доброкачественным течением и высокой дифференцировкой клеток.
2. При своевременном лечении средняя продолжительность жизни больных составляет 10-15 лет и более.
3. В 80% исход заболевания - миелофиброз, но в 10-20% может развиться бластный криз/вторичный острый лейкоз.

КИШЕЧНАЯ КОЛИКА КАК ПРОЯВЛЕНИЕ СВИНЦОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Луныкова Н.В., Белова Г.С., Коваль М.Д., Сущевская Ю.А.

Кафедра факультетской терапии с курсами эндокринологии, клинической фармакологии, профессиональных болезней и фармакотерапии ФДПО

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: доц. Луныков В.А.

Свинец и его соединения широко используются в промышленности.

Свинец находит применение в машино- и приборостроении, радиоэлектронике (применение свинецсодержащих припоев), в аккумуляторном, кабельном, типографском производстве, при плавке цветных металлов, в чёрной металлургии, производстве хрусталя, красок и эмалей для фарфоро-фаянсовой промышленности.

К «свинцовоопасным» профессиям относятся плавильщики свинца, аккумуляторщики, составители шихты в производстве хрусталя, аппаратчики в производстве свинцовых пигментов. Описаны случаи сатурнизма у лиц, занимавшихся чеканкой металлических изделий, изготовлением свинцовой дроби, у декораторов, расписывающих посуду содержащими свинец красками, и др.

Свинец воздействует в виде аэрозолей - взвеси мельчайших частиц оксида свинца, получаемых вследствие конденсации и окисления паров на воздухе. При профессиональном воздействии основной путь поступления свинца в организм - ингаляционный. Возможно его поступление и через ЖКТ (с пищей, водой). Поглощённый свинец поступает в кровь и распределяется во внутренних органах в количествах, зависящих от уровня кровоснабжения этих органов и их тропности к металлу. Присутствующий в организме свинец делится на обмениваемую (10%) и стабильную (90%) фракции.

К обмениваемой фракции относится свинец крови на 95% связанный с эритроцитами, и свинец паренхиматозных органов (печень, почки и др.). Содержание металла в них находится в состоянии динамического равновесия с уровнем свинца в крови. С точки зрения токсического действия на организм обмениваемая фракция имеет наиболее существенное значение. К стабильной фракции относится свинец, находящийся в костях. Эта фракция отражает длительное кумулятивное воздействие, в то время как обмениваемая фракция свидетельствует о текущем либо недавнем контакте со свинцом.

Выделение свинца из организма происходит с мочой (около 75%) и через желудочно-кишечный тракт (около 15%). На долю других путей выведения свинца (слюна, потовые железы, и др.) приходится 6-7%.

Свинец относится к ядам политропного действия. Это определяет многообразие патогенетических механизмов интоксикации. Ведущая роль среди них отводится расстройствам биосинтеза порфиринов и гема. В результате повреждающего действия свинца на биосинтез порфиринов, прежде всего снижается активность дегидратазы D-АЛК, следствием чего является увеличение содержания в моче D-АЛК. Тормозящее действие свинца на декарбоксилазу копропорфирина и гемсинтетазу, регулирующую соединение двухвалентного железа с протопорфирином, приводит к повышению экскреции копропорфирина с мочой, увеличению содержания свободного протопорфирина (ПП) в эритроцитах и железа в сыворотке крови, так и в эритробластах костного мозга (сидеробластах). В результате этих наруше-

ний развивается гипохромная гиперсидеремическая сидероахрестическая сидеробластная анемия. Однако гиперпродукция КП и ПП может иметь другой механизм: за счёт их синтеза непосредственно из АЛК. При этом механизме повышение уровня ПП эритроцитов наблюдается без гиперсидеремии. Помимо ферментопатического действия на синтез гема, свинец нарушает процесс утилизации железа и синтез глобина. Глобин относится к важнейшим регуляторам нормального биосинтеза гема. Наряду с этим установлено непосредственное действие свинца на эритроцит. Свинец вызывает нарушения морфофункциональных структур эритробластов и зрелых форм, ингибирует активность ряда ферментов энергетического обмена, что приводит к нарушению функциональной полноценности и жизнеспособности эритроцита, следствием чего является сокращение продолжительности их жизни и ускоренная гибель. В ответ на это наблюдается компенсаторная активация эритропоэза, к проявлению которой относится ретикулоцитоз.

Патогенез неврологических симптомов сатурнизма сложен. Значительная роль отводится нарушениям порфиринового обмена. Показано участие порфиринов в процессе миелинизации. В основе нарушения моторной функции кишечника при свинцовой колике лежат связанные с демиелинизацией дистрофические изменения в интрамуральных ганглиях кишечника и солнечном сплетении. При дистрофии в ауэрбаховском и мейснеровском сплетениях нарушается регулирующее действие вегетативной нервной системы на перистальтику кишечника.

Наиболее тяжёлым расстройством при сатурнизме является кишечная (свинцовая) колика. Она характеризуется резкими приступообразными болями в животе, стойким запором продолжительностью до 5-7 суток. Запор не поддаётся действию слабительных препаратов и клизм. Повышается артериальное давление, появляется брадикардия. Температура тела повышается до 37,6-37,8°C. Выявляется умеренный лейкоцитоз, выделяется моча тёмно-красного цвета (за счёт экскреции больших количеств копропорфирина). Больной возбуждён. Живот втянут, напряжён, болезненный во всех отделах. При пальпации боли уменьшаются. Симптомов раздражения брюшины нет. Кожа больного бледна с сероватым оттенком, склеры субиктеричны, возможна свинцовая кайма на дёснах.

Свинцовая колика сочетается с выраженными изменениями периферической крови (анемия, ретикулоцитоз, увеличение количества эритроцитов с базофильной зернистостью), порфиринового обмена (повышение содержания АЛК и КП в моче и ПП в эритроцитах). В период колики значительно увеличивается содержание свинца в биосредах. Провоцирующими моментами для развития колики могут служить самые различные факторы, наиболее частым из которых является приём алкоголя.

Клинический случай. Больной Д. работал в плавильном цехе в течение 1 года 6 месяцев. Концентрация свинца на рабочем месте превышала ПДК

до 4,4 раза. Условия труда расценены как вредные второй степени (3.2). В ночь 5.12.03 г. начали беспокоить сильные боли в животе, запор, выделение мочи красного цвета, что сначала было расценено как гематурия, но в анализе мочи эритроцитов не оказалось. Был госпитализирован в хирургическое отделение с диагнозом: острая кишечная непроходимость. 16.12.03. проведена лапоротомия, где обнаружены спазмированные петли восходящего и нисходящего отделов толстой кишки. Послеоперационная рана ушита. В январе 2004 г. обнаружена анемия с уровнем гемоглобина - 94 г/л и был госпитализирован в отделение профпатологии. При поступлении: состояние относительно удовлетворительное, кожные покровы бледные, дыхание везикулярное, хрипов нет, тоны сердца несколько ослаблены, ритм правильный, число сердечных сокращений 80 в мин., артериальное давление 135/80 мм рт.ст. Ан. крови: эр - $3,6 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 100г/л, ретикулоциты - 230/00, эритроциты с базофильной зернистостью - 40 на 10000, лейкоциты - $6,0 \cdot 10^9/л$, (формула в пределах нормы), сывороточное железо - 21,1 ммоль/л. В анализе мочи : Δ -аминолевулиновая кислота - 13,5 мг/г креатинина, копропорфирины -300 мкг/г креатинина. Выяснено, что во время госпитализации в хирургическое отделение отмечал выделение мочи красного цвета. Установлен диагноз: Выраженная форма интоксикации свинцом: свинцовая колика, умеренно выраженная анемия, нарушение порфиринового обмена, ретикулоцитоз, базофильно-зернистый эритроцитоз. Лечение: купренил, унитиол. Пациент выписан без жалоб в удовлетворительном состоянии.

Выводы. Приведённый пример свидетельствует о появлении выраженных форм интоксикации свинцом, в том числе в виде кишечной (свинцовой) колики в условиях современного производства. Эта ситуация является тревожной и требует систематического текущего контроля за условиями труда со стороны здравпунктов предприятий, органов Роспотребнадзора и качественного проведения предварительных и периодических медицинских осмотров.

ОСТЕОПОРОЗ И РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ

Петров Ю.В.

Кафедра факультетской терапии с курсами эндокринологии, клинической фармакологии, профессиональных болезней и фармакотерапии ФДПО

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: доц. Заигрова Н.К.

Развитие вторичного остеопороза и суставной деструкции при ревматоидном артрите (РА) имеет общие патогенетические механизмы развития и связано с активацией системы иммунитета, гиперпродукцией «провоспалительных» и недостаточным синтезом «антивоспалительных» цитокинов, дисбалансом в системе RANKL/RANK/OPG, приводящим к активации

остеокластогенеза и повышению костной резорбции. Учитывая это, представляется бесспорной взаимосвязь активности воспаления и снижения костной массы у больных РА, ввиду чего ряд исследователей рассматривает минеральную плотность костной ткани (МПКТ) в качестве маркера тяжести воспалительного процесса и прогрессирования болезни.

Основными методами диагностики остеопороза являются рентгенография костей и остеоденситометрия. Также не стоит забывать о методике FRAX® - это реализованный на web-сайте метод, алгоритмы которого интегрируют хорошо проверенные клинические факторы риска и некоторые дихотомические переменные, как с учетом МПКТ, так и без нее.

Цель исследования. Оценка частоты развития остеопороза и остеопении у больных с ревматоидным артритом, а также наличие возможных предрасполагающих к этому факторов.

Материалы и методы. В исследовании нами были использованы данные проводившейся в ГБОУ ВПО РязГМУ имени академика И.П. Павлова Минздрава РФ на кафедре факультетской терапии диагностики остеопороза и риска переломов по результатам программы «Остеоскрининг России». Всего было обследовано более 150 человек, из которых отобрано 40 пациентов с диагностированным ревматоидным артритом (5 мужчин и 35 женщин) - жителей города Рязани и Рязанской области в возрасте от 50 до 75 лет. Им с помощью денситометра DTX-200 была измерена МПКТ дистальной трети лучевой кости. Также оценка некоторых полученных результатов проводилась в сравнении с данными, полученными в нашем прошлом исследовании значимости методики FRAX в диагностике остеопороза, проводившегося на основании тех же данных программы «Остеоскрининг России». Ревматоидный артрит при этом выступал лишь как один из факторов развития остеопороза.

В ходе обследования проводилось анкетирование пациентов, с целью выявления факторов риска, а именно: предшествующие переломы, семейный анамнез, вредные привычки (курение, алкоголь), прием глюкокортикоидов, гипогонадизм у мужчин, ранняя менопауза (до 45 лет), хронические заболевания печени, эндокринные заболевания (сахарный диабет, гипертиреоз). Для расчета 10-летней вероятности перелома и развития остеопороза с учетом результатов проведенной денситометрии использовался инструмент для расчета FRAX. Различия между выборками оценивалось по U-критерию Манна-Уитни.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст пациентов составил $59,6 \pm 3,1$ у женщин и $62,0 \pm 2,3$ года у мужчин. Распределение по полу составило 1/7. У всех пациентов была выполнена костная денситометрия. В соответствии с результатами исследования в 13 (32,5%) случаях был диагностирован остеопороз, в 18 (42,5%) - остеопения, и лишь 10 пациентов (22,5%) имели нормальную плотность кости.

Сравнивая полученные результаты с данными прошлого исследования,

мы получим практически двукратное увеличение показателей (35,5% против 17% случаев диагностированного остеопороза и 42,5% против 29% диагностированной остеопении).

При исследовании факторов риска выявлены следующие закономерности. Факторы риска остеопороза выявлены у подавляющего большинства (95%) пациентов. Среднее количество факторов риска у пациентов с ревматоидным артритом составило 9 против 7 в стандартных исследованиях. Это по существующим международным рекомендациям уже требует профилактики остеопороза (а именно назначения комбинированных препаратов кальция и витамина D₃ в совокупности с определенной физической активностью, диетой).

Распределение больных с выявленным остеопорозом и/или остеопенией по индексу массы тела (ИМТ) показало, что норму имеют лишь 40%, дефицит массы тела 2,5%, избыточную массу тела 37,5% и ожирение 1-й степени - 20%.

Курение, как фактор риска был выявлен у 30% исследуемых и являлся вторым после повышенного ИМТ по частоте встречаемости.

Пациентов, принимавших глюкокортикоиды более 3-х месяцев в дозе преднизолонa 5 мг и выше мы отнесли к группе высокого риска. Выявление остеопороза по данным денситометрии в этой группе составило 53,8% на фоне 32,5% от общего числа.

Оценка потребления кальция с продуктами питания показало ожидаемо большее количество выявленных случаев остеопороза и/или остеопении у пациентов, потребляющих менее необходимых лицам старше 50 лет 1000 мг кальция в день и составило 67,3% против 42,6% у пациентов, потребляющих достаточное количество кальция.

Оценка 10-летнего риска ОП-переломов по методике FRAX установила, что среднее значение риска составляет $22,7 \pm 9,7\%$ без учета МПКТ.

Большинство значений риска ОП-переломов по FRAX - 83,5% - в соответствии с рекомендациями по диагностике и ведению остеопороза, находились в зоне назначения лекарственных препаратов, так как соответствует высокому риску ОП-переломов. В ходе анализа полученного материала нами установлены достоверные корреляции риска без учета МПКТ предплечья ($p=0,03$) и риска с количеством факторов риска ($p=0,01$).

В соответствии с оценкой риска и последующим принятием решения о назначении лекарственных средств по методике FRAX без учета МПКТ, мы обнаружили, что в лекарственных средствах нуждается 83,5% обследованных, против 75%, выявленных стандартными критериями. Это в очередной раз показывает, что, принимая решение о необходимости врачебных назначений в отношении профилактики и лечения ОП, мы должны опираться не только на проведенное денситометрическое исследование, но и на оценку риска ОП-переломов по методике FRAX.

Выводы.

1. Ревматоидный артрит является не только фактором риска развития остеопороза, но и заболеванием, имеющим с ним схожую аутоиммунную природу.
2. Все факторы риска в представленной нами выборке играют свою немаловажную роль в развитии остеопороза.
3. Полученные нами результаты о точности и диагностической значимости методики FRAХ согласуются с данными исследований последних лет.
4. Пациенты с ревматоидным артритом помимо базисной и противовоспалительной терапии должны получать комплексную медикаментозную терапию остеопороза.

**ВИСЦЕРАЛЬНОЕ ОЖИРЕНИЕ У БОЛЬНЫХ
САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА**

Дансорунова В.Б., Цыбигмитова С.Б.

Кафедра факультетской терапии

Кафедра нормальной физиологии

Читинская государственная медицинская академия, г. Чита

Научные руководители: доц. Цырендоржиева В.Б., доц. Нимаева Д.Ц.

В настоящее время распространенность избыточного веса тела и ожирения, которое определяют как индекс массы тела (ИМТ) >25 кг/м² и >30 кг/м², увеличивается с угрожающей скоростью. По данным ВОЗ, избыточный вес тела имеют более 1 млрд. взрослых людей, а ожирение - 300 млн. 80% больных СД 2 типа имеют ожирение. Висцеральный андронидный тип ожирения является главным фактором риска развития СД 2 типа, артериальной гипертензии, атеросклероза, сердечно-сосудистых заболеваний с высокой смертностью. У этих пациентов печень подвергается мощному и постоянному воздействию свободных жирных кислот, что приводит к ряду метаболических нарушений (гипергликемии, увеличению ХС ЛПНП, триглицеридов, инсулинорезистентности и гиперинсулинемии). Дислипидемия - один из главных факторов риска развития атеросклероза, она усиливается при ожирении и СД.

В клинической практике для диагностики абдоминального ожирения используется простой антропометрический показатель отношения окружности талии (ОТ) к окружности бедер (ОБ). Коэффициент ОТ/ОБ у мужчин $>1,0$, у женщин $>0,85$ свидетельствует о накоплении жировой ткани в абдоминальной области. В настоящее время среди людей, страдающих висцеральным ожирением, увеличилось количество больных СД 2 типа.

Цель исследования. Выявить частоту висцерального ожирения у пациентов с СД 2 типа. Выявить частоту метаболических нарушений у больных с СД 2 типа (гипергликемию, дислипидемию), артериальную гипертензию, атеросклероз, ИБС.

Материалы и методы. У больных, страдающих СД 2 типа определяли ИМТ, ОТ/ОБ, АД, по данным первичной документации - глюкозу крови, липидный спектр. Нами обследованы 30 человек с сахарным диабетом 2 типа: мужчин - 13 (43,3%), женщин - 17 (56,7%), в возрасте от 43 лет до 76 лет, средний возраст - 58 лет.

Результаты и их обсуждение. Висцеральное ожирение выявлено у 29 больных (96,7%). У мужчин ИМТ - 32,1, ОТ - 108 см, ОБ - 111 см, ОТ/ОБ = 0,97. У женщин ИМТ - 36,0, ОТ - 108 см, ОБ - 117 см, ОТ/ОБ = 0,92. Атеросклероз аорты и мозговых артерий обнаружен у 26 больных (86,7%), ИБС (стабильная стенокардия, постинфарктный кардиосклероз) - у 24 человек (80,0%), артериальная гипертензия - у 23 чел. (76,7%).

Исследование липидного спектра показало высокий общий холестерин - 5,7 ммоль/л; повышенный ХС ЛПНП - 3,09 ммоль/л; высокий ХС ЛПОНП - 1,84 ммоль/л; несколько сниженный ХС ЛПВП - 0,79 ммоль/л; повышенные триглицериды - 3,3 ммоль/л; индекс атерогенности - 3,7; гипергликемия - 8,7 ммоль/л.

Выводы. У больных СД 2 типа выявлено висцеральное ожирение в 96,7% случаев. Атеросклероз аорты и мозговых артерий встречался в 86,7% случаев, ИБС - в 80,0% и артериальная гипертензия - в 76,7%. У больных СД 2 типа с висцеральным ожирением выявлена дислипидемия, с увеличением ХС ЛПНП, ХС ЛПОНП и триглицеридов. Актуальной задачей сегодняшнего дня для лечения ожирения у больных СД 2 типа является назначение «поведенческой терапии» с мотивацией пациента на уменьшение потребления калорий, увеличении физической активности, а также в обязательном применении адекватной дозы антиатеросклеротических препаратов и дезагрегантов для профилактики и лечения сердечно-сосудистых осложнений.

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ВЫЯВЛЕНИЮ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ОРГАНИЗМЕ

Цыбигмитова С.Б.

Кафедра факультетской терапии
Кафедра нормальной физиологии

Читинская государственная медицинская академия, г. Чита

Научные руководители: доц. Цырендоржиева В.Б., доц. Нимаева Д.Ц.,
проф. Малежик Л.П.

Уровни некоторых аутоантител повышаются до клинической манифестации болезни - это предвестники начинающихся патологических перестроек. Основным источником аутоантигенов, поступающих в кровотоки, являются апоптотически отмирающие клетки.

Цель исследования. Определение сывороточного содержания естественных аутоантител к антигенам различных органов и систем организма.

Оценка состояния основных органов и систем человека на основе изменений в содержании маркерных аутоантител.

Материалы и методы. ЭЛИ-Висцеро-тест-24 заключается в определении сывороточного содержания естественных аутоантител к 24 антигенам клеток различных органов и тканей, в том числе нервной системы, миокарда, эндотелия сосудов, иммунной системы и др.

Было интересно получить результаты ЭЛИ-Висцеро-теста у пациентки страдающей аутоиммунным заболеванием - системным коллагенозом. Заболевание манифестировало в возрасте 34 лет синдромом Рейно, склеродактилией, которые привели к развитию сухой гангрены дистальных фаланг указательных пальцев обеих кистей. В крови были обнаружены яркие и большое количество LE-клеток. В общем анализе крови: Нв - 135 г\л, лейкоциты $6,0 \times 10^9$ /л, тромбоциты 321×10^9 /л, СОЭ 53 мм/час, п/я - 4%, с/я - 74%, л - 21%, м - 1%. Общий билирубин 7,4 мкмоль/л, АСТ - 34 ЕД/л, АЛТ 21 ЕД/л, мочевины - 5,5 ммоль/л, креатинин - 67 мкмоль/л, общий белок 67 г/л. МНО - 1,06; АЧТВ - 33,2 сек. ПТИ - 84%. Фибриноген 6,0 г/л; СРБ (++) , ревматоидный фактор - отрицательный.

Дуплексное сканирование артерий: гемодинамически значимые стенозы межплюсневых артерий, стеноз правой плечевой артерии в средней трети, снижение кровотока на всем протяжении правой позвоночной артерии, экстракраниальные каротиды не изменены.

ЭЛИ-Висцеро-тест: в тканях иммунной системы инфекционно-воспалительный процесс значительной интенсивности (46%, при норме +10) и чрезвычайно интенсивный аутоиммунный процесс (на 272% выше нормы) в тканях периферической нервной системы с поражением миелина. Хронические аутоиммунные процессы отмечаются в тканях микроциркуляторного русла (АТ к ANCA (-40%), щитовидной железы (АТ к тироглобулину (-37%) и АТ к рецепторам ТТГ (- 28%) и тонкого кишечника(АТ к ItM-07(-32%). Уровень индивидуальной иммунореактивности ниже среднестатистических на (-35%).

Выводы. ЭЛИ-Висцеро-тест позволяет обнаружить подъем сывороточного содержания аутоантител определенной органной направленности и определить преимущественную локализацию патологического процесса.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНОЙ С ПОСТЭМБОЛИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Смирнова И.В.

Кафедра госпитальной терапии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

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

Хроническая посттромбоэмболическая легочная гипертензия - патологическое состояние, вызванное окклюзией или стенозом одной или не-

скольких ветвей легочной артерии (ЛА) со значительным снижением перфузии легких. Консервативное лечение малоэффективно, перспективной является тромбэндартерэктомия из ветвей ЛА.

Пациентка Б., 19 лет, госпитализирована в 1 отделение ГБУ РО ОККД 15.12.2013 с жалобами на выраженную одышку в покое и при небольшой физической нагрузке, сердцебиение, прокалывающие боли в грудной клетке, слабость. Анамнез заболевания: в связи с нарушением менструального цикла в течение 4 месяцев по рекомендации гинеколога принимала гормональный препарат Диане-35.

Заболела остро 11.12.2013 в 17:00 ощутила резкий приступ удушья, сердцебиение, боли в грудной клетке. К врачу обратилась 13.12.2013, жалобы были расценены как проявление остеохондроза, рекомендован прием ибупрофена, улучшения не отмечала, появилась гипотония до 90/60 мм рт.ст, стала повышаться температура тела. 15.12.2013 обратилась в приемный покой РОККД, госпитализирована.

При поступлении состояние удовлетворительное. Рост 165 см, вес 88 кг. Индекс массы тела 32 кг/м^2 . В легких дыхание везикулярное, ослабленное справа в средних отделах, в нижних - не проводится. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент 2 тона над легочной артерией, АД 110/70, ЧСС 130 в минуту. Печень + 1,5 см из-под края реберной дуги. Отеков нет. Анамнез жизни: курит на протяжении 2,5 лет по 10 сигарет в день, наблюдается и лечится у гинеколога по поводу нарушения менструального цикла.

Общий анализ крови (15.12.2013): Эг $-4,6 \cdot 10^{12}/\text{л}$, Нб- 135 г/л, лейкоциты $11,4 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ 42 мм/час. D-димер - 2,1 мкг/мл. ЭКГ (15.12.2013): Синусовая тахикардия. Нормальное положение ЭОС. Умеренные диффузные изменения в миокарде. Рентгенограмма органов грудной клетки (15.12.2013): Справа в заднем синусе и междолевой борозде выпот. Сердце увеличено за счет левого желудочка и левого предсердий. ЭхоКГ (16.12.2013): ЛП 3,3 см., КДР ЛЖ 4,1 см., КСР ЛЖ 2,5 см., ФВ 70%, ПЗР ПЖ 3,1 см. Регургитация на МК 1 ст., на ТК 2-3 ст. Систолический градиент давления на ТК 36 мм рт. ст. ПП 4,8*4,1 см. НПВ 1,74 см, достаточно спадается на вдохе. Заключение: Увеличение полости ПЖ, ПП. Легочная гипертензия. Расчетное давление в ПЖ 41 мм.рт.ст.

Осмотрена сосудистым хирургом, проведено УЗИ сосудов нижних конечностей - патологии не выявлено. КТ органов грудной клетки (16.12.2013): КТ-признаки инфарктной пневмонии справа, возможно на фоне ТЭЛА. Перикардит. Ангиопульмонография (18.12.2013): В правом легком в среднедолевой и нижнедолевой ветвях легочной артерии выявлены дефекты контрастирования, окклюзирующие просвет сосудов.

Клинический диагноз: Тромбоэмболия средней и нижней ветвей правой легочной артерии. Недостаточность трикуспидального клапана 1-2 степени. Двухсторонняя пневмония, острое легочное сердце. ДН 2 степени. Ожирение 1 степени. Опсоменорея.

Проведен системный тромболитический стрептокиназой 3 млн. ЕД, который пациентка перенесла без осложнений, получала клексан 0,8 мг 2 р/сут. п/к, варфарин 5 мг/сут., цефтриаксон 2,0 в/м, цефипим 1,0 в/в, верапамил 40 мг 2 р/сут., нимикс 100 мг 2 р/сут. КТ органов грудной клетки (20.12.2013): отрицательная динамика - увеличение в размерах участка инфильтрации в нижней доле справа; слева в язычковом сегменте появился участок инфильтрации, что расценено как рецидивирующее течение ТЭЛА. КТ грудной клетки (27.12.2013): положительная динамика незначительная; в большей степени динамика выражена слева.

Для дальнейшего обследования направлена в ФГБУ Российский кардиологический научно-производственный комплекс, где на основании данных перфузионной сцинтиграфии легких (отсутствие накопления радиофармпрепарата справа в нижней и средней долях), КТ исследования легких (фиброзные изменения справа в нижней и средней долях, что соответствует перенесенной ранее ТЭЛА), мультиспиральной компьютерной томографии (массивная ТЭЛА, признаки легочной гипертензии, участок инфарктной пневмонии в С10 слева, жидкость в левой плевральной полости, поствоспалительные изменения легких), данных генетического тестирования (тромбофилия: гетерозиготный генотип G/A - ген фактора V Лейдена G1691A R506Q, гетерозиготный генотип T/C - ген тромбоцитарного гликопротеина GPIIb/IIIa, гетерозиготный генотип G/A - ген бета-фибриногена позиция - G455A), установлен диагноз: Хроническая тромбоэмболическая легочная гипертензия. ФК III (ВОЗ). Рецидивирующая тромбоэмболия в системе легочной артерии. Легочное сердце: относительная недостаточность трикуспидального клапана 1-2 ст. Тромбофилия (гетерозиготный генотип G/A - ген фактора V Лейдена G1691A R506Q, гетерозиготный генотип T/C - ген тромбоцитарного гликопротеина GPIIb/IIIa, гетерозиготный генотип G/A - ген бета-фибриногена позиция - G455A). Нарушение менструального цикла на фоне кистозноизмененных яичников. Остеохондроз позвоночника. Назначено лечение: дилтиазем 45мг/сут, клексан 80мг*2р/д, диувер 2,5мг/сут. От хирургического лечения решено воздержаться, т.к. риск тромбэндартерэктомии превышал ее потенциальную пользу.

Выводы. У пациентки молодого возраста с генетической предрасположенностью на фоне курения, ожирения, приема гормонального препарата Диане-35, развилась рецидивирующая ТЭЛА с формированием хронической посттромбоэмболической легочной гипертензии. Хирургическое лечение не проводилось, в связи с тем, что риск тромбэндартерэктомии превысил ее потенциальную пользу. С учетом наличия тромбофилии показан пожизненный прием антикоагулянтной терапии с коррекцией факторов риска.

ВЕДЕНИЕ БОЛЬНОЙ С ВЫСОКОЙ ВТОРИЧНОЙ ЛЕГОЧНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ ОТКРЫТОГО ОБЩЕГО АТРИОВЕНТРИ-
КУЛЯРНОГО КАНАЛА В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Абдурахманова Э.К.

Кафедра госпитальной терапии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

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

Открытый общий атриовентрикулярный канал (ОАВК) - это врожденный порок сердца (ВПС), при котором вместо нормального сращения межпредсердной и межжелудочковой перегородок в центре сердца образуется отверстие, через которое сообщаются все его четыре камеры. Значительные расстройства гемодинамики приводят к раннему развитию легочной гипертензии (ЛГ) и формированию синдрома Эйзенменгера. Частота встречаемости данного порока составляет 2-6% от всех ВПС, средняя продолжительность жизни - 15 лет.

Больная М., 1984 года рождения (30 лет), поступила в ГБУ РО ОККД 13.11.14 с жалобами на выраженную одышку при незначительной физической нагрузке, чувство нехватки воздуха, сухой кашель, головную боль, головокружение, слабость. ВПС выявлен с рождения, неоднократно консультирована в НИИ ССХ им. А.Н. Бакулева, последний раз в возрасте 16 лет, в кардиохирургическом лечении было отказано, учитывая тяжесть ЛГ. Специфической терапии ЛГ не получала, наблюдалась у кардиолога, принимала верошпирон, аспирин, рибоксин. Повседневные физические нагрузки переносила хорошо. Окончила среднюю школу, в течение трех лет обучалась в медколледже по специальности фельдшер. Первая беременность закончилась самопроизвольным прерыванием на сроке 21 нед., вторая - родоразрешением посредством кесарева сечения на сроке 33 нед., дочери 4 года, здорова. Во время настоящей беременности у кардиолога и гинеколога не наблюдалась. На сроке 32 недель в ФГБУ «ФМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России выполнено кесарево сечение в нижнем сегменте матки, родился живой недоношенный ребенок. В послеродовом периоде оставалась гемодинамически стабильной, сатурация в покое составляла 75% без кислорода с подъемом на фоне инсуффляции O₂ до 85%, определялся высокий уровень NTproBNP (2000 пг/мл). Впервые была назначена специфическая терапия ЛГ силденафилом (ревацио). 13.11.14 вернулась домой, обратилась в поликлинику по месту жительства, где во время выполнения флюорографии задержала дыхание, потеряла сознание, была доставлена в отделение реанимации ГБУ РО ОККД.

Объективно: общее состояние средней тяжести, выраженный цианоз. В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах сухие пневмосклеротические хрипы, ЧДД 24 в минуту. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, акцент 2 тона над легочной артерией, пансистолический шум во всех точ-

ках, максимально в III-IV межреберьях, проводится в подмышечную и межлопаточную области, ЧСС 86 в/мин., АД 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 2 см из-под края реберной дуги. Отёки голеней, стоп.

ЭКГ (13.11.14): синусовая тахикардия, отклонение ЭОС резко влево. Блокада правой ножки пучка Гиса. Гипертрофия предсердий. Изменения в миокарде по типу перегрузки. ЭхоКГ (14.11.14): ЛП - 6,4 см., ПП - 5,7 см., полость ЛЖ расширена: КДР - 6,4 см, КСР - 4,0 см. Сократимость миокарда ЛЖ не нарушена. Регургитация на МК 3 ст., на ТК 3 ст. Регистрируются перерыв Эхо-сигнала от МЖП 1,5 см, в МПП 1,4 см. Сброс через ДМЖП и ДМПП преимущественно справа налево. Высокая ЛГ (систолический градиент давления на ТК 107 мм.рт.ст.). Заключение: ОАВК, полная форма с дилатацией всех камер сердца. Выраженная лёгочная гипертензия. Небольшое количество жидкости в полости перикарда. ХМ-ЭКГ (18.11.14): синусовый ритм, частая политопная экстрасистолия с эпизодами би-тригеминии, пробежки НЖТ. Гипертрофия левого желудочка с перегрузкой правого предсердия. Изменения в миокарде по ишемическому типу.

14.11.14 в 15:50 больная внезапно потеряла сознание. Пеннистая слюна изо рта. Непроизвольное мочеиспускание. Диффузный цианоз. По монитору брадикардия до 50 в мин. Судороги. После реанимационных мероприятий больная пришла в сознание. Подобный эпизод повторился 16.11.14 в 17:20. Консультирована эпилептологом: симптоматическая эпилепсия. Дебюты вторично генерализованных приступов. МРТ головного мозга (17.11.14): патологии не выявлено.

Клинический диагноз: ВПС: открытый АВ канал, полная форма, недостаточность митрального и трикуспидального клапанов (регургитация 3 степени). Высокая легочная артериальная гипертензия. Частая политопная экстрасистолия с эпизодами би-тригеминии, пробежки наджелудочковой тахикардии. ХСН II Б стадии, III ФК. Дыхательная недостаточность II степени. Кесарево сечение в нижнем сегменте матки. Хронический вирусный гепатит В с минимальной активностью. Симптоматическая эпилепсия. Больной продолжена специфическая терапия ЛГ препаратом ревацио 20 мг 3 раза в сутки, назначен финлепсин 100 мг 5 раз в сутки. На фоне терапии приступы потери сознания с судорогами не повторялись. Наблюдались эпизоды выраженной одышки с ЧДД 40 в мин., синусовой тахикардии с ЧСС 135 в мин., снижением сатурации крови до 44%, с увеличением на фоне ингаляция O₂ до 87%. От дальнейшего пребывания в стационаре категорически отказалась, настояла на выписке, несмотря на рекомендации консилиума.

Выводы. Специфическая терапия высокой вторичной ЛГ, развившейся на фоне некорригированного ВПС с помощью селективного ингибитора фосфодиэстеразы 5 типа (препарат ревацио), усиливающего вазодилатирующие свойства эндогенного оксида азота, повышающего легочный кро-

воток вследствие вазодилатации и подавления пролиферации гладкомышечных клеток, позволила несколько улучшить состояние больной и должна проводиться неопределенно долго. Высокий показатель NTproBNP свидетельствует о крайне неблагоприятном прогнозе заболевания.

ВАЗОСПАЗМ КАК ПРИЧИНА ИНФАРКТА МИОКАРДА

Катина Л.А.

Кафедра госпитальной терапии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научные руководители: доц. Филоненко С.П., асс. Селезнев С.В.

Инфаркт миокарда - одна из самых распространенных болезней сердца, обуславливающая высокую смертность лиц трудоспособного возраста. Основной причиной инфаркта миокарда является атеросклероз коронарных артерий. Согласно данным немецкого исследования CASPAR, каждый четвертый пациент, перенесший инфаркт миокарда, не имеет гемодинамически значимых поражений коронарных артерий. При этом коронарспазм отмечается в половине случаев. Выявление причины инфаркта миокарда необходимо для подбора соответствующей терапии.

Цель исследования. Демонстрация клинического случая коронарспазма, приведшего к инфаркту миокарда.

Проводилось клиническое наблюдение за пациенткой Б., 64 лет, поступившей в РОККД с жалобами на давящие, сжимающие боли за грудиной, иррадиирующие в левую руку и позвоночник, возникающие периодически в покое и при физической нагрузке, продолжительностью 5-10 мин, купирующиеся нитроглицерином.

За 25 дней до поступления впервые возникли интенсивные жгучие, давящие, сжимающие боли в нижней трети грудины и в эпигастрии с иррадиацией в левую руку, позвоночник и лопатку. Принимала самостоятельно гастрофарм, креон, но-шпу, без эффекта. За 12 дней и за 4 дня до госпитализации загрудинные боли рецидивировали с той же интенсивностью. Также в течение 1 месяца усилилась одышка. Из анамнеза также известно, что в 1994 г перенесла удаление матки и придатков по поводу миомы; в 2002 г - холецистэктомия, ушиб головного мозга. Постменопауза с 44 лет. Вредные привычки отрицает.

При объективном обследовании выявлено повышение АД на правой руке до 145/80 мм. рт. ст., ЧСС - 99 в мин.; по данным лабораторных анализов - повышение уровня общего ХС до 6,26 ммоль/л и ЛПНП до 3,17 ммоль/л; уровень биомаркеров некроза миокарда в норме; ЭКГ - Синусовая тахикардия. Рубцовые изменения в миокарде нижней стенки левого желудочка; на УЗИ сердца - гипокинезия задней стенки левого желудочка; при выполнении коронароангиографии, во время контрастирования правой коронарной артерии возник выраженный спазм, зафиксирован подъем

сегмента ST в отведениях II, III, aVF; АВ-блокада первой степени. Извитость контуров коронарных артерий. Гемодинамически значимых стенозов не выявлено.

На основании вышеприведенного обследования был поставлен клинический диагноз: ИБС: острый крупноочаговый нижний инфаркт миокарда. Гипертоническая болезнь III стадия, 2 степень, риск очень высокий. Атеросклероз аорты. Недостаточность МК. ХСН IIa ст., ФК II. ЦВБ: вторичная дисциркуляторная энцефалопатия. Хронический гастрит, ремиссия. ЖКБ, холецистэктомия (2000 г). ПХЭС.

Больной проводилось лечение: двойная антиагрегантная терапия, статины, б-блокаторы, ингибиторы АПФ, антагонисты Ca, нитраты. На фоне лечения возникали кратковременные загрудинные боли при физической нагрузке и эмоциональных переживаниях, купирующиеся в покое. Выписана в удовлетворительном состоянии.

Причиной инфаркта миокарда в данном случае могли явиться как коронароспазм, так и тромбоз эксцентрично расположенной атеросклеротической бляшки. Дифференциальный диагноз этих двух состояний затруднителен. В пользу коронароспазма у данной пациентки говорит его возникновение во время процедуры коронарографии, наличие эксцентрично расположенных бляшек можно предположить в этом случае на основании выявленной неровности контуров коронарных артерий во время коронароангиографии.

Вывод. Нужно помнить о том, что инфаркт миокарда может развиваться у пациентов без гемодинамически значимых стенозов коронарных артерий, причиной которого может быть в том числе и коронароспазм.

АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ С НЕКЛАПАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Иванова А.А.

Кафедра госпитальной терапии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научные руководители: проф. Якушин С.С., асс. Филиппов Е.В.

Цель исследования. Изучить необходимость антикоагулянтной терапии и влияние различных факторов на выбор препарата у больных с неклапанной фибрилляцией предсердий (ФП) в условиях специализированного учреждения.

Материалы и методы. Одномоментное, кросс-секционное исследование, включившее 62 пациентов с неклапанной ФП (51,6% мужчин и 48,4% женщин), находившихся на лечении в РОККД 05-06 марта 2015 года в отделениях терапевтического профиля. Средний возраст исследуемых составил 64 [60,7;67,2] года.

Результаты и их обсуждение. В 45,2 % случаев больные имели диагноз персистирующая ФП. Впервые возникшая ФП встречается довольно часто (в 17,7 % случаев). 40,3 % исследуемых принимали варфарин, прием новых антикоагулянтов низкий (ксарелто 6,5% человек, прадакса 1,6 % человек). Не принимали антикоагулянты 4,8% человек. Аспирин чаще назначался больным, имеющим группу инвалидности, а варфарин принимали больные, состоящие в браке.

Средний балл по шкале CHADSVASC составил 3,5 балла. CHADSVASC < 2 имели 8,1% человек, из которых 6,48 % принимали варфарин. CHADSVASC \geq 2 имели 91,9% человек.

Средний балл по шкале HASBLED составил 1.3 балла.

На выбор препарата никак не влияли показатели шкал CHADSVASC и HASBLED.

Выводы.

1. Профилактика тромбоэмболических осложнений при ФП требует индивидуальной оценки риска развития инсульта и риска развития геморрагических осложнений.

2. Использование шкал CHADSVASC и HASBLED не ассоциировалось с приемом антикоагулянтов, однако, их использование может существенно помочь при выборе препарата и стратегии лечения (снизить риск инсульта и кровотечения).

3. Среди всех исследуемых с CHADSVASC \geq 2 (91.9%), антикоагулянтная терапия еще показана 5,3% чел.

4. Выявлено, что лицам старше 66 лет антикоагулянты не назначались.

ГОРМОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ И РОСТОВЫЕ ФАКТОРЫ В ОЦЕНКЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Магасумова М.Р.

Кафедра госпитальной терапии

Южно-Уральский государственный медицинский университет, г. Челябинск

Научный руководитель: доц. Бастриков О.Ю.

Цель исследования. Изучить структурно-функциональные показатели сердца во взаимосвязи с гормональными показателями, ростовыми факторами у практически здоровых лиц.

Материалы и методы. Проведено поперечное исследование 107 практически здоровых лиц, из них 46 мужчин и 61 женщина, сопоставимых по возрасту. Количественное определение дофамина, адреналина, норадреналина, кортизола, инсулиноподобного фактора роста - 1 крови проводилось на автоматическом ИФА - анализаторе. Эхокардиография проводилась на ультразвуковом сканере «Logic - 5 XP» датчиком 3,5 мГц по стандартным методикам.

Результаты и их обсуждение. Частота встречаемости гипертрофии ле-

вого желудочка (ГЛЖ) в группе мужчин с исходно нормальным уровнем артериального давления составила 15,2%, в группе женщин - 8,2%. При изучении гормональных показателей уровень норадреналина оказался значимо ниже у практически здоровых лиц с ГЛЖ независимо от пола. У мужчин с наличием ГЛЖ средние концентрации норадреналина и кортизола оказались значимо ниже, по сравнению с мужчинами без признаков ГЛЖ. В группе женщин с наличием ГЛЖ средний уровень адреналина оказался значимо выше, по сравнению с контрольной группой.

У женщин с наличием ГЛЖ обнаружены значимые корреляционные связи адреналина с индексом массы миокарда левого желудочка. У мужчин с ГЛЖ выявлены ассоциации инсулиноподобного фактора роста - 1 с толщиной межжелудочковой перегородки в диастолу, а также кортизола с массой миокарда левого желудочка и её индексированным показателем. Во многом, указанные зависимости подтверждены множественным регрессионным анализом.

Выводы. Изученные гормональные показатели и ростовые факторы имеют значимые ассоциации со структурно - функциональными показателями сердца. Структура значимых факторов, выраженность их обусловлена гендерными различиями. При этом у практически здоровых женщин с исходно нормальным уровнем артериального давления наибольшую долю влияния на массу миокарда левого желудочка и её индексированный показатель оказывает уровень адреналина, среди практически здоровых мужчин - уровень кортизола.

АССОЦИАЦИИ ПРОДУКТОВ ОКИСЛИТЕЛЬНОЙ МОДИФИКАЦИИ БЕЛКОВ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ

Макарычева Л.Ю.

Кафедра госпитальной терапии

Южно-Уральский государственный медицинский университет, г. Челябинск

Научный руководитель: доц. Бастриков О.Ю.

Цель исследования. Изучить продукты свободнорадикального окисления белков во взаимосвязи с психоэмоциональными факторами у практически здоровых лиц.

Материалы и методы. Проведено поперечное исследование 107 практически здоровых лиц, из них 46 мужчин и 61 женщина, сопоставимых по возрасту. Психологическая диагностика включала: шкалу реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина; шкалу оценки депрессии Центра эпидемиологических исследований США; визуально - аналоговую шкалу (ВАШ) самооценки здоровья, стресса, жизнестойкости; методику «Уровень социальной фрустрированности» (УСФ); тест социальной адаптации Холмса-Рея. Для определения продуктов окислительной модифика-

ции белков использовали метод Е.Е. Дубининой и соавт. (1995), предусматривающий регистрацию 2,4 - динитрофенилгидразонов (ДНФ) в сыворотке крови при длинах волн 270 - 530 нм.

Результаты и их обсуждение. При сопоставлении суммарных ДНФ отмечена общая тенденция к повышению их концентраций у женщин, при этом значимо большими оказались средние концентрации карбонильных производных при длине волн 363 и 530 нм.

В группе женщин обнаружены значимые корреляционные связи между реактивной тревожностью и уровнем суммарных ДНФ при длине волны 356 нм, а также между ВАШ (самооценка здоровья) и уровнем суммарных ДНФ при длине волн 430 и 530 нм. У мужчин выявлена ассоциация ВАШ (самооценка стресса) с концентрацией суммарных ДНФ 530 нм. В целом, в исследуемой группе отмечена зависимость между УСФ и уровнем суммарных ДНФ 270 нм, независимо от пола. Во - многом, указанные связи подтверждены множественным регрессионным анализом.

Выводы. Изученные психологические факторы имеют значимые ассоциации с показателями окислительной модификации белков. Структура значимых факторов, выраженность их обусловлена гендерными различиями. Полученные данные указывают на необходимость поиска путей создания комплексной первичной профилактики стресс - индуцированной окислительной модификации белков с учетом психоэмоциональных факторов и гендерных особенностей их влияния.

ОЦЕНКА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ВЫРАЖЕННОСТИ ХСН

Курмаева А.Ш.

Кафедра госпитальной терапии

Астраханский государственный медицинский университет, г. Астрахань

Научный руководитель: к.м.н. Ибрагимова Д.М.

Цель исследования. Изучить взаимосвязь тяжести хронической сердечной недостаточности с когнитивными нарушениями у пациентов пожилого возраста, выявить зависимость данных нарушений от пола и возраста.

Материал и методы. Проведено исследование пациентов с ХСН различной степени выраженности, находящихся на лечении в 2014 г. в отделении терапии ГБУЗ АО «ГКБ №2 им. Братьев Губиных». Для исследования использовались клинические методы и нейропсихологические тесты (MMSE, тест рисования часов, проба Лурия, тест Шульте).

Результаты и их обсуждение. Проведено исследование 22 пациентов с ХСН. Женщин - 13 (59%), мужчин - 9 (41%). Средний возраст обследуемых женщин составляет 81 год, у мужчин средний возраст - 76 лет. У 16 (73%) выявлены когнитивные нарушения. При ХСН II ФК преддементные состояния преобладают среди женщин - 5 (31%), среди мужчин - 3 (19%). При

ХСН III ФК деменция легкой степени отмечается у 2 (13%) женщин и 3 (19%) мужчин. При ХСН IV ФК деменция умеренной степени выраженности установлена у 1 пациентки (6%), а среди мужчин - выявлена деменция легкой степени у 2 пациентов (13%).

Выводы. Степень выраженности нарушений когнитивных функций прямо пропорциональна степени выраженности ХСН и длительности хронизации процесса, а также зависит от пола и возраста. При ХСН II ФК отмечались преддементные состояния; при ХСН III ФК - деменция легкой степени; при ХСН IV ФК у женщины - деменция умеренной степени, а среди мужчин - деменция легкой степени. Коррекция когнитивных нарушений у этой категории больных требует пристального внимания и участия специалистов различных профилей, что позволит достичь оптимизации сердечно-сосудистой терапии и улучшения качества жизни и прогноза заболевания в целом.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЦИКЛОФЕРОНА ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ НА ФОНЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Корабоева Ф.У., Нуриддинов А.С., Юлдашева Н.Э.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан, Узбекистан

Научный руководитель: к.м.н. Юлдашева Н.Е.

Цель исследования. Изучение эффективности применения циклоферона - раннего индуктора интерферонов первого и второго типов, при воспалительных заболеваниях легких сочетанных с сердечной недостаточностью у больных ишемической болезнью сердца.

Материалы и методы. Нами были подобраны 10 больных с сердечной недостаточностью с ишемической болезнью сердца сопровождающим диагнозом внебольничная пневмония разной степени активности (первая группа). Из них 4 больные с двухсторонними бронхопневмониями, 6 больных очаговыми пневмониями, диагностированными в терапевтическом отделении клиники Андижанского государственного медицинского института. Всем больным на фоне традиционных лечений ишемической болезни сердца и сердечной недостаточности был назначен внутримышечное введение циклоферона в дозе 4мл по схеме 1,2,4,6,8,11,14-й дни приёма. В качестве антибиотической терапии был назначен цефтриаксон по 1 грамму 2 раза в сутки внутримышечно в 0,5 % растворе новокаина и метронидазол по 100 мл 3 раза в сутки внутривенно капельно. Для сравнительного анализа брали также 10 больных с такими же диагнозами, излеченных на фоне вышеуказанных антибиотиков (вторая группа).

Результаты и их обсуждение. У больных первой группы 2-4-й дни болезни количество лейкоцитов $12,5 \pm 0,4 \times 10^9/\text{л}$; 10-12-й дни $6,7 \pm 0,3 \times 10^9/\text{л}$; у больных второй группы 2-4-й дни $12,1 \pm 0,5 \times 10^9/\text{л}$; 10-12-й дни $5,2 \pm 0,1 \times 10^9/\text{л}$.

10^9 /л. $P < 0.005$; палочкоядерные у больных первой группы 2-4 дни болезни $10,0 \pm 0,4$ (%); 10-12-й дни болезни $7,0 \pm 0,1$ %; у больных второй группы 2-4 дни болезни $10,3 \pm 0,5$ (%); 10-12-й дни болезни $4,2 \pm 0,2$ %; сегментоядерные у больных первой группы 2-4 дни болезни $6,5 \pm 3,5$ (%); 10-12-й дни болезни $61,0 \pm 3$ %; у больных второй группы 2-4 дни болезни $64,0 \pm 3,2$ (%); 10-12-й дни болезни $48,0 \pm 2$ %; нейтрофилы у больных первой группы 2-4 дни болезни $9,4 \pm 0,4$ (%).

Выводы. У больных получавших циклоферон абсолютное количество лейкоцитов и нейтрофилов в динамике заболевания достоверно уменьшалось, а количество лимфоцитов увеличивалось ($P < 0,05$). Достоверно меньшим также было и количество палочкоядерных и сегментоядерных форм нейтрофилов у больных с иммунокоррекцией по сравнению с пациентами с традиционной терапией.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ И САМОЛЕЧЕНИЮ У БОЛЬНЫХ С СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Бочарова С.М., Тамбовский Е.М.

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: асс. Жесткова Т.В.

Цель исследования. Оценить и сравнить приверженность к лечению и самолечению у больных соматического профиля.

Материалы и методы. Нами было обследовано 50 больных (21 мужчин) и (29 женщин) в возрасте 18 - 89 лет, проходивших лечение в ГБУ РО ГКБ № 4 г. Рязани. Средний возраст мужчин составил $52 \pm 3,7$ лет; женщин - $62 \pm 2,2$ лет. Приверженность к медикаментозному лечению оценивалась по тесту Мориски - Грина (Morisky D.E., Green L.W., 1986), к самолечению - по предложенному сотрудниками кафедры тесту, состоявшему из 4 вопросов: Заменяли ли Вы когда-нибудь препарат, назначенный врачом, на другое лекарство? Принимали ли Вы когда-нибудь лекарство без назначения врача? Уменьшали ли Вы самостоятельно список назначенных врачом препаратов? Меняли ли Вы самостоятельно продолжительность лечения без совета с врачом? Оценка теста: да - 1, нет - 0 баллов. Максимальный результат 4 балла характеризует пациента, склонного лечиться по своему усмотрению, не соблюдая рекомендации врача. Статистическая обработка материала проводилась с использованием U-критерия Манна - Уитни, коэффициента корреляции.

Результаты и их обсуждение. Приверженность к лечению (комплаенс) по тесту Мориски - Грина была недостаточно высокой: $2,6 \pm 0,2$ балла, к самолечению - $1,2 \pm 0,2$ балла. COMPLAINT между врачом и пациентом был в 2,1 раза ($p < 0,001$) больше, чем приверженность больных к самолечению. Достоверно наиболее низкие результаты теста комплаенса получены при

ответе на 1 и 2 вопросы (соответственно $0,4 \pm 0,07$ и $0,6 \pm 0,07$ балла): забывали принимать препараты, невнимание к часам приема. Наивысший балл ($0,4 \pm 0,07$) по тесту самолечения набрал 2 вопрос. В среднем 30% опрошенных самостоятельно заменяли назначенный препарат или уменьшали список рекомендуемых медикаментов. Не выявлено достоверной связи возраста и приверженности к лечению или самолечению, гендерные отличия результатов тестирования были также недостоверны. Корреляция используемых тестов была отрицательной, достоверной ($r = -0,47, p < 0,01$).

Выводы.

1. У больных с соматической патологией выявлен недостаточно высокий уровень комплаенса, чаще связанный с «забывчивостью» и невниманием к часам приема лекарств.
2. Приверженность к самолечению чаще выражалась в приеме лекарств без назначения врача.
3. Около трети больных самостоятельно регулировали наименование и количество принимаемых препаратов.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ КАРДИОМИОПАТИЙ

Джурджевич М.Д.

Кафедра пропедевтики внутренних болезней
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научный руководитель: доц. Папков С.В.

Цель исследования. Дать определение, классификацию кардиомиопатий и провести анализ распространенности различных видов кардиомиопатий по данным госпитализации в терапевтическое отделение ГКБ №10.

Материалы и методы. Пациентов - 23 (мужчин - 16, женщин - 7). Среди них с ИКМП - 7 человек, с ДКМП - 9, с дисгормональной - 3, с ГКМП - 2, с интоксикационной - 2. Средний возраст $53,7 \pm 2,1$ года.

Результаты и их обсуждение. Мужчины с ИКМП имели в анамнезе ОИМ, женщины - стеноз АК и острый миокардит. Артериальная гипертензия наблюдалась практически у всех больных. У всех пациентов наблюдались нарушения ритма и проводимости. В качестве осложнения все имели ХСН 2-3 ст. При проведении ЭХО-КГ: КДР до 6,8 см и КСР до 5,5 см; дилатация ЛП до 4,6x6,3 см и ПП до 4,4x6,1 см; гипертрофия ЗСЛЖ до 13 мм; ФВ не более 39 %; акинезия стенок ЛЖ.

Пациенты с ДКМП имеют недостаточность клапанов: МК - 3-4 ст, ТК - 2-3 ст, АК - 1 ст. Нарушения ритма и проводимости отмечались у половины пациентов. В качестве осложнения все имели ХСН 2-3 ст. На ЭХО-КГ КДР до 7,8 см и КСР до 6,5 см; дилатация ЛП до 5,7x5,9 см и ПП до 4,4x5,1 см; ФВ 32-34 %; диффузная гипокинезия всех стенок ЛЖ; регургитация МК 3-4 ст, АК 1 ст, ТК - 2-3 ст.

Анализ пациентов с дисгормональной, гипертрофической и интоксикационной КМП не проводился в связи с малым количеством наблюдений.

Выводы. На основании вышеизложенного можно сделать вывод, что на участке ГБУ РО ГКБ № 10 наиболее распространёнными из кардиомиопатий являются ишемическая и дилатационная, что соответствует данным литературы. Но ХСН более выражена у пациентов с ДКМП. Это противоречие литературным данным может быть объяснено малым числом наблюдений (< 30). Некоторое несоответствие результатов ЭХО-КГ у наблюдаемых больных ($ФВ \leq 39\%$, но в ряде случаев $> 35\%$, что противоречит литературным данным при ИКМП) может быть объяснено отсутствием в больнице аппарата для проведения ЭХО-КГ, в связи с чем имеются определённые трудности в своевременной верификации диагноза направившего учреждения. Отсутствие указанного аппарата делает диагноз ДКМП ещё более поздним.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПО ДАННЫМ РЕТРОСПЕКТИВНОГО И ПРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Шамсулов Р.Б., Негматова Г.М., Ачева Г.А., Абдуллоев Ф.Н.

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Таджикский государственный медицинский университет г. Душанбе, Таджикистан

Научный руководитель: проф. Шарипова Х.Ё.

Цель работы. Изучить эффективность терапии госпитализированных с АГ пациентов по данным ретроспективного и проспективного исследования.

Материал и методы. Изучена эффективность терапии госпитализированных с АГ пациентов в отделения ГКБ №5 г. Душанбе ретроспективно (459 пациентов, 214 мужчин и 245 женщин, средний возраст $58,9 \pm 3,2$ года) и проспективно (245 пациентов, 104 мужчин и 141 женщин, средний возраст $59,2 \pm 3,4$ года). Критерии включения: первичная АГ, установленная в соответствии с рекомендациями ВНОК. Неконтролируемая АГ (НКАГ) установлена при отсутствии стойко поддерживаемого целевого уровня АД на фоне оптимальных доз 2 антигипертензивных препаратов, а РАГ - не менее 3 препаратов, один из которых диуретик.

Результаты и их обсуждение. При ретроспективном исследовании госпитализированных с АГ пациентов отмечено преобладание женщин ($p > 0,05$) и лиц среднего и пожилого возраста ($p < 0,05$). У пациентов 45-60 лет и старше, чаще, чем у молодых наблюдается НКАГ ($p < 0,05$) и тенденция к учащению РАГ ($p > 0,05$); РАГ отмечена у 17% пациентов. По данным проспективного наблюдения отмечается некоторое учащение НКАГ у женщин и пожилых пациентов; незначимое учащение РАГ (22,9%; $p > 0,05$) у женщин и молодых пациентов ($p > 0,05$). Соответственно данным ретроспективного и проспективного исследования стойкое достижение целевых

уровней АД отмечалось у 40,3 и 40,4%; НКАГ - у 42,7 и 36,7% и РАГ - у 17 и 22,9% пациентов.

Выводы.

1. На фоне стационарного лечения отсутствие стойкого достижения целевых уровней АД (НКАГ и РАГ) у пациентов с АГ выявляется несколько чаще (63,%) , чем при ретроспективном исследовании (59%).

2. По данным проспективного наблюдения РАГ выявляется чаще ($p>0,05$) у женщин и молодых пациентов.

ФАКТОРЫ РИСКА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НА РАЗВИТИЕ И ДАЛЬНЕЙШЕЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЕ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Жураева М.А., Рахимова М.А., Набижонов О.Г., Ашуралиева Н.Д.

Кафедра врача общего профиля №1

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан, Узбекистан

Научный руководитель: доц. Жураева М.А.

Цель исследования. Повышение эффективности профилактики и лечения гипертонической болезни на уровне первичного звена здравоохранения путем обучения пациентов в «школах гипертоников».

Материалы и методы. Анкетированы и обследованы 182 женщин гипертонической болезнью, состоящих на диспансерном наблюдении в семейной поликлинике и сельских врачебных пунктах. Впоследствии часть из них ($n=92$, основная группа) прошли курс обучения, а часть ($n=90$, группа сравнения) не участвовали в образовательной программе. Все пациенты находились под наблюдением в течение 2-х лет.

Результаты и их обсуждение. У пациентов основной группы в отличие от группы сравнения произошла положительная динамика в липидном спектре, уменьшилось число больных гиперхолестеринемией липопротеидов низкой плотности 58,5% до 28,0% ($p<0,001$). После обучения все больные основной группы изменили рацион питания, снизили употребление животного жира у 71 (77%) до обучения, после обучения 30,3% ($p<0,001$), избыточное потребление соли более 5-6 г/сут, наблюдалось до обучения у 12 (13%) и после обучения лишь у 3 (3,3%) ($p<0,001$). Наряду с этим отмечены достоверные изменения в клинической картине заболевания пациентов, прошедших обучение: реже стали возникать головокружение, головные боли, наблюдалась тенденция к уменьшению одышки при физической нагрузке. В результате обучения пациенты улучшили свои знания о факторах риска гипертонической болезнью (с 47 % до 99,2%) и информативности (с 32% до 97%) о наличии у них гипертонической болезни. Течение гипертонической болезни сопровождалось достоверным снижением частоты гипертонических кризов с 27% до 3,2% ($p<0,001$) в группе пациентов, включенных в образовательную программу. Кроме того, 87

(94,5%) пациентов стали самостоятельно контролировать артериальное давление и вести дневник самоконтроля, что способствовало повышению приверженности к медикаментозной терапии.

Выводы. Обучение пациентов в «школах гипертоников» навыкам самоконтроля и соблюдению мероприятий по изменению образа жизни позволяют снизить артериальное давление, уменьшить потребность в гипотензивных препаратах и повысить их эффективность.

СЛУЧАЙ СЕМЕЙНОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ МИОГЛОБИНУРИИ Лушникова И.С.

Кафедра внутренних болезней и поликлинической терапии
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научный руководитель: асс. Гиривенко А.И.

Семейная пароксизмальная миоглобинурия - редкая патология, наследуемая по аутосомно-рецессивному типу. Заболевание проявляется в возрасте до 8 лет и характеризуется миоглобинурией, болезненностью, слабостью и повышенной чувствительностью икроножных мышц. Появление симптомов провоцируется физической нагрузкой, стрессом, переохлаждением и инфекционными заболеваниями. При обследовании определяется повышение уровней КФК и миоглобина сыворотки крови. Дифференцируют болезнь с другими метаболическими миопатиями. Верифицируют диагноз с помощью генетического исследования (выявление мутаций в гене LPIN1).

Клинический случай. Больной Ч., 32 лет, поступил в нефрологическое отделение ГБУ РО ГКБ №11 28.08.14 с жалобами на выраженные боли и слабость в мышцах, преимущественно икроножных и бедренных, общую слабость, задержку мочи в течение последних суток. Вышеуказанные жалобы возникли на фоне интенсивной физической нагрузки и переохлаждения. Из анамнеза известно, что у больного с 7 лет на фоне физической нагрузки, инфекционных заболеваний, переохлаждения или стресса неоднократно возникали приступы болей в скелетных мышцах и потемнение мочи. Неоднократно обследовался и лечился по поводу хронического гломерулонефрита, хронического гепатита.

В ходе обследований на момент приступов болей в мышцах выявлялось повышение уровня креатинина и мочевины, билирубина преимущественно за счет непрямого, незначительное увеличение показателей АЛТ и ГГТП; в общем анализе мочи выявлялось повышение количества эритроцитов. Неоднократно проводилось УЗИ органов брюшной полости, где патологии выявлено не было. HbsAg, a-HCV не были выявлены, АТ к ВИЧ не обнаруживали. Из анамнеза так же удалось выяснить, что боли в мышцах и потемнение мочи на фоне физической нагрузки беспокоят младшего брата больного.

При осмотре состояние больного тяжелое. Кожные покровы обычной окраски. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный. ЧСС 86 ударов в минуту, АД 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Почки не пальпируются, область их безболезненная. Анурия. При пальпации выявляется чувствительность икроножных мышц. При обследовании: в общем анализе крови нейтрофильный лейкоцитоз, в общем анализе мочи - протеинурия, гематурия. При биохимическом исследовании крови: гипербилирубинемия, повышение трансаминаз в несколько десятков раз выше нормы, повышение креатинина и мочевины. При проведении УЗИ брюшной полости и почек, ЭКГ, рентгенограммы органов грудной клетки патологии выявлено не было. Больной был осмотрен профессором Низовым А.А. и было высказано предположение о миопатии, приведшей к ОПН. Диагноз был подтвержден при исследовании КФК и миоглобина - повышение этих показателей в сотни раз от нормы. В связи с неэффективностью консервативной терапии был начат гемодиализ. На фоне лечения состояние больного улучшилось, ОПН купирована. Больной был выписан на амбулаторное наблюдение участкового терапевта, нефролога в удовлетворительном состоянии. Больному планируется верификация диагноза посредством генетического исследования. Наблюдение за больным продолжается.

Выводы. Представленный случай редкого наследственного заболевания долгие годы протекавший под маской «обычной» почечной и гастроэнтерологической патологии. Недооценка симптомов поражения скелетных мышц привела к достаточно поздней постановке диагноза.

ПОВТОРНЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Лушникова И.С., Зимарина М.В., Анашкина Д.Ю.

Кафедра внутренних болезней и поликлинической терапии
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научные руководители: доц. Бороздин А.В., асс. Гиривенко А.И.

Инфаркт миокарда (ИМ) - ишемический некроз сердечной мышцы в результате полной окклюзии коронарной артерии вследствие коронаросклероза. ИМ определяется как острый при его первом появлении. Рецидивирующий ИМ выставляется в сроки до 2 месяцев от первого инфаркта, повторный ИМ - в сроки свыше 2 месяцев. Повторный ИМ примерно в 1/3 случаев развивается в течение 3 лет после предыдущего и обычно протекает тяжелее.

Цель исследования. Изучить особенности современного течения ИМ.

Материалы и методы. Проанализировано 102 истории болезни больных ИМ (67 острым, 28 повторным), поступивших в отделение неотложной кардиологии за первые полгода его работы (с февраля по июль 2012 г.).

Результаты и их обсуждение. В группу острого ИМ вошли 37 мужчин

и 30 женщин. В группе повторного ИМ мужчин было 21, женщин 7. Средний возраст в обеих группах был сопоставим: $66,4 \pm 1,2$ и $66,8 \pm 2,0$ лет соответственно. Избыточную массу тела имели 77,6% больных в группе острого ИМ и 67,9% - в группе повторного ИМ. У больных с острым ИМ КФК-МВ был повышена у 53,7%, трансаминаз у 69,0%, тропонины у 61,0%. У больных повторным ИМ КФК-МВ был повышена у 45,8%, трансаминазы у 62,5%, тропонины у 75,0%. Повышение уровня общего холестерина выше оптимального значения отмечалось у 71,6% больных острым и 60,7% больных повторным ИМ. Повышенный уровень триглицеридов выявлен у 17,9% больных острым и 21,4% больных повторным ИМ. Практически у всех больных наблюдалось расширение левого предсердия. Левый желудочек был расширен у 13,4% больных при остром ИМ и у 25,0% - при повторном ИМ. Зоны гипокинезий отмечены у 32,8% больных острым и 39,3% повторным ИМ. Фракция выброса была снижена у 52,2% больных острым и 75,0% больного повторным ИМ.

Выводы. Среди больных повторным ИМ значительно преобладают мужчины. В этой группе чаще наблюдается снижение сократимости левого желудочка. Остальные клинические, лабораторные и инструментальные показатели сопоставимы в обеих группах. Нарушение локальной сократимости миокарда выявлялись в небольшом проценте случаев в обеих группах. Полученные данные нуждаются в дальнейшем изучении.

БРОНХООБСТРУКТИВНАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ НАРУШЕНИИ РИТМА

Соловьев Р.В.

Кафедра внутренних болезней и поликлинической терапии
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научный руководитель: асс. Заикина Е.В.

Фибрилляция предсердий - самая частая аритмия, её наличие ассоциируется с повышенным риском тромбоэмболических осложнений.

Цель работы. Провести анализ форм и причин фибрилляции предсердий у больных с бронхиальной астмой и ХОБЛ.

Материалы и методы. Для анализа произвольным образом отобрали 146 пациентов с бронхиальной астмой и ХОБЛ в сочетании с фибрилляцией предсердий, наблюдающихся в городской поликлинике.

Результаты и их обсуждение. В группе бронхиальной астмы - 86 человек, в группе ХОБЛ - 60 человек. Средний возраст обеих групп достоверно не различался: 61,2 г. (БА) против 63,8 г. (ХОБЛ). При анализе форм фибрилляции предсердий в группе БА преобладает пароксизмальная форма (61%) против персистирующей (25%) и перманентной (14%). В группе ХОБЛ наоборот преобладает перманентная форма (65%) против персистирующей (25%) и пароксизмальной (10%). При анализе распределения форм фибрилляции предсердий в зависимости от тяжести бронхообструктивной

патологии выявлено: при лёгкой БА преобладает пароксизмальная форма (58%), при среднетяжёлой БА - пароксизмальная и персистирующая формы (63%), при тяжёлой БА - перманентная форма (64%). В группе ХОБЛ: I стадия - пароксизмальная и персистирующая формы (67%), 2 стадия - аналогично (79%), 3 стадия - персистирующая форма (39%) и перманентная (41%), при 4 стадии - перманентная форма (59%). Из сопутствующей кардиальной патологии в группе БА наиболее часто встречается артериальная гипертензия (46%), ИБС - 11% (инфаркт миокарда 1%), ИБС+АГ - 25%, ХРБС - 1,5%. В группе ХОБЛ: артериальная гипертензия (28%), ИБС - 25% (инфаркт миокарда 18%), ИБС+АГ - 35%, дилатационная кардиомиопатия - 2%.

Выводы. Частота фибрилляции предсердий у больных с бронхообструктивной патологией нарастает с увеличением тяжести заболевания, при этом чаще встречается при бронхиальной астме. Частота перманентной фибрилляции предсердий также увеличивается с тяжестью бронхообструкции, особенно при ХОБЛ. Наиболее частая кардиальная патология представлена артериальной гипертензией, ИБС, комбинацией ИБС и артериальной гипертензии. Сочетание фибрилляции предсердий с ХОБЛ и бронхиальной астмой усложняет ведение пациентов в связи с взаимным отягощением патологий, общими симптомами (одышка, сердцебиение) и сложностью подбора как антиаритмической, так и бронхорасширяющей терапии.

СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО ТРОМБОЗА

Присакару М.Н.

Кафедра внутренних болезней и поликлинической терапии
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научный руководитель: доц. Бороздин А.В.

Хроническая ишемическая болезнь органов пищеварения - заболевание, возникающее при нарушении кровообращения по непарным висцеральным ветвям брюшной аорты, клинически проявляющееся болями в животе после приема пищи, нарушениями моторно-секреторной и абсорбционной функции кишечника.

Диагноз ставится на основании клинической картины и дополнительных методов исследования: доплерография магистральных артерий брюшной полости, рентгеноконтрастирование по Сельдингеру, компьютерная томография. Диагностировать мезентериальный тромбоз довольно сложно, летальность от заболевания остается высокой.

Клинический случай. Больная М., 73 года, поступила в ГКБ № 11 02.10.14 г. Из-за тяжести состояния жалоб не предъявляла. Анамнез собран со слов родственников. Длительное время страдала гипертонической болезнью с максимальными цифрами АД до 260/110 мм рт.ст. Давление контролировала нерегулярно, систематически не лечилась. Периодически бес-

покоили за грудиные боли. За два дня до госпитализации появились боли в животе. Дважды был неоформленный стул. На следующий день появились боли за грудиной, одышка. Вызвала скорую медицинскую помощь, зарегистрировано АД 280/110 мм рт. ст. Сохранялись боли в животе. Утром 02.10.2014г появилось нарушение речи. Повторно вызвана СМП. Доставлена в ГКБ №11. При поступлении состояние крайне тяжелое. Сопор. Кожные покровы бледные, холодные. Температура тела - 36,1-36,3. Аускультативно дыхание везикулярное, ослабленное, хрипов нет. Область сердца: не изменена. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный с ЧСС = 135 в мин. АД 100/60 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, не вздут, безболезненный при пальпации, перистальтика вялая. Печень перкуторно не увеличена. Селезенка не пальпируется. Отеков нет. Мочеиспускание самостоятельное. В анализе крови нейтрофильный лейкоцитоз, повышение креатинина до 233 мкм/л, билирубинемия 50 мкм/л. На ЭКГ фибрилляция предсердий, тахиформа. При рентгенографии органов грудной клетки - признаки гипертрофии левого желудочка, на УЗИ внутренних органов - без особенностей. При консультациях хирургов достоверных данных за острую хирургическую патологию не было получено. Проводилось лечение: зилт, аспирин, квамател, роксера (розувастатин), клексан п/к, мезатон в/в, кордарон в/в, цераксон, дексаметазон, допамин, преднизолон, кеторол, абактал. Несмотря на проводимую терапию состояние больной оставалось крайне тяжелым. Нарастала степень угнетения сознания до комы, сердечно-сосудистой недостаточности, анурия. И 3.10.14 г. в 19:00 произошла остановка дыхания и сердечной деятельности, констатирована смерть больной. Клиническое заключение. Основной: ИБС: постинфарктный кардиосклероз. Фибрилляции предсердий. Недостаточность МК (рег III), ТК (рег II-III). Фоновое: Гипертоническая болезнь III ст., 3 ст., риск IV Осложнения: ХСН II Б стадии, ФК III. Мезентериальный тромбоз. Асистолия. Сопутствующий: ЦВБ. ХИМ II ст. Патологоанатомическое заключение Основное заболевание: диффузный мелкоочаговый кардиосклероз. Атеросклероз коронарных артерий сердца (2 степень, 3 стадия, стеноз 50%). Фоновое заболевание: Гипертоническая болезнь Осложнения: хроническое общее венозное полнокровие внутренних органов: тромб левого сердечного ушка. Геморрагические инфаркты тонкой и толстой кишки. Стенозирующий атеросклероз мезентериальных артерий (стеноз 82%). Тромбоэмболы брыжеечных артерий.

Выводы. Клинический случай наглядно демонстрирует сложности диагностики ишемической болезни кишечника в реальной клинической ситуации у пациента с тяжелой сочетанной патологией и настраивает на проявление хирургической настороженности в подобных ситуациях.

БРОНХОЭКТАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ, ОСЛОЖНЕННАЯ АТИПИЧНЫМ МИКОБАКТЕРИОЗОМ

Шкодина О.В.

Кафедра внутренних болезней и поликлинической терапии
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научный руководитель: асс. Заикина Е.В.

Атипичные микобактерии - условно патогенные микобактерии, находящиеся во внешней среде, вызывают поражение лёгких у лиц с иммунодефицитами и тяжёлыми хроническими заболеваниями. Сложность диагностики определяет отсутствием типичной клинической картины и трудностью лабораторной верификации.

Представляется пациентка В., 25 лет, наблюдающаяся в городской поликлинике №2, предъявляет жалобы на кашель с обильной вязкой гнойной мокротой, одышку при физической нагрузке.

Анамнез: в детстве неоднократно пневмонии, в возрасте 12 лет при бронхографии выявлены двусторонние бронхоэктазы в нижних отделах. С 16 лет - обострения 2-4 раза в год. В 2012 году при очередном обострении - длительная лихорадка, отсутствие эффекта от банальной антимикробной терапии. При РКТ лёгких - в нижней доле правого лёгкого множественные очаговые тени. При микробиологическом исследовании в мокроте выделены *M. Tuberculosis*. Получала 4 компонентную терапию туберкулостатиками с положительным результатом (изониазид, рифампицин, этамбутол, пипразинамид). Через 6 месяцев терапии возникла беременность, в связи с чем терапия была прекращена. Беременность завершилась рождением здоровой доношенной девочки. В связи с длительной лактацией до 2014 г. от рентгенологического обследования отказывалась. Последнее обострение с 09.2014г., на фоне терапии аугментинотом 2 г./сутки состояние без динамики. При РКТ лёгких - с обеих сторон в нижних отделах сливные очаговые тени, справа два крупных очага с распадом. При микробиологическом исследовании мокроты выделены *M. Megmatis*, резистентные к туберкулостатикам 1 ряда.

Спирография: выраженные нарушения функции внешнего дыхания по смешанному типу. ЖЕЛ умеренно снижена. Выраженная генерализованная обструкция. Проба с сальбутамолом отрицательная.

Обследована в НИИ фтизиопульмонологии РАМН: *M. Megmatis* выделен из мокроты в значимом титре, чувствительная к кларитромицину, моксифлоксацину. Выставлен диагноз: Бронхоэктатическая болезнь. Хронический гнойный бронхит в фазе обострения. Микобактериоз.

Проводится следующая терапия: клацид СР 500 мг/сутки, спирива респимат 5 мкг/сутки, онбрез 150 мкг/сутки, флуимуцил 1200 мг/сутки с положительным эффектом, кашель уменьшился, одышка уменьшилась, снизилась гнойность мокроты, при аускультации лёгких - количество свистя-

щих и гудящих хрипов уменьшились, в нижней доле справа сохраняется небольшое количество влажных мелкопузырчатых хрипов.

Спирография (контроль через 2 мес. терапии) - без динамики.

РКТ лёгких (контроль через 3 мес.): отмечается значительная положительная динамика, уменьшилось количество очаговых теней, уменьшился объём содержимого бронхоцеле. Терапия продолжается.

Выводы. Атипичный микобактериоз - сложная терапевтическая проблема, актуальная для пациентов с тяжёлой хронической бронхолёгочной патологией. При подозрении на атипичные микобактерии требуется неоднократное микробиологическое подтверждение и длительное комплексное лечение, включающее антибиотики, бронхолитики, муколитики, иммуномодуляторы.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ОПИСТОРХОЗА У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Колобкова О.В., Червонная М.А., Бабаева И.С., Ускова М.М.

Кафедра внутренних болезней №2

Красноярский государственный медицинский университет, г. Красноярск

Научные руководители: проф. Демко И.В., к.м.н. Вырва П.В.

Цель исследования. Изучить клиническую характеристику проявлений хронического описторхоза на фоне особенностей течения гастроэзофагальнорефлюксной болезни (ГЭРБ) по данным гастроэнтерологического отделения КГБУЗ «Краевой клинической больницы».

Материалы и методы. В ходе работы проведено проспективное обследование 145 пациентов, госпитализированных в отделение гастроэнтерологии ККБ№1 с диагнозом хронический описторхоз. Всем пациентам было проведено клиническое обследование, включающее в себя: 1. Сбор жалоб и анамнеза, 2. Заполнение анкеты для выявления симптомов ГЭРБ, 3. Общий осмотр пациента. 4. Опросник по выявлению ГЭРБ - GERDQ.

Результаты и их обсуждение. У 62 пациентов с хроническим описторхозом, что составило 42,7% выявлена ГЭРБ. У всех пациентов данного исследования общая сумма баллов больше 8, что говорит о ярко выраженных симптомах ГЭРБ. С учетом данных инструментальной диагностики (ФГДС) данная патология подтверждается эндоскопическими признаками у 46 пациентов, что составляет 74,1%.

Выводы. Встречаемость ГЭРБ в сочетании с описторхозом, составляет 42,7%. Эндоскопически подтвержденная ГЭРБ, встречалась в 74,1% случаев, НЭРБ встречалась в 25,9% случаев.

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ
С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Червонная М.А., Зотина О.С., Панина Ю.Г., Парилова О.П.

Кафедра внутренних болезней №2

Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения,
медицины катастроф, скорой помощи

Красноярский государственный медицинский университет, г. Красноярск

Научные руководители: доц. Штегман О.А., к.м.н. Вырва П.В.

Сердечно-сосудистые заболевания являются одними из ведущих факторов риска развития когнитивных нарушений (КН).

Цель исследования. выявление частоты встречаемости и сравнение когнитивных нарушений, и изучение выраженности тревожно-депрессивных расстройств у стационарных пациентов с сердечно-сосудистой патологией.

Задачи: выявить частоту встречаемости когнитивных нарушений у пациентов с сердечно-сосудистой патологией, находящихся на стационарном лечении; изучить тревожности и расстройства депрессивного спектра у больных с сердечно-сосудистой патологией, находящихся на лечении в условиях стационара, в зависимости от возраста.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 57 человек с сердечно-сосудистой патологией. Средний возраст исследуемых: 1 группа - $54,6 \pm 3,0$ лет, 2 группа - $64,8 \pm 4,2$ лет; У всех включенных в исследование пациентов проводился сбор анамнеза, клинический осмотр, заполнялись опросники ситуативной и личностной тревожности, депрессии, оценка когнитивных нарушений.

Результаты и их обсуждение. Достоверно установлено, что в группе пациентов в возрасте до 60 лет с диагнозом острый инфаркт миокарда, когнитивные нарушения встречаются в 100% случаях.

Выводы.

1. Достоверно у каждого второго пациента группы с АГ с атеросклерозом брахиоцефальных артерий и пациентов со стабильной стенокардией с атеросклерозом и/или стенозом коронарных артерий, встречаются когнитивные нарушения (55,1%).

2. У пациентов до 60 лет с диагнозом острый инфаркт миокарда на 7-10 сутки в сравнении со 2-ой группой пациентов, наблюдается склонность к депрессивным расстройствам, что составляет 44,8%. В 1-ой и 2-ой группах чаще встречаются умеренные варианты ситуативной и личностной тревожности.

СОСТОЯНИЕ ПАРОДОНТА У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Леушина Е.А., Кононова Н.В., Норина А.Л.

Кафедра внутренних болезней

Кировская государственная медицинская академия, г. Киров

Научный руководитель: асс. Леушина Е.А.

Цель исследования. Оценить состояние пародонта у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 20 пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, находившиеся в кардиологическом стационаре. Всем пациентам был произведен стандартный стоматологический осмотр с определением стандартных стоматологических индексов КПУ (сумма кариозных, пломбированных и удаленных зубов у одного индивидуума), РМА (папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс, для оценки степени тяжести гингивита). После осмотра были даны рекомендации по необходимому гигиеническому уходу за полостью рта.

Результаты и их обсуждение. В результате проведенного стоматологического осмотра патология пародонта была обнаружена у 85% обследуемых. Более половины пациентов (60%) имели жалобы на кровоточивость десен при чистке зубов. Жалобы на боли от различных раздражителей предъявили 30% обследуемых. При проведении индексной оценки получены следующие результаты: Средний уровень КПУ составил 15,9, что свидетельствует о низкой распространенности кариеса в данной группе обследованных. Средний уровень РМА составил $23,62 \pm 2,9$, что указывает на наличие легкой степени гингивита у большинства обследованных пациентов. У 75 % пациентов была выявлена первая и вторая степень кровоточивости десен.

Выводы. У пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, выявляются выраженные воспалительно-деструктивные процессы в тканях пародонта. Это необходимо учитывать и рекомендовать более тщательный гигиенический уход за полостью рта у данной категории пациентов.

АКАНТОЛИТИЧЕСКАЯ ПУЗЫРЧАТКА В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

Первова А.А.

Кафедра дерматовенерологии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: асс. Шилин Р. Р.

Цель исследования. Подчеркнуть важность осведомленности врачей различных специальностей в отношении данного дерматоза.

Истинная пузырчатка - злокачественное заболевание, проявляющееся образованием на невоспаленной коже и слизистых оболочках пузырей, развивающихся в результате акантолиза и распространяющихся без адек-

ватного лечения (системными кортикостероидами) на весь кожный покров, что приводит к смерти больного. Заболевание обычно наблюдается между 30 и 50 годами жизни. Женщины страдают чаще мужчин.

Результаты и их обсуждения. Больной М., 22 лет в сентябре 2014 года поступил в 1 дерматологическое отделение ГБУ РО «ОККВД» с жалобами на наличие высыпаний на коже волосистой части головы, спины, слизистой полости рта, головки полового члена, покраснение склер глаз. Anamnesis morbi: впервые высыпания возникли весной 2012, с тех пор неоднократно лечился у дерматолога по месту жительства с «рабочими» диагнозами импетиго, многоформная экссудативная эритема - с незначительным положительным эффектом. Последнее обострение осенью 2014 года, в связи с чем направлен на стационарное лечение в 1 отделение ГБУ РО «ОККВД».

Status specialis: на слизистой оболочке полости рта (губы, мягкое, нижнее небо, язык), губок уретры на слегка гиперемизированном фоне эрозивные элементы с красно-серым дном, белым налетом и обрывками покрывшей пузырей по периферии, отмечается резкая болезненность при употреблении пищи и разговоре; на коже спины слева на неизменной коже округлая эрозия с четкими границами, с красным дном, размером до 2,5 см в диаметре, с обрывками эпидермиса по краям, краевой симптом Никольского - положительный. Микроскопически - со дна эрозий слизистой полости рта, кожи спины, верхнего века трижды найдены акантолитические многоядерные (двух-, трех- и пятиядерные) клетки Тцанка. В общем анализе мочи и крови: показатели в пределах нормы. В биохимическом анализе крови отмечалось незначительное повышение прямой фракции билирубина. Обнаружены АТ к гепатиту С (в анамнезе с 2013 года). Проводимое лечение: стартовая доза преднизолона 60 мг/сутки с постепенным снижением дозы, азатиоприн 50 мг по 1 таб. 2 р/д, аспаркам по 1 таб. 3 р/д, омез 40 мг 1 р/д, дезинтоксикационная терапия, эссенциале, микосист. Слизистые полости рта и головки полового члена обрабатывались раствором метиленового синего, полоскание полости рта раствором ротокана, на эрозии на коже спины наносился раствор фукорцин. На фоне сочетанного лечения кортикостероидами и цитостатика на коже спины, слизистой полости рта, полового члена новых буллезных элементов не образовывалось, эрозии заэпителизировались.

Выводы. Наибольшие трудности представляет диагностика начальных проявлений пузырчатки. Правильным является настороженность по отношению к данному заболеванию при выявлении на коже и слизистых оболочках больных буллезных элементов. При этом важное диагностическое значение имеет положительный симптом Никольского и обнаружение акантолитических клеток Тцанка.

РУБЦОВЫЕ АЛОПЕЦИИ

Первова А.А.

Кафедра дерматовенерологии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: асс. Шилин Р. Р.

Цель исследования. Рассмотреть основные дерматозы из группы рубцовых алопеций и современные подходы в их лечении.

Рубцовые алопеции - группа заболеваний, характеризующихся воспалением и последующим разрушением волосяного фолликула. В патогенезе рубцовых алопеций решающую роль играет образование воспалительного инфильтрата (лимфоцитарного или нейтрофильного происхождения) в области волосяного фолликула. Важно отметить, что инфильтрат затрагивает главным образом волосяную колбу, расположенную между сальной железой и мышцей, поднимающей волос. Волосяная колба содержит стволовые полипатентные клетки, отвечающие за рост и развитие волоса. Вследствие потери данных клеток процесс выпадения волос становится необратимым.

К наиболее встречаемым формам рубцовых лимфоцитарных алопеций относят синдром Литтла-Лассюэра, фронтальная фиброзирующая алопеция, алопеция при дискоидной красной волчанке, псевдопелада Брока.

Синдром Литтла-Лассюэра включает триаду симптомов: выпадение волос в подмышечных ямках и на лобке, высыпания по типу красного плоского лишая, прогрессирующую рубцовую атрофию волосистой части головы. На голове кожа в пределах очагов облысения натянута, блестит, атрофична и как бы вдавлена, окраска ее чаще нормальная, реже она имеет розовато-синюшный цвет.

При дискоидной красной волчанке на коже волосистой части головы четко ограниченная эритематозная бляшка, слабо инфильтрированная и покрытая четко прилегающими к поверхности гиперкератолитическими чешуйками с неравномерно расположенными фолликулярными роговыми пробочками. При поскабливании - болезненность, чешуйки отделяются с трудом (положительный симптом Бенъе-Мещерского).

При фронтальной фиброзирующей алопеции отмечается выпадение волос в лобной области, которое постепенно переходит назад, симметрично поражая височную и теменную области. Появляется бледная полоса кожи шириной от одного до нескольких сантиметров в диаметре, с отсутствием устьев волосяных фолликулов. При псевдопеладе Брока внезапно на фоне полного здоровья появляются множественные очаги атрофического облысения, имеющих цвет кожи или розовый оттенок, которые начинаются с характерного рисунка по типу «языков пламени». Характерный симптом: рост из одного фолликула нескольких волос вблизи очага

На сегодняшний день лечение является серьезной проблемой, так как нет этиологических препаратов, которые полностью подавляли бы процесс

выпадения волос. Но наибольшую доказательную базу имеют следующие группы препаратов: антималярийные препараты (гидроксихлорохин, хлорохин) в течение 6-12 месяцев; системные глюкокортикостероиды (преднизолон 20-25 мг/сут) в течение 6-8 недель до начала терапевтического действия антималярийных препаратов; азатиоприн (50 мг); пиоглитазон (15 мг/сут длительно); микофенолата мофетил. Местно возможно применение топических стероидов, такролимуса, топических ретиноидов.

Выводы. Рубцовая алопеция - «трихологическая чрезвычайная ситуация». Очень важна своевременная постановка точного диагноза.

БРУЦЕЛЛЕЗНЫЙ ЭПИДЕРМОЛИЗ

Пчелинцева М.В.

Кафедра дерматовенерологии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: асс. Головач Н.А.

Наследственный буллезный эпидермолиз (БЭ) включает группу наследственных буллезных дерматозов, характеризующихся рецидивирующим образованием пузырей в результате структурной слабости, ломкости кожи и некоторых других тканей. Все типы и подтипы БЭ встречаются редко, общий процент и распространенность данного заболевания около 8 случаев на 1 млн. населения (данные за 2010 год). В центральном регионе России на 2015 год официально зарегистрировано 57 детей в возрасте от полугодя до 16 лет с этим заболеванием. В России создан благотворительный фонд «Дети БЭЛА», оказывающий помощь детям, страдающим БЭ.

Актуальность изучения буллезного эпидермолиза обусловлена тенденцией к увеличению количества случаев заболевания, а также разнообразием клинических проявлений, широко варьирующих от локализованных пузырей на руках и стопах до генерализованных высыпаний по всему кожному покрову и слизистой ротовой полости. Этиопатогенез БЭ сложен: заболевание является результатом любой из нескольких мутаций, произошедшей в генах, кодирующих структурные белки, которые обычно находятся в кератиноцитах или в основании базальной мембраны.

Основными особенностями клинической картины являются механическая «слабость» кожи и быстрое появление пузырей или эрозией, дистрофические изменения ногтей или их отсутствие, образование рубцов (обычно атрофических), избыточная грануляционная ткань, локализованная или сливная кератодермия ладоней и подошв. В основном, классификация пациентов с БЭ основана на данных электронной микроскопии, клинических особенностях, иммунологических и генетических исследованиях. В зависимости от ультраструктурного уровня кожи, на котором развиваются пузыри, различают простой БЭ (пузыри расположены интраэпидермально), ограниченный БЭ (пузыри - внутри светлой пластинки базальной мембра-

ны) и дистрофический БЭ (пузыри локализуются под плотной пластинкой базальной мембраны).

При простой форме буллезного эпидермолиза начало активной фазы заболевания происходит, как правило, сразу после рождения. Такие симптомы, как рубцы, дистрофия ногтей, проявляются гораздо реже, чем при пограничном БЭ и дистрофическом БЭ. Наиболее распространенным подтипом простого БЭ является локализованная форма простого БЭ, ранее известная как болезнь Вебера-Коккейна, при которой пузыри обычно локализуются на коже стоп и кистей, хотя возможно и повреждение других, часто травмируемых, областей. Пренатальная диагностика с середины 1990 проводится с помощью анализа ДНК на наличие маркерных мутаций. Постнатальная диагностика - это биопсия кожи с последующей соответствующей обработкой для проведения иммунофлюоресцентного антигенного картирования и электронной микроскопии (IAM, TEM).

Лечение БЭ складывается из применения антисептических средств и мазей (Пронтосан, Октенисепт, Судокрем, Эплан), повязок (Мепитель, Мепилекс), специальных бинтов (Пеха-крепп, Ластотел). В симптоматическое лечение входят обезболивающие препараты, седативные средства растительного происхождения, антигистаминные средства.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА

Пчелинцева М.В.

Кафедра дерматовенерологии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: асс. Головач Н.А.

Герпетическая инфекция (простой герпес) представляет собой весьма актуальную проблему для здравоохранения, обусловленную повсеместностью ее распространения, очень высоким уровнем пораженности населения, крайне разнообразной клинической картиной и частыми рецидивами, а также способностью индуцировать патологию беременности, плода и заболевания у новорожденных. Более 90% людей земного шара инфицировано вирусом простого герпеса и до 20% из них имеют те или иные клинические проявления инфекции.

Этиологическим фактором герпетической инфекции являются два вида вирусов: вирус простого герпеса 1 и 2 типа. ВПГ-1 чаще обуславливает поражение респираторных органов, а ВПГ-2 - развитие генитального герпеса и генерализованной инфекции у новорожденных. Источники заражения - люди, инфицированные ВПГ, при этом в организм человека вирус может попасть двумя путями: перкутанно, т. е. при непосредственном контакте с источником инфекции (орально-оральный, сексуально-трансмиссионный пути) или опосредованно - через контаминированную вирусом посуду, полотенца, зубные щетки, игрушки, и аэрогенно-воздушно-

капельным путем.

Попадая одним из соответствующих путей в восприимчивый организм, вирус внедряется через кожу и слизистые оболочки в лимфатическую систему, регионарные лимфатические узлы, кровь и внутренние органы, гематогенно распространяется и накапливается в регионарных спинальных и черепно-мозговых ганглиях. Вирус имеет способность латентно сохраняться в ганглиях всю жизнь, не вызывая клинических проявлений. В ответ на стрессорные факторы латентная инфекция может активизироваться и приводить к развитию клинического рецидива.

Больная Ю., 28 лет, в ноябре 2014 года обратилась в ГБУ РО «ОККВД» с жалобами на появление болезненных высыпаний на губах с выраженным отеком. Со слов больной, высыпания появились около суток назад после перенесенного нервного стресса. Госпитализирована в дерматологическое отделение. Клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови в пределах нормы. При осмотре лица: процесс ограниченного остро-воспалительного несимметричного характера с локализацией на губах. Высыпания носят мономорфный характер, представлены везикулами. На верхней и нижней губе на фоне гиперемии, отека, множественные везикулы размерами со спичечную головку, плотные, с мутным содержимым, сгруппированные в очаги, серозные корки. Больной назначено лечение противовирусными препаратами (зовиракс 250 мг в/в кап №5, глюконат Са 10% 10 мл в/в №5), антигистаминными (ксизал 5 мг 1 таб. 1 раз в день), противовоспалительными (найз 100 мг 1 таб. 1 раз в день) препаратами, местно - 5% мазь ацикловир, раствор фукоцина без фуксина, паста на травах, мазь банеоцин. На фоне проведенного лечения через 7 дней высыпания разрешились, эрозии заэпителизовались. Больная выписана с выздоровлением.

Комплексная диагностика и своевременное правильное лечение позволяет избавиться от симптомов первичного и рецидивирующего поражения вирусом простого герпеса, избежать осложнений, избавиться от ошибочных диагнозов и неправильной тактики лечения. Бессистемное самолечение новомодными препаратами приводит к временному улучшению и чередованию последующими осложнениями.

НЕЙРОФИБРОМАТОЗ ПЕРВОГО ТИПА (БОЛЕЗНЬ РЕКЛИНГХАУЗЕНА)

Петина А.М.

Кафедра дерматовенерологии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: асс. Косорукова С.А.

Цель исследования. Подчеркнуть важность осведомленности врачей различных специальностей в отношении наиболее распространенных форм наследственных заболеваний.

Болезнь Реклингхаузена - тяжелое системное наследственное заболевание с преимущественным поражением кожи и нервной системы. Лица обоих полов поражаются одинаково часто. Заболевание характеризуется развитием опухолей преимущественно эктодермального происхождения с поражением нервов, кожи и центральной нервной системы, наличием типичных пигментных пятен цвета «кофе с молоком», аномалиями развития костного скелета, а также рядом других клинических проявлений.

Результаты и их обсуждение. Под нашим наблюдением находилась девочка С., 7 лет, которая обратилась с родителями на консультацию в ДКДЦ ГБУ РО «ОККВД» 20.11.2014 года с жалобами на наличие коричневых пятен на коже подмышечных областей, живота, внутренней поверхности бедер. Анамнез заболевания: родители заметили появление пятен буроватого цвета сначала на коже живота. Затем после перенесенного гриппа аналогичные пятна появились на коже подмышечных областей, внутренней поверхности бедер, окраски «кофе с молоком». Из анамнеза жизни: отец и брат отца страдают болезнью Реклингхаузена. При осмотре девочки на коже имели место множество пятен кофейного цвета, из которых наиболее крупные располагались в правой подмышечной области; на передней брюшной стенке справа. На коже внутренней поверхности бедер обилие мелких пятен.

Клинические анализы мочи, крови и биохимический анализ крови в пределах возрастной нормы. На ЭКГ ритм синусовый. Положение ЭОС вертикальное, синусовая тахикардия, частота сердечных сокращений 90 в мин. МРТ головного и спинного мозга: патологических изменений не выявлено. Ребенок осмотрен специалистами: неврологом - нейрофиброматоз Реклингхаузена, окулистом патологии не выявлено.

На основании выше изложенного был выставлен диагноз: «Нейрофиброматоз I типа (болезнь Реклингхаузена)».

Выводы. Дети с установленным диагнозом БР нуждаются в комплексном обследовании педиатра, а также невропатолога, эндокринолога, ортопеда.

СИНДРОМ МЕЛЬКЕРССОНА-РОЗЕНТАЛЯ У МУЖЧИНЫ

Петина А.М.

Кафедра дерматовенерологии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: асс. Косорукова С.А.

Цель исследования. Подчеркнуть важность осведомленности врачей различных специальностей в отношении данного заболевания.

Синдром Мелькерссона-Розенталя - это хроническое заболевание, характеризующееся триадой симптомов: макрохейлит, неврит лицевого нерва, отечно-складчатый (скротальный) язык. Встречается чаще у лиц женщин 17-55 лет. Этиология неизвестна. Есть несколько теорий: гематоген-

но-аллергическая, нервно-дистрофическая - нарушение функции нервных волокон лицевого нерва, врожденный дефект строения лимфатической системы. Предполагается возможность связи с ранее перенесенными заболеваниями: ангина, герпес, токсоплазмоз. Гистологическая картина: скопление гранулем из эпителиоидных клеток, с лимфатическими и ретикулярными элементами, вокруг капилляров, венул.

Результаты и их обсуждение. Больной Б., 43 лет, обратился к дерматологу ГБУ РО «ОККВД» в сентябре 2011 г. с жалобами на покраснение и отек верхней и нижней губы, снижение вкусовой чувствительности. Anamnesis morbi: заболевание началось остро в апреле 2011 г. После герпеса на губах появились указанные симптомы. Принимал тавегил, ацикловир. Лечение не дало результатов. Затем обратился к терапевту, был поставлен диагноз: экзематозный хейлит. Назначен крем адвантан, ацикловир, метрогил гель. Отмечалось улучшение, но в августе 2011 г. возникло обострение. Обратился к дерматологу в поликлинику «ОККВД». Направлен на стационарное лечение в I отделение «ОККВД». Status specialis: высыпания на верхней и нижней губе, симметричные, очагово-сливного характера. Кожа губ отечная, гиперемирована. На поверхности белесоватые чешуйки, плотно прилегают к поверхности кожи, трещины. Гипогевзия передней 2/3 языка. В общем анализе крови - эозинофилы 7%. СОЭ 15 мм/ч. Биохимический анализ крови и общий анализ мочи без патологии. Лечение: постельный режим, молочно-растительная диета. Пенициллин 1 млн. 4 р/д в/м 10 дней, курсовая доза 40 млн ед., глюконат кальция 10% - 10,0 №10 в/м, цетрин 0,01 1 р/д., мильгамма по 2 мл через день №5 в/м. Местно: ланолиновый крем, акридерм ГК.

Выводы. Синдром Мелькерссона-Розенталя - это редкое заболевание с неизвестной этиологией. Поэтому этиологическое лечение невозможно. Необходимо совместное наблюдение у смежных специалистов: дерматовенеролога и невролога, во избежание рецидивов заболевания.

АКАНТОЛИТИЧЕСКИЕ ПУЗЫРЧАТКИ: ТРУДНОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ

Карашук Н.П., Киселева М.В.

Кафедра дерматовенерологии

Северо-Западный государственный медицинский университет, г. Санкт-Петербург

Научный руководитель: доц. Белова Е.А.

Цель исследования. Указать на возможные причины ошибок в диагностике и лечении акантолитических пузырчаток.

Материалы и методы. Катамнестически изучены 7 историй болезни пациентов с вульгарной пузырчаткой, получавших лечение в клинике дерматовенерологии больницы Петра Великого в период с 2011 по 2014 гг.

Результаты и их обсуждение. Обнаружено, что лишь троим пациентам

из семерых диагнозов пузырчатка была предварительно поставлена врачами КВД, после чего иммунологически и гистологически подтверждена в стационаре. Четверо пациентов первично обратились за медицинской помощью не к дерматологу: двое из них были осмотрены стоматологом, одна - онкологом, один - инфекционистом. Во всех четырех случаях диагноз пузырчатки поставлен не был, назначена симптоматическая терапия, в основном наружными средствами (растворы для полоскания). Только когда процесс принял черты генерализации, данные пациенты обратились к дерматологу и были направлены в кожный стационар, где верифицирован диагноз вульгарной пузырчатки. Все пациенты получали лечение преднизолоном, начиная с 100-120 мг преднизолона в сутки per os, сопутствующую терапию, затем были выписаны из стационара на поддерживающей дозе преднизолона (25-30 мг преднизолона). Особого внимания заслуживает история болезни пациентки Н., обратившейся за помощью к онкологам, поставившим ей диагноз базально-клеточный рак кожи спины. Пациентке в 2014 г. проведено иссечение мягких тканей туловища в значительном объеме. Поскольку высыпания в виде пузырей на коже продолжали появляться, к больной был приглашен дерматолог, заподозривший акантолитическую пузырчатку. Пациентку перевели в кожный стационар, где назначили стандартную терапию высокими дозами преднизолона. Через два месяца она была выписана домой в состоянии клинической ремиссии.

Выводы. Диагностика акантолитических пузырчаток представляет трудности для врачей всех специальностей из-за своеобразия клинической картины. Врачи амбулаторного звена, особенно такие специалисты, как стоматологи, отоларингологи, инфекционисты, онкологи не в полной мере осведомлены об особенностях течения пузырных дерматозов.

ДЕРМАТОСКОПИЯ КАК МЕТОД ДИАГНОСТИКИ МЕЛАНОЦИТАРНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ С ВЫСОКИМ РИСКОМ МАЛИГНИЗАЦИИ

Потапова И.С., Глушеникова А.С.

Кафедра дерматовенерологии

Южно-Уральский государственный медицинский университет, г. Челябинск

Научный руководитель: к.м.н. Нефедьева Ю.В.

Дерматоскопия - это оптический неинвазивный метод исследования, позволяющий дерматологам и хирургам-онкологам проводить более точную дифференциальную диагностику новообразований и ряда других неопухолевых заболеваний кожи. Особую актуальность метод приобрел в связи с глобальным ростом заболеваемости злокачественной меланомой кожи и, как следствие - с необходимостью повышенной онкологической настороженности в ведении дерматологических больных с множественными и/или атипичными меланоцитарными невусами.

Цель исследования. Изучение новых возможностей диагностики мела-

ноцитарных новообразований с помощью метода дерматоскопии.

Материалы и методы. Проведено клиническое и дерматоскопическое обследование 75 больных, находившихся на лечении в кожном отделении ГБУЗ «Челябинский областной клинический кожно-венерологический диспансер». Диагностика меланоцитарных новообразований проводилась дерматоскопом Heine mini 3000 с 10-кратным увеличением. Оценка дерматоскопических признаков проводилась по трехбалльной системе: 1 балл - асимметрия пигментации и строения по двум перпендикулярным осям; 1 балл - атипичная пигментная сеть с отверстиями неправильной формы и утолщенными линиями; 1 балл - бело-голубые структуры. 2-3 балла указывало на наличие невуса с высоким риском малигнизации.

Результаты и их обсуждение. Дерматоскопическое обследование проведено 75 пациентам от 20 до 63 лет, из них 43 (57,3%) мужчин, 32 (52,7%) женщин. У 66 (88%) пациентов из 75 диагностированы различные виды невусов кожи, у 4 (5,3%) - себорейный кератоз, у 5 (6,7%) - гемангиомы кожи. Невусы с высоким риском малигнизации были диагностированы у 12 (16%) пациентов, средний показатель у них составил 2,3 балла. Данным пациентам дано направление на консультацию онколога. Первичные злокачественные опухоли кожи (меланома, базалиома) диагностированы не были.

Выводы. Дерматоскопия позволяет выявить невусы с высоким риском малигнизации, диагностировать признаки злокачественных опухолей кожи, в том числе, меланомы на ранней (преинвазивной) стадии роста, определить дальнейшую тактику обследования пациента у онколога и лечения.

ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕНЕСЕННЫМИ МЕНИНГИТАМИ

Дунцева Ю.С., Ермолаева С.О.

Кафедра инфекционных болезней с курсом инфектологии ФДПО
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научный руководитель: асс. Хасанова Л.А.

В литературе проблема поздних осложнений менингитов слабо освещена. Известно, что у 10-30% людей, перенесших гнойный и серозный менингиты наблюдаются ранние и поздние осложнения. Среди поздних осложнений преобладают нарушения зрения и слуха.

Цель исследования. Сравнить данные оптической когерентной томографии, полей зрения, УЗИ сосудов головного мозга, слуховых и зрительных вызванных потенциалов у группы здоровых людей и пациентов, перенесших менингит. Охарактеризовать и дать оценку последствиям после перенесенных менингитов.

Материалы и методы. Работа проводилась на базе ГБУ РО «КБ им. Н.А. Семашко». Мы обследовали 15 пациентов с серозными и гнойными менингитами при выписке и через 1-2 месяца после клинического выздо-

ровления. Сравнение проводили с контрольной группой 16 человек. Исследовали данные зрительных вызванных потенциалов (ЗВП), коротколатентных слуховых вызванных потенциалов (КСВП), периметрия, оптическая когерентная томография (ОКТ), УЗИ сосудов головного мозга.

Результаты и их обсуждение. На ОКТ - выявлены данные указывающие на застойные явления со стороны диска зрительного нерва и при периметрии - снижение внутригрупповой светочувствительности в первой группе. ЗВП и КСВП - значения в пределах нормы, существенных различий между 1 и 2 группами не выявлено. При УЗИ сосудов головного мозга - выявлено умеренное увеличение скоростей по передним, средним и задним мозговым артериям, основной и позвоночной артериям у всех пациентов; умеренно снижены индексы периферического сопротивления по позвоночным артериям у 45% больных; индексы периферического сосудистого сопротивления умеренно повышены по всем артериям у 19% пациентов.

Выводы. По результатам проведенных исследований выявлены поздние функциональные нарушения зрения у пациентов, после перенесенного менингита. Можно предположить, что менингиты вызывают нарушение зрительных функций вследствие нарушения тонуса сосудов головного мозга. Со стороны слухового анализатора нарушений не выявлено, что соответствует имеющимся литературным данным.

МОНИТОРИНГ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С, НАХОДЯЩИХСЯ НА ДВОЙНОЙ КОМБИНИРОВАННОЙ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ

Штукагурова А.М.

Кафедра инфекционных болезней с курсом инфектологии ФДПО
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научный руководитель: асс. Агеева К.А.

Цель исследования. Оценка безопасности и переносимости 2-х компонентной противовирусной терапии (ПВТ) хронического вирусного гепатита С (ХГВС).

Материалы и методы. Обследовано 114 пациентов с ХГВС, получавших лечение амбулаторно с регулярным мониторингом ответа на лечение, находившихся на ПВТ пегилированный интерферон (ПегИНФ) в комбинации с рибавирином в течение 24 недель при генотипах 2,3 и 48 недель при 1 генотипе) в гепатологическом центре г. Рязани, 54% мужчин и 46% - женщин; возраст - от 21 до 68 лет. Распределение по генотипам: 1 - 49,1%, 2 - 13 %, 3 - 43,9%.

Результаты и их обсуждение. Наиболее часто встречаемые у пациентов нежелательные явления (НЯ): гриппоподобный синдром (9%), локальная реакция в месте введения интерферона (19,5%), анемия (10,85%), лейкопе-

ния (18,35%), тромбоцитопения (9,05%), гипербилирубинемия (9,75%), депрессия (1,95%), диспепсия (2,35%), снижение массы тела (5,05%), дерматологические проявления (1,45%), выпадение волос, кашель (0,2%), изменения функции щитовидной железы (23,5%), повышение СОЭ, у 63% - бессимптомная острая эрозивно-язвенная патология слизистой гастродуоденальной области в 1-е 7 суток лечения. Все НЯ были 1 степени по шкале СТСАЕ, не требовали отмены ПВТ (в некоторых случаях потребовалось снижение дозы препаратов) и были своевременно скорректированы.

Выводы.

1. Побочные эффекты являются типичными для комбинированной двухкомпонентной терапии ХВГС. Они встречались у 74,9% пациентов.
2. Самые частые из них: гематологические изменения, гриппоподобный синдром, депрессия, астения, реакции в месте введения, дерматологические проявления.
3. 79,1% НЯ приходится на НЯ 1 степени (по шкале СТСАЕ). Тяжёлых НЯ, требующих отмены ПегИФНа и/или рибавирина, выявлено не было, а имеющиеся изменения были своевременно скорректированы.
4. Побочные явления ПВТ нивелировались после окончания терапии.
5. Своевременная диагностика и коррекция НЯ позволяет успешно завершить начатую противовирусную терапию.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С ПО ДОСТИЖЕНИЮ ВИРУСОЛОГИЧЕСКОГО И БИОХИМИЧЕСКОГО ОТВЕТОВ

Глотова А.В.

Кафедра инфекционных болезней с курсом инфектологии ФДПО
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научный руководитель: асс. Жданович Л.Г.

Цель исследования. Оценка эффективности исследуемого препарата: Пегилированного ИФН альфа-2b (Индия) - в сравнении с Пегилированным ИФН альфа-2b (ПегИнтроном) при двухкомпонентной ПВТ ХВГС по показателям вирусологического (быстрого, раннего), биохимического и устойчивого ответов.

Материалы и методы. Обследованы 114 пациентов с ХВГС, получавшие ПВТ амбулаторно (62 мужчин и 52 женщины). Исследуемый препарат получали 57 пациентов, столько же получали препарат сравнения. Возраст - от 21 до 68 лет. Оценка эффективности терапии - на основании частоты достижения быстрого (через 4 недели), раннего (через 12 недели), устойчивого (через 24 недели) вирусологического ответа по данным ПЦР сыворотки крови на HCV-RНК, а так же активности АЛТ на 2, 4, 8, 12, 24, 36 неделях лечения. Представлены 3 из 4 генотипов HCV. Большую часть больных составили пациенты с первым генотипом в обеих группах.

Результаты и их обсуждение. Частота достижения БВО в исследуемой группе 72,5% и 62,5% в группе сравнения. Частота достижения БВО у пациентов с 1 генотипом 40%, для 2 генотипа 100%, для 3 генотипа 91%. Частоты достижения РВО - 90,00% в исследуемой группе и 82,5% в группе сравнения. У пациентов обеих групп наблюдалось выраженное снижение уровня вирусной нагрузки. На 12 неделе лечения ВГС не определялся. На начальном этапе лечения наблюдалось значительное повышение АЛТ, через 12 недель произошла нормализация показателей. Частота достижения УВО составила в исследуемой группе 87,5% и 60,0% в группе сравнения.

Выводы.

1. Исследуемый препарат (ПегИФН альфа-2b (Индия)) показал аналогичную эффективность в сравнении ПегИнтроном: частота достижения БВО была приблизительно равна в обеих группах (72,5% и 62,5% соответственно; $p > 0,05$); частота достижения РВО также приблизительно равна в обеих группах (90,0% и 87,18% соответственно; $p > 0,05$); частота достижения УВО приблизительно равна в обеих группах (72,5 % и 62,5%, $p > 0,05$);
2. Оценка влияния различных факторов на исходы терапии показала, что: основным предиктором исхода терапии является генотип вируса: частота достижения БВО у пациентов с 1 генотипом 40%, для 2 генотипа 100%, для 3 генотипа 91%.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ И ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Карпова Е.Е.

Кафедра инфекционных болезней с курсом инфектологии ФДПО
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научный руководитель: к.м.н. Романова Н.Н.

Острые кишечные инфекции (ОКИ) - повсеместно распространенные заболевания, и любой случай сочетания болей в животе, рвоты и поноса в сознании врачей ассоциируется, в первую очередь, с инфекционной природой. Однако под этой маской могут скрываться грозные неинфекционные заболевания. Выраженные абдоминальные боли, многократная рвота и их связь с каким-то алиментарным фактором при панкреатите могут явиться основанием для первичного диагноза пищевая токсикоинфекция и направления больного в инфекционный стационар.

Больная Н., 91 года, доставлена в инфекционное отделение с диагнозом острый гастроэнтерит в первые часы заболевания. Жалобы на тошноту, пятикратную рвоту, боли в животе, шестикратный жидкий стул, слабость и повышение температуры тела до 38°C. Состояние средней тяжести, температура 37,8°C. Живот при пальпации болезненный в эпимезогастррии. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень и селезенка не увеличены, диурез не нарушен. Перед заболеванием употребляла яичницу.

На основании клинико-эпидемиологических данных диагноз острой кишечной инфекции не вызывал сомнения. Назначена «стандартная» терапия - ферменты, спазмолитики, солевые растворы. Отсутствие эффекта от терапии в течение ночи послужило поводом для общего анализа крови *po cito*. Его результат явился настораживающим: лейкоцитоз $14,2 \cdot 10^9/\text{л}$, нейтрофильный - 86%, СОЭ - 13 мм/час, не вписывающимся в диагноз острой кишечной инфекции. В ходе наблюдения за больной в течение дня отмечалось нарастание болевого синдрома - резкая болезненность при пальпации справа от пупка, позже - был уточнен постоянный характер болей, появились вздутие живота и симптомы раздражения брюшины. Диагностирован острый панкреатит. Больная госпитализирована в БСМП.

У пожилых людей болезненность при пальпации живота, напряжение мышц брюшной стенки и сами боли - могут отсутствовать и это существенно усложняет раннюю диагностику. У данной пациентки определить в первые часы характер боли было сложно. Решающим условием дифференциальной диагностики явилось обстоятельное и кропотливое наблюдение за больной дежурными врачами.

Выводы. Слагаемые абдоминального синдрома явились надежным дифференциальным критерием острых кишечных инфекций и панкреатита. Врач-инфекционист обязан ориентироваться в клинике внутренних болезней, равно как врачи других профилей должны владеть навыками по диагностике инфекционной патологии.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ И КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Костяев Д.С., Булычев А.А.

Кафедра инфекционных болезней с курсом инфектологии ФДПО
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научный руководитель: к.м.н. Козловцев М.И.

Диагностика острых хирургических патологий на фоне инфекционных заболеваний остается сложной и нерешенной до настоящего времени задачей. Это обусловлено: атипичным клиническим течением осложнений на фоне инфекционного процесса; отсутствие инструментального диагностического алгоритма; отсутствие квалифицированной хирургической службы в большинстве инфекционных больниц.

Дифференциальную диагностику синдрома «острого живота» необходимо проводить со следующими инфекционными заболеваниями: брюшной тиф, сальмонеллез, дизентерия, иерсиниоз, эшерихиоз.

Наибольшую трудность в плане диагностики представляет аппендикулярная форма иерсиниоза, так как она начинается остро с повышения температуры тела до $38-39^{\circ}\text{C}$, появления интоксикации, четко выражены симптомы острого аппендицита - локальная болезненность в илеоцекаль-

ной области, ограниченное напряжение мышц живота, симптомы раздражения брюшины. Однако могут быть кратковременная диарея или запор, летучие боли в суставах, катар верхних дыхательных путей. Достоверным методом в данной ситуации будет колоноскопия, при которой можно выявить терминальный илеит.

Выводы.

1. Острая хирургическая патология может быть осложнением инфекционного процесса.

2. Дифференциальная диагностика острой кишечной инфекции и «острого живота» затруднена в связи со схожестью клинической картины, поэтому необходимо повысить уровень дифференциальной диагностики инфекционной и хирургической патологии на догоспитальном и госпитальном этапах.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТА ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ

Дунцева Ю.С., Ермолаева С.О.

Кафедра инфекционных болезней с курсом инфектологии ФДПО
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научные руководители: асс. Хасанова Л.А., асс. Огольцова Т.В.

В структуре нейроинфекций герпес занимает особое место по тяжести клинических проявлений и неблагоприятному прогнозу в связи с высокой летальностью и инвалидизацией переболевших.

Нами наблюдалась больная П., 20 лет, которая поступила в инфекционное отделение 5.03.11 с диагнозом: Острый серозный менингит неуточненной этиологии. Заболела остро, за неделю до поступления лечилась у невролога по поводу головной боли. 2.03.11 повысилась температура до 37,2-37,3°C. 4.03.11 сделана МРТ головного мозга - патологии не обнаружено. 5.03.11 самостоятельно обратилась в приемный покой инфекционного отделения. При поступлении состояние больной средней тяжести. Вялая, адинамичная. Менингеальные симптомы отрицательные. Очаговой неврологической симптоматики нет. При исследовании ликвора выявлены лимфоцитарный плеоцитоз 682 клеток, белок 0,066 г/л. Проводилась антибиотикотерапия и патогенетическая терапия.

На фоне лечения 7.03.11 состояние ухудшилось: появились тошнота, рвота, эпизод потери сознания, судороги генерализованного характера. Положительные симптомы ригидности затылочных мышц, Кернига. Повторное исследование ликвора 9.03.11: нарастание лимфоцитарного плеоцитоза до 968 клеток, белок 0,132 г/л. МРТ головного мозга 10.03.11: картина проявления герпетического энцефалита, латеральная дислокация головного мозга. Выставлен диагноз: острый менингоэнцефалит предположительно герпетической этиологии с массивным двусторонним поражени-

ем височных долей (по данным МРТ); тяжелое течение; с развитием сопора, генерализованного судорожного приступа, умеренными когнитивными нарушениями; острый период; фаза прогрессирования. Добавлена этиотропная терапия ацикловир внутривенно 500 мг 3 раза в день. С 12.03.11 отмечается положительная динамика. 14.03.11 результат серологического исследования антител класса IgG к ВПГ 1,2 типа титр 1/1280. Контрольная LP 22.03.11 цитоз 88 клеток, белок 0,165 г/л. Больная выписана с резко нарушенными когнитивными функциями в виде снижения кратковременной памяти на текущие события.

Выводы.

1. При подозрении на герпетическую природу энцефалита с первых часов рекомендовано назначение ацикловира для предотвращения возникновения тяжелых инвалидизирующих осложнений.

2. МРТ головного мозга является одним из основных методов для диагностики и дифференциальной диагностики менингоэнцефалитов.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ ГРИППЕ

Сорокина Е.В.

Кафедра инфекционных болезней с курсом инфектологии ФДПО
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научные руководители: доц. Жданович Л.Г., проф. Мартынов В.А.

Грипп - это тяжелая вирусная инфекция, которая в холодное время года поражает до 15% населения земного шара. Ежегодно в мире болеет до 500 млн. человек, 2 миллиона - умирают. В России ежегодно регистрируют от 27,3 до 41,2 млн. заболевших гриппом и ОРВИ. Каждый 6-7 россиянин вовлекается в эпидемический процесс.

Клиника: Острое начало с синдрома интоксикации; симптомы интоксикации опережают развитие катарального синдрома, наличие лихорадки (фебрильная, постоянного типа), ведущий синдром поражения респираторного тракта - трахеит (кашель, саднение и боли за грудиной), наличие геморрагического синдрома (носовые кровотечения, мокрота с прожилками крови).

В тяжелых случаях заболевания наиболее распространена первичная вирусная пневмония, которая часто приводит к смертельному исходу. Самыми распространенными причинами смерти являются дыхательная недостаточность и рефракторный шок.

Больной 42 года госпитализирован в ЦРБ 04.03.2013 года на 7 день болезни. Заболел остро 26.02.13.: озноб, с последующим повышением температуры до 39,6 С, мышечные и суставные боли, слабость. Лечился ингавирином, жаропонижающими без положительного эффекта. В семье жена больна гриппом. Состояние тяжелое, тяжесть обусловлена острой дыха-

тельной недостаточностью - ведущий синдром одышка, акроцианоз, симметричные мелкопузырчатые хрипы над всеми полями, тахикардия, АД 140/90 мм. рт. ст. Отягощающие факторы: метаболический синдром (рост 170, масса тела 120 кг), пивной алкоголизм (ежедневно не менее 2 л. пива), курение, признаки жирового гепатоза на КТ, не вакцинирован, не получал в ранние сроки эффективные противовирусные препараты (тамифлю, реленза). Формулировка диагноза: Грипп H1N1sw09. Двухсторонняя пневмония. Для уточнения диагноза проведены R-гр-ма и КТ легких. Лечение в АРО. Кислородная поддержка, готовность к ИВЛ, противовирусная терапия (с учетом поздней госпитализации и тяжести), антибактериальная и патогенетическая терапия. Антибактериальная терапия: Тиенам - внутривенно, в виде инфузии: 500 мг - в течение 30 мин. Максимальная суточная доза - 4000 мг (50 мг/кг), клацид - в/в в виде инфузии: 500 мг - в течение 60 мин 2 раза в день. Рекомендуемая суточная доза составляет 1 г/сут. Пентаглобин: первые 100 мл - 0,4 мл/кг массы тела/час, после этого непрерывно - 0,2 мл/кг массы тела/час до достижения 15 мл/кг массы тела в течение 72 часов. В результате проведенного лечения наступило выздоровление больного.

Выводы. Для благоприятного исхода заболевания необходима правильная диагностика с использованием современных методов, таких как КТ, раннее начало противовирусной терапии (в течение 48 часов от появления первых симптомов), своевременное решение вопроса о госпитализации, комплексная и поэтапная терапия, адекватная респираторная поддержка и антибактериальная терапия, совместное наблюдение различными специалистами.

БЕЗОПАСНОСТЬ ДВУХКОМПОНЕНТНОЙ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С

Штукатурова А.М.

Кафедра инфекционных болезней с курсом инфектологии ФДПО
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научные руководители: проф. Мартынов В.А., доц. Жданович Л.Г.,
асс. Агеева К.А.,

Цель исследования. Оценка безопасности и переносимости 2-х компонентной противовирусной терапии (ПВТ) хронического вирусного гепатита С (ХГВС).

Материалы и методы. Обследовано 114 пациентов с ХГВС, получавших лечение амбулаторно с регулярным мониторингом ответа на лечение, находившийся на противовирусной терапии (ПВТ) пегилированный интерферон (Пег-ИНФ) в комбинации с рибавирином в течение 24 недель при генотипах 2,3 и 48 недель при 1 генотипе) в гепатологическом центре г. Рязань, 54% мужчин и 46% - женщин; возраст - от 21 до 68 лет. Распределение по генотипам: 1 - 49,1%, 2 - 13 %, 3 - 43,9%.

Результаты и их обсуждение. Наиболее часто встречаемые у пациентов нежелательные явления (НЯ): гриппоподобный синдром (9%), локальная реакция в месте введения интерферона (19,5%), анемия (10,85%), лейкопения (18,35%), тромбоцитопения (9,05%), гипербилирубинемия (9,75%), депрессия (1,95%), диспепсия (2,35%), снижение массы тела (5,05%), дерматологические проявления (1,45%), выпадение волос, кашель (0,2%), изменения функции щитовидной железы (23,5%), повышение СОЭ, у 63% - бессимптомная острая эрозивно-язвенная патология слизистой гастродуоденальной области в 1-е 7 суток лечения. Все НЯ были 1 степени по шкале СТСАЕ, не требовали отмены ПВТ (в некоторых случаях потребовалось снижение дозы препаратов) и были своевременно скорректированы.

Выводы.

1. Побочные эффекты являются типичными для комбинированной двухкомпонентной терапии ХВГС. Они встречались у 74,9% пациентов.
2. Самые частые из них: гематологические изменения, гриппоподобный синдром, депрессия, астения, реакции в месте введения, дерматологические проявления.
3. 79,1% НЯ приходится на НЯ 1 степени (по шкале СТСАЕ). Тяжёлых НЯ, требующих отмены Пег-ИФНа и/или рибавирина, выявлено не было, а имеющиеся изменения были своевременно скорректированы.
4. Побочные явления ПВТ нивелировались после окончания терапии.
5. Своевременная диагностика и коррекция НЯ позволяет успешно завершить начатую противовирусную терапию.

АНАЛИЗ УРОВНЯ НЕОПТЕРИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ ВИРУСНО-БАКТЕРИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ ПРИ ВЫСОКОПАТОГЕННОМ ВИРУСЕ ГРИППА А(Н1N1)

Карпова Е.Е.

Кафедра инфекционных болезней с курсом инфектологии ФДПО
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научный руководитель: проф. Мартынов В.А.

Актуальность проблемы гриппа в последнее десятилетие определяется небывалыми масштабами заболеваемости и особо грозным его течением. Для оценки тяжести клиники гриппа может использоваться уровень неоптерина. Его высокие концентрации определяются синтезом макрофагально-моноцитарными клетками под действием гамма-интерферона и отмечаются при цитотоксическом иммунном ответе, характерном для острых вирусных инфекций.

В эпидемию гриппа А(Н1N1) 2013 года, подтвержденного ПЦР и РИФ, у 82 пациентов в возрасте от 22 до 86 лет изучены показатели неоптерина в разгаре болезни и в динамике - на 2-3 неделе перед выпиской из стационара. Соответственно тяжести течения болезни выделены 4 группы пациен-

тов: I - со среднетяжелым течением гриппа без пневмонии (12); II - грипп с развитием пневмонии, без признаков дыхательной недостаточности (43); III - с вирусно-бактериальной пневмонией, осложненной дыхательной недостаточностью (22); IV - 5 пациентов с вирусно-бактериальной пневмонией, осложненной дыхательной недостаточностью, с летальным исходом.

Максимальные показатели уровня неоптерина соответствовали разгару болезни. При этом при тяжелой форме инфекции, с явлениями дыхательной недостаточности, уровень неоптерина повышался более значительно - в 6 раз и более в сравнении с нормой. При среднетяжелом течении вирусно-бактериальной пневмонии без признаков дыхательной недостаточности изменения уровня изучаемого показателя были менее существенными - в 4 раза. По мере клинического улучшения у всех пациентов наблюдалось снижение уровня неоптерина, соответственно положительной динамике заболевания на фоне проводимой терапии. У больных без явлений дыхательной недостаточности в реконвалесценции наблюдалась полная нормализация концентрации неоптерина. Тогда как при вирусно-бактериальной пневмонии с явлениями дыхательной недостаточности умеренное повышение показателей неоптерина - в 2 раза - сохранялось.

Выводы. Уровень неоптерина может служить дополнительным лабораторным критерием тяжести течения вирусно-бактериальной пневмонии при гриппе, а также индикатором эффективности проводимой терапии.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ МЕКСИКОРА В СОСТАВЕ БАЗОВОЙ ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА

Потапова Е.В.

Кафедра инфекционных болезней с курсами эпидемиологии, фтизиатрии,
кожных и венерических болезней

Медицинский институт Мордовского государственного университета, г. Саранск
Научный руководитель: проф. Дикова О.В.

Цель исследования. Дать сравнительную характеристику некоторым параметрам эндогенного токсикоза на фоне базовой терапии псориаза и терапии с введением в её состав мексикора.

Материалы и методы. На базе ГБУЗ РМ «МРКВД» г. Саранска обследовано 70 больных псориазом (14 мужчин (20%) и 56 женщин (80%)) в возрасте от 18 до 74 лет (средний возраст - $38,92 \pm 1,5$ лет) за период 2012 - 2014 гг. в стадию прогрессирования патологического кожного процесса. Выделены 2 группы больных. I - группа сравнения - 35 больных (женщин 23 (65,71%), мужчин - 12 (34,28%), средний возраст - $43,26 \pm 3,1$ лет), получавших стандартную терапию (СТ); II - исследуемая группа - 35 больных (женщин 33 (94,2%), мужчин - 2 (5,8%), средний возраст - $44,57 \pm 2,31$ лет), получивших комплексную терапию с введением в её состав мексикора по 100 мг 3 раза в сутки на протяжении 20 дней. Контрольную группу соста-

вили 20 клинически здоровых доноров в возрасте от 21 до 59 лет (средний возраст - $33,95 \pm 1,51$ года). Определены молекулы средней массы (СМП254, 280) и ЦИК малого диаметра.

Результаты и их обсуждение. Среднее значение ЦИК малого диаметра больных изучаемых групп до начала лечения превышало контрольные значения в группах соответственно на 29,29% ($p < 0,001$) и 23,36% ($p < 0,01$). В результате проведенной СТ показатель имел тенденцию к снижению, терапия с применением мексикора способствовала его редукции на 20,15% с $116,56 \pm 7,52$ усл. ед. до $93,07 \pm 8,46$ усл. ед. ($p < 0,05$). Уровень МСМ254 у больных изучаемых групп до лечения превышал контрольные показатели соответственно на 18,5% (I группа, $p < 0,05$) и 21,4% (II группа, $p < 0,001$) с последующим достоверным снижением на 17,86 % ($p < 0,05$) с $0,28 \pm 0,01$ усл. ед. до $0,23 \pm 0,02$ усл. ед. под влиянием мексикора. МСМ280 не имели достоверных исходных отличий от данных контрольной группы с последующей тенденцией к снижению показателя на 16,0% на фоне исследуемой терапии ($p > 0,05$).

Выводы. У больных псориазом в стадию прогрессирования патологического кожного процесса выявлены высокие значения показателей, свидетельствующих об эндогенной интоксикации, поддающиеся коррекции введением мексикора в состав базовой терапии по 100 мг. 3 раза в сутки на протяжении 20 дней.

АНАЛИЗ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ ЦИРРОЗОВ ПЕЧЕНИ

Мочалова А.В., Арутюнян А.О.

Кафедра инфекционных болезней и фтизиопульмонологии
Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар
Научный руководитель: д.м.н. Кулбужева М.И.

Цель исследования. Определение клинико-эпидемиологических особенностей течения циррозов печени и эффективности проведенного противовирусного лечения, у больных госпитализированных в инфекционный стационар.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 90 историй болезней пациентов с циррозом печени вирусной и смешанной этиологии (в возрасте от 25 до 74 лет), находившихся на стационарном лечении в ГБУЗ «СКИБ» (Специализированная клиническая инфекционная больница) в 2014 году.

Результаты и их обсуждения. Большинство пациентов, находившихся на диспансерном наблюдении в 2014 году были мужчины (57,8%). Среди госпитализированных цирроз печени тяжелой степени диагностировался у 23 (25,5%) пациентов, средней степени тяжести - у 67 (74,4%). Большинство пациентов указывали на наличие нескольких факторов возможного

инфицирования вирусами гепатитов, приведших к развитию цирроза печени: употребление алкоголя - 19 пациентов, что составило 21,1%, лечение у стоматолога - 90 (100%), оперативные вмешательства - 55 (61,1%), переливание крови, плазмы и донорство - 27 (30%), внутривенное введение наркотических препаратов - 6 (6,7%), татуировки, салонные услуги - 10 (11,1%), контакты с больными - 4 (4,4%), беспорядочные половые связи - 8 (8,9%). Из сопутствующих заболеваний наиболее часто встречались: хронический панкреатит у 84 (93,3%) пациентов, хронический гастрит - 51 (56,7%), хронический холецистит - 24 (26,7%), дисфункция желчевыводящих путей - 5 (5,6%), сахарный диабет - 18 (20%), гипертоническая болезнь - 37 (41,1%), заболевания дыхательной системы - 6 (6,7%), хроническая сердечная недостаточность - 21 (23,3%), заболевания щитовидной железы - 16 (17,8%), заболевания мочевыделительной системы - 9 (10%), паст-инфекция HBV - 19 (21,1%), вторичные иммунодефицитные состояния - у 8 (8,9%) госпитализированных. В большинстве случаев цирроз печени имел вирусную этиологию «С» - 69 (76,7%), вирусную этиологию «В» - 7 (7,8%), вирусную этиологию «D» - 2 (2,2%), смешанную (лекарственную и алкогольную) этиологию - 15 (16,7%). При оценке по Child-Pugh у 54 (64,3%) больных наблюдалась компенсированная стадия портальной гипертензии (класс А (I)), класс В (II) - у 24 (26,6%) и класс С (III) - у 6 (7,1%). Наиболее частые клинические признаками были: гепатомегалия, спленомегалия, боль в правом подреберье, слабость у 100% пациентов, миалгия и артралгия - у 28 (31,1%), головная боль - в 38 (42,2%), гипертензия - в 4 (4,4%) случаев. Осложнения: реактивный холецистит - 2 (2,2%), реактивный панкреатит - 9 (10%), энцефалопатия - 74 (82,2%), геморрагические проявления - 52 (57,8%). Лабораторные данные: в клиническом анализе крови уровень тромбоцитов варьировал в пределах от $31 \cdot 10^9/\text{л}$ и до $224 \cdot 10^9/\text{л}$. Так у 41 (45,5%) пациентов показатели PLT составляли $100 \cdot 10^9/\text{л}$, более $100 \cdot 10^9/\text{л}$ - у 44 (49%) и более $200 \cdot 10^9/\text{л}$ - 5 (5,5%). В биохимическом анализе крови показатели АСТ находились в пределах от 33 Ед/л и до 613 Ед/л; показатели АЛТ - от 41 Ед/л до 282 Ед/л. Среди пациентов, находившихся в стационаре у 33 пациентов (36,7%) при поступлении в крови обнаруживалась РНК HCV.

Из числа госпитализированных 31 (34,4%) больным с А (I) стадией по Child-Pugh назначалась специфическая терапия. Основные препараты, рекомендованные в качестве противовирусной терапии были: ПЭГ-интерферон альфа 2 β (120-180мкг/неделю), рибавирин (1000-1200 мкг/сутки) и ПЭГ-интерферон альфа 2 α (180 мкг/неделю). После проведенного противовирусного лечения показатели крови улучшились: исчезла РНК HCV из крови - у 24 (72,7%) больных, показатели АСТ и АЛТ уменьшились на 28% у 17 пациентов.

Выводы. Таким образом, наиболее часто регистрируется цирроз печени вирусной этиологии «С», в стадии компенсации по Child-Pugh. Более рас-

пространенными эпидемиологическими факторами на которые указывали больные были алкоголь, лечение у стоматолога, оперативные вмешательства, переливание крови, плазмы и донорство, внутривенное введение наркотических препаратов, татуировки, беспорядочные половые связи. Проведение противовирусной терапии улучшает лабораторные показатели: исчезла РНК HCV из крови - у 24 (72,7%) больных, показатели АСТ и АЛТ уменьшились на 28% у 17 пациентов. Учитывая эти данные, необходима большая информированность населения по предупреждению заражения острыми вирусными гепатитами, приводящих к хронизации процесса с исходом в дальнейшем в цирроз печени и раннее назначение специфического лечения. Важно соблюдение методов дезинфекции предметов медицинского назначения.

АНАЛИЗ ПРОДАЖ НЕКОТОРЫХ ПРОТИВОВИРУСНЫХ, ПРОТИВОПРОТОЗОЙНЫХ И ПРОТИВОГЕЛЬМИНТНЫХ ПРЕПАРАТОВ В АПТЕКЕ «НА ЗДОРОВЬЕ» г. АСТРАХАНИ

Спиридонова С.Г.

Кафедра инфекционных болезней

Астраханский государственный медицинский университет, г. Астрахань

Научный руководитель: доц. Аракельян Р.С.

По данным ВОЗ инфекционные и паразитарные болезни занимают одно из ведущих мест в структуре общей заболеваемости населения. На их долю приходится более 7 миллиардов человек. В России ежегодно регистрируются более 30 миллионов больных инфекционными и паразитарными болезнями. Истинное их число, по экспертным оценкам и данным выборочных обследований превышает в несколько раз.

Цель исследования. Проанализировать частоту закупок некоторых противовирусных, противопротозойных и противопаразитарных препаратов на примере одной из аптек «На здоровье» в г. Астрахани.

Материалы и методы. Свои исследования мы проводили на базе аптеки «На здоровье», расположенной по адресу ул. Боевая, 25, ТРК «Alimpic».

Результаты и их обсуждение. В 25% случаев посетители аптек приобретали препарат «Арбидол», который также отпускается без рецепта врача. В остальных случаях - по 15% приобретались такие препараты, как «Тамифлю», «Орвирем» и «Эргоферон». Таким образом, в эпидемический сезон заболеваемости воздушно-капельными инфекциями, население чаще всего приобретало те препараты, которые были более доступны в финансовом плане - препарат «Римантадин» (25%), который хорошо себя зарекомендовал на отечественном рынке. Другой препарат, «Арбидол», цена которого составила 231 р. покупатели приобретали в 25% случаев.

Из группы противопротозойных препаратов, наиболее часто жителями г. Астрахани приобретались препараты «Трихопол», «Клион», «Гайро» и «Да-

золик» - по 25%. Среди противогельминтных препаратов, наиболее часто посетителями приобретались «Немозол» - 35%, «Декарис» - 30%, «Пирантел» и «Вермокс» - по 15%, и в единичных случаях - «Бильтрицид» - 5%.

Выводы. В лечении вирусных инфекций население Астрахани применяет дешевые по ценовой категории препараты, которые более доступны и отпускаются без рецепта специалиста. При приобретении противопротозойных препаратов цена не играет существенной роли. В лечении гельминтной инвазии, несмотря на разницу в цене, наиболее часто приобретались препараты «Немозол» и «Декарис».

ДИРОФИЛЯРИОЗ ОРГАНОВ ЗРЕНИЯ

Салтереева Х.Р.

Кафедра инфекционных болезней

Астраханский государственный медицинский университет, г. Астрахань

Научный руководитель: доц. Аракельян Р.С.

Принято считать, что дирофиляриоз - редкая у человека глистная инвазия, однако практика последних лет показывает явную тенденцию к росту данной патологии.

Цель исследования. Проанализировать ситуацию по паразитарному поражению органов зрения (на примере дирофиляриоза) у лиц в Астраханской области.

Материалы и методы. Дирофиляриоз человека регистрируется в Астраханской области с 1951 г. В настоящее время в регионе зарегистрировано 76 случаев дирофиляриоза человека, из них 29 случаев (38,2%) приходится на поражения органов зрения.

Результаты и их обсуждение. Возраст больных колебался от 13 до 61 лет. Максимальное число случаев заболевания зарегистрировано у лиц в возрасте от 30 до 39 лет - 27,8% (8 человек). По остальным возрастам гельминтоз регистрировался у лиц от 1 до 14 лет - 6,9% (2 человека), от 15 до 19 лет - 3,4% (1 человек), от 20 до 29 лет - 20,6% (6 человек), от 40 до 49 лет - 17,1% (5 человек) и старше 50 лет - у 24,2% (7 человек). Гельминт локализовался в области век - 16 случаев (55,2%), в области орбиты - 13 случаев (44,8%). В половом соотношении: мужчины - 2 случая (6,9%), женщины - 27 случаев (93,1%). Выставлялись диагнозы: атерома - 8 случаев (27,8%), новообразование и липома - по 3 случая (по 10,3%), аллергический отек и инородное тело - по 2 случая (6,9%), токсидермия, саркома, фиброматоз - по 1 случаю (3,4%). В 1 случае (3,4%) больной за помощью не обращался - паразит выделился самостоятельно. И только в 7 сл. (24,2%) специалистами был выставлен правильный диагноз «Дирофиляриоз». Во всех случаях больные предъявляли жалобы на боль, жжение, гиперемию и отечность пораженного участка. Часть больных - 34,5% (10 чл.) отмечали чувство шевеления и подкожного переползания гельминта в по-

раженном участке. В 28 случаях (96,6%) гельминт был удален хирургическим путем. Размеры извлеченных гельминтов колебались от 50 до 170 мм (93,1%).

Выводы. Увеличение числа социально неблагополучных факторов, низкое качество профилактических исследований, потепление климата способствуют повышению риска заражения и увеличению числа случаев местной передачи возбудителя дирофиляриоза. В большинстве случаев при обращении к врачам различного профиля, выставлялись неправильные диагнозы.

АМЕБИАЗ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Нифонтова Л.В.

Кафедра инфекционных болезней

Астраханский государственный медицинский университет, г. Астрахань

Научный руководитель: доц. Аракельян Р.С.

Амебиаз - протозойный антропоноз, в клинически выраженных случаях проявляющийся преимущественно язвенным поражением толстого отдела кишечника, а также развитием абсцессов в печени и в других органах.

Цель исследования. Проанализировать ситуацию по амебиазу в Астраханской области за 2013 г.

Материалы и методы. В 2013 г. в Астраханской области зарегистрировано 3859 случаев паразитарных заболеваний, в т.ч. амебиаза 44 сл., что составило 1,1% от общего числа всех зарегистрированных в регионе гельминтозов.

Результаты и их обсуждение. В наших наблюдениях, амебиаз встречался в основном только у взрослых в возрасте от 18 до 57 лет - 43 сл. (97,7%). У детей за анализируемый период зарегистрирован 1 случай амебиаза у девочки 15 лет - 2,3%. По возрастному контингенту среди взрослых заболевание распределялось следующим образом: 18 лет - 5 сл. (11,4%), 25 лет - 7 сл. (15,9%), 27 лет - 5 сл. (11,4%), 35 лет - 10 сл. (22,7%), 40 лет - 8 сл. (18,2%), 42 года - 3 сл. (6,7%) и 57 лет - 5 сл. (11,4%).

Амебиаз на территории Астраханской области был распространен в большинстве случаев в городской черте - 36 сл. (81,2%). В сельских районах заболевание регистрировалось только в некоторых районах: наиболее часто амебиаз выявлялся у жителей Красноярского района - 3 сл. (37,5%). В единичных случаях был выявлен в Володарском, Икрянинском, Наримановском, Приволжском и Харабалинском районах Астраханской области - по 1 сл. (12,5%).

В остальных районах заболевание не регистрировалось. В большинстве случаев - 27 случаев (61,4%) заболевание протекало бессимптомно. В остальных случаях больные предъявляли жалобы на вздутие живота - 6 случаев (13,7%), боль в животе - 3 случая (6,7%), постоянную боль в пра-

вой подвздошной области - 8 случаев (18,2%). В 88,7% (39 случаев) отмечался обильный, кашицеобразный стул до 3-5 раз в сутки с незначительным количеством слизи и крови. Во всех случаях диагноз был подтвержден лабораторным путем.

Вывод. Таким образом, несмотря на сравнительно небольшой процент встречаемости заболевания в Астраханской области, проблема амебиаза остается актуальной как в плане клинической, так и эпидемиологической картины.

КЛИМАТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, ОКАЗЫВАЮЩИЕ ВЛИЯНИЕ НА РАСПРОСТРАНЕНИЕ ДИРОФИЛЯРИОЗА В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Курмаева А.Ш., Рамазанова А.М., Ясуев М.Л.

Кафедра инфекционных болезней

Астраханский государственный медицинский университет, г. Астрахань

Научный руководитель: доц. Аракельян Р.С.

Климат Астраханской области умеренный, резко континентальный - с высокой температурой летом. В июле средняя суточная температура достигает +35-40°C, что способствует снижению численности популяции переносчика и гибели возбудителя дирофиляриоза, либо изменяются биологические свойства паразита в переносчике, в результате чего микрофилярии могут утратить свою патогенность.

Цель исследования. проанализировать ситуацию по дирофиляриозу в Астраханской области.

Материалы и методы. С 2001 по 2012 гг. на территории Астраханской области выявлено 43 человека с дирофиляриозом, в том числе женщины - 74,4% (32 человека), мужчины - 25,6% (11 человек). В 2013 - 2014 гг. заболевание в регионе не регистрировалось.

Результаты и их обсуждение. Заболевание встречается у всех возрастных групп - минимальный возраст 4 года, максимальный - 68 лет. В зависимости от температуры воздуха отмечается увеличение случаев дирофиляриоза в 2001 и 2002 гг. (7 и 9 случаев соответственно), когда максимально высокая температура составила 37-37,8°C. Наименьшее количество выявленных случаев было зарегистрировано в 2010-2012 гг. - единичные случаи дирофиляриоза. В эти годы максимальная температура - 40-40,9°C.

Выводы. За последние годы с изменением климатических условий в Астраханской области снижены случаи инвазии данным гельминтом, но все еще выявляются случаи заражения дирофиляриозом. Этому способствуют миграционные процессы людей и животных, отсутствие надлежащих мер по выявлению и дегельминтизации зараженных животных, за счет этого возникают социально-экологические предпосылки для нарастания темпа эпидемиологических и эпизоотических процессов.

АТИПИЧНЫЙ ЭХИНОКОККОЗ

Кузьмичев Б.Ю., Золотенкова А.Н., Глебова А.А.

Кафедра инфекционных болезней

Астраханский государственный медицинский университет, г. Астрахань

Научный руководитель: доц. Аракельян Р.С.

Цистный эхинококкоз - биогельминтоз, вызываемый паразитированием в тканях и органах человека личиночной стадии цестоды *Echinococcus granulosus*, характеризующийся хроническим течением, образованием кист и деструктивным поражением печени, легких и других органов.

Цель исследования. Проанализировать ситуацию по атипичному эхинококкозу человека в Астраханской области за 2008 - 2014 гг.

Материалы и методы. На территории Астраханской области за 2008-2014 гг. зарегистрировано 54 случая эхинококка у человека.

Результаты и их обсуждение. В наших наблюдениях атипичный эхинококкоз наблюдался в 13% (7 случаев). Были зарегистрированы случаи поражения эхинококком почки, поддиафрагмального пространства - по 14,3% (по 1 случаю). В остальных случаях у пациентов отмечалось сочетанное поражение органов эхинококком: брюшная полость + мочевого пузыря, печень + забрюшинное пространство + малый таз, печень + плечо, печень + поясничная мышца + головной мозг, сердце + головной мозг + селезенка + левая почка - по 14,3% (по 1 случаю). В половом соотношении преимущественно преобладали женщины - 57% (4 случая), на долю мужчин приходилось 43% (3 случая). Практически все больные - 86% (6 человек) предъявляли жалобы на боль в предполагаемом месте локализации паразита. И только в 1 случае (14,3%) больной предъявлял жалобы на головную боль с потерей сознания и судороги в конечностях. Атипичный эхинококкоз регистрировался у лиц в возрасте от 20 до 83 лет. По профессиональной занятости в 86% (6 человек) пациенты были работающими и только в 14% (1 человек) - пенсионер.

Выводы. В последние годы число случаев заражения человека эхинококком с атипичной локализацией продолжает увеличиваться. Заболеванию в основном подвержены лица, имевшие постоянный контакт с собаками, не прошедшими дегельминтизации. Заболеванию подвержены люди различного возраста и профессий.

КЛИМАТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ КАК ПРИЧИНА РАСПРОСТРАНЕНИЯ МАЛЯРИИ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Коровушкин А.Ю., Адамова Д.С.

Кафедра инфекционных болезней

Астраханский государственный медицинский университет, г. Астрахань

Научный руководитель: доц. Аракельян Р.С.

Малярия является характерным заболеванием для местности с теплым

климатом. К их числу относятся и Астраханская область. Начиная с начала 21 века, в Астрахани перестали регистрироваться местные случаи малярии, несмотря на то, что продолжали регистрироваться завозные и вторичные от завозных случаи малярии.

Цель исследования. Проанализировать климатические факторы, оказывающие влияние на распространение малярии в Астраханской области.

Материалы и методы. Были проанализированы 90 эпидемиологических карт больных малярией, зарегистрированной в Астраханской области в промежутке между 2000 и 2014 гг.

Результаты и их обсуждение. Результаты исследования показали, что наиболее часто малярия регистрировалась в весенне-летний период времени с апреля по август. В тоже самое время в последние годы в Астраханской области произошли существенные изменения в климатическом периоде. В частности, это коснулось того, что в регионе практически отсутствует весна и осень, когда на смену холодной зиме почти сразу приходит лето. Сегодня весна начинается практически в первых числах марта, а к апрелю температура может достигать +20-30°C. Аналогичная ситуация и в холодное время года, когда буквально на смену теплой затянувшейся осени (октябрь - ноябрь) приходит ранняя зима. Максимальное число больных малярией отмечалось в июле - 21,6% и августе - 20,5%, а также в июне - 14,8%, апреле - 12,5% и в мае - 11,4%. В 2,3% случаев малярия регистрировалась в октябре и в 1,1% - в январе и декабре.

Выводы. В связи с климатическими изменениями, отмечается снижение числа случаев малярии; изменения в природе, связанные с засушливостью большинства мелких водоемов, явились причиной «самоликвидации» водоемов, являвшихся анофелогенными, в связи с чем большинство случаев малярии было зарегистрировано в тех районах, где рядом с жильем располагались места выплода комаров.

САНИТАРНО-ПАРАЗИТОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ОБЪЕКТОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Иванова Е.С., Кузьмичев Б.Ю.

Кафедра инфекционных болезней

Астраханский государственный медицинский университет, г. Астрахань

Научный руководитель: доц. Аракельян Р.С.

Результаты лабораторных санитарно-паразитологических исследований позволяют оценивать обсемененность окружающей среды возбудителями паразитозов, риск новых заражений и, на основе этого, планировать санитарные, противоэпидемические и лечебно-профилактические мероприятия.

Цель исследования. Проанализировать санитарно-паразитологическое состояние объектов окружающей среды Астраханской области в 2014 г. на примере речной воды и продовольственного сырья.

Материалы и методы. В мае - августе 2014 г. нами были проведены санитарно-паразитологические исследования воды из поверхностных водоемов г. Астрахани и Астраханской области, а также исследования фруктов, овощей и зелени. Всего было исследовано 90 проб, в т.ч. 15 проб воды (16,6%) и 75 проб плодоовощной продукции (83,4%).

Результаты и их обсуждение. Отбор проб воды из поверхностных водоемов мы проводили согласно Методическим указаниям МУК 4.2.1884-04 «Санитарно-микробиологический и санитарно-паразитологический анализ воды поверхностных водных объектов». Было исследовано 15 проб воды (16,6%) из поверхностных водоемов, как в городской - 40%, так и в сельской местностях - 60%. Исследование плодоовощной продукции мы проводили согласно, методическим указаниям МУК 4.2.1881-04 «Санитарно-паразитологические исследования плодоовощной, плодово-ягодной и растительной продукции». Были проведены лабораторные исследования 75 проб плодоовощной продукции (83,4%), в т.ч. огурцов - 15 проб (20%), баклажанов - 18 проб (24%), кабачков - 7 проб (9,3%), картофеля - 32 пробы (42,7%), капусты - 1 проба (1,3%) и свеклы - 2 пробы (2,7%). В результате проведенного лабораторного исследования в смывах с капусты и со свеклы (по 1 пробе) были обнаружены мертвые личинки *Strongyloides stercoralis*.

Выводы. Санитарно-паразитологическое состояние воды из поверхностных водоемов остается в удовлетворительном состоянии в отличие от состояния плодоовощной продукции, отобранной для исследования у частных лиц.

ТОКСОКАРОЗ ЧЕЛОВЕКА В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Донскова А.Ю., Щербина А.В.

Кафедра инфекционных болезней

Астраханский государственный медицинский университет, г. Астрахань

Научный руководитель: доц. Аракельян Р.С.

Рост заболеваемости населения токсокарозом в последние годы становится серьезной проблемой. По данным госдоклада «О состоянии эпидемиологического благополучия населения РФ в 2013г.» зарегистрировано 3035 случаев токсокароза.

Цель исследования. Анализ пораженности токсокарозом различных категорий населения и его распространения на территории Астраханской области.

Материалы и методы. Анализ данных официальной статистической отчетности управления Роспотребнадзора по Астраханской области с 2009 по 2013 год.

Результаты и их обсуждение. Несмотря на то, что Астраханская область не входит в число субъектов РФ с наиболее высокими показателями заболеваемости токсокарозом, данная проблема остаётся для нас актуальной, так как показатель по данному заболеванию с 2009-го года увеличил-

ся в 4,5 раза.

В возрастной категории высокие показатели токсокарозной инвазии выявлены среди детей от 1 года до 7 лет (39,3%) интенсивно контактирующие с почвой, песком на детских и игровых площадках и животными. Так же в группе риска находятся взрослые от 35 до 60 лет (46,4 %): ветеринары и работники питомников; продавцы овощных магазинов; владельцы приусадебных участков, огородов; лица, занимающиеся охотой с собаками и т.д. Согласно статистическим данным, более высокие показатели токсокарозной инвазии обнаружались среди городского населения (72,4%). Среди районов области лидерами по числу заболеваний являются: Красноярский (6,9 %) и Наримановский (6,9 %).

Выводы. Показатели токсокарозной инвазии достаточно высоки среди детского населения от 1 года до 7 лет, а так же взрослых от 35 до 60 лет. Население средней от 18 до 35 возрастной группы оказалось наименее подверженным данному заболеванию. Так же был выявлен больший процент поражения городского населения, по сравнению с сельским.

СОВРЕМЕННАЯ СИТУАЦИЯ ПО МАЛЯРИИ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

**Адамова Д.С., Гандаев Р.В., Коровушкин А.Ю., Чуманова Е.В.,
Хаустова Е.С.**

Кафедра инфекционных болезней

Астраханский государственный медицинский университет, г. Астрахань
Научный руководитель: доц. Аракельян Р.С.

Малярия является характерным заболеванием для местности с теплым климатом. К их числу относится и Астраханская область, имеющая оптимальные условия для передачи малярии при ее завозе. Географическое положение Астраханской области характеризуется высокоразвитой гидрографической сетью, в т.ч. заболоченных районов местности, а природно-климатические условия способствуют развитию возбудителей малярии: число дней с температурой выше 15°C достигает 150, а сезон возможной передачи 90 - 120 дней.

Цель исследования: Проанализировать ситуацию по малярии в Астраханской области за 2000 - 2014 гг.

Материалы и методы. В половом соотношении, заболеваемость распределялась следующим образом: мужчины - 72 случаев (80%), женщины - 18 случаев (20%).

Результаты и их обсуждение. В Астраханской области за период с 2000 по 2014 гг. зарегистрировано 90 случаев малярии человека, в том числе завозных случаев из стран СНГ - 70 (78%), вторичных от завозных - 11 (12%) и рецидивов - 9 (10%). По видовому составу в 84 сл. (94%) регистрировалась трехдневная малярия, в 4 сл. (4%) - тропическая и по 1 сл. (1%) - че-

тырехдневная и овале-малярия. В 70 сл. (78%) у людей регистрировалась завозная малярия: трехдневная, четырехдневная, тропическая и овале-малярия. Вторичных от завозных случаев за анализируемый период было зарегистрировано 11 чл. (13%) больных трехдневной малярией. Все заболевшие были жителями Азербайджана, заражение произошло от завозных случаев из той же республики.

Выводы. На территории Астраханской области в течение всего сезона передачи эффективной заражаемости комаров (май - сентябрь) за последние 10 лет отмечались завозные случаи малярии. Максимальное число зарегистрированных случаев завозной малярии было отмечено в 2001 г. - 35 сл. В Астраханской области наиболее чаще регистрировалась трехдневная малярия - 94%.

ЭХИНОКОККОЗ С ИЗОЛИРОВАННЫМ И СОЧЕТАННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГКОГО В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Мартынова О.В.

Кафедра инфекционных болезней

Астраханский государственный медицинский университет, г. Астрахань

Научный руководитель: доц. Аракельян Р.С.

Первые упоминания о заболеваемости эхинококкозом относят еще к временам Гиппократов. Но несмотря на значительные достижения в области изучения этой проблемы, актуальность ее все еще велика. Достаточно часто встречаются случаи с локализацией паразита в легком - либо изолированно, либо в сочетании с поражением других органов.

Цель исследования. Анализ пораженности населения Астраханской области эхинококкозом с локализацией паразита в легком.

Материалы и методы. Анализ данных официальной статистической отчетности управления Роспотребнадзора по Астраханской области с 2009 по 2013 год.

Результаты и их обсуждение. На территории Астраханской области в период с 2008 по 2014 год установлено 56 случаев эхинококкоза с различной локализацией возбудителя. При этом локализация паразита в легком составляет 19,6% (11 сл.). Из них 10,7%(6 сл.) составляет поражение легкого и печени, и 8,9%(5 сл.) - изолированное поражение легкого. Наибольшее количество случаев в 2014 году -36,4%(4 сл.). В 2008,2009 и 2011 году по 2 сл.; в 2013 году - 1 сл.; в 2010 ни одного. Заболевание встречается у больных в любом возрасте (дети до 17лет-27,3%; взрослые -72,7%). В половом соотношении эхинококкоз преобладает у женщин- 72,7%(8 сл.); у мужчин - 27,3%(3 сл.). По территориальному критерию: 45,5% в г. Астрахань (5 сл.); 36,4% в области (4 сл.) и 18,1% у проезжих лиц (2 сл.). Ведущей жалобой является боль в области предполагаемой локализации паразита (7 сл.), причем, при поражении легкого и печени, на первый план выходят

жалобы со стороны ЖКТ. Отмечены жалобы на кашель и одышку (3 сл.). У 18,2% (2 сл.) жалоб нет. В диагностике наиболее показательны гистология и УЗИ.

Выводы. Эхинококкоз легкого встречается довольно часто, (изолированно и сочетано), заболеванию подвержены люди, независимо от возраста и профессии. В 2014 году резко возрастает число случаев. Преобладающей жалобой являются боли.

СИТУАЦИЯ ПО ЭХИНОКОККОЗУ ЧЕЛОВЕКА В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Чуманова Е.В., Золотенкова А.Н., Глебова А.А.

Кафедра инфекционных болезней

Астраханский государственный медицинский университет, г. Астрахань

Научный руководитель: доц. Аракельян Р.С.

Актуальность исследования. Человек является для *Echinococcus granulosus* случайным промежуточным хозяином. Заражение происходит, главным образом, в синантропных очагах болезни, где источником возбудителя служат в основном собаки. Собаки заражаются при поедании выбракованных при забое скота органов, пораженных эхинококковыми пузырями.

Цель исследования. Проанализировать ситуацию по эхинококкозу человека в Астраханской области за 2008 - 2014 гг.

Материалы и методы. На территории Астраханской области с 2008 по 2014 гг. зарегистрировано 54 случая эхинококка у человека.

Результаты и их обсуждение. Наибольшее количество случаев заражения человека эхинококком отмечалось в 2011 г. - 2014 гг. - по 10 сл. (по 18,5%). В остальные годы эхинококкоз регистрировался у жителей Астраханского региона, но с меньшей частотой. Так, в 2012 г. - было зарегистрировано 9 сл. (16,7%), в 2010 г. - 8 сл. (14,7%), в 2009 и 2012 гг. - по 7 сл. (по 13%) и в 2008 г. - всего 3 сл. (5,6%). В половом соотношении среди больных преимущественно были поражены мужчины - 70,4%, женщины - 29,6%. Типичный эхинококкоз (печень, легкое, печень+легкое) отмечался в 87%. Атипичное течение - в 13%. В большинстве случаев - 72,2% больные предъявляли жалобы на боль в предполагаемом месте локализации паразита. Эхинококкоз встречался у лиц в возрасте от 5 до 83 лет. Так, на долю детей до 17 лет приходилось 16,7%, на долю взрослых - 83,3%. При расспросе было выявлено, что 61,1% имели постоянный контакт с домашними или бродячими собаками, которые не были дегельминтизированы. Большинству пациентов - 79,6% диагноз «эхинококкоз» был подтвержден результатами серологического исследования методом ИФА.

Выводы. В последние годы число случаев заражения человека эхинококком продолжает увеличиваться. Паразит локализуется не только в печени, но и других внутренних органах. В диагностике эхинококкоза глав-

ную роль играют комплексные методы ИФА, КТ и УЗИ.

СОВРЕМЕННАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ДИРОФИЛЯРИОЗУ СОБАК В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Родионенко Л.М., Попова Е.Ю.

Кафедра прикладной биологии и микробиологии
Астраханский государственный технический университет, г. Астрахань
Научный руководитель: доц. Аракельян Р.С.

Дирофиляриоз - это заболевание, которое обусловлено наличием в организме паразита нематоды рода *Dirofilaria*. Это гельминтоз, который характеризуется у собак болезнями сердца, печени и почек.

Цель исследования. Охарактеризовать эпидемиологическую ситуацию по дирофиляриозу собак в Астраханской области.

Материалы и методы. Свое исследование мы сделали на основании проверки собак на дирофиляриоз из служебных питомников УФСИН РФ по Астраханской области. Всего за период исследования с 2004 по 2013 гг. из 2613 собак зараженными дирофиляриями оказалось 115. Распространенность заболевания составила 4,4%.

Результаты и их обсуждение. Возраст обследованных животных колебался от 1 года до 11 лет. Чаще всего данное заболевание проверялось у собак в возрасте от 1 до 5 лет и встречалось в возрасте года у 6,4%, и в возрасте двух лет - 7,4% собак. У собак в возрасте 3 - 5 лет процент заболевания составлял 5,3%, 4,2% и 4,7% соответственно. Инвазия отмечалась у молодых, взрослых и старых собак. Из 84 собак в возрасте старше 10 лет дирофиляриоз встречался у 5 особей. Распространенность заболевания в данном случае составила 6%. Отмечалась инвазированность у собак различных пород, с разной длиной шерсти. Среднеазиатские овчарки и ротвейлеры чаще всего подвергались заражению дирофиляриозом - 8,1% и 7,5% соответственно. Инвазия встречалась у собак с гладкой шерстью, например, доберман - 3,7%. Дирофиляриоз встречался наиболее часто у собак с длинной шерстью, например у кавказских овчарок - 5,8%, немецких - 3,4% и восточноевропейских - 1,2%. Экстенсивность инвазии у беспородных собак составила 5,2%.

Выводы. Дирофиляриоз регистрировался наиболее часто у собак в возрасте от 1 до 5 лет. Наиболее инвазированными оказались среднеазиатские овчарки и ротвейлеры. При ежемесячном обследовании служебных собак в 2005 - 2009 гг. удалось снизить зараженность дирофиляриями в 2,1 раза.

РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ШАРПА

Душина Е.В.

Кафедра фтизиопульмонологии с курсом лучевой диагностики
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научный руководитель: асс. Антонова О. Г.

Синдром Шарпа - редкое системное полисиндромное заболевание, аутоиммунного генеза, сочетающее в себе отдельные проявления системной красной волчанки, дерматомиозита, склеродермии. Синдром Шарпа протекает с суставными, мышечными, кожными, висцеральными симптомами, синдромами Рейно и Шегрена. Заболевают преимущественно женщины. Этиопатогенез определяется следующими факторами: наследственность, эндокринные нарушения, вирусные инфекции, стресс, травмы, переохлаждения и нарушение иммунного гомеостаза. В результате развивается иммуноповреждающее действие циркулирующих в крови антител к рибонуклеопротеину, иммунных комплексов и функционально измененных Т-лимфоцитов. В клинической картине характерно сочетание синдрома Рейно, полимиозита, полиартрита, кожных и висцеральных поражений. В диагностике наиболее специфичный показатель - наличие в крови антител к рибонуклеопротеину, также имеет значение рентгенодиагностика и исследование биоптатов мышц.

Больной Н., 41 год, поступил в ревматологическое отделение РОКБ с жалобами на боли и слабость в мышцах бедер и голеней, плотные образования в области живота и конечностей, гиперемия лица, и алопецию. Заболел 5 лет назад после перенесенной двухсторонней пневмонии с затяжным течением. После этого у больного длительное время сохранялась субфебрильная температура, которая исчезла после курса лечения преднизолоном. Через несколько месяцев появились боли в мышцах ног, гиперемия лица, сухость во рту, повышением температуры тела до 38,5 0С, в связи с чем пациент был госпитализирован в ревматологическое отделение РОКБ с диагнозом: Системная красная волчанка? Дерматомиозит? При рентгенологическом обследовании был выявлен десмоид мягких тканей бедер, передней брюшной стенки и грудной клетки. На основании жалоб, данных анамнеза, осмотра, клинико-лабораторных исследований и изменений на рентгенограммах поставлен диагноз: смешанное заболевание соединительной ткани (синдром Шарпа). Пациенту было проведено лечение метипредом, омепразолом, октолипеном, на фоне которого отмечалась некоторая положительная динамика, уменьшение слабости в мышцах ног. Больной выписан для дальнейшего наблюдения и планового лечения.

Прогноз для пациента в данном случае благоприятный, т. к отсутствует вовлечение в патологический процесс внутренних органов, и заболевание проявляется только в виде мышечных и кожных симптомов.

КАЛЬЦИФИЦИРУЮЩИЙ ПАНКРЕАТИТ

Беляева З.И.

Кафедра фтизиопульмонологии с курсом лучевой диагностики
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научный руководитель: асс. Казакова С.С.

Хронический панкреатит (ХП) - достаточно частое заболевание: в разных странах заболеваемость панкреатитом составляет 5-7 новых случаев на 100 000 человек населения. При этом за последние 40 лет произошел примерно двукратный прирост заболеваемости. Это связано не только с улучшением способов диагностики заболевания, но и с увеличением употребления алкоголя в некоторых странах, усилением воздействия неблагоприятных факторов внешней среды, которые, влияя на геном клетки, ослабляют различные защитные механизмы. Современная Марсельско-Римская классификация (1989) выделяет 4 основных формы хронического панкреатита: 1). Кальцифицирующий хронический панкреатит. 2). Обструктивный хронический панкреатит - результат обструкции главного панкреатического протока. 3). Воспалительный хронический панкреатит. 4). Фиброз поджелудочной железы.

Хронический кальцифицирующий панкреатит характеризуется неравномерным лобулярным поражением поджелудочной железы. В протоках обнаруживают белковые преципитаты или кальцификаты, камни, кисты и псевдокисты, стеноз и атрезию, а также атрофию ацинарной ткани. Основными этиологическими факторами хронического кальцифицирующего (необструктивного) панкреатита являются злоупотребление алкоголем либо аденоматоз паращитовидных желез, сопровождающийся повышением уровня в крови паратгормона и кальция. Известны семейные формы хронического кальцифицирующего панкреатита с аутосомно-доминантным и аутосомно-рецессивными типами наследования. Эти формы заболевания обычно сопровождаются различными ферментопатиями и дефектами развития. Патогенез ХКП связан с нарушением формирования растворимых белково-кальциевых ассоциатов. Кроме того, изучено прямое токсическое действие этанола и его деривата ацетальдегида на клетки поджелудочной железы. Этанол способствует фиброзу мелких сосудов с нарушением микроциркуляции, образованию белковых преципитатов в ацинусах и мелких протоках поджелудочной железы, которые в дальнейшем кальцифицируются. Для данной формы хронического панкреатита характерно рецидивирующее течение с эпизодами обострения, на ранних этапах напоминающими острый панкреатит. При диагностике кальцифицирующего панкреатита большое значение имеет исследование состава крови больного, в которой выявляется повышенное содержание белков, липидов и кальция.

Важнейшую роль в диагностике хронического панкреатита занимают неинвазивные инструментальные методы: УЗИ и компьютерная томография. Компьютерная томография часто дает сходную с данными УЗИ информацию, поэтому ее используют при нечеткой визуализации поджелудочной железы при УЗИ, при подозрении на опухоль, поскольку КТ обладает несколько большей разрешающей способностью, особенно в сочетании с внутривенным контрастированием органа. Проанализированы клиничко-рентгенологические данные пациента С., 40 лет. Из анамнеза: злоупотребление алкоголем. Посту-

пил с неспецифическими жалобами на боли в верхних отделах живота, тошноту, слабость. Анализ крови без особенностей. УЗИ: ПЖ диффузно уплотнена, неоднородна, в паренхиме определяются кальцинаты. Рентгенологическое исследование проводилось на мультисрезовом КТ. На серии РК-томограмм на фоне фиброзных изменений определяются кальцинаты от 12 до 18мм. В почках кисты с обеих сторон: слева до 40 мм, справа до 18мм. Был поставлен диагноз: кальцифицирующий панкреатит.

АРТЕРИОВЕНОЗНЫЕ АНЕВРИЗМЫ ЛЁГКИХ: ВОЗМОЖНОСТИ МСКТ ДИАГНОСТИКИ

Жарков Н.С.

Кафедра фтизиопульмонологии с курсом лучевой диагностики
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научный руководитель: асс. Казакова С.С.

Артериовенозные аневризмы представляют собой результат порока эмбрионального развития сосудов лёгких. Обнаруживаются у новорождённых и недоношенных детей в сочетании с пороками развития сердечно-сосудистой системы, но могут выявляться и у лиц пожилого возраста. Ряд исследователей связывает артериовенозные аневризмы с наследственной геморрагической телеангиоэктазией (болезнью Ослера-Рандю-Вебера), для которой характерна триада симптомов: наследственно-семейный характер заболевания, множественные телеангиоэктазии на коже, слизистых оболочках, иногда на внутренних органах и кровотечения. Несмотря на врождённый характер этих образований, их клинические проявления возникают, как правило, не в раннем возрасте, а чаще всего в возрасте 20-40 и более лет. Артериовенозные аневризмы лёгких встречаются примерно с одинаковой частотой у мужчин и женщин. Следует отметить, что вследствие их редкой встречаемости практикующие врачи с данной патологией знакомы мало.

В большинстве случаев артериовенозные аневризмы лёгких локализируются в медиальных отделах нижних долей лёгких, в непосредственной близости от хвостовой части корня. Более чем в половине случаев эти образования одиночные, реже - множественные. Аневризмы могут приводить к тяжёлым осложнениям, в т.ч. со смертельным исходом, в частности, при тромбоэмболиях и разрывах аневризм (из чего следует, что ранняя диагностика артериовенозных аневризм играет решающую роль в тактике ведения больных и прогноза).

В Рязанский областной клинический онкологический диспансер в январе 2014 года обратилась пациентка А., 51 года, с направительным диагнозом по данным рентгенографии метастатическое поражение лёгких. Пациентка предъявляла жалобы на: сильный мучительный кашель с трудноотделяемой мокротой, повышение температуры тела до 37,5 градусов. Из анамнеза известно, что больная перенесла ОРВИ, осложнившуюся бронхитом. Дан-

ные о наличии первичной опухоли отсутствовали. При осмотре обратило внимание на себя множество мелких (до 4 мм) возвышающихся багровых пятен на коже живота и спины, которые, по словам больной, отмечаются на протяжении многих лет. Выполнена МСКТ органов грудной клетки и брюшной полости: стандартное сканирование, и последующее исследование с болюсным контрастированием (в/в введение 100 мл Опнипака-300). На нативных томограммах в нижней доле правого лёгкого (сердечный и передне-базальный сегменты) и в нижней доле левого лёгкого (сердечный сегмент) выявлены 3 округлой формы гиперденсные образования от 1,3 до 2 см в диаметре с чёткими бугристыми контурами. При внутривенном болюсном контрастировании округлые образования интенсивно накапливали контраст с задержкой на 15-20 секунд, что указывало на их сосудистую этиологию. Визуализировалась «дорожка», связывающая аневризму с хвостовой частью корня лёгкого. На основании данных МСКТ с контрастным усилением был поставлен диагноз: множественные артериовенозные аневризмы в лёгких.

Округлые образования в лёгких распространены при рентгенологическом исследовании: данный синдром встречается более чем при 200 различных внутрилёгочных и внелёгочных патологиях. Дифференциальная диагностика проводится между пятью наиболее распространёнными заболеваниями: периферическим раком лёгкого, доброкачественными опухолями, воспалительными фокусами, туберкулёмой и кистами. При этом обращается внимание на количество теней, локализацию, размеры, контуры и гомогенность тени. Определённой диагностической ценностью в дифференциальной диагностике круглых теней обладает рентгеноскопия. При артериовенозной аневризме можно наблюдать пульсацию тени, синхронную с пульсацией лёгочной артерии, но из-за высокой лучевой нагрузки и малой разрешающей способности использовать рентгеноскопию нецелесообразно.

Выводы. МСКТ с контрастным усилением является методом выбора в диагностике заболеваний лёгких, в частности артериовенозных аневризм, позволяя определить их связь с сосудами лёгких, локализацию, размеры, характер контуров. В данном случае, диагноз метастатического поражения лёгких был опровергнут, что кардинальным образом изменило тактику ведения больной.

ГЕНОТИПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Кирсанов Д.М.

Кафедра фтизиопульмонологии с курсом лучевой диагностики
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научный руководитель: доц. Оськин Д.Н.

Цель исследования. Изучение распространенности различных генотипических вариантов вируса гепатита С (ВГС) среди пациентов с сопут-

ствующим туберкулезом различных локализаций.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 34 пациента с туберкулезом различных локализаций, имеющих положительные результаты исследования суммарных антител к антигенам вируса гепатита С. Все пациенты находились на стационарном лечении в ГБУ РО ОКПТД, с верифицированным диагнозом туберкулеза, в период с марта по ноябрь 2014 года. Демографическая характеристика пациентов была следующей: преобладали мужчины - 31 (91,2%) человек, средний возраст которых был 26,3 лет, преобладали безработные - 27 (79,4%), многие употребляли наркотики - 9 (26,5%) или злоупотребляли алкоголем - 11 (32,3%). 7 (20,5%) пациентов в качестве сопутствующего заболевания имели ВИЧ-инфекцию. Среди пациентов преобладал туберкулез органов дыхания - 32 (92,1%), при этом у 16 (47%) было бактериовыделение, а у 11 (32,4%) - распад легочной ткани.

Результаты и их обсуждение. Среди обследованных пациентов у 23 (67,6%) были положительные результаты качественного определения РНК ВГС, что свидетельствует о виремии и репликативной (активной) фазе хронического вирусного гепатита. При этом ВГС у данных пациентов протекал латентно без явных клинических и с умеренными биохимическими признаками активности. Нами проводилось определение 1А, 1В, 2 и 3 генотипических вариантов вируса гепатита С. Положительные результаты генотипирования ВГС были получены у 17 (73,9%) пациентов этой группы. По литературным данным, широкое распространение среди пациентов 1 генотипа ВГС может служить препятствием для эффективного лечения ВГС и предпосылкой для длительного сохранения источников инфекции. Первый А вариант ВГС часто связан с в/в употреблением наркотиков, 1В - с заражением во время медицинских процедур, 2- с половым путем передачи инфекции. Третий генетический вариант ВГС является независимым фактором риска развития липоидоза печени.

Выводы.

1. Необходимо как можно более раннее генотипическое обследование пациентов с предполагаемым вирусным гепатитом С в противотуберкулезном стационаре, среди них высока доля (2/3) больных с активным вирусным гепатитом;

2. Среди пациентов с туберкулезом и ВГС одинаково часто определяются 3 и 1 генетические варианты ВГС, случаи выявления 2-го - редки.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: ОТ ФАКТОРОВ РИСКА К ПРОФИЛАКТИКЕ. КТО ДОЛЖЕН ИЗВЛЕЧЬ ИЗ ЭТОГО ПОЛЬЗУ?

Керчев В.В.

Кафедра биологии и общей генетики

Первый Московский государственный медицинский университет, г. Москва

Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна

Научный руководитель: доц. Ларина С.Н.

Цель исследования. Изучить качество жизни (КЖ) у больных высокого кардиоваскулярного риска (КВР) с коморбидной патологией.

Материалы и методы. Обследовано 98 больных с артериальной гипертензией (АГ) и коморбидными заболеваниями - ишемическая болезнь сердца, сердечная недостаточность, сахарный диабет 2-го типа, хроническая болезнь почек, ожирение. Из них - 38 (36,8%) мужчин и 60 (63,2%) женщин, средний возраст составил $60,5 \pm 0,4$ лет. КЖ и расчет 10-летнего риска сердечно - сосудистой смертности проводился при помощи калькулятора (CVDdeath, модификация 24.04.2009), использующего алгоритм Фремингемского исследования. Количественно оценивали восемь показателей: «физическое функционирование» (ФФ); «влияние физического состояния на ролевое функционирование» (РФ); «интенсивность болевого синдрома» (ИБС); «общее состояние здоровья» (ОСЗ); «социальная адаптация» (СА); «влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование» (РФЭ); «оценка психического здоровья» (ПЗ). Эти шкалы формируют: физический компонент здоровья (ФКЗ) и психологический компонент здоровья (ПКЗ).

Результаты и их обсуждение. Установлены гендерные различия показателей КЖ у больных с АГ и коморбидной патологией. У женщин - достоверно худшие показатели ФФ ($57,9 \pm 3,9$), ПЗ ($59,9 \pm 3,2$) и ФКЗ ($38,8 \pm 1,2$), чем аналогичные показатели у мужчин - ($79,6 \pm 3,0$); ($68,1 \pm 2,95$); ($45,5 \pm 1,4$) ($p < 0,05$). Показатели РФ и СА имели тенденцию к ухудшению. ПКЗ достоверно не отличался - ($39,7 \pm 1,2$) и ($42,7 \pm 1,8$) соответственно ($p > 0,05$). Так же при наличии у пациентов ожирения II степени КЖ статистически не отличалось от КЖ при ожирении I степени, но было несколько ниже по таким показателям, как ФФ, ОСЗ, СА, ПЗ. КЖ больных с ожирением III степени в сравнении с ожирением I степени, было достоверно ниже по таким шкалам - ФФ, РФЭ, ЗСЗ, СА, ПЗ.

Выводы. У женщин, страдающих АГ в сочетании с коморбидными состояниями показатели КЖ хуже, чем у мужчин. Пациенты с ожирением III степени испытывают трудности, как при выполнении физических нагрузок, так и при общении с друзьями, родными, вследствие ухудшения физического и эмоционального состояния здоровья.

СОСТОЯНИЕ ГИПОГАЛАКТИИ У КОРМЯЩИХ МАТЕРЕЙ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ (ЖДА)

Ахмадалиев Ш.Ш., Нуритдинова Г.Т., Инакова Б.Б., Солиева М.О.
Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан, Узбекистан
Научный руководитель: проф. Хакимов Ш.К.

Цель исследования. Изучение ЖДА у кормящих матерей и влияние ее на становление их лактационной функции, что явилось основной задачей данной работы.

Под нашим наблюдением находилось 241 кормящих матерей с различной степенью тяжести анемии. При оценке лактации у кормящих матерей мы различали суточный объем молока (СОМ, мл/сут.), объем высосанного молока при одном кормлении (РОМ, мл), выделение молока за единицу времени (ВМ, мл/мин/сут.) и число прикладываний детей к груди (ЧПР, раз/сут.). В ходе исследования установлено, что у кормящих матерей по мере ухудшения степени тяжести ЖДА неуклонно снижается СОМ, ВМ и ЧПР ($P < 0,001$). Обнаруживается тесная коррелятивная связь между СОМ и ЧПР, соответственно при I, II и III степени тяжести ЖДА у кормящих матерей. При анализе значений РОМ выявлено, что этот показатель у кормящих матерей с I степени тяжести ЖДА снижается и увеличивается ко II степени патологии, т.е. как бы наступает «эффект концентрирования» РОМ. Однако это происходит при существенном снижении ЧПР, по сравнению здоровых кормящих и больных матерей с I степени ЖДА.

У кормящих матерей с ЖДА выявлены случаи дефицита суточного объема молока, до 25%, 26-50%, 51-75% и более 76%, соответственно I, II, III и IV степени тяжести гипогалактии (ГГ). По времени манифестации ГГ характеризовалась как ранняя форма (в течение первой недели после родов), на фоне лактационного криза (на 2-3-м месяцах лактации) и ее поздняя форма (к 5-6 месяцам жизни детей кормящих женщин). У кормящих матерей, по мере усугубления тяжести анемии увеличивается общая доля женщин с ГГ, что значительно превышает данных здоровых матерей. У здоровых кормящих матерей часто выявляются относительно легкие степени (I, II ст.) тяжести ГГ, а у больных матерей с ЖДА - ее тяжелые степени (III и IV).

Выводы. У кормящих матерей по мере усугубления степени тяжести ЖДА, отмечается неуклонное снижение уровня суточного объема (мл/сут), выделения грудного молока за единицу времени (мл/мин) и число прикладываний к груди. В ходе лактационного периода у кормящих матерей с ЖДА, наиболее часто выявляются отсроченные формы ГГ (на фоне лактационного криза и ее поздняя форма), с дефицитом суточного объема молока $\geq 50,0\%$, что является основой постнатальных форм хронических расстройств питания на макро- и микронутриентной основе.

АЛГОРИТМ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СОРТИРОВКИ

Ходеева К.И.

Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научный руководитель: асс. Оберешин В.И.

Для принятия наиболее оптимального решения при проведении медицинской сортировки в условиях чрезвычайной ситуации (ЧС) необходимо в максимально короткие сроки и в максимально возможном объеме прове-

сти медицинское обследование. Для сокращения времени осмотра в зоне ЧС применяется первичная медицинская сортировка, которую во многих странах проводят не врачи, а парамедики (спасатели, пожарные, полицейские).

Большинство алгоритмов медицинской сортировки основываются на разделении всех пострадавших на 4 основные сортировочные группы, каждой из которой присвоен свой цветовой указатель:

1. Группу, в которую включают пострадавших с тяжелыми повреждениями, сопровождающимися быстро нарастающими, опасными для жизни, расстройствами основных жизненно важных функций организма, в связи с чем они нуждаются в медицинской помощи по неотложным жизненным показаниям, обозначают красным цветовым указателем.

2. Группу, в которую включают пострадавших с тяжелыми повреждениями и повреждениями средней тяжести, не представляющими непосредственной угрозы для жизни, помощь которым может быть оказана во вторую очередь или даже отсрочена, обозначают желтым цветовым указателем.

3. Группу, в которую включают пострадавших с легкими повреждениями, нуждающихся в амбулаторных учреждениях, обозначают зеленым цветовым указателем.

4. Группу, в которую включают пострадавших с крайне тяжелыми, несовместимыми с жизнью повреждениями, нуждающихся только в симптоматическом и облегчающим страдания лечении, обозначают черным цветовым указателем.

Согласно данным медицинской литературы в настоящее время в мире разработаны и внедрены более 10 алгоритмов медицинской сортировки.

Алгоритм START- самый распространённый в мире алгоритм медицинской сортировки. Алгоритм START предусматривает несколько последовательных действий или шагов, после каждого из которых пострадавших включают в одну из 4 сортировочных групп и обозначают разным цветом: неотложные - красный; отсроченные - желтый; незначительные - зеленый; умирающие и умершие - черный.

Выводы. На основании довольно простых действий, выполнение которых не требует клинической подготовки лиц, проводящих сортировку, пострадавших в ЧС в сравнительно короткие сроки распределяют в соответствующие сортировочные группы.

ОТРАВЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ И ЕГО СУРРОГАТАМИ: ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМНОЙ СИМПТОМАТИКИ

Авилушкина Е.О., Фролова О.А.

Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: доц. Минаев В.В.

Алкогольные отравления в России занимают лидирующие позиции среди бытовых отравлений. На долю алкоголя и его суррогатов приходится более 60% всех смертельных отравлений. Большая часть смертельных исходов (95%-98%) происходит до оказания медицинской помощи.

Чтобы вовремя диагностировать отравление и оказать правильную помощь, необходимо выделить основные симптомы, которые связаны с воздействием суррогатов и их метаболитов на различные системы организма. Нашей целью являлось систематизация проявлений отравлений алкоголем и его суррогатами по органореактивности на основании данных литературы и клинических случаев. Установлено, что симптоматика со стороны центральной нервной системы включает: психическое возбуждение, эйфорию, бред, галлюцинации. Возможны судороги. Возникают нарушение внимания, речи, восприятия. Отмечены нарушение координации движений и терморегуляции, снижение температуры тела.

Сердечно-сосудистая система реагирует учащенным сердцебиением, гипотензией, расширением или сужением (при тяжелых формах) периферических сосудов. Проявлением отравления может экзотоксический шок или подобные нарушения гемодинамики. Со стороны дыхательной системы выявлены: учащение дыхания, острая дыхательная недостаточность, связанная с рядом возможных обстоятельств (поражение дыхательного центра, метаболические нарушения и попытка восстановления кислотно-щелочного баланса, западение языка, попадание рвотных масс в дыхательные пути, рефлекторный спазм гортани, бронхов).

Желудочно-кишечный тракт дает симптоматику боли в животе (прямое повреждающее действие на слизистую желудка и тонкого кишечника), диареи (в результате нарушения всасывания воды и минеральных веществ, жиров), тошноты (признак общей интоксикации и повреждения органов пищеварения), рвоты, которая чаще имеет центральный характер, связана с токсическим действием этанола на центральную нервную систему.

Повреждение печени возникает в результате прямого повреждающего действия на клетки печени, нарушения внутриклеточного обмена веществ.

Проявлениями поражения мочевыделительной системы являются повышенное мочеотделение и, напротив, снижение мочеобразования вплоть до полного отсутствия (при тяжелых степенях отравления). Несмотря на преимущественно нейротоксическое действие алкоголя и его суррогатов, симптоматика данных отравлений носит полисистемный характер, подтверждая общетоксическое действие данных веществ.

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОСТИ ШИН, ПРИМЕНЯЕМЫХ ДЛЯ ИММОБИЛИЗАЦИИ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Тарарышкин М.Д., Бортникова В.С.

Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научный руководитель: асс. Болобонкина Т.А.

Цель исследования. Оценка подвижности нижних конечностей при использовании различных видов шин для иммобилизации при травмах голени.

Для достижения данной цели мы поставили перед собой следующие задачи: смоделировать наложение шин и оценить возможности иммобилизации двумя видами шин - лестничными шинами и современными транспортными шинами; оценить подвижность в суставах нижней конечности с различными вариантами наложенных шин по пятибалльной шкале.

Первой была использована лестничная шина.

Иммобилизация достигается наложением по задней поверхности конечности от ягодичной складки хорошо смоделированной по контурам конечности лестничной шины с добавлением двух фанерных шин по бокам.

Следующий этап - оценка подвижности конечности при использовании данной шины по пятибалльной шкале: движения в коленном суставе - 4 балла; движения в голеностопном суставе - 1 балл.

Следующая разновидность шин, которую мы использовали - это современная транспортная шина.

Данная шина имеет несколько преимуществ: жесткая фиксация костей в голеностопном суставе под углом 90° ; створки шины надежно фиксируют конечность во всех трех плоскостях; легко накладывается и так же легко снимается в случае замены на другую в момент передачи пострадавшего медицинскому персоналу; очень просто складывается в одну плоскость в виде детской книжки и занимает мало места в аптечке.

Мы также оценили подвижность конечности при использовании данной шины: подвижность в коленном суставе - 0 баллов; подвижность в голеностопном суставе - 2 балла.

Современные шины из полимерных материалов обладают рядом преимуществ перед лестничными шинами: компактное хранение; небольшая масса; удобство моделирования; простота наложения; надежность фиксации; малая вероятность травматизации мягких тканей.

Лестничные шины можно использовать при переломах различных анатомических областей, скрепляя их между собой, а также у различных по возрасту, полноте, росту людей. Тогда как полимерные транспортные шины подразделяются на размеры и могут подходить не каждому.

МЕХАНИЧЕСКАЯ АСФИКСИЯ

Майкл Квабен Боаке, Аппиах Джон Кофи

Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: ст. преп. Ефратов А.Ю.

Асфиксия (от др.-греч. ἀ- - «без» и σφύξη - пульс, буквально - отсутствие пульс) - удушье, обусловленное кислородным голоданием и избытком углекислоты в крови и тканях, например при сдавливании дыхательных путей извне (удушение), закрытии их просвета отёком, падении давления в искусственной атмосфере (либо системе обеспечения дыхания).

За 1 минуту потребляется 6-8 литров воздуха. Запасы кислорода в организме - 2-2,5 литра, этого достаточно только для обеспечения жизни человека в течение нескольких минут. Механическая асфиксия стабильно занимает третье место в структуре смертности от внешних воздействий в России.

Выделяют виды механической асфиксии: асфиксию от закрытия дыхательных путей (обтурационная), утопление; попадание в дыхательные пути инородных тел, закрытие дыхательных отверстий; компрессионную асфиксию, асфиксию от сдавливания органов шеи (странгуляционная) - повешение, удушение петлей, удушение руками; удушье от сдавливания грудной клетки и живота сыпучими веществами или массивными предметами, а также в давке; асфиксия от отсутствия кислорода (аноксия) - надевание на голову пакета, мешка и т.д.; рефлекторная асфиксия - спазм голосовой щели в результате действия раздражающих веществ или действия различных температур (кратковременно испытывают люди, выходящие из тёплого помещения на мороз - невозможность сделать физиологический вдох).

Течение механической асфиксии протекает однотипно при различных ее видах и характеризуются определенной последовательностью и состоит из двух периодов: 1 период - преасфиксический и характеризуется задержкой дыхания; продолжительность этого периода от нескольких минут до 2-3 минут. 2 период - асфиксический продолжается 5-6 минут. Усиленные дыхательные движения, артериальное давление снижается, цианоз лица, шеи, нарастает мышечная слабость, угасают рефлексы, беспорядочные дыхательные движения разной глубины, давление падает до 0. После остановки сердца наступает клиническая смерть.

ЗАВИСИМОСТЬ ПОЛУЧЕНИЯ ТРАВМ ОТ ВРЕМЕННЫХ И СЕЗОННЫХ ФАКТОРОВ

Слепнева О.Э.

Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: ст. преп. Ефратов А.Ю.

Среди всех причин первичной инвалидности и смертности травмы зани-

мают третье место, а у лиц трудоспособного возраста травмы занимают первое место среди причин смерти. Виды травматизма: транспортный (в результате ДТП); бытовой (несчастные случаи дома, в гараже, на даче, при ремонте помещения и т.д.); спортивный; сельскохозяйственный; военный; детский (может быть уличный, бытовой, школьный, спортивный)

По данным Городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Рязани I травматологического отделения за 2014 год поступило в общей сложности 1237 человек, из них: мужчин - 561, женщин - 434 имеют травмы, соответствующие 19 классу МКБ-10, а так же 242 человека поступили с болезнями костно-мышечной и соединительной ткани.

Мужчины в 1,3 раза чаще получают травмы, чем женщины, но характер заболеваний схож: самые частые - это травмы, которые связаны с повреждениями плечевого пояса и плеча, области тазобедренного сустава и бедра, колена и голени, а так же запястья и кисти. Для мужчин наиболее травмоопасный возраст от 26 до 60 лет - 69,3%, у женщин - от 41 и старше - 50%.

По статистике с 8:00 до 18:00 происходит 67% всех травм, т.к. данный период времени приходится на рабочее время.

Самым травмоопасным из сезонов является лето - время отпусков и дачного сезона. За этот период поступило: мужчин - 171 (в возрасте от 26 до 60 - 71%) и женщин - 120 (в возрасте старше 60 - 57,5%). Количество травм в выходные - 42% от общего числа.

Самым травмоопасным месяцем в году является январь - 63% всех травм приходится на первые 10 дней - это связано с новогодними выходными и пребыванием в алкогольном опьянении. Мужчин поступило 68 человек (в возрасте от 26 до 60 - 77%), а женщин - 50 человек (старше 60 лет - 48%).

Можно порекомендовать меры по снижению вероятности получения травмы: в гололед носить обувь с толстой рельефной подошвой, низким устойчивым каблуком; держать руки свободными для равновесия; быть осторожным при переходе через дорогу, соблюдать правила дорожного движения; не употреблять спиртное, особенно в холодное время года; научиться правильно падать; не забывать о том, что самый травмоопасный день - четверг.

ГОТОВНОСТЬ СТУДЕНТОВ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА К ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

Комина Е.А., Прилепина Т.А.

Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: асс. Болобонкина Т.А.

Цель исследования. Оценка готовности студентов фармацевтического факультета к оказанию первой помощи. Нами было опрошено 50 студентов 1 и 2 курсов. Получены следующие результаты: На вопрос: «Владеете

ли Вы навыками оказания первой помощи пострадавшим?» положительно ответили 38% студентов, отрицательно 62%.

На следующий вопрос: «Если да, то где Вы приобрели эти навыки?» большая часть выбрала ответ «в ВУЗе» - 24%, 8% приобрели эти навыки в школе и 6% ответили «другое», а именно, в автошколе. Далее был вопрос: «Готовы ли Вы оказать помощь - вашим близким людям?», на который 78% ответили утвердительно.

При вопросе: «Готовы ли Вы при необходимости оказать первую помощь пострадавшим - посторонним людям?» Желающих оказалось меньше половины - 46%. Еще меньше утвердительных ответов (всего 24% и опять же первокурсников из них большее количество - 83%) на вопрос: «Готовы ли Вы при необходимости оказать первую помощь пострадавшим в случае наличия на поверхности его тела биологических жидкостей?»

Действительно оказывавших первую помощь постороннему человеку оказалось всего 10%. Следующий вопрос был таким: «Владеете ли Вы приемами сердечно-легочной реанимации?» 38% - владеют, такой ответ дали 76% студентов 2 курса и ни один студент 1 курса не владеет приемами СЛР. Большая часть студентов приобрели эти навыки в ВУЗе - 15%, немного меньше в школе - 10% и 6% ответили «другое». Из всего числа опрошенных студентов, никому не приходилось проводить сердечно-легочную реанимацию. На заключительный вопрос: «Знаете ли Вы об ответственности за неоказание помощи?» все ответили утвердительно.

Выводы. Студенты фармацевтического факультета в большинстве получают навыки оказания первой помощи в вузе при изучении дисциплины «Безопасность жизнедеятельности, медицина катастроф». В ходе изучения предмета возрастает осознание ответственности за результат оказанной помощи, именно поэтому студенты первого курса, не изучавшие предмет, более смело выражают готовность помочь пострадавшему.

ХАРАКТЕРИСТИКА СОМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ В РЕЗУЛЬТАТЕ СУИЦИДАЛЬНЫХ ПОПЫТОК И НЕОБХОДИМЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Гранаткин М.А., Судиловская Е.П.

Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: доц. Шатрова Н.В.

Прогнозируется, что к 2020 г. суицид выйдет на второе место в мире как причина смерти, обойдя рак и уступая только сердечно-сосудистым заболеваниям.

Цель исследования. Изучить соматические повреждения в результате суицидальных попыток и определить приоритетность мероприятий экстренной медицинской помощи.

Материалы и методы. Акты судебно-медицинского исследования бюро

судебно-медицинской экспертизы Рязанской области (2151 актов, из них 67 случаев самоубийства); отчеты ВОЗ по проблеме суицида; официальные данные Роспотребнадзора; отчетные сведения станции скорой медицинской помощи г. Рязани за 2012-2014 гг.

В результате исследования выявлена следующая частота суицидальных попыток в г. Рязани за последние 3 года: в 2012г - 390 суицидальных попыток, в 2013г - 494 (включая 1 ребенка), в 2014 г - 321 (включая 2 детей). Мужчины совершают самоубийства в 4 раза чаще женщин. Основными способами суицида являлись: повешенье (63%), химическое отравление (11%), прыжок с высоты (9%), кровопускание (7%), прочие 10%.

Повешенье - самый распространенный способ самоубийства. Характерными повреждениями являлись: механическая асфиксия(99%), острое вздутие легких (87%). Первоочередными задачами экстренной помощи при повешении следует считать: устранение механической асфиксии (только с помощью помощника).

При падении с высоты характерными повреждениями являлись черепно-мозговая травма(97%), разрыв крупных артерий, множественные переломы конечностей(98%), ребер, таза. Ведущая причина смерти определяется как массивная внутренняя кровопотеря. Следовательно, важнейшими задачами являются: остановка кровотечения, проведение сердечно-легочной реанимации, иммобилизация костей скелета.

Суицид-отравление производился с использованиемтоксикантов: клофелин (41%), фенобарбитал, пенобарбитал (27%), хлорпротиксен, димедрол (17%), диклофенак (10%), прочие (5%). Повреждения специфичны в зависимости от вещества. Важнейшие задачи: проведение зондового промывания желудка, дезинтоксикационной терапии.

При самоубийстве способом кровопускания причина смерти очевидна: массивная кровопотеря. Соответственно первоочередной задачей экстренной помощи является остановка кровотечения (венозного или артериального).

Выводы.

1. Самым распространенным способом суицида является повешение; мужчины совершают самоубийство чаще, чем женщины; наиболее частым повреждением-причиной смерти является механическая асфиксия.

2. Наиболее важным приемом экстренной помощи в случае самоубийства следует считать устранение механической асфиксии (приоритет при повешении), остановку кровотечения (в первую очередь из магистральных сосудов) и проведение сердечно-легочной реанимации.

Педиатрический блок

МНОЖЕСТВЕННЫЕ МАГНИТНЫЕ ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

Белова Г.С.

Кафедра педиатрии с курсами детской хирургии и педиатрии ФДПО
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научный руководитель: доц. Шатский В.Н.

В работе был проанализирован клинический случай множественных инородных тел желудочно-кишечного тракта. Девочка, 2 года 8 месяцев, доставлена в приемный покой с жалобами: на спастические боли в животе в течение 2 суток, разжиженный темный стул. Из анамнеза: ребенок несколько дней (5-6) играла с магнитными шариками, один раз мама видела магнитный шарик у девочки во рту. С появлением болей в животе мама решила обратиться к врачу. При осмотре: боли в эпигастральной области, температура не повышалась, рвоты не было, живот не вздут, пальпация в эпигастральной области резко болезненная. При обзорной рентгенографии органов брюшной полости в проекции антрального отдела желудка определяется множество (39 штук) округлых инородных тел, с четкими ровными контурами диаметром 0,5 см. Выполнена фиброгастродуоденоскопия - по задней стенке и малой кривизне определяется конгломерат и несколько колец инородных тел - шариков, плотно фиксированных друг к другу через слизистую, где определяются наложения фибрина. Выполнена лапаротомия, гастротомия. Из желудка удалено 35 шариков, выявлено 4 перфоративных отверстия попарно на малой кривизне и по задней стенке. При ревизии сальниковой сумки обнаружено 2 отверстия на поперечно-ободочной кишке, из которых удалено 4 магнитных шарика. Отверстия ушиты. Послеоперационный период без осложнений. Ребенок в удовлетворительном состоянии выписан домой.

Данный клинический случай демонстрирует определенные особенности магнитных инородных тел (МИТ). Они характерны для детей в возрасте до 5 лет (познавательная деятельность, проглатывание). Отмечаются сложности в сборе анамнеза - ребенок не говорит, не помнит или не признается в том, что проглотил предмет, родители часто не знают, сколько инородных тел проглотил ребенок и в какие сроки. Предметы проглатываются легко, нет кашля, дисфагии, гиперсаливации. Свободный транзит даже одного магнита возможен не всегда, он может примагнититься, например, к пряжке ремня ребенка и фиксироваться в определенном месте, вызывая пролежень, перфорацию и т.д. Чем продолжительнее период, прошедший с момента попадания МИТ в ЖКТ, тем серьезнее последствия. Первые симптомы могут быть неявными и неспецифичными, что приводит к задержке в диагностике (боли в животе, тошнота, рвота, задержка стула или диарея, снижение аппе-

тита, субфебрилитет). До манифестации осложнений может полностью отсутствовать какая-либо симптоматика. При наличии МИТ серьезные осложнения развиваются в относительно короткие сроки. Характер и тяжесть осложнений практически не поддаются прогнозу.

Выводы.

1. Проблема магнитных инородных тел ЖКТ у детей достаточно значима.
2. Стертость клиники и недостаточный анамнез вызывают затруднения в диагностике.
3. Частота и тяжесть развития осложнений очень велика, поэтому необходима профилактическая и разъяснительная работа с родителями чем опасны такие игрушки.

ДВА СЛУЧАЯ ТАЛАССЕМИИ

Сорокина М.Г.

Кафедра педиатрии с курсом детской хирургии и педиатрии ФДПО
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научный руководитель: асс. Блохова Е.Э.

Талассемии - группа аутосомно-рецессивных заболеваний, характеризующихся снижением синтеза одного из двух типов полипептидных цепей гемоглобина (α или β), которые образуют молекулу взрослого гемоглобина (HbA, $\alpha_2\beta_2$). Это приводит к уменьшению наполнения эритроцитов гемоглобином и анемии.

Талассемия часто встречается среди лиц, проживающих в странах средиземноморского побережья, выходцев из Юго-Восточной Азии, Ближнего и среднего Востока, Азербайджана, Армении, Грузии, Таджикистана, Узбекистана. За прошедшие десятилетия активно меняющаяся демография сделала проблему талассемии актуальной в областях, для которых это заболевание ранее было несвойственно (Россия, Северная Америка, Европа и др.). В Рязанской области на данный момент наблюдаются две пациентки с диагнозом талассемия, клиническое наблюдение которых и приводится.

Ребенок Т., 3 месяца, поступила в марте 2014 года в отделение онкогематологии «ОДКБ им. Н.В. Дмитриевой» с диагнозом: гемолитическая анемия, гемолитический криз. Больна с 25 февраля, когда на фоне интеркуррентного заболевания впервые диагностирована анемия. Ребенок от I беременности, протекавшей на фоне анемии. Роды в срок. Мать и отец уроженцы Азербайджана. Объективно при поступлении: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные с желтушным оттенком. Склеры субиктеричные. Ягодицеобразный череп. Гепатоспленомегалия. В анализах крови выявлена микроцитарная нормохромная анемия, ретикулоцитоз, пойкилоцитоз, гипербилирубинемия за счет свободных фракций, повышение активности ЛДГ. Показатели сывороточного железа и ОЖСС

в норме. В марте 2014 года пациентка и ее мама обследованы в Центре детской гематологии г. Рязани. У матери девочки выявлена гипохромная анемия легкой степени, умеренно повышенный уровень HbA₂, что свидетельствует о наличии малой формы β-талассемии. В июле 2014 года пациентка консультирована в поликлинике ФБГУ ФНКЦ ДГОИ им. Д.Рогачева. Исследование ДНК для выявления мутаций, характерных для β-талассемии, не выполнено по техническим причинам. Однако, учитывая этническую принадлежность ребенка, наличие у мамы малой формы β-талассемии, манифестацию клинических проявлений в раннем возрасте (3 месяца) девочке был поставлен окончательный диагноз: β-талассемия, большая форма. С марта 2014 года ребенку ежемесячно проводятся трансфузии эритроцитарной взвеси из расчета 15 мл/кг, благодаря чему уровень гемоглобина поддерживается выше 100 г/л, отсутствует прогрессирование спленомегалии, экспансии костного мозга.

Больная М., 4-х лет, также госпитализирована в онкогематологическое отделение в августе 2014 года, с уже установленным ранее диагнозом: β-талассемия, большая форма. Родители ребенка являются носителями гена β-талассемии, у старшего брата гетерозиготная форма β-талассемии. С апреля 2013 г. девочке проведено три гемотрансфузии эритроцитарной взвеси, в том числе, в июне 2014 г., в Айзербаджане. При поступлении выраженная бледность кожных покровов, с желтушным оттенком. Гепатоспленомегалия. Физическое развитие ниже среднего, гармоничное. При обследовании HbF 98%. На фоне периодических трансфузий эритроцитарной взвеси уровень гемоглобина удерживается в пределах допустимого (95-98 г/л). Непродолжительный период наблюдения за данными пациентками не позволяет выявить осложнений заболевания. Развитие перегрузки железом можно предположить в более поздние сроки от момента клинической манифестации заболеваний.

Выводы.

1. Наличие у этнически предрасположенных пациентов симптомов анемии и гепатоспленомегалии может послужить поводом для обследования на талассемию.
2. С учетом миграционной ситуации в стране, необходимо повысить уровень знаний о данном заболевании у врачей.

СЛУЧАЙ ВРОЖДЕННОГО СИФИЛИСА

Оводкова И.О.

Кафедра педиатрии с курсом детской хирургии и педиатрии ФДПО
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научный руководитель: доц. Ткаченко Т.Г.

Общеизвестно, что возбудителем сифилиса является *Treponema pallidum*. Единственным путем заражения является трансплацентарная передача

ча плоду бледных трепонем от страдающей сифилисом матери.

Патогномоничными клиническими симптомами являются: кожные сыпи, сифилитический геморрагический ринит, сифилитический остеохондрит Вегенера, сифилитический периостит, фалангит, «белая» пневмония, менингоэнцефалит и поражение внутренних органов. За последние 15 лет выявлено снижение общей заболеваемости сифилисом, однако у женщин детородного возраста и беременных она сохраняется на высоком уровне. Диагноз подтверждается по серологическим пробам (RW, РИФ abs, ИФА, IgG, РПГА) 2 раза во время беременности и 1 раз в родах.

Приводим случай раннего врожденного сифилиса у ребенка О., рожденного от необследованной матери. Мать 29 лет, цыганка, по беременности не наблюдалась. В род доме матери взяли кровь экспресс методом на ВИЧ, гепатит В, сифилис - отрицательно.

Мальчик, поступил в ОПННД в возрасте 5 часов жизни из родильного дома с задержкой внутриутробного развития, вес 2300 грамм, рост 47 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Общее состояние при поступлении тяжелое: гипорефлексия, на коже рук, ног, туловища визуализировались округлые эритемные очаги размером от 5 мм до 5 см, в центре которых имелись плоские пузыри со скудным белесоватым содержимым, на ладонях, подошвах, пальцах рук и ног - пузыри с геморрагическим содержимым; на месте вскрывшихся элементов образовались эрозивные поверхности.

В общем анализе крови - лейкоцитоз, анемия, повышение СОЭ, в б/х анализе - СРБ +++ . На рентгенограмме грудной клетки двусторонние инфильтраты. Специфические исследования крови на сифилис - RW, АП, Уа, РИФ abs, ИФА, IgG, РПГА выявили резко положительные результаты. Был поставлен диагноз: внутриутробная инфекция - ранний врожденный сифилис, врожденная пневмония тяжелое течение, сифилитическая пузырчатка. ДН I. Перинатальное гипоксическое поражение ЦНС, синдром угнетения. Межпредсердное сообщение, НК 0. Задержка внутриутробного развития. На фоне проводимого специфического антибактериального лечения - пенициллина натриевая соль, гемостатической, инфузионной терапии, ВВИГ, уменьшение кожных проявлений, с полным из разрешением к недельному возрасту. Клинического выздоровления удалось достичь к 1,5 месяцам. Ребенок выписан домой с весом 3415 граммов под наблюдение педиатра, невролога, дерматовенеролога.

Выводы.

1. Ранний врожденный сифилис при отсутствии своевременной диагностики и лечения у матери до и во время беременности сохраняет свои классические клинические черты.
2. Для диагностики необходимо 2-х кратное обследование во время беременности и в родах, однако экспресс диагностика не всегда достоверна.
3. При своевременном выявлении и традиционном лечении пенициллином, терапия дает хорошие результаты.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЭТАНЕРЦЕПТА У БОЛЬНЫХ С ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Петрова Н.А., Сахаров В.И.

Кафедра госпитальной педиатрии с курсом поликлинической педиатрии
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа
Научный руководитель: проф. Малиевский В.А.

Цель исследования. Эффективность и безопасность применения этанерцепта у детей с ювенильным идиопатическим артритом.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 23 ребенка (6 мальчиков и 17 девочек в возрасте от 4 до 17 лет (средний возраст - 7,8 лет). В большинстве случаев заболевание развилось в раннем и дошкольном возрасте (средний возраст в дебюте болезни - 4,3+2,7 года). Длительность болезни составила 7,5+3,3 года, в том числе до назначения этанерцепта - 4,3+3,12 года. Этанерцепт вводился подкожно из расчета 0,4 мг/кг (максимально 25 мг) 2 раза в неделю. Все больные принимали нестероидные противовоспалительные препараты, метотрексат внутримышечно, в том числе 8 больных в сочетании с циклоспорином А, 2 - с сульфасалазином. Глюкокортикоиды (метипред) принимали 4 больных.

В качестве критериев эффективности терапии использовались педиатрические критерии Американской коллегии ревматологов: 1) общая оценка активности болезни врачом по ВАШ, 2) общая оценка тяжести болезни пациентом или родителями по ВАШ, 3) степень функциональной недостаточности по опроснику СНАQ, 4) число суставов с активным артритом, 5) число суставов с ограничением движений, 6) СОЭ или С-реактивный белок. Критериями АКРпед 30, 50 и 70 являлись снижение как минимум 3 из 6 показателей на 30, 50 и 70% соответственно; при этом один показатель может ухудшиться на 30% и более.

Результаты и их обсуждение. Через 3 месяца от начала лечения улучшение (критерий АCR30) было установлено у 21 больного (91,3%), из них критериям АCR50 соответствовали 16 больных (69,6%), АCR70 - 14 (60,9%). Через 6 и 12 месяцев критериям АCR30 отвечали 22 ребенка (95,6%), АCR50 - 21 ребенок (91,3%), АCR70 - 20 (86,9%). В связи с отсутствием клинически значимого улучшения лечения этанерцептом было прекращено у 1 больного. Через 24 месяца от начала лечения большинства больных, продолживших лечение (20/22) был достигнут статус «неактивной болезни», у 2 больных сохранялась минимальная степень активности болезни

Выводы. Препарат является высокоэффективным препаратом для лечения ювенильных артритов, рефрактерных к базисным противоревматическим препаратам.

**ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ
С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ
Ахмадалиев Ш.Ш., Нуриддинов А.С., Солиев Ж.Т.**

Кафедра травматологии и неврохирургии
Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан, Узбекистан
Научный руководитель: к.м.н. Эшонхужаев К.О.

Детский церебральный паралич - группа заболеваний, при которых происходит нарушение двигательных функций и осанки. Связано это с травмой головного мозга или нарушением формирования мозга. Характерное нарушение тонуса мышц по типу спастичности, реже ригидности приводит к формированию патологической установки в конечностях с функциональными контрактурами в суставах сгибательной, реже разгибательной форме.

Цель исследования. Изучать лечение и восстановление ортопедических последствий ДЦП в Андижанской Областной травматологической больницы.

Материалы и методы. Нами изучены результаты лечения 102 больных последствием ДЦП в ортопедическом отделении Андижанской Областной травматологической больницы с 2010 г по 2014 годы. Из них мальчики 53, девочки 49. Больные дети до 3 лет - 6, старше 6 лет - 96.

Результаты и их обсуждение. Из них были оперированы 92, произведены следующие виды оперативных вмешательств больным последствием ДЦП. Удлинение ахилловых сухожилий по Байру - у 66 больных. Внетазовая резекция по Вишневскому у 10 больных и операция Эггерса у 16 больных. У 88 больных получены хорошие результаты, у 4 больных неудовлетворительные результаты.

Вывод. При лечении ортопедических последствий ДЦП хорошие результаты дают операции на периферических нервах, мышцах и сухожилиях, костях и суставах.

**ХАРАКТЕРИСТИКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ
ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ (ЖДА)**

Рахманов С.Р., Инакова Б.Б., Хакимов Ш.К. Нуриддинова Г.Т.
Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан, Узбекистан
Научный руководитель: к.м.н. Атаджанова Ш.Х.

Цель исследования. Изучение особенности развития ЖДА у девочек-подростков в зависимости от темпов их физического развития.

Под нашим наблюдением находилось 126 девочек в возрасте 12-14 лет с различными проявлениями дефицита железа. Референтную группу составили 51 девочек аналогичного возраста.

Основными критериями диагноза ЖДА у школьниц явились низкий уровень сывороточного железа ($CЖ \leq 18$ мкмоль/л), высокая общая (ОЖСС, ≥ 60 мкмоль/л) и латентная (ЛЖСС, ≥ 40 мкмоль/л) железосвязывающая способность сыворотки крови, низкий коэффициент насыщения

трансферрина железом (КНТ, $\leq 80\%$) и уровень гемоглобина - Hb (≤ 120 г/л) и т.д. Нами было выявлено что, у девочек-подростков с ЛДЖ выявлено увеличение значения длина тела (ДТ), против контрольной группы, длины руки (ДР), длины ноги (ДН) и объем относительной поверхности тела (ОПТ, см²/кг). При I степени тяжести ЖДА у обследованных девочек наряду с высокими значениями ДТ, ДР, ДН по сравнению девочек контрольной группы также увеличены значения массы тела (МТ, кг) и абсолютная поверхность тела (АПТ, м²).

У девочек-подростков с ЖДА II степени тяжести изученные показатели ДТ, МТ, ДР, ДН, АПТ и ОПТ по сравнению с их сверстницами из контрольной группы и ЛДЖ существенно увеличены ($P < 0,001$). Эти данные свидетельствуют о том, что увеличение АПТ опосредованное усиленным приростом МТ является компенсаторной морфометрической реакцией для сохранения запасов железа, а последнее, как известно, быстро истощается при усиленном росте детей в длину. В связи с этим представляется, что преждевременный рост девочек в длину (при ЛДЖ), как ускоренный ход конвейера на заводе, может сопровождаться большей вероятности «ошибки сбора», из-за диссонанса роста и дифференцировки организма девочек, и является причиной гипоксической «альтерации» (Воронцов И.М., 2001).

Выводы. У девочек-подростков при латентном дефиците железа наблюдается преждевременный и ускоренный рост длины тела, верхних и нижних конечностей. При усугублении тяжести ЖДА у девочек происходит снижение темпа их роста в длину и усиленная прибавка в массе тела, что способствует более раннему половому созреванию, истощению депо железа в организме.

СОМАТОТИПЫ И НАПРАВЛЕНИЯ РОСТА

ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

Хабибуллаев М.Р., Хакимов Ш.К., Нуритдинова Г.Т., Базарова М.У.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан, Узбекистан

Научный руководитель: к.м.н. Атаджанова Ш.Х.

Одним из патогенетических звеньев развития железодефицитных анемий (ЖДА) у девочек-подростков является повышенная потребность и потеря железа в связи с их усиленным физическим и половым развитием (Николаев В.Г. и соавт., 2005). Однако, структура последних до конца не раскрыта, т.к. интенсивный рост может протекать как в виде макро-, мезо- и микросоматического типа развития, что связана с их генотипом (Баранов А.А. и соавт., 1995), так и в виде временного увеличения роста детей в длину (долихоморфия) или ширину (брахиморфия), или единовременно и в длину и в ширину (мезоморфия), которые в свою очередь бывают гармоничными и дисгармоничными.

Цель исследования. Изучение соматических типов развития и направления роста у девочек-подростков в зависимости от тяжести дефицита железа.

Под наблюдением находилось 126 девочек в возрасте 12-14 лет с различными проявлениями ДЖ-ЛДЖ (45), ЖДА I (56) и II степени тяжести (25). Контрольной группы детей составила 51 девочек аналогичного возраста.

Анализ нашего материала показал, что удельный вес макросоматического типа развития у девочек-подростков при ЛДЖ и ЖДА I степени тяжести не различаются от токовых их здоровых сверстниц, а при II степени тяжести ЖДА данный соматотип существенно увеличен ($P < 0,001$), при уменьшении доли девочек с мезосоматотипом.

Выявлено также, что при I степени ЖДА существенно уменьшена доля девочек с мезоморфией и увеличена доля учащихся с брахиморфным направлением роста, т.е. увеличено количества учащихся девочек детей с преимущественным ростом в ширину, которые характеризуются усиленной прибавкой в массе тела. Такая тенденция сохраняется и у девочек с ЖДА II степени тяжести ($P < 0,05$).

Изучение гармоничности в показателях физического развития обследованных девочек показало, что выраженные случаи дисгармонии обнаруживаются лишь при II степени тяжести ЖДА (32,0%), чем данные девочек контрольной группы (13,7%), $P < 0,005$. Таким образом, девочки-подростки с выраженной степенью тяжести ЖДА имеют особенности в соматическом статусе (макросоматотип) с преимущественным направлением роста в ширину (брахиморфия), на фоне выраженной дисгармоничности в основных показателях физического развития.

ФИНАНСОВАЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АСИТ

Рындина Е.С.

Кафедра педиатрии с курсом детских инфекционных болезней
Медицинская академия Крымского федерального университета, г. Симферополь
Научный руководитель: доц. Лебедева О.Д.

Цель исследования. Финансовая целесообразность проведения аллерген-специфической иммунной терапии (АСИТ) больным поллинозом с проявлением аллергического ринита детям на этапе оказания первичного звена амбулаторно-поликлинической помощи.

Материалы и методы. Анализ стандартов медицинской помощи по оказанию стационарных и амбулаторно-поликлинических услуг соответствующей нозологии, территориальная программа государственных гарантий, оказываемых гражданам Республики Крым на 2015 г., тарифное соглашение к территориальной программе на 2015.

Результаты и их обсуждение. Проведя анализ стандартов медицинской помощи нозологической формы - аллергический ринит, код по МКБ-10 J30.1, категории дети, любой стадии и фазы обострения в условиях оказания стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи нами получены следующие результаты: стоимость оказания стационарной услуги со-

ставляет 5848,00 рублей. Согласно стандарта в стоимость стационарного лечения из расчета 14 к/д входит диагностическое обследование, диетическое питание, медикаментозная терапия, процедуры, манипуляции и немедикаментозные виды лечения. Диагностический объем обследования с коэффициентом частоты предоставления 1,0 - 0,9 заключается в: клиническом обследовании в педиатрии, диагностическом исследовании (аллерготестирование (прик-тест), рентгенография ППН), лабораторном исследовании (гемограмма, ОАМ, анализ кала на я/г, соскоб на я/о, общие Ig E, Ig A, Ig M, Ig G), специфические Ig E. Консультация ЛОР-врача. Медикаментозная терапия проводится согласно стадии и фазы обострения, клинического течения и тяжести состояния. Коэффициент частоты предоставления процедур и манипуляций составляет 1,0. Стандарт оказания медицинской помощи в амбулаторно-поликлинической помощи заключается в клиническом обследовании в педиатрии, приеме врача аллерголог-иммунолога (первичный и повторный) и диагностическом исследовании (аллерготестирование).

Данный вид помощи включает финансовые затраты согласно тарифному соглашению в сумме 8260,70 рублей на одного жителя в год. Обращение в связи с заболеваемостью, в т.ч. поллинозом, требует затрат в объеме 983,40 рублей. Медикаментозная терапия покрывается финансами пациента, без учета финансовых затрат на лечебное питание и уход за пациентом, а гарантированное бесплатное обеспечение медикаментами и лечебными процедурами проводится только в рамках оказания экстренной и неотложной медицинской помощи. Проведение АСИТ влечёт за собой достижение стойкой длительной ремиссии, не требующей медикаментозного лечения, а значит финансовых затрат. К тому же повышает качество жизни и социальную активность ребенка.

Выводы. Финансовые затраты на оказание специализированной медицинской помощи детям с поллинозом в стационарных условиях значительно превышают затраты на амбулаторно-поликлиническое лечение этой же нозологической единицы с проведением АСИТ. Проведенный анализ указывает на целесообразность амбулаторно-поликлинического этапа лечения данной нозологии с проведением АСИТ для снижения необоснованной нагрузки на аллергический стационар и введение стационарзамещающих технологий.

ПЕРИ- И ПОСТНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА В РАЗВИТИИ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ С ДЕФЕКТОМ МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

Гуськова А.М.

Кафедра детских болезней

Волгоградский государственный медицинский университет, г. Волгоград

Научные руководители: к.м.н. Степанова О.В., к.м.н. Леденев Б.Б.

Цель исследования. Оценка факторов риска в анамнезе у детей с дефектом межпредсердной перегородки (ДМПП) и развитием легочной гипертензии.

Материалы и методы. Работа проведена на базе кардиологического отделения ГУЗ ДКБ №8. Ретроспективно проанализировано 106 историй болезни детей с дефектом межпредсердной перегородки. Проводилось выявление факторов риска антенатального, интранатального и постнатального периодов жизни ребенка. Все дети были разделены на две группы: I группу составили дети с ДМПП, характеризующимся нормальными показателями давления в легочной артерии (81 ребенок - 77 %), во II группу вошли дети с ДМПП с развитием легочной гипертензии (25 детей - 23 %).

Результаты и их обсуждение. Среди перинатальных (анте- и интранатальных) факторов риска в I и II группах в следующей частоте были выявлены: наличие хронической фетоплацентарной недостаточности (у 30% и 68% соответственно), угроза прерывания беременности (12% и 60%), анемия беременной (6% и 48% соответственно). Также в обеих группах выявлялись такие факторы риска как: вредные привычки родителей, бесплодие матери более 5 лет. Среди постнатальных факторов риска в I и II группах соответственно выявлялись: грудное вскармливание менее 6 мес. (17% и 84%), недостаточная прибавка массы тела на первом году жизни.

Выводы. Проведение анализа пери- и постнатального анамнеза у детей с дефектом межпредсердной перегородки и развитием легочной гипертензии с большей частотой выявлялись: хроническая фетоплацентарная недостаточность, угроза прерывания беременности, анемия беременной и короткий период грудного вскармливания.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КИШЕЧНОГО АМЕБИАЗА У ДЕТЕЙ

Ганчова Б.З., Хайрова М.Х.

Кафедра детских инфекционных болезней

Таджикский государственный медицинский университет, г. Душанбе, Таджикистан

Научный руководитель: асс. Гурачевская Л.П.

Цель исследования. Изучение клинико-эпидемиологических особенностей кишечного амебиаза у детей, поступивших на стационарное лечение в детскую клиническую инфекционную больницу г. Душанбе.

Материалы и методы. Проведено изучение клинико-эпидемиологических особенностей кишечного амебиаза у 68 больных в возрасте до 14 лет, поступивших на стационарное лечение в детскую клиническую инфекционную больницу в течение 2011 по 2014 года.

Результаты и их обсуждение. Возрастная структура поступивших больных от 3-х месяцев до 1-го года было 17 детей, от 1-го года до 3-х лет 31; с 3-х до 6-ти лет - 5; с 7-ми до 14-ти 15 детей. Мальчиков 37-(54,4%) девочек 31(45,6%), детьми раннего возраста оказалось 70,6% из них 35,4% составили младенцы. По данным эпидемиологического анамнеза у 77,9% больных предполагался водный путь инфицирования, контактно-бытовой - у 7,4% у

остальных анамнез был неинформативным. Частота стула у больных за сутки доходила до 10 раз в (51,4%), до 15 раз - у (17,4%), до 20 и более - у (30,9%), максимальное число дефекации 36 раз у 1-го ребенка. Примесь крови в стуле в среднем сохранялась до одной недели, а у младенцев до 6-ти месяцев до 2-х дней. У 3 детей до 3-х лет кишечный амебиоз протекал с диареей без патологических примесей. Лишь у 3 пациентов поступивших в стационар в поздние сроки от начала болезни, мы наблюдали стекловидную слизь пропитанную кровью «Малиновое желе». Данный симптом у взрослых встречается более часто - 16,2%. Легкая форма болезни констатирована у 7,4% детей, среднетяжелая у 61,7% детей, тяжелая - у 30,9%. Фульминантный амебиоз встречается у 5-10% больных и в 70% случаях заканчивается летально диагностирован у 3 детей до 3-х лет.

Выводы. Кишечный амебиоз часто встречается среди детей от 1-го до 3-х лет - 31 ребенок, по половым признакам чаще отмечается среди мальчиков 37-(54,4%). Частота стула в 51,4% случаях была до 10 раз и более за сутки. Водный путь инфицирования преобладал над контактно-бытовым и неинформативным на 77,9%.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛЕБСИЕЛЛЕЗНОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Музафарова М.Э., Носирова Ф.Т.

Кафедра детских инфекционных болезней

Таджикский государственный медицинский университет, г. Душанбе, Таджикистан

Научный руководитель: проф. Рахматов Н.А.

Цель исследования. Изучение клинических проявлений клебсиеллезной кишечной инфекции у детей раннего возраста, поступивших на стационарное лечение в детскую клиническую инфекционную больницу г. Душанбе.

Материалы и методы. Проведено изучение особенностей клинического течения клебсиеллезной кишечной инфекции у 32 детей раннего возраста, поступивших на стационарное лечение в детскую клиническую инфекционную больницу в течение сентября - ноября 2014 года.

Результаты и их обсуждение. Возрастная структура поступивших больных до 6-ти мес. 12,5%, до 9-ти мес. 25%, до 1-го года- 28,1%, от 12 мес. до 18 мес. 18,8% и от 18 до 24 мес. 15,6%.

Из числа обследованных больных мальчики составляли 53,1%, девочки - 46,9%. Среди обследованных больных 17 детей (53,2%) поступили в стационар в первые 3 дня начала заболевания, 6 (18,7%) детей поступили до 4- 5-го дня, 7 больных (21,8%) поступили позже 5-7 дня болезни, а 3 больных (9,4%) поступили на стационарное лечение позже 10-го дня болезни. Частота стула до 5 раз за сутки, отмечена у 12,5% больных, до 10 раз у 28,3% , до 10 раз и более у 59,2% детей. У 18,8% больных отмечен жидкий

стул с прожилками не переваренной пищи, а у 81,2% больных стул имел желто-зеленый цвет. Лабораторно при посеве испражнений на патогенную и условно-патогенную флору у больных высеяны клебсиеллы. В плане терапии все больные получали орально - регидратационные растворы по схеме, ферментные препараты, пре- и пробиотики и антибиотики. На фоне проведенной терапии нами наблюдалась положительная динамика в течение заболевания и основная масса больных были выписаны на 7-10 день пребывания в стационаре после получения повторного отрицательного бактериологического посева на клебсиеллезную инфекцию.

Выводы. Клебсиеллезная инфекция часто встречается среди детей первого года жизни - 65,6%, по половым признакам чаще отмечается среди мальчиков - 53,1%. Частота стула в 87,5% случаях была до 10 раз и более за сутки.

ДИРОФИЛЯРИОЗ У ДЕТЕЙ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Хаустова Е.С., Гандаев Р.В., Иванова Е.С.

Кафедра инфекционных болезней

Астраханский государственный медицинский университет, г. Астрахань

Научный руководитель: доц. Аракельян Р.С.

Проблема дирофиляриоза, вызываемого нематодами *Dirofilaria repens* и *Dirofilaria immitis*, изучена недостаточно и остается сложной в эпидемиологическом плане и в плане ранней диагностики. Отсутствие клинических признаков заболевания у животных, различный инкубационный период заболевания у человека, плохое знание данной проблемы медицинскими работниками - все это способствует поздней и некачественной постановке диагноза «Дирофиляриоз».

Цель исследования. Проанализировать ситуацию по дирофиляриозу у детей в Астраханской области.

Материалы и методы. Всего за период с 1951 по 2014 гг. было выявлено 76 больных дирофиляриозом, из них взрослых 66 человек (82,2%), дети возрастом от 4 до 17 лет 13 человек (17,8%).

Результаты и их обсуждение. В 2013 и 2014 гг. дирофиляриоз в регионе не регистрировался. В половом соотношении: мальчики - 5 (38,5%), девочки - 8 (61,5%). По возрасту заболеваемость распределялась следующим образом: 4 года - 3 случая (23%), 7, 8, 11 и 13 лет по 1 случаю (по 7,7%), 12, 14 и 17 лет - по 2 случая (по 15,4%). На долю городских жителей приходилось 7 человек (53,8%), на районы Астраханской области - 6 человек. (46,2%). Гельминт локализовался в области век в 30,8% случаев (4 чел.), волосистой части головы - 23% (3 чел.), грудной клетки в области щеки - в 15,4% (по 2 сл.), живота и плеча - в 7,7% (по 1 сл.). Выставлялись диагнозы: новообразования (атерома, липома, новообразование) - 7 случаев (53,9%), дирофиляриоз - 3 сл. (23%), паразитарная киста, токсикодермия и фурункулы - по 1 сл. (по 7,7%).

Вывод. Таким образом, целью данного сообщения является желание привлечь внимание специалистов к редкому гельминтозу - дирофиляриозу, который особенно часто стал встречаться практически во всех регионах России, особенно в ее южных районах.

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Калижан А.Ж.

Кафедра введения в клинику

Карагандинский государственный медицинский университет, г.Караганда, Казахстан

Научный руководитель: д.м.н. Кабиева С.М.

Цель исследования. Оценить физическое развития (ФР) и психологический статус у детей сахарным диабетом (СД) в зависимости от длительности заболевания.

Материалы и методы. Исследования проводилась на базе эндокринологического отделения в «Областной детской клинической больницы» с 2014-2015 гг. Для оценки ФР использовались индексы Кетле, Пинье. Оценка психологического состояния при помощи теста Люшера.

Результаты и их обсуждение. Анализ данных ФР по индексу Кетле позволил установить, что большинство детей (64%) имеют нормальное ФР, но они подразделяются на 2 категории: норма средненизкая - 44% и средневвысокая - 20%. Патологические нарушения в ФР выражались в виде недостаточной массы у 24% и избыточной массы - у 12% без значительных отклонений в зависимости от длительности заболевания.

По индексу Пинье - характеризующему тип телосложения человека установлено, что только 20% детей были нормостениками. В то время как, большинство детей оказались гипостениками - 72%. Максимальные изменения в ФР отмечены среди детей в ранние сроки заболевания: среди всех гипостеников впервые заболевшие составляли - 12%, страдающие СД в течение 1 года - 12%, 2х лет - 32%. В другие сроки болезни число гипостеников было единичным.

По тесту Люшера определены наиболее и наименее предпочитаемые цвета. Наиболее предпочитаемым был красный цвет, особенно у детей, болеющих в течение первых 3 лет (64%). Красный цвет отражает процессы возбуждения, снижения стрессоустойчивости. У детей длительно болеющих СД (более 3х лет) преобладал синий (12%) и зелёный цвет (12%), что отражает покой и терпение. В последние ранговое место занимал черный цвет (4%) - отсутствие депрессии.

Выводы.

1. Наряду с применением индекса Кетле при оценке ФР целесообразно использование индекса Пинье, как чувствительного индикатора гармоничности развития детей.

2. Психологическое состояние детей коррелирует с показателями ФР. Наибольшие изменения в состоянии здоровья детей наблюдаются в ранние периоды заболевания, то есть первые 3 года.

ОСОБЕННОСТИ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ОСТРОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ НА ФОНЕ РАХИТА У ДЕТЕЙ

Ибраева А.М., Усова Ю.Ю.

Кафедра детских болезней №1

Карагандинский государственный медицинский университет, г.Караганда, Казахстан

Научный руководитель: проф. Скосарев И.А.

Заболееваемость пневмоний за последние годы не только не уменьшается, а имеет тенденцию к росту. Патогенетические основы пневмонии сложны и зависят от ряда взаимодействующих факторов: возраста; региональных особенностей; состояния макроорганизма; сопутствующих заболеваний; вида, патогенности возбудителей.

Цель исследования. Определение региональных особенностей этиологической структуры возбудителей при пневмониях, на фоне рахита.

Материалы и методы. Проведен анализ показателей бактериологического исследования у 106 детей с пневмонией, находящихся на стационарном лечении в период с 2010-2014 гг. в возрасте от 0 до 3-х лет, из них 89 детей с внебольничной пневмонией, на фоне рахита. Контрольную группу составили дети с пневмонией без симптомов рахита. Группы сформированы по методу копии-пар. Проведена статистическая обработка.

Результаты и их обсуждение. Анализ данных у детей с пневмонией, на фоне рахита показал, что *S.pneumoniae* выявлялся в 44% случаев; *Staphylococcus aureus* 23%; *Haemophilus influenzae* определялась в 9%; *Mycoplasma pneumoniae* 12%; *Klebsiella pneumoniae* 3%; *Chlamidophila pneumoniae* 7%. При анализе показателей в этой группе в зависимости от возраста выявлено, что у детей до 1 года жизни преобладали *S.pneumoniae* (57%, 32%, соответственно), а у детей с 1 до 3-х лет; *Klebsiella pneumoniae* (0,7% и 2,3% соответственно). У детей с 1 до 3-х лет достаточно часто выявлялась *Mycoplasma pneumoniae*, при отсутствии достоверных отличий, с достаточно четкой тенденцией уменьшения в зависимости от возраста. В контрольной группе у детей выявлено, что *S.pneumoniae* выявлялся в 78% случаев; *Staphylococcus aureus* 7%; *Haemophilus influenzae* определялась в 1,2%; *Mycoplasma pneumoniae* 3%; *Klebsiella pneumoniae* 1%; *Chlamidophila pneumoniae* 3,2%. В зависимости от возраста достаточно четких различий выявлено не было, за исключением достоверного увеличения регистрации *Staphylococcus aureus* у детей в возрастной группе от 1 до 3-х лет.

Выводы. Выявленные особенности в этиологической структуре пневмонии могут определять подход, на ранних этапах, к эмпирической антибактериальной терапии.

Медико-профилактический блок

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ПРОФИЛАКТИКА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ (НА ПРИМЕРЕ РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ)

Максаев Д.А.

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения, организации сестринского дела с курсом социальной гигиены и организации здравоохранения ФДПО
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научный руководитель: доц. Афолина Н.А.

Среди социально-значимых заболеваний злокачественные новообразования занимают одно из ведущих мест. Это обусловлено устойчивым ростом заболеваемости и смертности от них, растущей, в связи с этим, частотой инвалидизации населения, значительными экономическими потерями, в связи с высокой стоимостью лечения, профилактических и реабилитационных мероприятий.

Сегодня на территории РФ сохраняется высокий уровень смертности от онкологических заболеваний среди населения. Именно этим фактом обусловлено пристальное внимание к онкологическим заболеваниям. Они являются основным классом болезней в структуре причин смертности населения, уступая только болезням системы кровообращения.

Рязанская область имеет достаточно высокий уровень урбанизации, занимает благоприятное географическое положение, что позволяет развиваться отраслям экономики, в том числе и промышленному производству. Региону присущи специфические особенности демографического, медико-социального и антропогенного характера, которые предполагают наличие онкологического контингента как на территории региона в целом, так и в административно-промышленных центрах.

Рязанская область в течение многих лет входит в число территорий Центрального Федерального округа Российской Федерации с самыми высокими показателями заболеваемости злокачественными новообразованиями.

Цель исследования. Изучение основных тенденций, характеризующих заболеваемость злокачественными новообразованиями населения Рязанской области за 2009-2013 гг.

Результаты и их обсуждение. Проведенные статистические исследования позволили установить частоту распространения злокачественных новообразований на территории Рязанской области.

В 2009 году показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями населения Рязанской области составил 434,35 на 100 тыс., в 2013 составил 472,6 на 100 тыс. По сравнению с 2009 годом отмечается умеренная тенденция к росту числа случаев злокачественных новообразований, при среднегодовом темпе роста 1,02% (прирост 0,02).

Показатель смертности злокачественными новообразованиями населе-

ния Рязанской области в 2009 г. составил 249,01 на 100 тыс., в 2013 - 248,61 на 100 тыс. По сравнению с 2009 годом отмечается умеренная тенденция к росту показателя смертности от злокачественных новообразований, при среднегодовом темпе роста 1,00% (прирост 0,00).

Основными локализациями в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями мужского населения Рязанской области являются новообразования трахеи, бронхов, легких, желудка, кожи. Далее, в убывающей последовательности, располагаются новообразования предстательной железы, мочевого пузыря, полости рта и глотки, ободочной и прямой кишки. Злокачественные опухоли молочной железы являются ведущей патологией у женщин. Значителен удельный вес злокачественных опухолей кожи, желудка, тела матки, ободочной и прямой кишки, шейки матки и яичников.

Первичная профилактика направлена на выявление и устранение или ослабление влияния неблагоприятных факторов окружающей среды на процесс возникновения злокачественной опухоли. Прежде всего, это полное устранение или минимизация контакта с канцерогенами. Вторичная профилактика направлена на выявление и устранение предраковых заболеваний и выявление злокачественных опухолей на ранних стадиях процесса. Третичная профилактика заключается в предупреждении рецидивов и метастазов у онкологических больных, а также новых случаев злокачественных опухолей у излеченных пациентов.

Вывод. Таким образом, в Рязанской области в 2013 г., по сравнению с 2009 г. отмечается умеренная тенденция к росту числа случаев злокачественных новообразований.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Морчев К.О.

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения, организации сестринского дела с курсом социальной гигиены и организации здравоохранения ФДПО
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научный руководитель: асс. Парамонова В.А.

Во время Великой Отечественной войны медицинское обслуживание детей было сложной задачей. Многие медицинские работники в первый же год войны были призваны в армию. К концу 1941 года в стране насчитывалось 19000 детских врачей, 850 сельских районных центров не имели ни одного детского врача - специалиста. Около 70% всех детских врачей работали в республиканских и областных центрах.

В сложные годы войны большое значение придавалось спасению детей: профилактическим и противоэпидемическим мероприятиям, организации и работе лечебно-профилактических учреждений и ясельной сети. Эти учреждения работали в новом режиме в связи с привлечением огромного

числа женщин в промышленность. Большие трудности представляло обслуживание детского населения в условиях эвакуации.

Особые трудности представляла эвакуация детей из блокадного Ленинграда. Эшелоны шли через Финляндский вокзал по железной дороге, а затем детей доставляли по “дороге жизни” через Ладожское озеро. На пути следования были организованы медицинские пункты, стационары на 7-12 коек и изоляторы.

Важную роль в оздоровлении детей на селе сыграли межколхозные санатории. Первый такой санаторий был создан в Вологодской области, затем подобное учреждение открыто в Курганской и других областях.

Выводы. В результате напряженного труда медицинских работников в тяжелые года войны не было больших вспышек инфекционных заболеваний среди детей. Повышение детской смертности наблюдалось в первый период войны, а затем она начала медленно снижаться.

ХИРУРГИЯ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Кузнецов А.А.

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения, организации сестринского дела с курсом социальной гигиены и организации здравоохранения ФДПО
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научный руководитель: асс. Парамонова В.А.

Достижения медицины и здравоохранения нашей страны в годы Великой Отечественной войны являются одной из самых славных страниц нашей истории и непреходящей ценностью для следующих поколений.

К концу войны более 116 тыс. человек личного состава военно-медицинской службы и 30 тыс. тружеников гражданского здравоохранения были награждены орденами и медалями. 42 медицинских работника удостоены звания Героя Советского Союза.

Чтобы сохранить здоровье раненых, быстрее вернуть их в строй, требовалась четкая организация работы всех военных медиков - рациональное расположение госпиталей и медсанбатов, правильный выбор путей эвакуации, применение обоснованных методов лечения.

Опыт, который накапливали военные медики в сражениях первого года войны, помог детальной разработке единой военно-полевой медицинской доктрины, претворению в жизнь предусмотренных ею принципов единства, последовательности, преемственности лечебных и эвакуационных мероприятий, основанных на общей теории боевой патологии или хотя бы на единых взглядах на возникновение, течение и лечение боевых поражений и заболеваний: все огнестрельные раны являются первично-инфицированными; единственно надежным методом борьбы с инфекцией огнестрельных ран является первичная обработка ран; большая часть раненых нуждается в ранней хирургической обработке; раненые, подвергнутые в

первые часы ранения хирургической обработке, дают наилучший прогноз.

Вывод. Неоценим вклад советских медиков в дело Победы. Небывалый по своим масштабам повседневный массовый героизм, беззаветная преданность Родине, лучшие человеческие и профессиональные качества были проявлены ими в дни суровых испытаний.

СПИД - КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Морина Н.А.

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
Первый Московский государственный медицинский университет, г. Москва
Научный руководитель: д.м.н. Эккерт Н.В.

В мире в настоящее время проживает около 7 миллиардов человек, из которых по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) на 2013 г. приблизительно 35 миллионов живут с ВИЧ/СПИД, из них 3.2 миллиона дети. 1.5 миллиона человек в этом же году умерло от СПИД-ассоциированных заболеваний. Общее число зарегистрированных россиян, инфицированных ВИЧ, к 31 декабря 2013 г. составило 800 531 человек. По данным 2012 г. СПИД является одной из 10 ведущих причин смерти и занимает 8 место в структуре причин смертности населения. При этом в странах с низким уровнем дохода он занимает 2 место среди причин смерти.

Во всем мире на 2013 год из 35 000000 людей больных ВИЧ/СПИД антиретровирусную терапию получило около 9 700 000 людей. Это приблизительно 28% от общего числа больных. С одной стороны, антиретровирусная терапия (АРВТ) - дорогостоящая терапия и с учетом стоимости антиретровирусной терапии, проведение мероприятий по лечению ВИЧ-инфицированных больных увеличивает нагрузку на госбюджет. Происходит отвлечение средств из госбюджета на проведение лечения, что сокращает объем финансовых ресурсов, которые правительство могло бы выделить по другим статьям финансирования: на оборону, образование, пенсионное обеспечение и т.д. С другой стороны, благодаря антиретровирусной терапии сокращается срок госпитализации, уменьшается число смертей в среде ВИЧ-инфицированных лиц и отмечается увеличение продолжительности их жизни. По сравнению с 2005 годом смертность от СПИД - ассоциированных заболеваний в 2013 году сократилась на 30% на фоне антиретровирусной терапии. ВИЧ-инфицированные люди продолжают участвовать в производственной деятельности и вносить свой вклад в экономический рост.

Несмотря на положительную динамику, которую мы наблюдаем на фоне применения АРВТ, данное заболевание продолжает оставаться актуальной медико-социальной проблемой. В разных странах основные факторы риска заражения ВИЧ сильно отличаются. В России в 1987-1995 гг. основными факторами риска заражения были гомосексуальный и гетеросексуальные

контакты, с 1996 года ситуация резко изменилась. Двумя основными факторами стали: парентеральный контакт при употреблении наркотиков и гетеросексуальный контакт. И если количество людей, зараженных посредством парентерального контакта при употреблении наркотиков, по сравнению с 2007 годом снизилось на 6%, то количество людей, зараженных посредством гетеросексуальных контактов, по сравнению с тем же годом увеличилось почти на 8%. Этот факт имеет большое значение, потому что первыми жертвами ВИЧ/СПИД инфекции становятся люди молодого возраста (т.е. мужчины и женщины репродуктивного возраста). В результате этого происходит сокращение численности населения, уменьшение количества людей трудоспособного возраста, увеличение нагрузки на системы социального обеспечения и увеличение численности ВИЧ-инфицированных (за счет рождения у таких пар ВИЧ-инфицированных детей).

В результате болезней, связанных как непосредственно с ВИЧ-инфекцией, так и со вторичными заболеваниями (ОРЗ, фарингиты и др.), увеличивается количество дней нетрудоспособности. Происходит некоторое снижение работоспособности вследствие таких факторов, как эмоциональная подавленность и беспокойство, необходимость специального ухода на дому и др.

Без расширения масштабов деятельности, эпидемия СПИДа и дальше будет опережать ответные меры, повышая долгосрочные потребности в лечении ВИЧ и будущие расходы. По мнению Объединенной программы Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), необходимо применить комплексный подход, предусматривающий расширение проводимых мероприятий в течение последующих пяти лет, что позволит покончить с глобальной эпидемией СПИДа к 2030 г. Данный подход включает в себя увеличение больных, получающих антиретровирусную терапию, и сокращение числа вновь заболевших. Для достижения этих целей необходимы большие экономические затраты. В 2020 г. странам с низким уровнем доходов потребуется самый большой объем финансирования на проведение различных мероприятий, направленных на лечение и профилактику ВИЧ/СПИД в размере 9,7 миллиарда долларов США, а странам с уровнем доходов ниже среднего - 8,7 миллиарда долларов США. Потребуется международная финансовая помощь для пополнения внутренних инвестиций, в частности, странам с низким уровнем доходов, которые в настоящее время финансируют лишь около 10% своих мероприятий, направленных на лечение и профилактику ВИЧ/СПИД, за счет внутренних источников. В 2020 г. странам с уровнем доходов выше среднего на аналогичные мероприятия потребуется 17,2 миллиарда долларов США. В 2013 г. 80% стран с уровнем доходов выше среднего финансировали свои меры в ответ на ВИЧ за счет внутренних источников. Если будут обеспечены достаточные инвестиции, глобальная потребность в различных ресурсах, необходимых для борьбы с ВИЧ/СПИД, начнет снижаться с 2020 г.

Прогнозируют, что к 2030 г. ежегодная потребность в финансовых ресурсах, необходимых для всех стран с низким и средним уровнем доходов, снизится до 32,8 миллиарда долларов США, или на 8% по сравнению с объемом ресурсов, которые потребуются в 2020 г. Достижение такого объема ресурсов в 2020 г. позволит увеличить число больных ВИЧ/СПИД, получающих антиретровирусное лечение, в два раза по сравнению с 2015 г. Как указано в новом докладе ЮНЭЙДС «Ускорение: прекращение эпидемии СПИДа к 2030 г.», применение подхода, предусматривающего ускорение мер, позволит предупредить возникновение примерно 28 миллионов новых случаев ВИЧ-инфекций и 21 миллион смертей населения в связи со СПИДом к 2030 г.

ДОБРОВОЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ: ПРОБЛЕМЫ ИНФОРМИРОВАННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ И ДОСТУПНОСТИ ИНДИВИДУАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ

Бадрутдинова Л.Р.

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
Первый Московский государственный медицинский университет, г. Москва
Научный руководитель: проф. Манерова О.А.

Цель исследования. Определение потребности добровольного медицинского страхования (ДМС) у населения, сегментирование рынка и оценка доступности индивидуального страхования для населения.

Применялись исторический социологический, логический, прогнозирующий и статистический методы исследования.

Результаты и их обсуждение. В современном мире социальное страхование выступает как важнейшее средство обеспечения прав каждого на социальную защиту. Участие в системе обязательного медицинского страхования означает возможность получения доступа к такому жизненно важному для каждого и дорогостоящему благу, как медицинская помощь в рамках национальной системы здравоохранения. Задача государства в данной области сводится к заботе о здоровье населения. Страхование здоровья - один из механизмов решения данной задачи, оно реализуется посредством ОМС и ДМС, с одной стороны. С другой стороны сложившаяся структура организации требует определения и уточнения дальнейших направлений развития в данной области.

Было изучено 60 мнений медицинских работников, опрашиваемых по услугам ДМС. Было выявлено, что сегодня в ДМС есть свои преимущества и недостатки. Потребность в добровольном медицинском страховании напрямую зависит от того, в какой части риск заболевания покрывается обязательными системами медицинского страхования. Чем уже спектр гарантий по ОМС, тем выше спрос на ДМС и наоборот. Спрос на ДМС определяется во многих случаях желанием получить гарантию не только на ле-

чение, но и высоким уровнем обслуживания в медицинской организации.

Выводы. Структурная политика на рынке страховых услуг в настоящий период идет по пути поиска оптимального соотношения пропорций ДМС и ОМС. Сегодня спектр предоставляемых услуг по ДМС незначительно превышает ОМС.

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ПЕРСОНАЛА МОСКОВСКОЙ ГОРОДСКОЙ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ БОЛЬНИЦЫ №3 О РАБОТЕ В УСЛОВИЯХ ОДНОКАНАЛЬНОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ

Минаева О.В., Бунова А.Н.

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Первый Московский государственный медицинский университет, г.Москва

Научный руководитель: доц. Ситникова О.Ю.

2014-2015гг. - завершающий период подготовки противотуберкулезной службы к изменению системы финансирования. С 1 января 2016г. противотуберкулезная служба переходит на ОМС. Информированность участников и исполнителей, адекватность осознания поставленных задач - залог успеха реализации реформ.

Цель исследования. Разработка мероприятий повышения информированности персонала МГТБ №3 о работе в ОМС.

Материалы и методы. МГТБ № 3 - крупнейшая больница в РФ, обеспечивающая оказание спецмедпомощи больным туберкулезом. Разработана анкета из 12 вопросов, и в феврале 2014г. проведен опрос 39 врачей (39%) и 61 медсестры (61%) МГТБ №3.

Результаты и их обсуждение. Распределение респондентов: по полу - врачи - 44% мужчины, 56% женщины; медсестер соответственно - 5% и 95%. По возрасту: врачи - до 30 лет 10%; 31-40 лет 15%; 41-50 лет 28%; старше 51 года 47%; м/с-до 30 лет 2%, 31-40 лет 25%; 41-50 лет 30%; старше 51 года 43%. Частота сообщивших о своей осведомленности в вопросе, что такое одноканальное финансирование: врачи 54%, медсестры 20%.

Среди «знающих» частота правильного определения одноканального финансирования оказалась недостаточной: среди врачей 29%; среди медсестер 42%. Известно о переходе на ОМС 44% врачей и 10% медсестер.

Единодушное сомнение респондентов о возможности работы фтизиатрической службы в ОМС и готовности к переходу.

В вопросе о преимуществах работы в ОМС 69% врачей и 58% медсестер указали отсутствие таковых. Назвали недостатки: увеличение нагрузки по ведению медицинской документации - 46% врачей, 64% медсестер; неоплата лечения сопутствующих заболеваний - 44% врачей, 43% медсестер; проблемы лечения больных без полиса ОМС - 59% врачей, 33% медсестер; отсутствие стандартов лечения сопутствующих заболеваний и необходимости приглашения консультантов - 46% врачей, 29% медсестер.

Предложены меры: 62% врачей - отдельная разработка стандартов, 46% медсестер - определение критериев качества оказания медпомощи.

Выводы. Негативный настрой к ОМС из-за не полной информированности. Информированность врачей выше, чем медсестер. Предложения: организовать повышение информированности, пригласив специалистов по ОМС.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОДЕРЖАНИЯ ФТОРА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ РЕСПУБЛИКИ МОРДОВИЯ

Коблова О.В., Чернова Н.Н.

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения
и фармации с курсом гигиены

Медицинский институт Мордовского государственного университета, г. Саранск
Научный руководитель: проф. Блинов Д.С.

Здоровье человека имеет непосредственную связь с качеством и количеством, а также режимом используемых вод. Среди факторов, обуславливающих высокую распространенность флюороза и кариеса зубов, немаловажную роль имеют биогеохимические особенности территории. Республика Мордовия является регионом с природно-обусловленным избытком фтора в питьевой воде на большей части ее территории, что способствует повышению заболеваемости специфической патологией.

Цель исследования. Анализ заболеваемости флюорозом и кариесом населения Республики Мордовия, обусловленной избыточным и недостаточным содержанием фтора в питьевой воде.

Материалы и методы. Было проведено исследование питьевой воды из подземных водоисточников (артезианских скважин), потребляемой населением Республики Мордовия, на количественное содержание в ней микроэлементов, в частности, фторидов.

Результаты и их обсуждение. 1/3 населения г.о. Саранск потребляет воду, содержащую 1,6-2,0 мг/л фтора, поселка Торбеево и Инсар - 4,8-5,0 мг/л. Известно, что повышенные концентрации этого элемента вызывают флюороз зубов. Данное заболевание выявлено у 11,9+2,6 % обследованных, причем все поражения соответствуют только I степени.

Однако на территории Мордовии встречаются и местности, где содержание солей фтора колеблется в пределах от 0 до 0,01 мг/л, в результате чего отмечается высокая поражаемость кариесом зубов, характеризующаяся множественностью поражения (72,45 + 1,91 %) и острым течением.

Под воздействием повышенного содержания фтора в питьевой воде находится 550 тыс. человек или 80% населения (численность населения РМ на 2014 год - 810 811 человек). В этой связи с целью снижения содержания фтора в подаваемой населению воде ведется строительство водозаборного узла с содержанием фтора 0,3-0,7 мг/л, что позволит при смешен-

нии обеспечить его нормативное содержание в воде. Кроме того, в районах РМ ведутся работы по освоению новых месторождений артезианских скважин, качество которых отвечает гигиеническим нормативам по содержанию в них микроэлементов.

Выводы. Таким образом, флюороз и кариес являются краевой патологией, характерной для Республики Мордовия.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА ИЖЕВСКА ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Семенова А.Р., Царенко О.Е.

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск

Научный руководитель: проф. Попова Н.М.

Цель исследования: Изучение заболеваемости ОРВИ среди детского населения города Ижевска за январь - февраль 2014 и 2015 гг.

Материалы и методы. В ходе данного исследования было проанализировано 302 амбулаторные карты больных, обратившихся в поликлиники БУЗ УР «ДГП №9 МЗ УР» и БУЗ УР «ДГКП №2 МЗ УР» г. Ижевска за период с января по февраль 2014-15гг. по поводу ОРВИ. Для определения распространенности ОРВИ у детей до 14 лет за 2014 и 2015 гг. по Удмуртской Республике был использован Государственный доклад Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по УР «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2014 г.».

Результаты и их обсуждение. Из проработанных 302 карт амбулаторного больного всего за два года заболело ОРВИ 162 человека. При сравнении показателей за два года заболеваемость ОРВИ у детей за январь-февраль 2014 г. составила 10,49%, а за аналогичный период 2015 г. - 89,51% что указывает на рост в 2,6 раз. Количество заболевших детей за 2015 г. составило 145 человек. Из них: на возраст от 3 до 6 мес. приходится 4,83%, 7-12 мес-2,76%, 1-3 лет-11,72%, 4-5 лет-16,60%, 6-7 лет-32,41%, 8-10 лет-6,21%, 11-16 лет-25,52%. Наибольшая заболеваемость среди детей наблюдается в возрасте от 6-7 лет (32,41%). Частота заболеваемости по детским возрастным периодам: грудной (от 3 нед. - 1 года) - 7,59%, дошкольный (1 года - 3 лет) - 11,72%, дошкольный (4-5 лет) - 16,60%, школьный (6-16 лет) - 64,13%. Заболеваемость в организованных коллективах выше в 4,17 раз. Повторная обращаемость пациентов в поликлинику по данному заболеванию составила: в 2014 г. - 40%, а в 2015 г. - 60%.

Выводы. В Удмуртской Республике резко возросла заболеваемость ОРВИ: у детей за январь-февраль 2015 г. - в 2,6 раз по сравнению с аналогичным периодом предыдущего года. Самая неблагоприятная ситуация отмечается в категории среди детей в возрасте от 6 до 16 лет, где уровень

заболеваемости составил 64,13% .

ОЖИРЕНИЕ И ИЗБЫТОЧНАЯ МАССА ТЕЛА КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Мухаметбек Б.М.

Кафедра общественного здравоохранения №1
АО «Медицинский университет Астана», Казахстан

Научные руководители: проф. Карп Л.Л., ст. преп. Байгулова Г.Б.

Цель исследования. Выявить особенности распространения избыточной массы тела и ожирения среди населения. Изучить осведомленность населения о причинах и последствиях ожирения по полу и возрастным группам. Объяснить респондентам о медико-социальной значимости ожирения.

Материалы и методы. Материалом исследования является социологический метод изучения мнения: анкетирования среди школьников, студентов и взрослого работающего населения. Методы исследования: социологический, статистический анализ. Вычисление достоверности результатов по критерию Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. Нами проведено исследование по изучению мнений населения о наличии избыточной массы тела и о причинах ожирения. Всего было опрошено 302 человека. Из них 133 студента, 74 человека взрослого населения и 95 школьников.

Большинство респондентов женского пола считают, что имеют избыточную массу тела: 69,9 % девушек-студентов, 59,2% девочек-школьников, 63,4 % взрослых женщин. Достоверность интервалов составляет 95%. Основные причины ожирения 58,7% школьников-мальчиков и 68,3% женщин взрослого населения связывают с проблемой избыточной массы тела в семье, 70,9% студентов-девушек, 61,2% девушек-школьников, 65,9% женщин - с культом питания в доме. 49 студентов и 34 школьников из 100 опрошенных считают, что избыточная еда является причиной ожирения, 55 студентов и 32 взрослых - не соблюдение режима питания, 30 студентов - психические переживания, 51 школьник - отсутствие физической нагрузки, 38 взрослого населения - эндокринные заболевания. 51,2% женщин взрослого населения решают проблему с лишним весом разными способами.

Выводы. 63,3% девочки и 43,5% мальчики школьники не знают о последствиях ожирения. У 51,2% женщин, 87,9% мужчин взрослого населения малоподвижная работа. 31,0% студентов, 48,9% школьников, 53,6% женщин причиной ожирения считают стрессы и переживания.

ПРОБЛЕМЫ БЕЗОПАСНОСТИ НАНОЧАСТИЦ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА

Смирнова М.Ю.

Кафедра профильных гигиенических дисциплин с курсом гигиены,
эпидемиологии и организации госсанэпидслужбы ФДПО

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научные руководители: проф. Кирюшин В.А., доц. Моталова Т.В.

Наночастицы - это частицы, имеющие маленький размер, не имеющие заряда, свободно проникающие через клеточные барьеры, при этом не обнаруживаемые естественными клеточными защитниками. Их размер колеблется в пределах от 1 до 100 нм.

Наночастицы могут проникать в организм работников через органы дыхания, а также желудочно-кишечный тракт при заглатывании. Предполагаются также такие пути поступления как трансдермальный и интраназальный через ольфакторный тракт напрямую в центральную нервную систему.

Токсичность наночастиц зависит от ряда факторов, среди которых наиболее важными являются размер частиц, кристаллическая структура, свойства поверхности, а также химическая структура.

Гигиенические нормативы содержания наночастиц в воздухе рабочей зоны отсутствуют, и ПДК, разработанные для частиц того же химического состава, но больших размеров, не могут применяться.

В настоящее время изучили влияние на состояние здоровья людей наиболее распространенных видов техногенных наночастиц:

- нанотрубок и фуллеренов (в легочной ткани - вызывают воспаление и оксидативный стресс, приводят к развитию фиброза и гранулем; в культуре кератиноцитов человека стимулируют перекисное окисление липидов, снижают содержание витамина Е и общий антиоксидантный потенциал, увеличивают выработку воспалительных маркеров – интерлейкина -6 и -8);

- металлических наночастиц (вызывают морфологические изменения нейронов; воспаление легочной ткани с утолщением межальвеолярных перегородок; поражения печени; цитотоксический эффект);

- квантовых точек (в культурах клеток показали выраженную цитотоксичность).

Для уменьшения риска здоровью работников, подвергающихся воздействию наночастиц, необходимо решение многих задач: применение единых подходов к дозной оценке, разработка удобных приборов для характеристики экспозиций (концентрация, размеры, поверхностная площадь и т.д.), изучение механизмов токсичности и идентификация критических органов.

Е. А. ШАПОШНИКОВ. СО СТУДЕНЧЕСКОЙ СКАМЬИ - НА ФРОНТ
Усов Е.Н., Фатеева С.Н.

Кафедра профильных гигиенических дисциплин с курсом гигиены,
эпидемиологии и организации госсанэпидслужбы ФДПО
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научный руководитель: проф. Кирюшин В.А., д.м.н. Стунеева Г.И.

Шапошников Евгений Андреевич - кандидат медицинских наук, доцент, гигиенист, известный российский специалист в области гигиены детей и подростков. Родился в 1923 году в г. Краснодар. Окончив среднюю школу в 1941 г., Евгений Андреевич поступил в Кубанский медицинский институт на факультет лечебного профиля. Со студенческой скамьи в феврале 1944г. был призван в ряды Красной Армии на 1-й Белорусский фронт. На фронте до окончания войны был командиром радиоотделения истребительно-противотанкового полка. В период Великой Отечественной Войны награжден медалями «За отвагу», «За освобождение Варшавы», «За победу над Германией», орденами Красной звезды, Отечественной войны. Также в военном билете Евгения Андреевича имеются благодарности Верховного Главнокомандующего: за прорыв обороны противника в районе г. Рехау и взятие города Бельгард, р-на Графенберг; за прорыв обороны противника восточнее Штаргард и выход к Балтийскому морю в р-не Кольберг; за взятие городов Ратенов, Шпандау, Потсдам; за полное окружение города Берлина.

После окончания войны Е.А. Шапошников вернулся в институт, который закончил в 1948 году. В 1949-1964 гг. работал ассистентом на кафедре гигиены сначала Кубанского, затем - Тернопольского медицинского института. В 1962 г. защитил кандидатскую диссертацию на тему «К вопросу о причинах сезонных колебаний заболеваемости ангиной, гриппом и катарми верхних дыхательных путей с учетом метеорологических факторов».

С 1964 по 1966 гг. - доцент кафедры общей гигиены Рязанского государственного медицинского института имени академика И.П. Павлова. С организацией в институте санитарно-гигиенического факультета Е.А. Шапошников возглавил самостоятельный курс по гигиене детей и подростков. В период работы (до 1991 г.) научные работы Евгения Андреевича посвящены изучению и формированию статистических законов физического развития детей в различных регионах. Им были выявлены объективные, постоянные нормы соматического развития детей, замещающие непостоянные, условные стандарты физического развития.

Шапошников Евгений Андреевич работал в Рязанском медицинском институте в течение 30 лет. Автор более 100 научных публикаций по гигиене детей и подростков. Работы Е.А. Шапошникова широко известны в научных кругах специалистов по возрастной морфологии, педиатрии, гигиене детей и подростков. Евгений Андреевич Шапошников прожил долгую и счастливую жизнь, наполненную важными событиями Великой Отече-

ственной Войны, а также личными достижениями в научной деятельности и навсегда заслужил должное внимание и уважение.

УЧЕБНАЯ НАГРУЗКА КАК ФАКТОР РИСКА ЗДОРОВЬЮ ШКОЛЬНИКОВ

Сироткина Д.С., Ворошилин С.В.

Кафедра профильных гигиенических дисциплин с курсом гигиены,
эпидемиологии и организации госсанэпидслужбы ФДПО

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: д.м.н. Стунеева Г.И.

Широкое распространение имеют новации, связанные с переходом на пятидневную учебную неделю, с созданием отдельных классов различного профиля или выбором общего уклона всей школы.

Цель исследования. Изучение учебной нагрузки учащихся общеобразовательных и гимназических классов. При оценке ежедневной учебной нагрузки учащихся с 1 по 11 классы в 198 общеобразовательных и 55 гимназических классах проводился сравнительный анализ и сопоставление полученных данных с гигиеническими рекомендациями.

При анализе недельных расписаний уроков получены следующие данные: ежедневная нагрузка во всех типах учебных заведений возрастала с увеличением возраста школьников, но в общеобразовательных классах с 1 по 5 класс происходил постепенный рост, а в гимназических, несмотря на то, что с самого начала учебы количество ежедневных уроков было больше, с 4 класса учебная нагрузка возрастала в еще большей степени, чем в «обычных» классах.

Ежедневная учебная нагрузка, выраженная суммой уроков с учетом степени их трудности в баллах в гимназических классах в течение всего периода учебы выше (разница статистически достоверна, начиная с 3 класса).

Учебная нагрузка учащихся в течение недели в 1 и 2 классах была почти одинаковой при различных формах обучения, но, начиная с 3 класса, становилась выше в гимназических классах, а с 4 класса резко возрастала с 201 балла до 250. В последующем учебная нагрузка в учебных заведениях этого типа нарастала постепенно от класса к классу с максимальной в 11 классе. В общеобразовательных школах также учебная нагрузка увеличивалась постепенно, за исключением 5 классов, где нагрузка по сравнению с 4 классом возросла на 40 баллов.

Можно сделать вывод о том, что использование пятидневной продолжительности недели при углубленном изучении предметов приводит к существенному увеличению учебной нагрузки, превышающей в данном случае показатели гигиенических рекомендаций, и не соответствует СанПиН 2.4.2.2821-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения в общеобразовательных учреждениях».

АНАЛИЗ РАСПИСАНИЯ И УЧЕБНОЙ НАГРУЗКИ ШКОЛЬНИКОВ

Сироткина Д.С., Андреева Е.М., Белоусова А.А.

Кафедра профильных гигиенических дисциплин с курсом гигиены,
эпидемиологии и организации госсанэпидслужбы ФДПО

Научный руководитель: д.м.н. Стунеева Г.И.

Исследования гигиенистов свидетельствуют о том, что учебная деятельность детей не адаптирована к особенностям развития и состоянию здоровья современных школьников, а инновационные педагогические технологии, обеспечивая высокую мотивацию к обучению, ухудшают здоровье детей.

Наиболее неблагоприятными показателями являются: переход на пятидневную учебную неделю, создание отдельных классов различного профиля, создание новых типов образовательных учреждений. Эти новации не обеспечены в медико-педагогическом плане, определяющем содержание, объем и методику преподавания учебного материала.

Цель исследования. Оценка учебной нагрузки в 6-8 классах общеобразовательных школ, анализ расписания уроков с учетом степени трудности предметов.

При анализе организации учебного процесса в школах установлено: в течение учебной недели нагрузка у шестиклассников изменялась в соответствии с изменением работоспособности с повышением во вторник, среду и четверг. Ежедневная нагрузка составляла 37,3 0,9 балла. В седьмых и восьмых классах расписание было нерациональным, общее количество уроков в неделю превышало гигиенические рекомендации, не учитывалась степень трудности изучаемых предметов. Ежедневная учебная нагрузка 40,8 1,0 и 46 1,3 баллов.

Выводы.

1. Расписание уроков в 6-8 классах составлено без учета динамики работоспособности учащихся.
2. Учебная нагрузка превышает гигиенические нормативы (СанПиН 2.4.2.2821-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям организации обучения в общеобразовательных учреждениях»).

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА НЕЦЕНТРАЛИЗОВАННОГО ВОДОСНАБЖЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ МОРДОВИЯ

Морозова С.В.

Кафедра профильных гигиенических дисциплин с курсом гигиены,
эпидемиологии и организации госсанэпидслужбы ФДПО

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: ст. преп. Карасева Н.И.

Снабжение населения доброкачественной питьевой водой является важнейшим фактором жизнеобеспечения и здоровья населения. Однако, в силу объективных причин в ряде населенных пунктов, особенно сельских, сложив-

лась напряженная ситуация с хозяйственно-питьевым водоснабжением. Нередко причиной этого является использование нецентрализованного водоснабжения, гарантирующего безопасность населения в меньшей степени.

Была проведена гигиеническая оценка состояния нецентрализованного водоснабжения Республики Мордовия за 2010-2014 гг. Проанализировано санитарно-гигиеническое состояние каптажей родников и качество питьевой воды по результатам лабораторных исследований 80 проб. Обработано 2160 органолептических, химических и микробиологических показателей. Эксплуатация каптажей родников осуществляется администрацией муниципальных районов или местным населением. Последнее противоречит СанПиН 2.1.4.1075-02 «Требования к качеству воды нецентрализованного водоснабжения. Санитарная охрана источников». Санитарно-гигиеническое состояние каптажей родников в основном удовлетворительное.

Проведенная оценка результатов лабораторных исследований показала, что вода из 12 родников безвредна по органолептическим, химическим, микробиологическим показателям, но не оптимальна по содержанию биогенных элементов фторидов и йода, что может оказать негативное влияние на здоровье потребителей. В воде из родников Никольский и Спасский Большеигнатовского района обнаружено превышение ПДК бора в 1,5 -2,5 раза. Содержание нитратов выше нормы в роднике Ильинском Рузаевского района. В питьевой воде родника Серафима Саровского и Николая Угодника в с. Пайгарма показатели железа и мутности воды не отвечают нормативам. Анализ питьевой воды по микробиологическим показателям выявил превышение общих колиформных бактерий в пробе из родника в с. Перхляй Рузаевского района, что позволяет признать факт ее эпидемической опасности.

Для населения даны рекомендации: ежедневное употребление воды не рекомендуется; для уменьшения содержания железа необходимо проводить предварительное ее фильтрование или отстаивание; недостаток йода следует компенсировать путем применения йодированных пищевых продуктов и напитков, а фтора - использованием фторсодержащих средств гигиены полости рта; источники водоснабжения с повышенным содержанием бора подлежат закрытию.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СТРУКТУРЫ ПИТАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Владимирова К.М.

Кафедра профильных гигиенических дисциплин с курсом гигиены,
эпидемиологии и организации госсанэпидслужбы ФДПО

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: доц. Пешкова Г.П.

Питание является одним из важных факторов, определяющих здоровье населения. Правильное, сбалансированное питание обеспечивает профи-

лактику заболеваний, приводящих к инвалидизации и смертности: сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний, болезней системы пищеварения, обмена веществ и других.

Цель исследования. Изучение структуры располагаемых и потребительских расходов населения и структуры питания в зависимости от места проживания и состава домохозяйств.

Данные бюджетного обследования показали, что 18,3% домохозяйств имели среднедушевые располагаемые ресурсы ниже величины прожиточного минимума, в том числе более 2,6% домохозяйств пребывало в крайней бедности, то есть уровень их среднедушевого располагаемого ресурса был ниже прожиточного минимума в 2 и более раз.

В структуре потребительских расходов происходило снижение доли расходов на группу продуктов питания. Расходы на покупку продуктов питания увеличились на 19,9%. Наиболее затратными статьями в структуре расходов на питание являлись расходы на мясо и мясопродукты (в среднем 36% в городской местности; 37% - сельской), хлеб и хлебобудничные продукты (13% и 17%), молоко и молочные продукты (15% и 13%).

Расходы домохозяйств в городской местности растут в связи с покупкой таких продуктов, как: картофель, овощи, фрукты и ягоды, мясо, молоко и молочные продукты.

В сельской местности расходы растут с покупкой хлеба, мяса, молока, рыбы, масла растительного, чая, кофе, безалкогольных напитков и т.д. В сельской местности потребление продуктов, содержащих жиры и углеводы значительно выше по сравнению с городской местностью. Выявлены особенности потребления продуктов населением. Ниже величины потребления хлеба, мяса и мясопродуктов, рыбы и рыбных продуктов, молока и молочных продуктов, масла растительного и других жиров отмечается в городской местности.

В целом для населения характерна низкая частота потребления овощей и фруктов, при этом необходимо отметить значительную частоту потребления кондитерских изделий и жировых продуктов, что свидетельствует о несоблюдении основных принципов рационального питания. При сравнении по финансовому положению городской и сельской местностей, можно сказать, что в городе более благоприятные условия, нежели в селе. Но в городе отмечается большой процент людей, которым затруднительно покупать одежду и оплачивать жилищно-коммунальные услуги.

Вывод. Проведенные исследования свидетельствуют о нерациональном питании населения Рязанской области, где определяющим фактором являются социальные.

ПИТАНИЕ И ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ ТУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ (НА ПРИМЕРЕ ЕФРЕМОВСКОГО РАЙОНА)

Степанова М.С., Степанов Е.С.

Кафедра профильных гигиенических дисциплин с курсом общей гигиены, эпидемиологии и организации госсанэпидслужбы ФДПО
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научный руководитель: доц. Пешкова Г.П.

Рациональное, полноценное в количественном и качественном отношении питание наряду с другими условиями социальной среды обеспечивает оптимальное развитие человеческого организма, его физическую и умственную работоспособность, выносливость и достаточно высокую сопротивляемость отрицательно действующим факторам. Правильное питание предусматривает высокое разнообразие как одно из основных и обязательных условий рациональности. Исключение отдельных пищевых продуктов или целых их групп лишает организм возможности наиболее полно получить все необходимые компоненты для обеспечения нормального метаболизма пищевых веществ.

Цель исследования. Изучение фактического питания и состояния здоровья населения Тульской области (на примере Ефремовского района).

Анализируя потребление продуктов за последние 5 лет, прослеживается выраженная тенденция к увеличению потребления мяса, молока и молочных продуктов, яиц, рыбы. Потребление мясопродуктов повышается в основном за счет потребления мяса птицы, колбасных изделий, варенокопченых мясопродуктов и мясных полуфабрикатов, в то время как потребление мяса - говядины, свинины, которое является источником полноценного белка, железа, снижено на 40%. В питании населения преобладают в основном хлебобулочные изделия, крупяные и макаронные изделия. Потребление овощей и фруктов, которые являются основными источниками пищевых волокон, витаминов и минеральных веществ несколько ниже рекомендуемого. Анализируя полученные результаты можно сделать вывод, что питание населения Ефремовского района имеет углеводную направленность, что согласуется с данными по РФ. Для взрослого населения Ефремовского района характерна достаточная или даже избыточная калорийность суточного рациона, обусловленная избыточным поступлением жиров, легкоусвояемых углеводов, что создает условия для формирования избыточной массы тела и ожирения, гипертонии, атеросклероза, диабета и других заболеваний обмена веществ. В связи с этим отмечается рост заболеваемости ожирением (на 53%), эндокринной системы (на 9,5%), системы кровообращения (на 8,6%), желудочно-кишечного тракта (на 1,6%). В последние годы деятельность государственной службы направлена на рационализацию питания населения. С целью реализации данной проблемы проводится обогащение продуктов массового потребления такими био-

логическими веществами как «Веторон-С (β-каротин), йодказеин и йодированная соль.

Таким образом, в Ефремовском районе проводится комплексная работа по рационализации питания и соответственно снижению заболеваемости населения.

АНАЛИЗ ДАННЫХ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА СОСТОЯНИЯ ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ ПО Г. КОЛОМНА И КОЛОМЕНСКОМУ РАЙОНУ

Андреева Е.М.

Кафедра профильных гигиенических дисциплин с курсом гигиены, эпидемиологии и организации госсанэпидслужбы ФДПО

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: ст. преп. Карасева Н.И.

Социально-гигиенический мониторинг представляет собой государственную систему наблюдения за состоянием здоровья населения и среды обитания, их анализа, оценки и прогноза, а также определения причинно-следственных связей между состоянием здоровья населения и факторами окружающей среды. Основными задачами при внедрении мониторинга состояния питьевой воды в г. Коломна и Коломенском районе являются: гигиеническая оценка качества питьевой воды, подаваемой населению, выявление причинно-следственных связей между состоянием здоровья населения и указанным фактором на основе системного анализа и оценки риска, подготовка предложений для принятия органами исполнительной власти необходимых мер по устранению выявленных вредных воздействий.

Исследования питьевой воды проводились в восьми контрольных точках по основным показателям, являющимся приоритетными на исследуемой территории. Это общая жесткость, фториды, железо, марганец, общее микробное число, общие колиформные бактерии, термотолерантные колиформные бактерии. Контроль качества питьевого водоснабжения в рамках социально-гигиенического мониторинга осуществлялся лабораторией ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Московской области». Всего было исследовано 156 проб питьевой воды. Только в двух точках из восьми качество воды полностью соответствовало требованиям СанПиН 2.1.4.1074-01 «Вода питьевая. Гигиенические требования к качеству воды централизованных систем питьевого водоснабжения. Контроль качества». По микробиологическим показателям в трех контрольных точках питьевая вода не соответствовала нормативным требованиям, что составило 1,92% от общего количества исследованных проб. Доля нестандартных проб по санитарно-химическим показателям достаточно высока и составила 66%. Полученные данные по качеству питьевой воды в рамках социально-гигиенического мониторинга позволили выявить основные причины создавшегося положения. В целях его улучшения приняты и внедрены сле-

дующие управленческие решения: внедрены локальные системы специальной подготовки, в частности, фильтры тонкой очистки (обезжелезивание) в образовательных учреждениях г. Коломны и Коломенского района; введена в действие станция обезжелезивания на одном из водозаборных узлов г. Коломны, что позволило обеспечить более 20000 населения доброкачественной питьевой водой.

**ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ
ПРИ РАБОТЕ НА ПЛАНШЕТНЫХ КОМПЬЮТЕРАХ
(ИНТЕРНЕТ-ПЛАНШЕТАХ)**

Худолеев В.А., Степанов Е.С.

Кафедра профильных гигиенических дисциплин с курсом общей гигиены,
эпидемиологии и организации госсанэпидслужбы ФДПО
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научные руководители: доц. Моталова Т.В., асс. Груздев Е.Е.

Все планшетные компьютеры имеют встроенные модули Wi-Fi, обеспечивающие беспроводную радиосвязь на расстоянии до ~250 метров. С помощью технологии Wi-Fi мы подключаемся к сети посредством установления соединения между устройством пользователя и точкой доступа (находящейся, как правило, в зоне прямой видимости), в результате чего между ними происходит непрерывный обмен данными в микроволновом диапазоне (рабочие частоты находятся в диапазоне 2-5 ГГц).

Кроме того, некоторые планшеты имеют также встроенные модули для подключения к сети пакетной передачи данных (подключение к сети GSM по технологии GPRS/EDGE/3G/4G, в зависимости от оператора и условий приема), а это означает, что они могут подключаться к Интернет, используя этот тип связи, точно также как это делают Ваш мобильный телефон или смартфон (рабочие частоты 900-1800 МГц).

Цель исследования. Сравнительная гигиеническая оценка электромагнитного излучения от интернет-планшетов при подключении к Интернет через модуль GSM и посредством Wi-Fi.

Измерения проводились прибором «ПЗ-33» на частотах 900-1800 МГц (GSM) и 2,4 ГГц (Wi-Fi) в режиме приема/передачи данных. При оценке интенсивности ЭМИ использовался тест скорости интернет-соединения с сервером 2ip.ru.

Результаты и их обсуждение. Исследование проводилось на наиболее распространенных моделях интернет-планшетов у студентов 5-6 курса медуниверситета. Всего исследовано 10 планшетов при разных типах подключения.

Как показали результаты исследования, интенсивность электромагнитных излучений при работе на всех тестируемых планшетных устройствах не превышала предельно допустимый уровень, однако, интенсивность из-

лучения при подключении к сети через модуль GSM в несколько раз превышал ППЭ электромагнитного излучения при подключении посредством Wi-Fi. Стоит отметить, что при одинаковом типе подключения (3G), уровни излучения у идентичных моделей устройств и операционных систем различались в зависимости от оператора сотовой связи, что, возможно, обусловлено уровнем сигнала сети GSM, удаленностью базовых станций, загруженностью сети, наличием на пути сигнала радиопомех и т.д.

Вывод. Проведя сравнительный анализ уровней электромагнитных излучений от планшетных ПК установлено: величина излучения при подключении к Интернет посредством Wi-Fi намного меньше излучения, генерируемого при подключении через GSM-модуль.

ВЛИЯНИЕ НАПРАВЛЕНИЯ ВЕТРОВ НА КАЧЕСТВО АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА В РАЙОНЕ КРЕМЛЯ г. РЯЗАНИ

Надешкина А.С., Присакару М.Н.

Кафедра общей гигиены с курсом экологии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: ст. преп. Цурган А.М.

Цель исследования. Изучение влияния направления ветров в зоне поста наблюдения «Кремль» в г. Рязани от Северной окружной дороги (ветра 290-0-75 градусов) и со стороны города (ветра 76-180-289 градусов) на концентрации в воздухе оксидов азота и диоксида серы.

Материалы и методы. Использовались данные о концентрации в воздухе оксидов азота и серы, полученные с помощью автоматической станции контроля атмосферного воздуха - "СКАТ". Рассчитывались средние концентрации веществ и доверительные интервалы концентраций с учетом направления ветров (из города, от окружной дороги, штиль).

Результаты и их обсуждение. Изучение динамики усредненных суточных концентраций оксидов азота в рабочие дни теплого периода года показало, что минимальные концентрации выявлены в случае ветров со стороны окружной дороги. Ветер со стороны города формировал средние концентрации в 1,22 раза выше.

Для диоксида серы так же выявлен максимум средних концентраций при «городских ветрах», минимум - при ветрах со стороны окружной дороги.

Анализ суточного хода концентраций оксидов азота в выходные дни показал, что максимальные средние концентрации формировались при ветрах со стороны окружной дороги. Аналогичные данные получены и в отношении оксидов серы.

Выводы.

1. Применение автоматической станции контроля атмосферного воздуха «Скат» позволяет осуществлять эффективный мониторинг качества атмосферного воздуха.

2. Концентрации оксидов азота и серы в атмосферном воздухе в районе Кремля г. Рязани не превышают значений ПДК.

3. В рабочие дни минимальное влияние на концентрации оксидов азота оказывают ветра со стороны окружной дороги.

4. В выходные дни максимальное влияние на концентрации оксидов азота и серы оказывали ветра со стороны окружной дороги, что вероятно связано с интенсификацией транспортных потоков на этой магистрали.

ТЕХНОГЕННОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ТРАНСПОРТНЫХ ПОТОКОВ ЭЛЕМЕНТА УЛИЧНО-ДОРОЖНОЙ СЕТИ

ул. СОЛНЕЧНАЯ - ул. ГРИБОЕДОВА г. РЯЗАНИ

Черников С.В., Кулюкин Д.В.

Кафедра общей гигиены с курсом экологии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: ст. преп. Цурган А.М.

Цель исследования. Изучение динамики интенсивности транспортных потоков в районе улиц Солнечная - ул. Петрова - ул. Соборная - ул. Кремлевский вал - ул. Грибоедова - ул. Затинная после создания Северного обвода.

Материалы и методы. Интенсивность транспортных потоков и выброс загрязнителей изучалась в дневной «час пик» 16-19 часов в течение недели по стандартной методике (Методика расчета выбросов в атмосферу загрязняющих веществ автотранспортом на городских магистралях. - М., 1997.). Концентрации загрязнителей в воздухе моделировались с помощью программы Эколог.

Результаты и их обсуждение. Анализ интенсивности транспортных потоков показал, что основные транспортные потоки наблюдались на ул. Соборной, Соборной пл. и на «Кремлевском валу» (1500-1700 легковых автомобилей в час). Менее напряженная транспортная ситуация отмечалась на участке ул. Грибоедова (Кремлевский вал - пл. Свободы - Кремлевский вал): деление транспортного потока «Кремлевского вала» на два: (ул. Кремлевский вал - пл. Свободы - Кремлевский вал и ул. Кремлевский вал (ул. Грибоедова - ул. Затинная).

На остальных участках: Соборная пл. (Кремлевский вал - ул. Петрова) Соборная пл. (ул. Петрова - ул. Соборная), ул. Петрова, ул. Солнечная, ул. Затинная транспортные условия были «легкие».

Выбросы загрязняющих веществ в 2014 году по сравнению с 2013 годом снизились на 14-46%, выбросы сажи в 2014 году отсутствовали.

Концентрации загрязнителей на территории Кремля достоверно не отличались от данных объективного контроля. На остальной территории концентрации достоверно не отличались от данных 2013 года.

Выводы.

1. После введения в строй «Северного обвода» интенсивность транс-

портных потоков в исследованном районе снизилась.

2. Выбросы от автотранспорта снизились.
3. Общая экологическая ситуация (концентрация загрязнителей в воздухе) достоверно не изменилась.

ОЦЕНКА ПИЩЕВОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА Хатмуллина А.Р.

Кафедра гигиены питания и гигиены детей и подростков
Пермский государственный медицинский университет, г Пермь
Научный руководитель: асс. Лир Д.Н.

Цель исследования. Изучить специальную литературу по методам оценки пищевого статуса. Оценить пищевой статус детей, посещающих дошкольные учреждения г. Перми.

Материалы и методы. Оценка пищевого статуса основана на данных физического развития и получаемых пищевых веществ и энергии в группе детей дошкольного возраста. Для оценки физического развития использованы центильные таблицы («Методика объективного обследования ребенка» Н.И. Аверьянова, 2014г.). Оценивались масса тела, рост, соотношение массы к росту и индекс Кетле. Данные тотальных размеров физического развития получены из медицинской документации (ф-№026-у «Медицинская карта ребенка»). Данные о питании получены при анализе меню-раскладок ДООУ. Для обработки данных был использован статистический метод.

Результаты и их обсуждение. Анализируя полученные показатели физического развития с использованием сочетанной оценки массы и длины тела необходимо отметить, что 81,4% мальчиков и 72% девочек имеют гармоничное развитие. При этом оценка антропометрических показателей показала, что у младшего возраста в диапазон ниже средних величин (I-II центиля) отнесены 13,1% мальчиков и 14,9% девочек по значению длины тела; 10% и 14,2%, соответственно, по весу. К старшему возрасту число таких детей уменьшается: 7,2% мальчиков и 8,1% девочек по значению длины тела; 7,1% и 8,1%, соответственно, по значению массы тела.

Между тем, при анализе меню-раскладок установлено, что калорийность рационов составляет $1988,5 \pm 36,2$ ккал, что превышает норму физиологических потребностей (НФП) на 10%; содержание белка выше НФП на 24 % ($67,7 \pm 1,5$ г при норме 54 г), а процент животных белков соответствует норме (60% от общего белка). Содержание жиров в рационе увеличено на 21,6% ($73,4 \pm 1,4$ г при НФП 60г); количество углеводов в рационе соответствует норме - $263 \pm 5,9$ г (при НФП - 261г).

Выводы. Результаты исследования подтверждают общую тенденцию к децелерации роста и биологического развития у современных детей, проявляющуюся в «грацилизации» телосложения. При этом организованное

питание в ДОО позволяет удовлетворить потребности в пищевых веществах и энергии. Это может свидетельствовать о низком уровне фактического обеспечения нутриентами за счет их потерь (при хранении, термической обработке, при усвоении, остатках несъеденной части и т.п.) и о нерациональном домашнем питании.

ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ КАК ОДИН ИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА г. КАРАГАНДЫ Эбсегит Л.Н.

Кафедра гигиены питания, общей гигиены, экологии
Карагандинский государственный медицинский университет, г.Караганда, Казахстан
Научный руководитель: ст. преп. Жиенбекова А.Ж.

Дошкольный возраст является началом всех начал. Именно в эти годы, закладывается фундамент здоровья, формируются личностные качества, интерес к занятиям любимым делом, раскрываются способности ребенка. На этом этапе возраста происходит усиленное физическое и умственное развитие, развиваются мотивации, желание творить, выражать себя. Традиционно степень готовности ребенка к школе оценивается по уровню развития основных психофизиологических функций. Особое значение повышение уровня физического состояния имеет для старших дошкольников потому, что этот возраст специалисты называют критическим, имея в виду, адаптацию детей к новым социальным условиям, психофизиологическим нагрузкам и изменению образа жизни.

Материалы и методы. Нами было проведено исследование и оценка физического развития детей 6-7 лет, гимназии №1 города Караганды. В работе использованы общепринятые классические методы исследования физического развития, соматометрических показателей (длина тела, масса тела, окружность грудной клетки), физиометрических показателей (сила мышц кистей рук, становая сила, жизненная емкость легких), соматоскопических показателей (состояние позвоночника, грудной клетки, форма стопы, состояние осанки, развитие мускулатуры и т. д). Оценка физического развития проводилась по шкалам регрессии, в которых учтена зависимость изменения массы тела, окружности грудной клетки и других признаков при увеличении роста на 1 сантиметр. По этой методике были выделены 5 степеней физического развития детей. В работе принимали участие 115 детей.

Результаты и их обсуждение. В ходе изучения и оценки состояния здоровья и физического развития старших дошкольников города Караганды, были выявлены более частные и глубокие отклонения состояния здоровья. Гармоничное физическое развитие имели 70,0% детей; ухудшенное дисгармоничное физическое развитие - 10,0%; плохое дисгармоничное физическое развитие - 10,0%; общая задержка физического развития - 5,0%;

опережение физического развития - 5,0%.

Выводы. У 30% детей 6-7 лет наблюдается дисгармоничное, ухудшенное физическое развитие, задержка и опережение физического развития. Одним из факторов, является снижение уровня двигательной активности детей, т.к. состояние опорно-двигательного аппарата, функциональные возможности респираторной системы напрямую зависят от системы физического воспитания. Рекомендуем проводить занятия физической культуры на открытом воздухе, также сочетание педагогических и психологических методов воспитания детей, положительно воздействующих на физическое развитие организма.

ОСОБЕННОСТИ ЗАГРЯЗНЕНИЯ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА ГОРОДА ЗАПОРОЖЬЕ В 2009-2013 ГОДАХ

Локтенко Е.А., Волкова Ю.В.

Кафедра общей гигиены и экологии

Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье, Украина

Научный руководитель: асс. Волкова Ю.В.

Цель исследования. Изучить состояние загрязнения атмосферного воздуха г. Запорожье ксенобиотиками в 2009-2013 гг.

Материалы и методы. Изучение качества атмосферного воздуха проводилось по отчетной форме промпредприятий 2-ТП «Воздух». Анализ проводился с использованием аналитических и статистических методов.

Результаты и их обсуждение. Основной вклад в загрязнение атмосферного воздуха г. Запорожье вносят стационарные (60% общего объема выбросов) и передвижные (30%) источники загрязнения. Средний показатель выбросов от стационарных источников города за 2009-2013 гг. составил $101,5 \pm 3,4$ тыс.т. Максимальный показатель отмечался в 2010г. и составлял 109,6тыс.т., минимальный в 2012 г. - 92,3тыс.т. Средний показатель выбросов от передвижных источников за анализируемый период - $46,2 \pm 0,5$ тыс.т. Максимальный показатель отмечался в 2011 г. и составлял 48 тыс.т., минимальный в 2009 г. - 43 тыс.т.

Плотность выбросов загрязняющих веществ (без углерода диоксида) от стационарных источников загрязнения составляла $364,92 \pm 12,1$ т/км². Выбросы загрязняющих веществ (без углерода диоксида) в атмосферный воздух от предприятий из расчета на одного жителя города - $130,88 \pm 4,2$ кг.

Первые места по объемам выбросов в г. Запорожье занимают следующие предприятия: ОАО "Запорожсталь" (59% общего объема выбросов), ОАО "Запорожский завод ферросплавов" (21%), ОАО "Запорожский абразивный комбинат" (3,3%), ОАО "Запорожжкокс" (3,1), ОАО "Днепрспецсталь" (2,2%).

В структуре выбросов в среднем за последние 5 лет распределение загрязнителей было следующим: оксид углерода - 41%, диоксид и другие со-

единения серы - 33%, соединения азота - 12%, взвешенные твердые частицы - 9%, металлы и их соединения - 2%, другие - 3%.

Выводы:

1. В динамике объемов выбросов от стационарных и передвижных источников четкой тенденции к их увеличению или уменьшению установлено не было.

2. Основными источниками загрязнения воздуха города являются стационарные источники, в первую очередь ОАО "Запорожсталь".

3. Основными загрязнителями на протяжении 5 лет остаются оксид углерода, диоксид и другие соединения серы, соединения азота, взвешенные твердые частицы.

**АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ
НА ВЕДУЩЕМ МЕТАЛЛУРГИЧЕСКОМ ПРЕДПРИЯТИИ ЗА 12 ЛЕТ**

Шаравара Л.П.

Кафедра общей гигиены и экологии

Запорожский государственный медицинский университет, г.Запорожье, Украина

Научный руководитель: доц. Севальнев А.И.

Цель исследования. Провести анализ динамики профессиональных заболеваний (ПЗ) на металлургическом предприятии за 12 лет.

Материалы и методы. В качестве источника материалов была использована отчетная документация областной санитарно-эпидемиологической станции - «Журналы профессиональных заболеваний» (Ф. № 363/у-86). Для анализа случаев ПЗ использовались аналитический и статистический методы.

Результаты и их обсуждение. За период с 2001 по 2012 годы на металлургическом комбинате было зарегистрировано 70 случаев впервые выявленных профессиональных заболеваний, что является третьей частью (31,5 %) от общего числа всех случаев, зарегистрированных на предприятиях черной металлургии Запорожской области. Максимальный уровень ПЗ наблюдался в 2003, 2006 и 2009 гг. и составил соответственно 3,6 на 10 тыс. работающих в 2003 и 2009 гг. и 4,0 в 2006 г. Начиная с 2009 г. уровень ПЗ имел положительную тенденцию снижения и в 2010 году снизился до 1,6 на 10 тыс. работающих (темп снижения - 50 %), в 2011 и 2012 гг. уровень ПЗ увеличился и остался стабильным на протяжении этих лет - 2,7 на 10 тыс. работающих. Средний уровень ПЗ на предприятии за 12 лет составил $2,99 \pm 0,41$ ($p < 0,05$).

Выводы. В течение 2001-2012 гг. уровень ПЗ на данном предприятии отмечался стабильностью и колебался в пределах от 2,1 до 4,0 на 10 тыс. работающих.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПСОРИАЗА И ВЛИЯНИЕ НА НЕГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Соколовская И.А.

Кафедра общей гигиены и экологии

Запорожский государственный медицинский университет, г.Запорожье, Украина

Научный руководитель: проф. Гребняк Н.П.

Псориаз во всех его клинических формах относится к наиболее распространенному хроническому заболеванию кожи. По данным Международной Федерации псориаза его распространенность в мире составляет около 3%. Полиэтиотропность, высокая распространенность и трудность лечения псориаза обуславливают актуальность проблемы борьбы с этим заболеванием.

Цель исследования. Установить взаимосвязь между уровнями заболеваемости псориазом и образом жизни пациентов.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 315 больных псориазом, в т.ч. 109 женщин и 196 мужчин. В исследуемую выборку вошли пациенты в возрасте 18-65 лет. В исследование не были включены пациенты с психоактивной зависимостью или выраженными отклонениями лабораторных показателей. У всех пациентов получено информированное согласие на участие в научных исследованиях.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что распространённость псориаза в мегаполисе составляла 269,1 сл./100 тыс. Дебют псориаза наиболее часто наблюдался в возрасте от 26 до 40 лет (43,1%). В качестве триггеров являлись психоэмоциональное перенапряжение и стресс (60,5%), переохлаждение и простудные заболевания (17,8%), прием лекарственных препаратов (5,1%), алкоголь (5,7%), физические травмы (5,1%). Наибольший удельный вес пациентов, имеющих вредные привычки, проживали в экологически неблагоприятных районах мегаполиса.

Выводы.

1. Псориаз относится к заболеваниям с многофакторной этиологией. Генетические факторы и влияние окружающей среды осуществляют совокупное влияние на патогенез заболевания.

2. К основным триггерным факторам относятся инфекционные и паразитарные болезни, стресс и психосоматические факторы, вредные привычки и неправильное питание, прием лекарственных средств, метаболические нарушения.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗАГРЯЗНЕНИЯ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА ЗАПОРОЖСКОЙ ОБЛАСТИ В 2012-2013 гг.

Антипенко М.В., Волкова Ю.В.

Кафедра общей гигиены и экологии

Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье, Украина

Научный руководитель: асс. Волкова Ю.В.

Цель исследования. Изучить и провести сравнительный анализ состояние загрязнения атмосферного воздуха Запорожской области химическими

соединениями за 2012-2013 гг.

Материалы и методы. Изучение качества атмосферного воздуха проводилось по отчетной форме промпредприятий 2-ТП «Воздух». Анализ проводился с использованием аналитического метода.

Результаты и их обсуждение. Общие объемы выбросов в атмосферный воздух Запорожской области в 2013г. от всех источников загрязнения составили 353,0 тыс.т, что в сравнении с 2012 г. на 11,7% (37,0 тыс.т) больше. Стационарными источниками загрязнения было выброшено 245,9 тыс.т загрязняющих веществ, что на 18,5% (38,3 тыс.т) больше, чем в 2012 г. Передвижными источниками загрязнения и производственной техникой было выброшено 107,1 тыс.т химических веществ против 108,4 тыс.т - за предыдущий год, что на 1,2% (1,3 тыс.т) меньше. В общем объеме выбросов наибольший удельный вес (без CO₂) имели: диоксид и другие соединения серы (45,7%), оксид углерода (29,1%), соединения азота (16,6%) и вещества в виде взвешенных твердых частиц (6,5%) против соответствующих 40,3%, 33,4%, 15,1% и 8,3% за 2012 г. В среднем по области одним предприятием было выброшено 961 т загрязняющих веществ, что на 24,5% (772 т) больше по сравнению с предыдущим годом.

В общий показатель выбросов ксенобиотиков в атмосферный воздух области от стационарных источников загрязнения наибольший вклад внесли предприятия в городах Энергодар (59,2%, или 145,5 тыс.т) и Запорожье (38,3%, или 94,1 тыс.т), как и в предыдущий год.

Выводы.

1. Общие объемы выбросов в 2013 г. выросли на 11,7%, выбросы от стационарных источников выросли на 18,5% по сравнению с показателями 2012г. Выбросы от передвижных источников в 2013г. уменьшились на 1,2% по сравнению с показателями 2012г.

2. Основными загрязнителями остаются диоксид и другие соединения серы, оксид углерода, соединения азота и вещества в виде взвешенных твердых частиц.

3. Наибольший удельный вес в общем показателе выбросов остается за предприятиями г. Энергодара и г. Запорожье.

ВЛИЯНИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ФАКТОРОВ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ НА ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ПСОРИАЗОМ В ЗАПОРОЖСКОЙ ОБЛАСТИ

Белоусов А.С.

Кафедра общей гигиены и экологии

Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье, Украина

Научный руководитель: к.м.н. Соколовская И.А.

Цель исследования. На основе социально-гигиенического мониторинга, определить особенности заболеваемости псориазом и его распространен-

ности среди населения Запорожской области в условиях неблагоприятных факторов окружающей среды.

Материалы и методы. Методы исследования: гигиенические, клинико-лабораторные, функциональные, эпидемиологические, статистические.

Результаты и их обсуждение. На основе различных методов исследования установлено, что наибольшую распространенность заболеваемости псориазом в Запорожской области имеют районы: Запорожский, Гуляйпольский, Веселовский, Куйбышевский, Приморский, Васильевский, где она составляет 269,6 - 513,8 случаев/100 тыс. Число случаев заболеваемости псориазом среди детей Ореховского района составляло почти половину всех обращений в лечебные учреждения данного района ($38,9 \pm 1,1\%$ и $40,0 \pm 1,15\%$) (данные 2012-2013 гг.).

Выводы. На основе социально-гигиенического мониторинга распространенности псориаза нами был сделан вывод, что, среди районных лидеров по показателям заболеваемости населения, ведущие места занимают населенные пункты с высоким уровнем загрязнения окружающей среды. К ним относятся: г. Запорожье, Гуляйпольский, Приморский, Куйбышевский районы. В Ореховском районе отмечен высокий процент заболевшего псориазом населения детского возраста. В этих населенных пунктах активно развита легкая и тяжелая промышленность.

СОСТОЯНИЕ РАДОНОВОЙ БЕЗОПАСНОСТИ В ЖИЛЫХ ЗДАНИЯХ И ДЕТСКИХ САДАХ ЗАПОРОЖСКОЙ ОБЛАСТИ

Куцак А.В.

Кафедра общей гигиены и экологии

Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье, Украина

Научный руководитель: доц. Севальнев А.И.

Цель исследования. Определить уровни радона-222 в воздухе помещений жилых домов и детских дошкольных учреждений (ДДУ) и оценить возможную дозовую нагрузку детей за счет радона.

Материалы и методы. Измерения ^{222}Rn в воздухе жилых помещений и зданий ДДУ осуществлялись методом пассивной трековой радонометрии.

В рамках данного исследования было проведено 950 измерений, из них 250 - в помещениях ДДУ. Всего было обследовано 693 жилых здания и 221 детсад.

Результаты и их обсуждение. При анализе результатов измерений в жилых домах установлено, что уровень в $100 \text{ Бк}\cdot\text{м}^{-3}$ (норматив по ЭРОА ^{222}Rn для эксплуатируемых зданий) превышен в 21,4 % случаев, а $200 \text{ Бк}\cdot\text{м}^{-3}$ - 5,3 % случаев. Для ДДУ анализ параметров распределения зафиксировал превышение уровня ЭРОА ^{222}Rn $100 \text{ Бк}\cdot\text{м}^{-3}$ в 80% случаев, а $200 \text{ Бк}\cdot\text{м}^{-3}$ - 33% случаев. Содержание ^{222}Rn в помещениях детских дошкольных учреждений в 2-6 раз больше, чем в воздухе жилых зданий области и

характеризуется большой вариабельностью значений. Диапазон эффективных доз облучения детей за счет ^{222}Rn , составил от 4,3 мЗв•год⁻¹ до 9,7 мЗв•год⁻¹.

Основываясь на результатах проведенной работы, был разработан комплекс противорадионных мероприятий, направленных на снижение содержания ^{222}Rn в помещениях ДДУ и включен в «Программу защиты населения Запорожской области от действия ионизирующего излучения на 2011-2015 годы», утвержденную сессией областного Совета в 2010 году.

Выводы.

1. В Запорожской области в воздухе жилых зданий среднегеометрическое значение ЭРОА ^{222}Rn составило 46 Бк•м⁻³, а в помещениях ДДУ - 185 Бк•м⁻³.

2. Средневзвешенная годовая доза облучения детей в детских садах за счет ^{222}Rn составила 3,6 мЗв•год⁻¹, а в жилых помещениях - 2,8 мЗв•год⁻¹

3. Полученные результаты проведенных исследований показали необходимость проведения противорадионных мероприятий в зданиях с повышенным уровнем содержания ^{222}Rn .

ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕНДИНГОВОГО ПИТАНИЯ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Меденникова Д.М, Рахимова М.М.

Кафедра экологии человека и гигиены окружающей среды
Первый Московский государственный медицинский университет, г. Москва
Научный руководитель: доц. Попова О.Л.

В соответствии с Римской декларацией по вопросам питания (ноябрь 2014 г.) необходимо повышение качества информации о пищевых продуктах, обеспечивающих здоровый рацион питания. Широкая доступность и активный маркетинг пищевых продуктов и напитков, которые обеспечивают вкусовую привлекательность, удобство и новизну имеют высокое содержание жиров, сахара или соли. Образовательные инициативы активно предлагаются музеями, библиотеками, парками. В настоящее время активно развивается вендинговая торговля, т.е. продажа через торговые автоматы и в некоторых музеях, парках, библиотеках и др.

Цель исследования. Изучение состояния вендингового питания в организациях дополнительного образования детей и разработки мероприятий по его оптимизации.

Материалы и методы. Аналитический метод (анализ нормативно-методических и законодательных документов - как российских, так и международных), визуальный анализ ассортимента буфетной продукции, реализуемой через автоматическую торговлю в 2-х музеях, 2-х библиотеках, зоопарке и цирке, расположенных в г. Москве.

Результаты и их обсуждение. В ассортименте продуктов и напитков, представленных в торговых автоматах, преобладают продукты с высоким содержанием простых углеводов, трансгенных жиров и соли. На торговом оборудовании размещена реклама напитков высоким содержанием простых углеводов. В связи с отсутствием альтернативных напитков посетители приобретают именно данные напитки и снеки. Практические рекомендации: необходимо внести дополнения в части организации вендингового питания в СанПиН 2.4.5.2409-08 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации питания обучающихся в общеобразовательных учреждениях, учреждениях начального и среднего профессионального образования»; необходимо осуществлять контроль за ассортиментом продукции, реализуемой через торговые автоматы в организациях дополнительного образования детей и подростков, а также рекламой, размещенной на торговом оборудовании; необходимо проводить просветительскую работу с сотрудниками учреждений дополнительного образования, родителями, детьми и подростками.

МНОГОЛЕТНЯЯ ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГЛПС НАСЕЛЕНИЯ ТЕРРИТОРИЙ ЦЕНТРА ЕВРОПЕЙСКОЙ ЧАСТИ РОССИИ

Калиниченко Т.Е.

Кафедра эпидемиологии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: д.м.н. Здольник Т.Д.

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) - острое инфекционное заболевание, проявляющееся в виде геморрагического диатеза и поражения почек. Возбудитель ГЛПС - вирус рода *Hantavirus*. Источник возбудителей - мелкие мышевидные грызуны. Механизм передачи возбудителей в эпизоотическом процессе - фекально-оральный и аэрозольный.

Цель исследования. Изучение территориального распределения заболеваемости ГЛПС в разных климато-географических зонах.

Материалы и методы. В работе проведён анализ материалов отчетов органов Роспотребнадзора Московской, Владимирской, Рязанской и Тульской областей за 1999-2013 гг.

Результаты и их обсуждение. В Московской области, расположенной в зоне южной тайги, средняя за 15 лет наблюдения заболеваемость ГЛПС составляет 0,22 случаев на 100 тыс. населения, имеет умеренную тенденцию к росту (Тср.пр.=4,54%). Заболеваемость населения Владимирской области, также расположенной в зоне южной тайги, составляет 1,16 на 100 тыс. населения, характеризуется выраженной тенденцией к росту (Тср.пр.=8,62%). В Рязанской области, которая частично входит в зону южной тайги, частично - в лесостепную зону, заболеваемость населения ГЛПС значительно превышает таковую по Московской и Владимирской области (3,97 на 100 тыс. населения) и имеет умеренную тенденцию к росту. (Тср. пр.=1,70%). На

территории всех описанных областей уровень заболеваемости населения ГЛПС ниже среднероссийского (4,92 на 100 тыс. населения). В Тульской области, полностью расположенной в лесостепной зоне, заболеваемость ГЛПС составляет 6,96 на 100 тыс. населения, превышая показатель по РФ, и имеет стабильный характер. Динамика заболеваемости ГЛПС за 15 лет на территории всех изученных областей имела схожий характер и была аналогична динамике заболеваемости данной инфекцией в РФ.

Выводы.

1. Заболеваемость населения ГЛПС на территории Московской, Владимирской, Рязанской областей характеризуется более низкими уровнями по сравнению с РФ.

2. Заболеваемость населения ГЛПС в Тульской области превышает среднероссийский уровень в 1,5 раза.

3. Территориальное распределение уровня заболеваемости населения ГЛПС определяется принадлежностью территории к определённой климато-географической зоне.

МНОГОЛЕТНЯЯ ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДИЗЕНТЕРИЕЙ ВИДА ЗОННЕ В г. РЯЗАНИ

Крестинина Е.А.

Кафедра эпидемиологии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: к.м.н. Власов В.И.

Многолетняя динамика заболеваемости дизентерией Зонне отличается неравномерностью распределения по годам. На различных территориях имеются свои проявления цикличности эпидемического процесса. Представляет интерес изучение этого явления в условиях конкретной местности.

Цель исследования. Изучение характера многолетней динамики эпидемического процесса дизентерии вида Зонне в условиях Рязани.

Материалы и методы. В работе проанализирована многолетняя динамика заболеваемости дизентерией Зонне в Рязани в период с 1953 по 2008 гг. математическими методами

Результаты и их обсуждение. В 1953-1979 гг. наблюдалась тенденция к росту заболеваемости дизентерией Зонне, на фоне которой были подъемы в 1956 (на 67,3%) и в 1959 (на 668,2%) гг.

В последующем отмечался рост заболеваемости дизентерией Зонне, на фоне которого имели место эпидемические подъемы в 1963 (на 154,5%) и 1966 (на 940%) гг., то есть с интервалом в 3 года. Уровни заболеваемости дизентерией Зонне в эти годы были максимальны.

В 1967-1979 гг. уровень заболеваемости дизентерией Зонне стабилизировался, но периодический характер ее многолетней динамики сохранился. Подъемы заболеваемости наблюдались в 1969 (на 83,5%), 1972 (на 68,6%),

1975 (на 207%), 1977 (на 767,7%) и 1979 (на 642,1%). Интервал между ними составил 2-3 года.

В 1979-2007 гг. отмечено снижение заболеваемости дизентерией Зонне. На ее фоне периодические подъемы наблюдались в 1981 (на 902,7%), 1985 (на 156,5%), 1988 (на 397,3%), 1995 (на 370,7%) и 1999 (на 1593,6%) т.е. с интервалом в 4,3,7,4 года соответственно. В 2000-2007 гг. заболеваемость дизентерией Зонне резко снизилась по причине снижения рождаемости в эти годы.

Выводы. Многолетняя динамика эпидемического процесса дизентерии Зонне в Рязани имеет черты инфекции, неуправляемой средствами действующей системы профилактических и противоэпидемических мероприятий. Несмотря на их планомерное проведение при любых уровнях заболеваемости возникают ее периодические подъемы, не связанные с ослаблением профилактики.

МНОГОЛЕТНЯЯ ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИКСОДОВЫМ КЛЕЩЕВЫМ БОРРЕЛИОЗОМ НАСЕЛЕНИЯ ТЕРРИТОРИЙ ЦЕНТРА ЕВРОПЕЙСКОЙ ЧАСТИ РОССИИ

Михайлина Н.И.

Кафедра эпидемиологии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: д.м.н. Здольник Т.Д.

В Российской Федерации иксодовый клещевой боррелиоз (далее - ИКБ) имеет широкое распространение. Из года в год наблюдается увеличение числа административных областей, на территории которых регистрируются случаи заболеваний ИКБ. Наблюдается рост численности клещей и расширение ареала их обитания за пределы лесной зоны.

Цель исследования. Изучение территориального распределения заболеваемости ИКБ в разных климато-географических зонах.

Материалы и методы. В работе проведён анализ материалов отчетов органов Роспотребнадзора Московской, Владимирской, Рязанской и Тульской областей за 1999-2013 гг.

Результаты и их обсуждение. В Московской области, расположенной в зоне южной тайги, средняя за 15 лет наблюдения заболеваемость ИКБ составляет 2,97 случая на 100 тыс. населения, имеет выраженную тенденцию к росту (Тср.пр.=9,11%). Заболеваемость населения Владимирской области, также расположенной в зоне южной тайги, составляет 8,59 на 100 тыс. населения, характеризуется выраженной тенденцией к росту (Тср.пр.=5,13%) и превышает среднероссийский показатель (5,4 на 100 тыс. населения). В Рязанской области, которая частично входит в зону южной тайги, частично - в лесостепную зону, заболеваемость населения ИКБ ниже таковой по Московской и Владимирской области (1,36 на 100 тыс. населения), но также имеет выраженную тенденцию к росту. (Тср.

пр.=5,24%). В Тульской области, полностью расположенной в лесостепной зоне, заболеваемость ИКБ составляет 0,59 на 100 тыс. населения, имеет стабильный характер (Т ср.пр. = 0,58%). При изучении динамики заболеваемости ИКБ на исследуемых территориях в 5-6-тилетний периодизации, в 1-й, 2-й и 3-й периоды максимальная заболеваемость отмечалась во Владимирской области, а минимальная - в Тульской.

Выводы.

1. Наиболее высокий уровень заболеваемости ИКБ, превышающий среднероссийский показатель и имеющий выраженную тенденцию к росту отмечается во Владимирской области, расположенной в зоне южной тайги.
2. Минимальный уровень заболеваемости характерен для Тульской области, расположенной лесостепной зоне, заболеваемость при этом стабильна.
3. В последний 5-летний период отмечено расширение ареала распространения ИКБ.

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА КРАСНУХИ СРЕДИ ГОРОДСКОГО И СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ АЛТАЙСКОГО КРАЯ

Лукьяненко Д.Ю.

Кафедра эпидемиологии

Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

Научный руководитель: к.м.н. Широкоступ С.В.

Краснуха является вакциноуправляемой инфекцией, включенной в Национальный календарь профилактических прививок РФ. В связи с возможным развитием осложнений после перенесенного заболевания и тератогенным действием на плод в случае заболевания беременной женщины требуется постоянный мониторинг эпидемической ситуации с выявлением неблагополучных территорий и оценкой факторов риска.

Цель исследования. Оценка эпидемического процесса краснухи среди городского и сельского населения Алтайского края.

Материалы и методы. В проведенном ретроспективном эпидемиологическом анализе использовались государственные формы статистической отчетности №2 Федерального государственного статистического наблюдения «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях», данные официальной статистики Управления Федеральной службы в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Алтайскому краю, ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Алтайском крае».

Для обработки статистических данных применялись: расчет экстенсивных и интенсивных показателей заболеваемости, ошибок репрезентативности (m), средних величин (X), t -критерия Стьюдента, оценка корреляционных связей по методу Спирмена.

Результаты и их обсуждение. В течение периода с 2003 по 2012 годы

средняя многолетняя заболеваемость краснухой среди городского населения составила $55,98 \pm 2,03$ на 100 тысяч населения, среди сельского населения - $82,35 \pm 2,66$ на 100 тысяч населения. Заболеваемость городского населения превышает заболеваемость сельского населения в 1,5 раза ($t=7,88$, $p<0,01$). Максимальный показатель заболеваемости краснухой как городского, так и сельского населения наблюдался в 2006 году и составил по городу - $391,50 \pm 5,35$, по селу - $635,01 \pm 7,3$ на 100 тысяч населения соответственно. С 2007 года наблюдалась тенденция к снижению заболеваемости краснухой, и к 2012 году заболеваемость среди городского населения составила $0,23 \pm 0,13$, среди сельского населения Алтайского края - $0,28 \pm 0,16$ на 100 тысяч населения ($t=0,24$, $p<0,01$).

Средняя многолетняя заболеваемость краснухой среди детей и подростков городского населения края составляла $224,5 \pm 9,64$ на 100 тысяч населения, что статистически значимо выше среднего показателя заболеваемости среди взрослых $19,02 \pm 1,3$ на 100 тысяч населения в 12 раз ($t=21$, $p<0,01$). Среди взрослых городского населения период с 2003 по 2006 гг. характеризуется ростом заболеваемости краснухой до $391,50 \pm 5,9$ на 100 тысяч населения. Средний многолетний показатель заболеваемости краснухой детей и подростков сельского населения Алтайского края составил $329,1 \pm 11,59$ на 100 тысяч населения, что в 22 раза больше заболеваемости взрослых - $15,21 \pm 1,29$ на 100 тысяч населения ($t=26,9$, $p<0,01$).

Выводы:

1. Средняя многолетняя заболеваемость краснухой среди городского населения составила $55,98 \pm 2,03$, среди сельского населения АК - $82,35 \pm 2,66$ на 100 тысяч населения (1,5 раза, $t=7,88$, $p<0,01$);
2. Средняя многолетняя заболеваемость краснухой среди детей и подростков городского населения края ($224,5 \pm 9,64$) превышает средний показатель заболеваемости среди взрослых ($19,02 \pm 1,3$) в 12 раз ($t=21$, $p<0,01$).
3. Средний многолетний показатель заболеваемости краснухой детей и подростков сельского населения Алтайского края ($329,1 \pm 11,59$) в 22 раза превышает показатель заболеваемости взрослых ($15,21 \pm 1,29$) ($t=26,9$, $p<0,01$).

О ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГЕЛЬМИНТОЗАМИ В РЕСПУБЛИКЕ АДЫГЕЯ

Соловьев Д.А.

Кафедра эпидемиологии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: асс. Коноплева Т.К.

В Республике Адыгея отмечается очень высокий уровень заболеваемости паразитарными болезнями, 90,1% из которых составляют различные виды гельминтозов. **Цель исследования.** Анализ заболеваемости гельминтозами в Республике Адыгея за 2011-2013 гг.

На территории Республики Адыгея за 2011-2013 гг. регистрировались

следующие виды гельминтозов: аскаридоз (показатель заболеваемости 13,5-12,9 на 100 тыс. населения), трихоцефалез (0,9-0,5 на 100 тыс. населения), тениоз (0,9-0,0 на 100 тыс. населения), геминтолепидоз (1,1-0,9 на 100 тыс. населения), энтеробиоз (107,9-93,6 на 100 тыс. населения), описторхоз (0,5-0,2 на 100 тыс. населения), токсокароз (4,3-2,3 на 100 тыс. населения), дипилидиоз, эхинококкоз, дирофиляриоз (по 1 случаю в 2013 г.; показатель заболеваемости составил 0,2 на 100 тыс. населения).

Уровень заболеваемости по всем нозологическим формам не превышает среднероссийский, за исключением заболеваемости токсокарозом (2,3 по сравнению с 2,12 на 100 тыс. населения, соответственно). Ведущее место в структуре паразитарной заболеваемости занимают энтеробиоз и аскаридоз (84,3 % и 11,6% в 2013 г., соответственно). В 2013 г. отмечалось снижение заболеваемости энтеробиозом (93,6 на 100 тыс. населения против 97,2 в 2012 г.) и рост уровня заболеваемости аскаридозом (12,9 на 100 тыс. населения против 10,2 в 2012 г.). Самые высокие показатели заболеваемости энтеробиозом наблюдались в Шовгенском, Красногвардейском, Майкопском и Гиагинском районах Республики Адыгея. Пораженность энтеробиозом детей, посещающих дошкольные образовательные учреждения, в 2 раза выше, чем неорганизованных детей. Заболеваемость аскаридозом регистрировалась наиболее часто в Шовгенском, Майкопском, Тахтамукайском, Гиагинском районах и в г. Майкоп. Из всех зарегистрированных больных 56,1% составили дети до 14 лет, из которых наибольший процент заболевших составляют дети в возрастной группе 3-6 лет.

Выводы.

1. Республика Адыгея является местностью, где мягкий климат в сочетании с хозяйственной деятельностью человека создает благоприятные условия для возникновения и распространения гельминтозов.

2. Снизить заболеваемость гельминтозами можно путем проведения комплексных профилактических мероприятий, которые определяются уровнем пораженности, климатическими условиями, особенностями хозяйственной деятельности населения, эпидемиологическими особенностями и результатами санитарно-гельминтологического мониторинга.

ДИНАМИКА ОСНОВНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО ЭПИДЕМИОЛОГИИ В КОНЦЕ XX - НАЧАЛЕ XXI ВВ.

(по материалам публикаций в периодической печати)

Горшкова Е.В., Маслова А.Н.

Кафедра эпидемиологии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: д.м.н. Здольник Т.Д.

Содержание публикаций медицинского характера в значительной степени связано с актуальностью отдельных проблем здравоохранения. Исходя

из этого, можно предположить, что количество публикаций в периодических медицинских изданиях эпидемиологического направления отражает значимость определенных вопросов эпидемиологии.

Цель исследования. Выявление актуальности отдельных проблем эпидемиологии в её новейшей истории.

Материалы и методы. В работе проведен анализ частоты публикаций по отдельным проблемам эпидемиологии в «Журнале эпидемиологии, микробиологии, иммунологии» (ЖМЭИ) за 18 лет с 1996 по 2013 гг.

Результаты и их обсуждение. За исследуемый период в ЖМЭИ опубликовано 832 статьи. В структуре публикаций преобладали работы, посвященные эпидемиологии социально обусловленных инфекций (20,8%), вирусных гепатитов (16,8%), острых кишечных инфекций (14,0%), зоонозов диких животных (13,1%). Среди работ, посвященных остальным группам инфекций, по 7-9% от числа всех публикаций составляли статьи по инфекциям, управляемым средствами специфической иммунопрофилактики, гриппу и ОРВИ, инфекциям, связанным с оказанием медицинской помощи, особо опасным инфекциям. Число работ по протозоозам и гельминтозам не превышает 2,5%. Среди социально обусловленных инфекций наибольшее внимание исследователей привлекает ВИЧ-инфекция (64%). Публикации по эпидемиологии туберкулеза составили 17%, сифилиса - 11%, хламидийной инфекции - 4%, гонореи - 2%. Среди работ по вирусным гепатитам подавляющее большинство статей (80%) посвящено парентеральным гепатитам. По эпидемиологии острых кишечных инфекций ежегодно публиковалось по 5 - 8 статей, из их числа 46% посвящено общим вопросам, 18% - эпидемиологии дизентерии, 16% - сальмонеллеза, 9% - ротавирусной инфекции, 6% - энтеровирусных инфекций, 5% - полиомиелита. По эпидемиологии зоонозов диких животных наибольший интерес исследователей проявлялся к ГЛПС (27,5%). По эпидемиологии лептоспироза опубликовано 21% работ, ИКБ - 18%, КВЭ - 13%.

Выводы. В новейшей истории эпидемиологии наибольшую актуальность имеют социально обусловленные инфекции и парентеральные вирусные гепатиты, обладающие признаками социально значимых болезней.

ЭПИЗООТОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ЗА ПРИРОДНЫМИ ОЧАГАМИ ТУЛЯРЕМИИ В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Ястреба Е.Ю.

Кафедра эпидемиологии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: д.м.н. Здольник Т.Д.

Рязанская область является территорией, эндемичной по туляремии, в связи с чем особое внимание уделяется осуществлению непрерывного эпизоотологического мониторинга за природными очагами данной инфекции.

Цель исследования. Оценка результатов эпизоотологического мониторинга за природными очагами туляремии в Рязанской области.

Материалы и методы. В работе проанализированы материалы отчетов ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Рязанской области» по результатам исследования объектов окружающей среды на наличие возбудителя туляремии за 20 лет с 1995 по 2014 гг.

Результаты и их обсуждение. Средний за 20 лет процент положительных проб при исследовании крови грызунов на антитела к возбудителю туляремии в РПГА составил 13,2% от числа исследованных проб. Из общего числа положительных проб наибольшая доля (40,7%) приходится на рыжую полевку; 23,3% - на полевку обыкновенную, 13,6% - на мышь полевую, 9,1% - на мышь лесную, 4,9% - на полевку водяную, 3,5% - на бурозубку обыкновенную. Средний за 20 лет показатель выявления возбудителя в РНАТ из других объектов (погадки, помет хищных птиц, подснежные гнезда и останки грызунов) составил 26,6% от общего числа исследованных проб. Наибольший процент положительных проб дали погадки (86%). Доля положительных проб в помете хищных птиц составила 7,3%, подснежных гнездах - 4,5%, останках грызунов - 2,2%. Коэффициент корреляции между положительными показателями РПГА и РНАТ составил +0,24, между числом положительных проб РПГА и заболеваемостью населения - (+0,15), между числом положительных проб РНАТ и заболеваемостью населения - (+0,07).

Выводы.

1. Из числа грызунов как источников возбудителя туляремии в Рязанской области наибольшее значение имеет рыжая полевка.
2. При исследовании объектов окружающей среды на туляремию наиболее информативными являются погадки.
3. Результаты эпизоотологического мониторинга не коррелируют с заболеваемостью населения туляремией за счет влияния социальных факторов, в т.ч. вакцинации.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОБСТАНОВКА ПО ЛЕПТОСПИРОЗУ В РЕСПУБЛИКЕ МОРДОВИЯ

Морозова С.В.

Кафедра эпидемиологии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: асс. Абрамова А.О.

В Республике Мордовия сохраняется повышенный по сравнению со среднероссийским уровень заболеваемости лептоспирозом (период наблюдения - 2007-2013 гг.). **Цель исследования.** Анализ заболеваемости лептоспирозом в Республике Мордовия за период с 2007 по 2013 гг.

Лептоспироз - острое зоонозное природно-очаговое заболевание, вызванное патогенными представителями рода *Leptospira*. Характеризуется

полиорганным поражением (преимущественно почек, печени и нервной системы), сопровождается развитием интоксикации, геморрагического синдрома и желтухи. Заболеваемость по Республике Мордовия отличается более высокими показателями по сравнению с таковыми по Российской Федерации; в целом, наблюдается тенденция к снижению заболеваемости (от 10,2 на 100 тыс. населения в 2007 г до 0,4 на 100 тыс. населения в 2013 году против 0,49 на 100 тыс. населения в 2007г. до 0,06 на 100 тыс. населения в 2013 г., соответственно). В 2013 году внутригодовая динамика заболеваемости лептоспирозами характеризовалась выраженной летне-осенней сезонностью с активацией эпидемического процесса в сентябре-ноябре; в 2012 г. доминирующие показатели заболеваемости были зарегистрированы в августе (0,4 на 100 тыс. населения) и в декабре (0,2 на 100 тыс. населения); в 2011, 2010 и 2009 гг.- в июле (0,5, 0,24 и 0,5 на 100 тыс. населения соответственно), в августе (0,4, 0,36 и 0,5 на 100 тыс. населения, соответственно), в сентябре (0,4, 0,12 и 0,8 на 100 тыс. населения, соответственно). Основные условия, способствовавшие заражению: работа на дачном участке, заражение в бытовых условиях, купание в открытых водоемах, уход за сельскохозяйственными животными, пребывание в лесу, строительные работы, рыбалка, употребление некипяченой воды. Несмотря на неблагоприятную обстановку по заболеваемости лептоспирозом в Республике Мордовия мониторинг за циркуляцией возбудителей лептоспироза из объектов окружающей не выявляет положительных результатов.

Выводы. Повышенный уровень заболеваемости лептоспирозом в республике Мордовия может быть связан с территориальными особенностями региона (густая речная сеть, болотистая местность), наличием природных резервуаров инфекции, а также и высокой плотностью поголовья с/х животных в очагах инфекции, а также с ненадлежащим и несвоевременным проведением профилактических и противоэпидемических мероприятий (в т.ч. несвоевременным выявлением возбудителя в биотических и абиотических объектах окружающей среды).

ТЕРРИТОРИАЛЬНО РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ
НАСЕЛЕНИЯ РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ
ПРИРОДНО-ОЧАГОВЫМИ ЗООНОЗНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ (ПОЗИ)

Воронцова А.С.

Кафедра эпидемиологии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: д.м.н. Здольник Т.Д.

В последние годы в связи с наблюдающейся тенденцией к росту заболеваемости все большее внимание эпидемиологов привлекают ПОЗИ. Уровень заболеваемости населения данной группой инфекций в значительной степени определяется принадлежностью территории к определенной кли-

мато-географической зоне.

Цель исследования. Выявление территориального распределения заболеваемости населения ПОЗИ в Рязанской области, северные районы которой расположены в зоне южной тайги, а южные - в лесостепной зоне.

Материалы и методы. В работе проведен анализ материалов отчетов ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Рязанской области» за 17 лет с 1997 по 2013 гг.

Результаты и их обсуждение. В Рязанской области наиболее высокий уровень заболеваемости характерен для ГЛПС (3,9 на 100 тыс.). Он ниже, чем по РФ (5,2 на 100 тыс.). Тенденция к росту умеренная (Тср.пр.=1,76%). Заболеваемость данной инфекцией, превышающая верхнюю доверительную границу средней величины, отмечалась в южнотаежных Клепиковском, Ермишинском, Касимовском, Спасском, Рязанском и лесостепном Шацком районах. Заболеваемость ИКБ, составившая 2,3 на 100 тыс., ниже, чем по РФ (5,4 на 100 тыс.). Тенденция к росту выраженная (Тср.пр.=5,55%). Наиболее высокий уровень отмечен в южнотаежных Клепиковском, Кадомском, Рыбновском, Рязанском и лесостепном Сасовском районах. Заболеваемость туляремией составила 1,2 на 100 тыс., что значительно выше, чем по РФ (0,2 на 100 тыс.). Наиболее высокий уровень отмечался в южнотаежных Кадомском, Клепиковском и лесостепных Новодеревенском и Шацком районах. Показатель заболеваемости по лептоспирозу самый низкий (1,1 на 100 тыс.), но превышает среднероссийский (0,7 на 100 тыс.). Тенденция к снижению выраженная (Тср.пр.= -8,24%). Наиболее высокая заболеваемость наблюдалась в южнотаежных Клепиковском, Кораблинском, Рыбновском, Спасском, лесостепных Сасовском и Новодеревенском районах.

Выводы.

1. Рязанская область характеризуется более высокой заболеваемостью туляремией и лептоспирозом по сравнению с РФ и тенденцией к росту заболеваемости ГЛПС и ИКБ.

2. Наибольшее число случаев ПОЗИ отмечается в северных районах Рязанской области, расположенных в южнотаежной зоне.

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ НОРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Иванова М.В., Степкин А.И.

Кафедра эпидемиологии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: асс. Абрамова А.О.

В последние годы произошла активизация эпидемического процесса норовирусной инфекции, которая стала представлять серьезную проблему здравоохранения во многих странах мира. К настоящему времени установлены ведущая роль норовирусов в возникновении вспышек острого гастро-

энтерита и второе по значимости место, после ротавирусов, в инфекционной кишечной патологии детей первых лет жизни.

Цель исследования. Описание эпидемиологической ситуации в отношении норовирусной инфекции в Рязанской области в сравнении с Российской Федерацией. Использовались эпидемиологический и статистический методы исследования.

Результаты и их обсуждение. Статистическое наблюдение за норовирусной инфекцией в Российской Федерации ведется с 2009 года. Показатель заболеваемости РВИ с 2009 по 2012 год колеблется от 0,9 до 4,9 на 100 000 населения. Несмотря на малый период наблюдения отмечается выраженная тенденция к росту заболеваемости. За 2009-2012 гг. по данным формы № 23-09 («Сведения о вспышках инфекционных заболеваний») зарегистрировано 390 очагов норовирусной инфекции (в 2011 г. - 125, в 2012 г. - 140) с общим числом пострадавших 4 003 человека, из которых около 70 % составили дети до 17 лет. В 2011 г. в период летней оздоровительной кампании очаги норовирусной инфекции составили 40,0 %.

В Рязанской области вспышка норовирусной инфекции с вовлечением 12 заболевших детей была зарегистрирована в одном из МАДОУ г. Рязани в 2014 году. Заболевание протекало в виде острого гастроэнтероколита.

Выводы. Количество случаев норовирусной инфекции продолжает увеличиваться, в связи с чем необходимо непрерывное осуществление эпидемиологического надзора за данной инфекцией, с постоянной и объективной оценкой масштабов, характера распространенности и социально-экономической значимости инфекции (с особым вниманием к очагам групповой заболеваемости), выявление региональных и сезонных тенденций эпидемического процесса, выявление причин и условий, определяющих уровень и структуру заболеваемости НВИ на территории, мониторинг изменчивости свойств возбудителя, разработку и проведение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, оценку эффективности проводимых санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, прогнозирование эпидемиологической ситуации.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ТУБЕРКУЛЕЗА В г. РЯЗАНИ И РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Мирошникова Д.И.

Кафедра эпидемиологии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: ст. преп. Сенькина Е.Л.

Цель исследования. Анализ заболеваемости туберкулезом за отчетный 2014г. населения г. Рязани и Рязанской области.

Анализ полученных данных показал, что в Рязанской области в 2014г. продолжилось дальнейшее (с 2009г.) улучшение основных эпидемиологи-

ческих показателей по туберкулезу: показатель заболеваемости составил 46,2 против 53,5 (2013г.) на 100 тыс. населения. Начиная с 2009г. наметилась тенденция к снижению заболеваемости как по РФ, так и в Рязанской области с 82,7 до 46,2 на 100 тыс. населения (почти в 2 раза). На эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу в Рязанской области существенное влияние оказывают мигранты, в среднем 11% -12% среди впервые заболевших. По-прежнему, наибольшее количество заболевших приходится на самый трудоспособный возраст 25-54 года (доля составила 67%). Почти в 1,5 раза снизилась заболеваемость среди молодежи с 50,3 до 33,5 на 100 тыс. населения данного возраста. В 2014 г. снизилась доля женщин среди впервые выявленных с 31,2% до 29,8%. Женщины болеют в 2,7 раза реже мужчин. Как и в целом по стране, в Рязанской области чаще заболевали туберкулезом сельские жители, что свидетельствует о сохранении большого резервуара инфекции на селе. По-прежнему, социальный состав заболевших туберкулезом представлен малообеспеченной и социально незащищенной частью населения 67% (2013г- 63,5%). В 2014 г. доля МЛУ среди впервые выявленных повысилась с 15% до 19%. Проблема МЛУ туберкулеза в области, как и в целом в стране, нарастает. В 2014г. отмечен рост заболеваемости туберкулезом среди ВИЧ-инфицированных, что связано с увеличением доли пациентов с поздними стадиями ВИЧ-инфекции. Смертность от туберкулеза с 2009 г. имеет тенденцию к снижению, как по стране, так и в Рязанской области с 17,9 до 4,3 на 100 тыс. населения (почти в 4 раза). Сохраняется высокий уровень профессиональной заболеваемости туберкулезом сотрудников фтизиатрической службы.

Выводы. В г. Рязани и Рязанской области на фоне проводимых планомерных противотуберкулезных мероприятий продолжилось дальнейшее улучшение основных эпидемиологических показателей по туберкулезу (ниже среднефедеральных показателей). Стоит отметить, что нарастает проблема МЛУ туберкулеза в области, как и в целом по стране. Неблагополучные районы области - Сараевский, Пителенский, Кадомский, Старожиловский (заболеваемость составляет от 63,4 до 101,6 на 100 тыс. населения).

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ВОЗДУШНО-КАПЕЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ТУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Дубоносова Д.В.

Кафедра эпидемиологии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: ст. преп. Сенькина Е.Л.

В структуре инфекционной заболеваемости в Тульской области основную долю составляют воздушно-капельные инфекции - до 94%, преимущественно за счет регистрации острых респираторных вирусных инфекций не гриппозной этиологии

Цель исследования. Анализ заболеваемости воздушно-капельными инфекциями и, в частности, «детскими инфекциями», к которым относятся краснуха, эпидемический паротит, ветряная оспа, коклюш и скарлатина, в Тульской области.

В Тульской области на протяжении последних 10 лет показатели заболеваемости корью были ниже среднероссийских. В 2013г. наблюдался подъем уровня заболеваемости (1,37 на 100 тыс. населения против 0,06 на 100 тыс. населения в 2012 г.) за счет заносом случаев кори из других территорий и регистрацией заболеваний среди цыганского населения, проживающего в области. Начиная с 2007 года показатели заболеваемости краснухой по области не превышают среднероссийский показатель, с 2009 года, благодаря реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» по дополнительной иммунизации и изменениям Национального календаря профилактических прививок (в части расширения контингентов подлежащих иммунизации против краснухи), регистрировались лишь единичные случаи заболевания краснухой. В 2013 году случаев заболевания краснухой не зарегистрировано. Заболеваемость эпидемическим паротитом и дифтерией не регистрировалась с 2007 года. Показатель заболеваемости скарлатиной в 2013г. составил 17,42 на 100 тыс. населения (100% случаев - дети до 17 лет). В целом имеется тенденция к снижению заболеваемости. Уровень заболеваемости ветряной оспой в 2013 г. составил 557,7 на 100 тыс. населения (91,0% - дети до 17 лет, в основном дети организованных коллективов).

Выводы.

1. Показатели заболеваемости воздушно-капельными инфекциями на территории Тульской области не превышают среднероссийский уровень.

2. В целях поддержания положительной динамики в уровнях заболеваемости, необходимо продолжать прививочную кампанию в соответствии с планом, своевременно выявлять и изолировать больных; проводить в полном объеме противоэпидемические мероприятия в образовательных учреждениях в соответствии с санитарными правилами; соблюдать санитарно-противоэпидемический режим, а также проводить санитарно-просветительную работу.

ОСОБЕННОСТИ УСЛОВИЙ ТРУДА ЭЛЕКТРОГАЗОСВАРЩИКА

Алпысбаев Д.Н., Жарылкасын Ж.Ж.

Научно-исследовательская санитарно-гигиеническая лаборатория
Карагандинский государственный медицинский университет, г.Караганда, Казахстан
Научный руководитель: доц. Жарылкасын Ж.Ж

Цель исследования. Дать гигиеническо-физиологическую оценку условия труда электрогазосварщика.

Материалы и методы. Гигиено-физиологические методы исследования условий труда проводились согласно требованиям Руководства АДЗ РК

№1.04.001.2000 от 30.11.2000 г. Для этого использованы средства измерения прошедшие госповерку в РК.

Результаты и их обсуждение. Проведенные исследования позволили установить следующие особенности условий труда на рабочих местах электрогазосварщика ремонтно-строительного цеха: при работе на стационарном сварочном посту электрогазосварщик работает в более благоприятных условиях труда, и при этом отклонении по микроклимату, освещенности, шума и вибрации не обнаруживаются, а по запыленности (по содержанию в воздухе рабочей зоны сварочных аэрозолей, в частности по марганцу в 1,1 раза превышает ПДК), и по тяжести трудового процесса вредный класс условий труда 3,1 сохраняется. При осуществлении сварочных работ на открытой территории цеха показатели микроклимата зависят от сезона года, соответственно имеет место отклонение от допустимых величин по температурному фактору.

Выводы.

1. Труд электрогазосварщика по тяжести следует рассматривать как «тяжелый» 3 класс 1 степени, поскольку имеет место пребывание в неудобной и вынужденной рабочей позе до 50% рабочей смены.
2. Содержания в воздухе рабочей зоны сварочных аэрозолей (марганец 0,22мг/м³, ПДК 0,2мг/м³) превышает ПДК в 1,1 раза.
3. Параметры микроклиматических условий зависели от сезона года и от места проведения сварочных работ.

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ
УРОГЕНИТАЛЬНЫМ ХЛАМИДИОЗОМ
НА ТЕРРИТОРИИ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ**

Криушин А.Е., Митрофанова Н.Н.

Кафедра микробиологии, эпидемиологии и инфекционных болезней
Медицинский институт Пензенского государственного университета, г. Пенза
Научный руководитель: д.м.н. Мельников В.Л.

Цель исследования. Изучение некоторых клинико-эпидемиологических особенностей течения урогенитального хламидиоза у лиц, госпитализированных в инфекционный стационар в период 2009-2014 гг.

Материалы и методы исследования. Для достижения поставленной цели было выполнено клинико-эпидемиологическое исследование, которое основывалось на ретроспективном анализе анамнестических сведений и клинико-лабораторных данных, полученных из амбулаторных карт пациентов венерологического кабинета ГБУЗ ПОЦСВМП в 2009-2014 гг.

Результаты и обсуждение. Установлено, что преимущественная заболеваемость хламидийной инфекцией на территории Пензенской области регистрируется у половозрелого населения в возрастной группе от 18 до 39 лет. За период с 2009 по 2014 гг., наблюдается тенденция к снижению за-

болеваемости урогенитальным хламидиозом за счет лиц женского пола. В 2014 г. урогенитальный хламидиоз достоверно чаще наблюдается у лиц мужского пола, проживающих в городском мегаполисе. На территории Пензенской области регистрируется только половой путь передачи урогенитального хламидиоза. Основная клиническая форма течения урогенитального хламидиоза в Пензенской области - бессимптомное носительство.

Выводы. В настоящее время в Пензенской области заболеваемость урогенитальным хламидиозом остается актуальной проблемой для здравоохранения области. В связи с этим необходимо проведение профилактических мероприятий с обязательным проведением профилактических медосмотров с лабораторным обследованием, назначение этиотропного лечения и дальнейшего клинико-лабораторного контроля.

ХРОНИЧЕСКИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ЖИТЕЛЕЙ ПРОМЫШЛЕННОГО РЕГИОНА

Ровный П.О, Соколовская И.А.

Кафедра общей гигиены и экологии

Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье, Украина

Научный руководитель: к.м.н. Соколовская И.А.

Цель исследования. Выявить особенности воспалительных заболеваний половых органов у жителей г. Запорожье, как промышленного региона.

Материалы и методы. Группы испытуемых включали 162 больных хроническими неспецифическими воспалительными заболеваниями половых органов, которые были распределены по полу, из них 74 мужчины и 88 женщин. У исследованных пациентов продолжительность воспалительных заболеваний половых органов составляла 2 - 13 лет и сопоставлялась с возрастом. Все больные жаловались на неэффективность предыдущего или системного противомикробного лечения, кратковременные ремиссии.

Результаты и их обсуждение. При микроскопическом исследовании мазков-соскобов со слизистой оболочки гениталий у больных было выявлено, что этиологическим фактором в 23% случаев была микст-инфекция, в то время, как моноинфекция наблюдалась в 77% случаев. Чаще всего у обследованных нами жителей запорожского города встречались: бактериальный вагинит, уретральный хламидиоз, трихомониаз, герпес, грибковые заболевания. Представление о состоянии системной неспецифической реактивности организма можно получить путем анализа количественно - качественных показателей состава лейкоцитов и СОЭ. Мы воспользовались этим гематологическими показателями, что позволило без сложных дополнительных обследований ориентировочно оценить активность различных звеньев системы неспецифической реактивности.

Выводы. У жителей города Запорожье воспалительные заболевания по-

ловых органов имеют хроническое течение (обследованные нами пациенты болеют в течение 2-13 лет). Воспалительные заболевания половых органов протекают чаще всего на фоне пониженной неспецифической реактивности организма.

МОЛЕКУЛЯРНОЕ ГЕНОТИПИРОВАНИЕ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА ВЫСОКОГО РИСКА

Алехина К.А.

Южно-Уральский государственный медицинский университет, г. Челябинск
Научный руководитель: проф. Абрамовских О.С.

Папилломавирусная инфекция - актуальная проблема здравоохранения во всем мире в связи с широким ее распространением и способностью вирусов папилломы человека высокого риска (ВПЧ ВР) инициировать развитие цервикальных неоплазий и инвазивных опухолей.

Цель исследования. Изучить особенности спектра генотипов ВПЧ ВР у студенток старших курсов высших учебных заведений г. Челябинска.

Материалы и методы. Ретроспективно был проведен анализ результатов ВПЧ-тестирования у 342 студенток старших курсов высших учебных заведений г. Челябинска в возрасте 20-25 лет, средний возраст - $22,2 \pm 0,9$ лет. В качестве метода выявления и дифференциации ДНК ВПЧ ВР (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 типы) в соскобах эпителия цервикального канала использовалась ПЦР в режиме реального времени на приборе «Rotor-Gene» 6000 («CorbettResearch», Австралия) при помощи тест-систем производства ФГУН ЦНИИЭ Роспотребнадзора (г. Москва). Статистическая обработка материала осуществлялась с использованием пакета прикладных программ «Statistica 6.0».

Результаты и обсуждение. Проведенные исследования показали, что ВПЧ ВР обнаруживался у 64,3 % ($n=220$) студенток. Один генотип встречался у 44,5 % ($n=98$), тогда как сочетание двух и более типов ВПЧ ВР обнаруживалось у 55,5 % ($n=122$) ВПЧ-позитивных девушек. Проведенное молекулярное генотипирование среди 220 студенток с наличием ВПЧ ВР установило, что 16 тип встречался в 27,2 %, 31 тип - в 9,9 %, 51 тип - в 9,4 %, 39 тип - в 7,9 %, 52 тип - в 7,4% случаев. Остальные типы ВПЧ ВР (18, 33, 35, 45, 56, 58, 59) определялись менее чем в 7 % случаев. Интересен тот факт, что 45, 58 и 59 типы ВПЧ не встречались в виде моноинфекции, а только в сочетании с другими высокоонкогенными типами.

Выводы. Особенностью течения папилломавирусной инфекции урогенитального тракта у студенток старших курсов высших учебных заведений г. Челябинска является высокая частота встречаемости высокоонкогенных типов ВПЧ и преобладание максимально канцерогенного 16 типа. Учитывая полученные данные, девушки данной возрастной группы с наличием в урогенитальном тракте ВПЧ ВР нуждаются в активном динамическом

наблюдении и повторных ВПЧ-тестированиях методом ПЦР с целью своевременного выявления персистенции вируса и проведения мероприятий по ранней профилактике рака шейки матки.

БАДЫ КАК КОМПОНЕНТ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Зыкина Е.Ю.

Кафедра патологической анатомии

Кировская государственная медицинская академия, г. Киров

Научный руководитель: к.м.н. Мильчаков Д. Е

Нерациональное питание - одна из важнейших причин самых разных заболеваний. Проблема очень серьезная. Уже как минимум 100-120 лет мы живем в условиях витаминно-минерального дефицита, не говоря уже о дефиците других микронутриентов. Неудивительно, что от нездоровых родителей рождаются больные дети, а это в результате может привести к вырождению нации. Современное питание не содержит тех компонентов, в которых нуждается человеческий организм и к которым он адаптировался в течение всего времени своего существования.

Связана данная проблема в первую очередь с ухудшением экологической обстановки, с химизацией сельского хозяйства, изменением технологии выращивания, изготовления и хранения продуктов питания. В мире идут большие маркетинговые битвы за прибыль, ради которой производители готовы на многое. Искусственное увеличение сроков годности, использование не совместимых со здоровьем консервантов, пресловутый фаст-фуд - реалии жизни в 21 веке.

Пища перестала быть лекарством, как завещал человечеству Гиппократ. Теперь она практически непригодна для полноценного питания с точки зрения микронутриентного состава. Она не содержит и десятой доли того, в чем нуждается человеческий организм. При традиционном питании человек современного общества, по сути, обречен на различные виды пищевой недостаточности. Поэтому в настоящее время среди специалистов в области питания и медицины все более широкое распространение имеет точка зрения, что наиболее быстрым, экономически обоснованным и приемлемым путем решения обсуждаемой проблемы является создание и широкое применение в повседневном питании больных и здоровых людей биологически активных добавок к пище или "Food supplements", как их называют за рубежом.

БАД - оздоровительные продукты питания. Врач вполне может профессионально и грамотно посоветовать пациенту принимать те или иные БАД. При этом совершенно очевидно, что одними БАД здоровье не сохранишь и не улучшишь. Необходим весь комплекс здорового образа жизни. И БАД для современного человека - важный его компонент. Однако применять можно только БАДы, эффективность которых достоверно доказана результатами доклинических и клинических исследований.

Блок фармации

ДЕЙСТВИЕ РАСТИТЕЛЬНЫХ ПОЛИСАХАРИДОВ НА СОСТАВ КРОВИ И СТРУКТУРУ КОСТНОГО МОЗГА ЗДОРОВЫХ КРЫС

Ерзылева Т.В.

Кафедра общей химии с курсом биоорганической и органической химии
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научный руководитель: д.б.н. Сычев И.А.

Растительные полисахариды проявляют высокую биологическую активность, не обладают токсичностью, аллергенностью, пирогенностью. Они оказывают выраженное противовоспалительное, ранозаживляющее, антиоксидантное и противорадиационное воздействие, активируют функции иммунной системы, а так же стимулируют процессы кроветворения при введении в организм здоровым животным.

В наших исследованиях было установлено стимулирующее влияние растительных полисахаридов (крапивы двудомной, донника желтого и пижмы обыкновенной) на состав крови, процесс гемопоэза и структуру костного мозга здоровых животных.

Полисахариды пижмы, крапивы и донника вводили здоровым крысам пород «Wistar» и «Sprague-Dawley», содержащимся в стандартных условиях вивария, в дозе 0,1г/кг. У подопытных и контрольных животных для исследования брали кровь и 2 бедренные кости. В составе крови определяли содержание эритроцитов и гемоглобина.

В костном мозге животных определяли количество эритробластических островков. Для этого вскрывали бедренную кость, выдавливали из нее костный мозг, помещали его в питательную среду и измельчали через металлическое сито, а затем перемешивали клеточную взвесь через отверстие пипетки 10-15 раз. Суспензию клеток окрашивали красителем - нейтральным красным и определяли количество островков в камере Горяева. На малом увеличении (x100) подсчитывали общее количество эритробластических островков и количество островков 1, 2 и 3 классов зрелости.

Исследование крови и костного мозга проводили на 3, 5, 10 сутки эксперимента при действии полисахаридов крапивы и донника, и на 7 сутки при введении полисахарида пижмы.

Нами было установлено, что при действии полисахарида пижмы количество эритроцитов на 7 сутки опыта возрастает на 17%, в сравнении с контролем. Гемоглобин в это же время превышает контроль на 33%.

Количество эритробластических островков в структуре костного мозга стало максимальным на 7 сутки введения полисахарида пижмы и превышало контроль на 31%. При этом количество островков 1 и 3 класса становилось также максимальным и на 63% превосходило контроль.

При введении полисахарида крапивы количество эритроцитов и гемо-

глубина максимально увеличилось у подопытных животных по сравнению с контрольными на 5 сутки опыта (эритроцитов на 33%, гемоглобина на 22%). На 10 сутки эксперимента количество эритроцитов и гемоглобина снизилось почти до нормы, но на 10-15% превосходило контроль. К 10 суткам все изменения пришли в норму.

Количество эритробластических островков в структуре костного мозга стало максимальным на 5 сутки введения полисахарида крапивы и превышало контроль на 16%. При этом количество островков 3 класса становилось также максимальным и на 77% превосходило контроль.

При введении полисахарида донника количество эритроцитов и гемоглобина максимально возрастает на 5 сутки введения на 32% и 36% соответственно. На 10 сутки количество их количество остается незначительно повышенным.

Начиная с 3 суток опыта, при введении полисахарида пижмы, происходит увеличение общей клеточности. На 5 сутки эксперимента появляются новые эритробластические островки 1 класса и особенно увеличивается число островков 2 и 3 классов зрелости. На 10 сутки введения полисахарида общая клеточность снижается, количество эритробластических островков 1 и 2 классов повышено, а 3 класса снижается до нормы.

Таким образом, растительные полисахариды активируют процессы гемопоэза: стимулируют синтез гемоглобина максимально на 5-7 сутки опыта, увеличивают количество эритроцитов в наибольшей степени на 5-7 сутки, численность эритробластических островков достигает максимума под влиянием полисахаридов крапивы и донника на 5 сутки, а при действии полисахарида пижмы на 7 сутки эксперимента.

ВЛИЯНИЕ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ НА СОДЕРЖАНИЕ АНТОЦИАНОВ В ПЛОДАХ АРОНИИ ЧЕРНОПЛОДНОЙ

Ульянова Н.Б.

Кафедра общей химии с курсом органической и биоорганической химии
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научный руководитель: доц. Мартынов Е.Г.

Арония черноплодная (*Aróniamelanocárpa* Elliot) относится к семейству розоцветных (*Rosaceae*), обладает Р-витаминной активностью, которая способствует прочности и эластичности кровеносных сосудов. Биологические активные вещества её представлены флавоноидами (гесперидид, рутин, кверцетин), катехинами, антоцианами и лейкоантоцианами, общее количество которых достигает 2-5%. Также она содержит аскорбиновую кислоту, дубильные вещества, органические кислоты, бета-каротин, витамины А, С, Р, группы В, Е, минеральные элементы, калий, кальций, железо, йод и фосфор.

Цель исследования. Изучение влияния микроэлементов (МЭ): бора,

цинка и их смеси (1:1) на качественный состав и накопление антоцианов в зрелых плодах аронии черноплодной.

В 2014 году проводили внекорневую подкормку 10-15-летних растений 0,03% растворами H_3BO_3 , $ZnSO_4 \cdot 7H_2O$ и их смесью в соотношении (1:1) с расходом 3 литра на одно растение в утренние часы трёхкратно - в фазы начала, массового цветения и окончания цветения в совхозе «Кирицы» Спасского района Рязанской области. Контрольные растения обрабатывали чистой водой, на которой готовились растворы микроэлементов (МЭ).

Антоциановые вещества выделяли из сырых зрелых плодов 1%-ной HCl в этаноле (1:99) по методике Шнайдмана, Афанасьевой, Хориной. Экстракт упаривали в вакууме и исследовали радиальной бумажной хроматографией (бумага Ленинградская, марки «М») в системе н-бутиловый спирт - уксусная кислота - вода (4:1:5). Во всех вариантах опытов обнаружили три антоциановых вещества.

После гидролиза этих веществ в HCl в течение 30 мин и вторичного хроматографирования был выделен изоамиловым спиртом по методике Самородовой - Бианки продукт гидролиза трёх антоциановых веществ, который отождествлен с агликоном цианидином.

Количественное определение антоцианов (АН) в плодах проводили фотозлектроколориметрическим методом, на КФК-2 в кюветах на 5 мм при $\lambda=400$ нм. Результаты исследования обрабатывали методом вариационной статистики по Рокицкому.

Таким образом, нами изучен качественный и количественный состав антоцианов, а применение МЭ позволяет повысить содержание АН в зрелых плодах аронии чёрноплодной под влиянием бора на 8,7%, под влиянием бора + цинка - на 11,5%, а под действием цинка - на 13,5 %. МЭ не влияют на качественный состав АН.

СВОЙСТВА ПОЛИСАХАРИДНОГО КОМПЛЕКСА, ВЫДЕЛЕННОГО ИЗ ЦВЕТКОВ ПИЖМЫ ОБЫКНОВЕННОЙ Мыльников П.Ю.

Кафедра общей химии с курсом биоорганической и органической химии
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научные руководители: д.б.н. Сычев И.А., асс. Кириченко Е.Е.

В настоящее время очень активно развивается фармацевтическая отрасль, что сопровождается поиском новых лекарственных средств и их источников. Перспективными себя показывают растительные полисахариды различной природы. На кафедре общей химии мы в течение 3 лет исследовали свойства полисахаридного комплекса, выделенного из цветков пижмы обыкновенной.

Цель исследования. Изучение физико-химических свойств, состава, фармакологической активности данного комплекса.

Полисахаридный комплекс цветков пижмы обыкновенной (ПСП) выделяли из воздушно-сухих цветков пижмы обыкновенной. Полифенольные соединения отделяли предварительной экстракцией 40%-м этанолом. Из полученного шрота 3-кратной экстракцией 1% раствором оксалата аммония в течение 1,5 часов извлекали ПСП, который осаждали избытком этанола. Очистку проводили этанолом, ацетоном и эфиром.

Выделенный полисахаридный комплекс цветков пижмы обыкновенной представляет собой аморфное вещество светло-серого цвета. Моносахаридный состав ПСП следующий (методом ТСХ): глюкоза, галактоза, ксилоза и арабиноза. Высокое содержание уроновых кислот (84,70%) позволяет отнести выделенный комплекс к классу гликуроногликанов типа пектиновых веществ. Пектиновые вещества - полисахариды, образованные остатками главным образом галактуроновой кислоты. Присутствуют во всех высших растениях, особенно во фруктах, и в некоторых водорослях.

Исследование фармакологической активности во всех случаях проводили на крысах линии CD.

Изучение противовоспалительного действия ПСП проводили на модели асептического экссудативного воспаления по Селье. Для оценки противовоспалительного действия измеряли количество лейкоцитов и СОЭ. При введении ПСП было отмечено достоверное уменьшение количества лейкоцитов и СОЭ. Предположительно такое действие связано с образованием защитного слоя вокруг эритроцитов, а уменьшение количества лейкоцитов - с воздействием на систему кроветворения.

Изучение гастропротекторной активности ПСП проводили на модели НПВС-индуцированной язвы желудка и 12-перстной кишки, затем сравнивали её с активностью наиболее широко распространенных гастропротекторных средств - омепразолом и ранитидином. Сравнение вели по индексу Паулса, который рассчитывался как произведение среднего числа животных к проценту животных с язвенными эрозиями. Эффективность была определена как отношение индекса Паулса в контрольной группе к индексу Паулса в опытной группе.

Изучение гепатопротекторного действия проводили на модели острого токсического повреждения печени с применением тетрахлорметана (50% масляный раствор). Сравнивали эффективность с гепатопротекторным препаратом «карсил». Эффективность ПСП оценивали по степени повреждения печени по показателям: содержание билирубина, АлАТ, АсАТ, ЩФ, уровень МДА и тиольных групп в лизате эритроцитов и плазме крови, активность трансферазы и пероксидазы.

Выделенный полисахаридный комплекс цветков пижмы обыкновенной представляет собой аморфное вещество светло-серого цвета. Моносахаридный состав ПСП следующий (методом ТСХ): глюкоза, галактоза, ксилоза и арабиноза. Высокое содержание уроновых кислот (84,70%) позволяет отнести выделенный комплекс к классу гликуроногликанов типа пекти-

новых веществ. Пектиновые вещества - полисахариды, образованные остатками главным образом галактуроновой кислоты. Присутствуют во всех высших растениях, особенно во фруктах, и в некоторых водорослях. Пектиновые полисахариды, выделенные из разных растительных источников, характеризуются разнообразием боковых структур, нерегулярностью, блочным строением молекул, что и определяет широкий спектр их фармакологического действия.

При введении ПСП было отмечено достоверное уменьшение количества лейкоцитов и СОЭ. Предположительно такое действие связано с образованием защитного слоя вокруг эритроцитов, а уменьшение количества лейкоцитов - с воздействием на систему кроветворения.

При изучении гастропротекторного действия были получены следующие значения эффективности: ПСП - 10, ранитидин - 10.29, омепразол - 9.28. Это свидетельствует о высокой противоязвенной активности данного полисахаридного комплекса. Полученные данные могут быть объяснены как обволакивающим действием, так и регенеративным.

При изучении гепатопротекторного действия было выявлено достоверное снижение уровня АлАТ и АсАТ, МДА, активности трансферазы и пероксидазы, сопоставимое с действием карсила, а в некоторых моментах и превосходящая его (особенно по действию на активность пероксидазы и уровень МДА). Таким образом, можно сделать вывод о том, что ПСП обладает слабовыраженной гепатопротекторной активностью, преимущественно обусловленной снижением уровня АлАТ и АсАТ, а также увеличением антиоксидантной защиты клеток.

При изучении хронической и острой токсичности было установлено, что выделенные ПСП не обладают токсичностью даже при высоких дозах, что характерно для полисахаридных препаратов растительного происхождения. Полисахаридный комплекс цветков пижмы обыкновенной обладает выраженным противовоспалительным, гастропротекторным и слабым гепатопротекторным действием.

ФАРМАКОКИНЕТИКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Стоянова К.С.

Кафедра общей химии с курсом биоорганической и органической химии

Кафедра фармакологии с курсом фармации ФДПО

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научные руководители: асс. Черных И.В., асс. Щулькин А.В.

Химическая кинетика изучает механизмы и скорость химических реакций. Студенты первого курса всех факультетов изучают данную тему 4 часа на лабораторных занятиях и прослушивают 2 часа лекции, однако хотелось бы остановиться на ее приложении к более медицинской области, а именно, к фармакологии.

Фармакология - наука, которая изучает взаимодействие организма человека и лекарственного вещества. Ни одна клиническая дисциплина как терапевтического, так и хирургической профиля не обходится без знания ее основ. Данная наука состоит из двух больших разделов: фармакодинамики, которая исследует механизмы действия лекарственных веществ, и фармакокинетики - раздела о судьбе лекарственного вещества в организме.

Исследование фармакокинетики лекарственного средства является важным этапом его доклинического и клинического изучения и заключается в расчете фармакокинетических параметров, которые являются примерами показателей химической кинетики.

Первый и самый основной параметр фармакокинетики - это максимальная концентрация вещества в плазме крови. Важен он потому, что именно от его концентрации в крови зависит: будет ли лекарство действовать, окажется ли оно бесполезным или токсичным. Кроме того, концентрация вещества в крови определяет для большинства из них скорость метаболизма в организме, т.е. скорость химических превращений с ним. Вспоминаем понятие порядка химической реакции - величины, которая показывает зависимость скорости реакции от концентрации реагирующего вещества. Для большинства лекарственных веществ характерен метаболизм по законам кинетики первого порядка, т.е. чем больше концентрация вещества в крови, тем быстрее оно подвергается химическим превращениям. Однако есть и исключения - лекарственные вещества, метаболизирующиеся по законам кинетики нулевого порядка. Скорость их разрушения в организме не зависит от концентрации. Примером служит этиловый спирт. Скорость его метаболизма постоянна и в среднем равна 10 г чистого этанола в час. Связано это с его метаболизмом с помощью фермента, который обладает ограниченной каталитической активностью, т.е. насыщаемостью.

Следующий параметр - это период полувыведения (или, как мы его называем в химической кинетике - время полуреакции) - это время, за которое из плазмы крови исчезает половина максимальной концентрации лекарственного вещества. Параметр весьма важен, так как показывает за какое время организм полностью очистится от вещества (считается, что это время составляет около 4 периодов полувыведения), а также коррелирует с длительностью действия вещества. Кроме того, оно дает представление о локализации его действия.

Следующий параметр называется константой элиминации лекарственного вещества (константа скорости реакции, как мы называли его на наших занятиях). Теперь можно остановиться на его фармакологическом смысле. Это та часть лекарственного вещества, которая удаляется из организма за единицу времени.

Еще одним очень важным параметром является площадь под фармакокинетической кривой. Мы ее не изучали на занятиях, однако остановиться на ней стоит. Для начала опишем, что такое фармакокинетическая кривая

на примере типичного лекарственного вещества - фексофенадина. Мы вводим его однократно внутривенно кролику и забираем кровь из ушной вены в 9 временных точках с анализом концентрации данного вещества в каждой пробе крови. После этого строим кривую зависимости концентрации вещества от времени, прошедшего после введения препарата. Данная кривая дает возможность рассчитать все остальные фармакокинетические параметры. Так, тангенс угла наклона касательной к точке начала спада кривой является константой элиминации вещества, период полувыведения рассчитывается как отношение 0,693 к константе элиминации. Точка пересечения этой касательной с осью концентрации представляется собой еще один параметр, который называется условная, или теоретическая, максимальная концентрация вещества в плазме крови (на нем подробнее останавливаться не будем). И еще один важный расчет. Если мы введем этот же препарат внутривенно и построим аналогичную кривую, то отношение площадей этих кривых даст нам биодоступность лекарственного вещества при приеме внутрь, т.е. тот процент введенной дозы, которая достигнет системного кровотока.

Следует отметить, что все фармакокинетические параметры взаимосвязаны и совместно дают полное представление о судьбе лекарственного вещества в организме человека, а это, в свою очередь, гарантирует нам эффективность и безопасность лекарственного лечения.

ИЗУЧЕНИЕ КОМПЛЕКСООБРАЗУЮЩЕЙ СПОСОБНОСТИ САЛИЦИЛОИЛГИДРАЗОНОВ МОНОЗ

Савотин П.П.

Кафедра фармацевтической и токсикологической химии
Кафедра общей химии с курсом биоорганической и органической химии
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научные руководители: асс. Кулешова Л.Ю., доц. Фролова М.А.

В настоящее время в практической медицине для лечения различных заболеваний используется более 30 лекарственных средств, являющихся комплексными соединениями металлов. Использование металлокомплексов помогает преодолеть негативные эффекты, изменить величину и направленность фармакологического эффекта. Реакция комплексообразования многих органических соединений используется при определении металлов в качестве примеси в лекарственных средствах и определения в биологических и экологических объектах, а также в качестве детоксикантов.

Цель исследования. Изучение комплексообразующей способности салицилоилгидразонов моноз (L-арабинозы, D-рибозы, L-рамнозы, D-галактозы, D-маннозы, D-глюкозы) с катионами металлов s-, p- и d-элементов.

Данные, полученные при взаимодействии салицилоилгидразонов L-арабинозы и D-галактозы с солями меди приводят к изменению окраски

исходного голубого раствора до различных оттенков зеленого.

Взаимодействие салицилоилгидразона L-арабинозы с солями никеля вызывает появление травянисто-зеленой окраски анализируемого раствора, а с солями хрома (III) - фиолетовой. Аналогичный эффект получен и для салицилоилгидразона D-глюкозы. Розовое окрашивание раствора наблюдается при взаимодействии раствора салицилоилгидразона D-маннозы с растворами солей $Vi(III)$.

Следующим этапом исследований явилось определение чувствительности в реакциях проявивших лучший видимый эффект.

Результаты наших исследований отражены в рационализаторском предложении, а также внедрены в учебный процесс кафедры химии РГУ им. С. Е. Есенина.

ОБЗОР ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ, ОБЛАДАЮЩИХ РАДИОПРОТЕКТОРНОЙ АКТИВНОСТЬЮ

Визгалина А.В., Карпушина И.А.

Кафедра фармацевтической и токсикологической химии
Кафедра общей химии с курсом биоорганической и органической химии
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научные руководители: ст. преп. Кокина Д.Г., доц. Сычев И.А.

Главным стимулом в поисках и исследованиях природных противолучевых средств послужило стремление избавиться от ряда существенных недостатков присущих синтезированным радиопротекторам. Это токсичность, ограничение дозы и способа применения, понижение активности при понижении дозы облучения. В отличие от них природные радиопротекторы: не токсичны, проявляют лечебный эффект при различных дозах облучения и не обладают побочным действием.

К основным группам радиопротекторов можно отнести растения, содержащие: индолалкиламины, нуклеиновые кислоты, азотсодержащие соединения, аминифеноны, алкалоиды, полисахариды и другие.

Среди полисахаридов особенно выделяют пектины, способные выделять из организма радионуклиды (боярышник, кора дуба, инжир, рябина черноплодная). К растениям повышающим естественную резистентность организма относят растения содержащие витамин С (шиповник, смородина, зелёный горошек, цветная капуста); растения содержащие витамины группы Р (грецкий орех, ягоды чёрной смородины, рябины красной и черноплодной, зелёный чай); растения обладающие антиоксидантным действием (мелисса, розмарин, эстрагон, кориандр, бессмертник, малина, земляника).

Радиопротекторным лейкоцистимулирующим действием обладают гидролизаты из крестоцветных (капусты огородной, горчицы, редьки). В качестве средств профилактики используют ростки злаковых (пшеница, рожь, кукуруза) и сухое красное вино (в суточной дозе 70-100 мл должно

присутствовать в рационе лиц, чьи профессии связаны с повышенным облучением).

СИНТЕЗ ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА НА ОСНОВЕ SH-АЦИЛЬНЫХ ПРОИЗВОДНЫХ ПИРИМИДИН- И ТИАЗОЛИДИН-4-КАРБОНОВЫХ КИСЛОТ

Коровина И.С., Наследов Д.Г.

Институт высокомолекулярных соединений РАН, г. Санкт-Петербург
Кафедра фармацевтической и токсикологической химии
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научные руководители: проф. Ершов А.Ю., к.фарм.н. Кулешова Л.Ю.

В настоящее время ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) относятся к группе наиболее часто используемых лекарственных антигипертензивных средств. Первым среди препаратов этой группы был каптоприл 1-[(2S)-3-меркапто-2-метил-1-оксопропил] - L-пролин. Последующие исследования были направлены на замену природной аминокислоты L-пролина в его молекуле на синтетические аминокислоты гетероциклического ряда.

Результаты и их обсуждение. На основе природных аминокислот L-аспарагина, L-цистеина и общедоступных алифатических и ароматических альдегидов разработан трехстадийный метод стереоселективного синтеза SH-ацильных производных тиазолидин- и пириимидин-4-карбонновых кислот 1-3.

Выводы. Таким образом, соединения 1-3 могут представлять интерес при разработке новых препаратов - ингибиторов АПФ.

ВСЯ ПРАВДА О СПАЙСЕ ИЛИ ЧТО ТАКОЕ КУРИТЕЛЬНАЯ СМЕСЬ?

Королёва М.А.

Кафедра фармацевтической и токсикологической химии
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научный руководитель: асс. Фраучи Т.Г.

Спайс - один из брендов синтетических курительных смесей, поставляемых в продажу в виде травы с нанесённым химическим веществом. Смесь реализуется в виде высушенных и измельченных частей растений, порошков, которые можно использовать для курения.

Цель исследования. Проведение литературного поиска сведений о веществах, входящих в состав спайсов, их химической природе и действии курительных смесей на организм человека.

В состав спайсов входят абсолютно любые растения и пропитки или наполнители. Постоянной является формула изготовления спайсов: смесь из определенного растения + психотропная добавка или пропитка + возможность курения. Как правило, спайсы приготавливаются на основе расте-

ний, обладающих сильным психоактивным действием: *Nymphaea caerulea*, *Leonurus sibiricus*, *Salvia divinorum*, *Leonotis leonurus* и другие. Но основной составляющей спайсов, обуславливающей их наркотическое, психоделическое действие является синтетическое вещество - каннабиноид JWH-018, превосходящий действие марихуаны в 5 раз и оказывающий более пагубное влияние, чем общеизвестный героин.

Длительное время спайсы считались безопасными. В первую очередь, из-за своей новизны и неизученности. Но это несомненно обманчивая безопасность. Спайсы опасны прежде всего, своим составом - каждый пакетик это игра в «русскую рулетку». У спайсов нет строгой «рецептуры» - туда намешивают, что угодно и в каких угодно пропорциях: от легких галлюциногенов до тяжелых ядов. Спайсы токсичны! Как бы ни убеждали производители своих покупателей в безопасности смесей, токсичность смесей подтверждена клинически. Спайсы имеют достаточно короткий период воздействия - 2/3 часа. Человек начинает курить все больше и больше, чтобы поддерживать эйфорическое состояние. Длительное употребление спайсов сначала вызывает снижение работоспособности, угнетенное состояние, слабость, а затем и необратимое разрушение клеток мозга.

Не позволяйте убедить себя в безопасности спайсов! Помните: не существует наркотиков, которые можно легко бросить; не существует наркотиков, которые безопасны для здоровья и психики человека; не существует наркотиков, которые не меняют личность и не приводят к смерти!

ИССЛЕДОВАНИЕ СПОСОБНОСТИ К КОМПЛЕКСООБРАЗОВАНИЮ ТИОСАЛИЦИЛОИЛГИДРАЗОНОВ АРОИЛУКСУСНЫХ АЛЬДЕГИДОВ

Никиткина Е.В.

Кафедра фармацевтической и токсикологической химии
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научный руководитель: асс. Кулешова Л.Ю.

Изучение способности к комплексообразованию соединений ряда тиосалицилоилгидразонов ароилуксусных альдегидов было проведено с солями висмута, меди(II), железа(III), кобальта(II), никеля и серебра.

В результате исследования не было обнаружено характерных осадков или кристаллов при взаимодействии исследуемых соединений с солями никеля, кобальта, железа и серебра.

При изучении реакций комплексообразования исследуемых соединений с растворами солей меди было выявлено, что анион значительно влияет на конечный результат. Так, при взаимодействии с раствором меди нитрата, только в двух случаях из десяти обнаруживался положительный результат: в случае с тиосалицилоилгидразоном 4-метоксифенил-2-карбоксиметил-ароилуксусного альдегида - травянисто-зеленое окрашивание; с тиосалицилоилгидразоном 3,3-диметил-2-карбокситил-ароилуксусного альдегида

- изумрудно-зеленое окрашивание. Полученные продукты оказались устойчивыми в течение 3 суток. При использовании в качестве реагента раствора меди сульфата в большинстве случаев наблюдалось выпадение осадков с характерной микрокристаллоскопией, а именно с тиосалицилоилгидразонами 4-нитрофенил-; фенил-; 4-метоксифенил-; 4-бромфенил-2-карбоксиэтил- и 3,3-диметил-2-карбоксиэтил-ароилуксусных альдегидов.

С висмута нитратом тиосалицилоилгидразоны 4-нитрофенил-, фенил-, 4-метоксифенил-, перфторпропил- и 2-фенил-2-метил-ароилуксусных альдегидов образуют белые мелкокристаллические осадки. Тиосалицилоилгидразоны 4-метилфенил-, 4-метоксифенил-2-карбоксиэтил-, 4-бромфенил-2-карбоксиэтил-, 3,3-диметил-2-карбоксиэтил-ароилуксусных альдегидов образуют белые или прозрачные кристаллы с характерной микрокристаллоскопией. В отличие от других, тиосалицилоилгидразон 4-бромфенил-ароилуксусного альдегида образует ярко оранжевый мелкокристаллический осадок.

Таким образом, в ходе исследования комплексообразующей способности тиосалицилоилгидразонов ароилуксусных альдегидов было обнаружено, что многие из них могут использоваться в качестве специфических реагентов на катионы меди и висмута.

К ИЗУЧЕНИЮ ТОКСИЧНОСТИ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ НАНОПОРОШКОВ МЕТАЛЛОВ

Смелькина Д.А.

Кафедра фармацевтической и токсикологической химии
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научный руководитель: доц. Громова З.Ф.

Цель исследования. Изучение доступных литературных данных и интернет-ресурсов по биологической активности нанопорошков металлов, а также возможности токсического влияния на живой организм.

Нанопорошки можно подразделить на четыре группы: оксиды металлов, сложные оксиды, порошки чистых металлов и смеси. Низкие концентрации наночастиц (НЧ) вызывают умеренный прооксидантный эффект на фоне активизации факторов антиоксидантной защиты. Противоположное действие оказывают высокие концентрации НЧ. Наночастицы золота обладают эмбриотоксичностью. Наночастицы серебра обладают цитотоксической активностью *in vitro* по отношению к гепатоцитам крыс. Механизм развития токсичности связан с окислительным стрессом, нарушением функций митохондрий и увеличением проницаемости мембраны. Предварительная обработка клеток N-ацетилцистеином защищает клетки от воздействия НЧ. НЧ диоксида титана обладают повреждающим действием по отношению к ДНК лимфоцитов и клеток мозга, стимулируют выработку свободных радикалов и оказывают выраженный прооксидантный эффект. НЧ меди, реагируя с желудочным соком, вызывают истощение протонов

водорода и тем самым способствуют развитию метаболического алкалоза с повышением рН артериальной крови. НЧ алюминия способны индуцировать проатерогенное воспаление. НЧ кадмия активируют апоптоз.

Выводы. Токсичность наночастиц определяется их формой и размерами. При воздействии наночастиц на организм прослеживается зависимость «доза-эффект». Выявленные за последние 5 лет токсические и патофизиологические эффекты отдельных НЧ свидетельствуют о том, что выживаемость человечества в XXI веке в значительной степени будет зависеть от безопасности нанотехнологий и наноматериалов.

МАРКЕТИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ АССОРТИМЕНТА И ПОТРЕБИТЕЛЬСКИХ СВОЙСТВ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В ТРАВМАТОЛОГИИ

Гаркуша Г.Ю.

Кафедра управления и экономики фармации
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научный руководитель: ст. преп. Харченко Г.А.

Цель исследования. Составить классификацию и систематизировать широкий ассортимент изделий данной группы, определить индекс обновления и потребительские свойства.

Изучив ассортимент отечественных и зарубежных поставщиков ортопедических компаний и салонов, нами разработаны классификации, потребительские свойства и требования, предъявляемые к ним.

Результаты исследования могут быть использованы как ортопедическими предприятиями, так и медицинскими организациями с целью совершенствования ортопедического снабжения для населения.

Материалы и методы. Объектом исследования является обновленный в последние годы ассортимент ортопедических изделий, используемых в травматологии.

Изделия данной группы должны отвечать комплексу не только потребительских, но медицинских требований. К потребительским требованиям относятся: функциональные, эргономические и эстетические. К функциональным требованиям относятся: обеспечение функции движения и долговечность. К эргономическим - физиологические - масса и гибкость изделий не должна вызывать затруднений в движении. По антропометрическим требованиям ортопедические изделия должны соответствовать параметрам человека, что достигается различными приспособлениями изделия. Гигиенические свойства обеспечиваются, главным образом, выбором сырьевых материалов (натуральные волокна). Эстетические требования включают силуэт, форму, цвет и т.д. Однако наиболее важным являются медицинские требования, определяющие лечебную эффективность.

Проведенный анализ показал, что новые изделия отличаются не только

высокими показателями качества по потребительским свойствам, но и по медицинским требованиям. Самый высокий коэффициент обновления по маркетинговым исследованиям определен для следующих изделий: корсеты, ортезы и бандажи разной степени фиксации межпозвоночных дисков шейного, грудного, верхнего, грудопоясничного, поясничного, тазобедренного отделов, для руки, локтевого, лучезапястного, коленного, голеностопного суставов, при компрессионных переломах, травмах, операциях.

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ СЕКТОР АЛЖИРА

Бузиан Эль Муатез Биллах

Кафедра управления и экономики фармации

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: доц. Корецкая Л.В.

Цель исследования. Изучение инфраструктуры фармацевтического сектора Народной Демократической Республики Алжир.

Нами изучены: структура управления фармацевтическим сектором, задачи органов управления, организация снабжения фармацевтическими товарами, обеспечение качества лекарственных средств, национальная политика лекарственных средств.

Руководство фармацевтическим сектором Народной Демократической Республики Алжир осуществляет Департамент лекарственных средств и фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения. В составе Департамента созданы: Главное управление фармации и медицинского оборудования, Главная Национальная лаборатория контроля фармацевтической продукции и Национальный центр фармаконадзора.

Национальная политика лекарственных средств в Алжире включает: обеспечение безопасности, эффективности, качества фармацевтической продукции; наличие в аптеках; доступность для граждан; содействие местному производству; развитие больничной фармации.

Доля местного производства составляет 37,7% (5836 наименований зарегистрированной продукции), доля импорта - 62,5%, доля дженериков - 71%, доля патентованных средств - 29%.

Местное производство фармацевтических товаров осуществляют 60 промышленных предприятий. Большинство промышленных предприятий Алжира уже перешли на производство лекарственных средств по правилам GMP и имеют международный сертификат системы ISO.

Санитарный контроль и контроль качества на всех этапах производства и распределения фармацевтической продукции осуществляет Национальная лаборатория контроля фармацевтической продукции.

Национальный центр фармаконадзора осуществляет сбор данных о побочных действиях лекарственных средств.

В фармацевтическом секторе Алжира создана централизованная и де-

централизованная система снабжения фармацевтическими товарами.

Централизованное снабжение осуществляют: государственные организации (Центральная межбольничная аптека, Институт Пастера и два промышленных предприятия) и частные организации (283).

Децентрализованное снабжение осуществляют оптовые поставщики (665) и аптеки (9185). Мы рассчитали количество жителей на одну аптеку - 4 213. В стране создана система научной медицинской информации, которая включает организации, специализирующиеся в области медицинской информации - 110, медицинских представителей, имеющих лицензию - 1823 и бюро медицинской информации - 49.

Изучение фармацевтического сектора Алжира показало, что в стране сформирована Национальная политика о лекарственных средствах, в структуре реализуемых лекарственных средств на фармацевтическом рынке Алжира преобладают дженерики, местное производство покрывает национальную потребность в лекарственных средствах на 38%, в стране функционирует достаточное количество поставщиков лекарственных средств и аптек, количество жителей на одну аптеку немного больше, чем в России - 4213. Организациями и медицинскими представителями осуществляется научное информирование о лекарственных средствах, медицинские представители проходят аттестацию для получения лицензии.

Льготное лекарственное обеспечение в Тамбовской области

Сапрыкина Е.А.

Кафедра управления и экономики фармации

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: доц. Кузнецов Д.А.

Обеспечение доступности лекарственных средств населения является основной задачей современной системы здравоохранения России. В этой связи представляется актуальной тема настоящей работы по исследованию программы льготного лекарственного обеспечения населения Тамбовской области. Объектами исследования выступили фармацевтические и медицинские организации, нормативные документы, правовые акты, отчеты Управления Здравоохранения Тамбовской области.

В ходе исследования установлено, что в реализации программы обеспечения необходимыми лекарственными препаратами в 2014 году принимают участие 57 медицинских организаций, 46 пунктов отпуска лекарственных препаратов, в том числе 31 аптека и 15 аптечных пунктов, 1614 врачей. В 2014 году общее количество льготников, имеющих право на льготное лекарственное обеспечение, составило 32 684 человека (в 2013 году - 32916 человек). Сохранили за собой право 30 738 человек, что составляет 94% от общего количества льготников (в 2013 году - 31 729 человек, или 96,4%). Из них за 9 месяцев 2014 года обратилось за лекарственной помо-

щью 24 272 человека, что составляет 79% от общего количества льготников, сохранивших за собой право (за аналогичный период 2013 года - 26238 человека, что составляет 82,7%).

Для обеспечения граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи, заключено 226 государственных контрактов и 111 договоров поставки с 30 фармацевтическими организациями на общую сумму 381,3 млн. руб. В Тамбовской области общее количество льготников, состоящих в Федеральном регистре больных гемофилией, муковисцидозом, гипопизарным нанизмом, болезнью Гоше, миелолейкозом, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей, составило 930 человек. Лекарственную помощь получили 563 человека (за аналогичный период 2013 года - 482 человека).

Данные исследования показывают, что в 2014 г. в Тамбовской области обслужено 475 070 рецептов (за аналогичный период 2013 года - 488 695 рецептов). Сумма по отпущенным рецептам составила 243,6 млн. руб. (за 9 месяцев 2013 года - 237,4 млн. руб.) Средняя стоимость рецепта составила 518,22 руб. (в 2013 году - 458,87 руб.). Средняя стоимость лицевого счета составила 10 059,05 руб. (в 2013 году - 8 857,56 руб.).

В заключение необходимо отметить, что в Тамбовской области успешно осуществляется реализация «Стратегии лекарственного обеспечения населения РФ до 2025 года», которая предполагает переход к системе рационального применения и использования лекарственных препаратов, переход к системе референтного ценообразования (возмещение расходов на приобретаемые лекарственные препараты); совершенствуется льготное лекарственное обеспечение населения, уменьшается нахождение льготных рецептов на отсроченном обслуживании в аптеках.

НОРМАТИВНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЭЛЕКТРОННОГО ДОКУМЕНТООБОРОТА В ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Шестакова А.М.

Кафедра управления и экономики фармации

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: доц. Корецкая Л.В.

Цель исследования. Обобщение нормативных документов, регулирующих организацию электронного документооборота в фармацевтических организациях.

Задача организации электронного документооборота ставилась в нашей стране уже давно. Еще в первой редакции Федеральной целевой программы «Электронная Россия (2002-2010 годы), утвержденной 28.01.2002 г. постановлением Правительства РФ № 65, говорилось о необходимости осуществить «перевод в электронную цифровую форму большей части документооборота, осуществляемого между хозяйствующими субъектами, ор-

ганами государственной власти и органами местного самоуправления».

В настоящее время постановлением Правительства РФ от 15 апреля 2014 года № 313 утверждена государственная программа Российской Федерации «Информационное общество (2011-2020 годы)».

Министерство здравоохранения Российской Федерации является участником подпрограммы № 4 «Информационное государство».

В соответствии с указанной государственной программой, а также приказом Минздравсоцразвития РФ от 28.04.2011 № 363 в стране уже создаётся Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения. Фармацевтическая организация в составе указанной программы обеспечивают автоматизацию процессов предоставления, контроля и учёта оборота лекарственных средств по выписанным рецептам с возможностью анализа данной деятельности и формирования отчётности. При этом поддерживается процесс учёта оборота лекарственных средств как по рецептам за полную стоимость, так и по рецептам для льготных категорий граждан, а также обороту наркотических и психотропных средств с использованием юридически значимого электронного документооборота.

В настоящее время фармацевтические организации получили возможность осуществлять с помощью современных информационных технологий взаимодействие как с внешними пользователями, так и внутренний документооборот. Благодаря созданному в нашей стране Единому portalу государственных и муниципальных услуг фармацевтические организации имеют возможность применять электронный документооборот при лицензировании фармацевтической деятельности, государственной регистрации фармацевтической организации, взаимодействии с налоговыми и статистическими органами.

В электронной форме законодательством разрешается оформлять первичные документы и регистры бухгалтерского учёта. В результате исследования нами изучены и обобщены данные более 60 нормативных документов по организации электронного документооборота, составлен глоссарий новых понятий в системе электронного документооборота.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОГРАММ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ

Нейчева Е.А.

Кафедра управления и экономики фармации
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научный руководитель: доц. Кузнецов Д.А.

Цель исследования. Изучение лекарственного обеспечения Краснодарского края и его влияние на качество и доступность фармацевтической помощи.

Материалы и методы. Проводился анализ и обобщались данные по лекарственному обеспечению граждан, на основе предоставленных отчетов и

документов Министерства Здравоохранения Краснодарского края за последние 4 года.

Результаты и их обсуждение. Аптечную сеть Краснодарского края составляют 2900 фармацевтических организаций, различных форм собственности. Реализация регионального льготного обеспечения осуществляется через 200 пунктов отпуска. Динамика финансирования за 4 года увеличилась на треть (29,5%). По данным властей региона, дефицита и роста цен на жизненно важные лекарства нет, запас медикаментов составляет двухмесячную потребность. На 2015 год для обеспечения льготников лекарственными препаратами выделено 3,8 млрд. руб. Обслуживание рецептов за 3 года по Краснодарскому краю увеличилось на 25%, стоимость рецептов практически в 2 раза, отпуск лекарственных средств - практически в 2,5 раза.

Выводы.

1. Рост финансирования отрасли здравоохранения Краснодарского края имеет положительную динамику, за последние годы она возросла на треть.
2. На Кубани имеются фармацевтические организации, которые обеспечивают отпуск лекарственных препаратов льготным категориям граждан, что создает благоприятные условия для сохранения здоровья жителей Кубани.

МАРКЕТИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ АССОРТИМЕНТА И ПОТРЕБИТЕЛЬСКИХ СВОЙСТВ ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ ОЧКОВЫХ ЛИНЗ

Качамина С.А.

Кафедра управления и экономики фармации
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научный руководитель: ст. преп. Харченко Г.А.

Цель исследования. Провести маркетинговые исследования и анализ показателей ассортимента очковых линз.

Материалы и методы. В исследовании использовались анкетирование и опрос.

Результаты и их обсуждение. Проведенные исследования показали, что контактные линзы покупают в основном люди в возрасте до 30 лет. В возрасте после 70 лет в основном приобретают готовые очки.

Мы исследовали потребителей очков на заказ. Среди них 49% занимают женщины и 51% мужчины в возрасте до 14 лет - 2%, от 15 до 20 лет - 25%, от 21 до 30 лет - 31%, от 31 до 40 лет - 20%, от 41 до 50 лет - 10%, от 51 до 60 лет - 9%, от 61 до 70 лет - 1%, старше 71 - 2%. Смена очков в возрасте от 17 до 23 лет отметили, что меняют редко или не меняют - 68%, 1 раз в год - 21%, 1 раз в 2 года - 11%. Ухудшение зрения наблюдается в возрасте до 20 лет у 47% опрошенных, до 10 лет - у 24%, до 30 лет - 11%, до 40 лет - 6%, старше 40 - 24%. Первые очки начинали носить от 0,25 до 1 диоптрии - 42% опрошенных, от 1,25 до 3,0 диоптрий - 48%, от 3,25 до 5 диоптрий - 7% и от 5,25 и выше - 3% опрошенных. Среди опрошенных очки постоян-

но носили 43% и 57% - нет. Покупали готовые очки - 27 % и на заказ 73% покупателей.

Цвета линз предпочитают 34% - бесцветные, 24% - красно-фиолетовые, 20% - дымчатые, 18% - желто-зеленые и 4% - серо-синие. Среди опрошенных 42% носили контактные линзы, а 58% - нет. По потребительским свойствам 72% потребителей предпочитают линзы зарубежных фирм и только 28% отечественных. Следует отметить, что отечественные производители дают в настоящее время небольшой выбор линз с малой категорией диоптрийности.

Выводы. Анализ показателей ассортимента отрицательных линз показал наиболее предпочитаемые модели и цвета очковых линз.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ИНСТРУМЕНТОВ

Деруш Юсра

Кафедра управления и экономики фармации

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: асс. Семенова С.В.

Цель исследования. Изучить историю развития стоматологических инструментов.

Материалы и методы. Контент-анализ литературных данных.

Результаты и их обсуждение. Болезнями зубов интересовался Гиппократ, в Египте зубы пытались лечить ещё в третьем тысячелетии до нашей эры. Первые стоматологические инструменты представляли собой различного рода каменные или металлические крючки и ножи, либо кости животных. Возраст самого древнего зубного сверла составляет около 9000 лет. Оно было найдено в раскопках Мергара - Пакистанского захоронения, отнесённого к эпохе неолита. У одиннадцати из захороненных там древних людей при осмотре были обнаружены следы зубохирургического вмешательства. Первый инструмент, который позволял удалять больные зубы, появился в 4 веке до нашей эры и был похож на щипцы для удаления гвоздей, в 14 веке появились новые щипцы, которые назывались «пеликан».

В XV веке итальянский профессор Джованни Аркалани не только просверлил зуб пациента, но и залил кариозную полость золотом - так появился прообраз пломбы.

Современная стоматология начала развиваться благодаря французскому зубному врачу Фошару. Он, будучи известным стоматологом во времена Людовика XV, в 1728 году изобрёл пластинку для выравнивания зубов - тонкую полоску из серебра или другого металла, которая с помощью проволоки и шёлковой лигатуры крепилась к зубам. Он первый начал покрывать «испорченные» зубы колпачками из золота, на которые затем наносился подобранный по цвету фарфор. Стоматологический бор изобрёл в 1790 году Джон Гринвуд. Будучи дантистом Джорджа Вашингтона, он из-

готовил ему четыре съёмных зубных протеза, а из прялки своей матери сделал первую ножную бормашину. В 1819 г. кариозные полости стали заполнять смесью опилок серебра и ртути. Устройства для обработки больных зубов появились в 1820 г., они приводились в действие с помощью ручных машин. В 1868 году Джордж Грин, механик компании S.S. White, изобрел пневматическую бормашину на ножном приводе, которая позволяла зубному врачу работать одной рукой, и явилась прототипом современных турбинных установок. В 1870 году в Англии впервые щетинки зубной щетки были вставлены в костяную ручку и связаны через отверстия в ней.

В 1956 году на «вооружение» стоматологов поступили первые автоматические скалеры - аппараты для снятия зубного камня.

В 1958 году Рафаелем Бовэном был изобретён первый полимерный пломбировочный материал на основе специальной смолы.

В 1965 году профессор из Швеции Ингвар Бранемарк открыл остеоинтеграцию - процесс заживления и срачивания костной ткани с титановым имплантатом. Так стало возможным широкое применение имплантатов.

В середине 1970-х годов благодаря американской компании Dart Industries Inc появляются новые пломбировочные материалы, так называемые фотополимеры - композитные материалы, обладающие свойством полимеризоваться (затвердевать) под действием видимого ультрафиолетового света с длиной волны 400-600 нм.

Выводы. Зубные сверла начали применять около 9000 лет назад. Пробраз пломбы появился в XV веке в Италии. В 1728 г. была изобретена пластинка для выравнивания зубов, а стоматологический бор в 1790 г. В 1868 г. стали применяться пневматические бормашины на ножном приводе. Стоматологические инструменты активно развиваются до наших дней.

МАРКЕТИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОТРЕБИТЕЛЬСКИХ СВОЙСТВ АППАРАТОВ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ

Ерзылева Т.В.

Кафедра управления и экономики фармации

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: ст. преп. Харченко Г.А.

Цель исследования. Провести маркетинговые исследования отдельных групп диагностических приборов.

Материалы и методы. Социологические исследования потребителей и определение рейтинга товаров по их прибыльности.

Результаты и их обсуждение. Наиболее полно ассортимент, имеющихся в аптеке аппаратов, представлен у различных видов тонометров, электронных и водяных термометров, ростометров, стетоскопов, фонендоскопов и др. Наиболее покупаемой группой товаров являются аппараты для измерения артериального давления (тонометры).

Среди представленных в аптеке торговых марок преобладает продукция зарубежных производителей, что обусловлено доверием потребителей к качеству потребительских свойств зарубежных фирм-производителей медицинской техники (главным образом японских и европейских). По результатам социологических исследований (опрос и анкетирование), было выяснено, что тонометры являются весьма распространенной группой медицинской техники. Они занимают первое место по их наличию у покупателей. В зависимости от конструкций, а также от количества функций предлагается более 300 видов изделий отечественных и зарубежных фирм-изготовителей. В анкетировании приняло участие 50 человек. Среди респондентов по возрасту было определено, что наибольший удельный вес приходится на возраст от 30 до 49 лет (50,5%) среди них женщин - 63% и 37% мужчин. В результате проведенного исследования было выявлено, что только 38% из опрошенных измеряют давление ежедневно, 33% - один-два раза в неделю, 18% - один раз в месяц, 11% - по необходимости. Причем 96% опрошенных посетителей считают, что давление необходимо измерять регулярно, чтобы предотвратить или своевременно лечить заболевание. Основная часть опрошенных (62%) приобрели тонометры для самостоятельного контроля за артериальным давлением, 28% - рекомендовали врачи, только 10% купили при обнаружении заболевания. Изучение мнения посетителей о предпочтении определенного вида тонометров показало, что 40% - полуавтоматические, 20% - механические, 35% - автоматические, 5% - не имеет значения.

Выводы. Таким образом, изученные нами вопросы позволили определить «портрет» потребителей тонометров по различным параметрам, а также проанализировать особенности использования тонометров.

ВОСЬМОЕ ИЗДАНИЕ ЕВРОПЕЙСКОЙ ФАРМАКОПЕИ

Сбаи Идрисси Уссама

Кафедра управления и экономики фармации

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: доц. Корецкая Л.В.

Европейская Фармакопея - это сборник общих стандартов, в масштабе Европы, предназначенных для контроля качества ЛС, применяемых в медицине и ветеринарии. Для стран Магриба Европейская Фармакопея является основным документом, регламентирующим качество ЛС. Первое издание Европейской Фармакопеи было опубликовано в 1969 г. и содержало 120 текстов. В январе 2014 г. вступило в действие восьмое издание.

Цель исследования. Изучение структуры последнего, восьмого, издания Европейской Фармакопеи, особенностей оформления отдельных разделов.

Тексты Европейской Фармакопеи 8-го издания изложены в двух томах.

Первый том Фармакопеи включает общее описание методов анализа и реактивов; монографии, сгруппированные по разделам: лекарственные формы, вакцины, лекарственные растения. Второй том содержит монографии на конкретные ЛС.

Восьмое издание содержит более 2220 монографий на ЛС; 340 разделов, посвященных методам анализа; более 2000 описаний реактивов.

Монография на ЛС содержит: наименование ЛС - международное непатентованное и научное, химическую структуру, качественное определение лекарственного препарата, свойства, от двух до четырёх химических или физических реакций подлинности субстанции, определение чистоты, допустимые отклонения в содержании, несовместимости, условия хранения, внесение в таблицу ядовитых веществ.

Официальные тексты Европейской Фармакопеи публикуются на французском и английском языках. На другие языки переводится самими государствами - членами Европейской Фармакопеи, например, перевод на немецкий язык подготовлен совместно Австрией, Германией и Швейцарией. Европейская Фармакопея доступна в двух версиях - бумажной и электронной, в том числе на смартфонах и планшетах.

Некоторыми государствами Европейская Фармакопея дополняется Национальной фармакопеей.

Тексты Европейской Фармакопеи неукоснительно применяются в 37 государствах - членах Европейской Фармакопеи и Европейском Союзе и являются рекомендательными для 25 государств - наблюдателей Европейской Фармакопеи и Всемирной организации здравоохранения. Марокко, Тунис, Сирия имеют статус наблюдателей Европейской Фармакопеи, что даёт им право участвовать в научных разработках.

Необходимо отметить регулярность публикаций Европейской Фармакопеи, которая пересматривается и издаётся каждые три года. Кроме того, ежегодно к каждому тому издаются три дополнения.

Европейская Фармакопея признана на международном уровне, и наряду с Американской и Японской фармакопеями участвует в системе международной гармонизации стандартов качества лекарственных средств.

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ИНДУСТРИЯ РЕСПУБЛИКИ ТУНИС

Абида Мохамед Фирас

Кафедра управления и экономики фармации

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: доц. Корецкая Л.В.

Республика Тунис - одна из стран африканского континента с высоким потенциалом фармацевтической индустрии. Покрытие потребностей фармацевтического рынка за счёт национального производства увеличилось с 14% в 1990 году до 45% в 2010 году. Объём потребления ЛС ежегодно

увеличивается на 16,75%.

Целью нашего исследования является анализ основных показателей фармацевтической индустрии Туниса - количество производственных мощностей, структура продукции, объём импорта и экспорта, обеспечение качества ЛС.

Прежде всего, необходимо отметить, что фармацевтическая индустрия Туниса располагает 56 производственными единицами, из которых 28 специализируются на производстве ЛС, применяемых в медицинской практике; 22 - на производстве изделий медицинского назначения, 6 - на производстве ЛС для ветеринарного применения.

Объём производства оригинальных препаратов составляет 29%, дженериков - 61%.

Тунис осуществляет экспорт и импорт ЛС. В 2010 году экспорт ЛС составил 40 млн. динаров, из них 70% - для рынка Магриба, 15% - для Европы, 15% - для стран Африки и арабских стран.

Импорт ЛС осуществляют 34 страны, из которых на долю Франции приходится 56%, Швейцарии - 13%, Великобритании - 6%.

В структуре управления фармацевтического сектора созданы: Управление фармацевтической деятельности и лекарственных средств, Национальная лаборатория контроля качества ЛС, Национальный центр фармаконадзора, Управление фармацевтической инспекции, Национальное агентство санитарного контроля и окружающей среды.

Тунис располагает сегодня 35 научными центрами, 147 лабораториями и 610 специализированными учреждениями по научным разработкам, из которых 50% проводят биотехнологические исследования.

Одним из лидеров фармацевтической индустрии Туниса является завод SIPHAT, созданный в 1989 году. На рынке Туниса SIPHAT отличается широкой гаммой продукции, современным оснащением, высококвалифицированными специалистами.

Продукция SIPHAT покрывает 14% национального производства. 85% этой продукции составляют воспроизведённые ЛС, 15% - лицензионная продукция. Персонал SIPHAT включает более 600 сотрудников по техническому обслуживанию, 181 сотрудника административной службы, 5 врачей, 18 провизоров и 17 инженеров.

Другим крупным производителем ЛС в Тунисе является ADWYA, доля которого на фармацевтическом рынке составляет 7,7%.

ADWYA осуществляет производство ЛС, применяемых в кардиологии, эндокринологии, гастроэнтерологии, урологии, при инфекционных болезнях, обезболивающих ЛС. Большинство производственных единиц Туниса по производству ЛС уже прошли аттестацию на соответствие требованиям GMP. В настоящее время Республика Тунис располагает развитой фармацевтической индустрией, обеспечивающей потребности страны в ЛС высокого качества на 45%.

ОРГАНИЗАЦИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ КОНГО

Бавуйдибио Шерален

Кафедре управления и экономики фармации

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: доц. Кузнецов Д.А.

Целью настоящей работы явилось исследование организации фармацевтической помощи в Республике Конго. Население в Республике Конго на 2014 год оценивается 4 635 091 человек, среди них около 49,9% женщин и 50,1% мужчин. Конго располагается на Юге Сахары и является наименее населенной. Средняя продолжительность жизни при рождении 54,15 года. Степень рождаемости высокая, на 2014 год составляет 36,59 в год на 1000 человек. Смертность населения обусловлена инфекционными и паразитическими заболеваниями, недостаточным питанием, младенческая смертность составляет 33%.

Система здравоохранения Конго представлена двумя составляющими: государственный сектор, созданный из министерства здравоохранения и структур управления; и частный сектор, состоящий из частных некоммерческих структур (неправительственные организации, религиозные ассоциации) и коммерческие структуры. Эта система включает три уровня: центральный, промежуточный и периферийный. Каждый уровень включает администрацию и управление.

В Конго разработана Национальная фармацевтическая политика, целями которой являются 1. Гармоничное развитие фармацевтического сектора; 2. Обеспечение наличия и доступности лекарственных средств; 3. Контроль качества медикаментов и лабораторных реактивов; 4. Рациональное использование лекарственных средств. Национальная фармацевтическая политика осуществляется правительством при поддержке Европейского союза, ВОЗ, благотворительных организаций - Врачи Африки, Конголезский Красный Крест, Церковь Евангелистов Конго и Армия Спасения.

Ежегодно правительство выделяет из государственного бюджета от 7 до 9 миллиардов франков на организацию фармацевтической помощи населению. Правительством разработан план оптимизации системы обеспечения лекарственными средствами, который включает: совершенствование инфраструктуры хранения медикаментов, оборудования и санитарных изделий; совершенствование системы управления товародвижения медикаментами; внедрение надежной, эффективной, действенной и жизнеспособной системы снабжения и распределения медикаментов.

В Конго основные поставщики системы снабжения лекарственными средствами располагаются в городах Бразавиле и Пойнт Нуар. Медикаменты распределяются в Республике Конго по двум направлениям: государственное направление, предоставлено общественными фармацевтическими организациями и некоммерческими частными фармацевтическими

организациями и частное направление, включающее в себя коммерческие частные фармацевтические организации. Снабжение общественных и некоммерческих частных санитарных организаций осуществляется через «Торговый центр основных лекарственных средств».

БУФУСЫ КАК СОВРЕМЕННАЯ УПАКОВКА ЖИДКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Чепайкина Е.А.

Кафедра фармацевтической технологии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: доц. Николашкин А.Н.

На фармацевтическом рынке наблюдается переход от стеклянных флаконов и ампул к буфусам. Буфусы представляют собой пластиковые контейнеры для лекарств и медицинских препаратов.

Данный вид упаковки обладает следующими преимуществами: не изменяются свойства находящегося раствора, имеется возможность многоразового использования, более безопасна и удобна в применении. Высокая технологичность производства буфусов гарантирует защиту лекарственного препарата от подделок. К недостаткам пластиковых контейнеров можно отнести: необходимость переоборудования производства, более высокая цена по сравнению со стеклянной упаковкой, лекарственные препараты в буфусах иногда имеют меньший срок годности по сравнению со стеклянными ампулами; не для всех жидких лекарственных форм можно их применить.

При производстве буфусов используются технология Blow-Fill-Seal (BFS) и метод термического формования. Технология BFS используется при изготовлении контейнеров для нестерильных растворов, растворов для контактных линз. Методом термического формования из многослойной полимерной пленки чаще изготавливаются пластиковые ампулы.

При изготовлении пластиковых ампул применяется два вида пленки: PVC-PE (поливинилхлорид - полиэтилен) - для фасовки препаратов не требующих особых условий хранения; PVC-EVOH-PE (поливинилхлорид - винилэтиленгликоль - полиэтилен) - для фасовки препаратов более чувствительных к воздействию факторов внешней среды.

Готовые ампулы с упакованной продукцией могут быть разделены как по 1, так и кассетами от 2 до 12 штук с перфорацией между каждой ампулой для облегчения их последующего отделения друг от друга.

В настоящее время на фармацевтическом рынке представлены в виде буфусов следующие лекарственные средства: Вода для инъекций буфус, ксилометазолин буфус, натрия хлорид буфус, рибоксин буфус, цианокобаламин буфус, ципрофлоксацин буфус и другие препараты.

Важные преимущества буфусов (безопасность, удобство и возможность

экстренного использования), а так же высокое качество лекарственных препаратов, способствует расширению ассортимента жидких лекарственных форм в новой упаковке - буфусе.

СОВРЕМЕННЫЕ СОСТОЯНИЯ ЭКСТЕМПОРАЛЬНОЙ РЕЦЕПТУРЫ И ТЕХНОЛОГИИ МАЗЕЙ В АПТЕЧНОМ ИЗГОТОВЛЕНИИ

Морозова А.Ю., Веретенникова С.Т.

Кафедра фармацевтической технологии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: доц. Стрельцова Р.М.

Экстемпоральная рецептура лекарственных форм активно вытесняется готовыми лекарственными средствами. Несмотря на неоспоримое преимущество готовых лекарственных препаратов, индивидуально изготовленные лекарственные формы не содержат такого обилия вспомогательных веществ, в них учитываются особенности больного организма, а также можно сочетать различные лекарственные вещества в любых концентрациях.

Цель исследования. Анализ современных составов и технологий мазей в экстемпоральной рецептуре аптек.

Материалы и методы. Исследования проводились на базе ООО «Аптека №4» г. Рязани и аптеки № 4 ГБУЗ ЦЛО и ККДЗ г. Москвы. Нами была проанализирована рецептура мазей указанных аптек, наличие внутриаптечной заготовки мазей, ассортимент используемых основ, причины отказов в изготовлении мазей.

Результаты и их обсуждение. Как показали результаты исследования, количество рецептов на мази в аптеках сильно отличается. В аптеке №4 г. Москвы рецептура мазей составляет 50% рецептуры аптеки, а в аптеке г. Рязани около 6%. Такая разница объясняется расположением вблизи аптеки в г. Москве кожного отделения поликлиники.

Анализ составов экстемпоральных мазей показал, что чаще всего в мазях назначается салициловая кислота в сочетании с серой, окисью цинка или пастой цинковой. Востребованы мази с антибиотиками, например с левомецетином, с сульфаниламидными препаратами. В аптеке №4 г. Рязани готовится салициловая мазь 1 %. Следует отметить, что существует и готовая салициловая мазь 2% и 5%, но только в производственной аптеке можно изготовить мазь в нужной концентрации.

Ассортимент основ в аптеках ограничен и представлен вазелином и ланолином. Гидрофильные основы в аптеках не используются, из дифильных основ используют ланолин водный. Внутриаптечная заготовка мазей в аптеках отсутствует. Ее наличие нерационально, мази поступающие в аптеку, как правило, имеют различный состав и единичны. Технология мазей в аптеках в целом соблюдается.

Выводы. Индивидуальная рецептура в аптеках на мази сохранилась. Необходимо сохранить производственные отделы в аптеках, позволяющие удовлетворить спрос больных на нестандартные прописи мазей.

РЯЗАНСКАЯ ФАРМАЦИЯ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Федотова М.А.

Кафедра фармацевтической технологии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научные руководители: доц. Селезнев Н.Г., доц. Николашкин А.Н.

В 2015 году наша страна отмечает юбилей - 70-летие Победы. Все дальше отодвигается последний день войны, и все более значимыми становится для нас мельчайшие детали тех далеких событий.

Целью нашей работы являлось сбор и обобщение информации о Рязанской фармации в годы войны.

Великая Отечественная война была связана с огромным расходом лекарственных средств, перевязочных материалов, материалов медицинского назначения, других видов медицинского имущества и техники. Потребовалась перестройка на новый лад всей промышленности, в том числе химико-фармацевтической, мобилизации всех ресурсов для оказания медицинской помощи раненым и больным.

В начале войны фармацевтическое производство испытывало дефицит сырья. В целях экономии дефицитных химико-фармацевтических препаратов было принято решение как можно полнее использовать лекарственную флору в стране. Все аптеки имели для отпуска населению обязательный ассортимент лекарственного растительного сырья. Имелись планы заготовок лекарственного сырья с учетом значительного расширения номенклатуры и увеличения объема заготовок. Фармацевтическая служба активно занялась разработкой новых лекарств, изыскивала новые источники сырья. В 1942 году при Рязанском аптечном управлении было развернуто галеновое производство, которое начало изготовление простейшей, но остро необходимой стране аптечной продукции - порошков, паст, мазей, настоек, экстрактов, растворов.

Широко использовалось местное сырье, особенно дикорастущие лекарственные растительные: трава и цветы ландыша, плоды шиповника, спорыш, рожки спорыньи, цветки липы, трава зверобоя, тысячелистник и другие. Из местных сырьевых ресурсов изыскивались заменители пищевых продуктов, используемых для производства лекарств. Для приготовления мазевых основ использовались отходы нефтепродуктов (машинное масло), отработанное касторовое масло. Известь использовалась для изготовления серно - мыльного линимента. За летний сезон в области заготавливалось до 50 тонн различных дикорастущих лекарственных растений - мох, пастушья

сумка, чистотел, спорынья, корень валерианы, трава горичвета и другое ценное сырье.

В связи с мобилизацией в армию провизоров и фармацевтов устанавливались новые штатные расписания, производилось перераспределение аптечных работников, при этом ни одна аптека города и области не прекращала свои работы по лекарственному обеспечению населения.

Надо отметить, что только в Рязани в годы войны было развернуто 20 госпиталей, в которых работала большая группа рязанских фармацевтов. Госпиталя работали в условиях постоянных налетов немецкой авиации. Кроме основной работы фармацевты привлекались к оборонным работам.

Серьезное испытание выпало на долю фармацевтов, находившихся на фронте. Фармацевты помогали налаживать аптечное дело в действующей армии, доставляли в госпитали медикаменты, сами готовили лекарства для раненых и больных.

За проявленное мужество и отвагу свыше 40 аптечных работников области награждены орденами и медалями, среди них кавалеры ордена «Красной звезды»: Буянова Александра Александровна (длительное время заведовала аптекой №8), Полканова Л.А., Бирюзова С.В. (длительное время заведовала аптекой №6). Занесены на Доску Славы павших в боях с фашистскими захватчиками: Гуськова А.И.; Иванова Е.Н.; Маркин М.А.; Рычагова В.С.; Шадринов Д.М.; Трофимов Д.В.; Янин В.П..

Есть высокая справедливость в том, что Родина достойно отметила фармацевтических работников наградами и в нашем народе живет благодарная память об их подвигах.

РАЗРАБОТКА МЕТОДИКИ КОЛИЧЕСТВЕННОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФЕНОЛОГЛИКОЗИДА В ВОДНОМ ИЗВЛЕЧЕНИИ ИЗ ЛИСТЬЕВ ТОЛОКНЯНКИ

Качамина С.А.

Кафедра фармацевтической технологии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: доц. Селезнев Н.Г.

Фитопрепараты занимают более 30% в общем ассортименте лекарственных средств, эффективно применяются для лечения различных заболеваний и имеют устойчивую тенденцию к расширению выпуска. В настоящее время, наряду с фитопрепаратами, в виде готовых лекарственных форм, применяются экстракционные фитопрепараты, изготавливаемые на дому и в условиях аптек.

До 2014 г. Государственная Фармакопея не регламентировала показатели качества водных извлечений в форме настоев и отваров, не указывалась возможность их изготовления из порошкованного лекарственного растительного сырья в фильтр-пакетах. Это связывалось с тем, что водные из-

влечения из лекарственного растительного сырья представляют собой суммарный препарат, содержащий комплекс биологически активных соединений. Вступившая в силу ОФС «Настои и отвары» обязывает определять подлинность, проверять количественное содержание действующих веществ в водных извлечениях, рН, сухой остаток.

Объектом исследования являлись листья толокнянки, которые содержат фенологликозид арбутин, дубильные вещества, органические кислоты и другие БАВ. Именно арбутин является основным действующим веществом, обладающим дезинфицирующим и противовоспалительным действием. Применяются препараты из толокнянки при заболеваниях почек, мочевого пузыря, в качестве легкого диуретического средства, при диабете. В их состав входит комплекс компонентов, который оказывает мягкое действие, средства из лекарственного растительного сырья применяются как взрослыми, так и детьми.

В Государственной Фармакопее XI издания имеется метод количественного определения арбутина в листьях толокнянки, однако, он очень длительный, трудоемкий и не экологичный. Он включает в себя экстрагирование измельченного сырья водой при кипячении в течение 30 мин, затем проводится кипячение пробы со свинца ацетатом основным. После осаждения балластных веществ необходимо дополнительное кипячение в течение 1,5 часов с раствором концентрированной серной кислоты. После фильтрации пробу обрабатывают цинковой пылью, нейтрализуют натрия гидрокарбонатом и затем проводят определение йодометрически с индикатором крахмалом.

В связи с трудоемкостью проведения анализа указанным методом, нами был предложен хроматоспектофотометрический метод определения арбутина в водном извлечении из листьев толокнянки.

Цель исследования. Изучить возможность использования метода хроматографии в сочетании со спектрофотометрией для количественного определения арбутина в водном извлечении из листьев толокнянки. За основу метода использовалась методика определения арбутина в листьях зимолубки (Мазепина Л. С.).

Материалы и методы. В работе использовали листья толокнянки, фасованные в пачки производителей ЗАО фирма «Здоровье», и порошкованное сырье в фильтр-пакетах производителя «Красногорсклексредства». Идентичность арбутина в извлечениях из листьев толокнянки оценивалась по спектру поглощения в сравнении со стандартным образцом арбутина (производитель «Фитопанацея»).

Готовили отвар из листьев толокнянки в соответствии ОФС «Настои и отвары». Отбирали 0,3 мл полученного извлечения, переносили в колонку с 3,0 г алюминия оксидом, для очистки от дубильных веществ, и элюировали арбутин 20% этанолом. Оптическую плотность раствора измеряли на спектрофотометре SmartSpek Plus (США) при длине волны 282 нм. В каче-

стве раствора сравнения использовали 20% спирт этиловый, пропущенный через колонку с алюминия оксидом. Содержание арбутина рассчитывали, используя удельный показатель поглощения, равный 72,23.

Очистку извлечения от дубильных веществ при колоночной хроматографии проверяли с помощью химической реакции с железоммониевыми квасцами (ЖАК) (отсутствовало сине-фиолетовое окрашивание).

Результаты и их обсуждение. УФ-спектр, снятый нами из раствора по методике количественного определения, показал спектральные характеристики, идентичные арбутину-стандартному образцу. Анализ спектра извлечения показал его соответствие спектру поглощения арбутина стандарта по максимумам поглощения при 282 нм и 221 нм, минимуму поглощения при 246 нм. Исходя из данных количественного определения, содержание арбутина в листьях толокнянки составляло $1,07\% \pm 0,04$. Ошибка единичного определения составляла 4,56%.

Оценивалась возможность применения данного метода количественного определения арбутина при различных технологиях приготовления водных извлечений из порошоканного сырья в фильтр-пакетах и фасованного сырья в пачках. Показана возможность использования разработанного нами метода для анализа извлечений для указанного вида сырья.

Выводы.

1. Определены характеристики УФ-спектра извлечения из листьев толокнянки и его соответствие арбутину-стандартному образцу.

2. Разработана хроматоспектрофотометрическая методика определения арбутина в водных извлечениях из листьев толокнянки. Ошибка метода составляет 4,56%.

3. Данная методика может использоваться для количественного определения арбутина при различных способах приготовления водных извлечений.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВОДНЫХ ИЗВЛЕЧЕНИЙ ИЗ ЛИСТЬЕВ ТОЛОКНЯНКИ В СООТВЕТСТВИИ ТРЕБОВАНИЙ ОФС «НАСТОИ И ОТВАРЫ»

Качамина С.А.

Кафедра фармацевтической технологии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: доц. Селезнев Н.Г.

Цель исследования. Определение показателей качества водных извлечений (ВИ) из листьев толокнянки, изготавливаемых по трем существующим вариантам: по методу ОФС «Настои и отвары» (в соотношении 1:10); из порошоканного сырья в фильтр-пакетах, и из фасованного сырья в пачках (2 последних ВИ готовились по инструкции на упаковке) в соответствии с ОФС «Настои и отвары».

Материалы и методы. Объектом нашего исследования являлись листья толокнянки в чистом виде и в форме порошоканного сырья в фильтр-

пакетах. Растительное сырье приобреталось в аптечной сети и соответствовало требованиям ГФ XI.

Оценку качества ВИ проводили по описанию, подлинности, сухому остатку, значению рН, содержанию действующих веществ (арбутин). Описание ВИ проводилось в соответствии ОСТ «Стандарты качества лекарственных средств». Подлинность оценивалась по наличию в водном извлечении дубильных веществ с раствором железо-аммонийных квасцов (ЖАК) - появлялось фиолетово-черное окрашивание. Сухой остаток определялся по методике ГФ XI, рН измеряли потенциометрически.

Наличие и идентичность арбутина оценивались по спектру поглощения в сравнении со стандартным образцом (производство ОАО «Фитопанacea») по максимумам поглощения при 246 нм.

Количественное содержание действующих веществ происходило по арбутину хроматоспектрофотометрическим методом (Мазепина Л.С.) в модификации для водных извлечений из листьев толокнянки.

Результаты и их обсуждение. УФ-спектр, снятый нами из раствора по методике количественного определения, показал спектральные характеристики, идентичные арбутину-стандартному образцу. Определен сухой остаток в ВИ и их описание. Исходя из данных количественного определения, содержание арбутина в водном извлечении из листьев толокнянки, изготовленных по методике ОФС «Настои и отвары» составляло $1,07\% \pm 0,04$; из измельченного лекарственного растительного сырья в пачках, изготовленных по инструкции на упаковке - $0,76\% \pm 0,09$; из фильтр-пакетов - $0,31\% \pm 0,03$. Ошибка единичного определения составляла 4,56%. рН водных извлечений составляло соответственно 4,64; 4,71; 6,47.

Выводы. Впервые определены показатели качества ВИ в соответствии с требованиями ОФС «Настои и отвары» из листьев толокнянки, приготовленных по различным технологиям.

ФЛОРИСТИЧЕСКИЙ СПИСОК ОКРЕСТНОСТЕЙ
БОТАНИЧЕСКОГО САДА РЯЗАНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО
МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА
ИМЕНИ АКАДЕМИКА И.П. ПАВЛОВА

Жустрин Д.Ю., Тимофеева В.А., Явшец А.О.

Кафедра фармакогнозии с курсом ботаники

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: ст. преп. Дубоделова Г.В.

Флора это исторически сложившаяся совокупность таксонов растений, произрастающих на данной территории. Выявленные виды и роды растений оформляются во флористические списки.

Цель исследования. Оценка флористического богатства территории, на которой проводится практика по ботанике и фармакогнозии со студентами

фармацевтического факультета.

Материалы и методы. Оценка видового разнообразия растительных сообществ осуществлялась в процессе полевых исследований и последующей камеральной обработки собранных материалов. Материал фиксировался при помощи выполнения гербария, создания списков и фотоальбома.

Результаты и их обсуждение. Впервые составлен флористический список окрестностей ботанического сада. Список насчитывает 305 видов растений разной жизненной формы: деревья, кустарники, травы. К дикорастущим лекарственным растениям относится 101 вид, 47 видов - ядовитые растения, 150 видов - сорные, 25 видов - адвентивные, 45 видов - деревья и кустарники, 260 видов - травянистые растения.

Обсуждение. Флористический состав территории меняется под влиянием различных факторов среды, в том числе и антропогенных. В связи с распашкой лугов и степей, вырубкой лесов, осушением территорий, резко сокращается число видов растений, изменяется видовой состав растительности на нарушенных местообитаниях, в окрестностях населённых пунктов, крупных предприятий, вдоль крупных трасс.

Выводы. В процессе составления флористического списка удалось выявить новые для региона виды растений, указать пути их появления, объяснить причины исчезновения прежде встречавшихся видов, составить списки растений подлежащих охране. Составление и издание флористических списков является одним из фундаментальных методов изучения территории и формирует у студентов научный подход к использованию природных ресурсов.

ФАРМАКОГНОСТИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ РАСТЕНИЙ РОДА ГОРИЦВЕТ СЕМЕЙСТВА ГВОЗДИЧНЫЕ

Сапрыкина Е.А.

Кафедра фармакогнозии с курсом ботаники

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: асс. Дармограй С.В.

Цель исследования. Целью нашей работы являлось изучение морфологического строения травы горицвета кукушкина и горицвета кожистого, как самое необходимое условие для составления нормативных документов на лекарственное растительное сырье.

Материалы и методы. Объектом нашего исследования являлась трава горицвета кукушкина (*Coscygnateflos-cuculi*) и горицвета кожистого (*Coscygnatecoriacea*) семейства Гвоздичные, собранные в г. Рязани.

Микроскопические признаки надземных частей устанавливали на основании собственных анатомических исследований различных органов растений, для чего были приготовлены бритвенные срезы. Просмотр и фотографирование срезов выполняли с помощью микроскопа ЛОМО МИК-

МЕД-1 вар. 2-6 (увеличения 10x0,25;x0,65;x1,25), цифрового фотоаппарата «NICON» Coolpix S3000 wide 4xzoom. Снимки обрабатывались на компьютере в программе «Paint.NET».

Результаты и их обсуждение. В результате микроскопических исследований были выявлены следующие микродиагностические признаки: наличие друз оксалата кальция, устьиц диацитного типа (*Coccygnateflos-cuculi*) и тетрацитного типа (*Coccygnatecoriacea*), открытых коллатеральных пучков, простых многоклеточных волосков.

Выводы. Проведено анатомическое исследование, и установлены микроскопические признаки растений двух видов *Coccygnateflos-cuculi* и *Coccygnatecoriacea*, найдены их отличительные особенности, что может быть использовано для достоверной диагностики изученного растительного сырья.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ФИТОПРЕПАРАТОВ

Клейменова Н.А., Луговина А.Г., Король Л.А.

Кафедра фармацевтической технологии

Первый Московский государственный медицинский университет, г. Москва

Научный руководитель: доц. Король Л.А.

Цель исследования. Сравнительное изучение технологии изготовления и показателей качества водного извлечения, изготовленного из лекарственного растительного сырья (далее ЛРС) и из ЛРС, упакованного в фильтр-пакеты (далее ФП).

Материалы и методы. Определение измельченности и коэффициента водопоглощения ЛРС «Листья мяты перечной» из фильтр-пакета по методике ОФС «Определение коэффициента водопоглощения и расходного коэффициента ЛРС».

Результаты и их обсуждение. Фильтр-пакеты широко используются (более 60 наименований ЛРС) благодаря преимуществам: повышение точности дозирования, удобство в использовании и портативность при транспортировке и хранении, эстетичность данной формы, отсутствие необходимости фильтрования, возможность использования всегда свежеприготовленного настоя, что важно с точки зрения микробной контаминации жидких лекарственных форм и условий хранения извлечений (прохладное место, не более 2-х суток). Размер частиц сырья в ФП составляет до 2 мм, фасовка по 1,5-4,0 г. в пакеты из специальной бумаги. В НД, регламентирующей правила изготовления водных извлечений, указаны КПВ для сырья, фасованного в пачки. Для сырья, фасованного в ФП, значения КПВ не приводятся. Поэтому экспериментально было проведено определение Квп листьев мяты перечной в ФП по 2,0 г. Полученные значения КПВ оказались выше значения, указанного в НД. КПВ в эксперименте составил 2,9, при принятом значении КПВ 2,4 (листья мяты, фасованные в пачки).

Настои листьев мяты из сырья и ФП, изготовленные в соответствии с рекомендациями инструкции по применению, отличались по интенсивности окраски, запаху и вкусу, что может объясняться рядом причин: разницей в концентрации, различной степенью экстракции биологически активных веществ.

Выводы. КПВ ЛРС в ФП может отличаться от КПВ ЛРС, фасованного в пачки, что будет влиять на фактор соотношения сырье: экстрагент. Изучение технологии изготовления и показателей качества водного извлечения, изготовленного из лекарственного растительного сырья, упакованного в фильтр-пакеты является актуальным для обеспечения качества фитопрепарата.

АНАЛИЗ «СТОИМОСТИ БОЛЕЗНИ» ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК Абдрашитова Г.Т.

Лаборатория фармакоэкономических исследований
Первый Московский государственный медицинский университет, г. Москва
Научный руководитель: проф. Ягудина Р.И.

Отсутствие ясного экономического количественного описания проблемы хронической болезни почек (ХБП) в стране у лиц, принимающих решения, и, как следствие, невозможность аргументированного экономического обоснования, делают маловероятным принятие государственных федеральных или региональных целевых программ здравоохранения по лечению ХБП. Исходя из этого, проведение анализа «стоимости болезни» ХБП в Российской Федерации (РФ) является актуальным.

Цель исследования. Проведение анализа «стоимости болезни» ХБП в расчете на всю популяцию РФ.

Материалы и методы. Информационный поиск в открытых источниках. Фармакоэкономический метод анализа «стоимости болезни». Анализ прямых и непрямых затрат.

Результаты и их обсуждение. Поиск и анализ найденных эпидемиологических данных выявил, что, фактически, в РФ доступна лишь эпидемиологическая информация о поздних стадиях ХБП, сопровождающихся назначением заместительной почечной терапии, источником которой служит регистр Российского диализного общества. На этом основании, при проведении анализа «стоимости болезни» на уровне популяции нами были экстраполированы данные о распределении пациентов по стадиям ХБП, приведенные в работе Logi A. et al. 2011. Далее была рассчитана стоимость различных стадий ХБП в расчете на одного пациента, включая прямые и непрямые затраты. На заключительном этапе анализа было определено экономическое бремя ХБП на всю популяцию пациентов в РФ. Совокупные затраты на всех пациентов ХБП, находящихся в стадиях с I по V в год, составили: ХБП I - 76525896000 руб., ХБП II - 89113830000 руб., ХБП III -

173362392000 руб., ХБП IV - 14440035600 руб., ХБП Va - не получающие заместительную почечную терапию - 58830038400 руб., ХБП Vб - находящиеся на гемодиализе - 30599459343 руб., ХБП Vв - находящиеся на перитонеальном диализе - 3331833657 руб., ХБП Vг - перенесшие трансплантацию почки - 5282361896 руб. Таким образом, совокупное экономическое бремя ХБП всех стадий в масштабе страны составило 451 485 846 896 руб. в год.

Выводы. Проведенный анализ «стоимости болезни» позволил рассчитать экономическое бремя ХБП на всю популяцию пациентов РФ и выявить, что основная часть затрат лежит в области ранних стадий ХБП.

ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОВЫШЕНИЯ БИОДОСТУПНОСТИ СОСТАВОВ ДЛЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО УЛЬТРАФОНОФЕРЕЗА

Луговина А.Г., Клейменова Н.А.

Кафедра фармацевтической технологии

Первый Московский государственный медицинский университет, г. Москва

Научный руководитель: проф. Краснюк И.И.

Цель исследования. Выбор составов и изучение композиций мягких носителей для фонофореза суспензии гидрокортизона.

Материалы и методы. Для изучения были изготовлены образцы мазей гидрокортизона с использованием суспензии гидрокортизона ацетата 125 мг/5 мл производства Гедеон-Рихтер. В качестве основ использована дифильная основа (образец 1) и гидрофильная основа, содержащая карбопол (образец 2). Определение однородности мази было проведено по ГФ XI, а её биодоступности *in vitro* - методом диализа через мембрану. Также был проведен анализ отечественной и зарубежной литературы по изучаемому вопросу.

Результаты и их обсуждение. Ультрафонофорез часто используется при лечении заболеваний опорно-двигательного аппарата и представляет собой сочетанное воздействие на организм ультразвуковых колебаний и вводимых с их помощью лекарственных веществ. В лечебной практике широко применяется фонофорез с гидрокортизоном. Изучаемые образцы исследованы по основным показателям качества (внешний вид, консистенция, цвет, запах, рН), проведена стандартизация образцов по однородности и размеру частиц, изучено высвобождение действующего вещества «*in vitro*» методами диффузии равновесного диализа гидрокортизона из образцов. Для количественного определения действующего вещества в диализате использовали метод ультрафиолетовой спектрофотометрии: УФ-спектр гидрокортизона ацетата в этаноле имеет максимум поглощения в области 241нм. При этом следует отметить более легкое высвобождение действующего вещества и высокую биодоступность образца №2, что свойственно сополимерам акриловой кислоты.

Выводы. Проведенные исследования свидетельствуют о соответствии требованиям, предъявляемым к мазям по основным показателям качества, выбранные основы высвобождают лекарственное вещество, что даёт возможность дальнейшего изучения выбора оптимального состава мази. Использование гидрофильного носителя позволит не только повысить биодоступность препарата, но и улучшить его потребительские свойства.

ПОЛУЧЕНИЕ СУММАРНОГО ЭКСТРАКТА ЛИСТЬЕВ КРАПИВЫ И ЛОПУХА

Рахманов А.У.

Кафедра промышленной фармации

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

Научный руководитель: проф. Гладух Е.В.

Цель исследования. Настоящая работа посвящена получению суммарного экстракта листьев крапивы и лопуха с целью дальнейшего использования в производстве лечебного шампуня.

Материалы и методы. Анализ товароведческих показателей сырья - влажность; содержание общей золы; золы, нерастворимой в 10 % хлороводородной кислоте; содержание экстрактивных веществ проводили по методикам ГФ XI издания.

Количественное определение суммы флавоноидов в исследуемых образцах осуществлялось методом спектрофотометрии.

Результаты и их обсуждение. Жидкий экстракт из листьев крапивы и лопуха, взятых в равных соотношениях, получали способом исчерпывающей фильтрационной экстракции, используя в качестве экстрагента спирт этиловый 70 %. Каждый слив из экстрактора отбирался фракционно с шагом DER 1:1. Для каждого образца было проведено количественное определение и рассчитаны показатели динамики процесса.

Рассчитывали критерии процесса экстракции суммарного экстракта - содержание сухого остатка в отдельных порциях жидких экстрактов, полученных соответствующим экстрагентом при соответствующем соотношении «сырье : экстракт»; содержание сухого остатка в суммарных экстрактах, полученных соответствующим экстрагентом при соответствующем соотношении «сырье : экстракт» на определенной стадии и выход экстрактивных веществ (абсолютно сухого экстракта) с сырья на каждой из стадий экстрагирования соответствующим экстрагентом при соответствующем соотношении «сырье : экстракт».

Выводы. На основании проведенных экспериментов, наилучший выход суммы экстрактивных веществ из смеси листьев крапивы и лопуха при лабораторной технологии получения экстракта наблюдается при следующих условиях проведения фильтрационной экстракции: масса загруженного сырья - 150,0 г.; экстрагент - 70 % этанол; температура экстракции - 20±2

0С; скорость экстракции - 3-4 мл/мин.; соотношение «сырье: экстрагент» (DER для жидкого экстракта) - 1:4.

Полученный по разработанной схеме экстракт в дальнейшем будет использован в качестве лекарственного средства для разработки состава и технологии лечебно-профилактического шампуня.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ КОНЦЕНТРАЦИИ ПРОПИЛЕНГЛИКОЛЯ И ПОЛИЭТИЛЕНОКСИДА-400 НА РЕОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ЭМУЛЬСИИ 1 РОДА

Кухтенко Г.П., Махсудов К.С.

Кафедра промышленной фармации

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

Научный руководитель: проф. Гладух Е.В.

Цель исследования. Поскольку пропиленгликоль (ПГ) и полиэтиленоксид-400 (ПЭО-400) наиболее часто используются при разработке составов мягких лекарственных средств, благодаря их полифункциональным свойствам, нами было исследовано влияние концентрации этих веществ на реологические свойства эмульсии 1 рода.

Материалы и методы. Объектами исследования были 15% эмульсии вазелинового масла, стабилизированные комплексным эмульгатором №1 в концентрации 9%, дисперсионной средой была вода очищенная. В состав эмульсий вводили по отдельности ПГ и ПЭО-400 в концентрации от 5 до 25%. Эмульсии готовились методом инверсии фаз, эмульгирование проводили на гомогенизаторе POLYTRON 3100 D, фирмы «KINEMATICA AG» (Швейцария) со скоростью 5000 об/мин в течение 15 минут при температуре 60-65°C. Приготовленные эмульсии подвергались реологическим исследованиям на коаксиальном реовискозиметре «Rheolab QC» фирмы «Anton Paar» (Австрия) при температуре 25°C (максимальная температура хранения мягких лекарственных средств).

Результаты и их обсуждение. Все исследуемые образцы имели свойства упруго-вязко-пластических систем, в которых вязкость зависит от скорости сдвига, с наличием тиксотропии. Было установлено, что введение в состав эмульсионной основы как ПГ, так и ПЭО-400 в концентрации 5% понижает первоначальную вязкость эмульсии, увеличение концентрации до 15% приводит к повышению вязкости. Введение этих веществ в концентрации до 25% приводит к обратному эффекту - понижению структурной вязкости. Так, при скорости сдвига 10,5 с⁻¹, первоначальная структурная вязкость составляет 19,4 Па•с, введение ПГ и ПЭО-400 уменьшает вязкость до 15 и до 11,6 Па•с соответственно. В концентрации ПГ и ПЭО-400 10% и 15% структурная вязкость имеет значение 22,1 Па•с, 34,6 Па•с и 28,2 Па•с, 38,5 Па•с соответственно. А при концентрации ПГ и ПЭО-400 20% и 25% происходит уменьшение вязкости до 30,7 Па•с, 25,8 Па•с и 35,9 Па•с,

28,3 Па•с. Прослеживается четкая зависимость структурной вязкости от концентрации ПГ и ПЭО-400, причем ПЭО-400 имеет более выраженное влияние на этот показатель.

Выводы. Полученные результаты указывают на то, что введением ПГ и ПЭО-400 в состав крема на основании эмульсии 1 рода, можно управлять вязко-пластичными свойствами готового продукта.

ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ЖИРНОГО МАСЛА СЕМЯН ТМИНА ЧЕРНОГО

Абделькбир Лахлифи

Кафедра промышленной фармации

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

Научный руководитель: проф. Гладух Е.В.

Цель исследования. Физико-химическое изучение жирного масла семян тмина черного для разработки критериев его стандартизации.

Материалы и методы. Объектами исследования были жирные масла семян тмина черного производства Египта и Эфиопии. Жирнокислотный состав определяли хроматографически по ГОСТ 30418-96 «Метод определения жирнокислотного состава». Идентификация метиловых эфиров жирных кислот осуществлялась по времени удерживания пиков в сравнении со стандартной смесью. Физико-химические показатели жирных масел и жирных кислот определяли по известным методикам Государственной фармакопеи. Одновременное определение токоферола и каротиноидов проводили спектрофотометрически по ГОСТ Р 54058-2010 «Продукты пищевые функциональные. Метод определения каротиноидов».

Результаты и их обсуждение. Спектр жирных кислот в изучаемых маслах представлен карбоновыми кислотами с длиной углеродной цепи от C13 до C20, как с четным, так и с нечетным числом атомов углерода.

Сумма ненасыщенных кислот в масле производства Египта несколько выше по сравнению с маслом эфиопского производства - 24,1 мг. и 19,1 мг/100 г. соответственно. Также больше и содержание суммы мононенасыщенных жирных кислот - 22,13 и 17,30 мг/100 г. Сумма ненасыщенных жирных кислот в масле производства Египта меньше и составляет 73,93 мг/100 г. по сравнению с маслом Эфиопии - 77,0 мг/100 г.

Содержание токоферола и каротиноидов в растительном масле является важным показателем его биологической активности. Содержание в изучаемых маслах токоферолов примерно одинаково - по 0,4 мг%.

Плотность исследуемых масел находится в пределах нормы и составляет 0,910-0,945, что характерно для большинства растительных масел. У обоих исследованных масел тмина черного вязкость практически не отличается, также нет отличия и в показателях кислотного числа. Число омыления и эфирное число у масла производства Египта практически в 2 раза выше,

чем у масла эфиопского производства.

Выводы. Проведено сравнительное изучение физико-химических свойств масел семян тмина черного двух производителей по показателям: жирнокислотный состав, содержание токоферолов и каротиноидов, вязкость, плотность, кислотное число, эфирное число и число омыления.

РАЗРАБОТКА СОСТАВА КРЕМА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Бойко В.Г.

Кафедра заводской технологии лекарств
Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина
Научный руководитель: доц. Маслий Ю.С.

На сегодняшний день среди всех известных человеку заболеваний болезни опорно-двигательного аппарата (ОДА) занимают одно из ведущих мест. По распространенности заболевания ОДА находятся на 3-м месте после болезней органов кровообращения и пищеварения. В структуре первичной инвалидности они занимают 2-е место, по временной нетрудоспособности - 1-е место. Лечение заболеваний ОДА заключается в применении противовоспалительных и обезболивающих препаратов как местного, так и системного действия. В последние годы особый интерес ученых вызывает использование препаратов на основе лекарственного растительного сырья, способствующих значительному замедлению и облегчению течения данных болезней.

Цель исследования. Разработка лекарственного средства в форме крема с компонентом растительного происхождения для лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата.

Материалы и методы. Предметом исследований явился выбор активного фармацевтического ингредиента (АФИ) и вспомогательных веществ с целью создания мягкого лекарственного средства для лечения заболеваний ОДА. Изучены физико-химические свойства (растворимость) экстракта, а также реологические параметры основы и полученного крема.

Результаты и их обсуждение. Учитывая этиологию и патогенез заболеваний ОДА, нами было рекомендовано как АФИ использовать густой экстракт лещины, обладающий противовоспалительным, противомикробным, венотропным, сосудосуживающим и общеукрепляющим действием. Важными компонентами мягкой лекарственной формы являются вспомогательные вещества, выбор которых был основан на результатах физико-химических и структурно-механических исследований: растворителем экстракта был выбран ПЭО-400, в качестве масляной фазы - масло кукурузное, стабилизатором водоземulsionной основы выступил эмульгатор №1, нипагин и нипазол были введены как консерванты мягкой лекарственной формы, что позволило нам получить качественную однородную массу.

Выводы. Таким образом, в результате проведенных органолептических, физико-химических и структурно-механических исследований нами обоснован оптимальный состав и разработана технология крема с густым экстрактом лещины для лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата.

АНАЛИЗ «ЗАТРАТЫ-ЭФФЕКТИВНОСТЬ» АНТИГИСТАМИННЫХ СРЕДСТВ В ЛЕЧЕНИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА

Передерий А.В.

Кафедра фармакоэкономики

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

Научный руководитель: проф. Яковлева Л.В.

Цель исследования. Проведение сравнительного анализа «затраты-эффективность» различных схем лечения аллергического ринита (АР), включающих гистаминоблокаторы - азеластин и цетиризин.

Материалы и методы. Для анализа использованы результаты мульти-центрального рандомизированного двойного слепого исследования с параллельными группами J. Songen и соавторов (2005), в котором терапия 1-й группы включала азеластин в форме назального спрея 0,56 мг/сутки, 2-й - цетиризин 10 мг/сутки, в течение 14-дневного периода. Эффективность оценивали по изменению общей оценки пациентами тяжести назальных симптомов (Total nasal symptom score - TNSS), а также общего индекса опросника по оценке качества жизни при рините (Rhinitis quality of life questionnaire - RQLQ). Так как торговые названия препаратов (ТН) в исследовании не были указаны, то расчеты проводили для следующих ТН: аллергодил (азеластин) и цетрин (цетиризин), представленных на украинском фармрынке. Цены на препараты были взяты из справочно-поисковой системы «Лекарственные средства» компании «Морион» состоянием на февраль 2015 года, для каждой схемы терапии был рассчитан коэффициент эффективности затрат (CER), расчеты проводили в долларах США (1\$=25,66 грн).

Результаты и их обсуждение. Затраты на одного пациента на 14-дневный курс терапии препаратом «Аллергодил» равны 3,17 USD, «Цетрин» - 1,2 USD. Анализ показал, что коэффициенты эффективности затрат для каждой из альтернативных технологий составили: CER Аллергодил =10,82 USD, CER Цетрин =5,21 USD. Более выгодной с экономической точки зрения является схема терапии, которая характеризуется меньшими затратами на единицу эффективности (меньшим значением CER). Метод лечения с использованием Цетрина имеет определённые преимущества с фармакоэкономической точки зрения, но менее эффективный. Второй метод, хоть и менее выгодный, но более терапевтически эффективный. Таким образом, ни один не является доминантным, при таких условиях нужно проводить расчёт стоимости дополнительной единицы эффективно-

сти. ICER=31,27 USD/1 доп. ед. эффективности.

Выводы. Согласно проведенному анализу препаратом выбора в лечении пациентов с АР является-гистаминоблокатор «Аллергодил», он хоть и более дорогой, но и более терапевтически эффективный.

АНАЛИЗ «ЗАТРАТЫ-ЭФФЕКТИВНОСТЬ» БРОНХОДИЛАТАТОРОВ ДЛИТЕЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ

Бондаренко Д.В.

Кафедра фармакоэкономики

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

Научный руководитель: проф. Яковлева Л.В.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ «затраты-эффективность» различных схем терапии хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), включающих бронходилататоры длительного действия - индакатерол и тиотропий.

Материалы и методы. В анализе использованы результаты рандомизированного контролируемого исследования INHANCE (indacaterol vs tiotropium to help achieve new COPD treatment excellence), в котором терапия 1-й группы (416 пациентов) включала индакатерол 150 мкг/сутки, 2-й (416 пациентов) - индакатерол 300 мкг/сутки, 3-й (415 пациентов) - тиотропий 18 мкг/сутки, 4-й (218 пациентов) - плацебо. Эффективность оценивали по увеличению объема форсированного выдоха (ОФВ1) после 12 недель лечения в сравнении с группой плацебо. В 1-й и 2-й группах ОФВ1 увеличился на 180 мл, а в 3-й - на 140 мл. Так как торговые названия препаратов (ТН) в исследовании не были указаны, то расчеты проводили для следующих ТН: онбрез бризхайлер (индакатерол 150 и 300 мкг) и Спирива (тиотропий), представленных на украинском фармрынке. Цены на препараты были взяты из справочно-поисковой системы «Лекарственные средства» компании «Морион» состоянием на февраль 2015 года, для каждой схемы терапии был рассчитан коэффициент эффективности затрат (CER), расчеты проводили в долларах США (1\$=25,66 грн).

Результаты и их обсуждение. Затраты на одного пациента на 12-ти недельный курс терапии препаратом «онбрез бризхайлер 150» равны 102,56 USD, «онбрез бризхайлер 300» - 81,12 USD, «Спирива» - 64,96 USD. Анализ показал, что коэффициенты эффективности затрат для каждой из альтернативных технологий составили: CER онбрез бризхайлер 150 =0,57 USD, CER онбрез бризхайлер 300=0,45 USD, CER Спирива =0,46 USD. Более выгодной с экономической точки зрения является схема терапии, которая характеризуется меньшими затратами на единицу эффективности (меньшим значением CER). Полученные результаты свидетельствуют о наличии доминантной схемы терапии, которая при наименьшем значении CER имеет высокую эффективность - терапия «онбрез бризхайлер 300».

Выводы. Согласно проведенному анализу препаратом выбора в лечении пациентов с ХОБЛ является бронходилататор длительного действия «он-брез бризхайлер 300».

КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ФАРМАКОТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ТОКСИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ

Завадская И.В.

Кафедра фармакоэкономики

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

Научный руководитель: доц. Ткачева О.В.

Нерациональное применение лекарственных средств (ЛС), является проблемой во всех странах мира. Чаще всего оно связано с полипрагмазией, назначением препаратов, которые не входят в клинические рекомендации и в унифицированные протоколы лечения заболеваний, а также с применением ЛС с недоказанной эффективностью и безопасностью. Проблема рационального применения ЛС требует решения как на уровне государства, так и на уровне каждого отдельного учреждения здравоохранения (УЗ). Применение фармакоэкономических подходов для оценки назначений ЛС в реальной клинической практике способствует оптимизации как фармако-терапии, так и расходов на ее проведение.

Цель исследования. Частотный анализ лекарственных назначений и оценка необходимости назначений ЛС пациентам с токсическим гепатитом (ТГ) в УЗ г. Харькова.

Материалы и методы. Для анализа использовали вспомогательные виды фармакоэкономического анализа - частотный и VEN-анализ. Последний проводили по «формальному» признаку: при наличии ЛС в Государственном формуляре ЛС Украины (V выпуск) и в клиническом протоколе лечения ТГ ему присваивали индекс «V», при отсутствии ЛС в нормативных документах - индекс «N».

Результаты и их обсуждение. Анализ 55 историй болезни пациентов с ТГ в возрасте от 26 до 80 лет позволил определить 119 ЛС из 54 фармако-терапевтических групп, которые были назначены этим больным. Среднее количество назначенных ЛС на одного больного составило 10, что свидетельствует о полипрагмазии фармако-терапии в данном отделении, поскольку рекомендованное оптимальное количество ЛС на одного пациента не должно превышать 4-5 ЛС. Больным чаще назначали ЛС для этиотропной и патогенетической терапии ТГ. Лидерами назначений стали гепато-протекторы «Тиотриазолин» (Галичфарм, р-р д/ин. 2 мл, №10) и «Урсо-хол» (Дарница, капс. 250 мг №50), что составило- 61% и 45% от общего числа назначений. По результатам формального VEN-анализа большинство ЛС входило в клинические протоколы лечения ТГ и сопутствующих заболеваний (80,7%), а также в Государственный формуляр ЛС Украины

(89,0 %), поэтому все эти ЛС были отнесены в группу «V».

Выводы. В целом, назначение ЛС пациентам с ТГ можно считать рациональными, но установленная полипрагмазия (в среднем 10 ЛС на больного) свидетельствует о нецелесообразности назначений такого числа ЛС. Таким образом, результаты исследования могут служить основой для дальнейшего изучения вопросов по проведению оценки фармакотерапии пациентов с ТГ в данном учреждении здравоохранения.

МАРКЕТИНГОВЫЙ АНАЛИЗ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА УКРАИНЫ НА НАЛИЧИЕ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Маруш Е.С.

Кафедра заводской технологии лекарств

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

Научный руководитель: доц. Маслий Ю.С.

Цель исследования. Острые респираторные заболевания (ОРЗ) относятся к наиболее распространенным инфекционным болезням, поражающим все возрастные группы населения. Ежегодно в Украине ОРЗ болеют 10-14 млн. человек, что составляет 25-30% всей и около 75-90% инфекционной заболеваемости в стране. Без своевременного и адекватного лечения ОРЗ могут иметь осложненное течение, сопровождаться хронизацией или способствовать обострению существующей хронической патологии.

Цель исследования. Проведение маркетингового анализа фармацевтического рынка Украины на наличие препаратов для лечения острых респираторных заболеваний.

Материалы и методы исследования. Острые респираторные вирусные инфекции имеют наибольший удельный вес среди ОРЗ. С этой целью нами был исследован фармацевтический рынок Украины на наличие противовирусных препаратов, применяемых для профилактики и лечения ОРЗ. Маркетинговый анализ осуществляли с использованием информационно-поисковой системы «Лекарственные средства» ООО «Морион» и Государственного реестра лекарственных средств Украины.

Результаты и их обсуждение. Изучение ассортимента противовирусных лекарственных средств отечественного рынка показало, что по состоянию на 1.03.2015 г. исследуемая группа фармацевтических препаратов насчитывает около 40 наименований, представленных в 4 лекарственных формах, среди которых наибольшая доля приходится на таблетки (42,5%) и порошки (27,5%), значительно реже встречаются мази-бальзамы (17,5%) и капли (12,5%). Проведенный анализ установил, что население Украины обеспечивается препаратами исследуемой группы из 14 стран мира. По количеству фирм-производителей препаратов для лечения и профилактики ОРЗ лидирующие позиции занимают страны Западной Европы (50%),

Украина занимает второе место (30%). При этом иностранные производители преобладают в 2,5 раза по количеству представленных препаратов.

Выводы. Проведенный маркетинговый анализ лекарственных средств для профилактики и лечения ОРЗ, находящихся на фармацевтическом рынке Украины, установил, что препараты исследуемой группы представлены, в основном, импортными производителями, а отечественные производители занимают очень малый процент, поэтому их разработка на сегодня является актуальной проблемой медицины и фармации.

РЕЗУЛЬТАТЫ СТРУКТУРНОГО АНАЛИЗА ДАННЫХ РЕГИСТРАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В УКРАИНЕ В ДИНАМИКЕ ЛЕТ

Турдимуратова Т.В., Немченко Л.А.

Кафедра организации и экономики фармации

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

Научный руководитель: доц. Панфилова А.Л.

Цель исследования. Анализ данных государственной регистрации лекарственных препаратов (ЛП) за 2000-2014 гг. по параметру «отечественный препарат - импортный препарат».

Материалы и методы. Данные официального сайта Государственного экспертного центра Министерства здравоохранения Украины. В исследованиях использовались исторический, сравнительный, логический и математико-статистические методы анализа данных. В обработке результатов исследований применялись стандартные программы прикладного статистического анализа Statistica 6.0 (лицензия программного продукта V.7. English - V.6 Russia K 892818).

Результаты и их обсуждение. Установлено, что в течение 2000-2014 гг. в структуре зарегистрированных торговых наименований ЛП, с учетом всех форм выпуска, доминирующие позиции имели импортные препараты. Так, показатель удельного веса импортных ЛП колебался в диапазоне значений от 56,12% (2001 г.) до 72,86% (2011 г.), а среднее значение равнялось 67,11%. Наибольшее количество торговых наименований препаратов импортного производства было представлено в 2011 г. (10422 препаратов), а наименьшее в 2000 г. (4305 препаратов). По состоянию на 11.04.2015 г. в Украине было зарегистрировано 12546 наименований препаратов, среди которых 8834 наименований (70,41%) представляют иностранные фармацевтические компании. Несмотря на затяжной финансовый кризис в стране и нестабильную социально-экономическую ситуацию, количество импортных препаратов в 2015 г. возросло в 2 раза по сравнению с данными 2000 г. (4305 препаратов). Установлено, что только в 2008, 2009, 2012 и 2013 гг. наблюдалось снижение количества зарегистрированных импортных препаратов по сравнению с показателями предыдущего года. Максимальное значение прироста количества импортных препаратов наблюдалось в 2001 г.

(прирост на 33%), а существенное снижение (-8%) в 2009 г. В целом, среднее значение коэффициентов темпов роста терапевтических цепочек по исследуемой динамике показателей регистрации препаратов составило 1,07.

Выводы. В результате исследований можно сделать вывод о необходимости разработки и введения государственной программы импортозамещения, реализация которой позволит существенно снизить уровень зависимости системы фармацевтического обеспечения населения от импорта ЛП и рисков на финансовом рынке Украины.

ПОПЫТКА РАЗРАБОТКИ СОСТАВА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ КОМПОЗИЦИИ НА ОСНОВЕ ПРОТИВОВИРУСНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА И ХЛОРГЕКСИДИНА БИГЛЮКОНАТА

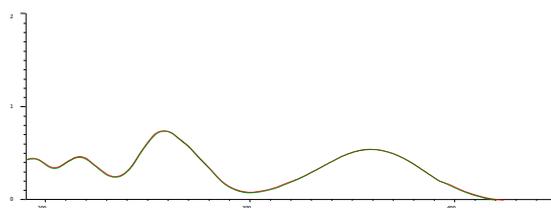
Косарева А.В., Кинев М.Ю.

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург

Результаты и их обсуждение. Было установлено, что наиболее оптимальной является фармацевтическая композиция состава: триазавирин 0,25 г., хлоргексидина 0,5 мл, воды очищенной до 25 мл.

Подлинность триазавирин в составе фармацевтической композиции подтверждалась спектрофотометрическим методом.

Количественное определение триазавирин: 0,5 мл. исследуемого раствора поместили в мерную колбу на 250 мл. и довели водой очищенной до метки, параллельно приготовили раствор стандартного образца триазавирин. Ультрафиолетовый спектр подготовленных растворов снимали на спектрофотометре СФ-2000 в диапазоне от 190 до 450 нм. в кювете с толщиной слоя 1 см., раствор сравнения - вода очищенная (рис. 1).



A

λ, нм

Рис. 1. УФ-спектр исследуемого раствора (а) и раствора СО триазавирин (б).

Выводы. Была проделана попытка разработки фармацевтической композиции состоящей из 0,25 г. триазавирин, 0,5 г. хлоргексидина биглюконата, воды очищенной до 25 мл. Раствор при стоянии приобрел ярко-желтую окраску с последующим образованием осадка, что говорит о нецелесообразности использования исследуемой композиции в медицинских целях.

ОЦЕНКА КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Райкова А.А.

Кафедра управления и экономики фармации
Курский государственный медицинский университет, г. Курск
Научный руководитель: доц. Олейникова Т.А.

В настоящее время особый интерес представляют маркетинговые исследования рынка лекарственных препаратов (ЛП), как одного из наиболее динамично развивающихся секторов в мировой экономике.

На сегодняшний день, по данным Всемирной организации здравоохранения, болезни опорно-двигательного аппарата (ОДА) занимают одно из ведущих мест в структуре общей заболеваемости населения России и других стран мира. Среди фармакотерапевтических групп лекарственных средств (ЛС) для лечения заболеваний ОДА значительная доля приходится на нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП).

Цель исследования. Оценка конкурентоспособности НПВП на фармацевтическом рынке г. Курска.

Материалы и методы. Исследовались 30 анкет провизоров аптек г. Курска с помощью контент-анализа, логического анализа, структурного анализа, экспертной оценки.

Оценка конкурентоспособности проводилась по методу балльной оценки, который включает: изучение рынка и отбор ЛП для сравнения, изучение параметров доступности и конкурентоспособности, вычисление коэффициентов качества, экономических индексов и интегральных показателей конкурентоспособности.

По мнению экспертов-провизоров наилучшими потребительскими свойствами обладают препараты: Кеторол табл., Ибупрофен табл., Миг табл., Нурофен табл., имеющие высокие коэффициенты качества. Низкие значения экономического индекса, а, следовательно, высокие показатели рейтинга имеют ЛС: Ибупрофен табл., Диклофенак табл., Ортофен гель, Бутадион табл. В ходе анализа установлено, что наиболее конкурентоспособными ЛП группы НПВП являются препараты: Кеторол табл., Ибупрофен табл., Нурофен табл., Ортофен гель, Диклофенак табл., имеющие высокие интегральные показатели.

Таким образом, проведенные исследования по оценке конкурентоспособности НПВП на фармацевтическом рынке г. Курска позволяют рекомендовать фармацевтическим организациям наиболее оптимальный ассортимент для закупок с целью повышения их финансовой устойчивости и улучшения лекарственного обеспечения населения.

Стоматологический блок

ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ МОЛОДЫХ ЛИЦ, ПОЛЬЗУЮЩИХСЯ СЪЕМНЫМИ ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ И ОРТОДОНТИЧЕСКИМИ КОНСТРУКЦИЯМИ

Панкратов М.М.

Кафедра ортопедической стоматологии и ортодонтологии
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: доц. Митин Н.Е.

Одной из актуальных медико-социальных задач ортопедической стоматологии является оптимальное восстановление утраченных функций зубочелюстной системы при полной или частичной потере зубов с использованием съемных протезов. Процесс дезадаптации пациента к несъемной технике и отсутствие мотивации к продолжению лечения нередко становятся основными причинами неблагоприятного его исхода, следовательно, углубленное изучение качества жизни молодых лиц, использующих съемные зубные конструкции, является актуальной проблемой в клинической медицине.

Цели исследования. Исследовать качество жизни пациентов молодого возраста, пользующихся съемными зубными протезами верхней челюсти или ортодонтическими аппаратами.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие лица молодого возраста обоих полов из числа студентов. Нами были изготовлены каппы и небные пластинки, имитирующие ортодонтические аппараты и съемные зубные протезы соответственно. Подробно были изучены: психологическая, речевая, сексуально - поведенческая, вкусовая адаптация.

Результаты и их обсуждение. В результате исследования выявлены тенденции, которые статистически обработаны и будут представлены на конференции.

Психологическая адаптация. Личная тревожность пациентов осталась на прежнем уровне, в то время как ситуативная тревожность повысилась в 2 раза. Результаты теста «Оценка уровня общительности» снизились на 20%, (исследуемые стали менее общительны). Оценка уровня удовлетворённости качеством жизни заметно снизилась - на 40%

Речевая адаптация. В начале исследования отмечался повышенный рвотный рефлекс, трудности при жевании, произношении согласных звуков, особенно «Т», «Д», «Н», «С», «З», артикуляционные зоны которых располагаются на небной стороне. Трудности наблюдались также при звукопроизношении заднеязычных смычных «К», «Г», и заднеязычных щелевых звуков «Х», плоскости касания которых, занимают заднюю треть твердого нёба, небную поверхность моляров и переходят на мягкое нёбо. Постепенно произношение улучшается. Гласные звуки произносить

намного легче.

Сексуально-поведенческая адаптация. Данное тестирование было проведено на начальном и конечном этапах исследования. При анализе полученных данных в 87% случаев не было обнаружено изменения уровня сексуально - поведенческой адаптации пары. В 13% обнаруженные изменения были незначительны. Таким образом, можно сделать вывод, что использование съемных протезов на верхней челюсти не ведет к существенным изменениям в сексуальной жизни лиц молодого возраста.

Вкусовая адаптация. В процессе адаптации к зубному протезу и ортодонтическим конструкциям у 30% пациентов снизилась вкусовая чувствительность. Спустя 2 дня показатель снизился до 20%. Через 7 дней - восстановление вкусовой чувствительности у всех исследуемых. При наложении съемных конструкций на верхней челюсти вкусовое восприятие сначала угнетается, затем постепенно восстанавливается.

Выводы. Данный эксперимент, с использованием капп и небных пластинок - имитирует ношение ортодонтических аппаратов и съемных зубных протезов верхней челюсти у молодых пациентов. Эксперимент позволяет оценивать динамику изменений и является достоверным.

СИНДРОМ ТРЕСНУВШЕГО ЗУБА (CTS)

Сумонова М.С., Чекренева Э.С.

Кафедра терапевтической и детской стоматологии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: асс. Лавренюк Е.А.

Синдром треснувшего зуба (фрактура) - нарушение целостности коронки или корня зуба, вследствие длительной хронической механической травмы. Синдром впервые описал в 1964 году Cameron. За последние десятилетия увеличилось количество случаев трещин зубов. Проблемы в диагностике, отсутствие, или наоборот, обилие симптоматики, недостаточное освещение в отечественной литературе обуславливает актуальность изучения данной патологии.

Причины трещин: вредные привычки (кусание ручек, открывание бутылок и т.п.); парафункции жевательных мышц (бруксизм); употребление преимущественно твердой пищи; анатомические особенности (глубокое межбугорковое соотношение); полости МОД; наличие культевых вкладок, парапальпарных штифтов; наличие больших по объему пломб без окклюзионных контактов; перепады температур в процессе приема пищи; пирсинг - создание прокола в мягких тканях полости рта (язык, губы, щеки) с ношением в нем украшений.

Наиболее клинически удобна классификация ААЕ (Американской Ассоциации Эндодонтистов): Craze line (поверхностная трещина); Fracture cusp (сколотый бугор); Cracked tooth (треснувший зуб); Split tooth (раско-

лотый зуб).

Craze line (поверхностная трещина) - имеет наибольшую частоту встречаемости. Трещина расположена только в эмали. Жалобы у пациентов как правило отсутствуют. Диагностика состоит в визуализации, окрашивании красителями, высушивании зуба. Также можно использовать фотополимеризационную лампу (параллельно зубу) и трансиллюминацию. Специфического лечения не требуется, только при пожеланиях пациента можно провести малоинвазивный метод лечения.

Fracture cusp (сколотый бугор) - следующий этап распространения трещин который уже локализуется в дентине и напоминает гиперчувствительность при воздействии холодного раздражителя. Возможно вовлечение пульпы, что будет требовать эндодонтического лечения. Если пульпа не вскрыта рекомендована реставрация.

Cracked tooth (треснувший зуб) - состояние при котором имеется трещина, идущая через всю поверхность зуба или только с одного края в мезоидистальном направлении. Возможна под старой пломбой следует обратить внимание на дистальный край зуба, ограничивающий дефект так, как вся жевательная нагрузка сосредотачивается именно там.

Если трещина распространяется под десну, появляется позитивная горизонтальная перкуссия и тонкий узкий единичный пародонтальный карман в нетипичном месте. Пациент может жаловаться на боли при жевании характерно не при закрывании рта, а при открывании.

Лечение заключается в полном иссечении трещины и реставрации. При этом если нет вовлечения пульпы, рекомендовано накрытие коронкой или оверлеем. Если вовлечение есть или линия проходит по дну пульповой камеры, то придерживаются следующей последовательности: минимальноинвазивная эндодонтия; самый жесткий кламмер; obturation методом одного штифта; накрытие коронкой. Прогноз - благоприятный.

Split tooth (расколотый зуб) - состояние, наступающее при наличии линии проходящей по дну пульповой камеры. Характеризуется полным расколом зуба. В данном случае лечение радикальное - спланированное удаление зуба.

Vertical root fracture (вертикальная фрактура корня). Причины данной патологии: нарушение эмалевой целостности (кольца): чрезмерная потеря пришеечных тканей при создании доступа к корневым каналам.

Производится зондирование по всему периметру зуба в поисках единичного узкого глубокого пародонтального кармана (при хирургической ревизии наблюдается V-образная потеря костной ткани). Обнаруживается короночно расположенный синус-тракт. Верификация производится с помощью окрашивания. Наиболее подвержены данной патологии премоляры, в связи с анатомо-физиологическими особенностями. На рентгенограмме наблюдается дефект в виде капли, вовлекается апикальная часть корня и поднимается по боковой поверхности. Лечение радикальное - удаление.

Выводы.

1. Своевременный анализ и верификация симптомов трещины зуба позволит предотвратить возникновение осложнений и дальнейшую потерю зуба.

2. Соблюдение правил и режимов препарирования, исключение вредных привычек, бережное отношение и адекватная гигиена зубочелюстной системы предупредят возникновение данного синдрома

СОВРЕМЕННЫЕ СПОСОБЫ ДИАГНОСТИКИ, ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ СИНДРОМА ЖЖЕНИЯ ПОЛОСТИ РТА, ВЫЗВАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Терентьева Е.А.

Кафедра ортопедической стоматологии и ортодонтии
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научный руководитель: доц. Гуськов А.В.

По данным, проведённого нами исследования, у 11,75% пациентов, обратившихся в клинику кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтии с жалобами на жжение во рту, имеются заболевания слизистой оболочки полости рта (СОПР), вызванные различными причинами.

Цель исследования. Сформировать рекомендации по предупреждению возникновения заболеваний слизистой оболочки и синдрома горящего рта у пациентов в клинике ортопедической стоматологии. Задачи исследования: провести обследование полости рта у пациентов с жжением; выявить и при возможности устранить причины возникновения заболеваний СОПР.

Материал и методы. Были обследованы 32 пациента в возрасте от 45 до 69 лет с заболеваниями СОПР и ортопедическими стоматологическими конструкциями, из них 27 женщин, 5 мужчин с жалобами на жжение во рту. Данным пациентам мы проводили осмотр и гальванометрию полости рта, а также оценку состояния несъёмных протезных конструкций.

Полученные результаты и их обсуждение. Все обследованные пациенты имели в полости рта несъёмные стоматологические ортопедические конструкции в количестве от 3 до 28 единиц.

В результате проведённых нами клинко-диагностических процедур, было установлено, что у 53% пациентов был красный плоский лишай; у 18% пациентов - лейкоплакия; у 6,25% пациентов - рак боковой поверхности языка; у 22,75% пациентов - кандидоз. У 100% пациентов был выявлен гальванизм, у 87% пациентов - нарушение целостности протезов вследствие механического, химического и электрогальванического факторов

Выводы.

1. Обследование состояния полости рта у пациентов с СГР является важным диагностическим фактором, предупредить серьезные осложнения

в следствии ортопедического лечения и непластический процесс у большинства пациентов.

2. Причиной возникновения заболеваний полости рта является в 79% случаев токсико-гальваническое воздействие протезов

3. В 79% случаев правильного ортопедического лечения с заменой протезов были устранены заболевания СОПР и СГР.

ИЗОЛЯЦИЯ ЗУБА ОТ СЛЮНЫ КАК ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ УСЛОВИЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Табаков Г.М., Хромышев М.М.

Кафедра терапевтической и детской стоматологии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: асс. Лавренюк Е.А.

При пломбировании полостей труднодоступной локализации часто возникает проблема неэффективной изоляции рабочего поля и неудовлетворенность пациентов качеством стоматологического лечения, вследствие возникающего интраоперационного дискомфорта. Широко применяемые композитные материалы предполагают достаточно длительный процесс реставрации зуба, а технология их использования такова, что при попадании влаги в полость необходимо повторять все этапы, начиная с протравливания. Необходимость минимизировать проникновение микроорганизмов из полости рта в обработанные корневые каналы, защитить слизистую оболочку от воздействия сильнодействующих дезинфицирующих растворов и обезопасить дыхательные пути пациента от пыли, возникающей при препарировании, также является важной задачей врача.

Цель исследования. Изучить новые эффективные средства изоляции зуба от слюны, рассмотреть преимущества и недостатки имеющихся средств изоляции зуба от слюны.

Относительная изоляция оперативного поля достигается мероприятиями, предотвращающими возможность контаминации оперативного поля биологическими жидкостями. К средствам относительной изоляции оперативного поля относятся: ватные валики, салфетки Dry Tips, слюноотсос.

С помощью ватных валиков изолируют выводные протоки больших слюнных желез, предотвращают попадание на слизистую оболочку геля для протравливания твердых тканей зуба и других препаратов, которые могут вызвать повреждение слизистой оболочки. Ватные валики помещают с вестибулярной стороны на верхней челюсти по переходной складке, при изоляции выводных протоков поднижнечелюстной и подъязычной желез, их помещают в челюстно-язычном желобке. Для лучшей фиксации ватных валиков можно использовать специальные валикодержатели. Преимущества: легкие в применении, хорошая переносимость пациентом, низкая стоимость. Недостатки: плохая впитываемость, вероятность инфици-

рования врача, не дают защиты от аспирации, заглатывания стержневых инструментов и контакта со слизистой оболочкой. Салфетки Dry Tips обладают эффектом «пластыря» - при фиксации полностью закрывают место выхода протоков слюнных желез. Более эффективно впитывают ротовую жидкость. Слюноотсос обеспечивает направленную аспирацию ротовой жидкости из полости рта с помощью вакуума. Комбинированное применение с другими средствами изоляции зуба от слюны делает лечение более эффективным и комфортным.

Абсолютная изоляция оперативного поля достигается при использовании коффердама. При такой изоляции исключена любая контаминация оперативного поля биологическими жидкостями, пациент полностью защищен от аспирации и проглатывания инструментов, медикаментов и пыли, а вероятность инфицирования врача и ассистента в значительной мере снижается. Коффердам представляет собой латексную завесу, которая с помощью специальных приспособлений крепится на зубы и изолирует их от полости рта.

Существует несколько методик его наложения. Техника «крыльев». Резиновый платок натягивается на рамку, в отверстие фиксируется зажим; на отверстия зажима фиксируются щипцы; на лицо пациента накладывается салфетка; зажим фиксируется на зубе в области шейки, в межзубном промежутке латекс фиксируется флосом; коффердам с крыльев снимают гладилкой. Техника «сначала коффердам, затем клампы». Ассистент берет заранее натянутый на рамку коффердам и натягивает на зуб; врач продевает резиновый платок через апроксимальные контакты с помощью вощенной зубной нити; ассистент удерживает коффердам а врач фиксирует завесу с помощью клампа. Техника "сначала зажим". Зажим фиксируется на зубе; коффердам натягивается на установленный зажим, адаптируется на зубе. Техника "дуги". В отверстие резинового платка продевается дуга зажима; щипцы фиксируются в отверстиях зажима, платок собирается в пучок; зажим устанавливается на зуб, платок удерживается в руке для визуального контроля фиксации зажима; резиновый платок полностью продевается через зажим, адаптируются вокруг зуба. Коффердам OptiDam, имеющий трехмерный дизайн обладает значительными преимуществами: выпускаются для верхней и нижней челюсти, имеют специальные «сосочки», облегчающие процедуру прodelьвания отверстий; платок открывает уголки губ пациента, облегчая ротовое дыхание; не занимает много места в полости рта на противоположной от вмешательства стороне, что позволяет эффективно использовать слюноотсос.

В настоящее время существует широкий арсенал средств для изоляции тканей зуба и мягких тканей рта от слюны. Вышесказанное подтверждает важность и необходимость макро-и микроизоляции рабочего поля в практике врачей-стоматологов.

КОРОНЭКТОМИЯ. СПОСОБЫ УДАЛЕНИЯ РЕТИНИРОВАННЫХ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ, РАСПОЛОЖЕННЫХ ВБЛИЗИ НИЖНЕГО АЛЬВЕОЛЯРНОГО НЕРВА

Боброва Д.А.

Кафедра хирургической стоматологии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: доц. Филимонова Л.Б.

Цель исследования. Изучение методики удаления ретинированных третьих моляров по схеме разработанной авторами Пелл (Pell), Грегори (Gregory), Уитнер (Winter).

Третьи моляры нижней челюсти часто не прорезываются или прорезываются не полностью. Это происходит из-за особенностей положения третьих моляров относительно соседних зубов. Различают варианты направления прорезывания: мезиальный наклон, что встречается наиболее часто; дистальный наклон; вертикальное положение; направление зуба в одну из сторон (язычную или щечную).

Чтобы резецировать минимальное количество кости, при экстракции третьих моляров нижней челюсти необходимо использовать правильную методику секционирования зуба. Классификация третьих моляров с мезиальным наклоном основанная на глубине залегания и степени наклона была разработана авторами Пелл (Pell), Грегори (Gregory), Уитнер (Winter).

Методика экстракции может варьировать от удаления большего количества кости при более глубоком залегании зуба до секционирования большего объема зуба по мере возрастания мезиального наклона.

Повреждение нижнечелюстного нерва может произойти в следующих случаях: слишком глубокое введение бора при секционировании зуба вблизи нижнечелюстного канала; чрезмерная нагрузка долотом на кончик корня может привести к повреждению стенки нижнечелюстного нерва; тонкий и изогнутый кончик корня может сломаться и сместиться в просвет канала при вывихе зуба.

Вследствие повреждения возникает парестезия, в большинстве случаев проходит в период от нескольких недель до трех месяцев, за исключением тех случаев, когда происходит нарушение целостности нерва при случайной травме кюретой или бором во время секционирования. Существуют различные лекарственные средства, которые позволяют сократить период восстановления нормальной чувствительности. К ним относят: нейротропные витамины или препараты на основе АТФ; физиотерапия с использованием низкоэнергетического лазера, тепла и низкочастотных волн.

Вывод. Классификация Пелл (Pell), Грегори (Gregory), Уитнер (Winter), основанная на глубине залегания и степени наклона ретинированных третьих моляров, позволяет провести атравматичное удаление и минимизировать вероятность развития в послеоперационном периоде осложнений.

ПРЕИМУЩЕСТВА ДИОДНОГО ЛАЗЕРА PICASSOLITE В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Карпов Н.В.

Кафедра хирургической стоматологии
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научный руководитель: асс. Журавлев А.Н.

Цель работы. Выявить явные преимущества работы в хирургической стоматологии диодным лазером Picassolite.

В стоматологии для воздействия на мягкие ткани широкое распространение получили диодные лазеры с длиной волны 810 нм (поглотитель - меланин, гемоглобин) и универсальные эрбиевые лазеры для воздействия на твердые и мягкие ткани с длиной волны 2940 нм (поглотитель - вода).

Показания для применения лазера Picassolite в ежедневной практике хирурга разнообразны: лазерная ретракция и коррекция десны перед реставрацией и протезированием, разрезы для биопсии ткани, гингивопластика, гингивектомия, коррекция линии улыбки, быстрое и эффективное лечение герпеса, афт, ящурных и других язв на поверхности кожи слизистой полости рта, устранение очагов воспаления и инфекции, устранение гипертрофии десен, вскрытие и дренирование абсцессов, гемостазис и коагуляция, вестибулопластика, френэктомия, дезинфекция пародонтальных карманов, закрытых полостей и открытых участков слизистой полости рта, удаление фибром, капюшона при периктонтите, лейкоплакия, оперкулэктомия, папилэктомия, пульпотомия

Операция: вылушивание ретенционной кисты нижней губы справа, скальпелем.

Лечение: инфильтрационная анестезия Sol. Ultracaini D-S 1:200000 1,0 ml. Помощник врача плотно захватывает и сжимает большим и указательным пальцем правой и левой руки нижнюю губу больного и выворачивает ее - улучшается доступ к операционному полю и уменьшается кровоточивость сосудов в ране. Делают два полулунный сходящихся разреза слизистой оболочки над проекцией кисты всю ее длину. Полутупым путем оболочку от окружающих тканей. Заканчивают операцию наложением швов на слизистую оболочку.

Операция: удаление ретенционной кисты малой слюнной железы лазер Picassolite.

Лечение: инфильтрационная анестезия Sol. UltracainiD 1,0 мл.

С применением лазера проведен разрез слизистой оболочки в области красной каймы нижней губы справа над ретенционной кистой. Руки ассистента свободны, сдавливать губу не требуется, лазер осуществляет гемостаз и поддерживает антисептические условия в операционном поле. Разведены края раны, препарированы подлежащие ткани, визуализирована ретенционная киста. Без повреждений оболочки ретенционная киста выделе-

на. Кровотечение отсутствует. Произведена ревизия операционного поля, края раны сближены. Рана ушита наглухо синтетической нитью Vicryl 5.0.

Особенностью проведения операции удаления ретенционной кисты малой слюнной железы по традиционной методике является выраженная кровоточивость операционной раны и, как следствие, высокий риск перфорации оболочки слюнной железы, что затрудняет ход операции и увеличивает длительность хирургического вмешательства.

Для снижения выраженности кровоточивости тканей во время хирургического вмешательства при традиционной методике операции используют местные анестетики с большим содержанием вазоконстриктора. При использовании лазерных технологий вследствие локального гемостаза возможно использование местных анестетиков без вазоконстриктора, что снижает риск соматических осложнений у пациентов с сопутствующей патологией.

Диодный лазер имеет явные преимущества над скальпелем и электрохирургическими инструментами. Во-первых, его воздействие намного мягче, чем воздействие электроинструментов, применяемых в хирургии, или скальпеля. Лазер воздействует на клетку. Во-вторых, он практически не выделяет тепло. При правильных параметрах нет обжигания тканей, что способствует быстрейшему заживлению в отличие от электрохирургических инструментов. Можно безопасно удалить гипертрофическую ткань вокруг ортодонтической проволоки и/или брекетов. В отличие от большинства электрохирургических приборов, диодный лазер для мягких тканей безопасен для пациентов с заболеваниями сердца. В-третьих, при помощи лазера ткань отделяется легко, гемостаз достигается намного быстрее, что приводит к отсутствию послеоперационных воспалений.

Вывод. Выявлены явные преимущества работы в хирургической стоматологии диодным лазером Picassolite: чистота и бескровность операционного поля, хороший визуальный контроль, высокая точность выполнения манипуляций, минимальная травматичность мягких тканей, полная стерильность операционного поля, отсутствие послеоперационных осложнений, быстрое заживление ран.

ОНКОНАСТОРОЖЕННОСТЬ В СТОМАТОЛОГИИ

Карпов Н.В.

Кафедра хирургической стоматологии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: асс. Журавлев А.Н.

Цель работы. Показать важность ранней диагностики ЗНО на стоматологическом приеме.

Частота онкологических заболеваний челюстно-лицевой локализации с каждым годом повышается. В связи с этим, несмотря на достигнутые успе-

хи в разработке методов лечения, вопрос о профилактике и своевременной диагностике новообразований не утратил своей актуальности. Решить этот вопрос без участия стоматологов, силами одной онкослужбы не представляется возможным. Для усиленной борьбы со злокачественными новообразованиями необходимы данные онкологической заболеваемости и смертности от злокачественных опухолей для разных возрастных, профессиональных и других групп населения.

Численность населения г. Рязань и Рязанской области по официальным данным составляла 1.138.380 человек. Показатели заболеваемости ЗНО за 2014-й год. Всего за год диагностировано 5541, из них 214 человек - заболевания ЧЛО, что составляет 3,9% от всех ЗНО. Показатели смертности от ЗНО за 2014-й год. Всего умерло 2617 человек из них 124 от рака ЧЛО, что составляет целых 4,7% от всех ЗНО.

Стандартные методы диагностики рака слизистой оболочки полости рта могут быть разделены на следующие группы: опрос больного (его близких), осмотр, пальпация, инструментальное обследование, оценка индексов состояния десны и налета, физические методы, лабораторные исследования, специальные тесты, анализы крови, мочи, слюны.

В данный момент в помощь стоматологам, есть система «Визилайт Плюс». Система состоит из двух самостоятельных диагностических тестов, последовательность применения которых расширяет возможности раннего скрининга в амбулаторных условиях:

«Визилайт» представляет собой пластиковый одноразовый фонарик, излучающий хемилюминесцентный свет, и может использоваться стоматологами в дополнение к традиционной процедуре осмотра полости рта.

Система маркирования «Ти-Блю», включает в себя три одноразовых упаковки с тампонами (два из которых с 1% раствором уксусной кислоты, а третий тампон с раствором «Ти-Блю».

Последовательность манипуляций с использованием «Визилайт Плюс» в полости рта: традиционный осмотр полости рта пациента под обычным освещением стоматологической установки; полоскание полости рта пациента 1% раствором уксусной кислоты в течение 40 секунд.

Осмотр полости рта пациента с фонариком «Визилайт», при приглушенном внешнем освещении. Клетки СОПР, в которых произошли явления полиморфизма, теряют способность поглощать весь спектр света, излучаемого хемолюминесцентным источником, и отражают часть светового потока, который воспринимается глазом человека как белые флуоресцентные пятна. Если врач выявляет участки СОПР, светящиеся ярко-белым цветом, необходимо прибегнуть к использованию второго диагностикума - теста «Ти-Блю». Затем: обработка участков которые светились, тампоном содержащим 1% раствор уксусной кислоты; обработка тампоном с раствором «Ти-Блю» (продолжительность 20 секунд); окончательная обработка тампоном 1% раствора уксусной кислоты 20 секунд.

Участки, которые прокрасились синим цветом после применения тампона №2 и не снизили интенсивность прокрашивания после отмывки тампоном №3, должны вызвать серьезные опасения и обязывают врача применить высочайшую настороженность.

Прокрашенные синим участки СО после применения красителя TBlue позволяют врачу их наглядно увидеть невооруженным глазом.

Второй тест Системы «Визилайт Плюс», именуемый «Ти-Блю», рекомендуется для: динамического мониторинга хронических патологических очагов СОПР; визуализации злокачественных новообразований и потенциальных злокачественных повреждений СОПР у групп повышенного риска; последующего наблюдения пациентов, которые проходили лечение рака верхних отделов желудочно-кишечного тракта; помощи в определении оптимального места для взятия биопсии, когда присутствует подозрительный очаг поражения или подозрительное состояние СОПР. Это позволяет уменьшить время на постановку предварительного диагноза и уменьшить стрессовое состояние о посещении онкодиспансера.

Выводы. Ранняя диагностика ЗНО ЧЛЮ на стоматологическом приеме позволяет уменьшить операционное поле и снизить смертность по поводу данных заболеваний, а система Визилайт плюс, к тому же, позволяет контролировать послеоперационный период.

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ИСКУССТВЕННЫХ КРОНОК ЗУБОВ НА ПОКАЗАНИЯ АППАРАТУРНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ СОСТОЯНИЯ ПАРОДОНТА

Федотова Т.М.

Кафедра протезирования зубных рядов

Московский государственный медико-стоматологический университет, г.Москва
Научный руководитель: асс. Матвеев А.П.

Подвижность зубов характеризует состояние пародонта и всегда определяется при обследовании пациента в ортопедической стоматологии. Клинические методы определения подвижности достаточно субъективны. Для точного определения подвижности зуба используют аппаратные методы исследования. Однако возникает вопрос о достоверности показаний приборов в случае покрытия зуба различными искусственными коронками.

Цель исследования. Повышение качества диагностики состояния опорно-удерживающего аппарата зубов, покрытых искусственными коронками. Задачи. Изготовить различные виды искусственных коронок. Измерить подвижность и демпфирующую функцию моделей зубов, покрытых искусственными коронками. Оценить влияние изменения массы коронок на показания приборов.

Материалы и методы. Измерения проводились на вязко-упругой модели зубов прибором Periotest и двухпараметрическим периодонтометром.

Изготовлены искусственные коронки одинаковой формы: пластмассовая, металлокомпозитная, металлокерамическая, цельнолитая. Для утяжеления коронок были использованы грузы весом 1,7 и 3,4 г. Кроме того, для исследования влияния материала на показания приборов, были изготовлены пластмассовая и металлическая накладки на коронки.

Результаты и их обсуждение. Показания аппарата Periotest в зависимости от вида искусственных коронок составляют от 26,9 до 34. Показания ДПП находятся в диапазоне от 284,5 до 336,8 мкм/5 Н. Изменение показаний приборов в зависимости от вида искусственной коронки составляет до 20%, что можно признать существенным. Увеличение массы коронки на 1,7 г приводило к изменению показаний Periotest в среднем на 5,5 %, а показаний ДПП в среднем на 3,4 %. Материал коронок на показания приборов не влиял: разница показаний приборов при использовании накладок составила 0,5-3,3%.

Выводы. Установлено существенное влияние вида искусственных коронок на показания приборов для диагностики состояния пародонта. Это необходимо учитывать при проведении измерений в клинической практике.

ОЦЕНКА УРОВНЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ТРЕВОЖНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАРИЕСА МЕТОДОМ ИНФИЛЬТРАЦИИ Лихотай Е.К., Царев А.А.

Кафедра пропедевтики стоматологических заболеваний
Первый Московский государственный медицинский университет, г. Москва
Научный руководитель: доц. Кузнецова М.Ю.

Лечение кариеса до недавних пор заключалось либо в трудоемких методах ремотерапии, либо реставрации, в результате чего иссекалось большое количество здоровых тканей. Инфильтрация пораженных кариесом участков ткани материалом Icon позволяет пропитывать и герметизировать полимерной смолой поврежденную эмаль и создает условия для естественной реминерализации кариозного поражения.

Цель исследования. Определение отношения пациентов к стоматологическому вмешательству в зависимости от выбранного метода лечения.

Материалы и методы. Было проведено анкетирование 30 пациентов в возрасте от 14 до 55 лет обоего пола с очаговой деминерализацией эмали (ОДЭ) в стадии дефекта. В группе исследования лечение пациентов проводилось методом инфильтрации в сочетании с различными реставрационными технологиями, в контрольной группе - традиционным методом препарирования с последующей реставрацией.

Результаты и их обсуждение. По результатам анкетирования в группе исследования 76% опрошенных указали, что лечение прошло легче, чем ожидалось, причем положительным фактором они сочли сокращение времени препарирования вращающимся инструментом. Мнения, что лечение

прошло как и ожидалось или хуже, чем ожидалось, высказали немногие из опрошенных (20% и 4% соответственно). В контрольной группе наблюдалась иная картина. Большинство пациентов (60%) указали, что лечение прошло как и ожидалось, 20% отметили, что лечение прошло хуже, чем они предполагали, и только 20% респондентов ответили, что лечение прошло легче, чем ожидалось. Анкетирование показало, что страх перед следующим посещением стоматолога остался прежним (80%).

Выводы. Применение метода инфильтрации в сочетании с различными реставрационными технологиями позволяет минимизировать стресс, возникающий у пациентов при проведении стоматологических манипуляций, ввиду безболезненности метода инфильтрации и последующего минимального процесса препарирования.

ОБУЧЕНИЕ НА СИМУЛЯЦИОННЫХ УСТАНОВКАХ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ МАНОУАЛЬНЫХ НАВЫКОВ У СТУДЕНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

Козмава Т.С., Газиева М.Р.

Кафедра пропедевтики стоматологических заболеваний
Первый Московский государственный медицинский университет, г. Москва
Научный руководитель: доц. Браго А.С.

Одним из способов формирования мануальных навыков является обучение студентов-стоматологов с использованием симуляционной установки. Симуляционные установки имеют несколько значительных преимуществ перед традиционными фантомными установками: симулятор позволяет не только оценить конечный результат, но и сохранять запись о всей процедуре, что дает возможность преподавателю скорректировать работу студента уже во время проведения манипуляции, отменить неверно выполненные действия и дать возможность осуществить их еще раз.

Цель исследования. Оценить эффективность освоения практических навыков студентов стоматологического факультета с использованием симуляционной установки на примере обучения навыку препарирования полостей 1 класса по Блэку с использованием симулятора MOOG.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 120 студентов 2 курса, которые были разделены на 2 группы по 60 человек. В первой группе студенты обучались навыкам препарирования на симуляторе и затем на фантомных установках. Во второй группе препарировали только на фантомных установках. В эксперименте оценивалось время препарирования полости 1 класса по Блэку на искусственном зубе. Качество препарирования оценивалось преподавателем по 5-бальной шкале.

Результаты и их обсуждение. Оценку «отлично» в первой группе получили 60%, во второй - всего лишь 20%. Оценку «хорошо» - 20% и 10% соответственно. Большинство (70%) студентов второй группы получили

оценку «удовлетворительно», тогда как в первой группе «удовлетворительно» выполненных работ оказалось 20%.

Выводы. Результаты нашего исследования подтверждают несомненную эффективность предварительного обучения мануальным навыкам на симуляционных установках. Кроме того, использование симуляторов помогает преподавателю более детально оценивать прогресс студентов и эффективность их обучения конкретному мануальному навыку.

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ КОСТНОЙ ТКАНИ У ЛИЦ С ОСТЕОНЕКРОЗОМ ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПА И НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Стефанцова Д.С., Бондарчук А.В.

Кафедра госпитальной хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
Первый Московский государственный медицинский университет, г. Москва

Научный руководитель: доц. Басин Е.М.

В связи с ростом числа лиц, употребляющих синтетические наркотические препараты (СНП), и возникающих на фоне их приема остеонекрозов (ОН) костей лицевого черепа (КЛЧ) с атипичным течением и развитием ОН в других костях скелета была поставлена цель исследования: определить показатели резорбции костной ткани у лиц с ОН лицевого черепа с наркотической зависимостью (НЗ) от дезоморфина и первитина.

Материалы и методы. Были обследованы 102 пациента с ОН КЛЧ с НЗ от дезоморфина и первитина в УКБ №2 ПМГМУ им. И.М. Сеченова с 2010 по 2014 год. Определяли содержание β -Cross Laps в сыворотке крови пациентов натошак методом иммунохеомофлуоресценции.

Результаты и их обсуждение. Из 102 обследованных пациентов мужчин - 87 (85,3%), женщин - 15 (14,7%). Возраст пациентов составил от 20 до 40 лет в 90,2% случаев, от 41 года - 8,9%. В 42% случаев поражения локализовались только на нижней челюсти, в 21% - на верхней, в 37% - на обеих челюстях. Оценивался стаж употребления СНП: менее года употребляли 2 человека (3,3%), от 1 до 2 лет - 25 человек (40,3%), от 3 до 4 лет - 19 человек (30,6%), более 5 лет - 16 человек (25,8%). Значения β -Cross Laps при первичном обращении были разделены на 4 группы: меньше 150 нг/мл - 24 пациента (24%); 150 - 250 нг/мл - 24 пациентов (24,5%); 250-550 нг/мл - 40 пациентов (39,2%); 550 нг/мл и выше - 13 пациентов (12,8%).

Выводы. Основную группу пациентов составили молодые мужчины в возрасте от 20 до 40 лет со стажем употребления СНП более года, часто с диффузным поражением обеих челюстей. Полученные первичные данные об уровне резорбции костной ткани могут быть использованы для дальнейшей референсной оценки и планирования проведения оперативных вмешательств на костном отделе лицевого черепа. Употребление СНП оказывает системное воздействие на всю костную ткань, впоследствии приводящее к ОН.

ОСОБЕННОСТИ УСТРАНЕНИЯ ОРОАНТРАЛЬНОГО СООБЩЕНИЯ У ЛИЦ С НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Романова Т.К.

Кафедра госпитальной хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
Первый Московский государственный медицинский университет, г. Москва
Научный руководитель: доц. Басин Е.М.

Ороантральное сообщение - сообщение полости рта с полостью верхнечелюстной пазухи. Одной из причин, ведущих к развитию ОАС, являются остеомиелиты верхней челюсти, в том числе токсические фосфорные остео-некрозы, развившиеся на фоне употребления дезоморфина и первитина. На 2012 г. только по официальным данным на медицинском учете состоят более 550 тыс. больных наркоманией, большую часть из которых составляют внутривенные наркоманы, употребляющие дезоморфин и первитин в качестве простых в изготовлении и более дешевых аналогов героина.

Цель исследования. Совершенствование хирургических способов устранения обширных ороантральных соустьев.

Материалы и методы. Проведено лечение 9 пациентов в возрасте от 26 до 44 лет с ОН КЛЧ и НЗ от дезоморфина и первитина в УКБ №2 ПМГМУ им. И.М. Сеченова с 2010 по 2014 год и с наличием обширных ороантральных сообщений. Устранение ороантральных сообщений проводилось внутриротовым доступом или доступом по Кохеру-Веберу с использованием фасциально-височных лоскутов.

Результаты и их обсуждение. Успешное закрытие ОАС наблюдалось в 77,8% случаев (n=7). У 1 пациента отмечено сохранение ОАС при использовании изолированного доступа по Кохеру-Веберу (в связи с ранее проведенной трепанацией черепа - лоскут из височной области не планировался). У 1 пациента отмечалось точечное сообщение с верхнечелюстным синусом после закрытия ОАС местными тканями с щечной области.

Выводы. Устранение ороантральных сообщений у пациентов с наркотической зависимостью от дезоморфина и первитина необходимо проводить с адекватной мобилизацией краев слизистой неба, щеки или кожно-жирового лоскута доступом по Кохеру-Веберу и использовать в качестве дополнительного барьерного слоя фасциально-височные лоскуты на питающей ножке.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ КОСМЕТИЧЕСКОГО УДЛИНЕНИЯ КЛЫКОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Пох А.С., Обложина У.Г.

Кафедра пропедевтики стоматологических заболеваний
Первый Московский государственный медицинский университет, г. Москва
Научный руководитель: асс. Павлов А.А.

Каждый год в конце октября стоматологи сталкиваются с определенным количеством пациентов, желающих в канун Дня всех святых «сверкать» вампир-

скими клыками. Существует несколько способов косметического удлинения клыков, которое чаще всего сопровождается нарушением латеротрузии, поэтому подобные реставрации следует использовать только кратковременно.

Цель исследования. Сравнить различные методики неинвазивного косметического удлинения клыков верхней челюсти.

Материалы и методы. Нами было проведено девять процедур косметического удлинения клыков верхней челюсти без препарирования на 1-1,5 мм. Нарращивание прямым методом проводилось в полости рта пациента светоотверждаемым композитом. Для полупрямого способа в артикуляторе проводилось восковое моделирование, проверка окклюзии и изготовление силиконового ключа. Затем использовались светоотверждаемые композитные материалы и быстротвердеющая пластмасса.

Результаты и их обсуждение. При применении светового композитного материала обычной консистенции прямым методом без использования адгезива или нанесения адгезива точечно реставрации не функционировали более суток. При нанесении адгезива на всю вестибулярную поверхность реставрация была полностью сохранна при обращении в клинику для удаления реставрации через 2 недели.

При использовании быстротвердеющей пластмассы полупрямым методом реставрация не функционировала более 1 суток, независимо от способа использования адгезивной системы.

При применении низко модульных светоотверждаемых композитов полупрямым способом без использования адгезива или нанесения адгезива точечно скол реставраций происходил в первые 3 дня во время приема пищи. А при нанесении адгезивной системы на всю вестибулярную поверхность реставрация сохранялась в течение двух недель.

Выводы. Для косметического удлинения клыков верхней челюсти предпочтительно использовать светоотверждаемые композиты с адгезивной системой на всю вестибулярную поверхность. При этом реставрации, изготовленные полупрямым способом, были более эстетичными и не требовали коррекции по прикусу.

ИЗУЧЕНИЕ ПРОЦЕССА ГИДРОЛИЗА КОМПОНЕНТОВ ЗУБНОЙ ПАСТЫ ДЛЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫХ ЗУБОВ В ПРИСУТСТВИИ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ

Улыбин М.Р., Каримов Р.М., Недорезова А.А.

Кафедра общей химии

Кафедра терапевтической стоматологии

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург

Научные руководители: доц. Ермишина Е.Ю., проф. Еловилова Т.М.

Цель исследования. Потенциометрическим методом оценить возможность протекания гидролиза компонентов зубной пасты (ЗП) для чувстви-

тельных зубов: монофторфосфата натрия и фосфосиликата кальция-натрия (ФСКН).

Материалы и методы. Измерение рН 2%-ной суспензии ЗП «Sensodyne Восстановление и защита» и содержания ионов кальция, фторида и натрия до и после начала эксперимента производили потенциометрическим методом. Для оценки степени высвобождения ионов и степени гидролиза к суспензии зубной пасты добавляли 5 мл ротовой жидкости (РЖ) добровольцев и выдерживали в термостате при 37°C в течение 3 мин. Далее была проведена статистическая обработка результатов исследования для определения их достоверности ($p \leq 0,05$).

Результаты и их обсуждение. Протекание гидролиза монофторфосфата натрия в присутствии РЖ было подтверждено: А) увеличением рН водной суспензии ЗП: до начала эксперимента - $9,36 \pm 0,05$, с добавлением РЖ - $9,42 \pm 0,04$, в присутствии РЖ при выдержке в течение 3 мин. в термостате при температуре 37°C - $9,89 \pm 0,04$; Б) увеличением содержания ионов фтора: в отсутствии РЖ - не определяются; в присутствии РЖ 158 мкмоль/л; в присутствии РЖ, после выдержки в течение 3 мин. в термостате при температуре 37°C - 210 ± 4 мкмоль/л, т.е. увеличивается на 33 %. Для подтверждения механизма работы компонента NovaMin-фосфосиликата кальция-натрия образцы 2%-ной суспензии ЗП с добавлением РЖ добровольцев были приведены в контакт с эмалью удаленных моляров (5г.) в течение 3 мин при температуре 37°C. После этого были измерены физико-химические показатели исследуемого субстрата: электропроводность увеличилась с 858 ± 4 до 982 ± 5 мкСм/см; концентрация ионов натрия возросла в 1,2 раза - с $6,92 \pm 0,03$ ммоль/л до $8,35 \pm 0,05$ ммоль/л; значения рН увеличились с $9,60 \pm 0,33$ до $9,65 \pm 0,35$

Выводы.

1. ФСКН при контакте с РЖ *in vitro* на поверхности поврежденной эмали формирует слой гидроксиапатита, высвобождая при этом ионы натрия.
2. ФСКН в данных условиях не переходит в раствор в ионизированном виде.

СРАВНЕНИЕ ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ФТОРИДСОДЕРЖАЩИХ ЗУБНЫХ ПАСТ

Дудник А.Д., Веденина М.М., Мочалкина М.С.

Кафедра общей химии

Кафедра терапевтической стоматологии

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург

Научные руководители: доц. Ермишина Е.Ю., проф. Еловицова Т.М.

Цель исследования. Лабораторная оценка физико-химических свойств зубных паст (ЗП), содержащих различные соединения фтора: фторид натрия (NaF) и монофторфосфат натрия (Na_2FPO_3).

Материалы и методы. Проведено исследование двух ЗП, содержащих соединения фтора: ЗП1 - «Sensodyne F» 1400 ppm (NaF) и ЗП2 - «Sensodyne Восстановление и защита» 1450 ppm (Na₂FPO₃). Концентрацию ионов фтора и pH 2%-ной суспензии ЗП и ротовой жидкости (РЖ) проводили потенциометрическим методом. После однократной чистки зубов у группы пробандов в количестве 10 человек - студентов обоего пола 1 курса стоматологического факультета в возрасте 18-19 лет, оценивалось содержание фторида (F-) и pH РЖ. Обработку результатов проводили с использованием t-распределения Стьюдента ($p \leq 0,05$).

Результаты и их обсуждение. При определении концентрации фтора в суспензиях ЗП, наибольшая его концентрация была обнаружена в пробах ЗП1 $3,62 \pm 0,05 \cdot 10^{-3}$ моль/л. Это обусловлено свойством NaF легко диссоциировать на ионы, с образованием активных фторид-ионов. Зубная паста Sensodyne содержит монофторфосфат натрия: Na₂FPO₃, который диссоциирует с образованием ионов Na⁺ и FPO₃²⁻. Ион FPO₃²⁻ медленно ионизирует с образованием активного F- и в данной суспензии не определяется. При чистке зубов ЗП2 происходит гидролиз монофторфосфата ферментами слюны и зубного налета с последующим высвобождением ионов F. Об этом свидетельствует повышение pH РЖ после чистки зубов ЗП2 с $7,16 \pm 0,12$ до $7,26 \pm 0,19$ и содержание F-ионов в РЖ пробандов 237 ± 94 мкмоль/л. Содержание F-ионов в слюне после чистки зубов ЗП1 было выше и составило 849 ± 72 мкмоль/л pH слюны снизился до $6,91 \pm 0,11$ ($p \leq 0,5$)

Выводы.

1. Наибольшее содержание фторид-ионов определено в водной суспензии ЗП1.
2. Оценка содержания фторид-ионов после чистки зубов исследуемыми ЗП, показала, что применение обеих ЗП создает значительный десенситивный эффект, так как содержание ионов фтора в слюне достоверно увеличивается.

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЗУБНОЙ ПАСТЫ С РАСТИТЕЛЬНЫМИ КОМПОНЕНТАМИ

Прокопьев С.В.

Кафедра терапевтической стоматологии
Уральский Государственный Медицинский Университет, г. Екатеринбург
Научный руководитель: к.м.н. Балян Л.Н.

Результаты исследований показали высокую лечебно-профилактическую эффективность зубной пасты «Лесной бальзам» с экстрактом ромашки и маслом облепихи на отваре трав.

Современное изобилие зубных паст обращает всё большее внимание специалистов на рекомендации в отношении применения зубных паст, прежде всего, в рамках индивидуального подхода к назначению средств

гигиены. Связь между уровнем гигиены полости рта и тяжестью воспалительных заболеваний отмечена зарубежными и отечественными стоматологами. Международный опыт по профилактике стоматологических заболеваний свидетельствует о том, что кариес зубов и заболевания пародонта хорошо поддается контролю благодаря применению зубных паст. Современные зубные пасты обладают более выраженными лечебно-профилактическими свойствами по сравнению со своими предшественниками. Для улучшения очищающего действия в состав зубных паст вводят диоксид кремния, оксид алюминия, пирофосфаты и др. С целью снижения воспалительных явлений в полости рта и тканях пародонта в состав зубных паст вводят экстракты, настои и масла лекарственных растений. Рынок гигиенических средств и предметов по уходу за полостью рта широк и разнообразен. Особое значение имеют отечественные фирмы-производители создающие многообразные средства гигиены для полости рта, содержащие натуральные растительные компоненты.

Цель исследования. Определение противовоспалительного и очищающего действия зубной пасты «Лесной Бальзам» с экстрактом ромашки и маслом облепихи на отваре трав, производства ОАО Концерн «Калина».

Материалы и методы. В клиническом исследовании, проводимом на кафедре терапевтической стоматологии УГМА, добровольно участвовали 30 человек обоего пола в возрасте 18 - 20 лет, с одинаковым уровнем гигиенических навыков (имеющих не менее 20 зубов без кариеса, периодонтита, коронок и пломб V класса), с признаками гингивита. Клинические исследования зубной пасты проводились в соответствии с СанПиН 1.2 676 - 97 «Гигиенические требования к производству, качеству и безопасности средств гигиены полости рта» и в соответствии с современными требованиями, распространяющимися на конкретный вид продукции.

С целью оценки клинического эффекта определялись индексы: папиллярно-маргинально-альвеолярный (РМА), гигиенический индекс ОНІ-S (Грина-Вермилиона), индекс кровоточивости (ИК).

Статистическую оценку результатов исследования проводили с помощью пакетов прикладных программ.

По окончании испытаний участники давали отзывы о свойствах зубной пасты, основанных на субъективных ощущениях.

Результаты и их обсуждение. Результаты обследования пациентов показали, что при исходном осмотре состояние полости рта участников существенно не различались. На протяжении всего периода исследования наблюдалось достаточно равномерное снижение цифровых показателей индекса гигиены Грина-Вермилиона (ОНІ-S) (табл. 1, рис. 1).

Динамика изменения индексов РМА и ИК свидетельствовала о выраженном противовоспалительном эффекте зубной пасты «Лесной бальзам» с экстрактом ромашки и маслом облепихи на отваре трав (табл. 1, рис. 2). Объективно десна стала более плотной, исчезли отеки и напряжение

мягких тканей, уменьшилась кровоточивость и болезненность десен.

Все пациенты отметили длительное ощущение свежести дыхания после чистки зубов исследуемой пастой. При применении данного средства проявлений аллергезирующего или местно-раздражающего действия не было выявлено ни в начале, ни по окончании исследования.

Таблица 1

Индексная оценка показателей при использовании зубной пасты «Лесной бальзам» с экстрактом ромашки и маслом облепихи на отваре трав

Индекс	Действие	До	7 дней	Динамика, %	14 дней	Динамика, %
ОИ-S	Используется для выявления зубного налёта и зубного камня	1,04±0,16	0,74±0,17	28,85	0,63±0,12	39,42
ИК	Определяет кровоточивость дёсен при воспалительных заболеваниях пародонта	1,38±0,24	1,09±0,19	29,01	0,79±0,13	42,76
РМА %	Служит для оценки выраженности воспаления десны: припухание, рыхлость дёсен	34,08±3,69	29,42±2,5	13,67	26,52±2,26	22,19

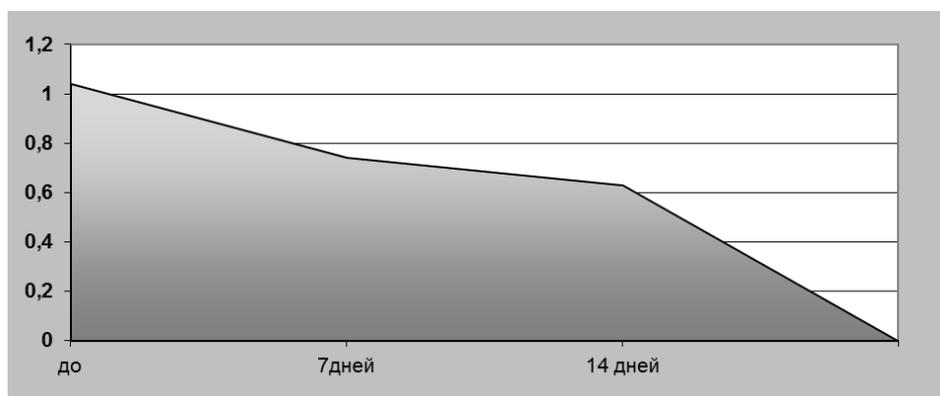


Рис. 1. Показатель индекса гигиены

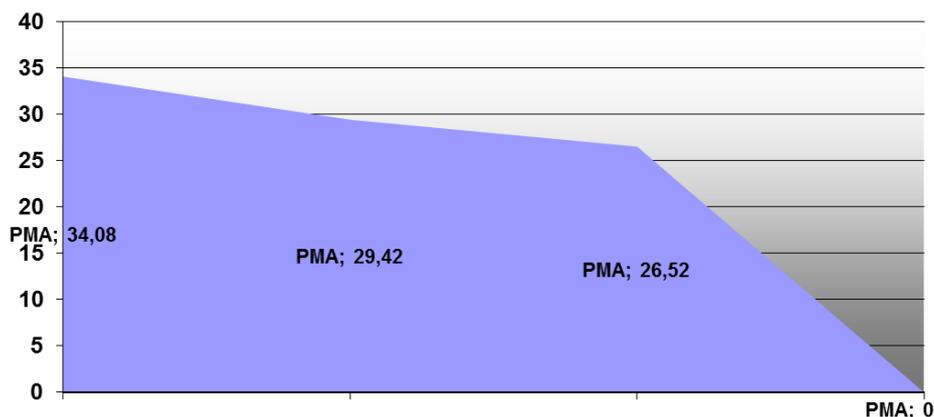


Рис. 2. Показатель РМА

Выводы. Результаты исследований показали высокую лечебно-профилактическую эффективность зубной пасты «Лесной бальзам» с экстрактом ромашки и маслом облепихи на отваре трав. Регулярное применение данного средства обеспечивает более эффективные условия для борьбы с зубным налётом, а также уменьшению воспалительных процессов в полости рта. Зубная паста «Лесной бальзам» производства ОАО «Калина» - эффективное профилактическое средство, необходимое для профилактики заболеваний пародонта и поддержанию здоровья полости рта.

ВЛИЯНИЕ ЗУБНЫХ ПАСТ НА ДИНАМИКУ КЛИНИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПАРОДОНТА

Прокопьев С.В.

Кафедра терапевтической стоматологии
Уральский Государственный Медицинский Университет, г. Екатеринбург
Научный руководитель: к.м.н. Балян Л.Н.

В исследовании проведено сравнение очищающего и противовоспалительного эффектов зубных паст на основании клинических индексов. Все исследуемые зубные пасты значительно улучшают гигиеническое состояние полости рта и оказывают противовоспалительное действие. Наиболее эффективной оказалась паста «Parodontax».

Современное изобилие зубных паст обращает внимание специалистов на рекомендации в отношении их применения, прежде всего в рамках индивидуального подхода к назначению средств гигиены. Связь между уровнем гигиены полости рта и тяжестью воспалительных заболеваний пародонта отмечена зарубежными и отечественными стоматологами. Международный опыт по профилактике стоматологических заболеваний свидетельствует о том, что зубные пасты предупреждают развитие заболеваний пародонта. В связи с выше изложенным, настоящее исследование сориентировано на сравнительную оценку действия некоторых зубных паст.

Цель исследования. На основании данных клинических исследований

провести сравнительный анализ и дать оценку эффективности противовоспалительного и очищающего действия зубных паст «Лесной Бальзам» и «Пародонтакс».

Материалы и методы. Исследование проводилось на кафедре терапевтическая стоматология УГМА. В клиническом исследовании участвовали 60 человек - женщин в возрасте от 22 до 40 лет. Все пациенты были разделены на 2 группы (контрольная и сравнения) по 30 человек в каждой. В целях достижения сопоставимых результатов пациенты пользовались только выданной им зубной пастой и одинаковыми зубными щётками.

В соответствии с планом исследования на начальном этапе всем пациентам удаляли назубные отложения, без использования лекарственных противовоспалительных средств, обучали стандартному методу чистки зубов по Пахомову. Очищающие свойства каждой пасты определяли после однократной чистки зубов, через 2 и 4 недели. Очищающие свойства паст определяли на основании индекса Силнеса - Лоэ; противовоспалительный эффект - на основании индекса кровоточивости Мюллемана.

Индекс гигиены полости рта Силнес-Лоэ основан на определении количества мягкого зубного налёта в придесневой области. Отсутствие налёта - «0» баллов; «1» - небольшое количество налёта; «2» - значительное количество налёта на кончике зонда; «3» - визуально в поддесневой области определяется значительное количество зубного налёта и пищевых остатков. Сумма показателей в области всех зубов делится на количество обследованных зубов.

Индекс кровоточивости десневой бороздки при зондовой пробе - по Мюллеману. Состояние дёсен изучался в области «зубов Рамфьорда», с щёчной и язычной (нёбной) сторон с помощью пуговчатого или специально затупленного зонда. Оценочные критерии проводили по шкале: 0 - кровоточивость отсутствует; 1 - кровоточивость появляется не раньше, чем через 30 секунд; 2 - кровоточивость возникает или сразу после проведения кончиком зонда по стенке бороздки или в пределах 30 секунд; 3 - кровоточивость пациент отмечает при приёме пищи или при чистке зубов.

Статистическую оценку результатов исследования осуществляли с помощью прикладных программ.

Результаты и их обсуждение. Результаты исследования продемонстрировали некоторые различия в использовании данных зубных паст в оценке их очищающей и противовоспалительной эффективности.

При исходном осмотре было выявлено, что состояние полости рта у участников исследования существенно не различались, и характеризовалось неудовлетворительным уровнем гигиены, наличие воспалительных явлений в тканях пародонта в виде изменения цвета и отёчности десны, её кровоточивости при зондировании. Использование зубных паст «Лесной Бальзам» и «Parodontax» привело к значительному улучшению гигиенического состояния полости рта у всех участников исследования, средние по-

казатели индекса гигиены достоверно уменьшились.

В результате применения зубной пасты «Parodontax» величина гигиенического индекса снизилась с $2,62 \pm 0,42$ до $1,36 \pm 0,26$, ($p \leq 0,05$), очищающая активность составила 48,1%. После двух недельного наблюдения за гигиеническим состоянием полости рта участников, пользовавшихся зубной пастой «Лесной Бальзам», очищающая эффективность составила 14,4% ($2,58 \pm 0,31$ до $1,78 \pm 0,62$, $p \geq 0,05$). Вероятно, это связано с тем, что, по результатам предварительного анкетирования, многие испытуемые использовали для ежедневной чистки зубов эту пасту до начала эксперимента, и в ходе изучения стоматологического статуса, каких-либо явных изменений в полости рта выявлено не было.

При изучении влияния зубных паст на ткани пародонта у всех участников отмечалось улучшение состояния тканей пародонта. Регистрировалось выраженное уменьшение воспалительных явлений, уменьшилось количество жалоб на спонтанную кровоточивость дёсен. Величина индекса кровоточивости в результате применения зубной пасты «Parodontax» снизилась с $1,16 \pm 0,21$ до $0,64 \pm 0,12$. Противовоспалительная эффективность пасты через 2 недели от начала исследования составила 44,8%. За время использования зубной пасты «Лесной Бальзам» (с $1,23 \pm 0,69$ до $1,14 \pm 0,68$) достоверных различий состояния тканей пародонта выявлено не было.

Все участники исследования отметили приятный вкус и запах, длительное ощущение свежести дыхания после чистки зубов. В период применения зубной пасты «Parodontax», многие испытуемые отметили длительное ощущение «гладких» поверхностей зубов до следующей чистки.

Клиническое исследование продемонстрировало наличие некоторой зависимости состояния полости рта у участников исследования от применяемой зубной пасты. При этом статистически достоверные позитивные изменения были получены в период использования зубной пасты «Parodontax». При регулярном использовании в процессе чистки зубов пасты «Лесной Бальзам» также наблюдалось улучшение гигиенического состояния полости рта, отмечался положительный медленно нарастающий противовоспалительный эффект.

Наиболее эффективной по очищающему и противовоспалительному эффектам оказалась паста «Parodontax». Тот факт, что статистически достоверные отличия в отношении очищающего и противовоспалительного действия этой пасты проявляются не ранее, чем через 2 недели, позволяет делать вывод о том, что паста «Parodontax» оказывает положительное кумулятивное воздействие и может использоваться длительное время.

Проведённое исследование продемонстрировало, что для достижения высоких результатов в сохранении здоровья полости рта, необходимо учитывать стоматологический статус пациента, состав и свойства рекомендуемых к применению зубных паст.

ОЦЕНКА НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ СЛИЗИСТОЙ
ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ
САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Калабина А.С., Молвинских В.С., Киселева Т.А.

Кафедра терапевтической стоматологии

Кафедра патологической анатомии

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург

Научные руководители: д.м.н. Еловицова Т.М., доц. Красовская Н.С.

Цель исследования. Изучить показатели неспецифической резистентности СОПР у больных сахарным диабетом на госпитальном этапе в условиях отделения внутренних болезней.

Материалы и методы. Обследовано 18 больных СД II типа с использованием карты стоматологического и истории болезни стационарного больного, включающей данные стоматологического статуса: уровень гигиены полости рта по упрощенному индексу J.C.Creene, J.K.Vermillion (1964), состояние зубов (КПУ), тканей пародонта (зондирование пародонтальных карманов, рентгенография, индекс РМА по С.Parma, 1960).

Для интегральной оценки местного иммунитета - неспецифической резистентности, выявляли способность эпителиоцитов к адгезии микробных тел. Активность реакции адсорбции микроорганизмов эпителиоцитами (РАМЭК) СОПР определяли по методике Данилевского Н.Ф., Беленчук Т.А. в модификации Васильевой Е.С. Эпителий получали при помощи соскоба с внутренней поверхности щеки с нанесением на обезжиренное предметное стекло. Микроскопию препаратов проводили используя световой микроскоп в жидкой иммерсионной системе с увеличением 90x7. При микроскопии просматривали 100 клеток.

Оценивали целостность эпителиоцитов, размеры, интенсивность окрашивания ядра и цитоплазмы. На фоне цитоплазмы были видны окрашенные в темно-синий цвет микроорганизмы, фиксированные на ее поверхности. Просмотренные эпителиоциты принято делить на две категории в зависимости от числа адсорбированных микроорганизмов: до 100 (группа А) и более 100 (группа Б) микробов.

Результаты и их обсуждение. Все пациенты предъявляли жалобы на дискомфорт в полости рта, неприятный запах изо рта, кровоточивость десен. При объективности обследования выявлены признаки застойной гиперемии, отек и кровоточивость межзубной, краевой и альвеолярной десны при зондировании. Во всех случаях процесс был генерализованным. Проведенные исследования стоматологического статуса больных СД выявили низкую гигиену (100%), высокую распространенность (100%) и интенсивность кариеса и заболеваний пародонта (100% больных), выраженное снижение секреции слюны.

При визуальном обследовании у больных СД слизистая оболочка часто

(80%) была гиперемизированная, блестящая и истонченная в отдельных участках, реже наблюдалось ее помутнение. Язык у всех больных был покрыт белым налетом, отмечались сухость СОПР и сниженный ее тургор. Это подтверждает данные литературы о высокой частоте поражения зубов и тканей пародонта у больных СД, что обусловлено нарушениями микроциркуляции и иммунной защиты.

Результаты изучения реакции адсорбции микроорганизмов, которая оценивается большинством авторов как показатель неспецифической резистентности СОПР, свидетельствуют о ее значительном ухудшении у больных на фоне обменных нарушений. Было отмечено снижение значений РАМЭК у всех больных СД II типа - в мазках-отпечатках преобладали клетки I категории (группа А) - в среднем на поверхности одного эпителиоцита адсорбировалось 5-10 микроорганизмов (рис.1), клеток II категории (группа Б) не выявлено. Наши данные подтверждают результаты исследований ряда авторов о снижении адсорбционных свойств эпителия у больных сахарным диабетом.

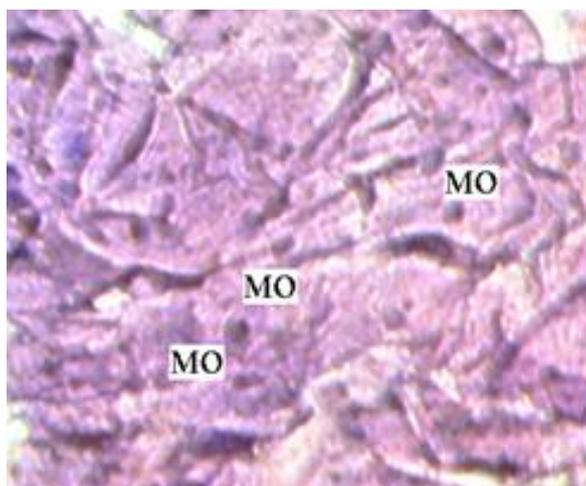


Рис. 1. Адсорбция микроорганизмов (МО) на поверхности эпителиальных клеток слизистой оболочки щеки пациентки Б-вой, 56 лет, больной СД II типа (уровень сахара крови - 19 ммоль/л).

Выводы.

1. У больных сахарным диабетом II типа определено снижение секреции ротовой жидкости, отек и застойная гиперемия слизистой оболочки полости рта.
2. У всех пациентов выявлена плохая гигиена полости рта и заболевания пародонта - пародонтит средней степени тяжести и тяжелый.
3. Диагностировано снижение адсорбционных свойств эпителия у больных сахарным диабетом II типа.
4. Все обследованные пациенты нуждаются в лечении зубов, заболеваний пародонта и ксеростомии.

ВЛИЯНИЕ ФТОРАПАТИТА НА ФИКСАЦИЮ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ

Мустафаев Э.Ф., Жирнов А.В.

Кафедра терапевтической стоматологии

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург

Научный руководитель: проф. Григорьев С.С.

Цель исследования. Оценить адгезию постоянного фиксирующего материала (СИЦ) после применения фторлака путем определения силы сцепления.

Материалы и методы. В исследовании использовано по 2 интактных зуба и 2 запломбированных СИЦ - «VITREMER» (3M ESPE). На все зубы зафиксированы пластмассовые коронки на фтористый лак COLGATE DURAPHAT, материал помещен на 2 недели в дистиллированную воду. После извлечения зубы и коронки очистили от лака. Проведена постоянная фиксация на СИЦ "Fuji+" (GC). С помощью электромеханической испытательной машины Shimadzu™ оценена сила сцепления. На сепарационной установке изготовлены шлифы зубов. Методом растрового электронного микроскопирования визуально оценена граница сцепления дентина с цементом.

Результаты и их обсуждение. После двухнедельного фиксирования коронок на лак визуально не определены дефекты фиксации. При этом он изменил свой цвет с светло-желтого на светло-белый, что свидетельствует о его стабильности во влажной среде. Сила сцепления составила более 8 МПа, что сопоставимо с показателями материала "TempBond". На электронных микрофотографиях выявлено, что лак плотно прилегает к эмали и дентину зуба. На границе «лак-ткани» не определяются расслоения, трещины и поры, что свидетельствует о его хороших текучих и адгезионных свойствах. При фиксации коронок на СИЦ "Fuji+" (GC), наблюдается плотное краевое прилегание и неподвижная фиксация конструкции. Сила сцепления составила более 25 МПа. На электронной микрофотографии граница «цемент-дентин» четко определяется: отсутствуют разрывы, расслоения, микропоры, трещины.

Выводы. Использование фтористого лака не нарушает адгезию цемента к сохраненным твердым тканям зуба и способствует профилактике инфицирования дентина за счет образования слоя фторапатита.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВ КОМПОЗИЦИОННЫХ ПЛОМБИРОВОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ TOKUYAMA DENTAL

Бахтин Д.Г., Курищев А.А.

Кафедра терапевтической стоматологии

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург

Научный руководитель: проф. Григорьев С. С.

Цель исследования. Провести комплексную клиническую и физико-механическую оценку свойств пломбировочных материалов Tokuyama Dental в структуре слоеной реставрации с твердыми тканями зуба.

Материалы и методы. В качестве образцов для исследования были выбраны 12 зубов, удаленные по медицинским показаниям, пломбирование проводилось техникой слоеной реставрации с использованием текучих композитов (Estelite Flow Quick High Flow, Estelite Flow Quick) и пакуемых композитов (Estelite Σ Quick, Estelite Posterior, Estelite Palfique Paste). Для исследования микроструктуры поверхности использовали электронный микроскоп JSM-6390LV (JEOL)

Результаты и их обсуждение. Микроскопия шлифов образцов показала, что адгезивная система Tokuyama Bond Force заполняет все возможные трещины и поднутрения, не содержит в своем слое пузырей и артефактов. Работы, выполненные наноуплотненными композиционными материалами Estelite как в витальных, так и в девитальных зубах, через 6 месяцев наблюдения признаны «удовлетворительными». Средний показатель краевой ЭП у пломб в витальных зубах составил $1,12 \pm 0,04$ мкА, в девитальных зубах $0,28 \pm 0,06$ мкА, что в 1.6 раза больше, чем в витальных зубах. При пломбировании фронтальных зубов Estelite Flow Quick High Flow + Estelite Σ Quick через 6 месяцев не выявлено отрицательных результатов лечения.

Выводы.

1. Композиционные и адгезивные материалы Tokuyama Dental прочно, плотно прилегают к твердым тканям зуба, обеспечивая надежность реставрационной модели.

2. Пакуемые и текучие композиционные пломбировочные материалы Estelite в большинстве случаев обладают гомогенной структурой, обеспечивают прочную связь между компонентами слоеной реставрации.

3. Материалы Tokuyama Dental имеют высокие эстетические характеристики, хорошие эксплуатационные свойства: легкость внесения в полость, прочность и удержание формы реставрации до фотополимеризации, низкая полимеризационная усадка.

4. Наилучший текучий материал Estelite для комбинации в слоеной реставрации по данным клинического и экспериментального исследования - Estelite Flow Quick High Flow.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИИ И ДЕФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Макарова М.В.

Кафедра стоматологии детского возраста

Ставропольский государственный медицинский университет, г.Ставрополь

Научный руководитель: проф. Водолацкий В.М.

Аномалии и деформации зубочелюстной системы занимают по своей распространенности одно из первых мест среди заболеваний челюстно-лицевой области (75%). У подобных больных наблюдается нарушение функции мышц челюстно-лицевой области, ВНЧС, пародонта зубов, отмечаются неправиль-

ное глотание, дыхание, нарушение речи и функции мимических и жевательных мышц. При неправильном развитии зубочелюстной системы затрудняется откусывание, разжевывание пищи, а следовательно, адаптация к внешней среде. Каждые 10 лет идет прирост распространенности ЗЧАД на 9-10%. Необходимо отметить, что на показатели распространенности оказывают существенное влияние многие факторы: изучаемый климато-географический регион, количество исследуемых, их возрастной состав, квалификация проводящих исследование сотрудников, применяемые статистические методы. Изучение распространенности и нозологических форм зубочелюстных аномалий в разные периоды формирования прикуса представляет научный интерес. Данные такого рода исследований используются для разработки организационных принципов профилактики зубочелюстных аномалий и планирования и проведения специализированной лечебной помощи.

Цель исследования. Изучение распространённости зубочелюстных аномалий и деформаций среди детей г. Ставрополя в период сменного и постоянного прикуса.

С этой целью было обследовано 1 341 детей в возрасте от 7 до 17 лет. Обследование проводилось на базе средних школ № 1, 5, 25 г. Ставрополя. Дети были поделены на 2 группы: 850 человек со сменным прикусом, в возрасте 7-11 лет и 491 - с постоянным прикусом, в возрасте 13-16 лет.

На основании статистического анализа зубочелюстные аномалии в среднем встречаются в период сменного прикуса - у 70% обследованных, в период постоянного прикуса, в возрасте до 16 лет - у 40% обследованных.

Выводы. В настоящее время наблюдается высокая распространённость зубочелюстных аномалий среди детей от 7 до 16 лет достигающая 75%. В период сменного прикуса частота зубочелюстных аномалий возрастает по сравнению с временным прикусом. В период сменного прикуса и в период постоянного основные виды зубочелюстных аномалий совпадают. Процент зубочелюстных аномалий значительно возрастает у обследуемых, страдающих другими стоматологическими заболеваниями, а при наличии общих заболеваний организма ещё больше увеличивается.

СИНУСЛИФТИНГ. ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ ИНТЕРОПЕРАЦИОННОМ НЕКОНРОЛИРУЕМОМ РАЗРЫВЕ МЕМБРАНЫ ШНАЙДЕРА

Макарова М.В., Политов А.С.

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
Ставропольский государственный медицинский университет, г.Ставрополь
Научный руководитель: д.м.н. Гандылян К.С.

Анатомические особенности строения верхнечелюстных синусов (костные выступы, покрывавшие корни моляров, дополнительные костные перегородки, плотное прикрепление мембраны Шнайдера к кости в местах с имеющимся ранее воспалительным одонтогенным процессом) в 10-30%

случаев приводят к интраоперационному разрыву мембраны Шнайдера.

На кафедре хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии СтГМУ, были обследованы и прооперированы 32 пациента операцией синуслифтинг открытым доступом (с созданием костного окна в латеральной стенке верхнечелюстного синуса). При проведении операции в 10% случаев произошёл разрыв мембраны Шнайдера различного размера: в 66% случаев размер дефекта составлял до 6 мм; в 33% - дефект превышал 6 мм., не контролируемый разрыв. В статье рассмотрена тактика врача при перфорации более 6 мм. в процессе выполнения субантральной аугментации открытым доступом на примере клинического случая. Интероперационно произошёл неконтролируемый разрыв мембраны Шнайдера, оценив все риски при попытке создать известными методами каркас из биорезорбируемой мембраны для введения графта, был уложен лоскут на прежнее место и наложены швы. Спустя 4 месяца была проведена повторная попытка синуслифтинга в той же зоне. Главным отличием был доступ к уже созданному ранее костному окну, который осуществлялся строго остро - посредством отсечения слизистой оболочки от надкостницы, которая выкраивалась по периметру окна, так как произошло сращения мембраны Шнайдера со слизисто-надкостничным лоскутом. Выкраенная надкостница вворачивалась в окно и одновременно осуществлялось отслоение мембраны Шнайдера от костных стенок синуса. Далее синус-лифтинг по протоколу. У всех прооперированных пациентов, послеоперационный период прошел без особенностей, раны зажили первичным натяжением, симптомов синусита не отмечалось. Швы были сняты на 10-14 сутки. Через 6 месяцев проводили имплантацию или 2-й хирургический этап - раскрытие имплантатов (после синуслифтинга с одномоментной имплантацией). Во всех случаях отмечалась успешная остеоинтеграция имплантатов.

При формировании неконтролируемых разрывов (более 6 мм) мембраны Шнайдера во время операции синус-лифтинг, их устранение может быть чрезвычайно рискованно, поэтому целесообразно выполнить повторно данную операцию через 3-4 месяца. Описанный метод позволяет успешно проводить вторичную антропластику после перфорации, как с отсроченной (через 6 мес.), так и с непосредственной имплантацией.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ФЕРМЕНТНЫХ СИСТЕМ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ БЮГЕЛЬНЫМИ ПРОТЕЗАМИ

Зурабова Х.А., Зурабова И.А.

Кафедра ортопедической стоматологии

Ставропольский государственный медицинский университет, г.Ставрополь

Научный руководитель: доц. Майборода Ю.Н.

Замещение дефектов зубных рядов на фоне пародонтита может быть эффективным только при комплексном подходе и предусматривает четкое

определение сложных звеньев этиопатогенетических механизмов заболевания. При ортопедическом лечении пациентов с пародонтитом часто изготавливают шинирующие бюгельные протезы.

Цель исследования. Определение эффективности ортопедического лечения пациентов с заболеваниями пародонта бюгельными протезами по цитохимическим параметрам.

Материалы и методы. Методом цитохимического анализа на миелопероксидазу (МПО) и цитохромоксидазу (ЦХО) крови, взятой из десневых сосочков, определяли их активность в динамике наблюдения. Пациенты делились на 2 группы. Первую группу составили лица с включенными дефектами, а вторую - с одно- и двусторонними дистально неограниченными.

Результаты и их обсуждение. Показатели активности кислородозависимых систем нейтрофильных гранулоцитов (МПО и ЦХО) на весь период исследования в обеих группах практически не менялись и мало отличались от аналогичных цифровых значений группы контроля ($P > 0,05$). Незначительные колебания активности ферментов не выходили за пределы физиологических значений и зависимы от степени интенсивности нагрузки на определенные сегменты беззубых участков альвеолярных отростков.

Выводы. Характер морфологических и обменных процессов, возникающих под воздействием базиса бюгельного протеза, отражается на лабильности кислородозависимых систем лизосомального аппарата, особенно во второй группе наблюдений.

ВЛИЯНИЕ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ НАГРУЗКИ НА ГЕМОДИНАМИКУ ПАРОДОНТА

Матеуш Ф.А., Венедиктова В.А.

Кафедра ортопедической стоматологии

Ставропольский государственный медицинский университет, г.Ставрополь

Научный руководитель: доц. Майборода Ю.Н.

Функциональная перегрузка в зубных рядах часто сопровождается развитием морфологических осложнений, одним из моментов которых является нарушение гемодинамики тканевых образований пародонта.

Цель исследования. Изучение особенностей периферической гемодинамики на фоне частичной потери зубов и влияния физиологической нагрузки при хроническом генерализованном пародонтите (ХГП).

Материалы и методы. Количественную оценку реопародонтограммы осуществляли по показателям реографических индексов (РИ), периферического сопротивления (ИПС) и эластичности (ИЭ), а так же показателя тонуса сосудов (ПТС) с использованием ультразвукового сканера «Ангиодин» у 28 человек. Контролем служили 9 человек с интактным пародонтом и зубными рядами.

Результаты и их обсуждение. По данным реопародонтографии в сосудистой системе возникает трансформация, приводящая к изменению снаб-

жения тканей пародонта и реакции сосудов на фоне суперконтактов. В интактном пародонте показатели микроциркуляции снижаются на 3-4%, при его воспалении в 2,5 раза. Динамика интегральной характеристики соотношения ритмических составляющих в частотном спектре - ИФМ - свидетельствовала о снижении эффективности регуляции тканевого кровотока в микрососудах в области опорных зубов на 39% в интактном пародонте и на 7-17% - при его воспалении. И свидетельствовала о развитии застойной гиперемии, которая являлась отсроченной вследствие нарушения регуляторных механизмов тканевого кровотока, при пародонтите на фоне умеренного снижения эластичности сосудистой стенки.

Выводы. У больных ХГП как средней, так и тяжелой степени тяжести отмечается затрудненный периферический кровоток, что подтверждается повышенными значениями ПТС и ИПС, сниженными значениями ИЭ.

СОСТОЯНИЕ НЕРВНО-МЫШЕЧНОГО АППАРАТА НА ФОНЕ СУПРАОККЛЮЗИИ ЗУБНЫХ РЯДОВ

Венедиктова В.А., Матеуш Ф.А.

Кафедра ортопедической стоматологии

Ставропольский государственный медицинский университет, г.Ставрополь

Научный руководитель: доц. Майборода Ю.Н.

Патологические изменения в височно-нижнечелюстном суставе зависят от морфофункционального состояния в зубных рядах и жевательных мышцах. Их значительные изменения могут привести к возникновению суперконтактов и окклюзионным нарушениям, вследствие повышенной жевательной нагрузки. Последняя играет определенную роль в развитии функциональной патологии пародонта, одним из факторов которых является нарушение парафункции жевательных мышц.

Цель исследования. Изучить влияние окклюзионной интерференции в зубных рядах на биоэлектрическую активность жевательных мышц.

Материалы и методы. Изучение биоэлектрической активности жевательных мышц проводилось у 16 лиц в возрасте от 20 до 25 лет на фоне воспалительных процессов области артикуляционных пар зубов миографом «Нейромиан». Контрольную группу составили 6 человек с интактными зубными рядами.

Результаты и их обсуждение. Исследования показали, что активность жевательных мышц после нагрузки на период сжатия в норме возрастает значительно и отражает суммарную активность большего числа двигательных единиц при максимальном сжатии. Частота интерференций амплитудной кривой составляет около 200 мкв. У лиц с пародонтитом легкой степени на фоне суперконтактов отмечалось снижение симметрии биоэлектрической активности мышц. При этом обнаруживалась неустойчивость прилагаемых усилий в начальной фазе в момент поиска пациентами оптимальной ориен-

тации жевательной резинки. Между наиболее стабильными парами артикулирующих зубов во время жевания мускулатура находится в различных тонических состояниях - возбуждения или торможения. По мере сжатия зубов в центральной окклюзии отмечается наибольшая амплитуда токов действия. При смыкании передними зубами амплитуда токов действия в 2 раза меньше как в височной, так и жевательных мышцах.

Выводы. По данным функционального состояния жевательной мускулатуры возможно определить степень компенсаторной интерференции с точки зрения совершенствования лечебных мероприятий.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ПУЛЬПЫ В КОРРЕЛЯЦИИ С РАЗЛИЧНЫМ ПО ГЛУБИНЕ КАРИОЗНЫМ ПРОЦЕССОМ У ДЕТЕЙ И У ВЗРОСЛЫХ

Карпенко Р.В.

Кафедра терапевтической стоматологии

Ставропольский государственный медицинский университет, г.Ставрополь

Научный руководитель: доц. Ерёменко А.В.

Воспалительная реакция в пульпе зубов при различной степени кариозного процесса, детского и взрослого организма, безусловно, отличается. В силу возраста и развития иммунной системы, воспалительный ответ будет разнообразен, но характер изменения пульпы не известен без гистопатологического исследования, поэтому сравнительный анализ этих данных покажет характеристику воспаления, что в дальнейшем повлияет на постановку правильного диагноза и выбор тактики лечения.

Цель исследования. Провести сравнительную характеристику гистологического анализа пульпы между детьми и взрослыми.

Материалы и методы. Исследование проведено у 36 детей от 6 до 10 лет, и 36 взрослых от 18 до 30 лет, имеющих кариозный процесс различной тяжести. Выбранные зубы, пораженные кариозным процессом, были пригодны к восстановлению и обладали резорбцией корня менее чем на $\frac{1}{3}$ его высоты без рентгенологических признаков кальцификации. Исследованию подвергались удаленные по ортодонтическим показаниям зубы с кариесом на окклюзионной и контактной поверхностях. Прицельная рентгенография была проведена для выявления процента кариозного поражения, общей толщины твердых тканей, остаточной дентинной плотности. Образцы зубов были подвергнуты декальцификации, затем отправлены на гистопатологическое исследование.

Степень воспаления и васкулярной пролиферации пульпы определялась морфометрическим методом по Автандилову Г.Г. Полученные данные проанализированы t-тестом Стюдента для сравнения гистологических типов воспаления с клиническими параметрами. $P < 0.05$ принималось как значимое. Образцы были сгруппированы в зависимости от возрастной группы и

от степени поражения кариозным процессом. Исследование проводилось в двух группах «дети» и «взрослые». Группа «дети» была разбита на подгруппы А, В, С. Группа «взрослые» была разбита на подгруппы D, E, F.

Результаты и их обсуждение. Подгруппа А представляла собой образцы зубов с поверхностным кариесом; Подгруппа В представляла собой образцы зубов со средним кариесом; Подгруппа С представляла собой образцы зубов с хроническим пульпитом. В пульпе зубов Подгруппы А был обнаружен воспалительный инфильтрат «+» (38 клеток воспаления, 25 кровеносных сосудов с воспалительным инфильтратом).

В пульпе зубов Подгруппы В была обнаружена средняя «++» (64 клетки воспаления) степень хронического воспаления «++» (72 кровеносных сосуда с воспалительным инфильтратом). В пульпе зубов Подгруппы С была обнаружена тяжелая «+++» (142 клетки воспаления) степень хронического воспаления «+++» (125 кровеносных сосудов с воспалительным инфильтратом).

Подгруппа D представляла собой образцы зубов с поверхностным кариесом; Подгруппа E представляла собой образцы зубов со средним кариесом; Подгруппа F представляла собой образцы зубов с глубоким кариесом. В пульпе зубов Подгруппы D был обнаружен воспалительный инфильтрат воспаление «+» (21 клетка воспаления, 17 кровеносных сосудов с воспалительным инфильтратом).

В пульпе зубов Подгруппы E была обнаружена средняя «++» (53 клетки воспаления) степень хронического воспаления «++» (58 кровеносных сосудов с воспалительным инфильтратом). В пульпе зубов Подгруппы F была обнаружена тяжелая «+++» (121 клетка воспаления) степень хронического воспаления «+++» (108 кровеносных сосудов с воспалительным инфильтратом). В 25-ти (34,7%) образцах зубов выявлено острое воспаление пульпы, в 47-и (65,3%) хроническое.

Выводы. Оценка данных гистопатологического статуса пульпы, полученных при изучении зубов детей и взрослых, пораженных различным кариозным процессом, помогла доказать, что гистологические показатели коррелируют с клиническими и рентгенологическими данными. А так же, что в детском возрасте иммунный ответ более выраженный.

Никакой значительной разницы ($P > 0.05$) между гистологическим типом воспаления и клиническими параметрами, оцененными в данном исследовании, выявлено не было.

Таким образом, только лишь клиническая оценка кариозной полости не может считаться надежным ориентиром для выбора методики лечения, в дополнение обязательно нужно оценивать рентгенологическую картину и клинические проявления.

РОЛЬ КОМПЛАЕНСА В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Липова Ю.С., Липова Л.П.

Кафедра ортопедической стоматологии и материаловедения
Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово
Научный руководитель: доц. Шевченко О.А.

Актуальной проблемой современной стоматологии остаются взаимоотношения врача и пациента, поэтому информирование, позитивная коммуникация и использование различного рода напоминаний - три основных фактора достижения высокоэффективной приверженности между врачом - стоматологом ортопедом и пациентом при проведении протезирования. Добровольное следование пациентом предписаний врача определяется как медицинский комплаенс.

Цель исследования. Улучшить комплаентность пациентов на ортопедическом приеме для достижения эстетики и повышения удовлетворенности результатами лечения.

Материалы и методы. Проведено обследование и анкетирование 23 пациентов в возрасте от 20 до 70 лет, находящихся на разных этапах протезирования несъемными и съемными конструкциями. Для регистрации данных были разработаны индивидуальные карты, анкеты; для ускорения адаптации к конструкциям - «Памятка пациенту».

Результаты и их обсуждение. Перед протезированием у женщин чаще отмечались нетерпеливость, огорчения по поводу незначительных неприятностей, нарастание тревожных ожиданий, связанных с приемом пищи, обезболиванием, привлекательностью их улыбки. После протезирования женщины более эмоционально и внимательно относятся к тем изменениям, которые произошли с их внешним видом и полостью рта. С увеличением возраста пациентов и уровня образованности увеличивалась степень удовлетворенности проведенным лечением и спокойствия.

С целью ускорения адаптации к конструкциям была разработана «Памятка пациенту» с упражнениями для коррекции звукопроизношения, затруднения, с которыми сталкивалась основная масса пациентов, рекомендациями по уходу и использованию протезов различных конструкций. После окончания лечения, пациенты выставляли оценку качества проведенного протезирования по показателям эстетики, комфорта, жевательной функции и речи.

Выводы. Повышение роли комплаенса в ортопедической стоматологии позволит врачу-стоматологу ортопеду адресно воздействовать на наиболее актуальные для каждого этапа протезирования проблемы пациентов. Разработанный комплекс мероприятий, «Памятки для пациентов», индивидуальный подход являются составной частью ортопедического лечения пациентов, повышающей его эффективность.

Блок фундаментальных дисциплин

ЖИЗНЕСПОСОБНОСТЬ МИКРООРГАНИЗМОВ В КИСЛОМОЛОЧНЫХ ПРОДУКТАХ С РАЗНЫМ СРОКОМ ГОДНОСТИ

Антоненко Т.Ю., Гарифуллина А.М., Нестеркина М.В.,
Романова Е.П.

Кафедра микробиологии, вирусологии, иммунологии
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научный руководитель: асс. Ермолаева Е.М.

Впервые вопрос о микрофлоре человека был поднят великим русским ученым И.И. Мечниковым в конце прошлого столетия. На тот момент обратили внимание на новорожденных детей, которых вскармливали грудным молоком и на 3-4 сутки после рождения было установлено, что микрофлора испражнений детей представляет собой чистую культуру грамположительной бесспорной анаэробной палочки. Первое упоминание об этих микроорганизмах, названных *Bacillus bifidus*, сделано Н.Тисье - учеником и коллегой И.И.Мечникова по бактериологической лаборатории Пастерского института в Париже. Бифидобактерии являются наиболее значимыми представителями микрофлоры человека - именно бифидофлоре принадлежит ведущая роль в нормализации микробиоценоза кишечника, поддержании неспецифической резистентности организма. Также, имеются интересные сведения о том, что бифидобактерии являются продуцентами ряда незаменимых аминокислот. Установлена их антиканцерогенная и антимуtagenная активность, способность снижать уровень холестерина в крови и т.д. Все эти положительные эффекты позволяют рассматривать бифидобактерии как эффективный биокорректор и основу для создания препаратов и продуктов, обладающих многофакторным регулирующим, стимулирующим воздействием на организм, а также как одну из основных категорий функционального питания.

Цель исследования. Выявить наличие жизнеспособных бактерий, включая бифидобактерии (присутствие которых заявлено производителем), в кисломолочных продуктах с разным сроком годности.

Материалы и методы. Для исследования были взяты образцы кисломолочной продукции на истечение срока годности: «Бифидок» (с заявленным сроком годности 7 суток), «Активия» (с заявленным сроком годности - 30 дней), «Биокефир» (с заявленным сроком годности -10 дней). Исследование проводилось бактериологическим методом с использованием среды Блаурокка, глубинным посевом кисломолочных продуктов из разведений 10-5, 10-6, 10-7 (всего 9 образцов). Посевы инкубировали в термостате, при температуре 37,0, в течение 48 часов.

Результаты и их обсуждение. Рост бактерий отмечен во всех 9-ти образцах кисломолочных продуктов. Микроскопия колоний из разных разве-

дений показала, что во всех образцах микрофлора представлена грамположительными кокками, а заявленные бифидобактерии не обнаружены. Это можно объяснить тем, что бифидобактерии, в составе кефирных заквасок (которые меняют химический состав и pH молочного продукта), сохраняют жизнеспособность в течение короткого времени. Поэтому кисломолочные продукты с заявленными живыми микробами не могут иметь длительных срок хранения. По данным других исследователей, лечебные свойства продукта могут сохраняться только в течение короткого времени (около 12 часов с момента производства). Отсутствие живых бифидобактерий в кисломолочных продуктах с коротким сроком хранения, возможно, связано с нарушением технологии производства данного продукта или изначально низкой концентрацией бактерий, ограничивающей чувствительность бактериологического метода.

Выводы.

1. Наличие грамположительных кокков в концентрациях 10⁷ КОЕ/мл во всех пробах.
2. Несоответствие между микроорганизмами, обнаруженными в продуктах, и микроорганизмами, заявленными производителем.

ВЛИЯНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ СРЕДСТВ РАЗЛИЧНЫХ ХИМИЧЕСКИХ ГРУПП НА МИКРОБНУЮ КОНТАМИНАЦИЮ КОЖИ РУК

Галуцких Е.П., Игнатова Т.А., Меркулов Р.А., Черашев С.В.

Кафедра микробиологии, вирусологии, иммунологии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: асс. Ермолаева Е.М.

Со времен получения доказательств того, что тот или иной микроорганизм вызывает определенное заболевание, стал вопрос о правильной обработке рук хирурга для уменьшения риска развития инфекционных осложнений после операции. С этой целью используются антисептические средства. В качестве кожных антисептиков применяют, как правило, химические соединения, которые характеризуются высокой активностью в отношении подавляющего большинства микроорганизмов, малым латентным периодом действия, низкой токсичностью, сохранением активности в присутствии продуктов тканевого распада, отсутствием местно-раздражающего действия и угнетающего влияния.

Цель работы. Сравнение бактерицидного действия мыла «Safeguard», геля для рук «Очищающий», антибактериальных влажных салфеток Kleenex в отношении резидентных микроорганизмов кожи рук.

Материалы и методы. Мыло «Safeguard» - ионогенный детергент (пальмитат натрия), образующий вокруг микроорганизмов мицеллярные слоистые структуры, которые нарушают обмен микроорганизма с окружа-

ющей средой. Салфетки «Kleenex» - спирт (глицерин), вызывающий дегидратацию бактерий. Гель для рук «Очищающий» - этиловый спирт, денатурирующий белки протоплазмы микробной клетки. Уровень микробной контаминации исследовали до и после обработки рук обеззараживающими средствами. С поверхности рук смывы брали с помощью стерильных ватных тампонов, в соответствии с рекомендациями нормативных документов. Смывы встряхивали в пробирках с физиологическим раствором, сеяли по секторам на кровяной агар. Посев инкубировали в термостате в течение 24 ч, при $t+37^{\circ}\text{C}$, подсчитывали КОЕ (колониеобразующие единицы).

Результаты и их обсуждение. До обработки мылом, количество бактерий на коже рук - 207 КОЕ/т (на тампон), после обработки - 24 КОЕ/т. Выявлено снижение жизнеспособных бактерий в 8 раз. До обработки салфетками уровень бактериальной контаминации 32 КОЕ/т, после обработки - 8 КОЕ/т (снижение в 4 раза). До обработки гелем - 231 КОЕ/т, после - 20 КОЕ/т (снижение в 11 раз).

Выводы. Проведенное исследование показало, что все исследованные антисептики обладали бактерицидной активностью в отношении резидентных микроорганизмов кожи.

ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА ХИЛАК ФОРТЕ НА ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ НОРМОБИОТЫ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА

Политов С.А.

Кафедра микробиологии, вирусологии, иммунологии
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научный руководитель: асс. Котелевец Е.П.

Синдром раздражённого кишечника (СРК) - полиэтиологическое заболевание, характеризующееся качественным и количественным изменением видового состава нормобиоты. По данным, РАМН около 90% населения России в той или иной степени страдает СРК.

Часто применяемым современным препаратом для лечения СРК, относящимся к группе пребиотиков, является Хилак форте. В своем составе содержит беззародышевый водный субстрат продуктов обмена веществ представителей нормальной микрофлоры толстого кишечника: *Escherichia coli*, *Streptococcus faecalis*, *Lactobacillus acidophilus*, *Lactobacillus helveticus*.

Цель исследования. Оценка влияния вышеназванного лекарственного средства на представителей нормофлоры: *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*, *Candida albicans*.

На питательные среды Эндо, желточно-солевой агар, Сабуро были осуществлены посевы из 1 мл смыва суточных агаровых культур в разведении 1/20, в который затем вносили Хилак форте и делали высевы через 15 и 45 мин. После инкубации при 37 градусах в течении 24 часов (для *Candida albicans* 48 часов) учитывали результаты. Для получения достоверных ре-

зультатов опыт повторяли трижды.

Результаты и их обсуждение. Препарат стимулировал рост *E.Coli* и *S.Aureus*. В отношении *Candida albicans* препарат проявил супрессорную активность. Можно предположить, что входящая в его состав в качестве вспомогательного вещества молочная кислота, нормализуя рН среды, оказывает ингибирующее действие в отношении представителей грибов рода *Candida* (оптимум рН 6,0-6,5).

Выводы. После проведения более глубоких и обширных лабораторных исследований, а также клинических испытаний, данный препарат может быть рекомендован для лечения кандидозных поражений кожи и слизистых оболочек в виде раствора для наружного применения. Это позволит расширить список препаратов для лечения кандидозов без разработки и внедрения в медицинскую практику новых лекарственных средств.

ВИРУСНЫЕ ТЕОРИИ РАЗВИТИЯ НЕКОТОРЫХ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Политов С.А.

Кафедра микробиологии, вирусологии, иммунологии
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научный руководитель: асс. Котелевец Е.П.

Современная наука открывает все новые возбудители инфекционных заболеваний, в основном вирусы. Некоторые из них рассматриваются как этиологический фактор соматических заболеваний.

Рассмотрим теории вирусного происхождения атеросклероза, сахарного диабета I типа, онкологических заболеваний.

Актуальность затрагиваемых вопросов несомненна, так как на сегодняшний день именно они составляют тройку наиболее распространенных соматических патологий.

Корреляционный анализ данных за 2013 год, представленный ВОЗ, показал зависимость между заболеваемостью герпесвирусной инфекцией (ГВИ) и атеросклерозом по половым, возрастным признакам, сезону года. Также профессор Ю.В. Абакумов на основании результатов обследования 269 больных атеросклерозом и 53 здоровых субъектов методами РИФ, ИФА, РСК, РПГА выявил причинно-следственную связь развития атеросклероза и *Herpes simplex virus*:

1. Недостаточность противовирусной защиты создает возможность персистирования и реализации патогенных потенциалов вируса простого герпеса при атеросклерозе;
2. *Herpes simplex virus* стимулирует эндогенный синтез холестерина, тропный к интима артерий;
3. Вирус простого герпеса влияет на активность печеночных гидроксилаз, в результате чего изменяется направление процессов превращения холестерина;

4. Повышается эндогенный синтез холестерина, имеется выраженное уменьшение его каловой экскреции и изменения энтерогепатической циркуляции холестерина;

5. Нарушения парциальных функций печени приводят к изменению соотношения липопротеидов высокой и низкой плотности, что имеет существенное значение для липоидоза сосудов.

Исследования, проведенные отечественным учёным диабетологом Балаболкиным М.И., указывают на взаимосвязь между развитием у человека сахарного диабета I типа и некоторыми перенесенными вирусными инфекциями, такими как эпидемический паротит, краснуха, инфекция, вызванная вирусом Коксаки В4:

1. Прямое повреждение и разрушение β -клеток островков Лангерганса;
2. Возможное изменение под влиянием вирусов структуры мембраны β -клеток с нарушением последовательности аминокислот в плазматической мембране и белках цитозоля.

Отмечено, что до 20% детей, перенесших внутриутробное заражение краснушной инфекцией, заболевают диабетом I типа.

На сегодняшний день известно, что главным этиологическим фактором в развитии некоторых (около 15%) онкологических заболеваний являются именно вирусы (папилломы, гепатита В, герпесвирусы 8 типа и др.).

Современная нозология рассматривает упомянутые заболевания как полиэтиологические, что вполне справедливо и обосновано. Факт наличия в их этиологии вирусного компонента ставит перед современной медицинской наукой новые задачи, которые только предстоит решить.

ГОМОЦИСТЕИН - ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Землянухин С.П.

Кафедра биологической химии

с курсом клинической лабораторной диагностики ФДПО

Рязанский государственный медицинский университет, г.Рязань

Научный руководитель: асс. Медведев Д.В.

В настоящее время сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) ежегодно уносят жизни миллионов людей и занимают лидирующие позиции в смертности населения. В России только за последние 6 месяцев цифры смертности от ССЗ достигли порядка 530 тыс. человек, что составляет 55,4% от общего числа умерших в стране. На сегодняшний день установлен целый ряд факторов риска различной природы, способствующих развитию ССЗ. Среди них важную роль играет такой фактор, как увеличение уровня гомоцистеина (Hcy) в крови - гипергомоцистеинемия (ГГЦ).

Hcy - природная серосодержащая аминокислота, которая образуется в результате метаболизма метионина (Met). Метаболизм Hcy происходит с

участием ряда ферментов, основные из которых: метилентетрагидрофолатредуктаза (МТГФР) и цистатион- β -синтаза (Ц β С). Обмен Нсу сильно зависит от кофакторов - производных витаминов. Поэтому дефицит любого из витаминов (В12, фолиевой кислоты и В6) может привести к ГГЦ. Генетические мутации также могут вызвать ГГЦ, в частности, дефекты энзимов - Ц β С и МТГФР.

Механизмами повреждающего действия Нсуна сосуда могут быть окислительный стресс, нарушение выделения окиси азота, изменения гомеостаза и активация воспалительных путей. Нсу, повреждая стенки сосудов, делает их поверхность рыхлой. На поврежденную поверхность осаждаются холестерин и кальций, образуя атеросклеротическую бляшку. Повышенный уровень Нсу усиливает тромбообразование, приводит к нарушению липидного обмена (гиперхолестеринемия), и к развитию аутоиммунного воспаления в сосудистой стенке, что сопровождается нарушением функции эндотелия.

Известно немало способов моделирования ГГЦ: с помощью введения Нсу, путём перегрузки Met добавлением его в питьевую воду или внутрижелудочным введением, с использованием специальных диет с высоким содержанием Met и низким - фолиевой кислоты и цианокобаламина. Моделирование этого патологического процесса путём введения Нсу эффективно и вызывает минимум побочных реакций, однако Нсу весьма дорог, что затрудняет применение этой модели. Наиболее простым и дешёвым способом моделирования ГГЦ является внутрижелудочное введение суспензии Met. Существует патент РФ, согласно которому ежедневное внутрижелудочное введение суспензии Met в дозе 3 г Met на 1 кг массы тела крысы вызывает статистически достоверное ($p < 0,05$) повышение уровня Нсу в сыворотке крови с $8,6 \pm 2,1$ до $53,5 \pm 3,2$.

Для исследования использовались конвенциональные крысы-самцы линии Wistar массой 250-300 г. Из результатов видно, что запатентованная методика моделирования ГГЦ путём внутрижелудочного введения крысам суспензии Met в дозе 3 г/кг в течение 7 суток не дала ожидаемых результатов. Уровень Нсу у животных этой группы увеличивался незначительно (не достигал даже 15 мкмоль/л, что соответствует лёгкой форме ГГЦ) и статистически недостоверно. Даже пролонгирование введения суспензии Met до 14 дней хоть и достоверно повышает концентрацию Нсу в сыворотке крови, но не вызывает даже лёгкой ГГЦ у большинства животных. Введение же суспензии Met в течение 21 дня с добавлением 1% этой аминокислоты в питьевую воду приводит к резкому увеличению уровня Нсу и развитию у большинства (у 5 из 8) крыс тяжёлой формы ГГЦ. Даже такой способ не обеспечивает развития ГГЦ у всех экспериментальных животных: из 8 крыс у 5 развилась тяжёлая ГГЦ (>100 мкмоль/л), у 2 - лёгкая ГГЦ (>15 мкмоль/л) и у 1 крысы уровень Нсу остался в пределах нормы (8,5 мкмоль/л). По всей видимости, развитие ГГЦ в значительной мере за-

висит от индивидуальных особенностей животного. Так как крысы содержались в одинаковых условиях, речь идёт в первую очередь о различиях в генотипе животных. Добавление Met в питьевую воду значительно облегчает развитие ГГЦ.

Выводы. Модифицированная нами методика, включающая внутрижелудочное введение суспензии Met в дозе 3 г/кг в течение 3 недель и добавление 1% Met в питьевую воду, может быть использована для моделирования ГГЦ и, в том числе, её тяжёлой формы (100 мкмоль/л), на крысах, однако требует отбора животных по уровню сывороточного Hсу, что обусловлено индивидуальной восприимчивостью животных к перегрузке Met.

ВЛИЯНИЕ НИТРОПРУССИДА НАТРИЯ НА КАРБОНИЛИРОВАНИЕ БЕЛКОВ МИТОХОНДРИЙ IN VITRO

Тупикин А.В., Максимов С.О.

Кафедра биологической химии

с курсом клинической лабораторной диагностики ФДПО

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: асс. Медведев Д.В.

Оксид азота - важнейший медиатор, опосредствующий разнообразные физиологические процессы. Его биологический эффект напрямую зависит от его концентрации. В физиологических концентрациях NO выступает как антиоксидант; при высоких концентрациях его эффект опосредован действием пероксинитритов, способных вызывать модификацию белков.

Цель исследования. Изучение влияния спонтанного донора оксида азота нитропрусида натрия на карбонилирование белков изолированных митохондрий с учетом активности супероксиддисмутазы как фермента антиоксидантной защиты.

Материалы и методы. Центрифугированием из печени крыс получали митохондрии; их осадок ресуспендировали, к одной из полученных суспензий добавляли раствор нитропрусида Na до концентрации 100 мкМ, к другой - среду инкубации. Все суспензии инкубировали и повторно центрифугировали; осадок ресуспендировали с добавлением тритона X-100. Полученные суспензии использовали для определения активности супероксиддисмутазы и содержания карбонильных производных белков. Затем рассчитывали доли маркеров агрегации и фрагментации белков, а также проводили анализ резервно-адаптационного потенциала.

Результаты и их обсуждение. 15-минутная инкубация митохондрий с нитропруссидом натрия вызывает значительное (на 128%) увеличение активности супероксиддисмутазы: с 7,08 [5,91; 8,06] до 16,13 [11,36; 20,90] ($p=0,025$). Отмечается увеличение количества карбонильных групп в белках, при чем на 12% ($p=0,0374$) увеличивается доля кетонов в общем количестве карбонильных производных, что свидетельствует о преобладании

процесса агрегации белков в их окислительном повреждении при воздействии нитропруссидов. Его влияние также приводит к снижению резервно-адаптационного потенциала белков митохондрий в отношении их фрагментации (на 16%, $p=0,074$) и агрегации (на 17%, $p=0,025$).

Можно предположить, что NO способствует развитию в митохондриях окислительного стресса, сопровождающегося усилением карбонилирования белков, несмотря на повышение активности супероксиддисмутазы. Условия опыта позволяют так же предполагать аналогичные изменения в состоянии митохондрий в физиологических условиях, например, при непродолжительной гипоксии.

Выводы. Нитропруссид натрия - спонтанный донор NO - в концентрации 100 мкМ усиливает окислительное повреждение белков митохондрий главным образом за счет процесса агрегации, снижает их резервно-адаптационный потенциал, несмотря на повышение активности митохондриальной СОД.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ МЕКСИДОЛА В РАЗЛИЧНЫХ ОТДЕЛАХ ГОЛОВНОГО МОЗГА КРЫС ВИСТАР

Мыльников П.Ю.

Кафедра фармакологии с курсом фармации ФДПО

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научные руководители: асс. Шулькин А.В., асс. Черных И.В.

Цель исследования. Изучить проникновение мексидола через гемато-энцефалический барьер в различные отделы головного мозга крыс Вистар.

Материалы и методы. Исследование выполнено на 36 половозрелых крысах-самцах Вистар массой 220-300 г. Мексидол вводили животным внутрижелудочно с помощью металлического зонда в дозе 200 мг/кг массы. Через 30 мин, 1, 1,5, 2, 3 и 4 ч после введения препарата проводилась эвтаназия животных под эфирным наркозом (по 6 животных на каждую временную точку). Для исследования были взяты кора лобных долей больших полушарий, мозжечок, таламус и продолговатый мозг. Концентрацию мексидола в гомогенатах исследуемых отделов мозга крыс определяли методом высокоэффективной жидкостной хроматографии (ВЭЖХ). Полученные данные обрабатывали в программе Statistica 7.0 по критерию Манна-Уитни.

Результаты и их обсуждение. Наибольший уровень мексидола в гомогенате мозжечка крыс фиксировался через 30 мин после перорального введения препарата, затем его содержание снижалось через 1 и 1,5 ч, вновь повышаясь на 2-й час опыта и снижаясь к 4-му часу эксперимента. Максимальная концентрация мексидола в гомогенате таламуса крыс отмечалась через 30 мин после введения препарата, в дальнейшем его содержание постепенно снижалось, и у ряда животных уже через 3 ч оно было ниже предела детектирования. Концентрация мексидола в гомогенате продолгова-

того мозга крыс постепенно увеличивалась, достигая максимума через 1-1,5 ч после введения препарата, а затем постепенно снижалась к 4-му часу наблюдения. В ходе исследования выявлено, что уровень мексидола в гомогенате коры больших полушарий крыс через 1 ч после введения превышал его содержание в гомогенатах мозжечка на 245,4% ($p < 0,05$), таламуса - на 131,8% ($p < 0,05$), продолговатого мозга - на 177,8% ($p < 0,05$), а через 1,5 ч превышал только концентрацию в гомогенате мозжечка - на 243,9% ($p < 0,05$). В остальных контрольных точках исследования достоверных различий между уровнем мексидола в гомогенатах различных отделов головного мозга получено не было.

Выводы. Мексидол проникает через гематоэнцефалический барьер в ткань головного мозга, накапливаясь преимущественно в коре больших полушарий.

ВЛИЯНИЕ ДЕФИЦИТА ОКСИДА АЗОТА, ИНДУЦИРОВАННОГО L-NAME НА РАЗВИТИЕ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ У ЛИНЕЙНЫХ КРЫС

Землянухин С.П., Минаев М.О.

Кафедры патофизиологии

Кафедра биологической химии

с курсом клинической лабораторной диагностики ФДПО

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научные руководители: проф. Давыдов В.В., асс. Медведев Д.В.

В настоящее время заболевания сердечно-сосудистой системы (ССЗ) являются основной причиной смертности во всем мире. Одним из важных патогенетических факторов данных заболеваний считается нарушение структуры, метаболизма и функции эндотелия, представляющего собой внутреннюю выстилку сердца и кровеносных сосудов.

Цель исследования. Изучить влияние дефицита оксида азота, индуцированного L-NAME на развитие дисфункции эндотелия у крыс.

Материалы и методы. Исследование проводили на 21 половозрелой крысе-самце линии Wistar средней массой около $458,5 \pm 24,6$ г. Животные разделены на 3 серии по 7 животных в каждой: контроль № 1 - интактные животные; контроль № 2 - ежедневное внутрибрюшинное введение 0,9 % раствора натрия хлорида (физ. р-ра) в дозе 0,5 мл/кг 1 раз в сутки в течение 7 дней; опытная серия № 3 - моделирование дефицита оксида азота путем внутрибрюшинного ежедневного введения раствора L-NAME (N-нитро-L-аргинина метилового эфира) в дозе 25 мг/кг в течение 7 дней. На 7-й день эксперимента на корне хвоста измеряли среднее АД с использованием неинвазивного датчика (Doc-NIBP200A, производства Biopac System, Inc., США). Метаболиты оксида азота (нитриты и нитраты) определяли методом измерения концентрации в сыворотке крови стабильного продукта ок-

сида азота нитрит-иона (Miranda K. M., 2001) в модификации В.А. Метельской (2005).

Проводили следующие функциональные сосудистые пробы: 1) эндотелийзависимая вазодилатация (ЭЗВД), вызываемая внутривенным введением ацетилхолина (АХ) в дозе 40 мкг/кг; 2) эндотелийнезависимая вазодилатация (ЭНВД), вызываемая внутривенным введением нитропруссид натрия (НП) в дозе 30 мкг/кг. Степень эндотелиальной дисфункции у экспериментальных животных оценивали по расчетному коэффициенту эндотелиальной дисфункции (КЭД), представляющему собой отношение площади треугольника над кривой восстановления АД в ответ на введение НП к площади треугольника над кривой восстановления АД в ответ на введение АХ.

Результаты и их обсуждение. Измерение уровня среднего АД неинвазивным способом выявило на 7 сутки эксперимента достоверное его повышение в опытной серии до $149,3 \pm 4,8$ мм.рт.ст., по сравнению с контрольными животными, у которых оно равнялось $119,3 \pm 4,3$ мм.рт.ст.

Величины КЭД составили: $1,1 \pm 0,1$ - в серии интактных животных и в серии контрольных крыс, $5,3 \pm 0,7$ - в опытной серии с введением L-NAME ($p < 0,05$). Концентрация средних значений метаболитов оксида азота (нитраты и нитриты) снизилась на 53,28% в сравнении с контролем ($p < 0,05$).

Выводы.

1. Дефицит оксида азота, индуцированного L-NAME, вызывает отчетливую дисфункцию эндотелия кровеносных сосудов у исследуемых линейных крыс (коэффициент эндотелиальной дисфункции увеличился в 4,8 раза в сравнении с контролем).

2. 7-дневное введение L-NAME приводит к существенному снижению средних значений метаболитов оксида азота.

3. Назначение L-NAME сопровождается достоверным увеличением среднего АД у исследуемых крыс.

ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У КРЫС С АЛЛОКСАНОВЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ Ли Ю.Б., Гранаткин М.А., Бучака А.С., Кондракова М.А., Гринькова Я.Н., Судиловская Е.П.

Кафедра патофизиологии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: асс. Маслова М.В.

Цель исследования. Изучить особенности влияния алкоголизации у крыс с аллоксановым сахарным диабетом (СД).

Материалы и методы. Исследование проведено на 40 половозрелых беспородных крысах-самцах массой 380 грамм, составивших 4 серии: 1 - контроль (интактные животные, 8 особей), 2 - животные с аллоксановым сахарным диабетом (12 особей), 3 - животные, подвергшиеся изолирован-

ной алкогольной интоксикации (8 особей), 4 - животные, подвергшиеся сочетанному воздействию аллоксана и этанола (12 особей). С целью воспроизведения алкогольной интоксикации выбран метод полудобровольной алкоголизации с использованием 9% раствора этанола, из расчета 42 мл на особь, с последующим увеличением его объема до 50 мл на особь. СД вызывали однократным внутримышечным введением свежеприготовленного 5% водного раствора аллоксана в дозе 125 мг/кг после предварительного 24-часового голодания.

Результаты и их обсуждение. Для подтверждения развития СД в течение 21 дня наблюдения проводилось многократное исследование содержания глюкозы в крови у животных 2-й и 4-й серии. Диабет считается развившимся, если на третий день после введения аллоксана уровень глюкозы у опытных животных оказывался стабильно высоким (более 13 ммоль/л). Содержание глюкозы в крови крыс 4-й серии оказалось существенно выше, чем у крыс 2-ой серии, а у крыс 3-й серии хотя и незначительно, но достоверно было повышено ($p < 0,05$). Следовательно, можно полагать, что введение этанола отчетливо отягощает развитие СД.

В динамике наблюдения масса тела животных с СД 2-ой, 3-й и 4-й серии на 7, 14 и 21 дни снизилась ($p < 0,05$). Это, очевидно, связано с преобладанием процессов катаболизма над процессами анаболизма питательных субстратов. Масса тела интактных крыс на протяжении всего срока эксперимента незначительно, но отчетливо возрастала ($p < 0,05$).

У крыс 2-ой и 4-ой серии, были выявлены эритроцитопения и анемия ($p < 0,05$). Данные изменения можно объяснить увеличением проницаемости мембран эритроцитов в условиях аллоксанового диабета, основным патогенетическим звеном которого является резкая активация СПОЛ.

При проведении пробы Бюркера в эксперименте у крыс 2-ой, 3-й и 4-й серии, наблюдалось укорочение времени образования нитей фибрина ($p < 0,05$). Это позволяет предположить, что СД также как и алкоголизация организма являются протромботическими состояниями, обусловленными активацией свертывающей и/или угнетением противосвертывающей и фибринолитической систем крови.

Проведение плавательной пробы позволило выявить, что как раздельное, так и совместное введение аллоксана и этанола, способствует значительному снижению физической работоспособности крыс. В отличие от этого, у интактных животных наблюдался медленный, но постоянный рост физической работоспособности, связанный, очевидно, с тренировкой и адаптацией животных к условиям плавания.

Выводы. У крыс, подвергшихся как раздельному так, и особенно, совместному действию аллоксана и этанола, выявлено, во-первых, снижение массы тела; во-вторых, снижение в крови количества эритроцитов и гемоглобина, в-третьих, укорочение времени свертывания крови, в-четвертых, значительное уменьшение физической работоспособности.

МОДЕЛИРОВАНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ В ОРГАНИЗМЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ КРЫС

Землянухин С.П., Минаев М.О.

Кафедра патофизиологии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: проф. Давыдов В.В.

Заболевания сердечно-сосудистой системы (ССЗ) на сегодняшний день являются основной причиной смертности населения, унося ежегодно жизни миллионов людей. По статистике в России только за первое полугодие 2014 г. смертность от ССЗ превысила 500 тыс. человек (более 55% от общего числа умерших). Развитию ССЗ у человека способствуют многие этиологические и патогенетические факторы риска различной природы.

Одним из важных патогенетических факторов данных заболеваний считается нарушение структуры, метаболизма и функции эндотелия, представляющего собой внутреннюю выстилку сердца и кровеносных сосудов. Нарушение структурных, метаболических и физиологических процессов эндотелия является неспецифическим звеном патогенеза многих, в том числе сердечно-сосудистых (атеросклероз, гипертоническая болезнь, коронарная недостаточность, инфаркт миокарда) заболеваний. Причинами эндотелиальной дисфункции могут быть различные этиологические факторы: генетические особенности, возрастные изменения, дислиппротеинемия (гиперхолестеринемия), гиперцитокинемия, гипергликемия, гемодинамический фактор, эндогенные и экзогенные интоксикации.

К настоящему времени существует множество моделей эндотелиальной дисфункции (ЭД), среди которых особо выделяют следующие: L-NAME индуцированная, стрептозотцин индуцированная, гипергомоцистеинемическая, гипозэстрогениндуцированная эндотелиальная дисфункция и др.

Основываясь на имеющихся данных научной литературы, нами была выбрана модель L-NAME-индуцированной эндотелиальной дисфункции.

Цель исследования. Воспроизвести в эксперименте на линейных крысах модель эндотелиальной дисфункции, индуцированной N-нитро-L-аргинина метилового эфира (L-NAME), являющегося - неселективным блокатором NO - синтазы.

Материалы и методы. Для получения L-NAME индуцированной ЭД планируется проведение экспериментов на 24 половозрелых крысах-самцах линии Wistar массой 180-220 г. Животные разделены на 3 серии по 8 животных в каждой: контроль № 1 - интактные животные; контроль № 2 - ежедневное внутрибрюшинное введение водного 0,9 % раствора натрия хлорида (физ. р-ра) в дозе 0,5 мл/кг 1 раз в сутки в течение 28 дней; опытная серия № 3 - моделирование дефицита оксида азота внутрибрюшинным введением раствора L-NAME в дозе 12,5 мг/кг в течение 28 дней.

На 29 день эксперимента в сериях 2 и 3 на первом этапе под наркозом

(хлоралгидрат 300 мг/кг) исследования на корень хвоста прикрепляется манжета для регистрации артериального давления (АД).

Помимо измерения АД планируется проведение ряда функциональных тестов с последующей оценкой изменения параметров систолического и диастолического артериального давления (САД и ДАД): эндотелий-зависимая вазодилатация (ЭЗВД) в ответ на внутривенное введение раствора ацетилхолина (АХ) в дозе 40 мкг/кг из расчета 0,1 мл на 100 г массы тела животного, а также эндотелий-независимая вазодилатация (ЭНВД) в ответ на внутривенное введение раствора нитропруссид натрия (НП) в дозе 30 мкг/кг из расчета 0,1 мл на 100 г массы тела животного. Степень эндотелиальной дисфункции у экспериментальных животных оценивается по расчетному коэффициенту, представляющему собой отношение площади треугольника над кривой восстановления АД в ответ на введение НП (ЭНВД) к площади треугольника над кривой восстановления АД в ответ на введение АХ (ЭЗВД).

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА ПРИ ПАРЕНТЕРАЛЬНОМ ВВЕДЕНИИ СТРЕПТОЗОТОЦИНА

Землянухин С.П.

Кафедры патофизиологии

Кафедра биологической химии с курсом клинической лабораторной диагностики
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научные руководители: проф. Давыдов В.В., асс. Медведев Д.В.

Ежегодно от осложнений сахарного диабета (СД), включая сердечно-сосудистые заболевания, умирает 3,8 миллиона человек. Среди населения России развитие СД составляет 5,7%, а численность больных - 9 млн. человек. Поэтому изучение данного заболевания является одной из актуальных проблем нашего времени.

Наиболее простыми в воспроизведении СД являются негенетические модели, в которых используются гидрофильные β -клеточные глюкозные аналоги, такие как аллоксан, стрептозотонин (N-нитрозопроизводного глюкозамина, STZ), хлорозотонин, ципрогептадин и др. Механизм действия этих веществ заключается в деструкции β -клеток островков Лангерганса поджелудочной железы путем: 1) генерации свободных радикалов кислорода, нарушающих целостность мембран клеток; 2) алкилирования ДНК и последующей активизации поли-АДФ-рибозо-синтетазы - снижение содержания NAD в β -клетке; 3) угнетения активного транспорта кальция и кальмодулин-активированной протеинкиназы (D.A Rees, J.C. Alcolado, 2005). Среди различных средств, вызывающих развитие СД наиболее распространенным считается использование STZ. Среди экспериментальных моделей СД использование STZ является наиболее распространенным (R.M. Cowett, 1994).

Цель исследования. Изучить влияние стрептозотоцина (STZ) на развитие сахарного диабета 1 типа у линейных крыс.

Материалы и методы. Исследование проводили на 24 половозрелых крысах-самцах линии Wistar массой $363,1 \pm 18,22$ г. Животные разделены на 3 серии по 8 животных в каждой: контроль № 1 - интактные животные; контроль № 2 - ежедневное внутрибрюшинное введение водного 0,9 % раствора натрия хлорида (физ. р-ра) в дозе 0,5 мл/кг 1 раз в сутки в течение 5 дней; опытная серия № 3 - ежедневное внутрибрюшинное в течение 5 суток введение стрептозотоцин (STZ) в дозе 60 мг/кг. Ежедневно однократно, в утреннее время, натощак, в течение всего срока эксперимента измеряли уровень глюкозы в крови, взятой из вены хвоста животных, при помощи глюкометра Bionime GM500 (Швейцария). На 5-й день эксперимента проводился пероральный тест толерантности к глюкозе (ПТТГ), натощак, путем орального введения глюкозы (1 мг/кг) и регистрации уровня глюкозы на протяжении 120 минут при помощи глюкометра. Также измеряли показатели систолического, диастолического и среднего артериального давления (САД, ДАД, СрАД) с использованием неинвазивного датчика (Doc-NIBP200A производства Biopac System, Inc., США) измерения кровяного давления на корне хвоста крыс.

Полученные результаты. Измерение уровня глюкозы натощак на протяжении 5 дней не выявило существенных изменений в контрольных 1 и 2 сериях животных. В опытной серии №3 содержание глюкозы в крови было достоверно повышено и составило к концу наблюдения $11,1 \pm 1,3$ ммоль/л.

При проведении перорального теста толерантности к глюкозе (ПТТГ) на 5-й день эксперимента, в серии № 3 отмечался стойкий уровень гипергликемии к 120 минуте наблюдения и составил $14,1 \pm 0,6$ ммоль/л ($p < 0,05$). В контрольных сериях №1 и №2 значения глюкозы крови на 120 минуте ПТТГ приближались к исходным и составляли $4,7 \pm 0,3$ и $4,5 \pm 1,1$ ммоль/л соответственно.

Одновременно показано, что ежедневное, однократное, внутрибрюшинное введение стрептозотоцина в течение 5 суток вызывало развитие значимой ($p < 0,05$) артериальной гипертензии (САД составило - $175,1 \pm 3,7$, ДАД - $123,7 \pm 6,1$, СрАД - $149,4 \pm 5,2$ мм рт. ст.)

Результаты и их обсуждение. При использовании стрептозотоцина в указанной дозе наступает глубокое повреждение β -клеток островков Лангерганса поджелудочной железы, которые становятся неспособными к восстановлению своей функции. Помимо этого стрептозотоцин по данным литературы [Nir T. et al., 2007], повреждает регионарные стволовые клетки поджелудочной железы и костного мозга, что предотвращает индукцию процессов регенерации β -клеток и приводит к ингибированию иммунных реакций.

Выводы.

1. Выявлено, что ежедневное в течение 5 дней введение стрептозотоцина

в дозе 60 мг/кг вызывает негенетическую форму сахарного диабета I типа.

2. Проведение перорального теста толерантности к глюкозе выявило формирование гипергликемического ответа в опытной серии животных по сравнению с контрольными сериями.

3. Стрептозотцин приводит на 5 сутки эксперимента к повышению систолического, диастолического и среднего артериального давления.

МОДЕЛИРОВАНИЕ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛЕЗЫ-

**Максаев Д.А., Цыплакова К.В., Васильева В.В., Губанова А.В.,
Пшеничников Е.А., Рясенко Э.А., Тимохина А.О., Шершнева С.И.**

Кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины

Кафедра патофизиологии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научные руководители: асс. Анисимова С.А., асс. Свирина Ж.А.

В настоящее время патология молочной железы по данным разных авторов охватывает до 70% женщин. Она представлена в основном мастопатией и раком молочной железы.

Фиброзно-кистозная болезнь (ФКБ) молочной железы или мастопатия по определению ВОЗ - это дисгормональный гиперпластический процесс в молочной железе, характеризующийся широким спектром пролиферативных и регрессивных изменений ткани с нарушением соотношения эпителиального и соединительнотканного компонентов. В последние годы отмечается неуклонный рост этой патологии во всем мире. Частота ФКБ в настоящее время по данным различных авторов составляет от 20% до 60%, что обуславливает чрезвычайную актуальность изучения ФКБ.

Цель исследования. Разработать методику моделирования фиброзно-кистозной болезни молочной железы на экспериментальных животных.

Материалы и методы. Объектом исследования послужили 10 белых беспородных девственных самок крыс препубертатного возраста массой 250-300г. Работу с животными проводили в соответствии с «Европейской конвенцией о защите позвоночных животных, используемых для экспериментальных и других научных целей» (Страсбург, 1986), приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 августа 2010 г. № 708н «Об утверждении правил лабораторной практики» и приказом Минздрава СССР от 12.08.1977г. №755 «О мерах по дальнейшему совершенствованию организационных форм работы с использованием экспериментальных животных», Правилами проведения работ с использованием экспериментальных животных.

Животных разделили на 2 группы опыта по 5 крыс в каждой. 1 группа - интактные животные, контроль нормы, 2 группа - крысы, которым 1 раз в неделю, всего 6 раз проводили внутримышечные инъекции 0,5 мл 2,5% масляного раствора прогестерона и 0,5 мл 2% масляного раствора синэст-

рола. Прогестерон - это гормон жёлтого тела яичников. Синэстрол (Гексэстрол) - это гормональный препарат, аналог стероидных эстрогенов, который близок к ним по биологическим свойствам. По эстрогенной активности равноценен эстрогену. На 45 день опыта всех крыс усыпляли. Для исследования извлекали паховые молочные железы. Органы фиксировали в 10% нейтральном формалине, подвергали стандартной гистологической обработке, а срезы окрашивали гематоксилином и эозином. Гистологические препараты изучали с помощью описательной морфологии и морфометрического анализа.

Результаты и их обсуждение. Молочные железы в контрольной группе микроскопически выглядят идентично: 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 маленькими прослойками фиброзной ткани, в клеточном составе которой в основном обнаружены фибробласты.

Микроскопически в опытной группе молочные железы отличаются некоторым разнообразием. Протоки преимущественно лежат большими группами от 40 до 70 протоков в одной группе. Просвет железистых структур от умеренно до значительно расширенного, как правило, с жиробелковым или белковым содержимым. Кроме того, встречаются единичные клетки слущенного эпителия. Изредка наблюдаются умеренно расширенные одиночные протоки. В просвете некоторых протоков имеются полиповидные выросты эпителия. Высота эпителия от уплощенного кубического до высокого кубического. Ядра овальной или круглой формы, расположены в центре клеток. Цитоплазма клеток зернистая или ячеистая. В строме жировая ткань преобладает над соединительной. В основном около крупных одиночных протоков имеются небольшие прослойки фиброзной ткани. В клеточном составе её более всего фибробластов, встречаются тучные клетки, единичные лимфоциты. В некоторых участках фиброзная ткань характеризуется диффузным ростом, что напоминает картину фиброаденоматоза. Сосуды полнокровны.

Морфометрический анализ состояния паренхимы молочной железы крыс производили по 10 показателям. После статистической обработки по Стьюденту 7 показателей из 10 претерпели статистически достоверные изменения. То есть, морфометрический анализ также подтвердил данные описательной морфологии о развитии фиброзно-кистозной болезни молочной железы в эксперименте.

Вывод. Таким образом, нами получена экспериментальная модель фиброзно-кистозной болезни молочной железы, которую впоследствии можно использовать для изучения морфогенеза и методов коррекции данной патологии в соответствии с основным научным направлением работы кафед-

ры патологической анатомии с курсом судебной медицины.

**ИЗУЧЕНИЕ ГЕПАТОПРОТЕКТОРНОЙ АКТИВНОСТИ
НОВОГО СОЕДИНЕНИЯ МАГНИЯ ПРИ ТОКСИЧЕСКИХ ГЕПАТИТАХ**
Ракишева О.В., Уткина А.В., Блинова Е.В., Танышева Т.А., Гулиев А.
Медицинский институт Мордовского государственного университета, г. Саранск
Научный руководитель: проф. Блинова Е.В.

Цель исследования. Изучить влияние 2-аминоэтансульфоната магния на морфофункциональное состояние печени при токсическом гепатите.

Материалы и методы. Эксперименты проводились на белых беспородных крысах обоего пола (n=40). Предметом исследования явился 2-аминоэтансульфоната магния (ЛБК - 527), синтезированный во Всероссийском научном центре по безопасности биологически активных веществ (ВНЦ БАВ, Старая Купавна, Московская область). В качестве препарата сравнения использовали адеметионин - 20-25 мг/кг. Токсический гепатит моделировали путем внутрижелудочного введения через зонд 50% раствора тетрахлорметана на оливковом масле в дозе 0,8 мл на 100г массы. ЛБК-527 и препарат сравнения вводили за 1 час до моделирования гепатита. О формирование гепатита судили по изменению биохимических показателей крови, забранной у животных из хвостовой вены к концу 7 суток. Затем проводили декапитацию животных под эфирным наркозом, извлекали печень, измеряли ее массу и изучали морфологическую картину на гистологических препаратах, окрашенных гематоксилином, эозином.

Результаты и их обсуждение. Введение тетрахлорметана приводило к гибели крыс в 30% случаев к концу эксперимента. У выживших животных наблюдалось значительное повышение активности аминотрансфераз по сравнению с контролем, что свидетельствует о выраженности цитолического синдрома. Кроме того наблюдалось увеличение общего билирубина, преимущественно за счет непрямого - являющегося маркером холестатического синдрома. Морфологические изменения печени полностью соответствовали острому токсическому гепатиту, характеризующиеся колликативным некрозом, белковой и жировой дистрофией гепатоцитов, локализованных преимущественно в центральной зоне почечной дольки.

Введение адеметионина и ЛБК-527 приводило к увеличению продолжительности жизни животных, показатель смертности составил 10%. Активность аминотрансфераз повышалась незначительно, что может свидетельствовать о стабилизации мембран гепатоцитов и нивелированию цитолиза. Гистологическая картина печени в основном соответствовала норме, однако наблюдался незначительный внутрисосудистый гемолиз.

Выводы. Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что ЛБК-527 обладает гепатопротекторной активностью.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ НА ФОНЕ ВВЕДЕНИЯ НЕКОТОРЫХ ЦИТОПРОТЕКТОРОВ

Салямова Э.И., Горшков В.А., Тымчук Ю.П., Блинова Е.В.,
Курганов Н.А., Шматок Д.О.

Медицинский институт Мордовского государственного университета, г. Саранск
Научный руководитель: проф. Блинова Е.В.

Цель исследования: изучить влияние 2-аминоэтансульфонат магния на морфологическую картину головного мозга крыс в условиях односторонней перевязки внутренней сонной артерии.

Материалы и методы. Экспериментальные исследования проводились на белых нелинейных крысах обоего пола весом 200-250 г (n=21). Все манипуляции, причиняющие животным боль, выполнялись под общим обезболиванием (тиопентал натрия 100 мг/кг). Предметом исследования явилось новое органическое соединение 2-аминоэтансульфонат магния - ЛБК-527. В качестве препарата сравнения использовали этилметилгидроксипиридина сукцинат (мексидол).

Локальную ишемию головного мозга воспроизводили путем односторонней перевязки внутренней сонной артерии. Исследуемые вещества вводили внутривенно в хвостовую вену в течение 7 суток после проведения операции в дозах, составляющих 5% от LD50, определенную для мышей при внутрибрюшинном введении. На 7-е сутки производили декапитацию крыс и извлекали головной мозг. Полученные препараты окрашивали гематоксиллин-эозином и изучали гистологическую картину.

Результаты и их обсуждение. Односторонняя перевязка внутренней сонной артерии приводила к гипоксии головного мозга, которая проявлялась выраженным перипеллюлярным и перенуклеарным отеком, четко выраженной зоной ядерной ишемии с разрушенными цитоплазматическими и ядерными мембранами и наличием клеток -«полутеней»; на периферии лейкоцитарной инфильтрацией и явлениями стаза крови в капиллярах. В препаратах головного мозга, извлеченного у групп крыс, получавших ЛБК-527 и мексидол в течение 7-ми суток, отмечалось уменьшение кариолизиса и цитолизиса, отсутствие лейкоцитарной инфильтрации и снижение выраженности перипеллюлярного отека в сравнении с контрольной группой.

Выводы. Учитывая снижение выраженности гистологических признаков церебральной ишемии на фоне введения ЛБК-527 по сравнению с группой контроля, можно сделать вывод о том, что 2-аминоэтансульфонат магния обладает выраженной нейропротекторной активностью.

ВЛИЯНИЕ ИЗОЛИРОВАННОГО И СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ МЕЛАТОНИНА И ФЕНАЗЕПАМА НА ПОВЕДЕНИЕ КРЫС

Сотникова Л.К.

Кафедра фармакологии

Ставропольский государственный медицинский университет, г. Старополь
Научный руководитель: проф. Арушанян Э.Б.

Борьба с тревожными расстройствами остается актуальной в медицине. Для лечения используются анксиолитики, однако наличие побочных эффектов объясняет необходимость поиска веществ, способных их ограничивать. Поскольку мелатонин обладает адаптогенными свойствами, представлялось интересным изучить возможность с его помощью модулировать активность феназепама.

Цель исследования. Изучение способности мелатонина обеспечивать коррекцию фармакологической активности феназепама.

Материалы и методы. Опыты были выполнены на 25 белых крысах-самцах. Исходные показатели определяли в тестах: «Открытое поле» (ОП), «Приподнятый крестообразный лабиринт» (ПКЛ) и «Экстраполяционное избавление». Затем крыс делили на группы: первая - интактные животные, вторая - крысы, которым хронически (внутрибрюшинно) вводили физ. раствор, третья - феназепам (2 мг/кг), четвертая - мелатонин (5 мг/кг), пятая - сочетание в тех же дозах. Статистическая обработка производилась с помощью парного критерия Стьюдента и однофакторного дисперсионного анализа.

Результаты и их обсуждение. Феназепам достоверно увеличивает время, пребывания в открытых рукавах ПКЛ (с $14,4 \pm 6,04$ до $22,4 \pm 7,3$, $p < 0,05$), латентный период подныривания в тесте «Экстраполяционное избавление» уменьшается. Мелатонин увеличивает время, проведенное в открытых рукавах ПКЛ, латентный период в тесте «Экстраполяционное избавление» под действием препарата значительно снижается. Комбинация веществ достоверно увеличивает время пребывания в открытых рукавах ПКЛ (повышается стрессоустойчивость), что указывает на явный синергизм веществ. Также мелатонин в комплексе с феназепамом обеспечивает коррекцию фармакологической активности анксиолитика: уменьшает время замираний в ОП и латентный период в тесте «Экстраполяционное избавление» (с $19,6 \pm 10$ до $12,0 \pm 6,6$, $P < 0,05$).

Выводы. Сочетанное введение мелатонина и феназепама ограничивает угнетающее влияние анксиолитика на подвижность в ОП, улучшается память в «Экстраполяционном избавлении» и понижается тревожность в ПКЛ. Полученные данные позволяют рекомендовать мелатонин для применения в комбинации с феназепамом в клинической практике.

МОРФОЛОГИЯ СЕЛЕЗЕНКИ ПОТОМСТВА КРЫС-САМОК,
ПОДВЕРГШИХСЯ ВОЗДЕЙСТВИЮ КАНЦЕРОГЕНА

Лукиянов М.В., Андреева Е.С., Толстова Д.В.,

Арлашкина О.М., Филиппов Ф.Н.

Кафедра нормальной и топографической анатомии,

Чувашский государственный университет, г. Чебоксары

Научные руководители: проф. Меркулова Л.М., проф. Стручко Г.Ю.,

доц. Михайлова М.Н.

Генетические сбои в клетках иммунной системы матери вследствие воздействия канцерогенных факторов могут отрицательно сказаться на иммунитете будущего потомства.

Цель исследования. Оценка изменений морфологических и иммуногистохимических параметров селезенки крысят, родившихся от крыс-самок, ранее подвергавшихся воздействию канцерогена (1,2-диметилгидразина).

Материалы и методы. С помощью окраски гематоксилином и эозином, морфометрических и иммуногистохимических методов изучены структура и клеточный состав селезенки потомства половозрелых крыс-самок, которым вводили 1,2-диметилгидразин 1 раз в неделю в течение 4 недель.

Результаты и их обсуждение. Введение канцерогена самкам приводит к изменению количества и размеров фолликулов селезенки их потомства. Площадь герминативных центров фолликулов у крыс 6- и 12-месячного возраста сократилась в 1,6 раза.

Ширина маргинальной зоны, где происходит взаимодействие В- и Т-лимфоцитов, у потомства крыс 6- и 12-месячного возраста увеличилась в 1,5 раза.

При иммуногистохимическом исследовании выявлено, что доля NSE+(нейроэндокринных) клеток у 3-месячных крыс уменьшилась на 40%. Число клеток, экспрессирующих антиген S100 (дендритные клетки), у 3-месячных крыс увеличилось, а у 12-месячных крыс сократилось в 1,2 раза. Доля CD79 α + клеток (В-лимфоцитов) у 3-месячных крыс, родившихся от самок с введением канцерогена, снизилось на 27%, у 12-месячных - на 35%, что может привести к уменьшению антителообразования и снижению интенсивности иммунного ответа.

Выводы. Воздействие канцерогена на организм крыс-самок приводит к значительным изменениям морфологии и клеточного состава селезенки их потомства, которые свидетельствуют о развитии у потомства иммунодефицитного состояния, степень выраженности которого нарастает с увеличением возраста крысят.

АНАЛИЗ КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ЛЕГКОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ

Баяндина С.М.

Кафедра судебной медицины

Пермский государственный медицинский университет, г. Пермь

Научный руководитель: д.м.н. Шевченко К.В.

Цель исследования. Выявление дополнительных критериев диагностики легкой ЧМТ, установить и сопоставить параметры боковых желудочков головного мозга у мужчин с СГМ и УГМ лёгкой степени, имеющих мезоцефалическую форму черепа.

Материалы и методы. В группы сравнения вошли 20 мужчин. КТ выполнялась в первые часы поступления в стационар на аппарате «Somatom-ARC», Siemens с матрицей 256×256, а для уточнённой нейровизуализации - 512×512. Сканирование осуществлялось со стандартной толщиной срезов - 5 мм и тоньше. Определялись средние показатели размеров передних, нижних и задних рогов, а также центральной части правого и левого боковых желудочков. Для статистической обработки данных использовался программный пакет SPSS 19.0 (SPSS Inc., США). Значимость различий в группах сравнения оценивалась по критерию Стьюдента при постоянно выбранном уровне значимости $P < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. У пострадавших определялось уменьшение размеров центральной части, а также задних и нижних рогов боковых желудочков, при этом средние показатели длины нижних рогов при СГМ и УГМ легкой степени, достоверно различались и между собой. У 3 пациентов с УГМ легкой степени задние рога практически не визуализировались. Что касается переднего рога, то возможно имел место затруднение оттока ликвора через Монроевы отверстия и обусловленное этим значительное повышение в них внутрижелудочкового давления, препятствующего изменению размеров.

Выводы. Выявлено уменьшение размеров центральной части, а также задних и нижних рогов боковых желудочков у пациентов с легкой черепно-мозговой травмой, а также статистически значимое различие длины нижних рогов при сотрясении и ушибе головного мозга легкой степени. Эти изменения возможно использовать как дополнительный критерий диагностики легкой черепно-мозговой травмы. Отсутствие изменений размеров переднего рога у больных, вероятно связано с затруднением оттока ликвора через Монроевы отверстия и обусловленное этим значительное повышение в них внутрижелудочкового давления.

ГИСТОХИМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТРУКТУР СЕЛЕЗЕНКИ И НАДПОЧЕЧНИКОВ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ КАНЦЕРОГЕНА ПОТОМСТВУ КРЫС С ВРОЖДЕННЫМ ИММУНОДЕФИЦИТОМ

Арлашкина О.М., Филиппов Ф.Н.

Кафедра нормальной и топографической анатомии

Чувашский государственный университет, г. Чебоксары

Научные руководители: проф. Меркулова Л.М., доц. Михайлова М.Н.,
доц. Кострова О.Ю.

Одной из основных причин развития злокачественных опухолей считается воздействие на организм различных канцерогенов. При этом риск развития неопластических процессов существенно возрастает на фоне иммунодефицитных состояний.

Цель исследования. Изучение морфофункциональных изменений в селезенке и надпочечниках у потомства крыс с иммунодефицитной беременностью после введения канцерогена (1,2-диметилгидразина).

Материалы и методы. С помощью люминесцентно-гистохимических и иммуногистохимических методов изучены биоаминсодержащие структуры надпочечников и клеточный состав селезенки (CD68⁺-клетки - макрофаги, S100⁺ - дендритные клетки, PCNA⁺- пролиферирующие клетки, CD79 α ⁺ - В-лимфоциты, CD45RO⁺ - активированные Т-лимфоциты) через 1 и 4 месяца после введения 1,2-диметилгидразина потомству интактных и спленэктомированных (иммунодефицитных) крыс.

Результаты и их обсуждение. Выявлен рост уровня гистамина в надпочечниках на фоне значительного падения уровней серотонина и катехоламинов, при этом у потомства крыс с иммунодефицитной беременностью эти изменения происходят уже через месяц после введения канцерогена. В обеих группах опытных крыс на этом сроке отмечается 2-кратный рост числа S100⁺ клеток. У потомства спленэктомированных крыс выявлено более значительное увеличение количества CD68⁺-клеток, особенно через 4 месяца. Доля пролиферирующих PCNA⁺-клеток в обеих группах через 1 месяц возрастает в 2 раза и остается высоким через 4 месяца, однако у иммунодефицитного потомства на этом сроке снижается до контроля. Изменения числа CD79 α ⁺ В-лимфоцитов отмечаются только у потомства спленэктомированных крыс: уменьшение - через 1 месяц, рост - через 4 месяца. Введение канцерогена также приводит к падению количества CD45RO⁺ Т-лимфоцитов, больше у потомства интактных крыс.

Выводы. Действие канцерогена на фоне иммунодефицитного состояния приводит к дезорганизации секреции биоаминов в надпочечниках, а также к более значительным изменениям клеточного состава и пролиферативной активности клеток селезенки.

ТРАВМЫ СВЯЗОЧНОГО АППАРАТА ПОЗВОНОЧНИКА В ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ

Сабалевская Ю.И., Кривошеев Д.Я., Никонюк М.С.

Кафедра патологической анатомии

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно.

Научный руководитель: асс. Кривошеев Д.Я.

Механические повреждения фиксационных структур отделов позвоночника характеризуются разнообразным характером их возникновения, обусловленного особенностью анатомии. В связи с чем возникают определенные сложности экспертной оценки этих травм.

Цель исследования. Оценка степени подтверждения клинического диагноза судебно-медицинскими экспертами.

Материалы и методы. В течение 2014 г. проведено ретроспективное исследование более 150 заключений судебно-медицинских экспертиз живых лиц. При этом около 49% изученных экспертиз проведены на основании постановлений сотрудников ГАИ.

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования установлено, что лишь в 41% случаев постановки диагнозов «Растяжение связочного аппарата позвоночника», диагнозы подтверждены судебно-медицинскими экспертами. Среди случаев, не подтвержденных диагнозов, более 1/2 части (54,84%) составили повреждения шейного отдела позвоночника. В качестве диагностических признаков при подтвержденных диагнозах в абсолютном большинстве случаев отмечено наличие травмы и болевого синдрома в анамнезе. В 18,18% случаев сопровождались клиникой вынужденного положения головы, 31,28% неустойчивостью головы, 59,09% нарушением двигательной функции, 36,36% онемением пояса верхних конечностей, 31,82% напряжением мышц шеи, 27,73% асимметрией мышц при пальпации, 40,91% болезненностью осевой нагрузки. Вытяжение с применением петли Глиссона имело место в 9,09% случаев, фиксация воротником Шанца 77,23%, анестезия применена в 22,73% случаев. В 64,71% рентгенологических, 8,82% УЗИ-диагностических, 17,65% КТ, заключений, а также в 8,82% МСКТ имелись достоверные признаки повреждений связочного аппарата позвоночника. Среди 150 рассмотренных заключений судебно-медицинских экспертиз живых лиц выявлено 59% случаев постановки диагнозов «Растяжения связочного аппарата позвоночника», впоследствии не подтвержденных судебно-медицинскими экспертами.

Выводы. Уровень подтвержденных клинических диагнозов «Растяжения связочного аппарата позвоночника» является достаточно низким, что связано с гипердиагностикой на этапе оказания первой медицинской помощи, а так же отсутствием инструментальных исследований в некоторых случаях.

СОСТОЯНИЕ ЖЕЛЕЗИСТОГО АППАРАТА СЛЕПОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ КСЕНОГЕННОЙ ЦЕРЕБРОСПИНАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ

Куница В.В., Девятова Н.В., Куница В.Н., Ганиева А.Б.

Кафедра нормальной анатомии человека

Медицинская академия Крымского федерального университета, г. Симферополь

Научный руководитель: доц. Кривенцов М.А.

Цель исследования. Работами сотрудников нашей кафедры изучено влияние ксеногенной цереброспинальной жидкости (КЦСЖ) на систему крови, лимфатические узлы, тимус, эндокринные органы. Мы поставили цель изучить влияние КЦСЖ на железистый аппарат слепой кишки крыс, учитывая, что последняя выполняет роль аппендикса.

Материалы и методы. 21 самец белых крыс линии Вистар, возраста 3,5 - 5 месяцев, массой тела на момент эксперимента 150 - 170 г. вводили КЦСЖ многократно один раз в три дня из расчета 2 мл на 1 кг массы животного.

Прижизненное взятие КЦСЖ осуществляли от здоровых коров. Крыс выводили из эксперимента на 7, 14, 30 сутки с полным соблюдением правил биоэтики.

Выделялись участки слепой кишки. После проведения в спиртах и заливки в парафин полученные кусочки резали на микротоме толщиной 4-5 мкм, окрашивали общепринятыми гистологическими методами. Подсчитывали число желез на 1 мм^2 , измерялась длина и ширина желез. Контролем служили 10 интактных животных.

Результаты и их обсуждение. У интактных крыс число желез составляет $86,97 \pm 8,62$ на 1 мм^2 . Длина желез составляет $405,73 \pm 28,52$ мкм, ширина $83,26 \pm 7,24$ мкм.

После введения КЦСЖ на 7-е сутки число желез увеличивается до $91,33 \pm 8,62$ на 1 мм^2 , расстояние между ними уменьшается. Длина желез составляет $416,73 \pm 36,22$ мкм, ширина $89,46 \pm 9,78$ мкм.

На 14-е сутки плотность расположения желез еще более увеличивается. Число желез на 1 мм^2 составляет $96,25 \pm 11,26$, длина составляет $430,42 \pm 37,89$ мкм, ширина $90,56 \pm 8,27$ мкм.

На 30-е сутки наблюдения количество желез составляет $95,63 \pm 10,28$ на 1 мм^2 , длина желез достигает $432,68 \pm 32,97$ мкм, ширина $90,88 \pm 9,24$ мкм.

Выводы. Таким образом, введение КЦСЖ по описанной методике способствует увеличению плотности железистой ткани, количества желез на единицу площади. Происходит незначительное удлинение и расширение желез. Вышеописанные изменения достигают пика к 14-м суткам наблюдения и сохраняются к максимальному сроку эксперимента. КЦСЖ можно использовать при атрофических процессах слизистой оболочки.

ВЛИЯНИЕ БИОРЕЗОНАНСНОГО ЭСТРАДИОЛА НА ИНТАКТНЫЕ МОЛОЧНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Максаев Д.А.

Кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины
Кафедра патофизиологии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научные руководители: асс. Анисимова С.А., асс. Свирина Ж.А.

В настоящее время сведения о влиянии половых гормонов на рост и пролиферацию тканей молочной железы несколько противоречивы.

Цель исследования. Изучить влияние биорезонансного эстрадиола на интактные молочные железы.

Материалы и методы. Исследование проводили на 10 белых беспородных девственных самках крыс препубертатного возраста. Животных разделили на 2 группы опыта по 5 крыс в каждой. 1 группа - интактные животные, контроль нормы (КН). 2 группа - крысы, которым в течение 30 дней ежедневно давали *per os*, растворенный в воде электронный аналог гормона эстрадиола - биорезонансный эстрадиол. После чего всех крыс усыпляли в соответствии с Правилами проведения работ с использованием экспериментальных животных. Для исследования извлекали паховые молочные железы. Органы фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина, подвергали стандартной гистологической обработке, а срезы окрашивали гематоксилином и эозином. Гистологические препараты изучали с помощью описательной морфологии и морфометрического анализа.

Результаты и их обсуждение. Морфометрический анализ состояния паренхимы молочной железы крыс производили по 10 количественным показателям. После статистической обработки по Стьюденту разница между соответствующими показателями оказалась недостоверной. Однако в опыте общее количество протоков и среднее количество протоков в группах практически в 2 раза превышает эти показатели у интактных животных. Процент одиночных протоков в контроле почти в 3 раза больше, чем в опыте. Площадь гистотопографического среза и количество групп протоков практически в 2 раза больше в опытной группе.

Микроскопически молочные железы в контрольной группе выглядят идентично: 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 маленькими прослойками фиброзной ткани, в клеточном составе которой преобладают фибробласты.

В опытной группе молочные железы отличаются некоторым разнообразием. Железистые элементы располагаются по одному, маленькими или большими группами до 25 протоков в одной группе. Просвет протоков от

маленького до значительно расширенного, как правило, отмечается наличие белковых капель или жиро-белковых масс. Эпителий кубический, иногда высокий. Апикальные отделы эпителиоцитов разрушены, что также свидетельствует о секреторном процессе. Перигландулярная строма развивается неравномерно, она или практически отсутствует, или достаточно хорошо выражена как вокруг мелких протоков, лежащих по одному или группами, так и вокруг крупных протоков.

Выводы. Таким образом, биорезонансный эстрадиол стимулирует развитие молочных желез, что проявляется в увеличении количества железистых элементов, активном формировании групп протоков и инициации секреторного процесса; также отмечено небольшое разрастание перигландулярной фиброзной ткани.

ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА И САРКОИДОЗА ЛЕГКИХ

Киселева М.В., Каращук Н.П.

Кафедра патологической анатомии

Северо-Западный государственный медицинский университет, г. Санкт-Петербург

Научный руководитель: доц. Новицкая Т.А.

Цель исследования. Изучить дифференциально-диагностические морфологические критерии туберкулеза и саркоидоза.

Материалы и методы. Изучено 163 биопсийных наблюдения диссеминированных процессов легких у больных 16-79 лет (средний возраст 39 лет) с применением окрасок гематоксилином и эозином, пикрофуксином по методу Ван Гизон, карболовым фуксином по методу Циля-Нильсена.

Результаты и их обсуждение. Большинство пациентов обследовалось со следующими клиническими диагнозами: диссеминированный процесс легких (41,7%), диссеминированный процесс легких и лимфаденопатия средостения (31,3%). Кроме того, встречались такие клинические диагнозы, как лимфаденопатия средостения (9,8%), туберкулез или саркоидоз под вопросом (7,4%), саркоидоз (4,3%), образование средостения (1,2%) и др.

При гистологическом исследовании у всех пациентов выявлено гранулематозное поражение легких и лимфатических узлов средостения: больше данных за саркоидоз - 92 наблюдения (57%), туберкулез - 8 (5%), туберкулез - 12 (7%), необходимо дифференцировать туберкулез и саркоидоз - 51 (31%). Эпителиоидно-клеточные гранулемы саркоидного типа характеризуются отсутствием казеозного некроза, преобладанием гигантских многоядерных клеток инородных тел, тенденцией к фиброзированию и обособлению в конгломератах. Гранулемы туберкулоидного типа имеют тенденцию к некрозу и фиброзированию, содержат преимущественно гигантские многоядерные клетки Лангханса, часто сливаются, образуя крупные поля. При невозможности дифференцировать туберкулез и саркоидоз было вы-

полнено иммуногистохимическое исследование с антителами к *M.tuberculosis complex*. Положительная реакция была получена в 13 наблюдениях.

Выводы. Дифференциальная диагностика гранулем при диссеминированных процессах легких, таких как туберкулез и саркоидоз, сложна и требует комплексного клиничко-морфологического подхода с учетом анамнестических, клинических данных и результатов лабораторных исследований.

ВАРИАНТЫ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ СЕРДЦА

Упоров М.М.

Кафедра анатомии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: доц. Лазутина Г.С.

В мире ежегодно выполняется более 2 миллионов эндоваскулярных вмешательств у больных с коронарной патологией. Причина многих заболеваний - частичное (стеноз) или полное (окклюзия) закрытие просвета сосудов. В результате этого уменьшается приток крови и пораженный орган ощущает недостаток кислорода и питательных веществ - ишемию.

Цель исследования. Изучить формы кровоснабжения сердца.

Материалы и методы. Снимки коронарографии, предоставленные сосудистым отделением областного кардиодиспансера.

Результаты и обсуждения. Различают три формы кровоснабжения сердца: равномерную с одинаковым развитием обеих венечных артерий, левовенечную и правовенечную. Под типом кровоснабжения сердца понимают преобладающее распространение правой и левой коронарных артерий на задней поверхности сердца.

Анатомическим критерием оценки преимущественного типа распространения коронарных артерий служит бессосудистая зона на задней поверхности сердца, образованная пересечением венечной и межжелудочковой борозд, - сгнх. В зависимости от того, какая из артерий - правая или левая - достигает этой зоны, выделяют преимущественный правый или левый тип кровоснабжения сердца. Артерия, достигающая этой зоны, всегда отдает заднюю межжелудочковую ветвь, которая проходит по задней межжелудочковой борозде по направлению к верхушке сердца и снабжает кровью заднюю часть межжелудочковой перегородки

При преимущественно правом типе кровоснабжения сердца правая коронарная артерия обеспечивает питание правого предсердия, правого желудочка, задней части межжелудочковой перегородки и задней поверхности левого желудочка. Правая коронарная артерия при этом представлена крупным стволом, а левая огибающая артерия выражена слабо.

При преимущественном левом типе кровоснабжения сердца правая коронарная артерия бывает узкой и оканчивается короткими ветвями на диа-

фрагментальной поверхности правого желудочка, а задняя поверхность левого желудочка, задняя часть межжелудочковой перегородки, атриовентрикулярный узел и большая часть задней поверхности желудочка получают кровь из хорошо выраженной крупной левой огибающей артерии.

Кроме того выделяют также сбалансированный тип кровоснабжения, при котором правая и левая коронарные артерии вносят примерно равный вклад в кровоснабжение задней поверхности сердца.

Понятие «преимущественный тип кровоснабжения сердца» хотя и условно, однако основано на анатомическом строении и распределении коронарных артерий в сердце. Поскольку масса левого желудочка значительно больше правого, а левая коронарная артерия всегда снабжает кровью большую часть левого желудочка, 2/3 межжелудочковой перегородки и стенку правого желудочка, ясно, что левая коронарная артерия является преобладающей во всех нормальных сердцах. Таким образом, при любом из типов коронарного кровоснабжения преобладающей в физиологическом смысле является левая коронарная артерия.

Развитие острой коронарной недостаточности связано с внезапным нарушением проходимости венечных артерий вследствие их спазма, тромбоза или эмболии. При критическом стенозе ствола левой коронарной артерии смертность составляет 15% в год.

ГИПОЛАКТАЗИЯ

Калидинова Айгерим, Хон Анжелика

Кафедра молекулярной биологии и генетики

Казахский национальный медицинский университет, г. Алматы, Казахстан

Научный руководитель: доц. Альмухамбетова С.К.

Цель исследования. Изучение частоты встречаемости лактазной недостаточности (ЛН) у студентов КазНМУ.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужили данные опроса студентов КазНМУ разных курсов, национальностей и регионов, которые были получены путем анкетирования.

Результаты и их обсуждение. Всего было опрошено 100 студентов, из них 40 человек - казахи, 30 - русские, 30 - индусы. Результаты исследования приведены ниже в таблице 1.

Таблица 1

Распространенность лактазной недостаточности

	Казахи	Русские	Индусы
Всего опрошено	40	30	30
Кол-во чел., имеющих симптомы ЛН	29	8	13
Кол-во чел., имеющих симптомы ЛН %	72,5%	26,7%	60%

В результате опроса было выявлено, что из 50 человек, имеющих симптомы ЛН 39 человек плохо переносят молоко, но нормально употребляют кисломолочные продукты, остальные 11 не могут употреблять ни то, ни другое. Это означает, что 78% являются гетерозиготами (ТС) и имеют варибельную активность лактазы, 22% - гомозиготы (СС), не способные к усвоению лактозы. Возникновение первичной врожденной ЛН и первичной врожденной ЛН с поздним началом (у взрослых) связано с генетически детерминированным нарушением синтеза лактазы, что объясняет большую встречаемость непереносимости лактозы среди студентов старших курсов, нежели первых. Из опрошенных чаще всего ЛН встречается у студентов приехавших с южных и восточных регионов. Процесс утилизации лактозы зависит от активности фермента лактазы, или β -D-галактозидгидролазы, синтез которой кодируется геном, локализованным на 2-й хромосоме.

Выводы. Лактазная непереносимость связана с генетически обусловленным снижением активности лактазы. Факторы, повышающие риск лактазной недостаточности: возраст, национальность и этническая принадлежность (гиполактазия встречается чаще в южных и восточных регионах).

ГОМУНКУЛУС ПЕНФИЛДА

Хребтова Т.М.

Кафедра анатомии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: доц. Овчинникова Н.В.

Гомункулус Пенфилда - символическое отображение представительства моторных и сенсорных зон в коре головного мозга. Был нарисован выдающимся канадским нейрофизиологом Уайлдером Грейвсом Пенфилдом.

Во время исследований Пенфилд заметил, что одни и те же отделы коры у разных пациентов отвечают за одинаковые ощущения и действия. Электрический сигнал в схожих участках прецентральной извилины лобной доли вызывал у людей сокращение одной и той же группы мышц. Если стимулировать током постцентральную извилину, то пациент будет сообщать об ощущениях в конкретных частях своего тела.

Наше тело неравномерно «представлено» в этих извилинах. Очень много «двигательной» площади занимают руки, губы и язык. Это соответствует нашей развитой мелкой моторике пальцев, а также отражает нашу способность к речи. Человечек, отражающий наши чувствительные способности, тоже не пропорционален. У него также гипертрофированы губы и руки, что зависит от количества рецепторов в коже этих частей тела. Чем больше рецепторов на коже, тем больший объем информации поступает в мозг и тем больше требуется места, чтобы обработать эту информацию.

Особенностью строения прецентральной извилины является в первую очередь толщина коры. Она достигает 4,5 мм и является наибольшей в сравнении с другими участками коры. V слой коры прецентральной извилины представлен гигантскими клетками Беца, аксоны которых формируют двигательный или пирамидный путь. При этом IV слой практически не развит. В постцентральной извилине хорошо развиты наружный и внутренний зернистые слои (II и IV) в клетки которых поступает афферентная информация из таламуса по афферентным путям поверхностной и глубокой чувствительности, хорошо развиты и делятся на подслои.

Все участки тела человека спроецированы в рассматриваемых извилинах как бы вверх ногами. Нейроны, иннервирующие глотку и гортань, расположены в нижней части извилин. Далее в восходящем порядке идут нейроны, иннервирующие лицо, руку, туловище, ногу.

При повреждении прецентральной извилины возникают центральные парезы или параличи на противоположной стороне тела по монотипу; постцентральной извилины - наступает анестезия или гипестезия всех видов чувствительности в соответствующих частях тела с противоположной стороны. Реакция с противоположной стороны тела обусловлена перекрестом афферентных и эфферентных путей, связанных с этими извилинами.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПЕЧЕНИ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ГЕПАТОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ НА ПРИМЕРЕ ПЕРОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ

Петросянц С.В.

Кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины
Ставропольский государственный медицинский университет, г.Ставрополь
Научный руководитель: асс. Стадник Н.А.

Цель исследования. Выявить морфологические изменения в печени при приеме пероральных контрацептивов.

Материалы и методы. Работа проведена на экспериментальном материале. Белым крысам перорально вводили препарат «Трирегол» в течение 70 дней. Лабораторных животных выводили из эксперимента через 20, 30, 40, 50 и 70 дней. Для гистологического исследования брали кусочки печени, фиксировали в 10% растворе формалина, готовили гистопрепараты по стандартной методике.

Результаты и их обсуждение. В начале эксперимента (20-е сутки) в печени лабораторных животных обнаружены очаги неравномерного полнокровия синусоидальных капилляров, участки умеренно выраженного перисинусоидального отека, начальные признаки гидрорической дистрофии. Через 30 дней описанные выше изменения приобретают диффузный характер. Нарастает интенсивность отека а так же полнокровия синусоидов, определяются стазы, кровоизлияния. На 40-50 сутки в цитоплазме гепато-

цитов увеличивается число вакуолей, они становятся крупными и заполняют всю цитоплазму. Ядро плавает в этой жидкости а затем погибает, развивается балонная дистрофия гепатоцитов. В эти сроки, впервые выявлены очаговые лимфоцитарные инфильтраты в строме печени, в основном в области триад. К концу эксперимента (70 дней) в печени развиваются тяжелые деструктивные изменения: резко выраженный диффузный отек с расширением перисинусоидальных пространств. В гепатоцитах наблюдается плазмолиз, т.е. растворение цитоплазмы гепатоцитов с образованием пустых пространств. Описанные полости встречаются по всему срезу печени и представляют собой очаги колликвационного некроза, что свидетельствует о тяжелых деструктивных изменениях паренхимы печени. В некоторых гепатоцитах обнаружены поля светлых клеток, цитоплазма гепатоцитов окрашена в бледно-розовый цвет или пустые. Феномен «светлых» клеток, по-видимому представляет собой начальную фазу плазмолиза.

Выводы. При длительном воздействии пероральных контрацептивных препаратов, в печени развиваются дистрофические и деструктивные изменения, сосудистые нарушения, отек и лимфоцитарная инфильтрация.

СИНДРОМ ШЕЙЕРМАНА - МАУ

Куревлев В.И.

Кафедра анатомии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: ст. преп. Плаксина Л.Н

Синдром Шейермана-Мау (дорзальный юношеский кифоз) - это прогрессирующая деформирующая дорсопатия, возникающая в период роста организма. При этом заболевании патологический кифотический изгиб в грудном отделе позвоночника составляет 45-75 градусов. Деформация позвоночника обусловлена формированием клиновидной формы у 3 или более грудных позвонков. Тела измененных позвонков на боковых снимках имеют треугольную форму. В настоящее время данную патологию относят к эпифизарным дисплазиям с преимущественным поражением позвоночника.

Возникает в подростковом возрасте в 10-16 лет на фоне врожденной неполноценности хондрогенеза, эндокринно-обменной перестройки организма под воздействием микротравматизации, когда происходит рост костей и тканей. Заболевание широко распространено в популяции. Возникает в 1% (по некоторым источникам 5-7%) случаев в одинаковой степени, как у мальчиков, так и у девочек. Местом первичного поражения являются зоны роста хряща в замыкательных пластинках тел позвонков.

ИЗМЕНЕНИЕ МИКРОМОРФОЛОГИИ СЕЛЕЗЕНКИ КРЫС ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ВОЗДЕЙСТВИИ ВОДОРАСТВОРИМОГО СОЕДИНЕНИЯ КРЕМНИЯ

Голенкова В.А., Смирнова С.С.

Кафедра медицинской биологии с курсом микробиологии и вирусологии
Чувашский государственный университет, г. Чебоксары
Научные руководители: асс. Гордова В.С., проф. Сергеева В.Е.

Водорастворимые соединения кремния обладают хорошей биодоступностью и не являются биологически и физиологически инертными. Поступление с питьевой водой соединения кремния в течение двух месяцев изменяет и микроморфологию тимуса и селезенки крыс, и содержание в них биогенных аминов. Исследование морфологии тимуса в более длительных экспериментах на грызунах вызывает дискуссии, поскольку с возрастом этот орган подвергается инволюции.

Цель исследования. Изучение селезенки лабораторных крыс после девяти месяцев поступления в организм соли кремния с питьевой водой.

Материалы и методы. Объектом исследования явилась селезенка 10 белых лабораторных крыс-самцов одного возраста, содержащихся в обычных условиях вивария. Контрольная группа - 5 крыс, которые получали *ad libitum* стандартизованную питьевую воду, опытная - 5 крыс, которые получали стандартизованную питьевую воду с добавлением метасиликата натрия девятиводного в концентрации 10 мг/л в пересчете на кремний. Морфометрический анализ включал измерение в лимфоидных узелках селезенки площадей герминативных центров, маргинальной и мантийной зон, толщины периартериолярных муфт. Измерение проводилось после фотографирования препаратов, окрашенных гематоксилином-эозином.

Результат и их обсуждение. Окраска срезов селезенки гематоксилином и эозином выявила у опытных животных изменения, которые заключаются в «размывании границ» между красной и белой пульпой, которая преимущественно состоит из бесструктурных скоплений лимфоидной ткани. Средняя площадь вторичных лимфоидных узелков крыс опытной группы в 1,46 раза меньше таковой у контрольных животных. Относительная площадь для герминативного центра, мантийной и маргинальной зоны во вторичных лимфоидных узелках селезенки крыс, получавших кремний с питьевой водой, составляет в среднем 17%, 41% и 42%, в то время как для крыс контрольной группы эти показатели соответственно равны 15%, 35% и 50%. Ширина периартериолярных лимфоидных муфт и площадь первичных лимфоидных узелков сопоставима для крыс опытной и контрольной групп.

Выводы. Длительное поступление с питьевой водой водорастворимого соединения кремния приводит к уменьшению размеров вторичных лимфоидных узелков и изменению в них относительных площадей морфофункциональных зон.

СПИННОМОЗГОВАЯ ЖИДКОСТЬ И ЕЁ ЦИРКУЛЯЦИЯ В НОРМЕ И ПРИ НЕКОТОРЫХ ВИДАХ ПАТОЛОГИИ

Кпанин О.Л., Жан Дидье

Кафедра анатомии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: ст. преп. Логунова Л.В.

Высокая частота воспалительных, онкологических заболеваний оболочек и желудочков мозга, дизэмбриогенеза, черепно-мозговых травм делают актуальным изучение на различных уровнях структурных элементов системы ликворообращения.

Цель исследования. Показать значение знаний анатомии циркуляции спинномозговой жидкости для практического здравоохранения на основе детального изучения системы ликворообращения по данным отечественной литературы.

Материалы и методы. Проведен литературный обзор более 30 отечественных публикаций, включая монографии и научные статьи.

Результаты и их обсуждение. СМЖ (ликвор) является стерильной биологической средой, постоянно циркулирующей в желудочках головного мозга, ликворпроводящих путях, субарахноидальных пространствах головного и спинного мозга.

Циркуляция СМЖ включает три звена, ответственных за сложные обменные и микроциркуляторные механизмы: продукция, циркуляция и отток ликвора. СМЖ образуется сосудистыми сплетениями мозговых желудочков. Циркуляция происходит в следующем направлении: боковые желудочки, затем через межжелудочковое отверстие - III желудочек - через сильвиев водопровод - IV желудочек, который через срединную апертуру открывается в мозжечково-мозговую цистерну и через боковые апертуры в субарахноидальные пространства головного и спинного мозга. Отток ликвора осуществляется в венозную и лимфатическую системы. Одним из проявлений нарушения ликворообращения может быть гидроцефалия, причиной которой являются: недоразвитие водопровода или срединной апертуры мозга, опухоли IV желудочка, избыток продукции СМЖ или уменьшение ее резорбции, менингит, а в результате внутриутробной инфекции - врожденная гидроцефалия.

В настоящее время имеются новые данные об обнаружении в СМЖ биогенных аминов, простагландинов, рилизинг-факторов. Ликвор является средой, через которую осуществляются гуморальные влияния, способствующие дезинтеграции функций мозга.

Выводы. Знания анатомии СМЖ, ее функций и циркуляции имеют важное значение в клинической практике для диагностики, патогенеза и лечения заболеваний, связанных с нарушениями ликворообращения.

ЭЛЕКТРОМАГНИТНОЕ ПОЛЕ ОТ ПЕРСОНАЛЬНЫХ КОМПЬЮТЕРОВ

Галымбек Ж.М.

Кафедра молекулярной биологии и генетики

Казахский национальный медицинский университет, г. Алматы, Казахстан

Научный руководитель: доц. Альмухамбетова С.К.

Цель исследования. Измерение низко- и высокочастотных электромагнитных излучений (ЭМИ) от персональных компьютеров (ПК) в Казахском национальном медицинском университете (КазНМУ) и выяснение - есть ли превышение допустимых норм напряженности электромагнитного поля.

Материалы и методы. Материалом для исследования выбрали один из источников ЭМП - персональные компьютеры, т.к. все студенты и ППС университета проводят много времени за компьютерами.

Было получено официальное разрешение от проректора по науке проф. Рамазановой Б.А. на проведение замеров. Исследование было проведено в центре тестирования (ЦТ), в электронном читальном зале и учебных комнатах кафедры информатики, т.е. в местах сосредоточения максимального количества компьютеров. Измерение ЭМП от ПК проводили с помощью специального прибора - ВЕ-метра-АТ-002.

Результаты и их обсуждение. Получены конкретные данные значений частот электромагнитных излучений от ПК в КазНМУ и обнаружено превышение допустимых значений напряженности электрического поля в 8-10 раз, а плотности магнитного потока в 2 раза, в целом электромагнитное поле превышает допустимые значения в 5-6 раз.

Выводы. Изучив электромагнитное поле как теоретически, так и практически, мы выяснили что проблема воздействия электромагнитных излучений, превышающих допустимые значения, для КазНМУ очень актуальна. Студенты в КазНМУ проводят много времени за персональными компьютерами и тем самым подвергаются воздействию ЭМП, последствиями которого могут быть нарушения со стороны нервной, иммунной и сердечно - сосудистой системы. Для снижения негативного воздействия ЭМП мы советуем администрации университета постоянно следить за излучением ЭМП от ПК, расположить ПК по международному стандарту и во избежание большого накопления ЭМП в учебных комнатах делать качественное заземление и очищать от пыли системные блоки.

ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА СЕРДЦА

Алеевская А.М.

Кафедра анатомии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: ст. преп. Логунова Л.В.

Гомеостатический контроль за содержанием в организме воды, электролитов, уровнем артериального давления осуществляется комплексом

нейрогормональных механизмов с участием катехоламинов, вазопрессина, системы «ренин-ангиотензин-альдостерон». Открытие эндокринной системы сердца коренным образом изменило представление о регуляции гемодинамики в организме, о механизмах сохранения кардиоваскулярного гомеостаза, нарушения которых лежат в основе основных заболеваний сердечно-сосудистой системы, почек, головного мозга, патологии водно-солевого обмена.

Цель исследования. Показать значение эндокринной системы сердца для теоретической и клинической медицины на основании данных отечественной и зарубежной литературы.

Материалы и методы. Проведен литературный обзор более 30 отечественных и зарубежных публикаций.

Результаты и их обсуждение. Открытие эндокринной функции сердца принадлежит канадскому гистохимику De Bold, обратившему внимание на сходство гранул предсердных миоцитов с секреторными гранулами эндокринных клеток.

Кардиомиоциты предсердий, обладая свойствами секреторных клеток, продуцируют предсердный натрийуретический фактор (ПНФ), состоящий из низкомолекулярных пептидов. Его синонимы: атриопептиды, аурикулины, пептиды предсердий. С помощью иммуногистохимических методик окрашивания выявлено, что гранулированные кардиомиоциты располагаются субэндокардиально, преимущественно в передней стенке предсердий, в их ушках, причем содержание секреторных гранул в правом предсердии в 2-2,5 раза превышает в левом.

Клетки миокарда предсердий оказались дуалистичными по своей природе. С одной стороны, это типичные мышечные сократительные клетки, а с другой - типичные эндокринные секреторные клетки, осуществляющие процессы синтеза и секреции пептидов.

ПНФ является активным гормоном, который поступает в кровь и оказывает влияние на различные физиологические системы, является антагонистом ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, уменьшает продукцию и ингибирует активность вазопрессина в органах-мишенях, оказывает выраженное натрийуретическое и диуретическое воздействие, вызывает релаксирующее действие на гладкую мускулатуру и кровеносные сосуды, усиливает скорость клубочковой фильтрации и устраняет артериальный и интестинальный спазм.

Еще одним признаком, сближающим ПНФ с гормоном является его представительство в ЦНС. Обнаружена иммунореактивность к ПНФ в участках мозга, которые вовлечены в регуляцию водно-солевого и кардиоваскулярного гомеостаза, в частности впереди и вентрально от третьего желудочка. Выявлена модулирующая его роль в трансинаптической передаче в головном мозге.

Атриопептиды выполняют двоякую роль: центральных медиаторов и

периферических гормонов, это позволяет им участвовать в формировании физиологических ответных реакций, как через системную регуляцию, так и через ЦНС.

Секреция ПНФ регулируется объемом чувствительными рецепторами предсердий и механическим растяжением их кардиомиоцитов. Действие атриопептидов осуществляется через рецепторный аппарат клеток-мишеней, которые обнаружены на плазматических мембранах почечных клеток, коры надпочечников, гладких мышцах аорты и артерий, эндотелии сосудов, а также в легких, печени, тонком кишечнике и в головном мозге. Взаимодействие атриопептида со специфическими рецепторами осуществляется при непосредственном участии циклического гуанозинмонофосфата (цГМФ), который выполняет в клетках функцию «вторичного мессенджера» и передает внутриклеточным структурам информацию о взаимодействии предсердного фактора со специфическими рецепторами, т.е. является внутриклеточным медиатором действия атриогормона.

Секреторные кардиомиоциты обнаружены не только в предсердиях, но и в заслонке нижней полой вены (ЗНПВ), впервые описал и зарисовал в 1563 г. великий анатом эпохи Возрождения - Бартоломео Евстахий: Евстахиеву заслонку нижней полой вены; Евстахиевы миндалины (скопление лимфоидной ткани в стенке глотки на уровне слуховой трубы); Евстахиеву мышцу, напрягающую барабанную перепонку; Евстахиеву слуховую трубу.

ЗНПВ представляет собой складку эндокарда различной формы, которая располагается по передне-латеральному краю устья нижней полой вены и тянется к Вьессенову валику овальной ямки на перегородке предсердий. ЗНПВ состоит из двух рогов: медиального, который начинается у передне-нижнего края овальной ямки над Тебезиевой заслонкой коронарного синуса и латерального, сливающегося с пограничным гребешком. Во внутриутробном периоде эта заслонка имеет большое значение, направляя кровь плода из нижней полой вены через овальное отверстие в полость левого предсердия, препятствуя смещению её с кровью из верхней полой вены.

Новые данные о функциональной активности, гистоархитектонике ЗНПВ в соотношении с её анатомическими типами получены в результате 20-летних научных исследований, проведенных на кафедре гистологии и биологии РязГМУ проф. Ю.И. Уховым и к.м.н. А.В. Колобаевым. Результаты этих работ позволяют рассматривать ЗНПВ как эволюционно «пятым», а гемодинамически «первым» входным клапаном сердца.

Постнатально Евстахиева заслонка не подвергается эволюции, как считали ранее, а происходит её активный рост, синхронный с возрастным увеличением сердца до 4-го десятилетия жизни. В постнатальном периоде ЗНПВ является важным структурно-функциональным образованием, которое: препятствует регургитации крови в нижнюю полую вены при систоле предсердий; является составным элементом рефлексогенной зоны устьевого отдела нижней полой вены; входит в состав «Эндокринной системы

сердца» в качестве составного элемента, принимающего участие в регуляции водно-солевого обмена и артериального давления, так как в его среднем фиброзно-мышечном слое обнаружено значительное количество секреторных кардиомиоцитов.

Евстахиева заслонка является одной из переменных структур в организме по изменчивости её форм и размеров. Существуют три основные анатомические варианта ЗНПВ: створчатая, переходная и гребневидная.

Профессором Уховым Ю.И. и к.м.н. Колобаевым А.В. выявлено наибольшее содержание секреторных кардиомиоцитов при переходных и гребневидных формах ЗНПВ.

Выводы. Выявленная эндокринная система сердца, является одним из фундаментальных открытий, которое коренным образом изменило представление о регуляции гемодинамики в организме, о механизме сохранения кардиоваскулярного гомеостаза, и, безусловно, имеет большое значение для теоретической и клинической медицины, расширяя знания об адаптационных возможностях сердца в условиях нормы и патологии кровообращения.

КОАГУЛЯЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ КРОВИ И СЛЮНЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТЕ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Нимажапова Д.Б.

Кафедры нормальной физиологии

Читинская государственная медицинская академия, г. Чита

Научные руководители: проф. Малезик Л.П., к.м.н. Малезик М.С.

У пожилых людей хронический генерализованный пародонтит приобретает свои особенности за счёт сопутствующего атеросклероза и диссеминированного внутрисосудистого свёртывания.

Цель исследования. Оценить тромбогенный потенциал крови и слюны при хроническом генерализованном пародонтите у лиц пожилого возраста, страдающих ишемической болезнью сердца.

Материалы и методы. Обследовано 50 больных, страдающих хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести с диагнозом ишемическая болезнь сердца. Исследовали кровь и ротовую жидкость, взятые в первые дни поступления в стационар и после проведенной терапии. В крови оценивали состояние системы гемостаза.

Результаты и их обсуждение. Полученные результаты свидетельствуют о том, что прокагулянтная активность слюны у обследуемых больных в период рецидива пародонтита выше, чем у контрольных. При добавлении слюны в плазму этих же больных ускоряются протромбиновое время, АЧТВ, тромбиновое время. Лизис сгустка в присутствии слюны замедляется. В крови больных наблюдается гиперкоагуляция. Индуцированное

свёртывание сопровождается нарастанием фибриногена. Угнетением фибринолиза и высокой концентрацией фибрин-мономерных комплексов, которые считаются маркерами тромбинемии.

После проведенной терапии в слюне несколько снизилась прокоагулянтная активность, остался ингибированным фибринолиз. В крови уменьшается степень гиперкоагуляции. Нормализуется МНО, остаётся ускоренным АЧТВ, стимулируется фибринолиз, но контрольного уровня не достигает. Опасно высокой регистрируется концентрация фибриногена и фибрин-мономерных комплексов. Угроза ДВС синдрома сохранилась.

Выводы. Проведенная терапия существенной коррекции гемостаза не вызвала. Остался высоким уровень фибринообразования и угнетённым фибринолиз, что является основой нарушения микроциркуляции и трофики тканей. На этом фоне легко может возникнуть рецидив воспаления.

РАЗВИТИЕ МЕХАНИЗМОВ ПАМЯТИ В ФИЛОГЕНЕЗЕ

Шумилова М.М., Кашапов Ф.Ф., Великомолова Ю.Б.

Кафедра нормальной физиологии

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Научный руководитель: проф. Каюмова А.Ф.

Цель исследования. Проведена попытка отразить механизмы, участвующие в процессе формирования простых форм обучения, выявленные в экспериментах. Рассмотрены филогенетически универсальные механизмы памяти, которые являются общими для человека и более примитивно устроенных организмов.

Материалы и методы. Проанализирована современная литература по вопросу развития механизмов памяти в филогенезе.

Результаты и их обсуждение. Механизмы памяти эволюционно консервативны. Элементарные виды памяти обнаруживаются еще у донервных организмов - Protozoa. У Turbellaria уже есть нейронные цепи с модуляторными интернейронами. Стойкие условные рефлексy впервые удается выработать, начиная с Polychaeta, у которых появляется ассоциативный центр. Удачным объектом для изучения кратковременной и долговременной памяти оказался морской брюхоногий моллюск рода *Aplysia*. В работе памяти участвуют два типа нейронных цепей - основные и модуляторные. Молекулярный механизм кратковременной имплицитной памяти заключается в запуске каскада цитоплазматических реакций с участием цАМФ и протеинкиназы А в чувствительном нейроне основной цепи в ответ на действие серотонина, выделяемого интернейронами модуляторной цепи, что в конечном итоге вызывает функциональные изменения пресинаптической клетки. Долговременная имплицитная память основывается на структурном изменении синапсов, происходящем в результате поступления протеинкиназы А и MAP-киназы в ядро, активации внутриядерных CREB1 и по-

давлении CREB2 белков и экспрессии генов. Это приводит к синтезу белков и отращиванию новых синаптических терминалей. Механизм, обеспечиваемый CREB-белками, играет важную роль во многих формах имплицитной памяти и универсален для животных, начиная от моллюсков и членистоногих. С появлением гиппокампа и неокортекса, имплицитная память у более высокоорганизованных животных начинает приобретать более сложные формы. Консолидация следов долговременной памяти происходит за счет долговременной потенциации в гиппокампе, которая имеет две фазы, первая схожа с кратковременной имплицитной памятью *Aplysia*, а вторая - с долговременной.

Выводы. Системы цАМФ - протеинкиназы А и CREB-белков филогенетически универсальные механизмы памяти, общие для человека и более примитивно устроенных организмов.

АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Раджабова Н.А., Каткова Е.Н.

Кафедра анатомии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: ст. преп. Плаксина Л.Н.

Все виды деформаций грудной клетки без исключения в большей или меньшей степени обуславливают нарушения со стороны органов дыхания, кровообращения и изменения метаболических процессов. Выявление причин врождённых аномалий может помочь в выборе профилактических мероприятий.

Цель исследования. Изучить возможные аномалии грудной клетки в ходе эмбрионального развития.

Материалы и методы. Проведен литературный обзор более 20 отечественных публикаций, включая монографии и научные статьи.

Результаты и их обсуждение. Врожденные пороки развития грудной клетки встречаются примерно у 1 из 1000 детей. Наиболее часто, в 90% случаев по отношению ко всем видам пороков, выявляется воронкообразная деформация грудной клетки (ВДГК). Среди более редко встречающихся форм следует выделить килевидную деформацию, разнообразные аномалии развития ребер, расщепление грудины и сочетанные варианты. Причины образования перечисленных пороков окончательно не выяснены. Несомненно, что они являются врожденной дисплазией или аплазией хрящевой, реже костной части грудной клетки.

Морфологические исследования соединительной ткани выявили нарушение ее строения. Изменение строения соединительной ткани в свою очередь связано с нарушением обменных процессов. Большое значение имеет наследственный фактор. По данным многих авторов, до 20% детей с деформацией грудной клетки имеют родственников с аналогичной патоло-

гией. К настоящему времени описано большое число синдромов, при которых одним из составляющих компонентов являются аномалии грудинореберного комплекса. Наиболее распространен синдром Марфана. При этом синдроме на фоне дисэмбриогенеза соединительной ткани отмечаются астеническое сложение, арахнодактилия, подвывих и вывих хрусталиков, расслаивающая аневризма аорты, воронкообразная и килевидная деформация грудной клетки, четкие биохимические изменения обмена коллагена, гликозаминогликанов.

Выводы. Врожденные аномалии развития грудной клетки человека зависят от многих, до конца не изученных факторов, но профилактические мероприятия такие как выявление генетических отклонений у будущих родителей, устранение действия внешних тератогенных факторов на женщин, особенно в период беременности, были бы не лишними.

Приобретенные аномалии развития грудной клетки связаны с перенесением таких заболеваний как рахит, костный туберкулез, болезни легких и т.д. и их возможно предотвратить путем профилактики данных заболеваний, правильному питанию и здоровому образу жизни.

ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ ОРГАНИЗМА У СТУДЕНТОВ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ

Толочко М.В.

Кафедра физической культуры

Первый Московский государственный медицинский университет, г. Москва
Научный руководитель: зав. кафедрой Воронова Н.Н.

Цель исследования. Изучение изменений функциональной подготовленности организма студента при выполнении дозированных физических нагрузок.

Материалы и методы. Исследование осуществлялось при помощи двух тестов: Тест К. Купера (12 мин бег) и степ-тест с расчетом $[[PWC]]_{170}$ и МПК на 1 кг массы тела. В исследовании участвовало 24 студента 1МГМУ им. И.М. Сеченова, 11 юношей и 13 девушек, основной группы здоровья, не занимающиеся спортом во внеучебное время. Тестирования проводились дважды: в начале (тест №1) и в конце (тест №2) исследования. Студенты получали дозированную физическую нагрузку на занятиях физической культурой.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что МПК на 1 кг массы тела увеличился у юношей с 35,81 мл/мин до 36,39 мл/мин; у девушек - с 39,98 мл/мин до 40,42 мл/мин. $[[PWC]]_{170}$ также увеличилось у юношей с 827,62 кгм/мин до 914,76 кгм/мин; у девушек с 487,31 кгм/мин до 514,55 кгм/мин.

Оценка степени выносливости с помощью теста К.Купера показала, что: количество юношей, имевших оценку «плохо» уменьшилось с 36% до

18%; оценку «удовлетворительно» увеличилось с 46% до 55%, количество с оценкой «хорошо» уменьшилось с 18% до 9%, а имеющих оценку «отлично» увеличилось с 0% до 18%. Подобная тенденция наблюдалась и среди девушек. Количество девушек, имеющих оценку «плохо» уменьшилось с 23% до 8%; оценку «удовлетворительно» - с 62% до 46%; имеющих оценку «хорошо» увеличилось с 15% до 46%.

Полученные данные свидетельствуют о том, что в результате применения дозированных физических нагрузок у студентов произошло улучшение как общей выносливости организма, так и увеличение уровня функциональной подготовленности за счет увеличения относительной МПК, [PWC_170.

Функциональная подготовленность отражает уровень развития биологических, физиологических, биохимических и психических резервов организма, которые помогают эффективно адаптироваться не только к физическим, но и к психическим и интеллектуальным нагрузкам в разных условиях внешней среды. По этим причинам необходимо контролировать и увеличивать как общую выносливость, так и уровень функциональной подготовленности студентов высших учебных заведений.

АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОЗВОНОЧНОГО СТОЛБА НА УРОВНЕ ПОЯСНИЧНЫХ ПОЗВОНКОВ КАК ОБОСНОВАНИЕ К СПИННОМОЗГОВОЙ АНЕСТЕЗИИ

Фатюшина Е.А., Мухина Н.А.

Кафедра анатомии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: ст. преп. Туркина З.В.

Для успешного и безопасного проведения спинальной и эпидуральной анестезии необходимо хорошо ориентироваться в анатомии позвоночного столба и спинного мозга. Результативность спинномозговой анестезии в большей мере зависит от опыта анестезиолога. Если он обладает знаниями по анатомии, физиологии, фармакологии, то вполне может получить адекватную анестезию, удовлетворяющую больного, хирурга и его самого.

Цель исследования. Обосновать уровень и технику проведения эпидуральной и субдуральной (субарахноидальной, спинальной) анестезии.

Материалы и методы. Проведен литературный обзор более 20 отечественных публикаций, включая монографии и научные статьи.

Результаты и их обсуждение. Позвоночный столб - это сложноорганизованное вместилище спинного мозга, нервных корешков, которые отвечают за работу всех органов и мышц человека. Особенности отдельных позвонков оказывают влияние на технику спинномозговой анестезии.

Остистые отростки отходят под различными углами на разных уровнях позвоночного столба. В поясничном отделе они располагаются более гори-

зонтально, что увеличивает расстояние между остистыми отростками соседних позвонков и позволяет проводить поясничную пункцию. Необходимо учитывать, что спинной мозг заканчивается на уровне 1-2 поясничных позвонков. Поэтому риск травмирования спинного мозга при спинальной/эпидуральной анестезии ниже уровня 1-2 поясничных позвонков практически равен нулю.

Оболочки спинного мозга участвуют в образовании 3 пространств: эпидурального, субдурального и субарахноидального. Непосредственно спинной мозг и корешки укутывает хорошо васкуляризированная мягкая мозговая оболочка.

Паутинная оболочка состоит из расположенных в одной плоскости и перекрещивающих друг друга 6-8 слоев плоских эпителиально подобных клеток, плотно соединенных между собой и имеющих продольную ориентацию. Волокна твердой мозговой оболочки имеют преимущественно продольную ориентацию.

В связи с этим рекомендовано при пункции субарахноидального пространства ориентировать срез спинальной иглы с режущим кончиком вертикально, чтобы он не пересекал волокна, а как бы их раздвигал. Субарахноидальное пространство ограничивается паутинной и мягкой мозговой оболочками.

Подпаутинное пространство шире на уровне 3-4 и 4-5 поясничных позвонков. Эпидуральное пространство является частью спинномозгового канала между его наружной стенкой и твердой мозговой оболочкой. Передне-задний размер эпидурального пространства прогрессивно сужается с поясничного уровня (5-6 мм) к грудному (3-5 мм) и становится минимальным на уровне 3-6 шейных позвонков.

Существует 2 вида спинномозговой анестезии, применяемые в хирургии: субдуральная (субарахноидальная) и эпидуральная. При эпидуральной анестезии анестетик вводится в эпидуральное пространство. Эпидуральная анестезия может выполняться на уровне всех 4 отделов позвоночника.

На поясничном уровне выполняется в межкостистые промежутки 3-4, 4-5 поясничных позвонков. Субарахноидальная анестезия - вид местной анестезии, при которой анестетик в процессе люмбальной пункции вводится в субарахноидальное пространство. Наиболее рациональным уровнем пункции считается межкостистый промежуток между 2-3 поясничными позвонками.

Выводы. Знание топографической анатомии позвоночного столба, спинного мозга и его оболочек является основой для диагностики заболеваний, анатомического обоснования оперативных доступов и выбора способа оперативного приема.

ХРОНИЧЕСКОЕ ПОСТУПЛЕНИЕ ВОДОРАСТВОРИМОЙ СОЛИ КРЕМНИЯ ОТРАЖАЕТСЯ НА ИММУННЫХ ОРГАНАХ ЛАБОРАТОРНЫХ КРЫС.

Тинюков А.Н., Тихонов Д.В.

Кафедра медицинской биологии с курсом микробиологии и вирусологии
Чувашский государственный университет, г. Чебоксары
Научные руководители: асс. Гордова В.С., проф. Сапожников С.П.

Кремний необходим организму для синтеза гликозаминогликанов, основного компонента хрящевой и костной ткани, и от 50-80% суточной нормы кремния поступает в виде растворимых в воде солей - силикатов. Что изменится в организме при введении в ежедневный водный рацион силикат в концентрации, которая, в пересчете на кремний, не превышает, согласно нормативным документам, предельно допустимую?

Цель исследования. Изучение лимфоидных органов лабораторных крыс после длительного поступления в организм соли кремния с питьевой водой. Объектами исследования явились тимус и селезенка 8 белых лабораторных крыс-самцов одного возраста, содержащихся в обычных условиях вивария. Контрольная группа - 4 крысы, которые получали *ad libitum* стандартизованную питьевую воду, опытная - 4 крысы, которые получали стандартизованную питьевую воду с добавлением метасиликата натрия девятиводного в концентрации 10 мг/л в пересчете на кремний. Длительность эксперимента составила девять месяцев.

Результаты и их обсуждение. Средний вес крыс опытной группы значительно меньше, чем у крыс контрольной группы (333 г и 487,5 г соответственно). Визуально макропрепараты тимуса крыс опытной группы отличаются меньшим количеством лимфоидной ткани. Относительный средний вес тимуса крыс опытной группы составил 0,09%, контрольной - 0,16%. Окраска срезов тимуса гематоксилином и эозином выявила у опытных животных фрагментарное расположение мозгового вещества долек, расширенные междольковые корковые перегородки, заполненные жировой тканью, а также участки «оголенной» нежной стромы. Визуальных изменений селезенки нет, однако средний относительный ее вес составил для крыс опытной и контрольной групп 0,31%, и 0,21% соответственно. У крыс, получавших стандартизованную питьевую воду с добавлением соединения кремния, наблюдаются микроморфологические изменения селезенки, которые заключаются в уменьшении средних размеров вторичных лимфоидных узелков в 1,5 раза.

Выводы. Длительное поступление с питьевой водой водорастворимой соли кремния отражается на среднем весе лабораторных крыс, а также заметно изменяет не только относительные весовые характеристики тимуса и селезенки, но и микроморфологию этих органов.

К ВОПРОСУ О ЦИРКУЛЯЦИИ СПИННОМОЗГОВОЙ ЖИДКОСТИ

Бабаева С.А.

Кафедра анатомии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: доц. Овчинникова Н.В.

Образование, циркуляция и абсорбция ликвора свидетельствуют о том, что он служит питательной и экскреторной жидкостью мозга. Ликвор является средой для обмена веществ между мозгом и кровью, носителем питательных веществ от сосудистых сплетений желудочков мозга к нервным клеткам.

Цель исследования. Изучить особенности циркуляции спинномозговой жидкости.

Материалы и методы. Проведен литературный обзор интернет-публикаций, включая научные интернет-статьи.

Результаты и их обсуждение. Ликвор - своеобразная биологическая жидкость, необходимая для правильного функционирования мозговой ткани и выполняющая защитную функцию. Спинномозговая жидкость (ликвор) образуется преимущественно за счет ультрафильтрации плазмы крови и секреции некоторых компонентов в сосудистых сплетениях головного мозга. Субарахноидальное (подпаутинное) пространство головного мозга содержит 20-30 мл. ликвора и представляет собой внешнее ликворное пространство. Над мозговыми извилинами это пространство узкое, а над бороздами и в отдельных местах образует цистерны. В субарахноидальном (подпаутинном) пространстве спинного мозга, являющемся продолжением внешнего ликворного пространства головного мозга, содержится 50-70 мл. ликвора. Паутинная оболочка состоит из трех слоев хорошо разграниченных лептоменингеальных клеток. Это крупные клетки с обильной цитоплазмой и длинными неправильной формы псевдоподиями, которыми они контактируют с другими клетками. Это потенциальные фагоциты паутинной оболочки. Паутинная оболочка лишена иннервации и собственного кровоснабжения. Лептоменингеальная ткань образует особые отростки, которые проникают через твердую мозговую оболочку в венозные синусы. Это арахноидальные ворсинки, являющиеся основной структурной единицей лептоменингса.

Выводы. Движение ликвора обусловлено его непрерывным образованием и резорбцией. Движение ликвора осуществляется в следующем направлении: из боковых желудочков, через межжелудочковые отверстия в III желудочек и из него через водопровод большого мозга в IV желудочек, а оттуда через его срединное и боковые отверстия в мозжечково-продолговато-мозговую цистерну. Затем ликвор передвигается вверх к верхнебоковой поверхности мозга и вниз к конечному желудочку и в спинно-мозговой ликворный канал. Линейная скорость циркуляции ликво-

ра - около 0,3-0,5 мм/мин, а объемная - между 0,2-0,7 мл/мин. Оттекает ликвор из субарахноидального пространства в субдуральное, затем всасывается мелкими венами твердой мозговой оболочки.

БИОХИМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В КРОВИ ПРИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Калягин Н.И., Сергеев Д.И.

Кафедра биохимии

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург

Научный руководитель: к.м.н. Лукаш В.А.

Цель исследования. Выявление закономерностей течения мочекаменной болезни и биохимических процессов организма.

Материалы и методы. Методом исследования данной работы служила статистическая обработка анамнезов. Нами было взято 105 историй болезней с диагнозом мочекаменная болезнь, которые и послужили материалами данной работы. Статистическая обработка проводилась с помощью программы MS Excel с использованием метода нахождения доверительного интервала.

Результаты и их обсуждение. По мочеvine в крови: показатели в группе девушек, страдающих только мочекаменной болезнью достоверно ($p=0,05$) меньше на 25,6%, чем в группе девушек, страдающих сопутствующими заболеваниями, при этом в обеих группах средние показатели выше значений нормы. Достоверных отличий в симметричных исследованиях у мужчин не обнаружено. Это можно объяснить тем, что женский организм легче поддается внутренним факторам воздействия на него. Эти факторы связаны с ослаблением организма сопутствующими заболеваниями.

По креатинину в крови: показатели в группе женщин без сопутствующих заболеваний достоверно ($p<0,01$) меньше на 20,93%, чем в симметричной группе у мужчин. Достоверное отличие есть между мужчинами и женщинами с сопутствующими заболеваниями: показатели в первой группе больше на 33,24%, чем во второй. Это связано с различием в процентном соотношении мышечной массы к весу всего организма - у мужчин этот процент выше, как следствие и уровень синтеза креатинина выше.

Выводы.

1. По мочеvine в крови: средние показатели мочевины в крови у женщин зависят от наличия сопутствующих заболеваний, а также от возраста пациентов.
2. По креатинину в крови: показатели в крови зависят от гендерной принадлежности индивида - у мужчин уровень креатинина в крови при мочекаменной болезни достоверно выше.

ОСОБЕННОСТИ ВНИМАНИЯ У СТУДЕНТОВ И ПОДРОСТКОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ЛИЧНОСТНЫМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ И УРОВНЕМ УСПЕВАЕМОСТИ

Провоторов Н.Ю., Полячихина А.И., Полковникова А.В.

Кафедра нормальной физиологии с курсом психофизиологии
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научный руководитель: доц. Трутнева Е.А.

Цель исследования. Провести оценку уровня внимания у студентов и подростков с различными психодинамическими характеристиками и различной успешностью образовательной деятельности. Выявить зависимость концентрации и устойчивости внимания у подростков от физической нагрузки.

Материалы и методы. Внимание, мотивационная сфера и личностные особенности оценивались с помощью медицинского диагностического оборудования Нейрософт - программы для психодинамического исследования НС - Психотест, г. Иваново.

Результаты и их обсуждение. Была выявлена зависимость успеваемости студентов от разных характеристик внимания, уровня тревожности и личностных характеристик (эстра- и интроверсии и уровня нейротизма). Мотивационное возбуждение является ведущим фактором образовательной деятельности. Физическая нагрузка влияет на внимание подростков.

Выводы.

1. Характеристики внимания являются одними из ключевых лимитирующих факторов при формировании успешности.
2. Выявлена тенденция формирования взаимосвязи между уровнем успеваемости внимания и мотивационной сферы.
3. Показатели уровня внимания студентов и подростков различны.
4. При физической нагрузке концентрация внимания снижается.

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ПРО- И АНТИОКСИДАНТНЫХ СИСТЕМ У КРЫС С ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Дворникова Е.О., Никитина А.А.

Кафедра биохимии
Южно-Уральский государственный медицинский университет, г. Челябинск
Научные руководители: к.м.н. Козочкин Д.А.

Цель исследования. Отследить особенности функционального состояния процессов свободно-радикального окисления у крыс с позвоночно-спинномозговой травмой в условиях введения кондиционной среды.

Задачи исследования: изучить уровень продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) у животных в условиях позвоночно-спинномозговой травмы на фоне введения КС; изучить содержание продуктов карбонилированных белков спинного мозга в ответ на введение КС при ПСМТ.

Материалы и методы. Исследование проводилось на 12 крысах весом 250-300 г. Животных содержали в стандартных условиях со свободным доступом к воде и пище. Животных после ПСМТ, проводимой на уровне Th8-9, разделили на опытную и контрольную группы. Через сутки после контузии животным опытной группы в две точки роstralнее и каудальнее от эпицентра травмы вводили КС в объеме 150 мкл на крысу. Животным контрольной группы проводили аналогичные инъекции, но стандартной средой инкубации. Методики получения, КС в соответствии с патентом RU(11) 2 292 212(13)С1. Выражаем благодарность за предоставленную КС Емельяновой Галиной Фёдоровной, ведущим научным сотрудником научно-производственного предприятия "Т-хелпер". Через 7 сут. после травмы забирали фрагмент спинного мозга длиной 3 см для определения продуктов ПОЛ.

Результаты и их обсуждение. Уровень продуктов свободно-радикального окисления при ПСМТ отличается от животных контрольной группы, выраженностью негативных тенденций, характеризующих особенности течения регенеративного процесса под действием кондиционной среды.

Выводы. Процессы СРО усиливаются при ПСМТ. Происходят изменения со стороны гептан растворимых диеновых конъюгатов и изопропанол растворимых кетодиенов и сопряженных триенов. При этом введение КС приводит к снижению образований шиффовых оснований, а также к увеличению антиоксидантной защиты, проявляющейся в повышении изопропанол растворимых аскорбат-индуцированных продуктов, что свидетельствует о сохранении субстратов для дальнейшего переокисления, в тоже время уровень окислительной модификации белков снижается. Таким образом, адаптивное влияние КС реализуется в характере течения процессов оксидативного стресса в спинном мозге.

АКАДЕМИК Н.П. КРАВКОВ - ОСНОВОПОЛОЖНИК
ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ФАРМАКОЛОГИИ

Уланова М.С., Метелкина П.В.

Кафедра фармакологии с курсом фармации ФДПО

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: проф. Узбекова Д.Г.

Академик Николай Павлович Кравков родился 24 февраля 1865 года в Рязани. В 1884 году Николай Кравков успешно окончил 1-ую мужскую гимназию и в этом же году поступил на физико-математический факультет Петербургского университета. На 5-ом курсе Николай Павлович начал свои исследования в физиологической лаборатории Ивана Михайловича Сеченова. В 1888 году Н.П. Кравков окончил Петербургский университет и в этом же году поступил на 2-й курс Императорской Военно-

медицинской академии, где работал в научной лаборатории профессора В.В. Пашутина. В 1892 году Николай Павлович блестяще окончил Военно-медицинскую академию.

Через 2 года Н.П. Кравков успешно защитил докторскую диссертацию «Об амилоиде, экспериментально вызываемом у животных» и уехал в зарубежную научную командировку, где познакомился с работами Р. Вирхова, Э. Фишера, Ф. Гольца. В течение нескольких месяцев ученый выполнял научную работу в лаборатории знаменитого фармаколога О. Шмидеберга в Страсбурге.

За свою научную карьеру Н.П. Кравков совершил большое количество открытий. Он изобрел и усовершенствовал метод изолированных органов. В лаборатории Николая Павловича изолировали сердце, почки, селезенку, матку, поджелудочную железу и исследовали их реакцию на различные фармакологические вещества.

Для изучения действия на периферические сосуды фармакологических веществ Н.П. Кравков и его студент С.А. Писемский разработали метод изолированного уха кролика, который вошел в историю медицины под названием «метод Кравкова - Писемского».

Николай Павлович изучал важнейшую проблему зависимости действия лекарственных средств от их химического строения. Сейчас, более века спустя, кравковские идеи о зависимости между структурой вещества и их действием являются теоретической основой поиска новых лекарственных средств. Н.П. Кравков впервые в мире разработал и внедрил в практику внутривенный гедоналовый наркоз. За границей этот наркоз стали называть «русский наркоз». Ученый предложил использовать для изучения действия лекарственных веществ экспериментальные «патологические» модели лихорадки, подагры, малокровия, воспаления, миокардита, атеросклероза. Николай Павлович выделил из поджелудочной железы гормон, названный Кравковым панкреотоксином, который использовали для лечения больных сахарным диабетом.

Ученый умер в возрасте 59 лет от тромбоза мозговых артерий. Он похоронен в Ленинграде на кладбище Новодевичьего монастыря.

В течение 25-летнего заведования кафедрой фармакологии сформировалась знаменитая кравковская школа фармакологов, из которой вышли специалисты высокого уровня. Учениками Кравкова были академики С.В. Аничков и В.В. Закусов, член-корреспондент М.П. Николаев, профессора В.И. Березин, А.И. Кузнецов, Г.Л. Шкавера, М. И. Граменицкий. Они создали свои научные школы, вырастили научных «внуков» и «правнуков» Кравкова.

В память о выдающемся естествоиспытателе учреждены премия и медаль его имени, вручаемые за большой вклад в развитие фармакологии.

ОСОБЕННОСТИ АНАЛЬГЕТИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ МЕЛАТОНИНА ПРИ ИЗОЛИРОВАННОМ ВВЕДЕНИИ И В СОЧЕТАНИИ С ДИКЛОФЕНАКОМ

Семенов С.В., Агавердиева Э.А.

Кафедра фармакологии

Ставропольский государственный медицинский университет, г.Ставрополь

Научные руководители: Заслуженный деятель науки РФ,

проф. Арушанян Э.Б., к.м.н. Наумов С.С.

Мелатонин обладает способностью ограничивать болевую чувствительность и одновременно оказывать противовоспалительное действие. Интересным представляется оценить эти возможности в комбинации с традиционно используемым нестероидным противовоспалительным средством (НПВС) диклофенаком.

Цель исследования. Изучение в сравнительном плане влияния различных доз мелатонина на порог болевой чувствительности при изолированном введении, а также в сочетании с диклофенаком.

Исследование проводилось в три серии на белых интактных крысах-самцах массой от 180 до 220 г. Оценка болевой чувствительности осуществлялась через 30 минут после внутрибрюшинных инъекций в тесте горячей пластины (hot plate test). Основой критерий оценки - латентное время стойки в секундах. Статистическая достоверность результатов по сравнению с контролем (физиологический раствор) проверялась с помощью парного t-критерия Стьюдента для зависимых совокупностей.

В первой серии изучалось действие разных доз мелатонина (0.01, 0.1, 0.5, 2.0, 5.0, 10.0 мг/кг) и диклофенака (1.0, 2.0, 4.0, 8.0 мг/кг). Согласно полученным результатам, мелатонин наиболее успешно ограничивал болевую чувствительность в дозе 0.5 мг/кг (12.1 ± 0.9 , при $p < 0.05$), а диклофенак в дозе 4.0 мг/кг (9.4 ± 0.8 , при $p < 0.05$). Подпороговыми дозами для противовоспалительного эффекта оказались 0.01 мг/кг для мелатонина и 1.0 мг/кг для диклофенака. Во второй серии определили влияние мелатонина на болевую чувствительность в различное время суток. Тестирование проводили с 08:00 до 20:00 с интервалом в 3 часа. Мелатонин проявлял наибольшую активность в вечернее время суток (17:00 и 20:00).

Это послужило основанием проводить последующие исследования только в вечерние часы. Третья серия опытов была посвящена изучению влияния мелатонина и диклофенака на болевую чувствительность при сочетанном введении подпороговых доз веществ. В соответствии с полученными данными, сочетание мелатонина и диклофенака по сравнению с контролем и их изолированным введением, достоверно ($p < 0.05$) ограничивало болевую чувствительность.

Способность мелатонина потенцировать анальгетические свойства НПВС позволяет существенно снизить терапевтическую дозу диклофенака, уменьшив его неблагоприятные побочные действия.

Блок естественнонаучных дисциплин

ВОЗДЕЙСТВИЕ ВЫСОКОЧАСТОТНЫХ ЭЛЕКТРОМАГНИТНЫХ ПОЛЕЙ НА БИОЛОГИЧЕСКИЕ ТКАНИ

Садохина А.С., Сидорова А.Н.

Кафедра математики, физики и медицинской информатики
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научный руководитель: к.б.н. Буданов Н.В.

Одним из важных открытий конца XX века в биофизике было обнаружение высокой чувствительности организмов к внешним электромагнитным полям. Биологический эффект нелинейным образом зависит от частоты и амплитуды и обнаруживает связь с величиной напряженности статического магнитного поля. Накопленные данные подтверждают высказанную еще в 60-х годах прошлого века гипотезу о важной экологической роли электромагнитных полей.

Электромагнитные поля в настоящее время считаются таким же по значимости компонентом биосферы, как воздух и вода. С той или иной интенсивностью такие поля излучаются всеми материальными объектами, огромное значение в последнее время приобретают антропогенные электромагнитные поля.

Реакции организма на электромагнитные поля высокой частоты обусловлены главным образом тепловой энергией, выделяющейся в подвергшихся облучению тканях. Физиологические механизмы теплоотдачи не компенсируют теплопродукцию организма, происходящую под действием электромагнитных полей высокой частоты.

К примеру, в диапазоне частот от 1,0 до 300 МГц механизмы взаимодействия электромагнитного поля с организмом определяются как током проводимости, так и током смещения, причем на частоте порядка 1 МГц ведущая роль принадлежит току проводимости, а на частотах более 20 МГц - току смещения. Обе разновидности тока вызывают нагревание тканей. Тепловой эффект усиливается по мере возрастания частоты внешнего поля. Данные эффекты нашли широкое применение в медицине в лечебных целях.

Электромагнитные поля и излучения пронизывают биосферу Земли, поэтому можно полагать, что все диапазоны естественного электромагнитного спектра сыграли определенную роль в эволюции живых организмов, и это отразилось на процессах их жизнедеятельности. Однако с развитием цивилизации существующие естественные поля дополнились различными полями и излучениями антропогенного происхождения.

**СТАТИСТИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА ДАННЫХ
БИОЛОГИЧЕСКИХ ТЕСТОВ СРЕДСТВАМИ MS EXCEL**
Коренева А.В., Лихолет Е.В., Пушкарева А.А., Кондриков П.П.
Кафедра математики, физики и медицинской информатики
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научный руководитель: к.пед.н. Дмитриева М.Н.

Большое количество статистической информации (показателей и характеристик состояния человека), получаемой в результате проведения различных медицинских обследований (в том числе биологических тестов) пациентов, может быть представлено в табличном виде и сохранено с последующей обработкой средствами MS Excel. Наряду с возможностями наглядного представления динамики параметров исследуемого процесса путем построения диаграмм различных видов, Excel позволяет проводить статистический анализ данных. Рассмотрим задачу. Изучить связь между относительной физической работоспособностью по тесту PWR 170 (в килограммометрах на 1 кг веса тела) и относительным потреблением кислорода (в литрах на 1 кг веса тела в 1 мин) для группы из 20 человек. Данные приведены в таблице 1.

№ исп-пыт.	МПК/кг X	PWC170/кг PWR
1	44,6	13,1
2	31,7	7,8
3	43,1	9,9
4	38,9	8,8
5	40,4	9,2
6	34,8	8,3
7	38,8	9,8
8	30	6
9	46,4	14,4
10	45,7	11,3
11	39,5	10,8
12	38	11,4
13	31,8	7,8
14	35,5	7,8
15	33,5	9,1
16	40,1	11,6
17	36,7	9,8
18	38,8	9,8
19	39,4	10,1
20	42	12,3

Наиболее часто при обработке медицинских данных требуется расчет основных параметров распределения. В MS Excel они сгруппированы в пункте «Описательная статистика» меню пакета «Анализ». В результате в указанном выходном диапазоне для каждого столбца данных выводятся: среднее, стандартная ошибка, медиана, мода, стандартное отклонение, дисперсия выборки, эксцесс, асимметричность, интервал, минимум, максимум, сумма, счет, наибольшее, наименьшее, уровень надежности.

Наиболее значимыми выводами при этом будут значения средних: для $X=38,49\pm 2,17$ (кг/кг веса тела) и для $PWR=9,95\pm 0,95$ (л/кг*мин).

Выполним проверку существования связи между параметрами с помощью коэффициента корреляции Пирсона. Выберем процедуру (корреляция) в меню *Анализ*. В выходном диапазоне получим коэффициент корреляции Пирсона равный 0.859. Таким образом, установили статистически значимую связь между относительной физической работоспособностью и относительным потреблением кислорода по данным обследования. То есть увеличение относительной физической работоспособности человека ведет к повышению относительного потребления кислорода.

ПРИМЕНЕНИЕ ПАКЕТА MS EXCEL И АНАЛИТИЧЕСКОЙ ПЛАТФОРМЫ DEDUCTOR ПРИ ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ В ЗАДАЧАХ МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКИ

Баранова А.В., Стрельникова Е.А.

Кафедра математики, физики и медицинской информатики
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научные руководители: доц. Булаев М.П., ст. преп. Дорошина Н.В.,
доц. Кабанов А.Н.

Цель исследования. Выявление эталонных представителей однородных групп первичных многомерных данных медицинского характера.

Материалы и методы. Обобщение метода Прима кластеризации данных на многомерный случай, метод главных компонент (нейросетевой алгоритм).

Решается задача кластеризации первичных многомерных данных (x_{i1}, \dots, x_{i6}) , где i - номера пациентов, с помощью построения кратчайшего остовного дерева в MS Excel и в пакете Deductor. Для каждого кластера определяются границы в многомерном пространстве, путем задания системы линейных неравенств. После разбиения на однородные группы целесообразно перейти к поиску главных компонент каждой группы. Эта задача решается в Excel и в пакете Deductor (Раздел Data Mining).

Переход к главным компонентам (y_1, y_2, y_3) - числу, меньшим трех, в каждом кластере позволяет усилить визуальные возможности последовательного метода обработки. Вместо перечисления всех объектов можно дать список эталонных представителей групп (центров кластеризации), указать номера объектов, указать номера объектов, входящих в состав каждой группы. Необходимо найти точку внутри области, представленной системой неравенств, примерно на равном расстоянии от границ области (центр кластеризации). Берём y_1 как целевую функцию и находим максимальное и минимальное значения y_1 . Затем берем y_2 и опять находим максимальное и минимальное значения y_2 и т.д.

$$\bar{y}_i = \frac{y_{i \min} + y_{i \max}}{2} \quad \text{- среднее значение.}$$

числен выборочный F-критерий (то есть критерий Фишера) и при заданном уровне значимости определено значение теоретического критерия.

Результаты. При уровне значимости $p = 0,05$, методами дисперсионного анализа, установили, что фактор роста влияет не случайным образом на величину массы тела.

Выводы. Таким образом, у девушек в возрасте от 18 до 25 лет, масса тела существенно зависит от величины роста.

ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДАННЫХ И ПРОЦЕССОВ В ЗАДАЧАХ МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКИ С ПОМОЩЬЮ ПАКЕТОВ MS EXCEL И DEDUCTOR

Стрельникова Е.А., Родина М.В.

Кафедра математики, физики и медицинской информатики
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научные руководители: доц. Булаев М.П., ст. преп. Дорошина Н.В.,
доц. Кабанов А.Н.

В докладе освещаются вопросы анализа информации на основе современных технологий. На первом этапе производится разбиение исходного многомерного множества данных на однородные группы (кластеризация) и их очистка. С помощью пакета Deductor осуществляется кластеризация данных при заданном количестве кластеров или при автоматическом определении числа кластеров. После разбиения на однородные группы становится возможным формирование главных компонент исходного многомерного множества данных. Переход к главным компонентам (числом менее трех) в каждом кластере позволяет усилить визуальные возможности метода обработки на основе пакета Deductor. При обработке в медицинской практике экспериментальных данных, представляющих временные ряды, целесообразно использовать декомпозицию рядов. В пакете Deductor во временном ряде различают основные составляющие: тенденция (или тренд); сезонные (кратковременные) колебания; случайные колебания. Очень важным является вопрос исключения аномальных результатов измерения. Теоретические вопросы реализованы с помощью пакетов MS Excel и Deductor. Для этого выбирается метод обработки - "декомпозиция временного ряда на сезонную и трендовую составляющие". Необходимость выделения тренда оценивается по критерию Стьюдента. Для исключения аномальных результатов в процессах необходимо выбрать метод обработки - "редактирование выбросов и экстремальных значений; обрабатывать как упорядоченный набор данных". Для решения задач прогнозирования используется метод скольжения. В отличие от статистических методов анализа данных изложенная в докладе технология осуществляет более глубокий анализ, выявляя зависимости, которые неочевидны: кластеризация, выявление главных компонент, исключение аномальных измере-

ний, осуществление прогнозирования процессов на основе обученных моделей. Изложенная методика учитывает наиболее важные факторы и, следовательно, дает более точные рекомендации. На основе проведенных исследований можно сделать вывод о целесообразности применения пакетов MS Excel и Deductor для интеллектуального анализа данных и процессов в задачах медицинской практики.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ЯДЕРНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЕЕ ПРОБЛЕМЫ

Калинина Н.Н.

Кафедра математики, физики и медицинской информатики
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научный руководитель: асс. Кривушин А.А.

Ядерная медицина - направление современной медицины, использующее радиоактивные вещества и свойства атомного ядра для диагностики и терапии в различных областях научной и практической медицины.

Уникальность и высокая эффективность методов ядерной медицины основана на применении высокотехнологичного оборудования и радиофармпрепаратов (РФП) в виде открытых источников ионизирующего излучения, способных накапливаться в определенных морфологических структурах и патологических очагах (терапия) или отражать динамику протекающих в органе физиологических или биохимических процессов (диагностика).

По данным на 2013 год в России функционировало порядка 185 отделений радионуклидной диагностики. Оснащенность гамма-камерами и ОФЭКТ на 70% представляет собой технически устаревшее оборудование, требующее замены. Стоит отметить, что процесс обновления оборудования радионуклидных лабораторий и создание новых отделений последние 4 - 5 лет продвигается достаточно активно. Для достижения уровня показателей европейских стран в России требуется создание не менее 70 новых отделений радионуклидной диагностики с переоснащением парка оборудования существующих лабораторий.

Текущая ситуация с наличием и уровнем подготовки специалистов для работы в существующих и вновь создаваемых объектах ядерной медицины оценивается как критичная. Сегодня прилагаются значительные усилия для подготовки медицинских физиков, при этом уровень подготовки врачей-радиологов значительно отстает от требований, необходимых для полноценного использования потенциала современного оборудования и технологий ядерной медицины. На действующих кафедрах вузов требуется вводить курсы современных методов, таких как позитронно-эмиссионная томография, проводить практикум на современном, недавно установленном в клиниках оборудовании. Многие компании, например GE Healthcare, имеют в России собственные центры подготовки специалистов с компью-

теризированными классами, которые также могут быть интегрированы в программу практических занятий при вузах страны.

На кафедре математики, физики и медицинской информатики проявляется большой интерес к данной проблематике и в рамках изучения модуля Физики, освещаются теоретические основы многих методов лечения и диагностики, основанных на достижениях физики атомного ядра.

СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ШОКА В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Деньгуб Е.Н.

Кафедра истории медицины

Первый Московский медицинский государственный университет, г. Москва

Научный руководитель: проф. Лихтерман Б.Л.

Травматический шок является тяжелым осложнением огнестрельных ранений и закрытых повреждений. Над патогенезом и способом лечения травматического шока задумывались давно, особенно эта проблема интересовала учёных в годы военных действий. Частота возникновения травматического шока по данным Великой Отечественной войны составляла 10-12% к общему числу раненых. При отдельных видах повреждений, по данным С. И. Банайтиса, шок встречался еще чаще, например, при ранениях живота - у 43- 65% раненых, а при огнестрельных переломах бедра - у 30- 50%.

Проблемы шока и кровопотери стали разрабатывать ещё в мирные предвоенные годы И.Р. Петров, Н.А. Федоров, А.А. Богомольц. Результаты их патофизиологических исследований позволили сформулировать основные принципы профилактики и терапии шока и кровопотери, разработать ряд эффективных профилактических и лечебных воздействий и средств, в частности кровезамещающие жидкости и противошоковые растворы. В предвоенные годы совместные фундаментальные исследования хирурга А.А. Вишневого и патофизиолога А.Д. Сперанского научно обосновали и разработали методы новокаиновой блокады.

В начале войны, когда ещё существовала нейрогенная теория возникновения шока, Л. С. Штерн предлагала воздействовать на вегетативные нервные центры и стимулировать симпатическую нервную систему, внедряя метод субокципитального введения фосфорнокислого калия в большую цистерну головного мозга, которая широко использовалась в военных госпиталях.

Н.А. Федоров с сотрудниками предложил белковый кровезаменитель и коллоидно-глюкозосолевой раствор для переливания. Бригада проводила работу в медсанбатах Западного фронта. И.Р. Петров, автор самого лучшего коллоидного кровезамещающего раствора, неоднократно выезжал на фронт для оказания методической помощи и инструктажей. Из воспомина-

ний врача танковой дивизии Б.М. Федорова: «...не было более эффективных средств борьбы с шоком, чем внутривенное введение противошоковой жидкости Петрова (водный раствор спирта, глюкозы, брома) и проводниковой новокаиновой блокады, особенно вагосимпатических нервов при проникающих ранениях груди»

Н.Н. Еланский и М.Н. Ахутин, изучая проблему на полях сражения в годы войны, в 1945 сформировали клиническую и патофизиологическую проблему лечения травматического шока.

Война никого не оставляет равнодушным. Благодаря великим врачам, которые принимали участие в поиске методов лечения и механизмов возникновения травматического шока, советская медицина во время ВОВ была вооружена эффективными средствами борьбы с шоком и кровопотерей.

ЭКСКУРС В ИСТОРИЮ РАЗВИТИЯ И ВКЛАД АРМЯНСКОЙ ОБЩИНЫ В МЕДИЦИНУ ДАГЕСТАНА ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ XIX - НАЧАЛЕ XX ВВ.

Велиханов Ф.Т.

Дагестанская государственная медицинская академия, г. Махачкала

Научный руководитель: к.ист.н. Давыдова Т.Т.

Цель исследования. Изучение и анализ развития медицины в прошлом, для более лучшего понимания его методов в настоящем.

Материал и методы. "Кавказские календари" выпускаемые в изучаемый период в г. Тифлисе, монографии, "Обзоры Дагестанской области", архивные и полевые материалы.

Результаты и их обсуждение. Трудно переоценить важный вклад армян в развитие такой жизненно важной отрасли социальной сферы, как медицина и здравоохранение. Это известные медики С.И. Сараджев, братья Аствацатуровы, Симеонянц и многие другие, которые посвятили себя этой благородной профессии и занимались лечением дагестанских народов. Соломон Иванович Сараджев на протяжении 20 лет, с 1861 по 1881 г. работал дербентским городским врачом. Михаил Иванович и Моисей Иванович Аствацатуровы сыграли важную позитивную роль в организации санитарного надзора за городом Дербентом.

Кроме того, о вкладе армян в развитие дагестанской медицины свидетельствует огромное уважение, проявляемое в интересующий нас период к врачам-армянам со стороны городских властей Дербента, Петровска и Темир-Хан-Шуры.

В городах области временами буйствовали эпидемии азиатской холеры, которые приводили к высокой смертности среди населения городов и поселков. Впервые эпидемия появилась в г. Петровске, куда она была занесена 12 июня 1892 г. пассажирами, прибывшими морем из г. Баку, в котором уже свирепствовала эта болезнь. Первый случай заболевания холерой в Темир-Хан-Шуре наблюдался 1 июля, а в Дербенте 8 июля. В эти города

эпидемия была занесена рабочими, отлучившимися из области на заработки и бежавшими из зараженных холерою местностей через города Темир-Хан-Шура и Дербент на родину. Эпидемия прекратилась в Темир-Хан-Шуре 5 сентября, продержавшись 67 дней. В Петровске - 16 сентября, продержавшись 97 дней, и в Дербенте 25 сентября, продержавшись 80 дней.

Таблица 1

Эпидемия азиатской холеры

Города	заболело	умерло	% смертности
Темир-Хан-Шура	69	37	53,62
Петровск	315	214	73,33
Дербент	241	146	60,58
Всего	625	397	63,52

Выводы. Таким образом, приходим к следующему заключению: представители армянской общины, проживающие на территории Дагестана в изучаемый нами период, внесли существенный вклад в развитие культурной и социальной сферы.

О вкладе армян в развитие здравоохранения и медицины достаточно красноречиво говорит большое количество врачей, посвятивших свою жизнь улучшению качества здравоохранения в регионе. О том же свидетельствует огромное уважение, проявляемое в интересующий нас период к врачам-армянам со стороны городских властей Дербента, Петровска и Темир-Хан-Шуры.

ЛАТИНСКИЙ ЯЗЫК НА УЛИЦАХ ГОРОДА г. ПЕРМИ

Антропова Е.В., Кротова Н.В.

Кафедра латинского языка, русского языка как иностранного
Пермский государственный медицинский университет, г. Пермь
Научный руководитель: ст. преп. Егорова Л.О.

Гуляя по городу, мы невольно обращаем внимание на то, что нас окружает: реклама, названия учреждений, магазинов, банков, отелей, аптек. Эти названия настолько нам примелькались, что мы не задумываемся об их значении или правильности употребления. Проявляя интерес к изучению латинского языка, мы обнаружили в знакомых нам названиях латинские корни.

Цель исследования. Определить наименования учреждений города, содержащие латинские морфемы, систематизировать их по значению, проанализировать их этимологию; провести опрос жителей города Перми о

знании этимологии этих названий с использованием разработанной нами анкеты; обработать полученные данные.

Материалы и методы. Методом сплошной выборки и сравнительного анализа были изучены названия учреждений города Перми. Проведен социолингвистический опрос и статистическая обработка данных. Респондентами стали жители города Перми (50 человек), мужчины и женщины среднего возраста.

Результаты и их обсуждение. Этимологический анализ 500 наименований учреждений выявил, что слова латинского происхождения составляют 36%: например, Колизей-Atrium, «Цербер», «Адреналин», «Вариант», «Sagitta», «Terranova» и др.

В ходе анкетирования выявлено, что 80% респондентов судят о названии слова по его фонетическому оформлению. Например, слово «администрация» выделено как слово немецкого происхождения в 45% ответов, а слово «кулинария» определено как французское в 60% ответов. Лишь 15% респондентов правильно определили происхождение этих слов, что совершенно недостаточно, принимая во внимание то, что более 80% современных иностранных языков базируются на латинском языке.

Многие названия муниципальных и административных учреждений города Перми произошли от латинского языка, что доказывает распространённость латинских слов в повседневной жизни. Большинство людей не распознают латинские морфемы в наименованиях и, следовательно, не всегда правильно понимают их значение из-за отсутствия латинского языка как учебной дисциплины в образовательных программах школ.

К ИСТОКАМ ФОРМИРОВАНИЯ ТЕРМИНОЛОГИИ В ОБЛАСТИ АРХИТЕКТУРЫ Загородских Е.В., Китова Е.С.

Кафедра латинского языка, русского языка как иностранного
Пермский государственный медицинский университет, г. Пермь
Научный руководитель: ст. преп. Калавур Ю.В.

Архитектура играет особую роль в жизни современного общества. Она символична и отражает не только культуру цивилизации, но и духовный замысел ее создателя.

Мир архитектуры - это мир, в котором мы живем повседневно, соединяющий в себе результат строительной деятельности и вершину художественного творчества. Это есть искусство, говорящее на языке пространственных форм.

Цель исследования. Выявить этимологию названий архитектурных терминов, определить значение латинского языка в формировании терминологии в области архитектуры и строительства; провести морфемный анализ выбранных терминов.

Материалы и методы. При изучении научно-популярной литературы в области архитектуры и материалов справочных пособий были использованы методы отбора и сопоставительного анализа лексики с латинскими морфемами.

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования из всех выбранных терминов были условно выделены три основные группы: архитектурные стили, архитектурные элементы и архитектурные сооружения. Наиболее латинизированной оказалась группа наименований архитектурных сооружений. Из отобранных 250 терминов 48% имеют греко-латинское происхождение, 2% - испанское, 3% - английское, 5% - немецкое, 9% - итальянское, 26% - французское происхождение. Это подтверждает, что при наименовании архитектурных сооружений до настоящего времени используются греко-латинские морфемы как основной источник обогащения и пополнения лексического словаря в узкоспециальной области.

На протяжении развития нашей цивилизации латинский язык оказал большое влияние на становление языковой культуры всех сфер нашей жизни. Для архитектуры и строительства латинский язык стал основой для формирования профессиональной терминологии.

ЛАТИНСКИЕ ЗАИМСТВОВАНИЯ В ОБЩЕСТВЕННО-ПОЛИТИЧЕСКОЙ ЛЕКСИКЕ И ЯЗЫКЕ ПРЕССЫ

Кулеш П.А.

Кафедра латинского языка, русского языка как иностранного
Пермский государственный медицинский университет, г. Пермь
Научный руководитель: ст. преп. Егорова Л.О.

Цель исследования. Обобщить и структурировать знания о латинских заимствованиях в общественно-политической лексике российских СМИ; выяснить причины заимствования; составить словарь общественно-политических терминов, имеющих латинские морфемы.

Материалы и методы. Изучение и анализ научной литературы, словарей иностранных заимствованных слов; мониторинг крупнейших российских СМИ на предмет использования заимствованной терминологии из латинского языка.

Результаты и их обсуждение. Для работы было отобрано и проанализировано более 500 терминов с латинскими морфемами. Мониторинг информационной продукции крупнейших Российских газет, телеканалов и информационных агентств показал, что российские СМИ активно используют терминологию, заимствованную из латинского языка. Основными причинами заимствования слов является появление новых или актуализация старых явлений общественно - политической жизни, неудобность и невзрачность старых языковых конструкций, влияние иностранной культуры, обусловленное модой на иностранные слова.

Динамика общественно-политической ситуации в России в последнее десятилетие XX века (распад Советского Союза, изменение государственного строя, возникновение новых экономических реалий, активные геополитические процессы, т.д.), стала причиной появления новых и актуализации ранее неактуальных для русского языка слов.

Эти заимствования можно условно разделить на две группы: термины, относящиеся к политическому дискурсу (политологические термины, наименования политических идеологий, движений, партий) и термины, не относящиеся к нему (из социальной, экономической и правовой сферы российского общества). Примерами первой группы являются слова абсентеизм, вето, вотум, плебисцит; а второй группы - культура, девальвация, импорт, дотация и др. Общественно-политическая лексика - это живая, динамично развивающаяся система. Различные внутренние и внешние политические процессы, независимо от своего положительного или отрицательного значения для общества, продолжают быть причиной заимствования новых слов как из латинского языка, так и из других языков.

ОБРАЗНОСТЬ И ВЫРАЗИТЕЛЬНОСТЬ ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА В МЕДИЦИНСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ

Немтинова В.А.

Кафедра латинского языка, русского языка как иностранного
Пермский государственный медицинский университет, г. Пермь
Научный руководитель: ст. преп. Калавур Ю.В.

В медицине с древнейших веков и до настоящего времени используются метафоры. Метафоризация, корнями уходит в прошлое и тесно связана с многовековой историей становления и развития медицинских наук, является одним из источников формирования медицинской терминологии.

Цель исследования. Выявить этимологию метафор - олицетворений в анатомической и клинической терминологии, в частности в психиатрии; определить их значение и выразительность.

Материалы и методы. Словарь эпонимических терминов в психиатрии, психотерапии и медицинской психологии (Блейхер В.М., 1984 г.), толковый словарь психиатрических терминов (Блейхер В.М., Крук И.В., 1995 г.) и атлас анатомии человека (Синельников Р.Д., Синельников Я.Р., в 4 томах, 1996 г.).

Результаты и их обсуждение. В ходе работы было отобрано 60 метафор - олицетворений анатомической и психиатрической терминологии, из них 17 % были отнесены к анатомии: cornu Ammonis (hippocampus) - Аммонов рог, mons Veneris - мост Венеры, umbilicus Veneris - пуп Венеры, tendo Achillis (t. calcaneus) - Ахиллово сухожилие, Pomum Adami (prominentia laryngea) - Адамово яблоко или кадык и др. 83% метафор-олицетворений являются определениями симптомов и синдромов в области психиатрии:

комплекс Медеи, комплекс Ореста, синдром Рапунцель, синдром проклятья Ундины, боваризм, комплекс Квазимодо, синдром Мюнхгаузена, синдром Алисы в стране чудес, синдром Обломова, синдром Плюшкина, синдром Манилова, синдром Хлестакова, бертранизм, симптом Ван Гога, синдром Диогена.

Метафоры - олицетворения в анатомической терминологии являются реликтами прошедших культурных эпох: античности, Средневековья и эпохи Возрождения. Появление метафор-олицетворений в области психиатрии связано с развитием медицинских наук в настоящее время. Они понятны, легко запоминаются и удобны в употреблении при выражении определенных признаков заболеваний и могут характеризовать более ярко психические расстройства. Благодаря своей образности, они воспринимаются как «живые существа», наделяя чертами одушевленности части тела и клинические проявления заболеваний.

ВЗАИМОВЛИЯНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ИНОСТРАННЫХ И ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ АНАТОМИЧЕСКИХ ТЕРМИНОВ

Тюляндина Е.В.

Кафедра латинского языка, русского языка как иностранного
Пермский государственный медицинский университет, г. Пермь
Научный руководитель: ст. преп. Егорова Л.О.

Цель исследования. Изучить лексические заимствования в подъязыках морфологических дисциплин (анатомии и гистологии) на взаимосвязях четырех языков: английского, французского, латинского и русского; определить морфемы латинского происхождения; изучить количественный показатель мигрировавших анатомических и гистологических терминов в данных языках.

Материалы и методы. Методом отбора иноязычных заимствований из Медицинского энциклопедического словаря, Большого словаря иностранных слов и интернет - ресурсов выделены 270 терминов по разделу «Скелет», из которых сформированы 42 группы лексических единиц

Результаты и их обсуждение. В ходе проведенного исследования были проанализированы и сопоставлены медицинские термины по разделу «Скелет» в латинском, русском, английском и французском языках. Абсолютное совпадение написания и произношения (т.е. калькирование) терминов во всех четырех языках составляет 21,5%; при этом, в английском и латинском языках абсолютное совпадение составляет 45,2%. Термины английского и латинского происхождения, написание которых отличается одной-двумя буквами, составляют 26,2%. Это связано с грамматическими особенностями словообразования. Французских и латинских терминов, имеющих общую основу выявлено 28,6%, но в большинстве случаев, произношение и написание французского термина отличается от латинского

аналога. Термины французской анатомической номенклатуры характеризуются большей индивидуальностью. Абсолютное различие французских и латинских терминов составляет 39,2%. В русском языке совпадение произношения с латинскими аналогами - 7,1%.

В английском и французском языках преобладают анатомо-гистологических термины греко-латинского происхождения, что свидетельствует об их общем индоевропейском происхождении, а также влияние римской культуры и распространение латинского языка на данных территориях. Латинские морфемы являются основной структурной единицей для образования анатомо-гистологических терминов в современном языке медицины.

РУССКИЙ ЯЗЫК В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

Щедрин И.В.

Кафедра латинского языка и русского языка
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научный руководитель: доц. Ким З.М.

Цель исследования. Оценка распространенности русского языка и количество людей, владеющих русским языком в мире, а также - уровень знаний русского языка студентами РязГМУ.

Материалы и методы. Анкетирование и опрос студентов, оценки их контрольных работ, изучение статистических данных.

Результаты и их обсуждение. Средний балл студентов из пяти групп - 3.4. Степень владения русский языком наиболее высока в странах бывшего Советского Союза, Европы, Северной Америки, Израиля. Имеется тенденция к снижению количества людей, владеющих русским языком.

Вывод. Для роста популярности русского языка за рубежом необходима помощь изучающим и преподавателям, проведение специальной политики государства в этой сфере.

ЗООМОРФИЗМЫ В ЛАТИНСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ

Холмогорова О.П., Холмогорова С.П.

Кафедра латинского языка, русского языка как иностранного
Пермский государственный медицинский университет, г. Пермь
Научный руководитель: ст. преп. Егорова Л.О.

В качестве активных источников метафоризации в медицинской терминологии выступают зооморфизмы. Особый интерес вызывает частотность употребления лексем «волк» и «заяц» в клинических терминах.

Цель исследования. Определить частотность употребления лексем «lupus» (волк) и «lepus» (заяц) в латинских терминах, в частности в наименованиях заболеваний и патологических состояний; провести лексико-семантический анализ латинских зооморфизмов.

Материалы и методы. В ходе работы были отобраны и проанализиро-

ваны терминологические единицы из медицинского словаря, научно-популярной литературы, медицинской энциклопедии. Использованы интернет-ресурсы. Основными методами исследования являются: сравнительно-сопоставительный, этимологический и морфемный анализ.

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования из отобранных терминов, была выделена группа зооморфизмов в количестве 150 единиц, из них термины с лексемой «заяц» и «волк» составили 7,8%. Наибольшее количество употребления данных лексем выделено в пословицах - 27% («*Duo lepores in sequens, neutrum cepit*» - за двумя зайцами погонишься, ни одного не поймаешь; «*Lupus non mordet lupum*» - волк волка не кусает; «*Lupus pilum mutat, non mentem*» - волк меняет шкуру, но не повадки). В наименованиях заболеваний и патологических состояний указанные лексемы встречаются реже и составляют 3% («*Faux lupine*» - волчья пасть; «*Labium leporis*» - заячья губа; «заячьим глазом» (лагофтальм) называют болезнь, при которой происходит несмыкание век; волчанка (*lupus*), наименование группы аутоиммунных заболеваний человека различной этиологии: *lupus vulgaris* - волчанка обыкновенная; *lupus exulcerans* - изъязвленная волчанка). Зоонимы как средство выразительности языка для профессиональной медицинской терминологии выполняют важную классифицирующую роль. Они определяются как признаки наименований заболеваний, так и патологического состояния. Зооморфные термины востребованы, являются активной частью профессиональной лексики.

ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ МИРОВОГО И РОССИЙСКОГО ФОНДОВЫХ РЫНКОВ

Шапка В.В.

Балтийский федеральный университет, г. Калининград
Научный руководитель: ст. преп. Власенко Р.Д.

В настоящей работе проанализировано состояние мирового и российского фондовых рынков, или рынков ценных бумаг.

Продолжительное время крупнейшими рынками мира остаются рынки США, Великобритании, Германии и Японии. По данным РБК на 25.02.2015 г., рынки акций США, Великобритании и Германии обновили исторические максимумы - капитализация всего мирового рынка акций установила рекорд - 67,5 трлн. долл. (на 1.10.2014 - около 61 трлн. долл.)

Лучшим фондовым рынком по итогам 2014 г. стал рынок Венесуэлы, несмотря на пребывание ее в рецессии. У других стран дела обстоят хуже: португальский биржевой индекс PSI 20 упал на 35,5%; индекс Афинской биржи ASE Index в 2014 г. просел на 35,1%. Фондовый рынок Греции долгое время отображает не экономическую, а политическую ситуацию в стране.

Мировые рынки растут благодаря стимулирующим программам центробанков - с марта 2015 г. ЕЦБ начал осуществлять покупку облигаций на

вторичном рынке европейских правительств и агентств; согласно планам, общая сумма покупок составит примерно 1 трлн. евро к сентябрю 2016 г.

На фондовом рынке РФ крупнейшими являются следующие биржи:

1. Московская межбанковская валютная биржа (ММВБ) - объем вторичных торгов акциями, РДР и паями в январе 2015 г. увеличился на 3,6%, составив 724,4 млрд. руб. по сравнению с 699,5 млрд. руб. в январе 2014 г. Среднедневной объем торгов составил 38,1 млрд. руб. (36,8 млрд. руб. в январе 2014 г.). Объем вторичных торгов корпоративными, региональными и государственными облигациями составил 273,5 млрд. рублей (685,9 млрд. рублей в январе 2014 года). Среднедневной объем торгов - 14,4 млрд. рублей (36,1 млрд. рублей в январе 2014 года).

В январе на фондовом рынке ММВБ размещены 20 облигационных займов, объем размещения составил 437,3 млрд. рублей.

2. Российская торговая система (РТС).

Согласно РБК, падение индекса РТС с начала 2014 г. достигло 50,2%, и что является худшим показателем среди фондовых индексов всего мира.

По данным Росстата, на конец 2012 г. на территории РФ было размещено 40 171918,1 млн. акций, облигаций - 1420,2 млн. штук.

Закончить исследование хотелось бы на положительной ноте - Российскому рынку ценных бумаг еще далеко до исторических максимумов, но все же он растет - индекс РТС с начала 2015 г. поднялся на 11%, хоть и остался почти в три раза ниже уровня мая 2008 г.

ИЗМЕНЕНИЯ ОРФОЭПИЧЕСКИХ НОРМ РУССКОГО ЯЗЫКА В НАЧАЛЕ XXI ВЕКА

Владиславская З.А., Авдокушина А.О.

Кафедра латинского и русского языка

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: ст.преп. Козлова Л.В.

Цель работы: выявление изменений орфоэпических норм русского литературного языка в конце XX - начале XXI века. Нами было проведено исследование по сопоставлению орфоэпических норм, зафиксированных в «Орфоэпическом словаре русского языка» под редакцией Р.И. Аванесова (1988), и норм, представленных в словаре И.Л. Резниченко «Орфоэпический словарь русского языка. Произношение. Ударение» (2010). Проведя сопоставительный анализ данных словарей, мы пришли к выводу, что орфоэпические нормы изменяются с течением времени, отражая различные процессы, происходящие в обществе. Процесс изменения языковых норм особенно активизировался в последние десятилетия.

Нами были зафиксированы следующие изменения акцентологических норм:

1. Норма полностью изменилась: в словаре 1988 г. - *грЕйнфрут*, в словаре 2010 г. - *грейнфрУт*, *грейнфрУтовый*.

2. Появился произносительный вариант и слово стало иметь два равноправных ударения: *джинсОвый* (1988) - *джИнсовый* и *джинсОвый* (2010).

2. Допустимый вариант перешёл в разряд равноправных: *берЁста* - *берестА*, *бредовОй* - *бредОвый*, *гренкИ* - *грЕнки*, *иначе* - *Иначе*, *Индеветь* - *индеветь*, *камбала* - *камбалА*, *кЕта* - *кетА*, *мельком* - *мелькОм*, *одновременный* - *одноврЕменный*, *Отдал* - *отдАл*, *прОдал* - *продАл*.

3. Допустимый вариант стал не просто равноправным, но и более предпочтительным в употреблении. В словаре Р.И. Аванесова (1988): *мизЕрный* и *доп. мИзерный*, *творОг* и *доп. твОрог*. В словаре И.Л. Резниченко (2010) находим: *мИзерный* и *мизЕрный*, *твОрог* и *творОг*.

4. Вариант, находящийся за пределами нормы, перешёл в разряд равноправных. Слово *обеспЕчение* в словаре 1988 г. имеет помету *не рек. обеспечЕние*, а в словаре 2010 г. представлены равноправные варианты *обеспЕчение* и *обеспечЕние*.

5. Появились устаревшие или устаревающие варианты ударения. Среди устаревших вариантов можно выделить *йогУрт*, *индУстрия*, *дарИшь*, *трапЕза*, *фОльга*, *дЕньгам*.

Произносительные нормы также претерпели ряд изменений в начале XXI столетия:

1. Изменения в произношении согласного перед «Е» в заимствованных словах. Появились равноправные мягкие варианты произношения в словах *нейрохирург*, *менеджер*. Тогда как, по данным словаря Р.И. Аванесова (1988), эти слова можно было произносить только твердо: [*нэ*]/*йрохирург*, [*мэ*]/*неджер*.

2. Изменения в произношении звукосочетания *чн*. В словах *гречневый*, *сливочный*, *молочный*, *полуночник* современным признаётся произношение [*чн*]. Произношение [*шн*] в данных словах носит архаический оттенок.

Таким образом, отметим, что орфоэпические нормы, как и всё в языке, медленно, но непрерывно развиваются, меняются во времени. Появляются новые варианты произношения и постановки ударения, которые могут быть либо не приняты обществом и объявлены ошибочными, либо, являясь отражением объективных закономерностей в развитии общества и языка, могут постепенно закрепиться и дать начало новой норме.

ЛАТИНСКИЙ ЯЗЫК В КУЛЬТУРЕ СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЁЖИ

Евтеев Е.О.

Кафедра латинского языка и русского языка

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: доц. Кечина Э.А.

In via est in medicina via sine lingua Latina - непроходим путь в медицине без латинского языка. С этим известным высказыванием нельзя не согласиться. Значение и вклад латинского языка в становление медицинской

терминологии неоспорим. Несмотря на то, что латинский язык относится к числу мёртвых, он по-прежнему остаётся ведущим языком научной традиции и имеет огромное общекультурное значение. А какое место занимает латынь в культуре современной молодёжи? Чтобы ответить на этот вопрос, мы проанализировали собранный лексический материал (слова, имеющие латинское происхождение, устойчивые выражения, афоризмы) и пришли к следующим выводам. Крылатые латинские выражения служат своеобразным девизом или визитной карточкой и используются:

- в модном искусстве татуажа («Amor omnia vincit» - любовь всё побеждает, «Carpe diem» - лови день, живи настоящим; «Vivere» - жить);

- в качестве креативного дополнения в современной молодёжной моде: одежде и аксессуарах («Frontis nulla fides» - наружность обманчива; «Ego te intus et in cute novi» - вижу тебя насквозь);

- в дизайнерских гравировках, в последнее время всё чаще на обручальных кольцах («Ab hinc» - отныне; «In aeternum» - навсегда; «Fac fidele, sis fidelis» - будь верен тому, кто верен тебе);

- в качестве аватаров и статусов в интернет-пространстве, на форумах в электронных письмах, в социальных сетях, в субтитрах видео на YouTube («Primus inter pares» - первый среди равных; «Amor omnibus idem» - любовь у всех одна; «Nec sibi, nec alteri» - ни себе, ни другим).

На латинском языке звучат и названия некоторых известных среди молодёжи музыкальных коллективов: «In Extremo», «Anorexia Nervosa», «Enigma», «Era», «Surge et age». Заимствования из латинского языка составляют немалую часть молодёжного сетевого сленга («админ» от лат. administrator; «глюк» от лат. hallucinatio - бессмысленная болтовня, бред) и лексики сети Internet («форум» от лат. Forum - рыночная площадь; «статус» от лат. status - состояние, положение и т.д.).

Таким образом, латинский язык сегодня - это неотъемлемый «атрибут» современного мира и современной молодёжной культуры, поэтому "не столь почётно знать латынь, сколь стыдно её не знать" - "non enim tam praeclarum est scire Latine, quam turpe nescire" (Cicero).

ФИЛОСОФСКИЕ ИДЕИ АНТИЧНОЙ МЕДИЦИНЫ

Иванова А.Н.

Кафедра философии и истории

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: доц. Гагин И.А.

Цель исследования. Изучить философские основы античной медицины.

Материалы и методы. В ходе исследования были использованы различные материалы, большее внимание уделялось таким печатным источникам как:

1. Заблудовский П.Е История медицины / Методическое пособие - М.:

Медицина, 1998. - 113 с.

2. Карпов В.П. Гиппократ. - М.: Аст, 1994. - 654 с.

3. Пицхелаури Т. З. Клавдий Гален - классик античной медицины // Сов. Здравоохранение. - 1980. - № 4. - С. 70-71.

4. Чикин С.Я. Врачи-философы. - М., 1990. - С. 41-46.

Так же использовались ресурсы интернета. Основной метод исследования - сравнительный.

Результаты и их обсуждение. Исследовался период античной медицины, основные представления о строении человеческого тела, представления о здоровье и болезни, жизни и смерти. Все эти вопросы рассматривались в лоне единого научного базиса - натурфилософии. В период античности натурфилософия в силу своего научного содержания являлась единственной философской и естественнонаучной основой медицины. Кроме того, на основе именно натурфилософии в той или иной степени разрешается вопрос о природе человека и, следовательно, целый ряд других вопросов практики и теории медицины. Таким образом в ходе исследования нам удалось не только изучить философию античной медицины, но и познакомиться с особенностями быта, представлениями о мире и о человеке целой исторической эпохи.

Выводы. Античность - достаточно противоречивое время, с одной стороны человек не обладал еще достаточными знаниями о мире, с другой же стороны именно Античность стала временем расцвета мысли, культуры и науки. Человек пытался совладать с природой в ежеминутном противостоянии, единственное, что оставалось загадкой - природа человека, его физическая и психическая сущность. Именно достижения ученых Древнего мира легли в основу будущих великих открытий. Важно то, что человек стал рассматриваться как социальное существо, то есть на первый план вышли его чувства, мысли, переживания, это стало важным толчком для развития медицинской деонтологии, основные принципы которой не меняются по сей день.

МЕДИЦИНА И РЕЛИГИЯ В ГАНЕ

Соломон Айику Каабу

Кафедра философии и истории

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: доц. Ерошина Т.А.

Исследователи интересовались проблемой здоровья и пытались уточнить, каким образом заболевает человек, и какие виды лечения ему оказывают в той или иной ситуации, в зависимости от заболевания и социальных, культурных, физиологических факторов.

До того, как миссионеры пришли в Гану, которая раньше называлась Золотой Берег, в стране была традиционная (народная медицина) медицина.

Традиционная медицина - это общее понятие, которое охватывает несколько отраслей: фитотерапию, фетиши, целительство, священников, жриц и духовных целителей различных категорий. Практики традиционной медицины использовали травы, веру в высшие силы и знание, накопленное поколениями.

Миссионеры завезли аллопатическую (научную) медицину в Гану в колониальный период. Важно отметить следующий факт: государство признавало оба вида медицины: аллопатическую и традиционную.

Традиционная медицина учитывала социальные, культурные и психодинамические факторы, а также межличностные отношения для установления причины заболевания и проведения дальнейшей терапии. Некоторые аспекты ее практики тесно связаны с религиозной идеологией.

Статистика показывает, что большинство современных ганейцев обращаются к традиционной медицине. Более 100,000 приверженцев традиционной медицины практикуют в стране. С другой стороны, у нас в стране более 12,000 врачей, практикующих аллопатическую медицину.

Приверженцы традиционной медицины работали под руководством организации "Ассоциация Практиков Традиционной Медицины Федерации Ганы". При обеспечении эффективного медицинского обслуживания, нужно учитывать тот факт, что в Гане оба вида медицинских систем сосуществуют вместе (научная и традиционная). Чаще всего, вопрос заключается в том, как совместить научную медицину с традиционной, локальной и общепринятой социумом.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ГОСУДАРСТВА ПО ПРОТИВОДЕЙСТВИЮ ПРАВОВОМУ НИГИЛИЗМУ

Бобров Ф.А.

Балтийский федеральный университет, г. Калининград

Научный руководитель: ст. преп. Усенко Ю. Н.

Тема правового нигилизма в наше время является одной из самых актуальных проблем. Этой проблемой на протяжении последних десятилетий сильно обеспокоена государственная власть.

Так, Президент РФ в своем Послании от 30.03.1999 указал, «что ... преодоление правового нигилизма и стереотипов противоправного поведения - одно из ключевых звеньев борьбы с преступностью». В Указе Президента от 10.01.2000 задача преодоления правового нигилизма представляется одной из значимых в вопросах национальной безопасности государства.

Если говорить о последних годах, то российским гражданам присущи деформированное сознание по отношению к праву, госинститутам и структурам, неверие в силу закона. В своем заявлении на II Гражданском форуме в Москве в январе 2008 Д. Медведев заявил: «Россия - страна правового нигилизма, таким уровнем пренебрежения к праву не может похвастаться

ни одна европейская стран...».

При исследовании причин, порождающих правовой нигилизм, мной были рассмотрены исторические корни данного явления, религиозный аспект, а также современные причины, проявляющиеся в системном кризисе власти.

В результате исследования вышеуказанных причин, сделан вывод о фундаментальной причине правового нигилизма: в системе, построенной на принципах авторитаризма, которая была и есть в нынешнем государстве, правовой нигилизм присущ и не может не возникнуть.

Правовой нигилизм в России - это не отдельное, а сугубо системное явление. До тех пор, пока не будет преобразована вся система государственного устройства, любая деятельность, направленная на противодействие правовому нигилизму, будет искажаться в интересах аппарата и, что предсказуемо, будет лишь порождать еще большее недовольство народа и усиление его неверия по отношению к государству, праву и законам.

ВОЗМОЖНО ЛИ МОРАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ НАСИЛИЯ?

Кияшева Е.С.

Кафедра философии и истории

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: преп. Сторчеус Н.В.

На вопрос, в какое время мы живем, можно дать однозначный ответ - в эпоху сверхнасилия. Впервые поставлена под вопрос бессмертность человеческого рода.

В современном обществе мы часто встречаемся с насилием во всех сферах нашей жизни. Однако может все совершаемое насилие можно оправдать? Думаю, этот вопрос является актуальным на сегодняшний день.

Цель исследования. Выявить возможность морального обоснования насилия.

Материалы и методы. Анализ статей из периодических изданий: Гусейнов А.А. Журнал «Вопросы философии», Денисов В.В. Журнал «Философия и общество».

Результаты и их обсуждения. Насилие с этической точки зрения - проявление насильственных поступков против воли другого человека (людей), которые являются сознательным действием индивида. Оно не является формой общественного принуждения или природной агрессивностью. Можно сказать, что насилие задает общественную связь в негативной форме: стремится силой, физическим принуждением достичь того, что находится в зоне разумно аргументируемого публичного действия, но не удается добиться адекватными средствами.

В основании насилия лежит конфликт, в котором его участники не только не могут прийти к согласию, а отказались от самой установки на согласие. Насилие вырастает из конфликта на такой стадии, когда люди ради-

кально расходятся по вопросу о том, что есть добро и что есть зло.

Насилие невозможно искоренить насилем. Отвечая злом на зло, мы увеличиваем его. Оно не может быть предметом морального выбора. В подобных ситуациях возникает выбор наименьшего зла.

Невозможны ситуации, когда насилие могло бы считаться морально достойной позицией.

Вывод. Моральное обоснование насилия невозможно, но это не значит, что не имеет смысла анализа насилия с точки зрения морали. Пусть мораль ещё не способна сделать так, чтобы в мире не было насилия. Но она способна сделать так, чтобы те, кто совершает насилие, не тешили себя иллюзией, будто их позиция морально оправдана. Мораль отнимает право так думать.

ПАМЯТИ ДОСТОЙНЫ

Сучкова Ю.С.

Кафедра философии и истории

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: доц. Гагин И.А.

Цель исследования. Установить личности погибших летчиков, захороненных в братской могиле парка с. Воскресенское.

Материалы и методы. Сбор информации о погибших летчиках. Анализ собранных документов: документов, фотографий, воспоминаний. Поисковый. Аналитический.

Результаты и их обсуждение. На территории с. Воскресенское Данковского р-она, Липецкой области находится захоронение неизвестных воинов, расположенной в парке. Недалеко от памятника была найдена полуразбитая плита, где было начертано: «Здесь похоронены участники отечественной войны летчики: капитан неизвестный, штурман Мочалов Н.А. (1921-1943 гг.). На сайте «www.obd-memorial.ru» был найден документ о летчиках Мочалова Н.А. (штурман) и Серебренникове Ф.М. (капитан), в котором говорилось, что они похоронены в братской могиле с. Воскресенское. Позже была налажена связь с военно-поисковым клубом «Пограничник» города Первоуральска, где проживал штурман Мочалов Н.А. Начальник клуба Демидов А.Н. связался с родственниками Мочалов Н.А. и переслал различные фотографии, документы о погибшем летчике. В статье в одной из газет понятно, что Мочалов Н.А. был потрясающим человеком и настоящим героем. При выполнении боевого задания самолет был подбит, тяжело ранен капитан, штурман занял его место и приказывает стрелку-радисту покинуть самолет, сам он этого сделать не мог, хотел спасти командира и самолет. Проделав, большую работу и документально установив информацию о лицах (Серебренникове Ф.М., Мочалове Н.А.), было решено увековечить данные имена на мемориальной доске памятника. Торже-

ственное открытие мраморной плиты состоялось 18 августа 2013 г.

Вывод. Были установлены личности погибших, захороненные в братской могиле, на братской могиле установлена новая мемориальная доска, на которой увековечены имена летчиков.

СМЫСЛ ЖИЗНИ С ПОЗИЦИИ СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ

Якунина М.Н., Стрельников В.А.

Кафедра философии и истории

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: преп. Клышевич М.А.

Среди понятий, характеризующих целостное бытие человека, категория «жизнь» относится к наиболее часто употребительной. В самом понятии «жизнь» заложена центральная проблема бытия человека - поиск и понимание смысла жизни.

Цель исследования. Задачами являются: понять, какие ценностные ориентиры и ценности характерны для молодёжи в современном обществе, проанализировать сложившуюся ситуацию и сделать вывод.

В исследовании использовались различные философские взгляды на проблему смысла жизни, был проведен анализ ценностей и ценностных ориентаций современной молодежи.

Методами исследования являются: анкетирование, в ходе которого студентам предлагалось отметить те ценности, которые им наиболее близки; опрос студентов, где им предлагалось порассуждать на тему смысла жизни с позиции профессии врача; анализ научной литературы.

В ходе анализа ценностей и ценностных ориентаций было выявлено стремление молодежи к материальному благополучию, к трудовой деятельности, основными мотивами которой являются материальные потребности; по отношению к религии - ослабление позиций безверья; стирание традиционных тендерных ролей мужчины и женщины; отсутствие какой-либо целостной картины мира. Анкетирование показало, что большинство живёт ради достижения цели, ради успеха и семьи. Наиболее популярными ответами опроса являются: спасение человеческой жизни, преданность своему делу, самосовершенствование, благодарная улыбка на лице пациента, физическая и психологическая помощь больным, а также занятие тем, чем нравится.

В сознании российской молодежи прослеживается «переплетение» традиционных и инновационных ценностей. Как в 70-80-х гг. прошлого века, так и сегодня на вершине иерархии ценностных ориентаций молодежи остаются такие базовые ценности, как «семья», «дружба», «любовь». Однако молодежь демонстрирует ориентацию на собственные силы, индивидуалистические ценности, близкие к западному менталитету.

МОРАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ ОТ ЖИВЫХ ДОНОРОВ

Боронщикова Т.И., Стариков А.В.

Кафедра философии и истории

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: доц. Гагин И.А.

Цель исследования. Изучение различных аспектов проблемы трансплантации органов и тканей от живых людей, рассмотреть проблему трансплантации с позиций донора, реципиента; выяснить взгляды молодежи на данную проблему

Материалы и методы. Были использованы следующие материалы:

1. Дземешкевич С.Л., Борогад И.В., Гурвич А.И. Биоэтика и деонтология в клинической трансплантологии / Биомедицинская этика / Под ред. В.И. Покровского. - М.: Медицина, 1997

2. Мур Ф. История пересадок органов. - Москва: «Мир», 1987

3. Биоэтика: Учебник / В.М. Запорожан, М.Л. Аряев. - М., 2005

4. Волосовец А.П. Задачи по биоэтике и медицинской деонтологии для педиатров / О.П. Волосовец, Н.В. Нагорная и другие // Донецк., 2004

5. Брпле-Виньо Ф., Сфера К. (ред.). Требования биоэтики: Медицина между надеждой и опасениями. - М., 1999

Во время исследования мы использовали теоретический метод исследования (моделирование ситуации) и эмпирический методы, а конкретно: наблюдение и сбор необходимой информации; опрос студентов на данную тему; анализ полученных результатов.

Результаты и их обсуждение. По результатам опроса и в ходе обсуждения данной проблемы, выявлено, что основная масса опрошенных склоняется к мнению, о необходимости трансплантации органов от живого человека, так как иногда это чей-то единственный шанс на жизнь.

Выводы. Рассматривая данную проблему с этической точки зрения, мы сталкиваемся с различными ее аспектами. Перед врачом встает дилемма - проводить операцию или нет. С одной стороны принцип «не навреди», с другой - «врач обязан оказать помощь». В результате нашего исследования мы пришли к выводу о необходимости данного метода трансплантации в современной медицине. Все же врач обязан идти на риск, спасти человеческие жизни, но при этом риск должен быть оправдан, то есть, сохранена жизнь реципиента и сохранено здоровье донора на максимально возможном уровне.

ВРАЧИ-ФИЛОСОФЫ ЭПОХИ СРЕДНЕВЕКОВЬЯ О ДОЛГЕ ВРАЧА

Филина Н.А.

Кафедра философии и истории

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: доц. Гагин И.А.

Цель исследования. Изучить мировоззрения врачей-философов Эпохи Средневековья на врачебный долг и сравнить их взгляды на эту проблему.

Материалы и методы. Были использованы:

1. Чикин С.Я. «Врачи-философы»
2. Зудгоф К. «Медицина средних веков и эпохи Возрождения»
3. Вернер А.И. «Проблемы авторства «Ежедневной молитвы для врача» Маймонида»
4. iph.ras.ru

Методы исследования: диалектический (метод исследования явлений действительности в их развитии); сравнительно-исторический (путем сравнения выявляется общее и особенное в родственных, генетически и исторически связанных формах, достигается познание различных исторических ступеней развития одного и того же явления или двух разных, но родственных и сосуществующих явлений).

Результаты и их обсуждение. Прочитав данную работу и обсудив результаты, можно сказать, что врачебный долг - это высокое моральное чувство ответственности за здоровье и жизнь пациента. И только врач, сочетающий интеллект с моральным совершенством, достоин лечить тело и душу больного. Это мнение безошибочно и в наше время.

Выводы. Сравнив взгляды врачей-философов эпохи Средневековья на эту проблему, мы понимаем: врач должен честно исполнять свой врачебный долг, посвятить свои знания и умения предупреждению и лечению заболеваний, сохранению и укреплению здоровья человека, быть совершенным человеком.

ВАЛЮТНЫЙ КУРС РУБЛЯ И ЕГО ПЕРСПЕКТИВЫ В УСЛОВИЯХ ОТМЕНЫ «ВАЛЮТНОГО КОРИДОРА»

Рыбина Д.О.

Кафедра экономики и права

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: доц. Емельянов Д.Н.

Валютный курс и его колебания - это важный макроэкономический фактор, определяющий процессы в национальной экономике. Условия формирования валютного курса существенно изменяются в зависимости от экономической ситуации.

О планах отпустить рубль в «свободное плавание» и отменить валютный коридор с 2015 года Центробанк заявил еще два года назад, когда россий-

ская экономика демонстрировала относительно благоприятный тренд, оправляясь от последствий кризиса на волне устойчивого роста нефтяных цен. Но даже тогда ряд аналитиков предупреждал об определенных рисках такого шага для российской экономики. Несколько оправдывали его лишь ожидания значительного притока инвестиций в результате вступления страны в ВТО и надежды на создание инструментов по страхованию рисков крупных компаний-экспортеров.

Очевидно, что надежды на лучшее не оправдались, ситуация в экономике с тех пор ухудшилась, а рубль устойчиво катится вниз, или, как говорят специалисты, «вошел в долгосрочный понижительный тренд». С начала 2014 года падение его по отношению к доллару составило 11,3%, а 15 сентября был обновлен исторический минимум: 38,02 руб. за доллар США в первые минуты торгов. Однако ЦБ не намерен менять ни своих планов по отмене валютного коридора, ни целевых показателей по инфляции, которые на 2015 и 2016 годы должны составить 4,5% и 4% соответственно.

Плавающий курс уменьшит «чувствительность экономики к внешним шокам, адаптация к которым будет происходить за счет изменения валютного курса», уверяет Центробанк. Кроме того, эта мера поможет стабилизировать экономику: укрепление валюты при повышении цен на экспортируемые товары будет снижать риски ее «перегрева», а ослабление рубля поддержит отечественных производителей.

В качестве постепенного перехода к плавающему курсу ЦБ расширяет границы валютного коридора - т.е. диапазона, в пределах которого допускается колебание курса рубля. В 2010 году этот коридор был увеличен с 3 до 4 рублей (32,9-36,9 руб. за бивалютную корзину), в 2012 году он составлял уже 7 рублей (31,65-38,65 руб.), а 9 сентября 2014 года ЦБ расширил его сразу на 2 рубля - до 9 рублей (35,4 руб.- 44,4 руб.).

Границы валютного коридора определяются объемом совершенных валютных интервенций ЦБ. Предельные нормативы этого объема ЦБ тоже варьирует. В начале 2014 года для повышения границ бивалютного коридора на 5 копеек требовалось провести валютные интервенции общей суммой в 350 млн долларов. В марте предельная норма увеличилась сразу в 4,5 раза - до 1,5 млрд долларов, в июне ЦБ снизил размер накопленных интервенций до 1 млрд долларов, а 9 сентября, одновременно с резким расширением валютного коридора вернулся к «досанкционному» уровню в 350 млн долларов.

На курс рубля влияет макроэкономическая ситуация, с которой Центробанку справиться сложно.

Судя по действиям Центробанка, ни раскручивание маховика обоюдных санкций, ни растущий отток капитала за рубеж (по прогнозам ЦБ, он составит 90 млрд долларов - в 1,5 раза больше, чем в прошлом году) угрозы для национальной валюты пока не представляют.

Впрочем, аналитики не исключают, что если до конца года рубль при-

близится к границам существующего пока валютного коридора, интервенции продолжатся.

Сложившаяся ситуация характеризуется сильной неопределенностью: при учете всех фундаментальных факторов - крепкий доллар, дешевая нефть, санкции и выплаты по внешним долгам - справедливый курс доллара должен быть не более 42 руб., но он плавно приближается к 50 руб. Не раз ошибавшиеся за прошедший год аналитики и финансисты отказываются давать прогнозы. Но все походит на то, что, упорно следуя теориям на практике и опасаясь потерять свой авторитет, руководство ЦБ все же допустило «самораскручивающиеся процессы», которые не только не поддаются анализу, но и не вполне контролируются их инициаторами. Переход к плавающему курсу можно было совершить раньше или отложить до лучших времен.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЕВРОПЕЙСКОГО СУДА ПО ПРАВАМ ЧЕЛОВЕКА

Пашенцева А.Д.

Кафедра экономики и права

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: ст. преп. Полканова Н.А.

Европейский Суд по правам человека - международный судебный орган, юрисдикция которого распространяется на все государства-члены Совета Европы, ратифицировавшие Европейскую конвенцию о защите прав человека и основных свобод, и включает все вопросы, относящиеся к толкованию и применению конвенции, в том числе межгосударственные дела и жалобы отдельных лиц. На Российскую Федерацию его юрисдикция распространяется с 5 мая 1998 года.

Первоначально механизм защиты основных прав и свобод человека осуществляли три органа, которые несли ответственность за обеспечение соблюдения обязательств, принятых на себя государствами - участниками Конвенции: Европейская Комиссия по правам человека, Европейский Суд по правам человека и Комитет министров Совета Европы. С 1 ноября 1998 г. первые два из этих органов были заменены единым, постоянно действующим Европейским Судом по правам человека.

Европейский Суд по правам человека состоит из судей, число которых соответствует числу подписавших Конвенцию о защите прав человека и основных свобод, на сегодняшний день их 47.

Согласно статье 34 Европейской конвенции о защите прав человека и основных свобод, Суд может принимать жалобы от любого физического лица, любой неправительственной организации или любой группы частных лиц, которые утверждают, что явились жертвами нарушения со стороны государств-участников конвенции. Жалоба должна быть подана не позднее чем через 4 месяца после окончательного рассмотрения вопроса

компетентным государственным органом. Этот срок восстановлению не подлежит. Жаловаться можно только на те нарушения, которые имели место после даты ратификации конвенции государством, то есть в случае с Российской Федерацией такой датой будет 5 мая 1998 года. Для того, чтобы жалоба была признана приемлемой по существу, заявителем должны быть исчерпаны все внутригосударственные средства защиты своего права, и, прежде всего судебные средства такой защиты. Для Российской Федерации исчерпанием внутренних средств правовой защиты будет прохождение заявителем первой, апелляционной и кассационной инстанций. Жалобы, направляемые в Европейский Суд, должны касаться событий, за которые несёт ответственность государственная власть. Жалобы против частных лиц и организаций Европейским Судом не принимаются к рассмотрению.

Поступившие жалобы, рассматриваются сначала всегда Секретариатом Суда, затем либо Единоличным Судьей, либо Комитетом из трех Судей, либо Палатой из семи судей (или 5 судей), либо Большой Палатой из 17 судей.

Европейский Суд выносит три основных вида решений:

1. Решение о неприемлемости, оформленное в виде письма, адресованного заявителю;
2. Решение о неприемлемости или приемлемости жалобы в виде отдельного мотивированного документа;
3. Окончательное решение по делу, в переводе на русский именуемое постановлением (judgment); только в этом документе Европейский Суд может признать нарушение прав человека

Европейский Суд не является высшей инстанцией по отношению к судебной системе государства-участника конвенции. Поэтому он не может отменить решение, вынесенное органом государственной власти или национальным судом, не даёт указаний законодателю, не имеет права давать распоряжения о принятии мер, имеющих юридические последствия. Суд рассматривает только конкретные жалобы с тем, чтобы установить, действительно ли были допущены нарушения требований конвенции. Однако за всю многолетнюю практику Европейского Суда не было зафиксировано ни одного случая неисполнения решений Суда государствами-членами Совета Европы.

С момента своего основания Европейский суд вынес более чем 15.000 решений. Около половины решений было вынесено против четырех государств: России, Италии, Турции и Польши.

ИНТЕГРАЦИЯ ЭКОНОМИКИ РОССИИ СО СТРАНАМИ БРИКС

Бибикова Е.В.

Кафедра экономики и права

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: доц. Тришкин В.Н.

БРИКС - группа из пяти быстроразвивающихся стран, включающая Бразилию, Россию, Индию, Китай и Южно-Африканскую Республику. Эта группировка превратилась во влиятельный фактор мировой политики и экономики. За последние 10 лет экономический рост стран БРИКС составил 50 % от мирового, их экономики увеличились в 4,2 раза. Политическая влиятельность БРИКС связана с участием в объединении двух постоянных членов Совета Безопасности ООН (России и КНР), а также с активным участием всех членов БРИКС в ведущих международных организациях и структурах (ООН, «Группа двадцати», «Группа восьми») и региональных объединениях.

Страны-участницы БРИКС находятся на различных этапах социально-экономического развития. Россия оказывается на первом месте по такому критерию, как объем ВВП на душу населения. Показателем является и индекс развития человеческого потенциала, рассчитываемый для сравнения уровня жизни, ее продолжительности, развития образования и медицины в различных государствах. Таким образом, уступая другим странам БРИКС по одним показателям, Россия опережает их по другим. В сопоставлении с довольно высокими стандартами жизни в России, рост ее экономики достаточно высок. Следовательно, "низкий уровень развития" экономики не может служить основанием для исключения ее из "клуба" БРИКС.

БРИКС представляет собой новую модель международных отношений, альтернативную однополярному мировому устройству, ориентированному, прежде всего, на потребности США и других развитых стран. Реформирование мировых финансовых институтов, продвижение дипломатических и политических методов решения конфликтов, обеспечение международной безопасности, к которому стремится БРИКС, имеют целью участие развивающихся стран в мировых экономических и политических отношениях на справедливых основаниях, обеспечение защиты их интересов на мировой арене, взаимодействие с развитыми странами на равных. Для России встречи в формате БРИКС - способ разрешения проблем, взгляды на которые расходятся с позицией США: адекватное развитие военного потенциала РФ; продуктивные отношения со странами СНГ; законные интересы РФ в ключевых регионах мира; справедливые условия экономического обмена; регулирующая роль международных институтов типа МВФ. В этом смысле блок БРИКС можно рассматривать как некий "противовес" Западу.

Участие России в блоке БРИКС соответствует ее национальным интересам, представляя на сегодняшний день наиболее перспективные возможно-

сти для деятельности на международной арене.

В ответ на введенные против нее санкции и попытки навязать ей искусственную изоляцию, Россия стремится расширить свое присутствие на востоке и в Азии, активизировать сотрудничество со странами БРИКС. Так, Россия подписала договор с Китаем на поставки газа, товарооборот между странами быстро растет. По итогам визита президента В. Путина в Индию были заключены договоры на поставку нефти, строительство атомных реакторов, а также проданы лицензии на строительство в Индии российских вертолетов, представлен лайнер Сухой Суперджет 100 в VIP-конфигурации.

На фоне санкций и давления усиливается сотрудничество именно между странами БРИКС, коалицию которых уже некоторое время назад приводили в качестве альтернативы сегодняшнему влиянию США. Возможен отказ от доллара в торговых операциях между этими странами.

МИРОВОЙ ГАЗОВЫЙ РЫНОК. ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ГАЗОВОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

Якимова А.А.

Кафедра экономики и права

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: доц. Емельянов Д.Н.

Важная проблема мировой экономики состоит в выборе оптимальной с технической, экономической и экологической точек зрения стратегии использования наиболее дешевых и эффективных источников первичной энергии для производства тепла, электричества и моторного топлива.

Требованиям мирового рынка энергоресурсов наилучшим образом отвечает природный газ как наиболее универсальный, экологически чистый и наиболее надежный в части ресурсобеспеченности энергоноситель. Экологическая чистота и высокая эффективность использования природного газа позволяют существенно изменить взгляд на его возможную роль в энергобалансе будущего мира и говорить о наступлении эпохи природного газа, которая уже сегодня наступила в России, так как природный газ в топливно-энергетическом балансе страны уже занимает долю более 50%.

Доказанные запасы газа в мире составляют около 173 трлн. куб. м. Из десяти крупнейших газовых месторождений мира, начальные запасы которых на конец 2009 г. составляли не менее 63 трлн. куб. м., половина находится в России. Однако самое крупное месторождение - Южный Парс/Северное - находится в территориальных водах Катара и Ирана. Запасы этого месторождения оцениваются в 13,4 трлн. куб. м газа и 7 млрд. т. нефти. На втором месте в мире - Уренгойское нефтегазоконденсатное месторождение с общими геологическими запасами 16 трлн. куб. м и остаточными запасами - 10,2 трлн. куб. м. Самое молодое месторождение первой десятки

Хейнсвилль - открыто в США в 2008 г. До последнего времени поиски газа носили ограниченный характер. В настоящее время произведены поиски лишь около 1/4 перспективных на газ территорий. Свыше 2/3 всех поисково-разведочных скважин на газ пробурено в США и Канаде, которые представляют лишь 1/7 всех перспективных на газ территорий. По сравнению с США остальные регионы слабо изучены, и в ряде районов можно ожидать открытие крупных запасов газа.

Таким образом, мировыми лидерами по добыче газа являются Россия и США. В то же время у них существуют и наиболее серьезные проблемы с перспективой добычи природного газа. США имеет крайне низкую обеспеченность этим углеводородным ресурсом, а Россия стоит перед необходимостью привлечения крупных инвестиций в разработку новых месторождений (в первую очередь на континентальном шельфе), для которых характерна высокая себестоимость добычи, и, следовательно, крайне низкая рентабельность. Ясно, что в США добыча постепенно вступит в фазу стагнации, а затем начнет падать. В России, несмотря на имеющиеся огромные запасы природного газа, его добыча будет расти и далее медленными темпами.

На сегодняшний день газовая отрасль, несомненно, является системообразующей отраслью российской экономики и не планирует сдавать свои позиции в обозримом будущем.

Можно выделить ряд факторов, оказывающих серьезное влияние на будущее развитие российской газовой отрасли. Это, в первую очередь, выработка месторождений, находящихся в разработке, главным образом, в основном регионе газодобычи - Надым-Пур-Тазовском, и, как следствие, двукратное снижение добычи к 2030 году (с 589 млрд кубов в 2009 году до 257 млрд кубов к 2030 году), изношенность инфраструктуры газотранспортной системы, ориентированность экспорта газа исключительно на европейский рынок (97% экспорта российского газа), где с началом кризиса поменялся расклад сил и резко возросла конкуренция среди поставщиков газа. Важно отметить изменение компонентного состава газа: прогнозируется, что к 2030 году количество газа с высоким содержанием ценных компонентов вырастет больше чем в 2 раза.

Намечается нарастить добычу газа в нашей стране к 2030 году до 1 трлн. куб. м в год. Для реализации этой амбициозной задачи правительством РФ предусматривается очень серьезная программа капиталовложений: это модернизация действующих и строительство 25-28 тыс. км новых газотранспортных мощностей. Планируется ввод порядка 116-146 компрессорных станций, что увеличит их количество больше чем на 50%. В целом объем капитальных вложений в развитие газовой промышленности на период до 2030 года прогнозируется на уровне 12,3 или 14,7 трлн рублей в ценах на 1 ноября 2010 года.

Также планируется, что потребление газа внутри страны вырастет с 432

млрд. куб. м в 2009 году до 549-599 млрд. куб. м к 2030 году. Таким образом, внутренний рынок станет для газовой отрасли основным и приоритетным. Одним из важнейших условий повышения внутреннего потребления газа является газификация регионов Российской Федерации.

В настоящий момент ведётся развитие четырёх новых мегацентров газодобычи, а именно, месторождение полуострова Ямал, Штокмановское месторождение, месторождение Восточной Сибири, «Сахалин-3», Киринский блок. Только по этим центрам добычи суммарный потенциал составляет 548 млрд кубов.

Развитие индустрии СПГ в России планируется в первую очередь на базе месторождений полуострова Ямал, шельфа Сахалина, Штокмановского месторождения в Баренцевом море. Так, в число месторождений полуострова Ямал входит Южно-Тамбейское месторождение, на базе которого планируется развитие мощности по производству СПГ.

Запасы природного газа позволяют нашей стране обеспечить надёжное газоснабжение российских потребителей и оставаться серьёзным игроком на мировом газовом рынке.

НАРКОТИКИ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ЗАКОНА И МЕДИЦИНЫ

Гришкина М.С.

Кафедра экономики и права

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: доц. Карасев М.В.

Наркотики (от греч. *narkotikos* - приводящий в оцепенение) - это природные и синтетические вещества, вызывающие наркоманию. Молекулы наркотиков оказывают разрушающее воздействие на весь человеческий организм на клеточном уровне. Наркотики и различные психоактивные средства использовались в медицинских и немедицинских целях на протяжении тысячелетий. Использование наркотиков в немедицинских целях наносит обществу колоссальный демографический, криминальный и экономический ущерб.

Российское законодательство устанавливает административную или уголовную ответственность за незаконные действия с наркотиками (например, за немедицинское потребление наркотиков, незаконное изготовление, приобретение, хранение, перевозку или сбыт наркотиков, за их хищение, склонение к потреблению наркотиков, их посев или выращивание). Иногда наркотиками называют также средства для наркоза.

В 1998 года в России был принят Федеральный закон о наркотических средствах и психотропных веществах, который установил правовые основы государственной политики в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и в области противодействия их незаконному обороту в целях охраны здоровья граждан, государственной и общественной

безопасности. Согласно этому закону, в РФ запрещаются потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача, пропаганда наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, распространение в целях рекламы образцов лекарственных средств, содержащих психотропные вещества или наркотические средства. Юридическое лицо, замешанное в незаконном обороте вышеуказанных средств, подлежит ликвидации. Нарушения правил обращения с наркотическими средствами и психотропными веществами являются преступлением против здоровья населения и общественной нравственности.

Результаты анализа ситуации в сфере немедицинского потребления наркотиков в Российской Федерации и противодействия их незаконному обороту в 2014 году свидетельствуют о том, что высокий уровень наркотизации населения России остается прямой угрозой национальной безопасности и основным фактором подрыва демографического и социально-экономического потенциала страны. Наблюдаемое в последнее пятилетие стремительное возрастание масштабов наркопроизводства в Афганистане, обусловленное бездействием возглавляемых блоком НАТО коалиционных сил, сопровождается соответствующим ростом героинового потока в направлении южных рубежей Российской Федерации. Так, только в 2014 году изъятия героина возросли на треть, достигнув 3,2 тонны. Сокращение незаконного распространения и немедицинского потребления наркотиков, масштабов последствий их незаконного оборота для безопасности и здоровья личности, общества и государства определено генеральной целью Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года, утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 09.06.2010 № 690.

В 2014 году в соответствии со складывающейся наркообстановкой и задачами, определенными Стратегией, деятельность органов наркоконтроля осуществлялась по следующим основным направлениям: сокращение предложения наркотиков путем целенаправленного пресечения их нелегального производства и оборота внутри страны, противодействия наркоагрессии; сокращение спроса на наркотики путем совершенствования системы профилактической, лечебной и реабилитационной работы; развитие и укрепление международного сотрудничества в сфере контроля над наркотиками.

Важнейшим направлением деятельности правоохранительных органов по линии снижения предложения наркотиков является пресечение деятельности организованной наркопреступности, которая является основным поставщиком наркотиков в Российскую Федерацию, каркасом всей наркопреступности, а во многом и преступности в целом. ФСКН России данные задачи в целом успешно решаются. Ежегодно Службой ликвидируется более 80% всей организованной инфраструктуры наркосбыта, перехватывается 90% оптовых поставок наркотиков.

Следует отметить, что задачи кардинального снижения уровня наркопотребления и последующей ликвидации наркомании как разрушительного социально-культурного явления невозможно решать без организации действенной национальной системы реабилитации и ресоциализации наркопотребителей. В этой связи весомым результатом является принятие и вступление в силу 25 мая 2014 года подготовленного по инициативе ФСКН России 313 Федерального закона, наделившего суды правом направлять наркопотребителей на лечение и реабилитацию. Тем самым, впервые в российской истории создан механизм правового понуждения к освобождению от наркозависимости.

ФСКН России принимает непосредственное участие в формировании глобальной антинаркотической повестки, продвигая идеи первостепенного уничтожения центров наркопроизводства и недопущения распространения инициатив по либерализации антинаркотических подходов и легализации наркотиков. В этих целях Служба инициирует проведение и является активным участником масштабных международных антинаркотических форумов. В 2014 году одним из наиболее важных международных мероприятий стало проведение 15 мая 2014 года Московской антинаркотической министерской конференции, на которой рассматривался вопрос о мерах по ликвидации планетарных центров наркопроизводства. В конференции приняли участие представители более 60 делегаций иностранных государств и международных организаций.

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА

Костина С.В.

Кафедра экономики и права

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: преп. Слепов А.П.

В законодательстве РФ ответственность медицинского работника, медицинского учреждения перед пациентом оговорена в целом ряде законов и подзаконных актов.

Под юридической ответственностью понимается обязанность лица претерпеть неблагоприятные последствия, предусмотренные нормами права, за совершенное правонарушение и выражается в наложении на него конкретной меры государственного принуждения. Медицинские работники несут следующие виды ответственности: уголовную, гражданско-правовую, административную и дисциплинарную.

В УК РФ содержится перечень основных преступлений, составы которых могут быть связаны с профессиональными обязанностями медицинских работников или особенностями медицинской деятельности. Например: причинение смерти по неосторожности (ч. 2 ст. 109 УК РФ), принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации (ст. 120

УК РФ), незаконное помещение в психиатрический стационар (ч. 2 ст. 128 УК РФ), разглашение врачебной тайны (ч. 2 ст. 137 УК РФ «Нарушение неприкосновенности частной жизни»), незаконное производство аборта (ст. 123 УК РФ) и другие. Не считается преступлением случай (невиновное причинение вреда, казус, несчастный случай в медицине). Деяние признается совершенным невиновно (случайно), если совершившее его лицо не осознавало общественной опасности своего деяния, не предвидело его опасных последствий и по обстоятельствам дела не должно было или не могло их предвидеть (ч. 1 ст. 28 УК РФ). Отсутствие вины лица означает отсутствие состава преступления, а значит, основания для уголовной ответственности.

Гражданско-правовая ответственность - вид юридической ответственности, предусмотренный за гражданское правонарушение. Она наступает независимо от уголовной, административной или дисциплинарной ответственности и применяется отдельно либо дополняет их.

Отрицательные последствия в виде нарушения прав пациента или причинения вреда его здоровью в процессе лечения являются отправной точкой гражданско-правовой ответственности в сфере медицинской деятельности, поскольку предполагают наличие и объекта правонарушения, и противоправность поведения сотрудников медицинской организации.

К специальным формам гражданско-правовой ответственности относится компенсация морального вреда, выплата неустойки, уплата процентов и др. Вред, причиненный жизни и здоровью пациента медицинским работником при исполнении трудовых (служебных, должностных) обязанностей, подлежит возмещению медицинской организацией - работодателем (ст. 1068 ГК РФ). Ответственность же на самого работника может быть наложена только в порядке регресса в соответствии с требованиями трудового законодательства (ст. 1081 ГК РФ).

В числе административных правонарушений, которые связаны с профессиональными обязанностями медицинских работников или вытекают из особенностей медицинской деятельности, можно указать следующие: неправомерный отказ в предоставлении гражданину информации, в том числе, о его здоровье (ст. 5.39 КоАП), незаконное занятие частной медицинской практикой (ст. 6.2. КоАП), нарушения законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения (ст. 6.3 КоАП), заведомо ложное заключение эксперта (ст. 17.9. КоАП). Медицинские организации, а также лица, осуществляющие частную медицинскую деятельность, могут быть привлечены к ответственности за нарушение условий, предусмотренных лицензией (ст. 14.1 КоАП). Наиболее распространенным видом административного наказания является административный штраф.

Дисциплинарная трудовая ответственность установлена ст. 192 ТК РФ и включает следующие дисциплинарные взыскания: замечание, выговор,

увольнение по соответствующим основаниям. Обязательным элементом состава дисциплинарного проступка является вина работника в любой форме (умысла или неосторожности).

В заключение отметим, что, кроме юридической, медицинский работник несет еще и моральную ответственность за свою деятельность. Правильное понимание природы и значения этих форм ответственности позволяет существенно повысить правовую защиту как пациентов, так и медицинских работников, что, в конечном счете, поможет улучшить общественное здоровье населения.

ПРАВА ГРАЖДАН ПРИ ОКАЗАНИИ ИМ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Сидорина Ю.В.

Кафедра экономики и права

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: ст. преп. Гончарова Е.А.

Длительное время в России и ряде других государств (бывших союзных республиках) не существовало специального закона, регулировавшего деятельность психиатрической службы и правовое положение лиц, страдающих психическими расстройствами. В настоящее время этот пробел ликвидирован и Россия имеет собственное законодательство, в частности, ФЗ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Основные положения Закона связаны с защитой прав и законных интересов граждан при оказании психиатрической помощи, от необоснованного вмешательства в их жизнь. Закон включает защиту лиц, страдающих психическими расстройствами, от необоснованной дискриминации в обществе, ограждение общества от возможных опасных действий психически больного и, кроме того, защиту всех лиц, участвующих в оказании психиатрической помощи, предоставление определенных льгот этим работникам и, что очень существенно, обеспечение независимости врача-психиатра при принятии решений, связанных с оказанием психиатрической помощи.

Существенным представляется содержание ст. 5 ФЗ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», отражающей права больных. В данной статье, в частности, отмечается, что лица, страдающие психическими расстройствами, обладают всеми правами и свободами граждан, предусмотренными Конституцией Российской Федерации, Конституциями республик, законодательством Российской Федерации. Все лица, страдающие психическими расстройствами, при оказании им психиатрической помощи имеют право на:

- уважительное и гуманное отношение, исключая унижение человеческого достоинства;
- получение информации о своих правах, а также в доступной для них

форме и с учетом их психического состояния информации о характере имеющихся у них психических расстройств и применяемых методах лечения;

- психиатрическую помощь в наименее ограничительных условиях, по возможности по месту жительства;

- содержание в психиатрическом стационаре только в течение срока, необходимого для обследования и лечения;

- все виды лечения (в том числе санаторно-курортное) по медицинским показаниям;

- оказание психиатрической помощи в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;

- предварительное согласие и отказ на любой стадии от использования в качестве объекта испытаний методов профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, лекарственных препаратов для медицинского применения, специализированных продуктов лечебного питания и медицинских изделий, научных исследований или обучения, от фото-, видео- или киносъемки;

- приглашение по их требованию любого специалиста, участвующего в оказании психиатрической помощи, с согласия последнего для работы во врачебной комиссии по вопросам, регулируемым настоящим Законом;

- помощь адвоката, законного представителя или иного лица в порядке, установленном.

Следует отметить, что за нарушение «Закона о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», предусматривается дисциплинарная, гражданская, административная и уголовная ответственность.

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ СУРРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА

Дикова Д.Г., Мурзалиева Р.Р.

Кафедра экономики и права

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: ст. преп. Гончарова Е.А.

Суррогатное материнство дает возможность иметь родного ребенка женщинам, для которых вынашивание и роды невозможны по разным причинам. При суррогатном материнстве используется генетический материал супружеской пары, а оплодотворенная яйцеклетка имплантируется другой женщине, которая (как правило, за вознаграждение) вынашивает и рождает ребенка.

В мире сложилось неоднозначное отношение к суррогатному материнству. Нет единого мнения о том, что данный способ оплодотворения является правильным и законным. Применение этих методов репродукции связано со многими проблемами этического, медицинского и юридического характера.

Суррогатное материнство разрешено законами большинства штатов США, законами Израиля, Испании, Канады, Нидерландов, Украины, Грузии, ЮАР. При этом в ряде стран, таких как Австралия, Великобритания, Дания, разрешено только некоммерческое использование ЭКО. В ряде стран суррогатное материнство прямо запрещено законом (Австрия, Швеция, Франция, Италия, Швейцария, Германия, некоторые штаты Америки) или никак не регулируется законодательством страны (Бельгия, Ирландия, Финляндия).

В России коммерческое суррогатное материнство является совершенно законным. Однако конкретного федерального закона, регулирующего взаимоотношения сторон в области суррогатного материнства, в России нет, в связи с чем в правовых вопросах юристам приходится опираться на положения, содержащиеся в различных нормативных актах. Основными нормативно-правовыми актами, регулирующими отношения в области суррогатного материнства, являются такие законодательные акты, как: Семейный кодекс РФ от 29.12.1995 г.; Федеральный закон №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.11 г.; Приказ Минздрава России от 30.08.2012 N 107н "О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению".

В соответствии с данными нормативными актами, суррогатное материнство представляет собой вынашивание и рождение ребенка (в том числе преждевременные роды) по договору, заключаемому между суррогатной матерью (женщиной, вынашивающей плод после переноса донорского эмбриона) и потенциальными родителями, чьи половые клетки использовались для оплодотворения, либо одинокой женщиной, для которых вынашивание и рождение ребенка невозможно по медицинским показаниям. Причем приказ Минздрава России отмечает, что применение суррогатного материнства возможно только при наличии определенных медицинских показаний у потенциальных родителей.

Законодательство России устанавливает также основные требования, предъявляемые к суррогатной матери. Суррогатной матерью в России может быть женщина в возрасте от 20 до 35 лет, имеющая не менее одного здорового собственного ребенка, получившая медицинское заключение об удовлетворительном состоянии здоровья, давшая письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. При этом суррогатная мать не может быть одновременно донором яйцеклетки. В случае, если суррогатной матерью желает стать женщина, состоящая в «законном» браке, обязательно письменное согласие супруга. Также закон при суррогатном материнстве не допускает выбор пола будущего ребенка, за исключением случаев возможности наследования заболеваний, связанных с полом.

Рассматривая вопрос о суррогатном материнстве, не следует забывать о

ст. 51 СК РФ, которая указывает на то, что лица, состоящие в браке между собой и давшие свое согласие в письменной форме на имплантацию эмбриона другой женщине в целях его вынашивания, могут быть записаны родителями ребенка только с согласия женщины, родившей ребенка (суррогатной матери). Таким образом, право оставить или передать ребенка принадлежит только суррогатной матери.

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ САНКЦИИ ПРОТИВ РОССИИ: СОДЕРЖАНИЕ, ПОСЛЕДСТВИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ

Григорьев В.М., Никитина Н.С.

Кафедра экономики и права

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: доц. Нариманова О.В.

Одна из главных особенностей современного состояния мировой экономики - это крайнее обострение геополитических и геоэкономических противоречий. Санкции против России являются их проявлением. Санкции - это ограничительные политические и экономические меры, введенные в отношении России и ряда российских и украинских лиц и организаций, которые, по мнению международных организаций и отдельных государств, причастны к дестабилизации ситуации на Украине. Инициатором введения санкций с целью международной изоляции России стало руководство США, под сильным давлением которого, рискуя понести экономический ущерб, к санкциям присоединились страны Евросоюза. Санкции также поддержали государства Большой семерки и некоторые другие страны, являющиеся партнерами США и ЕС. Глубинной причиной введения санкций против России послужило усиление ее независимой позиции в мировой политике, а формальным поводом явились события на Украине.

В середине марта 2014 года, после того как Россия признала итоги общекрымского референдума, США, Евросоюз, Австралия, Новая Зеландия и Канада ввели в действие первый пакет санкций. Эти меры предусматривали замораживание активов и введение визовых ограничений для лиц, включенных в специальные списки (список ЕС и список США), а также запрет компаниям стран, наложивших санкции, поддерживать деловые отношения с лицами и организациями, включенными в списки. Помимо указанных ограничений было предпринято сворачивание контактов и сотрудничества с Россией и российскими организациями в различных сферах.

Если проанализировать отраслевую структуру санкций против России, то можно обнаружить, что санкции направлены против ключевых отраслей экономики РФ: нефтяной, газовой, атомной и военной промышленности РФ, а также против российского банковского капитала. Поскольку львиная доля экспорта России ориентирована на европейский рынок, то на практике санкции, направленные против РФ, означают вытеснение российских

компаний с европейского рынка.

Украина стала удобным поводом активизировать информационное и политическое лобби, которое посредством санкций стремится выдвинуть российские нефтяные компании с европейского рынка и помочь американским и британским компаниям занять их место. Содержанием налагаемых санкций в нефтяной отрасли стали меры, направленные против российских нефтяных компаний и их дочерних предприятий, а также вспомогательных компаний отрасли, запрет на экспорт в Россию технологий нефтедобычи и нефтепереработки, отказ от совместных проектов в нефтяной сфере и инвестирования перспективных проектов.

Россия - крупнейший в мире производитель природного газа. Монополистом в российской газовой сфере является компания «Газпром».

В отношении Газпрома в ближайшие годы санкции применены вряд ли будут ввиду отсутствия технической возможности альтернативных поставок газа в ЕС в настоящее время. Но поскольку для американских и британских компаний рынок Европы выглядит крайне привлекательным, то налагаемые санкции в настоящее время будут направлены на все перспективные проекты Газпрома как внутри России, так и за её пределами. К их числу относятся санкции в отношении российских газовых компаний, их дочерних предприятий, вспомогательных компаний отрасли, а также отказ от совместных проектов в газовой сфере и инвестирования перспективных проектов.

Еще одним направлением экономических ограничений стали санкции против России в финансовой и банковской отрасли. Продвижение крупного бизнеса на внешние рынки чаще всего сопряжено с продвижением на них банковского капитала. Усиление позиций российского бизнеса на европейском рынке было тесно связано с экспансией российского банковского капитала с целью поддержки российских экспортных компаний и участия российского капитала в крупных международных инвестиционных проектах. Финансовые резервы, накопленные РФ, позволили российским государственным и полугосударственным банкам в первые годы после мирового финансового кризиса начать приобретать зарубежные банковские активы и расширять филиальную сеть за рубежом. Ведущие российские госбанки операционно и финансово поддерживают деятельность нефтегазовых, атомных, авиационных, оборонных, информационных и иных компаний России на внешних рынках. Введение санкций против российских банков нацелено на расширение инструментария для вытеснения российских компаний с внешних рынков, и прежде всего - европейского.

Объектом санкции стал и оборонно-промышленный комплекс России. ЕС вводит эмбарго на поставки оружия и товаров двойного назначения.

Ключевым последствием санкций является ограничение доступа России к внешним финансовым рынкам и, следовательно, удорожание фондирования для российских банков и организаций, а также возможное ухудше-

ние общего финансового состояния. Причём финансовые санкции способны повлиять как на предприятия из «списка», так и на компании, не попавшие напрямую под ограничения. Причина этому - ухудшение доступности финансовых ресурсов в экономике в целом.

В краткосрочной перспективе сильнее всего санкции скажутся на отдельных технологических проектах (преимущественно в области нефтедобычи). Необходимо отметить, что даже те компании, работать с которыми санкции напрямую не запрещают, всё равно могут пострадать - многие западные партнеры не рискуют продолжать с ними сотрудничество из-за нестабильности текущей ситуации.

В долгосрочной перспективе эффект санкций может быть куда значительнее. Во-первых, серьёзно сокращаются возможности для привлечения дешёвых инвестиций, а для многих инфраструктурных компаний это критично. При этом государство не сможет восполнить это финансирование, удовлетворив потребности всех компаний. Во-вторых, компании фактически оказались отрезанными от новых технологий, которые невозможно в короткий срок заместить китайскими или отечественными разработками. Запрет на ввоз товаров двойного назначения и ограничения невоенного высокотехнологичного импорта может также серьёзно усилить технологическое отставание России от ведущих мировых держав.

В сложившихся условиях приоритетной задачей для экономики РФ становится диверсификация производства и рынков сбыта, развитие импортозамещения. Полная экономическая изоляция России невозможна ввиду глубокой интеграции ее в мировую экономику.

РЕФЕРЕНДУМ КАК ИНСТИТУТ НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ ДЕМОКРАТИИ

Абдурахманова Г.Ф.

Кафедра экономики и права

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: ст. преп. Полканова Н.А.

Под формами демократии понимаются исторически сложившиеся способы или средства выявления и выражения воли и интересов различных слоев общества.

В зависимости от того, каким путем - прямым или косвенным - выражаются эта воля и интересы общества и народа, различают две разновидности форм демократии. Это формы представительной демократии (выборные органы государственной власти, выборные партийные и общественные органы), с помощью которых народ осуществляет власть через своих представителей, и формы непосредственной демократии (референдум, плебисцит, собрания, сельские сходы и пр.), с помощью которых основные вопросы государственной и общественной жизни народом решаются непо-

средственно.

Референдум в рамках западной демократии является далеко не новой формой непосредственного участия населения в решении глобальных вопросов, а также в разрешении территориальных и иных внутригосударственных и межгосударственных проблем. В специальной юридической литературе принято считать датой проведения первого в истории человечества референдума 1439 г., а его «родиной» - Швейцарию. Референдумы неоднократно проводились во Франции, Италии, Дании, Норвегии, Ирландии, Бразилии, Уругвае, России и ряде других стран.

Под референдумом Российской Федерации понимается всенародное голосование граждан Российской Федерации по законопроектам, действующим законам и другим вопросам государственного значения. Решение, принятое на нем, является общеобязательным и не нуждается в дополнительном утверждении. На референдум выносятся важные вопросы общегосударственного значения, затрагивающие интересы народа. На референдум Российской Федерации в обязательном порядке выносятся вопросы о принятии новой Конституции РФ, если Конституционное Собрание принимает решение о вынесении на всенародное голосование проекта новой Конституции РФ. Референдум проводится на основе равного всеобщего и прямого волеизъявления при тайном голосовании; участие в референдуме свободное, голосование личное. Каждый участник референдума обладает одним голосом. В референдуме Российской Федерации имеет право участвовать каждый гражданин Российской Федерации, достигший на день проведения референдума 18 лет. В то же время не имеют права участвовать в референдуме граждане, признанные судом недееспособными или содержащиеся в местах лишения свободы по приговору суда.

ВЛИЯНИЕ МИРОВОГО НЕФТЯНОГО РЫНКА НА ЭКОНОМИКУ РОССИИ

Губарева В.И.

Кафедра экономики и права

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: доц. Тришкин В.Н.

Россия обладает одним из самых больших в мире потенциалов топливно-энергетических ресурсов. На 13% территории Земли, в стране, где проживает менее 3% населения мира, сосредоточено около 13% всех мировых разведанных запасов нефти и 34% запасов природного газа.

Ежегодное производство первичных энергоресурсов в России составляет более 12% от общего мирового производства. Сегодня топливно-энергетический комплекс (ТЭК) является одним из важнейших, устойчиво работающих и динамично развивающихся производственных комплексов российской экономики. На его долю приходится около четверти производства валового внутреннего продукта, трети объема промышленного произ-

водства, около половины доходов федерального бюджета, экспорта и валютных поступлений страны.

Такая доля ТЭК свидетельствует о сильной зависимости российской экономики от добычи нефти и газа и о том, что наша страна превращается в сырьевой придаток мировой экономики. С 2000 г. по 2004 г. Россия обеспечила самый высокий прирост добычи нефти в мире. Прирост добычи нефти в России был в три раза выше, чем у ОПЕК. В настоящее время Россия является одним из главных факторов стабилизации мирового рынка нефти. Однако, несмотря на отсутствие дефицита энергетического сырья и продуктов переработки, цены на внутреннем рынке растут вслед за мировыми. С начала года автомобильный бензин подорожал примерно на 40%. И, естественно, это вызывает серьезное беспокойство у российских потребителей.

С 2010 года экономика работала устойчиво, цены на нефть сохранялись на уровне 115-120 долларов за баррель, рубль был устойчивым, доллар стоил 36 руб. Экономисты вели разговоры о достигнутом пределе роста экономики России и необходимости проведения структурных реформ, но тема эта имела скорее теоретическое значение, поскольку никаких видимых причин для беспокойства не было. Ситуация резко изменилась в 2014 году в результате существенного снижения мировых цен на нефть и введения против России экономических санкций. На фоне резкого сокращения притока валюты от реализации нефти экономические санкции стали особенно болезненными. Эксперты, оценивая перспективы экономики на 2015 год, склоняются к нескольким вариантам возможного развития кризиса: оптимистичному; умеренному; пессимистичному.

Небольшое число, в основном, проправительственных оптимистов считают, что к середине года нефть возвратится к стоимости около 100 долларов за баррель, санкции существенно сократятся или будут сняты совсем, а экономика вернется в предкризисное состояние. Аргументируют они такие перспективы невозможностью долгой изоляции России из-за ее значимости в мировой экономике, незаинтересованностью основных игроков нефтяного рынка в низких ценах на нефть и нежеланием многих стран продолжать санкции против России из-за убытков, которые они сами несут.

Умеренные оптимисты рассчитывают на стабилизацию цен на нефть с последующим ростом до 80-85 долларов за баррель. Урегулирование проблем на востоке Украины позволит снять часть санкций и возобновить финансовое сотрудничество с европейцами и американцами. В результате удастся отделаться небольшим дефицитом платежного баланса и умеренным падением ВВП, что, при ЗВР в 400 млрд. долларов, большой угрозы для экономики не представляет. Такой вариант более вероятен, чем первый, но оснований рассчитывать на него пока нет.

Основное число экспертов считают, что 2015 год будет тяжелым для

российской экономики. При продолжающемся падении цен на нефть и обесценивании рубля потребительский рынок ожидает резкий рост цен и падение спроса. Соответственно, объемы производства будут падать, экономика войдет в рецессию. Уровень рецессии составит примерно 2%, инвестиции сократятся на 10%, а реальные доходы граждан упадут на 2%. Кризис остановит целые отрасли промышленности. Уже сейчас серьезно упали объемы производства в машиностроении, автомобильной промышленности и в строительстве. Естественно, связанные со строительством отрасли (производство стройматериалов и химии, металлургия и др.) также окажутся на грани остановки.

В то же время экономические трудности могут стать поводом для серьезной структурной перестройки экономики, становления собственного производства и ухода от сырьевой модели. Остается надеяться, что Россия с честью справится с серьезными трудностями, которые ее ожидают.

ВОЗДЕЙСТВИЕ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ НА ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ

Машутин С.А.

Кафедра экономики и права

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: доц. Нариманова О.В.

Внешняя среда организации - это совокупность факторов, находящихся за ее пределами, воздействующих на нее и определяющих ее функционирование. Среди факторов внешней среды организации различают факторы прямого и косвенного воздействия. Факторы внешней среды прямого воздействия не только сами влияют на организацию, но и испытывают на себе ее ответное влияние. К ним относятся: покупатели (клиенты), поставщики ресурсов, конкуренты, законодательство и органы государственного контроля. Факторы внешней среды косвенного воздействия активно влияют на организацию, но она не может оказать на них ответного влияния. Внешняя среда косвенного воздействия включает в себя факторы технологической, макроэкономической, политической, социокультурной, международной среды.

Рассмотрим особенности взаимодействия стоматологического учреждения с факторами внешней среды. Отметим, что способность эффективно адаптироваться к внешней среде, оптимизировать взаимодействие с ее факторами - это основа успешного развития организаций, включая и стоматологические.

Важнейшим фактором внешней среды прямого воздействия являются покупатели товаров и услуг организации. Для стоматологических организаций в этом качестве выступают пациенты. Особенность всех организа-

ций социальной сферы, в том числе и стоматологических, - это непосредственный контакт организации с клиентами (пациентами). Покупатели промышленных товаров, например, сотовых телефонов, планшетов, микроволновок часто судят об их качестве по бренду выпускающей их компании. Они никогда не вступят в прямой контакт с производителями этих товаров и не смогут напрямую высказать им свое мнение об их качестве. В отличие от них, пациенты врачей-стоматологов становятся непосредственным источником информации о качестве обслуживания, которую врач сразу же может использовать для улучшения своей работы. В любом случае для поддержания конкурентоспособности организации должны постоянно изучать и учитывать в работе запросы, вкусы и предпочтения покупателей. Если продукт организации не пользуется спросом, является менее конкурентоспособным по сравнению с продуктами других организаций, то сокращаются объем продаж, доходы и прибыль. В случае со стоматологией, если пациент не доволен качеством стоматологических услуг, он старается обратиться к другому врачу или в другое стоматологическое учреждение. Исследователями установлено, что, если покупатель удовлетворен товаром и качеством обслуживания, то он делится своими оценками с 5-6 лицами из ближайшего окружения, а если не удовлетворен, то с 10-15 лицами. В современных условиях этот эффект многократно усиливается благодаря общению в социальных сетях. Это получило название «вирусный маркетинг». «Вирусный маркетинг» для стоматологических учреждений часто даже более опасен, чем для организаций других отраслей, так как мгновенно информирует сообщество реальных и потенциальных пациентов о неудачах в работе врачей-стоматологов. Он способен в значительной степени нейтрализовать рекламу как традиционный способ коммуникаций организации с ее покупателями и клиентами.

Что касается взаимодействия стоматологической организации с поставщиками ресурсов, то в условиях современной России в этой сфере возникло много дополнительных проблем в связи с объявленными против нашей страны санкциями. Стоматология на 80-90% зависит от поставок импортных материалов и оборудования, которые в настоящее время сильно подорожали в связи с падением курса рубля и усилением темпов инфляции. Немало сложностей создает и повышение тарифов на электроэнергию. Это может существенно отразиться на объемах стоматологических услуг и их стоимости.

Конкуренты в любых условиях являются сложным для взаимодействия фактором внешней среды. Фирме необходимо хорошо знать всех своих конкурентов, объем, ассортимент, качество их товаров и услуг, а также их ценовую политику. Основная задача стоматологической организации, как и любой другой, - создать и сохранить конкурентные преимущества по сравнению с другими организациями. В области стоматологии основными способами создания конкурентного преимущества могут стать: 1) более

низкие цены стоматологических услуг при условии их одинакового качества с конкурентами; 2) более высокое качество стоматологических услуг (включая все виды обслуживания пациента); 3) более широкий ассортимент стоматологических услуг; 4) более удобное местоположение стоматологической клиники; 5) более удобный для пациентов режим работы стоматологической клиники (например, круглосуточный).

Важное значение для стоматологической организации имеет и способность правильно ориентироваться во всех нормативно-правовых актах, регулирующих ее деятельность, а также грамотно и эффективно взаимодействовать с органами государственного контроля.

Особые риски для российских стоматологических организаций создает в настоящее время внешняя среда косвенного воздействия. Крайне неблагоприятное влияние оказывают в первую очередь макроэкономические и международные факторы. Что касается макроэкономики, то начиная с 2012 года в России наблюдается снижение темпов экономического роста, что влечет за собой снижение доходов населения, а также сокращение спроса на многие виды товаров и услуг. Страдает от этого и стоматология. Макроэкономическая ситуация в стране существенно ухудшилась также в результате объявленных против России санкций, сокращения доходов от продажи нефти в связи с ее удешевлением на мировом рынке, усилением инфляции с декабря 2014 года. В конечном счете это тоже снижает покупательную способность населения страны, затрагивая и спрос на стоматологические услуги. Подчеркнем, что это касается не только платных услуг, но и так называемых «бесплатных», ведь компенсировать расходы на них в сложившихся условиях федеральному и местным бюджетам становится все сложнее. Как уже отмечалось, важной составляющей внешней среды косвенного воздействия является технологическая среда. Это совокупность господствующих в современном мире передовых технологий и ключевые направления научно-технического прогресса, то есть микроэлектроника, робототехника, биотехнология, высокие медицинские технологии. Задача организаций - использовать в своей работе все прогрессивные современные технологии соответствующих отраслей. Проблема заключается в том, что далеко не всем организациям это доступно. В качестве ограничивающих факторов здесь выступают не только финансовые возможности самой организации, но также и уровень технологического развития страны, состояние ее экономики, геополитические и геоэкономические факторы. Возможности российских стоматологических организаций в этом смысле в настоящее время далеко не идеальные.

Перспективы дальнейшего развития российской стоматологии в значительной степени определяются перспективами российской экономики, ее способностью справиться с современными вызовами.

Блок психоневрологии, общей и клинической психологии

ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Грязнова П.А.

Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научные руководители: доц. Лорина Л.В., асп. Джапаралиева Н.Т.

Цель исследования. Сравнительный анализ тревожно-депрессивных нарушений у больных рассеянным склерозом в зависимости от уровня инвалидизации, типа течения заболевания и вида терапии.

Материалы и методы. Обследовано 80 пациентов с РС и ВПРС (24 мужчины, 56 женщин) в возрасте от 19 до 66 лет, средний возраст $40,2 \pm 11,9$. Из них в группу получающих терапию препаратами, изменяющими течение рассеянного склероза (ПИТРС) вошло 60 человек, не получающих - 20. Клинико-неврологическое исследование включало оценку степени инвалидизации по расширенной шкале Куртцке (Expanded Disability Status Scale - EDSS). Психометрическое исследование проводилось по опросникам Бека и Тейлор.

Проанализированы показатели инвалидизации, уровня тревоги и депрессии у пациентов с РС в зависимости от вида терапии. Выделены 2 группы пациентов: получающие терапию ПИТРС (средний срок заболевания $7,58 \pm 4,7$ лет) и не получающие терапию (средний срок заболевания $7,7 \pm 5,0$ лет). Показатели инвалидизации по шкале Куртцке соответствуют средней тяжести заболевания. При анализе показателей тревожности и депрессии в целом отмечено преобладание среднего уровня нарушений с тенденцией к более высоким результатам в группе не получающих терапию.

В дальнейшем было проведено более детальное изучение тревожно-депрессивных нарушений с выделением следующих подгрупп: пациенты с ремиттирующим и вторично-прогрессирующим типом течения РС.

Показатели инвалидизации выше среди пациентов с ВПРС, не получающих иммуномодулирующую терапию, чем в других группах. Уровень тревожности принимает более высокие значения среди пациентов с РС, получающих терапию и среди отказавшихся от проведения терапии пациентов с ВПРС. Пациенты с ВПРС, не получающие иммуномодулирующую терапию, характеризуются и более высокими показателями уровня депрессии по сравнению с другими исследуемыми группами.

В качестве иммуномодулирующей терапии применяются различные лекарственные средства, в связи с чем проанализированы показатели в трех группах пациентов ($n=16$), получающих препараты интерферона β -1b, интерферона β -1a (44 мкг) и копаксон (глатирамера ацетат).

Выводы.

1. При сравнении уровней инвалидизации, тревоги и депрессии отмечается тенденция к повышению показателей в группе пациентов, не получающих терапию ПИТРС по сравнению с пациентами, регулярно принимающими препараты.

2. Среди пациентов с РРС выявлены более высокие показатели уровня тревожности в группе получающих терапию ПИТРС, чем у отказавшихся от проведения терапии. Достоверных различий между уровнями депрессии в аналогичных группах не отмечается.

3. Пациенты с ВПРС характеризуются тенденцией к повышению показателей тревожности и депрессии среди не получающих терапию ПИТРС.

4. При сравнительном анализе групп пациентов, в терапии которых применяются разные группы ПИТРС, достоверных различий между исследуемыми показателями не выявлено. Однако отмечается более высокий уровень тревожности среди получающих глатирамера ацетат. Также отсутствуют различия показателей депрессии при использовании глатирамера ацетата и препаратов группы β -интерферонов, несмотря на то, что депрессия является заявленным побочным эффектом последних.

**СОЦИАЛЬНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
ПОВТОРНЫХ ИШЕМИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ
В САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

Чехонацкий И.А., Гарина К.И., Чехонацкий В.А.

Кафедра нейрохирургии

Саратовский государственный медицинский университет, г. Саратов

Научный руководитель: д.м.н. Чехонацкий А.А.

Цель исследования. Изучить социально-эпидемиологическую характеристику больных повторным ишемическим инсультом в Саратовской области.

Материалы и методы. Проведено обследование и лечение 77 пациентов с клиническим диагнозом повторный ишемический инсульт за 2014-2015 г. Методами исследования послужили: клиничко-неврологические, лабораторные, лучевые, статистические.

Результаты и их обсуждение. Повторный инсульт встречается примерно одинаково у мужчин и женщин - 37 (48%) и 40 (52%) соответственно. Большинство перенесших повторный инсульт являются пенсионерами - 48 человек (62,33%). При изучении влияния возраста на возникновение вторичного инсульта, отмечено, что частота встречаемости повторных инсультов напрямую зависит от возраста - в половине случаев (50,7%) поражалась группа лиц старше 71 года. Изучение взаимосвязи индекса массы тела и частоты повторных инсультов выявило, что наиболее часто страдали люди, имеющие избыточную массу тела (предожирение) - 31 человек (40,3%). Анализ структуры заболеваемости среди больных ишемическим

инсультом показал, что 73 (94,8%) человека, страдали артериальной гипертензией; 57 (74,0%) пациентов - атеросклерозом аорты, мозговых сосудов. У 19 (24,7%) больных артериальная гипертензия осложнялась мерцательной аритмией. При изучении локализации очага ишемического инсульта выяснилось, что наиболее часто очаг локализовался в бассейне левой средней мозговой артерии - 40 (51,9%) человек, и в бассейне правой средней мозговой артерии - 22 (28,6%) пациента. В ходе исследования времени до возникновения повторного инсульта выяснилось, что наиболее опасным является промежуток времени до 1 года - 33 (40,8%) случая. С увеличением времени, прошедшего после инсульта, частота повторных нарушений мозгового кровообращения становится реже.

Выводы. Повторные инсульты встречаются с одинаковой частотой независимо от пола, чаще у лиц с предожирением. Факторами риска развития вторичного инсульта являются заболевания системы кровообращения, сахарный диабет. Частота повторных нарушений мозгового кровообращения становится реже, с увеличением времени, прошедшего после инсульта.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА АБСАНСОВ И СЛОЖНЫХ ПАРЦИАЛЬНЫХ ПРИСТУПОВ

Кочергин Н.В., Матрюк Д.И.

Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научный руководитель: асс. Зорин Р.А.

Эпилепсия является значительной проблемой общественного здравоохранения и остается одним из наиболее распространенных и тяжелых заболеваний нервной системы. Поэтому своевременная дифференциальная диагностика эпилептических приступов позволит провести адекватную и эффективную терапию, оказать существенное влияние на течение и прогноз заболевания.

Цель исследования. Повышение эффективности дифференциальной диагностики абсансов и сложных парциальных приступов.

Клинический случай. Пациент 30 лет, наблюдался в Рязанской областной клинической больнице на кафедре неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики.

У пациента были жалобы на приступы расстройства сознания без судорог и потери мышечного тонуса; практически ежедневные, а также генерализованные судорожные приступы (ГСП).

Приступы начались с 9 лет, после удара головой о бортик бассейна. В качестве консервативной терапии получал препарат фенобарбитал, затем дифенин - терапия оказалась неэффективной; приступы сохранялись. Затем был назначен препарат конвулекс, который вызвал урежение числа приступов, однако при наращивании дозы лекарства возникли явления панкреатита. Неврологом по месту жительства пациента была назначена

комбинация препаратов «финлепсин - конвулекс» - тем не менее приступы сохранялись.

На момент исследования у пациента ежедневные приступы расстройства сознания, при их учащении приблизительно 1 раз в месяц ГСП. Неврологический статус пациента без патологии. На МРТ очаговые изменения не выявлены.

При ЭЭГ исследовании отмечался паттерн похожий на абсанс. Билатерально-синхронная “пик - волновая” активность около 4 Гц (одноименно слева и справа). Клинически соответствующая приступу расстройства сознания. Возник вопрос о пролонгировании в зрелый возраст абсансов (юношеская абсансная эпилепсия). Была предпринята попытка отмены финлепсина с наращиванием дозы конвулекса с 600 до 900 мг. Однако наращивание дозы конвулекса привело к обострению хронического панкреатита. Поэтому было решено заменить конвулекс на ламотриджин (до 300 мг.) с последующей отменой финлепсина.

Наращивание дозы ламотриджина привело к урежению приступов (в течение 3-х месяцев не наблюдались ГСП, отключения сознания были до 3-х раз в месяц), но снижение дозы финлепсина привело к нарастанию числа приступов. В итоге было сделано заключение о сложных парциальных приступах с редуцированными автоматизмами.

Выводы.

1. Необходимость дифференциальной диагностики абсансов и сложных парциальных приступов даже в зрелом возрасте.
2. В дифференциальной диагностике подобного клинического случая оказалась эффективна терапия *ex juvantibus*.

КОМОРБИДНОСТЬ СИТУАЦИОННО-ОБУСЛОВЛЕННЫХ СУДОРОГ И НАЧАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Глуценкова А.С., Пятакова Ю.В., Потапова И.С., Сигалов Д.О.

Кафедра нервных болезней

Южно-Уральский государственный медицинский университет, г.Челябинск
 Научный руководитель: доц. Романова А.Н.

У детей с ситуационно-обусловленными судорогами (СС) часто наблюдаются эмоционально-поведенческие нарушения, которые в последующем диагностируются как синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ). СДВГ характеризуется чрезмерной моторной активностью, невнимательностью, неумением выслушивать собеседника.

Цель исследования. Оценка эмоционально-поведенческого компонента у детей с ситуационно-обусловленными судорогами.

Материалы и методы. На базе инфекционного отделения МБУЗ ГKB

№8 города Челябинска в период с 2014 по 2015 гг., было пролечено 33 ребенка в возрасте от 1,5 до 4 лет с СС. У 23 детей отмечались эмоционально-поведенческие нарушения. Детям проводилось клиническое неврологическое обследование, сбор семейного и перинатального анамнезов, анкетирование на основе шкалы оценки СДВГ (Заваденко Н.Н., 2011) и нейропсихологических заданий, адаптированных для младшего дошкольного возраста (Цветкова Л.С., 2010).

Результаты и их обсуждение. Распределение детей по возрасту было следующим: 1,5-2 года (4,3%), 2-3 года (87,1%), 3-4 года (8,6%). Перинатальный анамнез был отягощен в 70% случаев, наследственность по СС - в 25% случаев, по тревожности родителей до 40%. Неполная семья и конфликтные отношения родителей имели место в 71%; чрезмерное увлечение детей гаджетами наблюдалось практически в 100%. У детей отмечались гиперактивность, выраженная невнимательность и снижение концентрации внимания при прослушивании инструкций. Дети длительно выполняли задания, что не соответствовало регламенту времени для данных возрастных групп. Основными жалобами родителей были: трудности в организации режима дня ребенка, беспокойный сон, сопровождающийся вздрагиваниями и частыми пробуждениями; боязнь «белого халата». Перечисленные симптомы соответствуют клинике СДВГ.

Выводы. Установлена четкая коморбидность проявления СС и эмоционально-поведенческих расстройств. По клиническим проявлениям, прогностически, детей можно отнести к группе СДВГ, неблагоприятной по социальной и школьной дезадаптации.

ЛИЧНОСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ И НАРУШЕНИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

Кудряшова Д.А.

Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научный руководитель: доц. Лорина Л.В.

Сложности диагностики и терапии головных болей в России обусловлены недостаточным вниманием общества к этой значимой медицинской проблеме. Результатом является малая осведомленность пациентов о причинах и возможностях лечения головных болей, да и сами врачи, зачастую, недооценивают значимость этой проблемы. Всё это приводит к назначению ненужных методов обследования, плохой диагностике, некорректному и недопустимому лечению и самолечению и, как следствие, к жизни с головной болью, изменению психоэмоционального статуса и личностных характеристик пациента.

По данным исследования университетской клиники головной боли еже-

годные экономические потери в России составляют около 22,8 млрд. рублей, что составляет 1,75% ВВП.

Цель исследования. Выявление личностных изменений у пациентов с первичными головными болями с помощью индивидуального типологического опросника Собчик Л.Н.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 50 студентов 3-5 курса РязГМУ и 50 пациентов ОКБ, которые имели жалобы на наличие различных головных болей. Средний возраст в первой группе составил 19-25 лет, во второй группе 47-55 лет. По результатам опросника доктора Гусейнова Т.Ю. в первой группе первичными головными болями страдают 39 человек, из них 29 человек имеют головную боль напряжения, 9 человек мигрень и 1 человек кластерную головную боль. Во второй группе первичными головными болями страдает 41 человек, из них головную боль напряжения имеют 25 человек, мигрень - 15 человек и 1 человек с кластерной головной болью.

Результаты и их обсуждение. Данные, полученные с помощью ИТО Собчик Л.Н., анализировались только у пациентов с первичной головной болью.

Пациенты с головной болью напряжения имеют акцентуированные черты характера: обращенность в мир субъективных представлений и переживаний, сдержанность, замкнутость, впечатлительность, склонность к рефлексии, пессимистичность, восприимчивость, выраженная изменчивость настроения, мотивационная неустойчивость.

Для пациентов, страдающих мигренью, характерными чертами так же с уровнем акцентуации являются обращенность в мир реально существующих объектов и ценностей, открытость, стремление к расширению круга контактов, общительность, эмоциональная лабильность, тревожность.

Характерные личностные изменения для пациентов с кластерной болью в данном исследовании достоверно выявить не удалось. По имеющейся выборке в группе лиц с кластерной головной болью преобладали склонность к интроверсии, сензитивности и тревожности.

Выводы. Подобные изменения наблюдались в обеих возрастных группах, что свидетельствует о формировании с возрастом внутреннего конфликта, состояний напряженности и затрудненной адаптации. Результаты данного исследования могут быть в дальнейшем предпосылкой к выделению группы пациентов с первичной головной болью, которым помимо традиционного медикаментозного лечения, можно будет порекомендовать консультацию психолога или психотерапевта.

ХРОНИЧЕСКИЕ ЛОР-ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК ПРИЧИНА КРАНИОЦЕРВИКАЛГИИ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Тихонова О. О.

Кафедра неврологии №1

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

Научный руководитель: проф. Григорова И.А.

Проблема краниоцервикалгии у пациентов молодого возраста в настоящее время является чрезвычайно актуальной, так как существенно снижает качество жизни и трудоспособность.

Цель исследования. Изучить частоту распространенности краниоцервикалгий среди пациентов молодого возраста, имеющих хронические заболевания носоглотки.

Материалы и методы. Топографическая анатомия черепных нервов ясно свидетельствует о непосредственной близости и, соответственно, контакте слизистых оболочек носоглотки, зева, гортани, слизистой полости рта с нервными стволами и их разветвлениями, а также с шейным отделом позвоночника, сонной артерией и шейными симпатическими узлами.

Выходя из позвоночника, межпозвоночные нервы, проходя вблизи слизистой, вступают в непосредственный контакт с ней, и в случае наличия каких-либо воспалительных процессов в слизистой, - хронических или острых, вовлекаются в процесс и нервы.

В патогенезе невралгии при заболеваниях ЛОР-органов имеют значение механический, вазомоторный и, в первую очередь, инфекционно-токсический факторы.

Результаты и их обсуждение. У пациентов с хроническими заболеваниями носоглотки часто наблюдаются цефалгии вследствие интракраниальной венозной гипертензии, либо интракраниальной гипотензии, астенические состояния с явлениями ипохондрии, тревоги, депрессии.

Нами было обследовано 30 пациентов в возрасте от 18 до 35 лет с хроническими заболеваниями ЛОР-органов, такими как евстахеит, отит, гайморит, ларингофарингит и тонзиллит, и у 83% пациентов выявлены неврологические расстройства (невралгия тройничного нерва (I, II и III ветви) - 43%, нейропатии лицевого нерва - 37%, невралгии большого и малого затылочных нервов - 8%, невралгии большого ушного нерва - 7%, шейные невралгии - 5%).

Выводы. Таким образом, необходимым звеном терапии краниоцервикалгии у пациентов в возрастной группе от 18 до 35 лет является лечение хронических ЛОР-заболеваний.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ИСКУССТВЕННЫХ НЕЙРОННЫХ СЕТЕЙ В ОЦЕНКЕ МЕХАНИЗМОВ ВЕРТЕБРОГЕННОГО ПОЯСНИЧНОГО ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА

Мокрова А.В.

Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научные руководители: асс. Зорин Р.А., асп. Ерхова Л.Н.

Хронический вертеброгенный болевой синдром является актуальной медико-социальной проблемой, связанной с увеличением сроков нетрудоспособности, снижением качества жизни. Среди нозологических форм, вызывающих вертеброгенный болевой синдром, одной из основных является остеохондроз позвоночника, клинические проявления которого, согласно классификации Антонова И.П., имеют рефлекторные и корешковые (корешково-спинальные) формы.

Цель исследования. С помощью технологии искусственных нейронных сетей (ИНС) определить наиболее значимые нейрофизиологические (НФ) параметры, необходимые для уточнения характера вертеброгенного поясничного хронического болевого синдрома.

Материалы и методы. В исследование были включены 76 человек с дорсопатией вследствие поясничного остеохондроза. По неврологическим данным и данным нейровизуализации пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа - 38 пациентов с корешковым синдромом (радикулопатии L5, S1), 2 группа - 38 пациентов с рефлекторным синдромом (болевыи и мышечно-тонические расстройства).

Всем пациентам проводилось обследование следующими НФ методами:

1. Кардиоинтервалометрия по методу Р.М. Баевского (оценка состояния вегетативной нервной системы по индексу напряжения регуляторных систем (ИН) и ПАПР).
2. Коротколатентные соматосенсорные вызванные потенциалы (метод регистрации биоэлектрической активности мозга в ответ на соматосенсорную стимуляцию).
3. Стимуляционная электронейромиография: М-ответ (моторный), S - ответ (сенсорный), поздние ЭМГ ответы (Н - рефлекс, F - волна).

Была запущена процедура создания ИНС, её обучения и последующего тестирования в режиме решения задач классификации. В качестве входных переменных использовались НФ данные пациентов, в качестве выходных (целевых) - номер подгруппы: 1 - пациенты с корешковым синдромом, 2 - пациенты с рефлекторным синдромом. В обучающую и тестовую выборки было распределено по 50% исследуемых из каждой группы (по 38 человек в каждой выборке). Из полученных ИНС, была выбрана сеть с оптимальными характеристиками (по данным производительности обучения и тест. производительности).

Результаты и их обсуждение. По результатам ранжирования исследуемых переменных ИНС, наиболее значимыми НФ параметрами оказались: индекс напряжения регуляторных систем, сенсорный ответ (латентная фаза) с глубокого малоберцового нерва, моторный ответ (амплитуда) с малоберцового нерва. На основании этого, ИНС классифицировала 19 пациентов с корешковым синдромом на 2 подгруппы. У 18 человек параметры НФ обследования соответствовали заданному номеру подгруппы, у 1 пациента ИНС на основе НФ данных определила преобладание рефлекторных проявлений. При классификации 19 пациентов с рефлекторным синдромом 1 пациент был отнесен к подгруппе с корешковым синдромом.

Выводы.

1. Технология ИНС позволяет определить наиболее значимые НФ показатели и получить дополнительную информацию для определения характера болевого синдрома при вертеброгенных расстройствах.

2. Технология ИНС может быть использована в практике для прогнозирования течения заболевания и определения тактики лечения больных.

СРАВНЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИМЕКСИД-ГЕЛЯ И ПЛАЦЕБО ПРИ БОЛЯХ В СПИНЕ

Рогожина Е. С.

Кафедра нервных болезней и психиатрии
Мордовский государственный университет, г. Саранск
Научный руководитель: проф. Бойнова И.В.

Цель исследования. Изучение клинической эффективности димексид-геля у больных с болью в спине в сравнении с плацебо.

Материалы и методы. В исследование было включено 68 человек в возрасте от 18 до 77 лет. Больные были распределены на 2 группы. Пациенты 1 группы (38 чел.) наносили димексид-гель 25% на кожу в болезненной области 2 раза в сутки, слегка втирая. Во 2 группе пациентов (30 чел.) применяли плацебо. Больные наносили препарат вышеуказанным способом. Длительность терапии - 10 дней. Обследование проводилось до начала лечения и после окончания курса локальной терапии, эффект которой оценивали по выраженности болевого синдрома (ВАШ), изменении индекса мышечного синдрома, степени нарушения двигательной функции. Оценивалась также степень нарушения качества жизни (опросник Роланда-Морриса «Боль в нижней части спины и нарушение жизнедеятельности»).

Результаты и их обсуждение. Оценка групп больных в начале исследования показала их однородность по всем клиническим характеристикам. При анализе интенсивности боли по ВАШ в 1-й группе больных отмечалось снижение интенсивности боли на 66%; во 2-й группе больных, получавших плацебо, отмечалось снижение данного показателя лишь на 34,5%. После проведенного лечения значительное улучшение повседневного

функционирования отмечалось в первой группе больных и составило 60% по сравнению с исходным уровнем. У пациентов 2 группы отмечался менее выраженный эффект - улучшение составило лишь 35% от исходного. Данные индекса мышечного синдрома до исследования имели следующие значения: в первой $9,28 \pm 0,72$ балла и во второй $9,69 \pm 1,07$ балла. После лечения среднее значение индекса составило соответственно $3,15 \pm 0,37$ и $5,8 \pm 0,95$. У всех больных до начала терапии имелось ограничение подвижности позвоночника в той или иной степени. После лечения димексид-гелем исчезновение ограничения отметило 15 пациентов (39 %), выраженного ограничения выявлено не было. После применения плацебо - 8 пациентов (27%) отметили исчезновение ограничения, а у 6 человек (20%) - сохранилось выраженное ограничение подвижности.

Выводы. Динамика клинико-неврологических показателей больных в группах показала эффективность димексид-геля в сравнении с плацебо по всем параметрам.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ И ТЕЧЕНИЯ ЮНОШЕСКОЙ МИОКЛОНИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ

Голобурдина А.А.

Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: асс. Зорин Р.А.

Юношеская миоклоническая эпилепсия (ЮМЭ) является типичным эпилептическим синдромом, на долю которого приходится 10% всех случаев эпилепсии. Среди всех идиопатических эпилепсий ее доля составляет 20-27%.

Цель исследования. Описать особенности клинической картины и лечения ЮМЭ.

Клинический случай. Пациент Х., 19 лет направлен на обследование из Рязанского военного госпиталя. Является военнослужащим срочной службы (ж/д войска). Во время ночного дежурства, утром возник генерализованный судорожный приступ. Из анамнеза: приступы ГСП с 16 лет 4 раза все провоцируются недосыпанием (происходят утром после пробуждения или во время бессонной ночи), с 14 лет в утреннее время беспокоят вздрагивания в руках, иногда роняет предметы, вздрагивания практически ежедневные. Лечение не получал, заболевание скрывал, решил отслужить в армии.

Неврологический статус без патологии. МРТ: очаговых изменений не выявлено. ЭЭГ: во время записи в фоновом состоянии и во время фотостимуляции - единичные эпизоды пик-волновой активности в лобно-центральных отведениях. В отделении проводилось следующее лечение - конвулекс 300 мг 3 раза в день внутрь. На фоне терапии - миоклонии прекратились на следующий день, приступов ГСП нет в течении 6 месяцев, ЭЭГ нормализовалось.

Выводы. ЮМЭ - заболевание имеющее специфическую клинику, зная которую, постановка диагноза не составляет трудностей. Юношеская миоклоническая эпилепсия достаточно хорошо поддается лечению. В том случае, если заболевание имеет персистирующее течение, необходима пожизненная терапия.

ПСИХОТЕРАПИЯ АЛКОГОЛИЗМА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ПРЕМОРБИДНОЙ ЛИЧНОСТИ

Аграновский М.Л., Усманова М.Б., Сарбаева Н.К.

Кафедра психиатрии

Андижанский государственный медицинский институт, г.Андижан, Узбекистан

Научный руководитель: проф. Аграновский М.Л.

Цель исследования. Изучение комплекса преморбидных конституционально-биологических характеристик больных алкоголизмом и выявление эффективности нового психотерапевтического метода лечения.

Материалы и методы. Для решения поставленных задач было проведено обследование и лечение 101 больного с алкоголизмом второй стадии, проживающих в городе Андижане и Андижанской области, обратившихся самостоятельно за психотерапевтической помощью за период 2002-2005 годов. Мужчин было 89 (88,1%), а женщин - 12 (11,9%).

Результаты и их обсуждение. При оценке темпа прогрессивности заболевания у 28,7% (29 больных) установлен низкий темп (I группа), у 51,5% (52 больных) средний (II группа), у 19,8% (20 больных) высокий темп (III группа) прогрессивности заболевания. По форме злоупотребления алкоголем больные распределились следующим образом: у 75,2% (76 больных) - псевдозапойная форма, у 24,8% (25 больных) - постоянная с высокой толерантностью. 45,5% пациентов (46 человека) до настоящего лечения за наркологической помощью не обращались, 54,5% больных (55 человек) обратились повторно. На основании данных психологического обследования с помощью теста ММРІ, по характерологическим особенностям пациенты распределились следующим образом: с преобладанием астенических и тревожно-мнительных черт характера - 19,8% (20), неустойчивых - 17,8% (18), синтонных - 21,8% (22), истерических - 12,9% (13), возбудимых (эпилептоидных) - 18,8% (19), шизоидных - 8,9% (9). Анализ эффективности психотерапевтического метода лечения алкоголизма в зависимости от типа преморбидных особенностей личности пациентов показал, что более всего были подвержены рецидиву больные с возбудимыми и эпилептоидными чертами характера в преморбиде (7 пациентов, 36,8%), а также больные с неустойчивыми чертами личности (1 пациент, 5,6%), но это различие статистически недостоверно.

Выводы. Наиболее благоприятными в плане эффективности психотерапевтического лечения выглядели пациенты с синтонными чертами лично-

сти (22 пациента, 100,0%) и истерическими особенностями личности (13 пациентов, 100,0%).

СОЧЕТАНИЕ КАРДИЭМБОЛИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА И ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНОЙ С ГИГАНТСКОЙ МИКСОМОЙ СЕРДЦА

Исаева Л.Е., Побережник М.Г.

Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научный руководитель: асс. Евдокимова О.В.

Миксома сердца - довольно редкое заболевание. Одним из частых клинических проявлений является эмболия. В 21% эмболий поражаются церебральные сосуды с развитием ишемического инсульта. Развитие инфаркта миокарда также является следствием тромбоэмболии и так называемого «синдрома обкрадывания».

Цель исследования. Повышение эффективности диагностики неврологических и кардиологических осложнений миксомы сердца.

Клинический случай. Пациентка Р. 69 лет. При поступлении в ОКБ жалоб не предъявляла из-за афазии. Анамнез заболевания не известен.

Состояние при поступлении средней тяжести. Жалоб не предъявляла в связи с нарушением речи. Заторможена. АД 150/90 мм рт ст. Неврологический статус: Сознание ясное. Менингеальный синдром отрицательный. Зрачки S=D, фотореакция сохранена. Корнеальный рефлекс сохранен. Птоза нет. Глазодвигательных нарушений нет. Гемипарезов нет. Сглажена носогубная складка справа. Язык не высовывает. Дисфагии нет. Сенсомоторная афазия. Легкий правосторонний гемипарез. Сухожильные рефлексы более выражены справа. Симптом Бабинского справа. Гемигипестезия справа. Мозжечковой атаксии нет.

В связи с неизвестным анамнезом заболевания и давностью появления первых симптомов (>6 часов) ТЛТ не проводилась.

При стандартизированном тестировании функции глотания нарушений не выявлено. Шкала Рэнкина - 3 балла. Индекс Бартел - 50. Шкала Национального Института Здоровья (NIHSS): 12 баллов.

Проведенные исследования:

КТ головного мозга: Ишемия в левой теменной доле. ЦВБ: мультилакунарная форма. Умеренно выраженная наружная гидроцефалия.

Дуплексное сканирование артерий дуги аорты: ЭХО-признаки стенозирующего атеросклероза с гемодинамически незначительными изменениями. Гипертоническая ангиопатия. Косвенные проявления остеохондроза шейного отдела позвоночника справа.

ЭКГ: Синусовый ритм. Горизонтальное положение ЭОС. Нижний инфаркт миокарда, острая фаза

Эхо-КГ: Миксома ЛП, вероятно бескапсульная, пролабирующая в по-

лость ЛЖ. Дилатация ЛП. Увеличение полости, нарушение систолической функции ЛЖ, зона гипокинеза. Умеренная регургитация МК. Легочная гипертензия I ст.

Общий анализ крови (21.10.14): лейкоциты $18 \cdot 10^9/\text{л}$, п/я 2% с/я 37%, лимфоциты 58%, моноциты 3%, СОЭ 21 мм/ч. Коагулограмма: АЧТВ 33 сек, МНО 0,98. Биохимический анализ крови: АСТ 156 Е/л, АЛТ 34 Е/л, холестерин 5,0 ммоль/л, глюкоза 4,6 ммоль/л.

Липидный спектр: ЛПНП 2,96, ЛПВП 1,16, ТГ 1,25 ммоль/л, индекс атерогенности 2,97, β -липопротеиды 26 Ед, холестерин 4,6 ммоль/л.

Маркеры ИМ: тропонин >2000 ед/л, КФК 477, МВ-КФК 14,1, ЛДГ 594, ЛДГ 2 528

Основной диагноз: ЦВБ. Ишемический инсульт в левом каротидном бассейне с легким правосторонним гемипарезом с сенсомоторной афазией. Гипертоническая болезнь III ст. Церебральный атеросклероз.

Сопутствующий диагноз: ИБС: Инфаркт миокарда нижней стенки левого желудочка, острая стадия. Миксома сердца.

Проведено лечение: антикоагулянты, антиагреганты, нейрометаболические препараты. На фоне лечения отмечалась положительная динамика. Состояние при выписке удовлетворительное, сознание ясное, сохраняется сенсомоторная афазия, легкий правосторонний гемипарез, гемигипестезия справа. Для дальнейшего лечения переведена в Ухоловскую ЦРБ.

Выводы.

1 Неврологические осложнения миксомы сердца являются следствием тромбоэмболического синдрома, в основном проявляющиеся ишемическим инсультом.

2 Основной диагноз миксомы сердца устанавливается зачастую после произошедших церебральных эмболических событий.

3 Особенность данного клинического случая заключается в одновременном развитии ишемического кардиоэмболического инсульта и инфаркта миокарда, вызванным, вероятно, синдромом обкрадывания, как осложненный бескапсульной миксомы ЛП.

ВЛИЯНИЯ ЖЕНСКОГО АЛКОГОЛИЗМА НА ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КЛИМАТ СЕМЬИ Усманова М.Б., Аграновский М.Л., Сарбаева Н.К.

Кафедра психиатрии

Андижанский государственный медицинский институт, г.Андижан, Узбекистан
Научный руководитель: проф. Аграновский М.Л.

Цель исследования. Изучение влияния женского алкоголизма на психологический климат семьи и формирование алкоголизма у детей.

Материалы и методы. Были обследованы женщины, состоящие на учёте АОПНД и которые получали амбулаторные лечение в период с 2011 по

2013 годы. Из всех состоящих на учёте 1123 больных - 87 женщины (7,7%), возраст которых от 19 до 56 лет. В работе использовались клинико-психопатологический, клинико-терапевтический, экспериментально-психологический и статический методы исследования.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что вследствие злоупотребления алкоголем у больных женщин проявлялись социальные последствия. У женщин с алкогольной зависимостью в некоторых случаях психические нарушения ограничивались, в основном, кругом малых синдромов: невротоподобными (36,0%), аффективными (34,0%), психопатоподобными (30,0%) расстройствами. У них быстро снижался моральный (17,2%), социальный облик (21,8%), интеллект (12,6%). У больных терялся интерес к жизни (10,3%), они теряли работу, вели разгульный, иждивенческий и паразитический образ жизни (16,0%). Многие лишились семьи (9,1%), жили на случайные заработки (11,4%).

Алкоголизм женщин тяжело сказывался на детях, приводя к заметным нарушениям психики, которые требовали специальной коррекции: невротическим расстройствам (4,4%), отчуждению (2,2%), задержкам психического развития, девиантному поведению. Бессознательная идентификация себя с матерью, в сочетании с наследственной предрасположенностью к алкоголизму, социально-психологическая дезадаптация, обусловленная недостатками воспитания, часто приводили этих детей к злоупотреблению алкоголем и формированию зависимости от него (3,3%). Взрослые дети больных алкоголизмом часто не осознавали, что истоки многих их жизненных проблем в семейном алкоголизме. Доля пораженных алкоголизмом сыновей больных матерей составила 36,8%, пораженных алкоголизмом дочерей - 24,3%.

Выводы. Взрослые сыновья и дочери больных алкоголизмом женщин, составляют группу самого высокого риска заболевания алкоголизмом.

ВЛИЯНИЕ «РАННИХ» БРАЧНЫХ ОТНОШЕНИЙ ДЕВУШЕК-СТУДЕНТОК НА ИХ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ

Байкова М.А.

Кафедра психиатрии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: д.м.н. Меринов А.В.

Цель исследования. Выяснить влияет ли «раннее» вступление в брак среди девушек-студенток на их суицидологический профиль. Материалы и методы: опросник для выявления аутоагрессивных паттернов и их предикторов в прошлом и настоящем (Меринов А.В., 2012), тест - опросник «Шкала предписаний» (Copyright: Pearl Drego, 1983), опросник Плутчика Келлермана Конте. Было обследовано 215 студенток (185 - незамужних, 30 - замужних).

Результаты и их обсуждения. Показатели суицидальных паттернов среди замужних и незамужних девушек - студенток ($p \leq 0,05$): значения в группе незамужних студенток превышают таковые в группе замужних. Показатели несуйцидальных агрессивных паттернов среди замужних и незамужних девушек - студенток ($p \leq 0,05$): значения в два и более раз выше в группе замужних девушек. Показатели предикторов аутоагрессивного поведения среди замужних и незамужних девушек - студенток ($p \leq 0,05$): в группе замужних девушек выше процент по двум показателям: наличие комплекса неполноценности и уверенности, что их будут помнить после смерти. По всем остальным предикторам аутоагрессивного поведения, количество незамужних девушек в процентном соотношении достоверно больше, чем замужних. Показатели личностно-психологических характеристик: среди замужних студенток показатели родительских посланий «Не существуй», «Не думай» выше, чем в группе незамужних студенток. При этом в группе последних выше показатели посланий «Не будь ребенком», «Не будь близок». Замужние девушки чаще используют защитный механизм «Проекция».

Выводы. Вступление в ранний брак является своеобразным буфером, защищающим девушку от изначально высокого уровня аутоагрессивности. Замужество уменьшает или полностью нивелирует предикторы и паттерны аутоагрессивного поведения, что в целом приводит к стабилизации личности, улучшает социальную адаптацию.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИНТЕТИЧЕСКОГО АНАЛОГА МЕЛАТОНИНА В ТЕРАПИИ ДИССОМНИИ

Кохан Е.Н., Черняк А.В., Резниченко Е.К.

Кафедра неврологии № 1

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина
Научный руководитель: проф. Григорова И.А.

Проблема нарушений сна у пожилых людей остается чрезвычайно актуальной в наше время. Распространенность диссомнии в общей популяции составляет около 12-22%. С возрастом частота нарушений сна возрастает, достигая 50% среди пожилых людей. Несмотря на большую распространенность, лечение по поводу расстройств сна получает лишь небольшая часть пациентов (25%). Связано это как с низкой обращаемостью населения к врачам по поводу бессонницы, так и с недооценкой данного симптома врачами разных специальностей. Известно, что сон регулирует гормон мелатонин. Он вырабатывается в эпифизе только во время ночного сна из серотонина. Мелатонин принимает участие в формировании эндогенных биологических ритмов организма, цикла «сон-бодрствование», регуляции температуры тела, антиоксидантной защите организма, оказывает иммуномодулирующее действие. Доказано, что во всех известных причинах

инсомнических нарушений в пожилом возрасте патогенетическим механизмом реализации является первичное или вторичное снижение синтеза гормона мелатонина эпифизом головного мозга.

Цель исследования. Изучение эффективности синтетического аналога мелатонина в коррекции цикла «сон-бодрствование» у пожилых людей.

Материалы и методы. Под наблюдением в неврологическом отделении КУОЗ "Областная клиническая больница - Центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф" г. Харькова находились 22 пожилых пациента в возрасте от 65 до 76 лет, из них 14 женщин и 8 мужчин, страдающих бессонницей. Всем пациентам был назначен синтетический аналог мелатонина (Вита-мелатонин) в дозе 3 мг ежедневно вечером за 30 мин до сна в течение 2-х недель.

Результаты и их обсуждения. Все пациенты отметили значительное улучшение качества сна - сократился период засыпания, прекратились ранние пробуждения, пациенты перестали просыпаться ночью и видеть тревожные сновидения.

Выводы. Таким образом, введение экзогенного мелатонина в вечернее время является оптимальным путем коррекции диссомнических нарушений у пожилых людей, так как бессонница в этом возрасте является следствием функциональной недостаточности эпифиза.

СУИЦИДОЛОГИЧЕСКИЕ И ЛИЧНОСТНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ДЕВУШЕК, ВОСПИТАННЫХ В НЕПОЛНЫХ СЕМЬЯХ

Бычкова Т.А.

Кафедра психиатрии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: д.м.н. Меринов А.В.

Цель исследования. Выяснить, как влияет на суицидологические и личностно-психологические характеристики девушек факт воспитания в неполной семье.

Материалы и методы. Опрошены студентки ВУЗа: 40 студенток, воспитанных одним родителем (матерью) и 153 студентки, выросшие в полной семье. Диагностические инструменты: опросник, направленный на выявление суицидальных и несуйцидальных феноменов аутоагрессии в прошлом и настоящем, «Шкала родительских предписаний».

Результаты и их обсуждение. После статистического анализа данных было выявлено, что классические суицидальные паттерны (суицидальные мысли) преобладают у девушек из полных семей. Однако несуйцидальный спектр аутоагрессивных паттернов больше характеризовал девушек из неполных семей. В отношении предикторов аутоагрессивного поведения однозначной картины не обнаружено. Также была выявлена «нагружен-

ность» родительскими посланиями студенток из неполных семей, что объясняется особенностями воспитания в неполной семье.

Выводы.

1. Девушки из неполных семей имеют более высокий уровень аутоагрессивного потенциала, у них чаще обнаруживаются несуйцидальные аутоагрессивные паттерны вкупе с наиболее «токсичными» предикторами суйцидального поведения, что дополняется высоким уровнем послания «Не живи».

2. Отсутствием классических суйцидальных паттернов у респондентов данной группы нивелируют общественное мнение о их явной неблагополучности. Но более «злокачественный» аутоагрессивный фон однозначно присутствует и при неблагоприятных условиях он способен реализоваться в завершённый суйцид.

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ

Стальнова Т.В.

Кафедра психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии
Самарский государственный медицинский университет, г. Самара
Научный руководитель: доц. Носачев И.Г.

Изучение эмоционально-волевой сферы у лиц, страдающих опиийной наркоманией является актуальной задачей наркологии. Формирование установки на лечение у больных наркоманиями во многом зависит от состояния эмоциональной сферы в постабстинентный период.

Целью исследования. Изучение клинко-психопатологических особенностей изменений эмоционально-волевой сферы у больных с опиийной наркоманией.

Материалы и методы. Обследовано 15 больных, страдающих опиумной наркоманией, госпитализированных в наркологическое отделение ГБУЗ СОНД. Были применены следующие методы обследования: клинко-психопатологический, экспериментально-психологический, статистический.

Результаты и их обсуждение. Результаты исследований показали повышение внутренней напряженности у больных, преобладание постоянной озабоченности и утомляемости. В ситуациях фрустрации большинство обследованных нами пациентов стремятся уладить конфликт. Чувство вины, угрызения совести так же не характерны для обследованных нами лиц. В ситуациях фрустрации они не склонны к самозащите, у них преобладают фиксация на препятствии и удовлетворении потребности. Среди больных мужского пола преобладают эмоционально устойчивые индивиды, многие из них склонны проявлять агрессию. Все исследованные нами женщины эмоционально-лабильны. Большинство больных отмечают, что резкие перепады настроения способствуют употреблению героина даже после дли-

тельного воздержания.

Выводы. При опийной наркомании наблюдаются характерные эмоционально-волевые нарушения. Диагностика эмоционально-волевых расстройств у зависимых от опиоидов является важнейшим фактором, способствующим дифференцированной фармакологической и психотерапевтической помощи.

СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ И УЧЕБНЫЙ СТРЕСС

Дегтерёва А.С.

Кафедра психиатрии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: асс. Федотов И.А.

Работа была направлена на выявление у студентов, ординаторов и психологов СЭВ и анализ показателей. Проанализировав полученные результаты и выводы (показатели редукиции личностных достижений у студентов 2 курса лечебного факультета на высоком уровне, у остальных на умеренном), было решено продолжить работу в этом направлении. Необходимо выяснить, что же привело к развитию СЭВ у студентов 2 курса и как бороться с этим явлением.

Материалы и методы. Опрошено для выявления эмоционального выгорания 60 студентов 2 курса лечебного ф-та ВГМА и 60 человек студентов РязГМУ 2 курс. Использовался прототип методики: MBI (Maslach Burnout Inventory) С.Maslach, S.E. Jackson, 1979 в адаптации Н.Е. Водопьяновой, Е.С. Старченковой. Оценка результатов включала в себя анализ 3х субшкал: 1. Эмоциональное истощение; 2. Деперсонализация; 3. Редукция личных достижений. Для выявления учебного стресса, как основной причины развития синдрома эмоционального выгорания, использовался тест на учебный стресс, разработанный Ю.В. Щербатых (2011).

Результаты и их обсуждение. Показатели эмоционального истощения и деперсонализации студентов ВГМА находятся на высоком уровне, но показатели редукиции личностных достижений на высоком уровне у студентов РязГМУ. Основная причина стресса - большая учебная нагрузка (у студентов обоих ВУЗов РязГМУ - 7,98, ВГМА 6,87). Студентов волнует так же отсутствие учебников, строгие преподаватели, неумение правильно организовать свой режим дня, совместное проживание с другими студентами. Количество студентов с повышенной чувствительностью к стрессу больше в РязГМУ. У студентов РязГМУ стресс выражен как на психологическом, так и на биологическом уровне, у студентов ВГМА на психологическом.

Выводы.

1. Картины СЭВ у студентов РязГМУ и ВГМА различна.
2. Анализируя полученные данные, можно сделать вывод, что СЭВ проявляется по-разному у студентов разных ВУЗов и проявления его зависят

от вида учебного стресса.

СТРАТЕГИИ СОВЛАДАНИЯ СО СТРЕССОМ У ПАЦИЕНТОК, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Овсянников П.А.

Кафедра клинической психологии и психологической помощи
Российский государственный педагогический университет, г. Санкт Петербург
Научный руководитель: доц. Дубинина Е.А.

Цель исследования. Определить особенности когнитивных установок и стресс-преодолевающего поведения как потенциальных факторов риска обострения ишемической болезни сердца.

Материалы и методы. Беседа, опросник «Стратегии совладающего поведения» (Вассерман Л.И. и соавт., 2009), опросник «Уровень субъективного контроля» (Бажин Е.Ф., Голынкина Е.А., Эткинд А.М., 1993). Исследование проводилось на базе инфарктного отделения Городской больницы Святой преподобномученицы Елизаветы. Было обследовано 14 женщин в возрасте 55-70 лет, перенёсших инфаркт миокарда.

Результаты и их обсуждение. При анализе перенесенных за предшествующий год значимых событий и субъективных представлений пациенток о причинах развития инфаркта было установлено следующее: 11 пациенток отмечают в предшествующий год и ранее те или иные значимые события, которые, по их мнению, могли повлиять на развитие заболевания. Только 3 пациентки отрицали роль стресса в возникновении заболевания. 8 пациенток из 14 в качестве причины заболевания выделяют потерю в семье (смерть мужа, ребёнка, родителя); 4 пациентки указывают на чрезмерные профессиональные нагрузки, либо неблагоприятную психологическую атмосферу на работе. По результатам оценки стиля совладания со стрессом было установлено, что наиболее часто используемыми стратегиями являются самоконтроль (79%) и планирование решения проблемы (79%). Относительно часто используются также стратегии поиска социальной поддержки, принятие ответственности и положительной переоценки (по 57%). Наиболее редко применяются стратегии бегства-избегания и конфронтации. Таким образом, доминирующими тенденциями в стиле преодоления стресса является стремление к рациональному анализу ситуации и поиску своей роли в её возникновении, однако в сочетании со склонностью подавлять, скрывать свои чувства и переживания в связи с проблемой и невозможностью найти способы отвлечения, ухода от проблемы. Здесь также наблюдается парадокс: пациентки часто ищут поддержки от окружения, однако при этом остаются «закрытыми» по отношению к окружающим. По результатам применения методики УСК было установлено преобладание среднего уровня интернальности. Сферы, в которых пациентки в наибольшей степени ощущают контроль, - это семья, межличностные отношения.

При этом почти у половины пациенток выявляется экстернальность в сфере производственных отношений и здоровья. Последнее - особенно важно в связи с тем, что пациентки не уверены в своей возможности влиять на состояние своего здоровья, а, следовательно, и восстановление после болезни.

Выводы. Большинство пожилых пациенток, перенесших инфаркт миокарда, признают важную роль стрессогенных событий в развитии обострения заболевания. Для пациенток характерен недостаточно сбалансированный стиль совладания со стрессом с доминированием стратегий рационального анализа, планирования решения проблемы, обращением за помощью, но при выраженной склонности к подавлению эмоций, закрытости, неготовности делиться своими переживаниями и недостаточностью навыков самоотвлечения. Кроме того, для пациенток характерна экстернальность в сфере здоровья, что может выступать в качестве фактора риска неприверженности медицинским рекомендациям в отношении лечения и образа жизни.

СВЯЗЬ РОДИТЕЛЬСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ И АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ИХ ДЕТЕЙ

Филиппова М.Д.

Кафедра психиатрии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

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. Контрольная группа у юношей составила 44 человека, а у девушек - 113. Представленность аддикций у юношей из семей где родители злоупотребляли алкоголем: злоупотребление алкоголем - 33%, употребление наркотиков - 58%, курение - 25%; у юношей из семей где родители не злоупотребляли: злоупотребление алкоголем - 15%, упо-

ребление 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%.

Выводы. 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. 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.

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ НАРКОМАНОВ

Нуриддинов Р.С., Ахмадалиев Ш.Ш., Умарова Д.С.

Андижанский государственный медицинский институт, г.Андижан, Узбекистан

Научный руководитель: асс. Мадумарова М.М.

Очень часто перед срывом алкоголик или наркоман находятся в фазе зависимости, которая называется предрецидив. С проблемой срыва тесно связана проблема механизмов психологической защиты.

Цель исследования. Выявить механизмы психологической защиты наркоманов.

Материал и методы. Ретроспективный анализ литературных данных.

Результаты и их обсуждение. Как известно, защитные механизмы личности существуют для того, чтобы ограждать человека от болезненных переживаний, с которыми люди сталкиваются, когда узнают, что в чем-то несостоятельны. Защитные механизмы напоминают определённые фильтры, через которые проходит неприятная, травмирующая информация, становясь более-менее приемлемой для сознания. Мы приводим следующие механизмы психологической защиты:

1. Отрицание - это ранний способ сопротивляться с неприятностями, отказавшись принять их существование. Когда человек узнает, что действительно болен наркоманией (алкоголизмом), он пытается, как можно дольше отодвигать от себя это знание, отрицать его, как и мысли о возможных последствиях для себя.

2. Проекция. Иногда человек приписывает негативное поведение, качества, побуждения и желания, которых не замечает или не хочет замечать в себе, другим людям. При помощи этого защитного механизма, носящего название проекция, происходит самооправдание, снижение чувства вины и

чувства страха.

3. Минимизация - или уменьшение проблемы, того, что невозможно отрицать. Приуменьшается ущерб здоровью, нанесенный употреблением, проблемы с близкими, сложности в работе, учебе.

4. Регрессия. Иногда, будучи измучен страхами и переживаниями по поводу своего заболевания, человек начинает рассказывать своим близким или тем, кому доверяет, о ком-то из своих знакомых, попавших в подобную ситуацию (имея в виду себя). Регрессия также может выражаться в попытках переложить ответственность на кого-либо другого: «Пусть жена за мной проследит, чтоб я не употреблял», «Мне нужно кодироваться, сам я не смогу», «Пусть мне вырежут центр удовольствия» и т.д.

Вывод. Правильная интерпретация механизмов психологической защиты и умение преподнести их в нужной форме позволят уменьшить «психологическое травмирование» наркоманов (алкоголиков) и осмыслить создавшуюся ситуацию.

НАРУШЕНИЯ СНА ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Байкова М.А.

Кафедра психиатрии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: д.м.н. Меринов А.В.

Нарушения сна являются весьма распространенной проблемой в психиатрической практике. Сном называется естественный физиологический процесс пребывания в состоянии с измененным сознанием (по сравнению с бодрствованием), измененным уровнем мозговой деятельности, пониженной реакцией на окружающий мир. По данным ЭЭГ-исследования, выделяют два вида сна: медленноволновой сон и быстроволновой (парадоксальный) сон, которые последовательно сменяют друг друга. Нормальный период сна состоит из пяти циклов по 90-100 минут.

В настоящее время используются три классификации нарушений сна: пересмотренное издание ICSD (International Classification of Sleep Disorders), раздел расстройств сна в DSM-IV и раздел в МКБ-10.

По МКБ-10 расстройства сна делят на: а) диссомнии, т. е. преимущественное нарушение продолжительности, качества или распределения сна во времени; б) парасомнии, т.е. отклоняющиеся от нормы эпизодические события, происходящие во сне.

При эпилепсии расстройства сна характеризуются диссомническими (прерывистый или наоборот, затяжной сон) и парасомническими (сноговорение, снохождение, крик во сне) нарушениями, возможен переход в проночное или сумеречное состояние с явлениями амнезии, или гипермнезии на события сна, если переход не произошел. Весьма специфичным является сочетание с моторными феноменами (общие вздрагивания, миокло-

нические подергивания) и прочими пароксизмами.

Для депрессии характерно трудное и утомительное засыпание, частые и длительные пробуждения, при этом парадоксальный сон вытесняется дремотой, а стадии поверхностного сна преобладают над стадиями глубокого. ЭЭГ в быстроволновую фазу сна регистрирует сонные веретена, а в бодрствовании - дельта-волны, присущие глубокому сну.

При мании сон становится необычайно коротким - два часа, час, а желанная спать нет вообще. Больной не способен долго находиться в постели, он вскакивает, принимается за дела, тут же все бросает. После нескольких часов он внезапно засыпает коротким и глубоким сном, затем просыпается полный сил.

При шизофрении наблюдаются пресомнические нарушения, прерывистый сон, сокращение общей продолжительности сна и продолжительности медленного, особенно 4 фазы, короткое время перехода к быстрому сну. Также возникает дефицит переработки информации во время сна. Выявляется тенденция к росту «брутальности», «животности», к «ослаблению цензуры снов». Очевидное их содержание находится в противоречии с собственными моральными установками больного; это почти или совсем его не пугает, не вызывает иных аффективных реакций в защиту «Я».

Для нарушения сна при неврозах характерны полиморфизм и зависимость клинических проявлений от субъективной установки больного на «необходимую» длительность и глубину сна. Самое частое расстройство - прерывистый сон, также отмечаются бруксизм, кошмарные сновидения и т.д. Основной причиной нарушения сна являются стрессовые ситуации.

В заключение следует отметить, что нарушение структуры сна, его продолжительности имеет место у всех больных психиатрической патологией.

ПОКАЗАТЕЛИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ СИНДРОМЕ ОТМЕНЫ АЛКОГОЛЯ (НЕОСЛОЖНЕННОМ И ОСЛОЖНЕННОМ ДЕЛИРИЕМ)

**Казыкин Р.Н., Саранчин А.С., Хохлова М.А., Голыгина С.Е.,
Пляскина Е.В.**

Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии
Читинская государственная медицинская академия, г. Чита
Научный руководитель: д.м.н. Сахаров А.В.

Цель исследования. Оценить состояние микроциркуляции методом лазерной доплеровской флоуметрии у больных алкоголизмом.

Материалы и методы. Использовался метод лазерной доплеровской флоуметрии с помощью лазерного анализатора кровотока. На базе наркологического диспансера было обследовано 34 пациента, госпитализированных для лечения алкогольного абстинентного синдрома (ААС, 21 человек) и алкогольного делирия (АД, 13 человек). Исследование проводилось в 1-ый день поступления (синдром отмены, СО), на 4-5-ый день лечения (в начале

постабстинентного состояния, НПАС) и на 14-15-е сутки от госпитализации (в конце постабстинентного состояния, КПАС). Контрольную группу составили 20 здоровых добровольцев. Оценивались показатели микроциркуляции (ПМ), среднее квадратическое отклонение (σ), коэффициент вариации (K_v). Достоверность различий оценивалась по t-критерию Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что у больных алкоголизмом в состоянии отмены алкоголя повышался ПМ относительно контрольной группы в 2,4-2,5 раза (контроль - $4,88 \pm 0,55$; $12,36 \pm 0,98$ при ААС, $p < 0,001$; $11,70 \pm 2,01$ при АД; $p < 0,001$), в постабстинентном периоде он уменьшался, но не достигал контрольных значений.

Аналогичные изменения происходили со средним колебанием перфузии (σ), который был максимальным в период СО (контроль - $1,58 \pm 0,12$; $3,70 \pm 0,48$ при ААС, $p < 0,001$; $4,09 \pm 0,63$ при АД; $p < 0,001$), затем уменьшался в постабстинентном состоянии. При этом у больных с алкогольным делирием уменьшение среднего колебания перфузии было незначительным даже к КПАС, в сравнении с ААС ($p < 0,05$).

Был установлен существенный рост коэффициента вариации в группе АД - в контрольной группе он был равен $34,19 \pm 3,51$; в период СО произошло увеличение до $49,35 \pm 14,94$; в НПАС наблюдался рост в 1,6 раза ($53,23 \pm 9,76$; $p < 0,05$), в КПАС зафиксирован рост в 2,2 раза ($73,39 \pm 15,89$; $p < 0,01$). В группе ААС аналогичные показатели составили $38,81 \pm 7,08$; $46,08 \pm 9,47$ и $38,14 \pm 5,09$ соответственно.

Вывод. Нарушения микроциркуляции у больных алкоголизмом с синдромом отмены алкоголя носят выраженный и распространенный характер, сохраняясь даже в постабстинентном состоянии, особенно при алкогольном делирии.

СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ И ПСИХОЛОГОВ

Дегтерёва А.С.

Кафедра психиатрии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: асс. Федотов И.А.

Впервые на явление выгорания обратили внимание американские психологи, когда в США в 60-х гг. начали появляться социальные службы помощи безработным, инвалидам, женам алкоголиков, людям, пережившим насилие, ветеранам вьетнамской войны и т.д. В центры реабилитации каждый приходил со своими трудностями и психологическими проблемами. Все чаще со стороны посетителей стали звучать жалобы на невнимание, равнодушие и даже грубость сотрудников. Были проведены исследования, после чего ученые заявили о существовании профессионального истощения, или «стресса общения». Термин «burnout» («эмоциональное выгора-

ние») был предложен американским психиатром Х. Фрейденбергом в 1974 году. Берн-аут - это синдром эмоционального истощения, деперсонализации и снижения личностной результативности, который может возникать среди специалистов, занимающихся разными видами «помогающих профессий». К.Маслач. Нами проведена научно-практическая работа, целью которой было выявить наличие синдрома выгорания у врачей и психологов. Задачи исследования: сравнить показатели выгорания, оценить их динамику в процессе становления студента специалистом (врачом или психологом). Материалы и методы: было опрошено 150 человек (30 студентов лечебного факультета, 30 - факультета клинической психологии Рязанского государственного медицинского университета, 30 студентов из Рязанского государственного университета, 30 психологов, 30 ординаторов и интернов). Использовалась методика, авторами которой являются американские психологи К. Маслач и С. Джексон. Она предназначена для измерения степени «выгорания» в профессиях типа «человек-человек». Автор адаптации: Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова. Прототип методики: MBI (Maslach BurnoutInventory) С.Maslach, S.E. Jackson, 1979. Исследуемым необходимо было ответить как часто они испытывают те чувства, перечисленные в опроснике. Оценка результатов включала в себя анализ 3 субшкал:

1. Эмоциональное истощение рассматривается как основная составляющая «профессионального выгорания» и проявляется в сниженном эмоциональном фоне, равнодушии или эмоциональном перенасыщении.

2. Деперсонализация проявляется в деформации отношений с другими людьми. В одних случаях это может быть повышение зависимости от других. В иных случаях - повышение негативизма, циничности установок и чувств по отношению к реципиентам: пациентам, клиентам, подчиненным и др.

3. Редукция личных достижений может проявляться либо в тенденции к негативному оцениванию себя, своих профессиональных достижений и успехов, негативизме относительно служебных достоинств и возможностей, либо в редуцировании собственного достоинства, ограничении своих возможностей, обязанностей по отношению к другим.

Выводы.

1. Показатели эмоционального истощения и деперсонализации находятся на одинаково умеренном уровне у врачей и у психологов, у студентов лечебного факультета и факультета клинической психологии.

2. Показатели редукции личных достижений студентов РязГМУ находятся на высоком уровне, в отличии от студентов РГУ и специалистов (умеренный уровень).

ЭТНОКУЛЬТУРАЛЬНАЯ СТРУКТУРА ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ РЕСПУБЛИКИ МАРИЙ ЭЛ (на примере Волжского района РМЭ)

Жидяевский А.Г.

Казанский государственный медицинский университет, г.Казань

Профессор Положий Б.С. («ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского», Москва) в своем труде впервые выделил этнокультуральную психиатрию, как самостоятельный раздел психиатрии, изучающий особенности психического здоровья и психических расстройств у различных народов.

В этой работе было подробно изучены психические расстройства у финно-угорских народов. В работе, на примере Волжского района, как самого большого района Республики Марий Эл (РМЭ), сделано исследование таких нозологических форм как F 00-0, F 20-29, F 70-79.

Цель исследования. Изучение распределения наиболее часто встречающихся психиатрических нозологических форм среди населения Волжского района РМЭ с учетом национально-культурального феномена.

Материал и методы исследования. Анализ амбулаторных карт и отчетов о заболеваниях психическими расстройствами 1210 пациентов, состоящих на учете: по состоянию на август 2013 г. Проведена статистическая обработка полученных данных. Исследованы данные амбулаторных карт пациентов состоящих на диспансерном наблюдении в Волжском районе РМЭ (в том числе пациенты состоящие на активном диспансерном наблюдении), статистический отчет по Волжскому району за 2010 год.

Результаты и их обсуждение. Систематизировав данные о количественном составе национальностей по нозологическим формам, а также внутри этой группы - по полу, были выявлены самые большие по численности патологии среди населения: деменции (F00.00-09), шизофрения (F20.00-29.00), умственные отсталость (F 70.00-79.00). В отдельную группу для изучения были включены пациенты, находящиеся на активном диспансерном наблюдении, которые прошли принудительное лечение в психиатрической больнице закрытого типа. В том числе было сделан разбор пациентов по процентному составу от общего количества состоящих на учете. Было выявлены наиболее частые патологии среди национальностей и выявлена связь с половой принадлежностью. В результате исследования было обнаружено, что относительный риск развития заболеваниями (F00.00-09.00) у татар-женщин в сравнении с мари-женщинами и с русскими женщинами выше практически в 2 раза. Также риск развития шизофрении (F20.00-29.00) у мужчин татар и женщин выше, чем у мари мужчин и мари женщин. Среди заболеваний (F 70.00-79.00) присутствует относительный высокий риск развития у мари в целом, и мужчин в частности, по сравнению с русским населением. Также среди пациентов находящихся на активном диспансерном наблюдении: риск развития заболеваний (F00.00-

09.00) у мари-женщин выше, чем у женщин татар; у русских женщин выше, чем у женщин татар.

Вывод. В результате исследования были выявлены относительные риски развития наиболее частных психических заболеваний среди самых крупных национальных групп населения Волжского района РМЭ.

ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ КЛИЕНТАМИ В РАЗЛИЧНЫХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ НАПРАВЛЕНИЯХ

Куликов С.О.

Кафедра психиатрии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: асс. Федотов И.А.

Самоубийство - это загадочный феномен человеческой психики. Несомненно, в современном цивилизованном мире проблема самоубийств является одной из самых актуальных. Статистика ВОЗ показывает, что среди причин смерти молодых людей в возрасте 15-29 лет в мировом масштабе самоубийства занимают второе место. В 2012 году показатель частоты самоубийств в мире составил 11,4 на 100 000 населения, заняв 15-е место среди всех причин смерти. В России стандартизированный показатель самоубийств за 2012 год составил более 15,0 на 100 000 населения - один из самых высоких в мире. Скорее всего, эти цифры гораздо выше, т.к. не все случаи суицида официально регистрируются. Причины самоубийств, как и любых других поступков человека, могут быть различными.

В настоящее время основное место в лечении аутоагрессивного поведения принадлежит психотерапии, причем данное лечение должно быть начато как можно раньше.

Были рассмотрены подходы к лечению суицидальных клиентов в различных психотерапевтических модальностях: психоанализ, гештальт-терапия, транзактный анализ, экзистенциальная психотерапия и логотерапия, когнитивно-бихевиоральная и телесно-ориентированная психотерапия.

Несмотря на всё разнообразие психотерапевтических подходов к работе с суицидальными клиентами, прослеживаются некоторые особенности самой терапии:

1. Необходимо незамедлительное начало терапии.
2. Существует общая тенденция в терапии аутоагрессивного поведения, основанная, в первую очередь, на обеспечении безопасности клиента. С этой целью необходимо заключить договорённость с клиентом о том, что он не будет совершать никаких аутодеструктивных действий на всём протяжении терапии. В некоторых психотерапевтических направлениях такое соглашение между терапевтом и клиентом носит особое название. Так, в транзактном анализе эта договорённость называется антисуицидальным контрактом, в экзистенциальной терапии - противосуицидальным пактом.

Так как речь идёт об угрозе жизни человека, психотерапевту следует проявлять директивность при заключении такого рода договорённости.

3. Процесс терапии суицидальных клиентов включает в себя выявление и анализ мотивов совершения самоубийства, проработку чувств, с которыми обратился человек, а также укрепление его веры в существование смысла продолжения жизни.

4. Необходим системный подход к лечению аутоагрессивного поведения, поэтому в равной степени важно прибегать к работе на когнитивно-бихевиоральном, психодинамическом, экзистенциальном, а также телесном уровне.

ТИПОЛОГИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛЬЮ

Щербина А.В., Донскова А.Ю. Тюбаева А.Р.

Кафедра неврологии и нейрохирургии с курсом последипломного образования
Астраханский государственный медицинский университет, г. Астрахань

Научный руководитель: асс. Мамина Р.М.

За последние годы все большее внимание клиницистов и ученых привлекает проблема боли. Особое место занимает проблема хронической тазовой боли у женщин репродуктивного периода, являясь широко распространенным физическим недугом, который наносит значительный материальный и моральный ущерб и представляет собой общемедицинскую и социальную проблему.

Цель исследования. Углубленное изучение эмоциональных расстройств у женщин с синдромом хронической тазовой боли на фоне гинекологической патологии.

Материалы и методы. В исследовательской работе принимало участие 60 женщин в возрасте от 18 до 45 лет, страдающих СХТБ на фоне гинекологической патологии с длительностью болевого синдрома более 6 месяцев. Контрольную группу составили 40 женщин, сопоставимых с пациентками основной группы по возрасту, наличию гинекологической патологии, но не страдающих хроническим болевым синдромом.

Результаты и их обсуждение. У обследуемых пациенток были следующие гинекологические патологии: заболевания органов малого таза, эндометриоз, спаечная болезнь, варикозное расширение вен малого таза, миома матки. В ходе исследования выяснилось, что у всех пациенток основной группы имели место эмоциональные расстройства. Типология их была различной и проявлялась тревожными расстройствами - 8,3 %, тревожно-депрессивными расстройствами - 16,6 %, астенией в сочетании с депрессией - 18,3 %, астенией в сочетании с тревогой и депрессией - 56,7%. Так же у 84,6% пациенток имелись проявления депрессии.

Выводы. Хроническая тазовая боль является результатом действия об-

щих и местных факторов, важную роль, в развитии и поддержании которой, играют нарушения в психоэмоциональной сфере на фоне индивидуальных особенностей реагирования на внешние раздражители. Поэтому ранняя диагностика и коррекция эмоциональных расстройств у женщин с СХТБ позволит оптимизировать лечение и улучшить качество жизни больных.

АЛКОГОЛИЗМ В РАЗНЫХ СТРАНАХ

Рей Пратап

Кафедра психиатрии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: асс. Федотов И.А.

Злоупотребление алкоголем, по данным ВОЗ является одной из серьезных проблем в разных странах мира. По ВОЗ 2001, на сегодняшний день около 400 млн. жителей Земли злоупотребляют алкоголем, а 140 млн. - страдают алкогольной зависимостью. Факторы, ведущие к развитию алкогольной зависимости, можно условно разделить на три основные группы:

1. Религиозный - Христианство, Индуизм и Буддизм разрешают употреблять спиртных напитков, а Мусульманство строго запрещает употребление алкоголя.

2. Биологический - Северные народы склонны к сильному развитию алкогольной зависимости из-за слабости ферментативных систем.

3. Культурно-исторический: наиболее высокой распространенности алкоголизма в странах, где алкоголь является «вошедшим в культуру средством борьбы со стрессом и печалью» (большинство Европейских государств; государства Северной Америки).

По типам предпочитаемых населением спиртных напитков страны можно условно разделить на три группы:

1. По объему потребления этанола в виде пива особенно выделяются некоторые европейские (прежде всего, Чехия, Ирландия, Германия и Австрия) и африканские (Свазиленд, Уганда) страны

2. В виде вина больше всего чистого алкоголя потребляется в винодельческих странах Европы (Франции, Португалии, Италии)

3. Потребление этилового спирта в виде крепких алкогольных напитков наиболее широко распространено в странах Восточной Европы и Азии.

Для примера проанализировали алкогольную зависимость в двух странах мира.

Россия: 50-60% россиян причисляют себя к православным христианам. Реальная цифра алкоголиков в России составляет 20 млн. человек. Это почти каждый 7-й житель страны. До 50-ти % населения России алкоголизированы. 76% населения употребляют горячительные напитки ежедневно, 20% девушек и 30% парней не против употребления алкогольных напитков во время празднований. В России 75 000 человек ежегодно погибают от

водки. Хроническая алкогольная интоксикация убавляет жизнь в среднем на 17 лет. В России стоимость пива к воде = 2:1. Это значит минеральная вода дороже пива.

Непал: По официальным данным, 80,6% населения исповедуют индуизм. В соответствии с индуистской правилами социальной стратификации, люди Непала разделить на четыре основные категории: брахманы, чхетри, вайшьи и шудры и из них первые два являются высшей категории. Употребление алкоголя тесно связано с кастовой системой в Непале. Среди высшей касты из брахмана и чхетри запрещено употребление алкоголя. Большинство людей в Непале пьют местные ферментированные и дистиллированные напитки, как Ракши и Зад, которые приготавливаются из риса и фруктов, все эти напитки называются чаянгом (chhyang) - похожи на пиво. 10-15% населения Непала алкоголизированы.

В Непале стоимость пива к воде = 5:1. Это значит стоимость пива заметно выше стоимости минеральной воды.

Вывод. В разных странах распространенность алкоголизма отличается. Это зависит от религии, биологических и культурно-исторических предпосылок. При изменении страны проживания может изменяться стереотип алкогольного поведения (напр., студенты из арабских стран, которые учатся в России, употребляют алкоголь, пока не вернутся к себе на родину).

**ЧАСТОТА ХИМИЧЕСКИХ АДДИКЦИЙ У СТУДЕНТОВ
РАЗНЫХ ТИПОВ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ ГОРОДА ЧИТЫ
Грудинина Н.В., Моюбова Г.А., Семеникова А.В., Плюснина О.Б.**

Кафедра психиатрии, наркологии и мед. психологии
Читинская государственная медицинская академия, г. Чита
Научный руководитель: д.м.н. Сахаров А.В.

Цель исследования. Оценить распространенность потребления психоактивных веществ у студентов разных типов учебных заведений.

Материалы и методы. Сплошным методом было проведено анкетирование и психологическое обследование 998 студентов учебных заведений разного типа: получающих начальное профессиональное образование (НПО) было 179, средне-специальное образование (СПО) - 420, высшее профессиональное образование (ВПО) - 399 (1 и 2 курсы). Степень алкоголизации оценивалась при помощи анкеты-опросника Л.Т. Морозова и теста «AUDIT» (ВОЗ). Для диагностики алкогольных расстройств использовались критерии МКБ-10. Достоверность различий определялась по t критерию Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что курящими являются 12,8% учащихся ВПО, существенно больше таковых было среди учащихся СПО - 41,4% ($p < 0,001$) и учащихся НПО - 52,5% ($p < 0,001$ с ВПО и $p < 0,02$ с СПО). Аналогичная динамика прослеживалась независимо от пола: девуш-

ки - 9,5%, 44,0% и 50,8%; юноши - 20,0%, 39,5% и 53,4% соответственно. Пробовали наркотические вещества, преимущественно производные конопли, 9,5% студентов вуза, 23,3% студентов техникума ($p < 0,001$) и 27,4% студентов училища ($p < 0,001$). Среди девушек аналогичные показатели были 6,2%, 21,4% и 21,3% соответственно, среди юношей - 16,8%, 24,5% и 30,5% соответственно.

Наркологическая патология, вызванная алкоголем, установлена у 6,0% студентов 1-2 курсов вуза, 7,0% студентов средне-специального учебного заведения и 15,1 % ПТУ ($p < 0,01$ с ВПО и СПО), преимущественно за счет употребления алкоголя с вредными последствиями. У девушек алкогольные расстройства были выявлены в 4,4%, 5,0% и 16,4% ($p < 0,02$ с ВПО и СПО) случаев соответственно. Среди юношей алкоголизм и злоупотребление алкоголем диагностированы у 9,6%; 8,0% и 14,3% соответственно.

Выводы. В проведенном исследовании обращает на себя внимание довольно высокая распространенность аддикций у студентов: курят 31,9% всех студентов, пробовали наркотики в течение жизни - 18,5%; злоупотребляют алкоголем - 8,0%. Особенно неблагоприятная ситуация наблюдается в средне-специальном и начальном профессиональном учебных заведениях, что во многом обусловлено сложным контингентом обучающихся.

УРОВЕНЬ ЛИЧНОСТНОЙ ТОЛЕРАНТНОСТИ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ПРОФЕССИОНАЛИЗАЦИИ КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ

Ведёшкина Т.В.

Кафедра клинической психологии и психотерапии

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

Научный руководитель: ст. преп. Белова Н.А.

В настоящее время наблюдается интеграция государств, культур. Возрастает мобильность населения, развивается все больше различных социальных групп и культур. Поэтому проблема толерантности является одной из наиболее актуальных в мире. Для установления заботливых взаимоотношений между людьми общение между ними должно включать понимание, терпение, честность, искренность, доверие. Установления такого контакта является необходимым условием своей деятельности клинических психологов. Только в этом случае можно рассчитывать на положительный результат работы. В ином случае можно не только не помочь человеку, но и навредить. Принять отличие внутреннего мира другого человека от своего собственного зачастую представляется наиболее сложной задачей, решение которой требует наличия такого качества как толерантность - одного из наиболее профессионально важных качеств клинического психолога.

Объект. Толерантность как свойство личности

Предмет. Особенности толерантности на разных этапах профессионализации клинических психологов

Гипотеза. В результате подготовки клинических психологов личностная толерантность студентов претерпевает изменения

Цель. Выявить уровень личностной толерантности на разных этапах профессионализации.

В отечественной психологии толерантность как феномен изучается сравнительно недавно, но активно. Исследовались разные аспекты феномена толерантности. Были рассмотрены общефилософские и социокультурные особенности (Золотухин В.М., Круглова Н.В., 2010), этническая толерантность (Ениколопов С.Н., Ефимова Д.В., Иванова Н.Л., 2012), межличностная толерантность (Асмолов Г.А., Лекторский Г.С., Солдатова Г.У., 2009) и ряд других особенностей толерантности. Но несмотря на большой интерес и активное исследование данного феномена до сих пор не существует единого, универсального определения.

В настоящей работе толерантность рассматривается как позиция принятия иных ценностей, взглядов, обычаев, равноправных с привычными «своими» ценностями, взглядами и обычаями, вне зависимости от степени согласия с ними (Леонтьев Д.А., 2013). Это определение описывает толерантность и как свойство личности, и как феномен общественного сознания.

Исследование проводилось в Рязанском государственном медицинском университете имени академика И.П. Павлова. Выборку составили 30 студентов 1 курса и 30 студентов 4 курса факультета клинической психологии в возрасте от 18 до 23 лет.

Первичная обработка проводилась по ключу, предложенному методикой экспресс-опросник "Индекс толерантности" (Солдатова, Кравцова, Хухлаев, Шайгерова).

В процентном соотношении были получены следующие данные:

1 курс: низкий уровень - 3,3%, средний уровень - 90 %, высокий - 6,6%

4 курс: низкий - 3,3%, средний - 96,9%, высокий - 0%

Для обеих выборок характерен в большей степени средний уровень толерантности, что говорит об использовании испытуемыми как толерантных, так и интолерантных черт. Но наблюдается разница между двумя выборками в пределах среднего уровня. В выборке первого курса полученные данные приближаются к полюсу высокого уровня, а в выборке 4 курса наоборот, показатели приближаются к низкому и среднему.

В ходе дальнейшей математической обработки использовался критерий Манна-Уитни. Были выявлены достоверные различия в уровне толерантности клинических психологов на разных этапах профессионализации.

Высокий уровень толерантности студентов младшего курса может быть связан с психологическим инфантилизмом, а также с тем, что испытуемые могут демонстрировать высокую степень социальной желательности. Разницу в уровне толерантности между студентами разных курсов можно объяснить тем, что студенты, прошедшие ряд этапов профессионального

становления, обрели определенные качества, необходимые для дальнейшей профессиональной реализации. Такими качествами является зрелость, осознанные ценности, принципы, способность критически оценивать различные проявления, способность к необходимой конфронтации. Исследование требует дальнейшего углубления в связи с вышеперечисленными предположениями.

ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ И ИНСУЛЬТ: ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Александрова К.А, Большова Е.Г.

Кафедра психиатрии, медицинской психологии и неврологии
Медицинский факультет Чувашского государственного университета, г. Чебоксары
Научные руководители: асс. Максимов Р.С., к.м.н. Деомидов Е.С.

Цель исследования. Анализ и оценка профилактики кардиоэмболического инсульта.

Материалы и методы. Проанализированы 128 историй болезни пациентов с ишемическим инсультом на фоне фибрилляции предсердий, пролеченных в сосудистом отделении БУ «ГКБ№1» в 2013-2014 гг. 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 пациентов - 73,5 года. Мужчин - 56 (44%), женщин - 72 (56%). Жителей города - 78 (61%). Инвалидов - 41 (32%).

В качестве первичной профилактики ацетилсалициловую кислоту получали - 52 человека (41 %), комбинацию ацетилсалициловой кислоты с дипиридамом, дипиридамом, клопидогрель - 4(3%), ничего не принимали - 55 (43%), варфарин - 17 человек (13%).

Адекватный контроль МНО (2.0-3.0) при приеме 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).

Выводы. Необходимо проведение образовательных программ по вопросам профилактики инсульта с врачами первичного звена и пациентами. Трудности подбора антикоагулянтной терапии решаемы назначением но-

вых оральных антикоагулянтов.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ У ЛИЦ, СКЛОННЫХ К ИНТЕРНЕТ-АДДИКЦИИ

Кулина Д.Г.

Кафедра клинической психологии и психотерапии
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань
Научный руководитель: ст. преп. Белова Н.А.

Немало исследований посвящено изучению основных типов и компонентов интернет-аддикции, выявлению механизмов и факторов ее формирования, описанию психологических особенностей лиц, страдающих интернет-зависимостью. Вместе с тем недостаточно изученными остаются эмоциональные особенности интернет-пользователей. Являясь движущей силой любых начинаний, чувства и эмоции определяют особенности деятельности и общения человека, в том числе и в интернете. В связи с этим цель настоящего исследования состоит в выявлении особенностей эмоциональной направленности лиц, склонных к интернет-аддикции.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе РязГМУ. Выборку составили 60 студентов 4 курса в возрасте от 19 до 25 лет, 25 из которых - студенты факультета клинической психологии и 35 - лечебного факультета.

На первом этапе исследования проводилась диагностика интернет-аддикции и эмоциональной направленности личности с использованием двух психодиагностических методик:

- Способ скрининговой диагностики компьютерной зависимости (Л.Н. Юрьева, Т.Ю. Больбот).
- Методика «Определение общей эмоциональной направленности личности» (Б.И. Додонов).

Второй этап - количественная обработка полученных результатов с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена и критерия углового преобразования Фишера. Данные обрабатывались с помощью статистического пакета STADIA 8.0 и таблиц Microsoft Excel.

Третий этап - оформление результатов и проведение качественного анализа данных.

Результаты и их обсуждение. Применение коэффициента ранговой корреляции Спирмена позволило обнаружить прямую взаимосвязь между интернет-аддикцией и гедонистической направленностью (0,24), и акзигитивными эмоциями (0,21); обратную корреляцию - между интернет-зависимостью и практической направленностью (-0,34).

Применение критерия углового преобразования Фишера позволило обнаружить различия в развитии интернет-зависимости у будущих психологов и студентов лечебного факультета; выявить особенности альтруисти-

ческих и практических эмоций в представленных группах.

Исследование свидетельствует о том, что гедонистическая и акизитивная направленность тесно связана с формированием интернет-аддикции. Согласно Б.И. Додонову, к гедонистической направленности относятся эмоции, связанные с потребностью в телесном и душевном комфорте (Додонов, 1978). Неудовлетворение, фрустрация рассматриваемой потребности может стать одним из факторов развития интернет-аддикции. Вместе с тем интернет-зависимость является формой ухода от реальности, способ избавления от неприятных ощущений. Личность с преобладанием акизитивных эмоций отличается интересом к накоплению и коллекционированию. Интернет-среда может являться пространством для коллекционирования.

В настоящем исследовании было обнаружено отсутствие взаимосвязи практической и пугнической направленности и развития интернет-зависимости. Для пользователей с практической направленностью характерна потребность активно действовать, достигать поставленной цели. Н.С. Козлова показывает, что пользователи интернета с данными эмоциями крайне мало увлечены работой в сети (Козлова, 2014). Лица с пугническими эмоциями имеют потребность в риске и преодолении препятствия. Для них более характерен интерес к борьбе, а не деятельность в виртуальном мире.

Выявлены различия в развитии интернет-аддикции у будущих психологов и студентов лечебного факультета. Интернет является мощным инструментом обмена психологической информацией и её обработкой; благодаря компьютеру становятся доступными различные виды профессиональной деятельности, например, проведение интернет-консультаций, скриботерапии. Обнаружены особенности альтруистических и практических эмоций в исследуемых группах. Для студентов факультета клинической психологии более характерна альтруистическая, а для студентов лечебного факультета - практическая направленность. Лица с преобладанием альтруистических эмоций отличаются потребностью в содействии, помощи другим людям. Практическая направленность характерна для людей, стремящихся к активной деятельности.

Выводы. Были выявлены особенности эмоциональной направленности лиц, склонных к интернет-аддикции, что позволяет разработать комплекс психопрофилактических мероприятий, направленных на снижение зависимости, формирование психологической устойчивости к ее возникновению, а также повысить качество жизни пользователей интернет-среды.

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ ВИЛЬМСА

Жарков Н.С.

Кафедра фтизиопульмонологии с курсом лучевой диагностики
Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань.
Научный руководитель - асс. Казакова С.С.

Цель. Оценка применения различных методов лучевой диагностики опухолей Вильмса и анализ результатов наиболее информативного метода.

Материалы и методы. Данная научная работа основана на анализе клинико-рентгенологических данных 3 пациентов, проходивших обследование и лечение в РОДКБ имени Н.В. Дмитриевой с ноября 2014 г. по январь 2015 г. У всех больных на основании клинико-лабораторных и данных КТ диагностированы нефробластомы.

Результаты и их обсуждение. Наиболее доступным и удобным в использовании для диагностики нефробластом является УЗИ почек. При этом исследовании отмечается круглое образование повышенной эхогенности, расположенное в забрюшинном пространстве, наличие псевдокапсулы, некроза в центре опухоли (гипоэхогенный сигнал), расширение или сдавление лоханки. На МР-томограммах опухоль Вильмса имеет неоднородный гипоинтенсивный сигнал на T1-взвешенных изображениях, гиперинтенсивный сигнал на T2-взвешенных изображениях с выраженной гипоинтенсивной капсулой на T1-взвешенных изображениях и значительным усилением. С помощью данного метода удалось определить достаточно точные размеры опухоли, визуализировать анатомию сосудов и установить наличие инвазии. При выполнении серии контрольных КТ-исследований нативных и с болюсным в/в контрастированием после проведения месячного курса химиотерапии по сравнению с первичными исследованиями у всех пациентов отмечаются: уменьшение размеров опухолей во всех трёх плоскостях, сохранение неоднородной структуры опухоли, нарастание числа кистозных компонентов с неровными контурами, сохраняется оттеснение опухолью рядом расположенных органов и сосудов без инвазии в окружающие ткани, отсутствие увеличения л/у, свободной жидкости и костно-деструктивных изменений.

Выводы. Диагностировать опухоль Вильмса можно при помощи методов компьютерной и МР-томографии, считающихся самыми достоверными и позволяющих получить полную картину опухолевого процесса, определить структуру и локализацию опухоли. Однако из-за дороговизны проведения МРТ и недостаточности информативности результатов о вовлеченности сосудов в патологический процесс и функциональном состоянии почек, наиболее предпочтительно использовать КТ. Такие методы как УЗИ, ангиография сосудов почки и экскреторная урография, обычно используются как вспомогательные методы, а рентгенологические и радионуклидные-для поисков метастазов.

О Г Л А В Л Е Н И Е

Хирургический блок	
Крылов А.А., Виноградов С.А., Давыдова Ю.С. Применение ксенопротезов в реконструктивной хирургии магистральных артерий	3
Рожкова А.А. Эффективность различных вариантов антикоагулянтной терапии при тромбозах глубоких вен нижних конечностей	4
Виноградов С.А., Крылов А.А. Экспериментальное моделирование венозной эндотелиальной дисфункции и её коррекция микронизированной очищенной флавоидной фракцией диосмина	5
Елисеев А.С. Морфология кисты Беккера	6
Собиров С.С., Холов Н.Э., Шамсулов Р.Б. Применение консервированных ксенотрансплантатов после удаления костных новообразований	8
Тюляндина Е.В. Вариативные особенности строения поверхностной ладонной артериальной дуги	8
Федорова А.А. Лечебно-диагностическая тактика при механической желтухе	9
Опекунова В.В. Инсулинома поджелудочной железы	10
Мацаев Ш.Д. Современные методы лапароскопических герниопластик	13
Федорова А.А. Лапароскопическая коррекция грыжи пищеводного отверстия диафрагмы	14
Бондаренко Д.А. Лапароскопическая холедохолитотомия и литоэкстракция	15
Путилин И.А. Применение макропористого полипропиленового сетчатого эндопротеза в условиях нагноения	17
Киселев А.И. Сравнительная оценка результатов лечения пациентов с эмбологенным флотирующим тромбозом системы нижней полой вены	18
Смолянец Н.А., Касьянова Е.И., Садовская В.И., Чепурненко Н.А., Бабенко Д.В. Дифференцированный подход к лечению пациентов с посттромботической болезнью нижних конечностей	19
Кравцова С.С., Игнатов И.С. Параэзофагеальная грыжа	20

Маклаков В.В. Анаэробный парапроктит	21
Маклаков В.В. Лапароскопическая цилиндрическая брюшно-промежностная резекция прямой кишки	22
Маклаков В.В. Применение принципов fast-track surgery в колопроктологии.....	23
Костин В.С., Тяпкин А.Ю. Применение операции типа Гартмана в колопроктологии.....	24
Кошулько П.А. Особенности применения препарата севорана в гинекологических операциях	25
Узиков А.Д., Маматов Б.Ю. Послеоперационные когнитивные нарушения при общей анестезии с использованием антирефлексной эндотрахеальной трубки и цитофлавина	27
Шишова А.С. Хирургическое лечение больных с локализованными формами рака почки.....	28
Эрдели Ю.И., Кузнецова А.Ю. Выбор оперативного пособия при перфоративных язвах двенадцатиперстной кишки.....	29
Агейкин А.В., Темников В.А., Пронин И.А., Аверин И.А. Липидное ядро в сосудистой стенке как показатель выраженности атеросклеротического поражения сосудов человека.....	30
Керимова С.Т. Тактика при лечении рака толстой кишки, осложнённого острой кишечной непроходимостью.....	34
Панюшкина Л.И., Герасимов А.В., Сергацкий К.И. Анализ литогенности желчи у больных с механической желтухой биохимическим и джоульметрическим методом.....	35
Швецов А.А., Рудакова А.В. К вопросу диагностики рака предстательной железы.....	36
Швецов А.А., Рудакова А.В. Значение простат - специфического антигена в диагностическом скрининге рака предстательной железы.....	38
Рогова В.А. К вопросу о хирургической тактике лечения больных с постхолецистэктомическим синдромом.....	39
Никонюк М.С., Сабалевская Ю.И. Особенности послеоперационного ведения больных с гнойно-некротическими осложнениями сахарного диабета.....	40

Нуриддинов А.С., Набижонов О.Г., Рустамжанов А.Б. Профилактика несостоятельности швов анастомоза в хирургии толстой кишки	41
Набижонов О.Г., Нуриддинов А.С., Рустамжанов А.Б. Роль антибиотиков в профилактике осложнений в хирургии ободочной кишки	42
Костромин Р.А., Потапов В.С. Эффективность применения суперселективной эмболизации почечных артерий после перкутанной нефролитотрипсии.....	43
Суханова Н.В. Современные возможности комплексного лечения прогрессирующего рака прямой кишки.....	44
Суханова Н.В. Низкий рак прямой кишки: варианты хирургического лечения и непосредственные результаты.....	46
Клевцова С.В. Колопластика в хирургическом лечении рака пищевода. Клинический случай	48
Порватова М.А. Непосредственные и отдалённые результаты паллиативных операций у больных метастатическим колоректальным раком.....	51
Андриевских М.И., Беспоместных А.А. Эмболизация, химиоэмболизация и масляная химиоэмболизация маточных артерий в составе комплексного лечения при местнораспространенном раке шейки матки.....	53
Антоненкова Е.И. Случай термической травмы на фоне болезни Дарье.....	54
Ерюкин А.О. Германий, некоторые аспекты взаимодействия с организмом.....	55
Гордлеева Д.В. Фиброма вульвы гигантских размеров (клиническое наблюдение).....	56
Федоткина А.П. Отдаленные результаты после перенесенной операции кесарева сечения.....	57
Митина Л.М. Современные подходы к ведению родов при поперечном положении плода.....	58
Артамонова О.О. Новое в лечении дистальных форм эктопической беременности.....	59
Коваленко А.Н. Возможности использования комплексного клиничко-хирургического лечения спаечной болезни органов малого таза у послеоперационных гинекологических пациентов	61
Прокопович В.С., Прокопович В.С. Магнийевый статус у женщин во время беременности и после родов.....	63

Осенова Е.А., Савинова Е.А., Селиверстова А.С., Феоктистова Н.О., Хихлова А.О.	
Массивные акушерские кровотечения. анализ случаев (по материалам родильного дома клиники ЮУГМУ)	64
Ахметова А.К., Калжанова А.И.	
Актуальность проблемы гестационного сахарного диабета во время беременности	65
Калжанова А.И., Ахметова А.К.	
Сочетанные факторы в генезе привычного невынашивания беременности.....	67
Норалиева М.Д.	
Репродуктивное здоровье девочек - залог благополучных семейно-брачных отношений	68
Норалиева М.Д.	
Первичная дисменорея у девушек с гипомagneмией при дисплазии соединительной ткани	69
Кузакбирдиева О.Х., Щербакова А.В.	
Опыт прерывания беременности одной таблеткой мифепристона (200 мг) в комбинации с мизопростолом в амбулаторной практике женских консультаций г. Тюмени	70
Музафарова М.Э., Мельникова В.Ю.	
Проблемы беременных женщин, находящихся в родственном браке.....	71
Саяпина А.С., Пекшуева У.А.	
Причины невысоких зрительных функций после LASIK при миопии слабой степени	72
Кирсанов Н.А.	
Отосклероз, современные методы лечения и их результаты.....	72
Гусарова Д.А.	
Антрохоанальные полипы, современные хирургические методы их лечения	73
Клокова В.О.	
Киста клиновидной пазухи	74
Саяпина А.С.	
Случай постинъекционного эндофтальмита.....	75
Смирнова И.В., Султанов А.Р.	
Электрофизиологические характеристики модели фотоиндуцированного тромбоза центральной артерии сетчатки.....	76
Климкин А.С.	
Результаты диспансеризации среди детского населения с заболеваниями глаз в Курской области.....	77
Бубнова А.М., Ескина У.А.	
Электронно-микроскопическое исследование сперматозоидов у пациентов с бесплодием и невынашиванием беременности в семье.....	78

Терапевтический блок.....	80
Гривина С.А. Отдаленные результаты экстренного ЧКВ по данным отделения неотложной кардиологии Рязанской областной клинической больницы.....	80
Ческидов А.В. Системные сосудистые и иммунологические феномены при инфекционном эндокардите	81
Рудакова М.Н. Возможности лечения острого коронарного синдрома в условиях Рязанской областной клинической больницы.....	84
Михеенков А.А. 50 лет жизни с сахарным диабетом 1 типа (клинический случай).....	85
Кузина М.С. Дисфункция эндотелия у больных сахарным диабетом в сочетании с гипотиреозом	86
Ческидов А.В. Коморбидность в клинике внутренних болезней.....	87
Горнова К.А. Трансформация хронического миелопролиферативного заболевания в острый лейкоз	88
Лунякова Н.В., Белова Г.С., Коваль М.Д., Сущевская Ю.А. Кишечная колика как проявление свинцовой интоксикации.....	90
Петров Ю.В. Остеопороз и ревматоидный артрит.....	93
Дансорунова В.Б., Цыбигмитова С.Б. Висцеральное ожирение у больных сахарным диабетом 2 типа.....	96
Цыбигмитова С.Б. Инновационные подходы к выявлению патологических изменений в организме	97
Смирнова И.В. Клинический случай ведения больной с постэмболической легочной гипертензией	98
Абдурахманова Э.К. Ведение больной с высокой вторичной легочной гипертензией на фоне открытого общего атриовентрикулярного канала в послеродовом периоде.....	101
Катина Л.А. Вазоспазм как причина инфаркта миокарда.....	103
Иванова А.А. Антикоагулянтная терапия у пациентов с неклапанной фибрилляцией предсердий в условиях специализированного учреждения.....	104
Магасумова М.Р. Гормональные показатели и ростовые факторы в оценке риска	

развития гипертрофии левого желудочка.....	105
Макарычева Л.Ю.	
Ассоциации продуктов окислительной модификации белков и психоэмоциональных факторов у практически здоровых лиц.....	106
Курмаева А.Ш.	
Оценка когнитивных нарушений у пациентов пожилого возраста с различной степенью выраженности ХСН.....	107
Коробоева Ф.У., Нуриддинов А.С., Юлдашева Н.Э.	
Эффективность применения циклоферона при воспалительных заболеваниях легких на фоне сердечной недостаточности.....	108
Бочарова С.М., Тамбовский Е.М.	
Приверженность к лечению и самолечению у больных с соматической патологией	109
Джурджевич М.Д.	
Сравнительный анализ пациентов с различными видами кардиомиопатий	110
Шамсулов Р.Б., Негматова Г.М., Ачева Г.А., Абдуллоев Ф.Н.	
Сравнительный анализ эффективности терапии артериальной гипертензии по данным ретроспективного и проспективного исследования.....	111
Жураева М.А., Рахимова М.А., Набижонов О.Г., Ашуралиева Н.Д.	
Факторы риска гипертонической болезни на развитие и дальнейшее прогрессирование в первичном звене здравоохранения.....	112
Лушникова И.С.	
Случай семейной пароксизмальной миоглобинурии.....	113
Лушникова И.С., Зимарина М.В., Анашкина Д.Ю.	
Повторный инфаркт миокарда	114
Соловьев Р.В.	
Бронхообструктивная патология при нарушении ритма.....	115
Присакару М.Н.	
Сложности диагностики мезентериального тромбоза.....	116
Шкодина О.В.	
Бронхоэктатическая болезнь, осложненная атипичным микобактериозом.....	118
Колобкова О.В., Червонная М.А., Бабаева И.С., Ускова М.М.	
Особенности клинического течения хронического описторхоза у пациентов с различными заболеваниями желудочно-кишечного тракта.....	119
Червонная М.А., Зотина О.С., Панина Ю.Г., Парилова О.П.	
Когнитивные нарушения у пациентов с сердечно-сосудистой патологией.....	120
Леушина Е.А., Кононова Н.В., Норина А.Л.	
Состояние пародонта у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы	121
Первова А.А.	
Акантолитическая пузырьчатка в молодом возрасте.....	121
Первова А.А.	

Рубцовые алопеции	123
Пчелинцева М.В.	
Бруцеллезный эпидермолиз	124
Пчелинцева М.В.	
Клинический случай простого герпеса.....	125
Петина А.М.	
Нейрофиброматоз первого типа (болезнь Реклингхаузена).....	126
Петина А.М.	
Синдром Мелькерссона-Розенталя у мужчины.....	127
Каращук Н.П., Киселева М.В.	
Акантолитические пузырьчатки: трудности в диагностике и лечении.....	128
Потапова И.С., Глушченкова А.С.	
Дерматоскопия как метод диагностики меланоцитарных новообразований кожи с высоким риском малигнизации.....	129
Дунцева Ю.С., Ермолаева С.О.	
Отдаленные последствия у больных с перенесенными менингитами.....	130
Штукатурова А.М.	
Мониторинг нежелательных явлений у пациентов с хроническим гепатитом С, находящихся на двойной комбинированной противовирусной терапии	131
Глотова А.В.	
Оценка эффективности противовирусной терапии хронического гепатита С по достижению вирусологического и биохимического ответов.....	132
Карпова Е.Е.	
Дифференциальная диагностика острых кишечных инфекций и острого панкреатита.....	133
Костяев Д.С., Булычев А.А.	
Дифференциальная диагностика острой хирургической патологии и кишечных инфекций	134
Дунцева Ю.С., Ермолаева С.О.	
Клинический случай менингоэнцефалита герпетической этиологии.....	135
Сорокина Е.В.	
Диагностические возможности компьютерной томографии при гриппе.....	136
Штукатурова А.М.	
Безопасность двухкомпонентной противовирусной терапии у больных хроническим гепатитом С.....	137
Карпова Е.Е.	
Анализ уровня неоптерина в сыворотке крови больных вирусно-бактериальной пневмонией при высокопатогенном вирусе гриппа А(Н1N1).....	138
Потапова Е.В.	
Патогенетическое обоснование применения мексикора в составе базовой терапии псориаза	139
Мочалова А.В., Арутюнян А.О.	

Анализ клинико-эпидемиологических особенностей течения циррозов печени	140
Спиридонова С.Г.	
Анализ продаж некоторых противовирусных, противопротозойных и противогельминтных препаратов в аптеке «На здоровье» г. Астрахани.....	142
Салтереева Х.Р.	
Дирофиляриоз органов зрения	143
Нифонтова Л.В.	
Амебиаз в Астраханской области	144
Курмаева А.Ш., Рамазанова А.М., Ясуев М.Л.	
Климатические факторы, оказывающие влияние на распространение дирофиляриоза в Астраханской области.....	145
Кузьмичев Б.Ю., Золотенкова А.Н., Глебова А.А.	
Атипичный эхинококкоз	146
Коровушкин А.Ю., Адамова Д.С.	
Климатические факторы - как причина распространения малярии в Астраханской области	146
Иванова Е.С., Кузьмичев Б.Ю.	
Санитарно-паразитологическое состояние объектов окружающей среды Астраханской области	147
Донскова А.Ю., Щербина А.В.	
Токсокароз человека в Астраханской области.....	148
Адамова Д.С., Гандаев Р.В., Коровушкин А.Ю., Чуманова Е.В., Хаустова Е.С.	
Современная ситуация по малярии в Астраханской области.....	149
Мартынова О.В.	
Эхинококкоз с изолированным и сочетанным поражением легкого в Астраханской области.....	150
Чуманова Е.В., Золотенкова А.Н., Глебова А.А.	
Ситуация по эхинококкозу человека в Астраханской области.....	151
Родионенко Л.М., Попова Е.Ю.	
Современная эпидемиологическая ситуация по дирофиляриозу собак в Астраханской области	152
Душина Е.В.	
Рентгенодиагностика синдрома Шарпа.....	152
Беляева З.И.	
Кальцифицирующий панкреатит.....	153
Жарков Н.С.	
Артериовенозные аневризмы лёгких: возможности МСКТ диагностики.....	155
Кирсанов Д.М.	
Генотипическая характеристика вирусных гепатитов у пациентов с туберкулезом	156
Керчев В.В.	

Сердечно-сосудистые заболевания: от факторов риска к профилактике. Кто должен извлечь из этого пользу?.....	157
Ахмадалиев Ш.Ш., Нуритдинова Г.Т., Инакова Б.Б., Солиева М.О. Состояние гипогалактии у кормящих матерей с железодефицитной анемией.....	158
Ходеева К.И. Алгоритм первичной медицинской сортировки.....	159
Авилушкина Е. О. , Фролова О.А. Отравления алкоголем и его суррогатами: особенности системной симптоматики	160
Тарарышкин М. Д., Бортникова В.С. Оценка функциональности шин, применяемых для иммобилизации нижней конечности.....	162
Майкл Квабен Боаке, Аппиах Джон Кофи Механическая асфиксия	163
Слепнева О.Э. Зависимость получения травм от временных и сезонных факторов.....	163
Комина Е.А., Прилепина Т.А. Готовность студентов фармацевтического факультета к оказанию первой помощи	164
Гранаткин М.А., Судиловская Е.П. Характеристика соматических повреждений в результате суицидальных попыток и необходимых мероприятий экстренной медицинской помощи.....	165
 Педиатрический блок	167
Белова Г.С. Множественные магнитные инородные тела желудочно-кишечного тракта у детей.....	167
Сорокина М.Г. Два случая талассемии.....	168
Оводкова И.О. Случай врожденного сифилиса.....	169
Петрова Н.А., Сахаров В.И. Эффективность и безопасность применения этанерцепта у больных с ювенильным идиопатическим артритом.....	171
Ахмадалиев Ш.Ш., Нуриддинов А.С., Солиев Ж.Т. Ортопедическое лечение детей с детским церебральным параличом.....	172
Рахманов С.Р., Инакова Б.Б., Хакимов Ш.К., Нуритдинова Г.Т. Характеристика физического развития девочек-подростков с железодефицитной анемией.....	172
Хабибуллаев М.Р., Хакимов Ш.К., Нуритдинова Г.Т., Базарова М.У. Соматотипы и направления роста девочек-подростков	

с железодефицитной анемией.....	173
Рындина Е.С.	
Финансовая целесообразность применения АСИТ.....	174
Гуськова А.М.	
Пери- и постнатальные факторы риска в развитии легочной гипертензии у детей с дефектом межпредсердной перегородки.....	175
Ганчова Б.З., Хайрова М.Х.	
Клинико-эпидемиологические особенности кишечного амебиаза у детей.....	176
Музафарова М.Э., Носирова Ф.Т.	
Клиническая характеристика клебсиеллезной кишечной инфекции у детей.....	177
Хаустова Е.С., Гандаев Р.В., Иванова Е.С.	
Дирофиляриоз у детей Астраханской области.....	178
Калижан А.Ж.	
Динамика изменений показателей здоровья у детей с сахарным диабетом.....	179
Ибраева А.М., Усова Ю.Ю.	
Особенности этиологической структуры острой внебольничной пневмонии на фоне рахита у детей.....	180
Медико-профилактический блок.....	181
Максаев Д.А.	
Распространенность и профилактика злокачественных новообразований (на примере Рязанской области).....	181
Морчев К.О.	
Организация медицинской помощи детям в годы Великой отечественной войны.....	182
Кузнецов А.А.	
Хирургия в годы Великой отечественной войны.....	183
Морина Н.А.	
СПИД - как медико-социальная проблема.....	184
Бадрутдинова Л.Р.	
Добровольное медицинское страхование: проблемы информированности населения и доступности индивидуального страхования.....	186
Минаева О.В., Бунова А.Н.	
Информированность персонала Московской городской туберкулезной больницы №3 о работе в условиях одноканального финансирования.....	187
Коблова О.В., Чернова Н.Н.	
Гигиеническая оценка содержания фтора в питьевой воде Республики Мордовия.....	188
Семенова А. Р., Царенко О. Е.	
Заболеваемость детского населения города Ижевска острой респираторной вирусной инфекцией.....	189
Мухаметбек Б.М.	

Ожирение и избыточная масса тела как медико-социальная проблема.....	190
Смирнова М.Ю.	
Проблемы безопасности наночастиц для здоровья человека.....	191
Усов Е.Н., Фатеева С.Н.	
Е.А. Шапошников со студенческой скамьи - на фронт.....	192
Сироткина Д.С., Ворошилин С.В.	
Учебная нагрузка как фактор риска здоровью школьников.....	193
Сироткина Д.С., Андреева Е.М., Белоусова А.А.	
Анализ расписания и учебной нагрузки школьников.....	194
Морозова С.В.	
Гигиеническая оценка нецентрализованного водоснабжения Республики Мордовия.....	194
Владимирова К.М.	
Гигиеническая оценка структуры питания населения Рязанской области.....	195
Степанова М.С., Степанов Е.С.	
Питание и здоровье населения Тульской области (на примере Ефремовского района).....	197
Андреева Е.М.	
Анализ данных социально-гигиенического мониторинга состояния питьевой воды по г. Коломна и Коломенскому району.....	198
Худолеев В.А.	
Гигиеническая оценка электромагнитного излучения при работе на планшетных компьютерах (интернет-планшетах).....	199
Надешкина А.С., Присакару М.Н.	
Влияние направления ветров на качество атмосферного воздуха в районе Кремля г. Рязани.....	200
Черников С.В., Кулюкин Д.В.	
Техногенное воздействие транспортных потоков элемента улично-дорожной сети ул. Солнечная - ул. Грибоедова г. Рязани.....	201
Хатмуллина А.Р.	
Оценка пищевого статуса детей дошкольного возраста.....	202
Эбсегит Л.Н.	
Физическое развитие как один из показателей здоровья детей старшего дошкольного возраста г. Караганды.....	203
Локтенко Е.А., Волкова Ю.В.	
Особенности загрязнения атмосферного воздуха города Запорожье в 2009-2013 годах.....	204
Шаравара Л.П.	
Анализ динамики профессиональной заболеваемости на ведущем металлургическом предприятии за 12 лет.....	205
Соколовская И.А.	
Распространенность псориаза и влияние на него образа жизни.....	206
Антипенко М.В., Волкова Ю.В.	

Сравнительный анализ состояния загрязнения атмосферного воздуха Запорожской области в 2012-2013 гг.....	206
Белоусов А.С.	
Влияние неблагоприятных факторов внешней среды на особенности заболевания населения псориазом в Запорожской области.....	207
Куцак А.В.	
Состояние радоновой безопасности в жилых зданиях и детских садах Запорожской области.....	208
Меденникова Д.М, Рахимова М.М.	
Оптимизация вендингового питания в учреждениях дополнительного образования детей и подростков.....	209
Калиниченко Т.Е.	
Многолетняя динамика заболеваемости ГЛПС населения территорий центра европейской части России.....	210
Крестинина Е.А.	
Многолетняя динамика заболеваемости дизентерией вида Зонне в г.Рязани.....	211
Михайлина Н.И.	
Многолетняя динамика заболеваемости иксодовым клещевым боррелиозом населения территорий центра европейской части России.....	212
Лукьяненко Д.Ю.	
Современные особенности развития эпидемического процесса краснухи среди городского и сельского населения Алтайского края.....	213
Соловьев Д.А.	
О заболеваемости гельминтозами в Республике Адыгея.....	214
Горшкова Е.В., Маслова А.Н.	
Динамика основных направлений научных исследований по эпидемиологии в конце XX - начале XXI вв. (по материалам публикаций в периодической печати).....	215
Ястреба Е.Ю.	
Эпизоотологический мониторинг за природными очагами туляремии в Рязанской области.....	216
Морозова С.В.	
Эпидемиологическая обстановка по лептоспирозу в Республике Мордовия.....	217
Воронцова А.С.	
Территориальное распределение заболеваемости населения Рязанской области природно-очаговыми зоонозными инфекциями (ПОЗИ).....	218
Иванова М.В., Степкин А.И.	
Особенности эпидемиологии норовирусной инфекции в Рязанской области.....	219
Мирошникова Д.И.	
Актуальные вопросы эпидемиологии туберкулеза в г.Рязани и Рязанской области.....	220
Дубоносова Д.В.	

Эпидемиология и профилактика воздушно-капельных инфекций в Тульской области.....	221
Алпысбаев Д.Н., Жарылкасын Ж.Ж.	
Особенности условий труда электрогазосварщика.....	222
Кришин А.Е., Митрофанова Н.Н.	
Эпидемиологические особенности заболеваемости урогенитальным хламидиозом на территории Пензенской области.....	223
Ровный П.О., Соколовская И.А.	
Хронические неспецифические воспалительные заболевания половых органов у жителей промышленного региона.....	224
Алехина К.А.	
Молекулярное генотипирование вируса папилломы человека высокого риска.....	225
Зыкина Е.Ю.	
БАДЫ как компонент здорового образа жизни.....	226
Блок фармации	227
Ерзылева Т.В.	
Действие растительных полисахаридов на состав крови и структуру костного мозга здоровых крыс.....	227
Ульянова Н.Б.	
Влияние микроэлементов на содержание антоцианов в плодах аронии черноплодной.....	228
Мыльников П.Ю.	
Свойства полисахаридного комплекса, выделенного из цветков пижмы обыкновенной.....	229
Стоянова К.С.	
Фармакокинетика лекарственных средств.....	231
Савотин П.П.	
Изучение комплексообразующей способности салицилоилгидразонов моноз.....	233
Визгалина А.В., Карпушина И.А.	
Обзор лекарственных растений, обладающих радиопротекторной активностью.....	234
Коровина И.С., Наследов Д.Г.	
Синтез ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента на основе SH- ацильных производных пиримидин- и тиазолидин-4-карбоновых кислот.....	235
Королёва М.А.	
Вся правда о спайсе или что такое курительная смесь?.....	235
Никиткина Е.В.	
Исследование способности к комплексообразованию тиосалицилоилгидразонов ароилуксусных альдегидов.....	236

Смелькина Д.А.	
К изучению токсичности биологически активных нанопорошков металлов.....	237
Гаркуша Г.Ю.	
Маркетинговые исследования ассортимента и потребительских свойств медицинских изделий, используемых в травматологии.....	238
Бузиан Эль Муатез Биллах	
Фармацевтический сектор Алжира.....	239
Сапрыкина Е.А.	
Льготное лекарственное обеспечение в Тамбовской области.....	240
Шестакова А.М.	
Нормативно-методическое обоснование электронного документооборота в фармацевтических организациях.....	241
Нейчева Е.А.	
Исследование программ лекарственного обеспечения в Краснодарском крае.....	242
Качамина С.А.	
Маркетинговые исследования ассортимента и потребительских свойств отрицательных очковых линз.....	243
Деруиш Юсра	
История развития стоматологических инструментов.....	244
Ерзылева Т.В.	
Маркетинговые исследования потребительских свойств аппаратов для диагностики.....	245
Сбаи Идрисси Уссама	
Восьмое издание Европейской фармакопеи.....	246
Абида Мохамед Фирас	
Фармацевтическая индустрия Республики Тунис.....	247
Бавуйдибио Шерален	
Организация фармацевтической помощи в Республике Конго.....	249
Чепайкина Е.А.	
Буфусы как современная упаковка жидких лекарственных средств.....	250
Морозова А.Ю., Веретенникова С.Т.	
Современные состояния экстемпоральной рецептуры и технологии мазей в аптечном изготовлении.....	251
Федотова М.А.	
Рязанская фармация в годы Великой отечественной войны.....	252
Качамина С.А.	
Разработка методики количественного определения фенологликозида в водном извлечении из листьев толокнянки.....	253
Качамина С.А.	
Исследование водных извлечений из листьев толокнянки в соответствии требований ОФС «Настои и отвары».....	255
Жустрин Д.Ю., Тимофеева В.А., Явшец А.О.	

Флористический список окрестностей ботанического сада РязГМУ.....	256
Сапрыкина Е.А.	
Фармакогностическое изучение растений рода горчицвет семейства гвоздичные.....	257
Клейменова Н.А., Луговинова А.Г., Король Л.А.	
Современные аспекты совершенствования фитопрепаратов.....	258
Абдрашитова Г.Т.	
Анализ «стоимости болезни» хронической болезни почек.....	259
Луговинова А.Г., Клейменова Н.А.	
Технологические аспекты повышения биодоступности составов для лекарственного ультрафонофореза.....	260
Рахманов А.У.	
Получение суммарного экстракта листьев крапивы и лопуха.....	261
Кухтенко Г.П., Махсудов К.С.	
Исследование влияния концентрации пропиленгликоля и полиэтиленоксида-400 на реологические свойства эмульсии 1 рода.....	262
Абделькбир Лахлифи	
Физико-химическое изучение жирного масла семян тмина черного.....	263
Бойко В.Г.	
Разработка состава крема для лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата.....	264
Передерий А.В.	
Анализ «затраты-эффективность» антигистаминных средств в лечении аллергического ринита.....	265
Бондаренко Д.В.	
Анализ «затраты-эффективность» бронходилататоров длительного действия.....	266
Завадская И.В.	
Клинико-экономический анализ фармакотерапии пациентов с токсическим гепатитом.....	267
Маруш Е.С.	
Маркетинговый анализ фармацевтического рынка Украины на наличие препаратов для профилактики и лечения острых респираторных заболеваний.....	268
Турдимуратова Т.В., Немченко Л.А.	
Результаты структурного анализа данных регистрации лекарственных препаратов в Украине в динамике лет.....	269
Косарева А.В., Кинев М.Ю.	
Попытка разработки состава фармацевтической композиции на основе противовирусного лекарственного средства и хлоргексидина биглюконата.....	270
Райкова А.А.	
Оценка конкурентоспособности нестероидных противовоспалительных препаратов.....	271

Стоматологический блок.....	272
Панкратов М.М. Исследование качества жизни молодых лиц, пользующихся съемными ортопедическими и ортодонтическими конструкциями.....	272
Сумонова М.С., Чекренева Э.С. Синдром треснувшего зуба (CTS).....	273
Терентьева Е.А. Современные способы диагностики, предупреждения и профилактики синдрома жжения полости рта, вызванного заболеваниями слизистой оболочки полости рта.....	275
Табакон Г.М., Хромышев М.М. Изоляция зуба от слюны как обязательное условие при лечении стоматологических заболеваний.....	276
Боброва Д.А. Коронэктомия. способы удаления ретинированных третьих моляров, расположенных вблизи нижнего альвеолярного нерва.....	278
Карпов Н.В. Преимущества диодного лазера Picassolite в хирургической стоматологии.....	279
Карпов Н.В. Онконастороженность в стоматологии.....	280
Федотова Т.М. Влияние различных искусственных коронок зубов на показания аппаратных методов исследования состояния пародонта.....	282
Лихотай Е.К., Царев А.А. Оценка уровня стоматологической тревожности у пациентов при лечении кариеса методом инфильтрации.....	283
Козмава Т.С., Газиева М.Р. Обучение на симуляционных установках для формирования мануальных навыков у студентов стоматологического факультета.....	284
Стефанцова Д.С., Бондарчук А.В. Ремоделирование костной ткани у лиц с остеонекрозом лицевого черепа и наркотической зависимостью.....	285
Романова Т.К. Особенности устранения ороантрального сообщения у лиц с наркотической зависимостью.....	286
Пох А.С., Обложина У.Г. Сравнительная характеристика неинвазивных методов косметического удлинения клыков верхней челюсти.....	286
Улыбин М.Р., Каримов Р.М., Недорезова А.А. Изучение процесса гидролиза компонентов зубной пасты для чувствительных зубов в присутствии ротовой жидкости.....	287

Дудник А.Д., Веденина М.М., Мочалкина М.С.	
Сравнение физико-химических свойств фторидсодержащих зубных паст.....	288
Прокопьев С.В.	
Оценка клинических показателей при использовании зубной пасты с растительными компонентами.....	289
Прокопьев С.В.	
Влияние зубных паст на динамику клинических показателей пародонта.....	292
Калабина А.С., Молвинских В.С., Киселева Т.А.	
Оценка неспецифической резистентности слизистой оболочки полости рта у больных сахарным диабетом II типа на госпитальном этапе.....	295
Мустафаев Э.Ф., Жирнов А.В.	
Влияние фторапатита на фиксацию ортопедических конструкций.....	297
Бахтин Д.Г., Курищев А.А.	
Клинико-лабораторная оценка качеств композиционных пломбировочных материалов Tokuyama Dental.....	297
Макарова М.В.	
Распространенность зубочелюстных аномалий и деформаций у детей и подростков.....	298
Макарова М.В., Политов А.С.	
Синуслифтинг. тактика врача при интероперационном неконтролируемом разрыве мембраны Шнайдера.....	299
Зурабова Х.А., Зурабова И.А.	
Функциональное состояние ферментных систем при протезировании бюгельными протезами.....	300
Матеуш Ф.А., Венедиктова В.А.	
Влияние жевательной нагрузки на гемодинамику пародонта.....	301
Венедиктова В.А., Матеуш Ф.А.	
Состояние нервно-мышечного аппарата на фоне супраокклюзии зубных рядов.....	302
Карпенко Р.В.	
Сравнительная характеристика гистологического анализа пульпы в корреляции с различным по глубине кариозным процессом у детей и у взрослых.....	303
Липова Ю.С., Липова Л.П.	
Роль комплаенса в ортопедической стоматологии.....	305
Блок фундаментальных дисциплин	306
Антоненко Т.Ю., Гарифуллина А.М., Нестеркина М.В., Романова Е.П.	
Жизнеспособность микроорганизмов в кисломолочных продуктах с разным сроком годности.....	306
Галуцких Е.П., Игнатова Т.А., Меркулов Р.А., Черашев С.В.	

Влияние антибактериальных средств различных химических групп на микробную контаминацию кожи рук.....	307
Политов С.А.	
Влияние препарата Хилак форте на представителей нормобиоты толстого кишечника.....	308
Политов С.А.	
Вирусные теории развития некоторых соматических заболеваний.....	308
Землянухин С.П.	
Гомоцистеин - фактор риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.....	310
Тупикин А.В., Максимов С.О.	
Влияние нитропруссиды натрия на карбонилирование белков митохондрий <i>in vitro</i>	312
Мыльников П.Ю.	
Распределение мексидола в различных отделах головного мозга крыс вистар.....	313
Землянухин С.П., Минаев М.О.	
Влияние дефицита оксида азота, индуцированного L-NAME на развитие дисфункции эндотелия кровеносных сосудов у линейных крыс.....	314
Ли Ю.Б., Гранаткин М.А., Бучака А.С., Кондракова М.А., Гринькова Я.Н., Судилова Е.П.	
Влияние алкогольной интоксикации у крыс с аллоксановым сахарным диабетом.....	315
Землянухин С.П., Минаев М.О.	
Моделирование эндотелиальной дисфункции в организме экспериментальных крыс.....	317
Землянухин С.П.	
Особенности развития сахарного диабета при парентеральном введении стрептозотоцина.....	318
Максаев Д.А., Цыплакова К.В., Васильева В.В., Губанова А.В., Пшеничников Е.А., Рясенко Э.А., Тимохина А.О., Шершнева С.И.	
Моделирование фиброзно-кистозной болезни железы.....	320
Ракишева О.В., Уткина А.В., Блинова Е.В., Танышева Т.А., Гулиев А.	
Изучение гепатопротекторной активности нового соединения магния при токсических гепатитах.....	322
Салямова Э.И., Горшков В.А., Тымчук Ю.П., Блинова Е.В., Курганов Н.А., Шматок Д.О.	
Морфологическая характеристика головного мозга при церебральной ишемии на фоне введения некоторых цитопротекторов.....	323
Сотникова Л.К.	
Влияние изолированного и сочетанного применения мелатонина и феназепамы на поведение крыс.....	324
Лукиянов М.В., Андреева Е.С., Толстова Д.В., Арлашкина О.М., Филиппов Ф.Н.	

Морфология селезенки потомства крыс-самок, подвергшихся воздействию канцерогена.....	325
Баяндина С.М.	
Анализ компьютерно-томографической диагностики легкой черепно-мозговой травмы в судебно-медицинской экспертизе.....	326
Арлашкина О.М., Филиппов Ф.Н.	
Гистохимическая характеристика структур селезенки и надпочечников после введения канцерогена потомству крыс с врожденным иммунодефицитом.....	327
Сабалевская Ю.И., Кривошеев Д.Я., Никонюк М.С.	
Травмы связочного аппарата позвоночника в дорожно-транспортных происшествиях.....	328
Куница В.В., Девятова Н.В., Куница В.Н., Ганиева А.Б.	
Состояние железистого аппарата слепой кишки после введения ксеногенной цереброспинальной жидкости.....	329
Максаев Д.А.	
Влияние биорезонансного эстрадиола на интактные молочные железы в эксперименте.....	330
Киселева М.В., Каращук Н.П.	
Трудности дифференциальной диагностики туберкулеза и саркоидоза легких.....	331
Упоров М.М.	
Варианты кровоснабжения сердца.....	332
Калидинова Айгерим, Хон Анжелика	
Гиполактазия.....	333
Хребтова Т.М.	
Гомункулус Пенфилда.....	334
Петросянц С.В.	
Морфологические изменения в печени при воздействии гепатотропных веществ на примере пероральных контрацептивов.....	335
Куревлев В.И.	
Синдром Шейермана-Мау.....	336
Голенкова В.А., Смирнова С.С.	
Изменение микроморфологии селезенки крыс при длительном воздействии водорастворимого соединения кремния.....	337
Кпанин О.Л., Жан Дидье	
Спинальная жидкость и её циркуляция в норме и при некоторых видах патологии.....	338
Галымбек Ж.М.	
Электромагнитное поле от персональных компьютеров.....	339
Алеевская А.М.	
Эндокринная система сердца.....	339
Нимажапова Д.Б.	

Коагуляционный потенциал крови и слюны при хроническом генерализованном пародонтите у пожилых людей с ишемической болезнью сердца.....	342
Шумилова М.М., Кашапов Ф.Ф., Великомолова Ю.Б.	
Развитие механизмов памяти в филогенезе.....	343
Раджабова Н.А., Каткова Е.Н.	
Аномалии развития грудной клетки.....	344
Толочко М.В.	
Изменение уровня функциональной подготовленности организма у студентов высших учебных заведений.....	345
Фатюшина Е.А., Мухина Н.А.	
Анатомические особенности позвоночного столба на уровне поясничных позвонков как обоснование к спинномозговой анестезии.....	346
Тинюков А.Н., Тихонов Д.В.	
Хроническое поступление водорастворимой соли кремния отражается на иммунных органах лабораторных крыс.....	348
Бабаева С.А.	
К вопросу о циркуляции спинномозговой жидкости.....	349
Калягин Н.И., Сергеев Д.И.	
Биохимические изменения в крови при мочекаменной болезни.....	350
Провоторов Н.Ю., Полячихина А.И.	
Особенности внимания у студентов и подростков с различными личностными характеристиками и уровнем успеваемости.....	351
Дворникова Е.О., Никитина А.А.	
Анализ состояния про- и антиоксидантных систем у крыс с позвоночно-спинномозговой травмой.....	351
Уланова М.С., Метелкина П.В.	
Академик Н.П. Кравков - основоположник отечественной фармакологии.....	352
Семенов С.В., Агавердиева Э.А.	
Особенности анальгетического действия мелатонина при изолированном введении и в сочетании с диклофенаком.....	354
Блок естественнонаучных дисциплин	355
Садохина А.С., Сидорова А.Н.	
Воздействие высокочастотных электромагнитных полей на биологические ткани.....	355
Коренева А.В., Лихолет Е.В., Пушкарева А.А., Кондриков П.П.	
Статистическая обработка данных биологических тестов средствами MS Excel.....	356
Баранова А.В., Стрельникова Е.А.	
Применение пакета MS Excel и аналитической платформы Deductor при обучении студентов в задачах медицинской практики.....	357

Шмонова М.А., Абгарян С.П., Быстров Г.И., Иванова Е.А.	
Дисперсионный анализ в медицинских исследованиях.....	358
Стрельникова Е.А., Родина М.В.	
Интеллектуальный анализ данных и процессов в задачах медицинской практики с помощью пакетов MS Excel и Deductor.....	359
Калинина Н.Н.	
Современное состояние отечественной ядерной медицины и ее проблемы.	360
Деньгуб Е.Н.	
Способы лечения травматического шока в годы Великой отечественной войны.....	361
Велиханов Ф.Т.	
Экскурс в историю развития и вклад армянской общины в медицину Дагестана во второй половине XIX - начале XX вв.....	362
Антропова Е.В., Кротова Н.В.	
Латинский язык на улицах г. Перми.....	363
Загородских Е.В., Китова Е.С.	
К истокам формирования терминологии в области архитектуры.....	364
Кулеш П. А.	
Латинские заимствования в общественно-политической лексике и языке прессы.....	365
Немтинова В.А.	
Образность и выразительность латинского языка в медицинской терминологии.....	366
Тюляндина Е.В.	
Взаимовлияние современных иностранных и латинского языков на формирование анатомических терминов.....	367
Щедрин И.В.	
Русский язык в современном мире.....	368
Холмогорова О.П., Холмогорова С.П.	
Зооморфизмы в латинской медицинской терминологии.....	368
Шапка В.В.	
Тенденции развития мирового и российского фондовых рынков.....	369
Владиславская З.А., Авдокушина А.О.	
Изменения орфоэпических норм русского языка в начале XXI века.....	370
Евтеев Е.О.	
Латинский язык в культуре современной молодежи.....	371
Иванова А.Н.	
Философские идеи античной медицины.....	372
Соломон Айику Каабу	
Медицина и религия в Гане.....	373
Бобров Ф.А.	
Деятельность государства по противодействию правовому нигилизму.....	374
Кияшева Е.С.	

Возможно ли моральное обоснование насилия?.....	375
Сучкова Ю.С.	
Памяти достойны.....	376
Якунина М.Н., Стрельников В.А.	
Смысл жизни с позиции современной молодежи.....	377
Боронщикова Т.И., Стариков А.В.	
Моральные проблемы трансплантации органов и тканей от живых доноров.....	378
Филина Н.А.	
Врачи-философы эпохи средневековья о долге врача.....	379
Рыбина Д.О.	
Валютный курс рубля и его перспективы в условиях отмены «Валютного коридора»	379
Пашенцева А.Д.	
Деятельность Европейского суда по правам человека.....	381
Бибикова Е.В.	
Интеграция экономики России со странами БРИКС.....	383
Якимова А.А.	
Мировой газовый рынок. проблемы и перспективы развития российской газовой промышленности.....	384
Гришкина М.С.	
Наркотики с точки зрения закона и медицины.....	386
Костина С.В.	
Ответственность медицинского работника.....	388
Сидорина Ю.В.	
Права граждан при оказании им психиатрической помощи.....	390
Дикова Д.Г., Мурзалиева Р.Р.	
Правовые аспекты суррогатного материнства.....	391
Григорьев В.М., Никитина Н.С.	
Экономические санкции против России: содержание, последствия и результаты.....	393
Абдурахманова Г.Ф.	
Референдум как институт непосредственной демократии.....	395
Губарева В.И.	
Влияние мирового нефтяного рынка на экономику России.....	396
Машутин С.А.	
Воздействие внешней среды на деятельность стоматологического учреждения в условиях современной России.....	398
Блок психоневрологии, общей и клинической психологии.....	401
Грязнова П.А.	
Тревожно-депрессивные нарушения у пациентов с рассеянным склерозом.....	401

Чехонацкий И.А., Гарина К.И., Чехонацкий В.А. Социально-эпидемиологическая характеристика повторных ишемических инсультов в Саратовской области.....	402
Кочергин Н.В., Матрюк Д.И. Дифференциальная диагностика абсансов и сложных парциальных приступов.....	403
Глущенкова А.С., Пятакова Ю.В., Потапова И.С., Сигалов Д.О. Коморбидность ситуационно-обусловленных судорог и начальных проявлений синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей младшего дошкольного возраста.....	404
Кудряшова Д.А. Личностные изменения и нарушения психоэмоционального статуса у пациентов с различными видами головной боли.....	405
Тихонова О.О. Хронические ЛОР-заболевания как причина краниоцервикалгии у пациентов молодого возраста.....	407
Мокрова А.В. Применение метода искусственных нейронных сетей в оценке механизмов вертеброгенного поясничного хронического болевого синдрома.....	408
Рогожина Е.С. Сравнение клинической эффективности димексид-геля и плацебо при болях в спине.....	409
Голобурдина А.А. Особенности клинической картины и течения юношеской миоклонической эпилепсии.....	410
Аграновский М.Л., Усманова М.Б., Сарбаева Н.К. Психотерапия алкоголизма в зависимости от типа преморбидной личности.....	411
Исаева Л.Е., Побережник М.Г. Сочетание кардиэмболического инсульта и инфаркта миокарда у больной с гигантской миксомой сердца.....	412
Усманова М.Б., Аграновский М.Л., Сарбаева Н.К. Влияния женского алкоголизма на психологический климат семьи.....	413
Байкова М.А. Влияние «ранних» брачных отношений девушек-студенток на их суицидологический профиль.....	414
Кохан Е.Н., Черняк А.В., Резниченко Е.К. Эффективность синтетического аналога мелатонина в терапии диссомнии.....	415
Бычкова Т.А. Суицидологические и личностно-психологические характеристики девушек, воспитанных в неполных семьях.....	416
Стальнова Т.В. Особенности эмоционально-волевой сферы у лиц, страдающих опийной наркоманией.....	417

Дегтерёва А.С.	
Синдром эмоционального выгорания и учебный стресс.....	418
Овсянников П.А.	
Стратегии совладания со стрессом у пациенток, перенесших инфаркт миокарда.....	419
Филиппова М.Д.	
Связь родительской алкогольной зависимости и аддиктивного поведения их детей.....	420
Нуриддинов Р.С., Ахмадалиев Ш.Ш., Умарова Д.С.	
Интерпретация психологической защиты наркоманов.....	421
Байкова М.А.	
Нарушения сна при психических заболеваниях.....	422
Казыкин Р.Н, Саранчин А.С., Хохлова М.А., Голыгина С.Е., Пляскина Е.В.	
Показатели микроциркуляции при синдроме отмены алкоголя (неосложненном и осложненном делирием).....	423
Дегтерёва А.С.	
Синдром эмоционального выгорания у врачей и психологов.....	424
Жидяевский А.Г.	
Этнокультуральная структура психических больных РМЭ (на примере Волжского района РМЭ).....	426
Куликов С.О.	
Особенности работы с суицидальными клиентами в различных психотерапевтических направлениях.....	427
Щербина А.В., Донскова А.Ю. Тюбаева А.Р.	
Типология эмоциональных расстройств у женщин с хронической тазовой болью.....	428
Рей Пратап	
Алкоголизм в разных странах.....	429
Грудинина Н.В., Моюбова Г.А., Семеникова А.В., Плюснина О.Б.	
Частота химических аддикций у студентов разных типов учебных заведений города Читы.....	430
Ведёшкина Т.В.	
Уровень личностной толерантности на разных этапах профессионализации клинических психологов.....	431
Александрова К.А, Большова Е.Г.	
Фибрилляция предсердий и инсульт: возможности профилактики на современном этапе.....	433
Кулина Д.Г.	
Исследование эмоциональной направленности у лиц, склонных к ИНТЕРНЕТ-аддикции.....	434
Жарков Н.С.	
Лучевая диагностика опухолей Вильмса.....	436

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

Абгарян С.П.	358	Байкова М.А.	414,422
Абделькбир Л.	263	Баранова А.В.	357
Абдрашитова Г.Т.	259	Бахтин Д.Г.	297
Абдуллоев Ф.Н.	111	Баяндина С.М.	326
Абдурахманова Г.Ф.	395	Белова Г.С.	90,167
Абдурахманова Э.К.	101	Белоусов А.С.	207
Абида Мохамед Ф.	247	Белоусова А.А.	194
Авдокушина А.О.	370	Беляева З.И.	153
Аверин И.А.	30	Беспоместных А.А.	53
Авилушкина Е.О.	160	Бибикова Е.В.	383
Агавердиева Э.А.	354	Блинова Е.В.	322,323
Агейкин А.В.	30	Бобров Ф.А.	374
Аграновский М.Л.	411,413	Боброва Д.А.	278
Адамова Д.С.	146,149	Бойко В.Г.	264
Алеевская А.М.	339	Большова Е.Г.	433
Александрова К.А.	433	Бондаренко Д.А.	15
Алехина К.А.	225	Бондаренко Д.В.	266
Алпысбаев Д.Н.	222	Бондарчук А.В.	285
Анашкина Д.Ю.	114	Боронщикова Т.И.	378
Андреева Е.М.	194,198	Бортникова В.С.	162
Андреева Е.С.	325	Бочарова С.М.	109
Андриевских М.И.	53	Бубнова А.М.	78
Антипенко М.В.	206	Бузиан Эль М. Б.	239
Антоненко Т.Ю.	306	Булычев А.А.	134
Антоненкова Е.И.	54	Бунова А.Н.	187
Антропова Е.В.	363	Бучака А.С.	315
Аппиах Джон Кофи	163	Быстров Г.И.	358
Арлашкина О.М.	325,327	Бычкова Т.А.	416
Артамонова О.О.	59	Васильева В.В.	320
Арутюнян А.О.	140	Веденина М.М.	288
Ахмадалиев Ш.Ш.	158,172,421	Ведёшкина Т.В.	431
Ахметова А.К.	65,67	Великомолова Ю.Б.	343
Ачева Г.А.	111	Велиханов Ф.Т.	362
Ашуралиева Н.Д.	112	Венедиктова В.А.	301,302
Бабаева И.С.	119	Веретенникова С.Т.	251
Бабаева С.А.	349	Визгалина А.В.	234
Бабенко Д.В.	19	Виноградов С.А.	3,5
Бавуйдибио Ш.	249	Владимирова К.М.	195
Бадрутдинова Л.Р.	186	Владиславская З.А.	370

Базарова М.У.	173	Волкова Ю.В.	204,206
Воронцова А.С.	218	Дикова Д.Г.	391
Ворошилин С.В.	193	Донскова А.Ю.	148,428
Газиева М.Р.	284	Дубоносова Д.В.	221
Галуцких Е.П.	307	Дудник А.Д.	288
Галымбек Ж.М.	339	Дунцева Ю.С.	130,135
Гандаев Р.В.	149	Душина Е.В.	152
Ганиева А.Б.	329	Евтеев Е.О.	371
Ганчова Б.З.	176	Елисеев А.С.	6
Гарина К.И.	402	Ерзылева Т.В.	227,245
Гарифуллина А.М.	306	Ескина У.А.	78
Гаркуша Г.Ю.	238	Ермолаева С.О.	130
Герасимов А.В.	35	Ерюкин А.О.	55
Глебова А.А.	146,151	Жан Дидье	338
Глотова А.В.	132	Жарков Н.С.	155,436
Глуценкова А.С.	129,404	Жарылкасын Ж.Ж.	222
Голенкова В.А.	337	Жидяевский А.Г.	426
Голобурдина А.А.	410	Жирнов А.В.	296
Голыгина С.Е.	423	Жураева М.А.	112
Гордлеева Д.В.	56	Жустрин Д.Ю.	256
Горнова К.А.	88	Завадская И.В.	267
Горшков В.А.	323	Загородских Е.В.	364
Горшкова Е.В.	215	Землянухин С.П.	310,314,317,318
Гривина С.А.	80	Зимарина М.В.	114
Григорьев В.М.	393	Золотенкова А.Н.	146,151
Гранаткин М.А.	165,315	Зотина О.С.	120
Гринькова Я.Н.	315	Зурабова И.А.	300
Гришкина М.С.	386	Зурабова Х.А.	300
Грудинина Н.В.	430	Зыкина Е.Ю.	226
Грязнова П.А.	401	Ибраева А.М.	180
Губанова А.В.	320	Иванова А.А.	104
Губарева В.И.	396	Иванова А.Н.	372
Гулиев А.	322	Иванова Е.А.	358
Гусарова Д.А.	73	Иванова Е.С.	147,178
Гуськова А.М.	175	Иванова М.В.	219
Давыдова Ю.С.	3	Игнатов И.С.	20
Дансорунова В.Б.	96	Игнатова Т.А.	307
Дворникова Е.О.	351	Инакова Б.Б.	158,172
Девятова Н.В.	329	Исаева Л.Е.	412
Дегтерёва А.С.	418,424	Казыкин Р.Н.	423
Деньгуб Е.Н.	361	Калабина А.С.	295
Деруиш Юсра	244	Калжанова А.И.	65,67

Джурджевич М.Д.	110	Калидинова Айгерим	333
Калижан А.Ж.	179	Королёва М.А.	235
Калинина Н.Н.	360	Король Л.А.	258
Калиниченко Т.Е.	210	Косарева А.В.	270
Калягин Н.И.	350	Костин В.С.	24
Карашук Н.П.	128,331	Костина С.В.	388
Каримов Р.М.	287	Костромин Р.А.	43
Карпенко Р.В.	303	Костяев Д.С.	134
Карпов Н.В.	279,280	Кохан Е.Н.	415
Карпова Е.Е.	133,138	Кочергин Н.В.	403
Карпушина И.А.	234	Кошулько П.А.	25
Касьянова Е.И.	19	Кпанин О.Л.	338
Катина Л.А.	103	Кравцова С.С.	20
Каткова Е.Н.	344	Крестинина Е.А.	211
Качамина С.А.	243,253,255	Кривошеев Д.Я.	328
Кашапов Ф.Ф.	343	Криушин А.Е.	223
Керимова С.Т.	34	Кротова Н.В.	363
Керчев В.В.	157	Крылов А.А.	3,5
Кинев М.Ю.	270	Кудряшова Д.А.	405
Киселев А.И.	18	Кузакбирдиева О.Х.	70
Киселева М.В.	128,331	Кузина М.С.	86
Киселева Т.А.	295	Кузнецов А.А.	183
Кирсанов Д.М.	156	Кузнецова А.Ю.	29
Кирсанов Н.А.	72	Кузьмичев Б.Ю.	146,147
Китова Е.С.	364	Кулеш П. А.	365
Кияшева Е.С.	375	Кулюкин Д.В.	201
Клевцова С.В.	48	Куликов С.О.	427
Клейменова Н.А.	258,260	Кулина Д.Г.	434
Климкин А.С.	77	Куница В.В.	329
Клокова В.О.	74	Куница В.Н.	329
Коблова О.В.	188	Курганов Н.А.	323
Коваленко А.Н.	61	Куревлев В.И.	336
Коваль М.Д.	90	Курищев А.А.	297
Козмава Т.С.	284	Курмаева А.Ш.	107,145
Колобкова О.В.	119	Кухтенко Г.П.	262
Комина Е.А.	164	Куцак А.В.	208
Кондракова М.А.	315	Леушина Е.А.	121
Кондриков П.П.	356	Ли Ю.Б.	315
Кононова Н.В.	121	Липова Л.П.	305
Корабоева Ф.У.	108	Липова Ю.С.	305
Коренева А.В.	356	Лихолет Е.В.	356
Коровина И.С.	235	Лихотай Е.К.	283

Коровушкин А.Ю.	146,149	Локтенко Е.А.	204
Луговина А.Г.	258,260	Мурзалиева Р.Р.	391
Лукиянов М.В.	325	Музафарова М.Э.	71,177
Лукьяненко Д.Ю.	213	Мухаметбек Б.М.	190
Лунякова Н.В.	90	Мухина Н.А.	346
Лушникова И.С.	113,114	Мыльников П.Ю.	229,313
Магасумова М.Р.	105	Набижонов О.Г.	41,42,112
Майкл Квабен Б.	163	Надешкина А.С.	200
Макарова М.В.	298,299	Наследов Д.Г.	235
Макарычева Л.Ю.	106	Негматова Г.М.	111
Маклаков В.В.	21,22,23	Недорезова А.А.	287
Максаев Д.А.	181,320,330	Нейчева Е.А.	242
Максимов С.О.	312	Немтинова В.А.	366
Маматов Б.Ю.	27	Немченко Л.А.	269
Мартынова О.В.	150	Нестеркина М.В.	306
Маруш Е.С.	268	Никитина А.А.	351
Маслова А.Н.	215	Никитина Н.С.	393
Матеуш Ф.А.	301,302	Никиткина Е.В.	236
Матрюк Д.И.	403	Никонюк М.С.	40,328
Махсудов К.С.	262	Нимажапова Д.Б.	342
Мацаев Ш.Д.	13	Нифонтова Л.В.	144
Машутин С.А.	398	Норалиева М.Д.	68,69
Меденникова Д.М.	209	Норина А.Л.	121
Мельникова В.Ю.	71	Носирова Ф.Т.	177
Меркулов Р.А.	307	Нуриддинов А.С.	41,42,108,172
Метелкина П.В.	352	Нуриддинов Р.С.	421
Минаев М.О.	314,317	Нуритдинова Г.Т.	158,172,173
Минаева О.В.	187	Обложина У.Г.	286
Мирошникова Д.И.	220	Оводкова И.О.	169
Митина Л.М.	58	Овсянников П.А.	419
Митрофанова Н.Н.	223	Опекунова В.В.	10
Михайлина Н.И.	212	Осенова Е.А.	64
Михеенков А.А.	85	Панина Ю.Г.	120
Мокрова А.В.	408	Панкратов М.М.	272
Молвинских В.С.	295	Панюшкина Л.И.	35
Морина Н.А.	184	Парилова О.П.	120
Морозова А.Ю.	251	Пашенцева А.Д.	381
Морозова С.В.	194,217	Пекшуева У.А.	72
Морчев К.О.	182	Первова А.А.	121,123
Мочалкина М.С.	288	Передерий А.В.	265
Мочалова А.В.	140	Петина А.М.	126,127
Моюбова Г.А.	430	Петров Ю.В.	93

Мустафаев Э.Ф.	297	Петрова Н.А.	171
Петросянц С.В.	335	Рудакова А.В.	36,38
Питакова Ю.В.	404	Рудакова М.Н.	84
Побережник М.Г.	412	Рустамжанов А.Б.	41,42
Политов А.С.	299	Рыбина Д.О.	379
Политов С.А.	308	Рындина Е.С.	174
Полячихина А.И.	351	Рясненко Э.А.	320
Попова Е.Ю.	152	Сабалевская Ю.И.	40,328
Порватова М.А.	51	Савинова Е.А.	64
Потапов В.С.	43	Савотин П.П.	233
Потапова Е.В.	139	Садовская В.И.	19
Потапова И.С.	129,404	Садохина А.С.	355
Пох А.С.	286	Салтереева Х.Р.	143
Плюснина О.Б.	430	Салямова Э.И.	323
Пляскина Е.В.	423	Сапрыкина Е.А.	240,257
Прилепина Т.А.	164	Саранчин А.С.	423
Присакару М.Н.	116,200	Сарбаева Н.К.	411,413
Провоторов Н.Ю.	351	Сахаров В.И.	171
Прокопович В.С.	63	Саяпина А.С.	72,75
Прокопьев С.В.	289,292	Сбаи Идрисси У.	246
Пронин И.А.	30	Селиверстова А.С.	64
Путилин И.А.	17	Семеникова А.В.	430
Пушкарева А.А.	356	Семенов С.В.	354
Пчелинцева М.В.	124,125	Семенова А.Р.	189
Пшеничников Е.А.	320	Сергацкий К.И.	35
Раджабова Н.А.	344	Сергеев Д.И.	350
Райкова А.А.	271	Сигалов Д.О.	404
Ракишева О.В.	322	Сидорина Ю.В.	390
Рамазанова А.М.	145	Сидорова А.Н.	355
Рахимова М.А.	112,209	Сироткина Д.С.	193,194
Рахимова М.М.	209	Слепнева О.Э.	163
Рахманов А.У.	261	Смирнова И.В.	76,98
Рахманов С.Р.	172	Смолянец Н.А.	19
Резниченко Е.К.	415	Соколовская И.А.	206
Рей Пратап	429	Солиев Ж.Т.	172
Ровный П.О.	224	Солиева М.О.	158
Рогова В.А.	39	Соловьев Р.В.	115
Рогожина Е.С.	409	Сорокина Е.В.	136
Родина М.В.	359	Смелькина Д.А.	237
Родионенко Л.М.	152	Смирнова И.В.	76,98
Рожкова А.А.	4	Смирнова М.Ю.	191
Романова Е.П.	306	Смирнова С.С.	337

Романова Т.К.	286	Собиров С.С.	8
Соколовская И.А.	224	Улыбин М.Р.	287
Соловьев Д.А.	214	Ульянова Н.Б.	228
Соломон Айику К.	373	Умарова Д.С.	421
Сорокина М.Г.	168	Упоров М.М.	332
Сотникова Л.К.	324	Ускова М.М.	119
Спиридонова С.Г.	142	Усманова М.Б.	411,413
Стальнова Т.В.	417	Усов Е.Н.	192
Стариков А.В.	378	Усова Ю.Ю.	180
Степанов Е.С.	197,199	Уткина А.В.	322
Степанова М.С.	197	Фатеева С.Н.	192
Степкин А.И.	219	Фатюшина Е.А.	346
Стефанцова Д.С.	285	Федорова А.А.	9,14
Стойнова К.С.	231	Федоткина А.П.	57
Стрельников В.А.	377	Федотова М.А.	252
Стрельникова Е.А.	357,359	Федотова Т.М.	282
Судиловская Е.П.	165,315	Феоктистова Н.О.	64
Султанов А.Р.	76	Филина Н.А.	379
Сумонова М.С.	273	Филиппов Ф.Н.	325,327
Суханова Н.В.	44,46	Филиппова М.Д.	420
Сучкова Ю.С.	376	Фролова О.А.	160
Сущевская Ю.А.	90	Хабибуллаев М.Р.	173
Табаков Г.М.	276	Хайрова М.Х.	176
Танышева Т.А.	322	Хакимов Ш.К.	172
Тамбовский Е.М.	109	Хатмуллина А.Р.	202
Тарарышкин М.Д.	162	Хаустова Е.С.	149,178
Темников В.А.	30	Хихлова А.О.	64
Терентьева Е.А.	275	Ходеева К.И.	159
Тимофеева В.А.	256	Холмогорова О.П.	368
Тимохина А.О.	320	Холмогорова С.П.	368
Тинюков А.Н.	348	Холов Н.Э.	8
Тихонов Д.В.	348	Хон Анжелика	333
Тихонова О.О.	407	Хохлова М.А.	423
Тиюбаева А.Р.	428	Хребтова Т.М.	334
Толочко М.В.	345	Хромышев М.М.	276
Толстова Д.В.	325	Худолеев В.А.	199
Тупикин А.В.	312	Царев А.А.	283
Турдимуратова Т.В.	269	Царенко О. Е.	189
Тымчук Ю.П.	323	Цыбигмитова С.Б.	96,97
Тюляндина Е.В.	8,367	Цыплакова К.В.	320
Тяпкин А.Ю.	24	Чекренева Э.С.	273
Узоков А.Д.	27	Чепайкина Е.А.	256

Уланова М.С.	352	Чепурненко Н.А.	19
Черашев С.В.	307	Шматок Д.О.	323
Червонная М.А.	119,120	Шмонова М.А.	358
Черников С.В.	201	Штукатурова А.М.	131,137
Чернова Н.Н.	188	Шумилова М.М.	343
Черняк А.В.	415	Щедрин И.В.	368
Ческидов А.В.	81,87	Щербакова А.В.	70
Чехонацкий В.А.	402	Щербина А.В.	148,428
Чехонацкий И.А.	402	Эбсегит Л.Н.	203
Чуманова Е.В.	149,151	Эрдели Ю.И.	29
Шамсулоев Р.Б.	8,111	Юлдашева Н.Э.	108
Шапка В.В.	369	Явшец А.О.	256
Шаравара Л.П.	205	Якимова А.А.	384
Швецов А.А.	36,38	Якунина М.Н.	377
Шершнева С.И.	320	Ястреба Е.Ю.	216
Шестакова А.М.	241	Ясуев М.Л.	145
Шишова А.С.	28		
Шкодина О.В.	118		